



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Medicina - DIMED

Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche
Diagnostiche

Presidente: Prof. Gianmaria Pennelli

TESI DI LAUREA MAGISTRALE

*Verso l'accreditamento di ASUGI nel 2023:
revisione di qualifiche e competenze della figura
del Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico*

Relatore: Chiar.mo Prof. Gianmaria Pennelli

Correlatori: Dr.ssa Barbara Sartini

Dr.ssa Erika Celentano

Laureando:

Emanuele Pacetti

n. di matr.: 2031042

Anno Accademico 2021 – 2022

Abstract

Il Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico è, attualmente, una delle figure professionali più richieste, non solo per la carenza di personale lamentata ormai da diversi anni, ma anche e in particolar modo per l'avanzare in maniera prorompente dell'emergenza pandemica da Covid19 che ha caratterizzato gli ultimi due anni; emergenza in cui il TSLB è sicuramente stato protagonista indiscusso dell'impegno profuso a soddisfare la richiesta enorme di tamponi molecolari, *gold standard* per la diagnosi della malattia. Ciò ha portato ad una massiccia assunzione di TsLB, neo-laureati, che si sono trovati catapultati rapidamente nella realtà lavorativa senza avere all'attivo nessun tipo di esperienza pregressa, se non quella del tirocinio curriculare universitario.

Si è quindi resa necessaria la elaborazione di nuove modalità di inserimento nelle Strutture Sanitarie di assunzione, di nuove e più dettagliate schede di valutazione del personale neo-assunto, di una nuova organizzazione del profilo e delle competenze da valorizzare.

L'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina (ASUGI) ha deciso di intraprendere l'*iter* per l'Accreditamento all'eccellenza, rifacendosi agli standard di *Accreditation* Canada (associazione *no profit* che fornisce servizi di consulenza e attestazione di qualità) e ponendo come termine ultimo del percorso l'anno 2023. Si tratta di una sfida ambiziosa, che dovrebbe portare alla creazione di un modello di gestione delle organizzazioni sanitarie complesse fruibile anche da altre realtà, il forte coinvolgimento del personale nei processi di miglioramento della qualità a 360°, l'aumento della comunicazione e collaborazione interna, l'efficienza evitando lo spreco di risorse e l'incremento della credibilità agli occhi dei cittadini, utenti finali del servizio.

Per la realizzazione di questo percorso è stato costituito, ad Ottobre 2021, un *team* di professionisti che ha avuto il compito di revisionare qualifiche e competenze del personale, sanitario e non, afferente al DAI-Dipartimento di Medicina dei Servizi. Questo ha comportato un profondo coinvolgimento dei membri del *team* in una

modalità nuova di autovalutazione, molto produttiva perché effettuata dall'interno del Servizio stesso, da chi lo conosce profondamente.

Sono state, così, delineate tre tipologie di *job description*, ciascuna *ad hoc* per il TSLB afferente rispettivamente all'area Diagnostica di Laboratorio, all'area di Anatomia Patologica e all'area di Unità Farmaci Antiblastici.

Anche il cronoprogramma di attività e valutazione per il neo-assunto è stato ridimensionato con la riduzione della durata del periodo di presa in carico e di affiancamento (da 1 anno a 6 mesi) da parte dei *tutor*, selezionati tra i professionisti con esperienza delle rispettive aree.

I nuovi modelli saranno presentati, al termine del periodo di preparazione, in fase di accreditamento nel 2023, per la valutazione e l'approvazione da parte dei valutatori esterni rappresentanti di *Accreditation* Canada. Una sfida che ASUGI intende raccogliere e superare nell'interesse di un servizio condiviso e di alta qualità.

Key words: Accreditemento, Job description, Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, Manuale della qualità, Performance, Standard di cura, Accreditation Canada.

Key Words: Accreditation, Job description, Laboratory technician, Quality Management, Performance, Healthcare Standards, Accreditation Canada.

Indice

1. INTRODUZIONE	pag.1
2. STATO dell'ARTE	pag.3
2.1 Cenni storici sull'accREDITAMENTO	pag.4
2.2 L'accREDITAMENTO istituzionale nel panorama del SSN italiano	pag.8
2.2.1 I riferimenti legislativi nazionali	pag.9
2.2.2 Il percorso normativo adottato dalla regione Friuli Venezia Giulia	pag.12
2.3 <i>Accreditation</i> Canada e ASUGI	pag.19
2.3.1 Presentazione di <i>Accreditation</i> Canada	pag.20
2.3.2 Obiettivi strategici per l'accREDITAMENTO all'eccellenza della Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)	pag.23
3. MATERIALI e METODI	pag.32
3.1 Il gruppo di coordinamento per le qualifiche del personale afferente a DAI – Medicina dei Servizi di ASUGI	pag.33
3.2 Il test di autovalutazione sul personale di laboratorio	pag.33
4. RISULTATI	pag. 38
4.1 La nuova <i>Job Description</i> del Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	pag.38
4.2 La nuova scheda di valutazione del Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico neoassunto	pag.63
5. DISCUSSIONE e CONCLUSIONI	pag.78
6. BIBLIOGRAFIA	pag.80
7. ACRONIMI	pag.83

1. INTRODUZIONE

L'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) nasce il 1° Gennaio 2020 dalla fusione dell'Azienda Sanitaria Universitaria di Trieste (ASUITS) e dell'Azienda per l'Assistenza sanitaria "Bassa Friulana-Isontina" (AAS 2), in applicazione della LR 27/2018 "Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale".

Ciò con l'obiettivo di migliorare la capacità di presa in carico del cittadino, di perseguire l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale, di migliorare il coordinamento dell'assistenza sul territorio regionale e garantire l'omogeneità dei servizi offerti. Si aggiungono, inoltre, l'intenzione di promuovere l'innovazione clinica e organizzativa e di ridefinire l'offerta sanitaria per rendere più efficace la spesa sanitaria e sociosanitaria e assicurare la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale. L'offerta dei servizi sanitari è ridisegnata nell'ottica della semplificazione dei percorsi, dell'appropriatezza e della proporzionalità degli interventi, per un uso consapevole e responsabile delle risorse pubbliche, ampliando le tematiche di apprendimento di studenti, specializzandi e professionisti, consentendo loro di sviluppare competenze professionali all'interno di un sistema integrato di servizi di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione.

Al fine di garantire un approccio sistemico e di alto livello in tutta l'organizzazione, ASUGI partecipa a programmi valutativi orientati al miglioramento continuo, di certificazione e accreditamento. Nel Luglio 2021, ASUGI ha avviato l'iter di Accreditamento d'Eccellenza. Si tratta di un percorso volontario, una sfida ambiziosa, che dovrebbe portare una serie di benefici all'Azienda, come la creazione di un modello di gestione delle organizzazioni sanitarie complesse, la duttilità nei cambiamenti organizzativi, il coinvolgimento del personale nei processi di miglioramento, l'incremento della credibilità, l'aumento della comunicazione e collaborazione interna a tutti i livelli.

ASUGI identifica come priorità strategica il miglioramento continuo della qualità, anche mediante il contributo di pazienti e cittadini: al cittadino, elemento centrale del percorso di cura, arriverà un messaggio positivo circa il luogo in cui si trova e le persone che incontra. A certificare l'accreditamento è un ente terzo e indipendente

dalle strutture valutate e dagli enti governativi, che offre consulenze e formazione agli operatori sanitari basandosi su standard aggiornati e di qualità. Le organizzazioni in questione sono *Accreditation Canada* (AC) e *Health Standard Organization* (HSO). Si tratta di un percorso di crescita culturale, di miglioramento della qualità e sicurezza che fa maturare la cultura dell'innovazione e del cambiamento.

Il programma prevede alcune giornate di orientamento e formazione che permetteranno di familiarizzare con le tecniche e gli strumenti utilizzati e di comprendere i contenuti e i vari step del processo, rivolgendosi allo staff, alla leadership e ai team di autovalutazione. Significa riuscire a rispettare degli standard ed alzare l'asticella sull'efficienza. Questo iter, intrapreso in totale autonomia si concluderà nel 2024.

Il programma porterà anche una serie di benefici perché metterà a disposizione un modello di gestione delle organizzazioni sanitarie complesse e aumenterà la capacità di migliorare la qualità dei servizi. Sarà inoltre un potente strumento per l'autovalutazione e coinvolgerà il personale favorendone la partecipazione, a tutti i livelli, nei processi di miglioramento. (<https://asugi.sanita.fvg.it/it/>)

Lo scopo di questo lavoro di Tesi è stato quello di descrivere il percorso di revisione delle qualifiche e delle competenze della figura del Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, percorso che rientra tra le azioni messe in atto in vista dell'ottenimento dell'accreditamento di eccellenza.

L'autore dell'elaborato ha attivamente partecipato alla revisione, di cui sopra, in qualità di Coordinatore Tecnico della Struttura Complessa (SC) Microbiologia e Virologia con funzione integrata afferente alla Unità Operativa Complessa (UOC) di Igiene e Sanità Pubblica dell'Ospedale Cattinara, con sede a Trieste.

2. STATO dell'ARTE

Il termine “**accreditamento**”, indica <<l'atto ed effetto dell'accreditare, di **dare** cioè **credito** o di **conferire** **autorità**>>. (<https://www.treccani.it/vocabolario/accreditamento/>)

L'accreditamento è quindi un'attestazione della competenza e contribuisce a dare fiducia nel mercato favorendo la libera circolazione dei beni e dei servizi sottoposti a valutazione da parte dei soggetti accreditati. L'accreditamento fa sì che i risultati dei controlli eseguiti dall'accreditato siano ritenuti validi a fini di utilità pubblica.

Il soggetto che opera in un campo particolarmente importante (sanità, sicurezza sociale, educazione, transazioni commerciali, attività di laboratorio), dove è necessaria competenza, indipendenza, onestà, capacità organizzativa, rispetto di standard elevati, viene ritenuto “**custode**” della **qualità** delle prestazioni fornite. (<https://it.wikipedia.org/wiki/Accreditamento>)

Il concetto di qualità rappresenta la capacità di soddisfare esigenze, che siano di tipo materiale, morale, economico o sociale, esplicitate in forma di requisiti concreti e misurabili attraverso specifici processi di regolamentazione. Assicurare la qualità consiste nel garantire all'utilizzatore che tale caratteristica effettivamente sussista: parliamo quindi di uno strumento atto a generare fiducia sull'effettiva capacità di soddisfare i bisogni. La capacità di assicurare e produrre qualità nelle diverse forme è strettamente correlata alla competitività di un'organizzazione.

I principali generatori di qualità sono le organizzazioni produttrici di beni e servizi che si avvalgono di consulenti per la valutazione di conformità.

Al soddisfacimento di bisogni di carattere essenzialmente “economico”, relativo alle aspettative dell'utente finale, si è affiancata nel tempo la necessità di soddisfare bisogni riconducibili ad una “qualità sociale”:

- **qualità ambientale**: che tutela i bisogni della collettività nel quadro dello sviluppo sostenibile (norma ISO 14001: sistemi di gestione ambientale);
- **qualità del lavoro**: intesa a tutelare i bisogni di salute e sicurezza dei lavoratori (norma *Occupational Health and Safety Assessment Series-OHSAS 18001*/sostituita definitivamente dalla norma ISO 45001:2018 entrata in vigore a fine 2021);

- **qualità dell'informazione:** finalizzata alla gestione per la sicurezza delle informazioni (norma *British Standard-BS 7799*/sostituita dalle norme ISO 17799 e 27001);
- **qualità etica:** che riguarda la responsabilità sociale delle imprese, chiamate a tutelare i soggetti deboli e promuovere trattamenti etici ed equi del personale (norma *Social Accountability-SA 8000*).

L'assicurazione della qualità è quindi un processo inteso all'attestazione della conformità a requisiti applicabili, in funzione di bisogni da soddisfare.

Essa può riguardare:

- la certificazione di un prodotto;
- la certificazione di un sistema di gestione della qualità (norma ISO 9001:2015), cioè l'insieme di procedure il cui scopo ultimo è la gestione di risorse e processi;
- la certificazione del personale, che assicura che le diverse figure professionali, possiedano, mantengano e migliorino nel tempo le proprie competenze;
- l'attività di ispezione di progetti, prodotti, servizi e ambiente di lavoro.

In Sanità, l'Accreditamento è quel processo attraverso il quale una struttura, pubblica o privata, viene riconosciuta idonea ad erogare prestazioni sanitarie per conto del Sistema Sanitario Nazionale grazie al parere positivo di un Ente terzo *super partes*.

L'accREDITAMENTO è quindi rilasciato in coerenza con il fabbisogno espresso dalla programmazione regionale, subordinatamente al possesso dell'autorizzazione all'esercizio e alla verifica del possesso dei requisiti che fanno riferimento alla qualità dell'assistenza sanitaria e alle relative modalità di valutazione.

2.1 Cenni storici sull'accREDITAMENTO

Il concetto di accREDITAMENTO nasce negli USA all'inizio del XX secolo, nel 1910, grazie alla proposta di Ernest Codman (chirurgo pionieristico di Boston sostenitore della riforma ospedaliera e fondatore di ciò che oggi è noto come gestione degli

esiti nella cura dei pazienti) di un sistema basato sugli “*end results*”, secondo il quale un ospedale avrebbe dovuto seguire i pazienti ricoverati abbastanza a lungo da valutare l'efficacia del trattamento prestato; qualora il trattamento non fosse risultato efficace, l'ospedale avrebbe allora dovuto provare a determinarne la causa, affinché casi simili potessero essere, in avvenire, trattati con successo. Il "sistema di risultati finali" doveva tenere traccia dei risultati dei trattamenti dei pazienti come un'opportunità per identificare errori clinici da cui partire per migliorare l'assistenza dei futuri pazienti.

Nel 1913, con il contributo di Codman, Franklin Martin, fonda l'*American College of Surgeons* (ACS) ed il sistema basato sugli "*end results*" viene assunto come obiettivo.

Nel 1918 l'ACS, definisce i *Minimum Standard for Hospitals* entrati in vigore il 20 Dicembre 1919. (Tab.I)

Tab. I - I primi Standard Minimi

The first Minimum Standard – 1919
1. i medici ed i chirurghi, autorizzati a praticare la professione nell'ospedale, devono costituire un corpo organizzato;
2. l'appartenenza al personale medico é limitato a professionisti provvisti di diploma di laurea in medicina, competenti nel loro campo e rispettosi delle regole deontologiche;
3. il personale medico adotta, in accordo con il corpo dirigente, le regole di funzionamento dell'ospedale ed in particolare: una riunione mensile del personale medico; l'analisi regolare delle loro esperienze cliniche nei differenti servizi a partire dai dati delle cartelle cliniche;
4. tutti i pazienti devono beneficiare di una cartella clinica precisa, accessibile e completa (storia personale e della malattia, esami, consulenze, diagnosi, ecc.) ;
5. l'ospedale deve disporre di attrezzature terapeutiche e diagnostiche sotto la responsabilità di personale competente, di cui almeno un laboratorio e un servizio di radiologia.

Nel corso degli anni aderiscono a questa iniziativa altre associazioni mediche, tra cui l'*American Medical Association*, l'*American Hospital Association*, l'*American College of Phisician*, la *Canadian Medical Association*, l'*American Dental Association*, e nel 1951 nasce la ***Joint Commission on Accreditation of Hospital Organization*** (JCAHO) definita come “modello di autoregolamentazione dell'industria sanitaria”.

Due anni dopo la JCAHO pubblica i suoi primi “*Standards for Hospitals Accreditation*”, riguardanti i requisiti minimi di strutture e competenze degli Enti erogatori di servizi sanitari.

Nasce così l’**Accreditamento** quale strumento di promozione del miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni, dell’efficacia e dell’appropriatezza nella pratica clinica e nelle scelte organizzative, nonché nell’uso delle risorse.

Il modello americano ha ispirato i principali sistemi di accreditamento dei paesi anglosassoni [*Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)*, *Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)*, *King’s Fund*], ed altre esperienze europee quali quelle della Catalogna (regione autonoma spagnola) e della Francia dove è stata costituita *l’Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé (ANAES)*.

L’accreditamento si configura come un sistema di autoregolazione in cui un’organizzazione indipendente stabilisce e controlla gli standard di qualità della struttura che ne fa richiesta.

Fatta eccezione per la Francia, l’adesione a questi sistemi è volontaria ma di fatto, costituendo uno strumento che garantisce sia gli utenti che gli enti finanziatori, l’accreditamento assume sempre più la prerogativa di strumento finalizzato alla regolamentazione delle organizzazioni sanitarie, tanto che negli Stati Uniti l’accreditamento è una condizione necessaria affinché un ospedale possa accedere ai programmi *Medicare* e *Medicaid* e ricevere i relativi finanziamenti governativi. Nel Regno Unito, nel 1988, il *King Edward’s Hospital Fund for London* avvia un programma di accreditamento volontario sul modello australiano, che prevede la costituzione di un comitato promotore, a cui partecipano Società scientifiche ed Associazioni professionali che elaborano un manuale di accreditamento.

Queste ed altre esperienze sono contrassegnate dalle seguenti peculiarità:

- l’accreditamento è una attività autoregolata del sistema finalizzata al miglioramento continuo dei servizi sanitari;
- è una attività volontaria;
- le associazioni professionali hanno un ruolo fondamentale nella definizione di criteri e standard.

Ben diversi tra loro, pur con tante analogie, sono gli obiettivi, gli strumenti e l'approccio all'accREDITAMENTO istituzionale, strutturato secondo un modello predefinito dalle Istituzioni di ogni Paese ed i cui programmi attuativi rispondono sostanzialmente alle esigenze di garantire:

- **adeguati ed omogenei livelli di cura,**
- **idoneità delle prestazioni relativamente al loro compenso**

Di conseguenza, l'accREDITAMENTO è un processo di selezione degli erogatori.

L'accREDITAMENTO istituzionale deve essere, infatti, considerato come un processo continuo finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza, attraverso:

- la definizione dei livelli qualitativi delle prestazioni erogate;
- il monitoraggio trasparente dei risultati;
- il miglioramento della formazione professionale;
- la gestione del rischio clinico;
- la ricerca attiva del giudizio dell'utente come punto di partenza dell'azione di miglioramento.

In Italia, il termine accREDITAMENTO è introdotto con il decreto legislativo n. 502/92: tutte le strutture sia pubbliche che private che intendano esercitare attività sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale, devono possedere "un'autorizzazione rilasciata previo accertamento della conformità a definiti requisiti minimi"; tuttavia la prima definizione di accREDITAMENTO è formulata dalla Corte Costituzionale che, nel pronunciare la sentenza n. 416 del 21/7/95 in merito all'art. 10 della legge n. 724/94, statuisce: *"l'accREDITAMENTO è una operazione da parte di una autorità o istituzione (Regione), con la quale si riconosce il possesso da parte di un soggetto o di un organismo di prescritti specifici requisiti (standard di qualificazione) e si risolve, in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l'utilizzazione altri soggetti (assistiti-utenti delle prestazioni sanitarie)".*

(<https://www.policlinicovittorioemanuele.it/ao/accREDITAMENTO/introduzione.pdf>)

I primi segnali di interesse per la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie emergono nel Contratto Nazionale del Lavoro per il settore della Sanità, di cui al DPR 270/1987. Vi si prevedono attività da realizzarsi a livello di Unità Sanitaria Locale e a livello Regionale, di valutazione e promozione della qualità, in particolare "... di verifica di standard assistenziali".

Notevole contributo allo sviluppo della cultura della valutazione in ambito sanitario è apportato dalle società scientifiche e dalla Società italiana di Verifica Revisione e Qualità (VRQ); tale Società introduce in Italia il metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni sanitarie.

2.2 L'accreditamento istituzionale nel panorama del SSN italiano

L'accreditamento istituzionale è il processo con il quale la Regione (investita di tale ruolo già con il Dlgs 502/92) riconosce alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, già in possesso di autorizzazione sanitaria, lo *status* di **"soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale"**.

Il processo mira ad assicurare la qualità dei servizi e dell'assistenza e riguarda le strutture, le tecnologie, i professionisti.

Mentre l'autorizzazione all'esercizio è finalizzata a garantire il rispetto dei requisiti strutturali e di sicurezza per i pazienti e per gli operatori in qualsiasi struttura sanitaria, pubblica o privata, l'accreditamento istituzionale è il processo con il quale si riconosce a queste strutture, la possibilità di stipulare accordi con le aziende sanitarie regionali per l'erogazione di prestazioni sanitarie per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Si dovranno, pertanto, adottare a livello regionale regolamenti normativi che descrivono le modalità per la richiesta, la concessione, la periodicità e la eventuale revoca dell'accreditamento.

L'accreditamento istituzionale è vincolato dalla sussistenza di specifiche condizioni:

- autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie rilasciata (non sono soggetti ad autorizzazione gli studi professionali intesi come sedi presso le quali il professionista svolge abitualmente la propria attività, di natura prevalentemente professionale e della quale il professionista stesso o i professionisti associati risultano individualmente responsabili);

- funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione regionale e al fabbisogno di assistenza.

Il procedimento garantisce che le strutture accreditate siano in possesso anche degli ulteriori requisiti organizzativi e gestionali aderenti agli standard di qualità richiesti dalla programmazione regionale in materia di sanità.

Il principio su cui si basa l'approccio è che non si dà un buon prodotto sanitario se, oltre alle sue specifiche tecniche, non sono definite regole organizzative che ne garantiscano la produzione/erogazione alle condizioni stabilite.

Le regole fanno riferimento a principi di buona gestione: le specifiche di prodotto si connotano nelle caratteristiche tecniche peculiari dell'oggetto e nelle caratteristiche qualitative percepibili dall'utilizzatore o dal committente.

In questo contesto hanno preso vigore modelli internazionali per la gestione e la verifica delle organizzazioni: le norme della serie ISO 9000/2000 per la gestione della qualità, le ISO 14000/1996 per la gestione dell'impatto ambientale, le ISO 45001/2018 per la gestione della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro.

La normativa di settore italiana è coerente con tali approcci. Per quanto attiene la gestione della qualità, il DPR 14/1/1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private) disegna un approccio sistemico e cioè definisce requisiti parzialmente sovrapponibili a quanto proposto nella modellistica internazionale ISO 9000, che devono contestualizzarsi con specifici riferimenti tecnico-professionali e organizzativi nei diversi *setting* di cura in cui vengono applicati.

2.2.1 I riferimenti legislativi nazionali

L'articolo 32 della Costituzione italiana, al primo comma, recita che: *“la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...”*.

Con la Legge del 23 dicembre 1978, n.833 viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale, concretizzando tale diritto costituzionale e ponendo come punto cardine del nuovo sistema *“la solidarietà, la copertura assistenziale globale e la natura pubblica del Servizio sanitario sì che la tutela della salute venga garantita a tutti gli appartenenti la comunità, e ponendo gli oneri a carico della fiscalità generale.”*

Il primo segno di interesse del legislatore del nostro Paese verso il processo dell'accreditamento va collocato nell'art. 8 (Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali) comma 7 del D.lgs. 502 del 1992 (*le Regioni e le Unità sanitarie locali adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate*). Per nuovi rapporti si intendono quelli destinati a sostituire le vecchie convenzioni.

Questo decreto ha cambiato profondamente il modello di erogazione delle prestazioni sanitarie, prevedendo che una pluralità di soggetti possano operare all'interno del SSN, tra i quali i cittadini hanno piena libertà di scelta: l'obiettivo dichiarato è quello di introdurre meccanismi di concorrenza tra i vari soggetti erogatori, nella speranza che ciò contribuisca ad un miglioramento del livello di efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Il D.lgs. 517/93 introduce, in ambito normativo, il concetto di accreditamento quale criterio su cui devono essere fondati i nuovi rapporti. Il Decreto fissa i tre elementi fondamentali che regolano i rapporti tra azienda sanitaria, erogatori di prestazioni e cittadini utenti: questi sono *“ [...]fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate”* (art.8). In altri termini, la remunerazione sulla base delle prestazioni del servizio fornito, piuttosto che dei fattori produttivi impiegati, dovrebbe incentivare i livelli di efficienza dei singoli produttori di prestazioni sanitarie e contribuire ad un miglioramento generalizzato delle prestazioni erogate. Gli stessi concetti vengono ribaditi dalla Legge 549/95 (art.2) che sancisce la cessazione di tutti i rapporti convenzionali e l'instaurazione di nuovi rapporti fondati sull'accreditamento, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e qualità.

Il Piano Sanitario Nazionale 1994-96 precisa: “[...] l’apertura ad uno spettro più ampio di erogatori rende impellente l’avviamento di appropriate procedure per l’accreditamento delle singole strutture o i singoli servizi, pubblici e privati, che vogliano esercitare attività sanitaria nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale. La omologazione ad esercitare può essere acquisita se la struttura o il servizio dispongono effettivamente di dotazioni strumentali, tecniche e professionali corrispondenti a criteri definiti in sede nazionale. Si dovrà pertanto provvedere, a livello regionale, ad adottare strumenti normativi con i quali si prevedano le modalità per la richiesta dell’accreditamento, la concessione, la eventuale revoca e gli accertamenti periodici [...]”. Come anticipato, la Corte Costituzionale definisce l’accreditamento nella Sentenza n. 416 del 21-28 luglio 1995 come segue: “[...] l’accreditamento è una operazione da parte di una autorità o istituzione (nella specie regione), con la quale si riconosce il possesso da parte di un soggetto o di un organismo di prescritti specifici requisiti (c.d. standard di qualificazione) e si risolve, come nella fattispecie, in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l’utilizzazione, altri soggetti (assistiti–utenti delle prestazioni sanitarie) [...]”.

Il DPR del 14 gennaio 1997, costituisce l’atto di indirizzo e coordinamento con il quale vengono definiti i requisiti minimi per l’autorizzazione all’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e con il quale viene chiaramente ribadito come i requisiti necessari per l’accreditamento (ex D. Lgs. n.502/1992), oltre quelli minimi di cui al DPR medesimo, debbano essere indicati dalla Regione con proprio atto normativo.

Il DPR del 23 luglio 1998 “Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000” - Parte II, b “Le strategie per il cambiamento”, “Strumenti per la garanzia dei livelli di assistenza”, alla voce “L’accreditamento delle strutture sanitarie” qualifica, inoltre, l’istituto dell’accreditamento come rispondente “[...] all’esigenza di operare il processo di selezione degli erogatori attraverso criteri di qualità dell’assistenza. Viene realizzato in armonia con le esigenze di programmazione della rete dei servizi, tenuto conto dei bisogni della popolazione assistita, dei livelli di assistenza da garantire e delle risorse finanziarie disponibili. [...] Le finalità dell’accreditamento conferiscono ai requisiti di qualità un carattere dinamico, in quanto devono essere costantemente aggiornati in relazione alla

evoluzione delle tecnologie e delle pratiche sanitarie. I requisiti per l'accreditamento devono essere selezionati in quanto effettivamente correlati al processo e, soprattutto, ai risultati finali dell'assistenza in termini di efficacia e sicurezza per il paziente. Devono, inoltre, includere la programmazione e la realizzazione di attività formative del personale orientate alla promozione e al mantenimento della qualità assistenziale, nonché l'uso appropriato delle prestazioni e dei trattamenti.”.

Il D. Lgs. del 19 giugno 1999, n.229 “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della Legge del 30 novembre 1998, n. 419” che modifica ed integra il sopra esaminato Decreto Legislativo 502/1992, porta a compimento il processo di regionalizzazione del sistema e aziendalizzazione delle strutture; focalizza l’attenzione sulla qualità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, provvedendo ad affermare il principio di contestualità tra identificazione dei livelli di assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale e la definizione del fabbisogno nazionale. In particolare fissa gli elementi caratterizzanti il tipo di accreditamento previsto e individua, in uno specifico atto di indirizzo e coordinamento, lo strumento atto a definire i criteri generali uniformi di riferimento per le Regioni e i principi di cui l’atto stesso dovrà tener conto.

2.2.2 Il percorso normativo adottato dalla regione Friuli Venezia Giulia

Secondo il D. Lgs. 502/92 il processo di accreditamento si articola in quattro fasi:

1. Autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie
2. Autorizzazione all’esercizio delle strutture sanitarie
3. Accreditamento
4. Accordi contrattuali

La necessità di autorizzazione alla realizzazione rappresenta il più rilevante elemento di cambiamento.

L’art. 8-ter del decreto legislativo n.229/1999 (che riprende e modifica il precedente della Legge 502/1992) stabilisce inoltre che, per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie, il Comune deve acquisire, nell’esercizio delle proprie

competenze in materia di autorizzazione e concessione edilizia, la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di garantire l'accessibilità ai servizi e la valorizzazione delle aree di insediamento prioritario di nuove strutture. Questo è necessario al fine di evitare che si abbia una irrazionale distribuzione delle strutture, e che un loro eccesso induca aumenti ingiustificati di prestazioni e di costi a carico del SSN.

La seconda fase del processo è costituita dalla autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria. Con l'art. 43 della Legge di riforma sanitaria n. 833/78 è stato demandato alle Regioni di disciplinare, con propria legge, la materia relativa alla autorizzazione e alla vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato. Solo una parte delle Regioni ha provveduto negli anni successivi ad adottare una propria specifica disciplina. La svolta è avvenuta con l'emanazione del DPR del 14 Gennaio 1997 "Atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti minimi di carattere, strutturale, tecnologico e organizzativo per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria". Il provvedimento ha determinato un notevole impatto sul sistema sanitario del nostro paese, avendo recuperato il principio **dell'uniformità della disciplina sui requisiti minimi** a livello nazionale ed avendo introdotto il principio che **anche le strutture pubbliche siano soggette alla procedura di autorizzazione per l'esercizio** dell'attività sanitaria.

La terza fase del processo è quella dell'accreditamento, la cui disciplina è integralmente demandata alle Regioni e Province Autonome e deve basarsi sull'individuazione di requisiti e standard ulteriori di qualità rispetto a quelli minimi stabiliti per l'esercizio dell'attività sanitaria, nonché sul principio che l'accreditamento sia concesso in coerenza con i fabbisogni definiti mediante la programmazione regionale.

Gli accordi contrattuali, infine, completano l'articolato sistema dei rapporti tra le Regioni e le strutture pubbliche e private per gli aspetti che riguardano:

- la tipologia e i volumi delle prestazioni da erogare
- i corrispettivi economici, sulla base di appositi tariffari
- il debito informativo

- i requisiti dell'attività da svolgere, con particolare riguardo al criterio dell'appropriatezza

Nella materia degli accordi contrattuali il Decreto Legislativo n. 229/1999 demanda alle Regioni l'adozione di una disciplina che individui gli ambiti delle responsabilità riservate alle Unità Sanitarie Locali, nonché i criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture.

Con la deliberazione della Giunta Regionale 20/06/1997, n. 1852, "Decreto legislativo 502/1992, articolo 8, comma 7 – Accredimento delle strutture pubbliche e private. Approvazione requisiti e procedura" (BUR Friuli-Venezia Giulia del 10 novembre 1997, S.S. n. 10), inizia il recepimento della normativa nazionale a livello regionale.

A questa seguono le numerose deliberazioni che hanno portato alla definizione, negli anni, del programma di accreditamento in Regione Friuli Venezia Giulia.

Dal momento che l'elaborato di Tesi intende approfondire la revisione delle competenze del Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, si ripercorrono gli atti legislativi regionali riguardanti l'accredimento delle strutture sanitarie e, nel dettaglio, quelli salienti che fanno riferimento alla suddetta figura professionale.

Deliberazione della Giunta Regionale 19/09/1997, n. 2761, "Decreto legislativo 502/1992, articolo 8, comma 7 – Accredimento delle strutture pubbliche e private. Approvazione requisiti e procedure. Integrazione della D.G.R. 1852/1997".

Deliberazione della Giunta Regionale 23/04/2002, n. 1292, "Legge regionale n. 8/2001, articolo 4. Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie private e delle relative attività; procedure e requisiti". (Pubblicata nel B.U.R. Friuli-Venezia Giulia 22 maggio 2002, n. 21).

Deliberazione della Giunta Regionale 20/12/2004, n. 3586, "Legge regionale 8/2001, articolo 4 – Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie private e delle relative attività – procedure e requisiti. Modificata dalla D.G.R. 1292/2002".

Deliberazione della Giunta Regionale 15/07/2005, n. 1705, "Legge regionale n. 8/2001, articolo 5. Accredimento istituzionale delle strutture sanitarie eroganti prestazioni di Medicina di Laboratorio e Diagnostica per Immagini". Approvazione in via preliminare di requisiti e procedure". La Regione stabilisce i nuovi requisiti, validi per le strutture sanitarie pubbliche e private, per l'accredimento

istituzionale delle attività di Medicina di Laboratorio e di Diagnostica per Immagini e contemporaneamente approva la procedura per l'accreditamento delle strutture private, rinviando ad un successivo provvedimento la definizione della procedura per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche.

Deliberazione della Giunta Regionale 28/10/2005, n. 2831, "L.R. n. 8/2001, articolo 5. Approvazione definitiva requisiti e procedura inerenti l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie eroganti prestazioni di medicina di laboratorio e diagnostica per immagini. Definizione fabbisogno di prestazioni di diagnostica per immagini". (Pubblicata nel B.U. Friuli-Venezia Giulia 23 novembre 2005, n. 47).

Deliberazione della Giunta Regionale 05/10/2007, n. 2352, "LR 8/2001, art. 5 – Accredimento istituzionale delle strutture sanitarie eroganti prestazioni di diagnostica per immagini e medicina di laboratorio. Specificazioni dei requisiti di cui alla DGR 1705/2005". Vengono parzialmente modificati i requisiti specifici per le strutture sanitarie eroganti prestazioni di diagnostica per immagini e medicina di laboratorio.

Legge Regionale 28/12/2007, n. 30, "Legge strumentale alla manovra di bilancio (Legge strumentale 2008)". Il comma 9 dell'articolo 2 "salute e protezione sociale" della suddetta Legge dispone il provvisorio accreditamento delle *"strutture sanitarie pubbliche in esercizio alla data di entrata in vigore della presente legge, nonché delle strutture sanitarie private che risultino transitoriamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724"*.

Deliberazione della Giunta Regionale 28/07/2011, n. 1436, "D.Lgs. 502/1992, artt. 8 bis, 8 ter e 8 quater – LR 8/2001, art. 5 – L 296/2006, art. 1 comma 796, lett. t – Programma regionale di accreditamento delle strutture sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale. Approvazione definitiva requisiti e procedure". (Pubblicata sul B.U. Regione Friuli-Venezia Giulia 10 agosto 2011)

La deliberazione approva i requisiti (suddivisi in generali, di degenza e ambulatoriali) previsti per l'accreditamento delle strutture sanitarie sia pubbliche sia private e completa il programma di accreditamento regionale delle strutture sanitarie. Il provvedimento precisa che l'accreditamento è concesso alle strutture sanitarie provvisoriamente accreditate, previa verifica, da parte della Direzione

Centrale Salute, Integrazione sociosanitaria e Politiche sociali, del possesso del relativo *status* e della conformità ai requisiti. Prevede inoltre che il termine di sei mesi per la presentazione delle domande di accreditamento per le strutture private, decorra dalla data di pubblicazione sul B.U.R. del presente provvedimento.

Nelle more della conclusione dei procedimenti di accreditamento, le strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate possono continuare ad erogare prestazioni sulla base degli accordi contrattuali stipulati con le Aziende sanitarie.

Con questo provvedimento la Regione FVG attua il completamento del programma regionale di accreditamento delle strutture sanitarie eroganti prestazioni di ricovero per acuti e post acuti a ciclo continuativo e diurno e di specialistica ambulatoriale. I requisiti sono individuati in conformità ai fattori di qualità condivisi dal gruppo tecnico per l'accreditamento coordinato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS) con la finalità di definire una base di criteri di accreditamento comune a tutte le normative regionali e rendere omogenee sul territorio nazionale alcune garanzie di qualità delle cure. Inoltre con questa delibera viene revisionato il procedimento per la concessione dell'accreditamento delle strutture private: modalità di presentazione della domanda, durata, integrazione, sospensione e revoca.

Deliberazione della Giunta Regionale 19/07/2013 n. 1303, “Recepimento dell'intesa, rep n 259/CSR del 20.12.2012, ai sensi dell'art 8, comma 6, della Legge 131/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" in attuazione dell'art 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012”.

Con questo provvedimento la Regione FVG adotta, in recepimento della medesima Intesa, il documento “Il sistema di accreditamento nella Regione Friuli Venezia Giulia”, finalizzato a documentare in un atto ricognitivo il modello di accreditamento regionale e le caratteristiche dell'organismo accreditante.

Legge Regionale 16/10/2014, n. 17, “Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria”.

Il Titolo VI della suddetta Legge, rubricato “Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali”, prevede in particolare l'adozione di:

- i requisiti, i criteri e le evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie e per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie specifici per le diverse tipologie di struttura;
- procedura per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione delle strutture e all'esercizio dell'attività.
- i requisiti ulteriori di qualificazione rispetto a quelli stabiliti ai sensi dell'articolo 48, nonché ai sensi dell'atto di intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012;
- la procedura per il rilascio e il mantenimento dell'accreditamento istituzionale.

Deliberazione della Giunta Regionale 31/10/2014, n. 2029 “DGR 1436/2011 – Rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie di degenza e ambulatoriali – specificazione dei requisiti applicabili”.

Deliberazione della Giunta Regionale 06/11/2015, n. 2220 “Recepimento Intesa, Rep 32/CSR del 19 febbraio 2015, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della L. 131/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie. Istituzione dell’Organismo tecnicamente accreditante”. Con il provvedimento la Regione recepisce l’intesa del 19 febbraio 2015 e pertanto istituisce l’Organismo Tecnicamente Accreditante, individuato nella Conferenza dei rappresentanti aziendali dell’accreditamento.

La Delibera prevede inoltre di formalizzare l'adeguamento della normativa regionale ai criteri e requisiti del Disciplinare tecnico attraverso il regolamento per l'accreditamento previsto dalla Legge regionale di riordino del SSR n. 17/2014 che sarà adottato entro il primo semestre 2016.

Deliberazione della Giunta Regionale 22/01/2016, n. 75, “Dlgs 502/1992, artt 8 bis, 8 ter e 8 quater - lr 17/2014, art 48, art 49. Programma regionale di accreditamento degli ospedali”. La suddetta Delibera coinvolge le sedi distrettuali dove si svolge l’attività nelle branche accreditate in base a precedenti deliberazioni ed approva la programmazione dei sopralluoghi negli ospedali pubblici.

Decreto del Direttore Centrale Sostituto 13/12/2017, n. 1899/SPS “L.R. n. 23/2013 - D.G.R. n. 2220/2015. Costituzione dell’Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA)”. Il Decreto prevede:

- alla costituzione dell'OTA, i cui membri vengono individuati nella “Conferenza dei referenti della qualità e accreditamento” formata dai professionisti dei vari Enti del SSR;
- all'approvazione del Regolamento Generale dell’OTA che si compone di 9 paragrafi:
 - Riferimenti normativi
 - Mission
 - Vision
 - Organizzazione e funzionamento dell’OTA
 - Pianificazione, effettuazione, valutazione delle proprie attività
 - Gestione dei valutatori
 - Relazioni istituzionali
 - Relazioni con i portatori di interesse
 - Criteri e modalità di revisione del presente regolamento

Decreto del Direttore dell’Area Servizi Assistenza Primaria, Direzione Centrale Salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia 18/12/2017, n. 1977/SPS “D.G.R. n. 2220/2015 "Adozione del Manuale sulle competenze dei valutatori dei gruppi di valutazione e criteri di svolgimento delle verifiche di accreditamento”. Il Manuale descrive le regole di gestione dei Valutatori, con particolare riferimento:

- ai requisiti professionali, formativi e di attività svolta, quest’ultima legata ai ruoli e alle competenze dei componenti del Gruppo di Valutazione
- le modalità di gestione dei Valutatori alla luce delle competenze attribuite all’Organismo tecnicamente accreditante della D.G.R. n. 2220/2015.

Deliberazione della Giunta Regionale 18/10/2019, n. 1763, “DIgs 502/1992, art 8 quater – LR 17/2014, art 49. Determinazione del fabbisogno di assistenza ai fini dell’accreditamento istituzionale”. Con tale delibera la Regione approva il nuovo documento di determinazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e apre l’accreditamento istituzionale a nuove strutture, limitatamente a talune branche

specialistiche. Ne discende pertanto la possibilità di attivare nuovi procedimenti per ottenere la concessione dell'accreditamento istituzionale in alcune branche specialistiche ambulatoriali, da parte delle strutture in possesso di autorizzazione al momento della presentazione della domanda.

Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 “Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006”. L’art.64, dal titolo “Accreditamento di strutture sanitarie e sociosanitarie”, richiama il concetto che l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private è rilasciato dalla Regione, Direzione centrale competente in materia, subordinatamente alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, nonché della conformità ai requisiti adottati in coerenza con la vigente normativa di riferimento. Stabilisce inoltre: la procedura per il rilascio e per il mantenimento dell'accreditamento delle strutture. Inoltre, la Giunta regionale, al fine di assicurare un'efficace competizione tra le strutture private accreditate, anche in considerazione di esigenze connesse all'assistenza espresse dagli enti del Servizio Sanitario Regionale, determina i limiti entro i quali procedere ad accreditare un numero di strutture che può essere superiore al fabbisogno programmato. (<https://lexview-int.regione.fvg.it/FontiNormative/xml/xmlLex.aspx?anno=2019&legge=22&ID=tit7&lista=0&fx=leg>)

2.3 Accreditation Canada e ASUGI

Parallelamente all'accreditamento istituzionale, l'accreditamento all'eccellenza, di tipo volontario, promosso all'interno del mondo sanitario allo scopo di incentivare la formazione e il continuo miglioramento della qualità organizzativa è stato conferito per la prima volta all'Ospedale di Cattinara in Trieste nel 2008, con la certificazione di *Joint Commission International* (JCI) e confermato fino al 2017. Negli anni a seguire si è scelto poi di affidarsi ad *Accreditation Canada* (AC) per continuare a certificare l'ospedale all'eccellenza.

La differenza sostanziale tra JCI e AC sta nel fatto che il primo Ente si avvale di un *team* di consulenti per fare la valutazione del grado di “*compliance*” rispetto ad un sistema di *standard*, necessario a stabilire la linea di partenza sulla base della quale è possibile formulare una pianificazione strategica per il successivo miglioramento. Al termine della valutazione il *team* multidisciplinare di consulenti JCI sviluppa un progetto formativo da realizzare con il personale della struttura oggetto di consulenza, in modo da esaminare il più possibile le aree di maggiore debolezza della struttura.

I consulenti supportano l’organizzazione nel raggiungimento degli obiettivi fissati; si eseguono poi delle verifiche di avanzamento dei lavori rispetto ai piani di azione definiti, al fine di poter raggiungere il livello qualitativo richiesto.

Di contro, AC sviluppa un sistema basato su un **manuale della qualità** che si avvale di **autovalutazioni effettuate dal personale interno alla struttura**, necessarie a stabilire un punto di partenza e le tappe da seguire per raggiungere lo scopo finale dell’eccellenza.

2.3.1 Presentazione di *Accreditation Canada*

Dal 1953 l’Associazione Medica Canadese entra a far parte delle associazioni mediche riunite per fondare la *Joint Commission on Accreditation of Hospital*; prima di questa data, il programma di accreditamento condotto dall’*American College of Surgeons* (ACS) aveva coinvolto anche il territorio canadese, essendo il Canada, dal 1917, un membro attivo di ACS. Quando in Canada viene istituito il Sistema Sanitario Nazionale, si inizia a vagliare la possibilità di avviare un programma di accreditamento solo canadese.

Nel 1953 la *Canadian Hospital Association* (oggi *Canadian Health Care Association*), la *Canadian Medical Association*, il *Royal College of Physicians and Surgeons* e l’*Association des Médecins de Langue Francaise du Canada* istituiscono la Commissione Canadese per l’Accreditamento degli Ospedali con l’obiettivo di costruire un programma di accreditamento canadese che verrà portato a termine nel 1958 con l’incorporazione del *Canadian Council on Accreditation of*

Hospital, che nel 1995 è divenuto il *Canadian Council of Health Services Accreditation* (CCHSA). Il CCHSA è, a oggi, l'unica agenzia riconosciuta, con atto governativo, fin dalla sua nascita, ed operante sul territorio canadese.

Accreditation Canada è un'organizzazione indipendente, *no profit*, fondata nel 1958, il cui scopo è fornire ai clienti canadesi e internazionali programmi di certificazione e accreditamento di alto impatto e valore. Il programma di accreditamento in Canada ha due funzioni essenziali:

- quella di permettere un monitoraggio della qualità dei servizi, secondo standard nazionali
- quella di permettere un miglioramento della qualità.

Gli standard nazionali in base ai quali vengono valutate le strutture ed i servizi, sono sviluppati attraverso una consultazione di tutti i professionisti sanitari in quanto depositari delle conoscenze necessarie per individuare i criteri per la definizione del grado di adeguatezza delle diverse situazioni organizzative.

L'agenzia ha sviluppato un programma di accreditamento che copre ormai tutte le tipologie e i livelli di assistenza: dall'Ospedale, all'assistenza domiciliare e riabilitativa ai Servizi di Comunità e di Salute Mentale.

Rispetto all'obiettivo del miglioramento della qualità tramite l'esplicitazione di standard di struttura, processo ed esito e la valutazione della adeguatezza agli stessi, le procedure utilizzate dalla CCHSA sono simili a quelle della statunitense *Joint Commission International*.

Per poter richiedere l'accREDITAMENTO occorre essere autorizzati e operativi da almeno un anno; gli oneri sono a carico della struttura ospedaliera stessa, mediante il versamento di una quota annuale e di una quota per ciascuna visita. L'accREDITAMENTO ha validità massima triennale.

La procedura inizia con una prima fase di autovalutazione in riferimento a criteri e requisiti contenuti nel Manuale di AccredITAMENTO.

La CCHSA invia il manuale di accREDITAMENTO, un questionario sul profilo dell'organizzazione, una guida per pianificare la visita di accREDITAMENTO, l'elenco della documentazione che l'organizzazione deve preparare e spedire e l'elenco dei documenti che devono essere disponibili al momento della visita di accREDITAMENTO.

Il sistema di accreditamento canadese si basa sulla autovalutazione (in ciò si distingue da JCI); infatti vengono creati dei gruppi di lavoro interni all'organizzazione (gruppi di assistenza al cliente/paziente; gruppi di supporto all'assistenza del cliente/paziente; gruppi dirigenziali/*leadership*).

Per ciascuna area individuata viene formato un apposito *team* di autovalutazione, che è composto da rappresentanti di tutti gli operatori che operano in quella particolare area. I risultati della procedura di autovalutazione sono inviati ai supervisori. L'esito di questo auto esame deve essere fornito alla CCHSA prima della visita esterna insieme ad alcuni documenti di carattere generale che descrivono la struttura.

Vengono poi pianificati numerosi incontri con i gruppi di operatori e anche dei colloqui con i pazienti/utenti.

Segue una visita di accreditamento mediante intervista dei componenti dei gruppi, la revisione della documentazione, i sopralluoghi nei dipartimenti e servizi da supervisionare. Sulla base del rapporto finale dei supervisori il Consiglio rilascia l'accreditamento.

Accreditation Canada prevede quattro diversi gradi di aderenza o meno ai criteri del Manuale:

- non adesione,
- adesione minima,
- adesione parziale,
- adesione sostanziale.

Nel Manuale viene, inoltre, previsto uno spazio in cui segnalare l'impossibilità di applicazione del criterio.

Dal 2014 è stata istituita una sede europea di AC per supportare la fornitura di programmi e servizi in Europa:

- Segue le organizzazioni europee
- Ha un ufficio centrale a Bruxelles
- Fornisce i consulenti che hanno il compito di coordinare i servizi ed assistere le organizzazioni sanitarie europee che partecipano ai programmi, con attenzione alle peculiarità locali del settore sanitario e promuovendo la comunicazione e la *partnership*

- Coordina l'inserimento di consulenti ed esperti europei
- Partecipa a programmi dell'Unione Europea (ad esempio: *European Reference Networks*)

L'Italia è stato il primo paese ad utilizzare i programmi di distinzione di trauma ed ictus di *Accreditation Canada* con la ULSS 9 di Treviso e la ULSS 1 di Belluno nel 2006.

Tra il 2008 e il 2010, *Accreditation Canada* ha collaborato per lo sviluppo del sistema di accreditamento regionale per l'Agenzia Regionale Socio-Sanitaria (ARSS) della regione Veneto.

Dal 2010, *Accreditation Canada* lavora con i sistemi sanitari del Veneto e del Friuli Venezia Giulia.

2.3.2 Obiettivi strategici per l'accreditamento all'eccellenza dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)

Con la Determina n.767 del 2 luglio 2021 si avvia il processo di Accreditamento all'eccellenza dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) secondo il programma *Qmentum International* di *Accreditation Canada*, per il triennio novembre 2021- ottobre 2024.

Nel Programma l'assistenza è centrata sulle persone e la famiglia (*People Centered Care*) ed è caratterizzata da competenza, rispetto, empatia. Esso sposta l'approccio dal "fare qualcosa per il cliente" al "**fare qualcosa con il cliente**", creando una vera e propria *partnership*; inoltre migliora il processo decisionale, i risultati delle cure in termini di salute, l'esperienza vissuta dal cliente, la gestione finanziaria e la sicurezza.

La **mission** è ben definita e prevede degli obiettivi specifici, di seguito illustrati, per portare ASUGI ad un livello di qualità superiore in special modo dopo la costituzione dell'Azienda unica che comprende la zona Isontina e le città di Gorizia e Trieste:

- sostenere l'integrazione tra le strutture della nuova Azienda Sanitaria attraverso l'implementazione di standard internazionali riconosciuti che riguardino tutti i servizi e le infrastrutture sia ospedaliere che del territorio,
- potenziare il coinvolgimento di tutto il personale motivandolo attraverso il lavoro di squadra e, dove possibile, dei pazienti e della comunità nel miglioramento continuo,
- migliorare la capacità di comunicazione tra la leadership e tutti i livelli aziendali, così come all'interno dei dipartimenti e tra tutte le strutture dell'azienda, grazie allo sviluppo ed all'implementazione di un linguaggio condiviso e comune,
- promuovere e potenziare la cultura della qualità e sicurezza ovunque in azienda, in maniera equilibrata ed uniforme, coinvolgendo tutti i rami e tutti i livelli professionali, indipendentemente dalla localizzazione delle strutture,
- identificare le opportunità di miglioramento attraverso l'utilizzo di standard internazionali validati e riconosciuti e metodologie di comprovata efficienza ed efficacia,
- dimostrare l'impegno dell'Azienda per la qualità e la sicurezza nei servizi sanitari.

Il ciclo di accreditamento ha la **durata di 3 anni**, e prevede degli *steps* molto ben definiti:

- la costituzione di *team*, interdisciplinari e interdipartimentali, con 2 team leaders (uno dell'Area Giuliana e uno dell'Area Isontina), e circa 8-10 partecipanti,
- la formazione, attraverso incontri di orientamento, per il personale coinvolto nel *team* e la formazione specifica per il *team leader* sia tramite l'assistenza continua in sede sia da remoto con il supporto degli addetti di *Accreditation Canada*,
- sistemi di autovalutazione dei *team*, utilizzando dei questionari presenti sulla piattaforma web;
- analisi delle criticità riscontrate all'interno dei singoli *team*, con l'elaborazione di report che danno indicazioni sulle aree conformi,

parzialmente conformi, non conformi e successiva stratificazione delle priorità in base al tipo di standard;

- piani di miglioramento in base alle criticità riscontrate con monitoraggio delle azioni di miglioramento:
- visita di accreditamento (preceduta da una simulazione della visita ad opera di consulenti) con valutazione *in loco* da parte dei valutatori incaricati e con la produzione di un report finale della visita stessa.

I report finali presentano gli esiti della visita di accreditamento, con la descrizione sintetica degli aspetti valutati, le raccomandazioni, i commenti finali ed eventuali condizioni da soddisfare per ottenere l'accREDITAMENTO desiderato.

Il report finale dà l'*input* per apportare i cambiamenti che possono essere messi in atto dall'Azienda per migliorare la *performance* dei sistemi di qualità interni. (fig.1)

Panoramica del ciclo di accreditamento di Qmentum International™

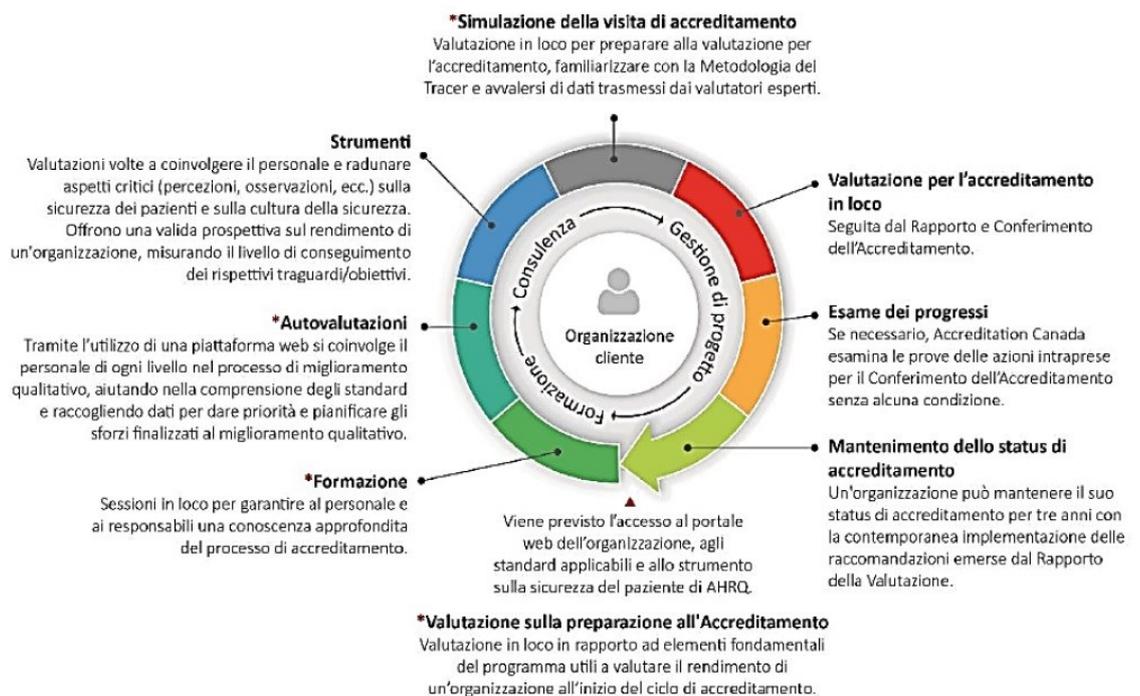


Fig 1 – Ciclo di accREDITAMENTO Qmentum International (fonte – Accreditation Canada)

La qualità delle cure è strettamente collegata alla sicurezza dei pazienti. Quest'ultima dipende dall'interazione di molteplici componenti che agiscono all'interno dell'organizzazione e deve essere affrontata attraverso l'adozione di

pratiche di governo clinico che mettano al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando al tempo stesso il ruolo e le responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

In quest'ottica diventa quindi essenziale rafforzare le competenze dei professionisti, così da prevedere programmi di formazione, per il personale più esperto senza tralasciare quello di nuova assunzione, che diventa strumento indispensabile per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure.

È quindi necessario raggiungere un livello omogeneo di competenze e conoscenze tra i vari professionisti. Non bisogna sottovalutare come il ruolo di un professionista implichi un percorso di formazione e di crescita personale molto laborioso, sia in termini di tempo che di impegno individuale, soprattutto all'interno delle organizzazioni sanitarie che rappresentano dei sistemi complessi, costituiti da numerose componenti tra loro correlate per il raggiungimento di obiettivi, regolate da precise dinamiche che concorrono inevitabilmente alla formazione del professionista sanitario. Il personale impegnato all'interno di un laboratorio è il mattone necessario per la costruzione di un "sistema di qualità" che è indispensabile in tutte le fasi del percorso diagnostico, dalla pre-analitica alla post-analitica.

Si possono identificare quattro tipologie di competenze:

- **competenze di base:** che tutti i professionisti devono possedere all'ingresso nel mondo del lavoro;
- **competenze trasversali:** capacità sia comunicative che relazionali utili in qualunque settore professionale e che il professionista acquisisce durante l'arco della vita in contesti di educazione formale e informale. Riguardano l'area gestionale, innovativa e relazionale;
- **competenze tecnico-professionali:** capacità distintive che si differenziano in base alla figura professionale;
- **competenze tecnico-professionali trasversali:** identificano le funzioni che descrivono le competenze comuni ad ogni professionista dell'ambito sanitario e comprendono gli ambiti di gestione, formazione, ricerca e consulenza.

Una rappresentazione chiara e schematica delle quattro tipologie di competenze è osservabile nelle immagini delle figg. 2, 3, 4, 5 inserite in un report molto

dettagliato del Servizio Sanitario della Regione Toscana
(https://www.aiditalia.it/wp-content/uploads/2013/05/competenze_ps_I.pdf).

Le competenze sono valutate:

- dopo la formazione iniziale, al momento dell'inserimento di personale di nuova assunzione, per determinarne l'efficacia e la funzionalità sul singolo all'interno dell'ambiente di lavoro;
- periodicamente per verificare la necessità individuale di approfondimento di conoscenze, abilità e pratiche di lavoro nell'applicazione di protocolli e procedure;
- quando avvengono cambiamenti in protocolli operativi e procedure o ne vengono adottati di nuovi;
- quando cambiano i ruoli e le responsabilità degli operatori all'interno dell'Azienda;
- quando emerge la necessità di riformare le persone.

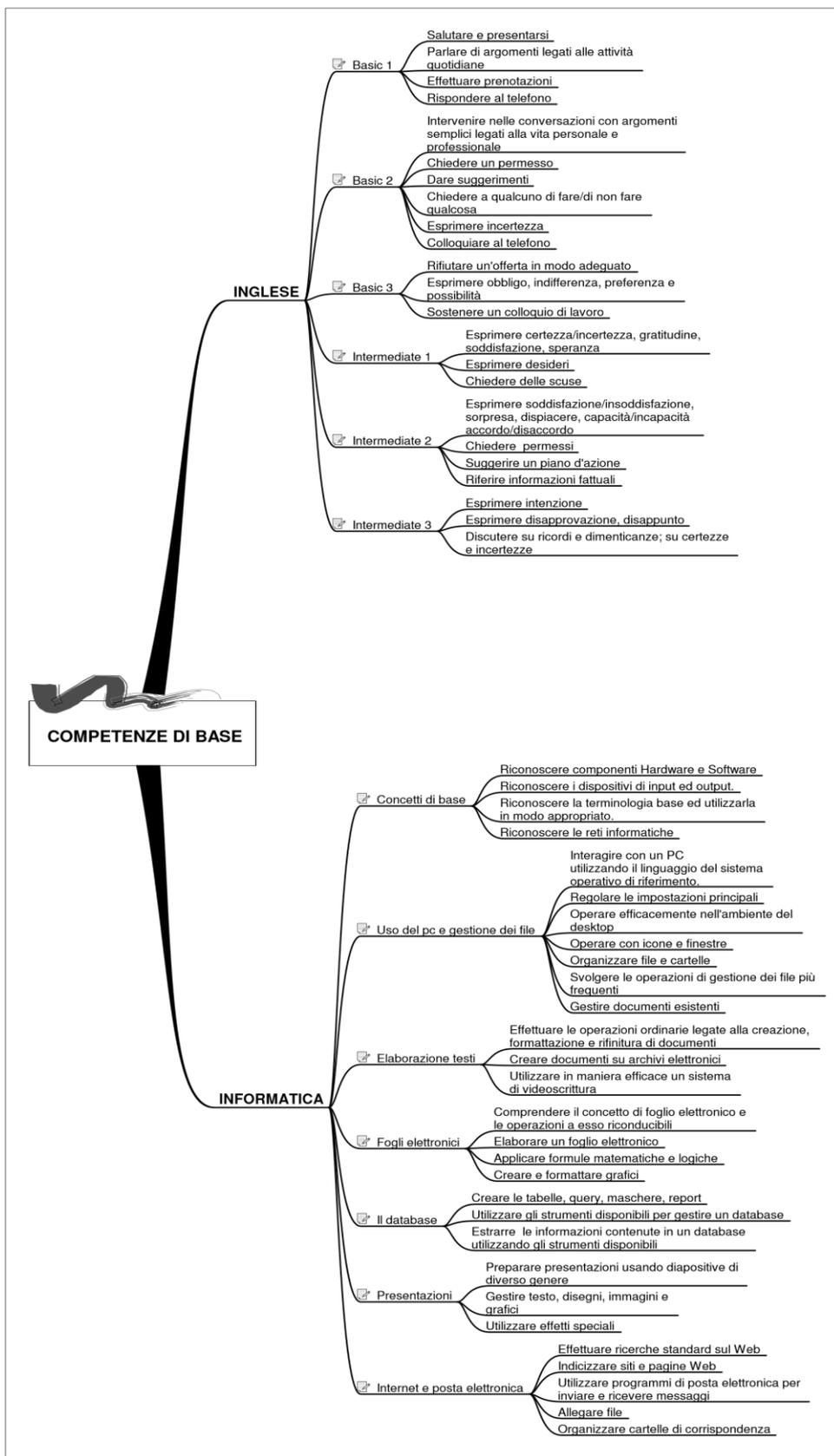


Fig 2 – Tassonomia delle competenze di base 1 (fonte: Servizio Sanitario della Toscana-2008)

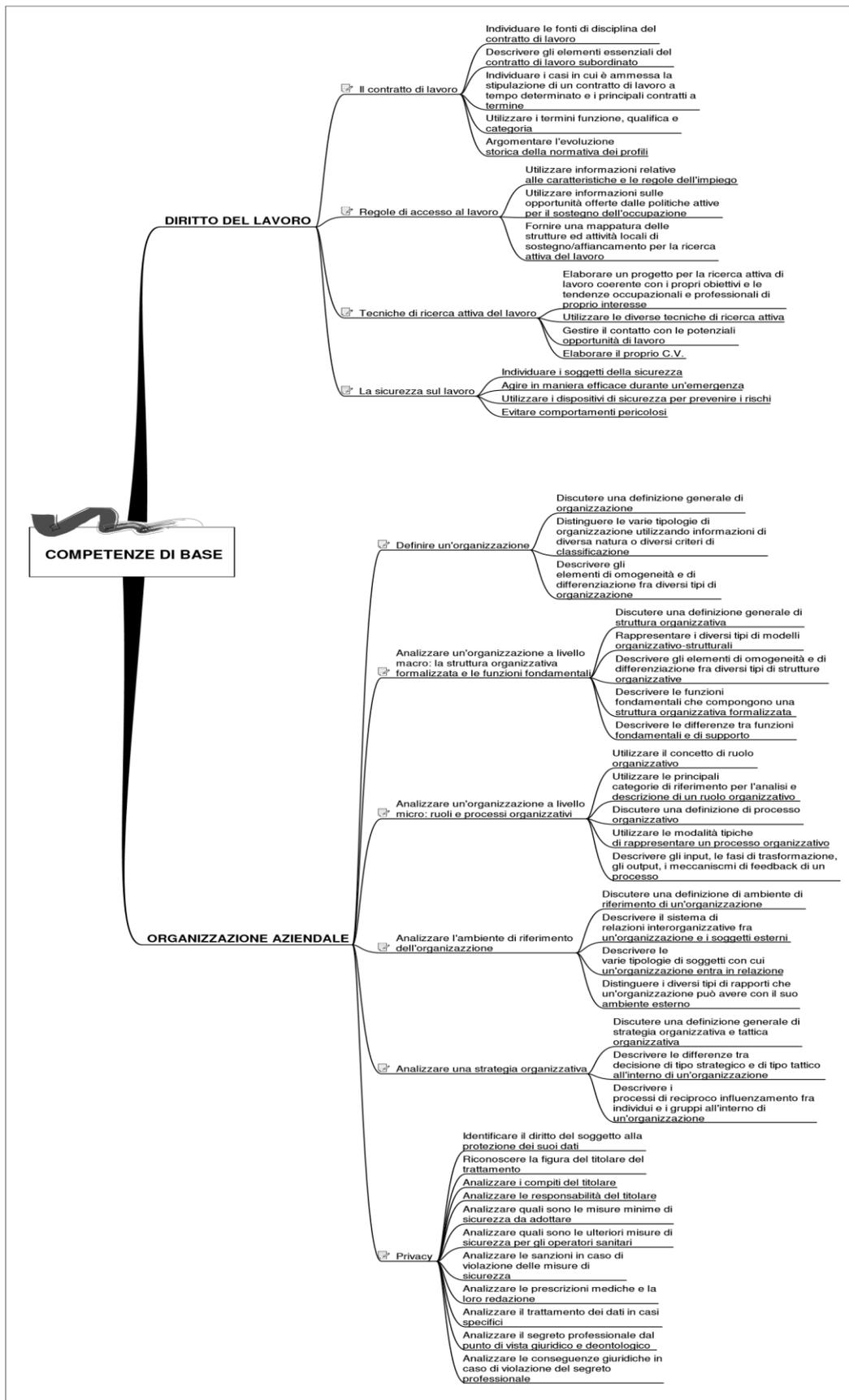


Fig 3 – Tassonomia delle competenze di base 2 (fonte: Servizio Sanitario della Toscana-2008)

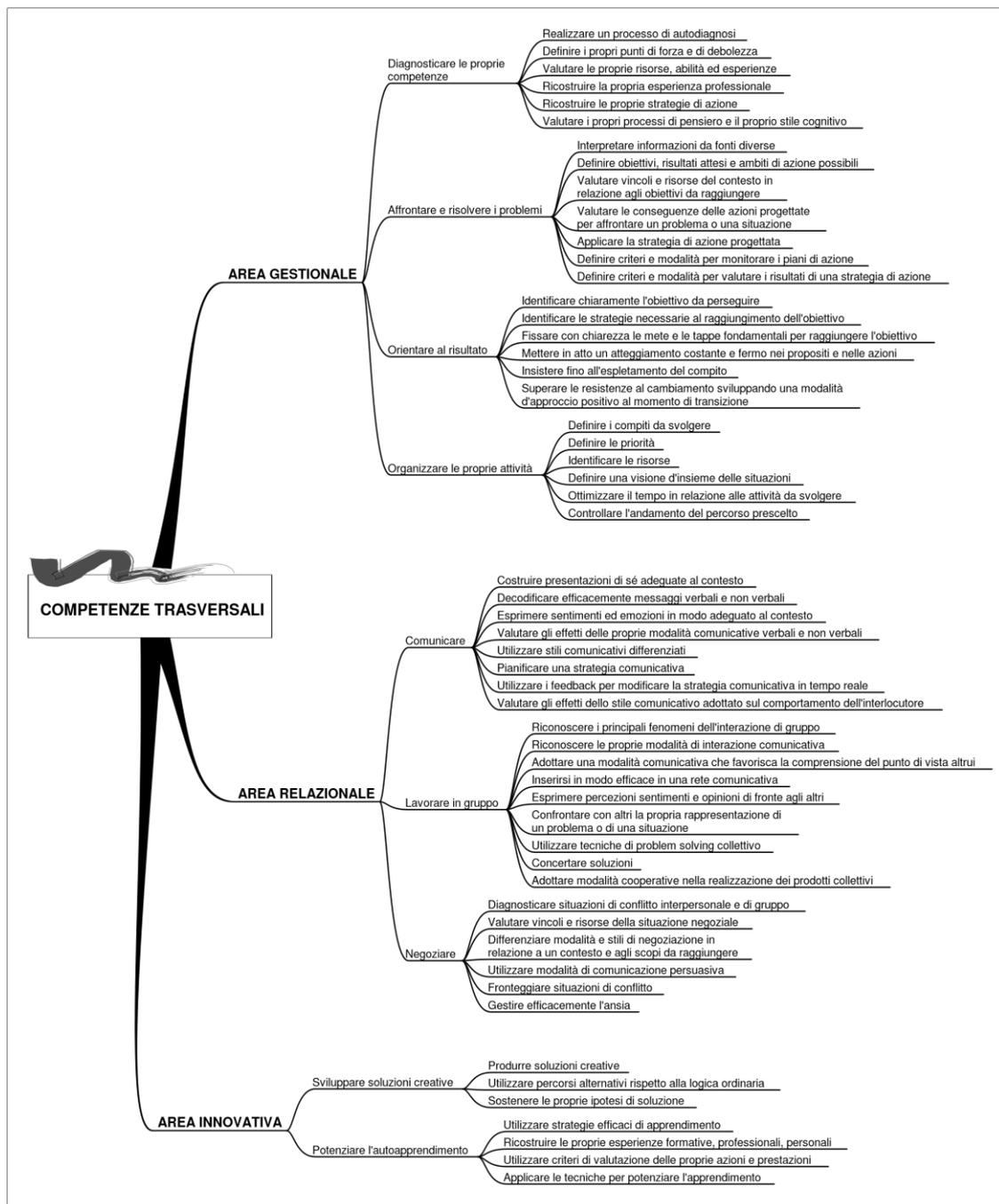


Fig 4 – Tassonomia delle competenze trasversali (fonte: Servizio Sanitario della Toscana-2008)

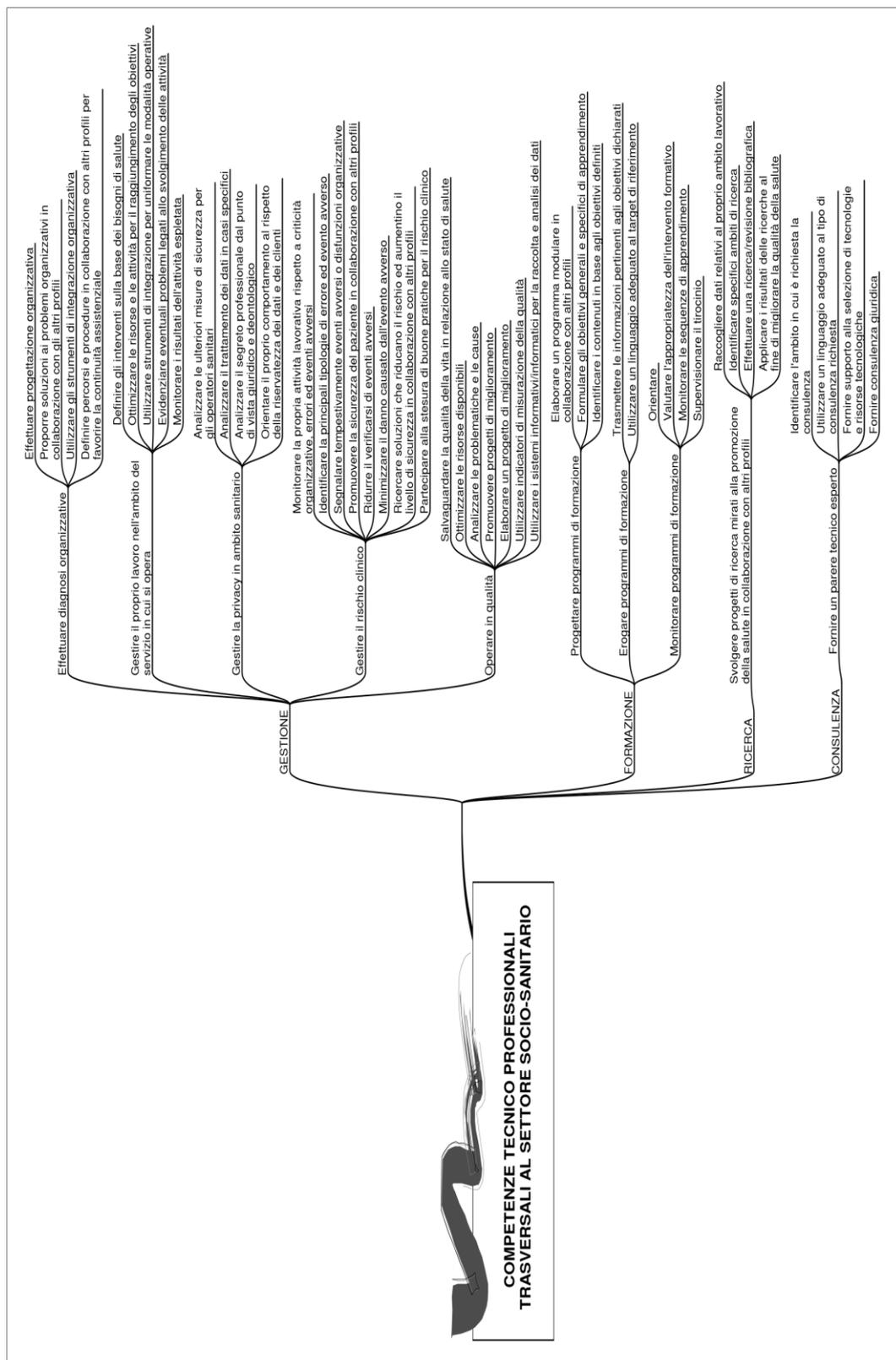


Fig 5 – Tassonomia delle competenze tecnico-professionali trasversali (fonte: Servizio Sanitario della Toscana - 2008)

3. MATERIALI e METODI

All'interno del Manuale per l'accreditamento fornito da *Accreditation Canada*, vi è una sezione dedicata ai servizi di laboratorio biomedico, rivolto alle organizzazioni che forniscono servizi di laboratorio all'interno di una struttura ospedaliera.

Lo standard promuove un approccio collaborativo per l'erogazione del servizio, in cui il personale di laboratorio collabora con gli utenti del laboratorio al fine di erogare servizi sicuri e di qualità.

Lo standard affronta tutti gli aspetti dei servizi di laboratorio, dalle richieste alla risposta, fino alla comunicazione dei risultati.

Esso si focalizza sulle attività relative alla pianificazione e alla valutazione dei servizi di laboratorio erogati all'interno e all'esterno dell'organizzazione.

Si suddivide in diverse sezioni:

- 1 Pianificazione, progettazione e coordinamento dei servizi di laboratorio
- 2 Avere a disposizione le persone giuste
- 3 Garantire un ambiente adeguato
- 4 Conformità alle migliori pratiche di laboratorio
- 5 Utilizzo e manutenzione delle apparecchiature di laboratorio
- 6 Utilizzo di materiali di consumo, reagenti e terreni di coltura
- 7 Corretta preparazione per l'esecuzione delle analisi
- 8 Esecuzione delle analisi sicura e accurata
- 9 Conservare i sistemi informatici efficienti e accessibili
- 10 Monitoraggio della sicurezza e della qualità dei servizi di laboratorio

In questo specifico lavoro di Tesi, l'attenzione si è focalizzata sul punto 2, attraverso la costituzione di un gruppo di coordinamento formato dal personale di laboratorio, delle aree Giuliana ed Isontina, che afferisce al Dipartimento di Attività Integrata (DAI) di Medicina dei Servizi.

3.1 Il gruppo di coordinamento per la revisione delle qualifiche del personale del comparto afferente a DAI – Medicina dei Servizi di ASUGI

Chi sono i componenti del Gruppo di Coordinamento?

- 1 Coordinatore dell'intero gruppo, individuato nella figura della coordinatrice del Laboratorio a Risposta Rapida dell'Ospedale di Cattinara e dello *Spoke* IRCCS Burlo-Garofolo;
- per la S.C. del Laboratorio Unico, la Coordinatrice del *Corelab* dell'Ospedale Maggiore, la Coordinatrice del Laboratorio dell'Ospedale San Polo di Monfalcone, e 4 Tecnici di Laboratorio di cui uno afferente al laboratorio Unità Farmaci Antiblastici (UFA);
- per la S.C. di Microbiologia e Virologia, un Coordinatore e 1 Tecnico di Laboratorio Biomedico;
- per la S.C. di Anatomia Patologica, la Coordinatrice e 1 Tecnico di Laboratorio Biomedico.

3.2 Il test di autovalutazione sul personale del Laboratorio

Come detto in precedenza, il programma prevede, per ciascuna area, un test di autovalutazione che va, poi, inviato ai supervisori.

L'esito di questo auto-esame deve essere fornito ad *Accreditation* Canada prima della visita esterna, insieme ad alcuni documenti di carattere generale che descrivono la struttura da accreditare.

Il test permette di fare una valutazione relativa al contesto di laboratorio, inteso come un *team* in cui collaborano diverse figure, a cui sono attribuite specifiche mansioni, definite da un pannello di qualifiche e competenze ben preciso ma anche da procedure che indicano “chi fa cosa” e “come farla”; tale standardizzazione confluisce in una corretta gestione del lavoro quotidiano senza che vi siano dubbi sui ruoli e sulle mansioni. L'equilibrio del *team* di un laboratorio è un requisito necessario alla qualità del lavoro e dei risultati che giornalmente vengono forniti agli utenti e ai reparti.

Il test presenta delle domande alle cui risposte vengono assegnati dei colori che individuano l'entità della conformità:

- **VERDE: conforme**
- **GIALLO: parzialmente conforme**
- **ROSSO: non conforme**

Durante il primo incontro del *team* è discusso il test di autovalutazione che ogni componente ha eseguito in maniera individuale, permettendo così di mettere in risalto le eventuali criticità.

Legenda test di autovalutazione:

Dimensioni della Qualità



Centralità della Popolazione

Lavorare con la comunità per anticipare e soddisfare i bisogni



Accessibilità

Garantire i servizi con puntualità ed equità



Sicurezza

Garantire la sicurezza delle persone



Ambiente di Lavoro

Sostenere il benessere sul luogo di lavoro



Centralità del Paziente

Mettere al primo posto il paziente e i suoi familiari



Continuità dell'Assistenza

Erogare servizi tra loro coordinati e continuativi



Efficienza

Mettere in atto il miglior uso delle risorse



Appropriatezza

Fare la cosa giusta per ottenere i risultati migliori

Tipologie di Criteri

Alta Priorità



I criteri ad alta priorità sono criteri correlati a sicurezza, etica, gestione del rischio e miglioramento della qualità. Sono identificati negli standard.

Pratiche Organizzative Obbligatorie



Le Pratiche Organizzative Obbligatorie (POO) sono pratiche essenziali di cui l'organizzazione deve dotarsi per incrementare la sicurezza del paziente e per ridurre al minimo i rischi.

Metodo di valutazione



In sede

Per criterio contrassegnato con "In sede", si intende che i criteri saranno valutati in sede da un valutatore di parte terza.



Attestazione

Per criterio contrassegnato con "Attestazione", si intende che i servizi sanitari forniti devono attestare la loro conformità ai criteri. Ciò sarà sottoposto a revisione da parte del soggetto per l'accreditamento ai servizi sanitari.

Livelli



Oro

riguarda le strutture e i processi basilari che si ricollegano ai rudimenti essenziali del miglioramento della qualità e della sicurezza.



Platino consolida gli elementi di qualità e di sicurezza e pone l'accento sugli elementi chiave della centralità del paziente nel processo

assistenziale, creando uniformità nell'erogazione dei servizi attraverso processi standardizzati e tramite il coinvolgimento dei pazienti e del personale nei processi decisionali.



Diamante

punta al raggiungimento della qualità tramite il monitoraggio degli esiti, l'utilizzo delle evidenze e delle migliori pratiche per il miglioramento dei servizi e il *benchmarking* con organizzazioni simili allo scopo di indirizzare i miglioramenti a livello di sistema. (Tabb. 2, 3)

Sotto-sezione		5.0		L'organizzazione ha un team ben equilibrato in termini di competenze e di numero di componenti per garantire servizi di laboratorio sicuri ed efficienti.			
Livello	Qualità	Tipo	N°	Criterio	Auto - valutazione	EVIDENZE E DOCUMENTI ESISTENTI	COSE DA FARE
			5.1	L'organizzazione stabilisce chiare linee di responsabilità per i servizi di laboratorio erogati in tutta l'organizzazione.			
			5.2	Il team stabilisce le responsabilità e le qualifiche di ciascun componente nei profili professionali.			
			5.3	Il team seleziona i componenti sulla base delle qualifiche richieste nei singoli profili professionali.			
			5.4	Il team è composto da un numero sufficiente di individui qualificati, in grado di svolgere il volume richiesto di servizi di laboratorio, le attività quotidiane di routine, e qualunque altra responsabilità.			
			5.5	Il team ha un direttore di laboratorio che è responsabile della supervisione dell'attività clinica dentro e fuori del laboratorio.			
			5.6	Il team ha un responsabile/direttore amministrativo che per l'amministrazione e la gestione dei servizi all'interno e all'esterno del laboratorio.			
			5.7	Il responsabile/direttore amministrativo, o la persona designata, rivede periodicamente ruoli e funzioni dei componenti del team e apporta variazioni, laddove necessario.			
			5.8	Il responsabile/direttore amministrativo, o la persona designata, valuta periodicamente la composizione del team e il numero dei suoi componenti e apporta variazioni, laddove necessario.			

Tab.2 – Test di autovalutazione “Disporre delle persone giuste” 1 (fonte Accreditation Canada)

Sotto-sezione		6.0		Il team è formato, addestrato e valutato sui servizi di laboratorio dell'organizzazione.			
Livello	Qualità	Tipo	N°	Criterio	Auto - valutazione	EVIDENZE E DOCUMENTI ESISTENTI	COSE DA FARE
			6.1	Il team riceve un orientamento globale sui servizi di laboratorio dell'organizzazione.			
			6.2	Il team è formato all'uso delle apparecchiature di laboratorio dell'organizzazione.			
			6.3	Formazione e training specifici sono forniti ai membri del team relativamente alle modalità per lavorare con rispetto ed in modo efficace con i clienti e i familiari con background culturali, credi religiosi e bisogni assistenziali differenti.			
			6.4	La competenza del team è valutata dopo l'orientamento di un nuovo membro, e successivamente a intervalli regolari.			
			6.5	Il team riceve un training aggiuntivo qualora siano identificate delle carenze nella formazione o nelle competenze e rivaluta le proprie competenze dopo il training.			
			6.6	Il rendimento di ciascun componente del team è valutato in modo oggettivo, interattivo e costruttivo.			
			6.7	Il team ha accesso a opportunità di formazione continua e di sviluppo professionale riguardanti i servizi di laboratorio.			

AUTO VALUTAZIONE CRITERI – colorare le caselle in base all'esito della valutazione	
	CONFORME
	PARZIALMENTE CONFORME
	NON CONFORME

Tab. 3 – Test di autovalutazione “Disporre delle persone giuste” 2 (fonte Accreditation Canada)

I punti 5.2 e 5.3 (indicati dalle frecce) suggeriscono che sia il gruppo di coordinamento stesso a stabilire responsabilità e qualifiche per i singoli profili professionali, afferenti alla Medicina dei Servizi.

Attraverso il lavoro di autovalutazione compiuto si mettono, quindi, in discussione alcune criticità, arrivando a definire un nuovo *portfolio* di competenze ed una nuova posizione lavorativa (la cosiddetta “*job description*”).

4. RISULTATI

A fronte della grande richiesta degli ultimi due anni dovuta alla crisi sanitaria mondiale scatenata dalla pandemia di Covid19, si è slatentizzata una profonda carenza di personale tecnico (e non solo) che, in realtà, è rivendicato con forza ormai da diversi anni. Da non sottovalutare anche il fatto che la maggior parte del personale neo-assunto si è trovato catapultato dall'Università al mondo del lavoro senza aver affrontato nessun tipo di “gavetta” o esperienza pregressa, se non quella del tirocinio curricolare.

4.1 La nuova *Job Description* del TsLB

La Direttiva emanata dal Dipartimento della Funzione Pubblica il 13 Dicembre 2001 sostiene che “tutte le organizzazioni, per gestire il cambiamento e garantire un’elevata qualità dei servizi, devono fondarsi sulla conoscenza e sulle competenze. Devono, pertanto, assicurare il diritto alla **formazione permanente**, attraverso una pianificazione e una programmazione delle attività formative che tengano conto anche delle esigenze e delle inclinazioni individuali”.

In risposta a questo monito è necessario definire e rinnovare le competenze della figura professionale del TsLB non solo nella prospettiva dell’accreditamento, ma soprattutto per garantire, sempre e comunque, la qualità di un servizio a fronte del grande numero di assunzioni che si sono verificate nel particolare periodo storico che stiamo vivendo.

La *Job Description* infatti declina specificazioni in merito ai requisiti richiesti per un determinato tipo di mansione, alle principali attività e responsabilità, e alle relazioni organizzative di una data posizione, fornendo un sommario delle attività di una figura professionale in un dato contesto lavorativo.

Questo strumento è utile per supportare le fasi di reclutamento, inserimento, trasferimento del personale, nonché la valutazione del grado di *performance* raggiunto in termini di conoscenze, abilità e competenze.

Con l’occasione dell’incontro per la discussione dell’esito del test di autovalutazione individuale, il *team* di coordinamento ha proposto la revisione della

Job Description, valutando la possibilità di diversificarla in base alla Struttura di appartenenza.

Il DAI-Medicina dei Servizi è composto da Strutture Complesse che hanno “una vita propria” e il percorso per gestire le competenze del professionista deve:

- identificare gli esiti da ottenere, rapportati alle competenze e alle attitudini dei professionisti;
- definire i vincoli posti dall'organizzazione sulla base degli obiettivi aziendali e delle risorse umane e tecnologiche utilizzate;
- codificare gli *standard* assistenziali al fine di determinare la qualità delle prestazioni e i livelli di soddisfazione della domanda;
- identificare le posizioni lavorative necessarie all'organizzazione, anche al fine di evitare sovrapposizione di ruolo;
- valorizzare le competenze individuali;
- individuare il potenziale individuale;
- assegnare incarichi ai collaboratori: definire i percorsi verso posizioni di maggiore responsabilità – complessità assistenziale organizzativa (ad esempio il TsLB come guida di tirocinio, *tutor* clinico, sostituto di un coordinatore, etc.);
- concorrere all'adozione di adeguati sistemi incentivanti;
- evidenziare chiaramente le necessità formative individuali;
- sviluppare percorsi formativi finalizzati all'inserimento e all'addestramento del personale, allo sviluppo delle competenze e delle capacità professionali, ai percorsi di carriera;
- concorrere al miglioramento organizzativo aziendale e di struttura organizzativa elementare attraverso la razionalizzazione dei processi e promuovere una allocazione/utilizzo delle risorse che tenga anche conto dei risultati della valutazione, con particolare attenzione al potenziale della persona.

(La seguente fig.6, ancora una volta, ci aiuta a visualizzare schematicamente ciò di cui stiamo parlando)

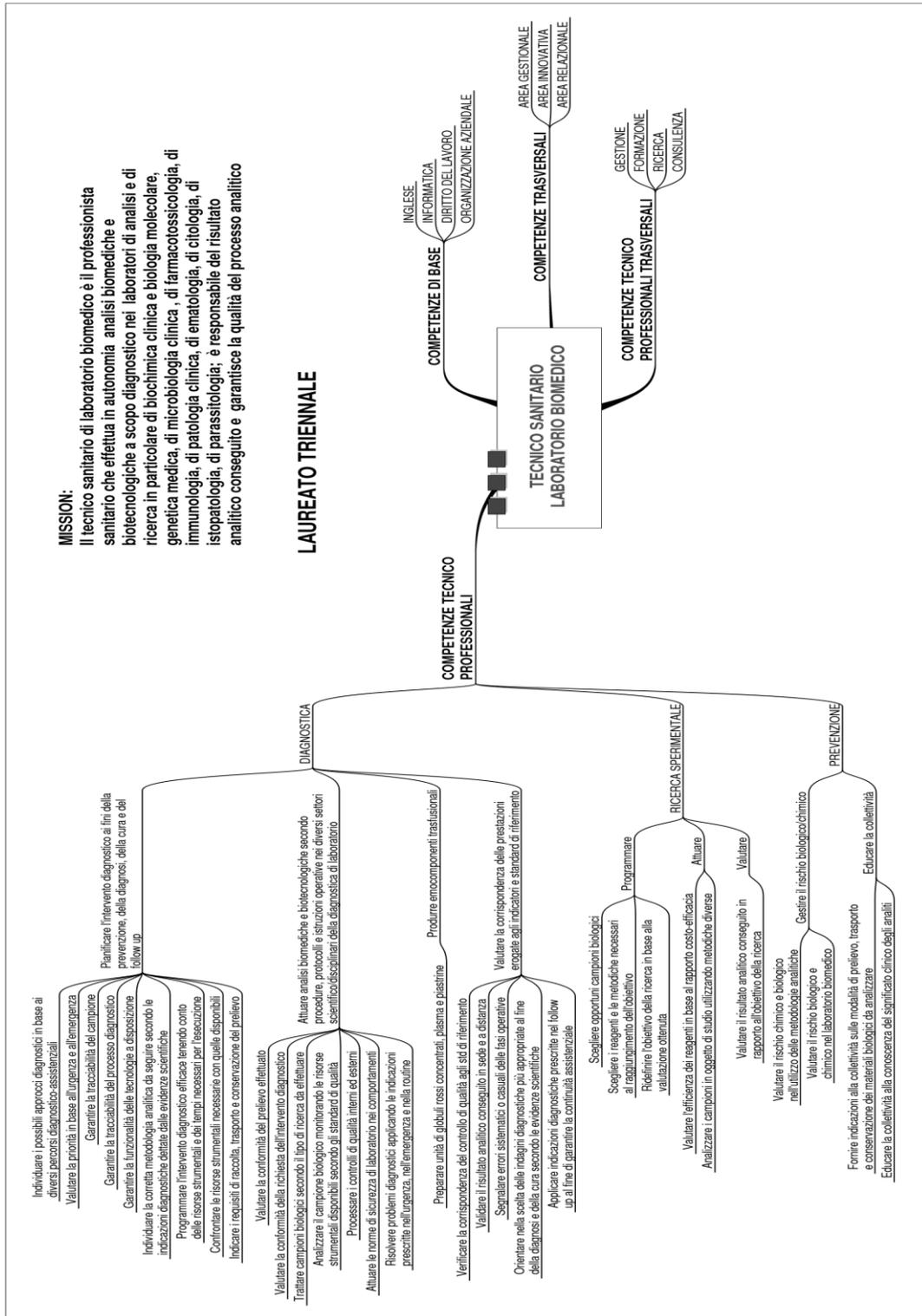


Fig 6 –Competenze del Tecnico di Laboratorio Biomedico (fonte: Servizio Sanitario della Toscana - 2008)

Gli incontri sul tema dell'accreditamento sono iniziati a Ottobre 2021: il *team leader* ha costituito i diversi gruppi di coordinamento, uno per ogni area dei servizi di laboratorio biomedico (come definito dal manuale di accreditamento).

Gli incontri con il gruppo di coordinamento per descrivere le qualifiche del personale sono iniziati a Novembre 2021 e si sono svolti con cadenza mensile o bisettimanale; nel contempo si è lavorato alla revisione dei requisiti delle varie figure professionali del comparto, all'interno del Dipartimento.

Il confronto e le valutazioni in merito all'adeguamento delle *Job Description* per il Tecnico di Laboratorio Biomedico hanno portato ad una scelta strategica nuova e soprattutto caratterizzante la figura distinguendo i diversi ambiti in cui può essere dislocata.

Per i laboratori a risposta rapida situati presso l'Ospedale di Cattinara, per lo *Spoke* presso l'IRCCS Burlo-Garofolo, il *Corelab* dell'Ospedale Maggiore, e la SC di Microbiologia e Virologia, si è optato per un'unica *Job Description* che potesse racchiudere tutte le peculiarità richieste per la figura del TsLB.

Questo perché, soprattutto in concomitanza con l'inizio dell'emergenza sanitaria, quando ancora si poteva fare affidamento sul personale tecnico già presente in servizio (nel Febbraio 2020) e non si era ancora verificata la grande richiesta di Tecnici di Laboratorio, c'è stato un movimento di personale dai laboratori dove si era riscontrato un calo della mole di lavoro (ci si riferisce, per lo più, ai laboratori a risposta rapida, vista la diminuzione dei ricoverati nei reparti ordinari per operazioni rimandabili e la diminuzione degli accessi al Pronto Soccorso, se non in caso di situazioni gravi o per pazienti che riscontravano sintomatologie legate all'infezione da SARS-CoV-2) verso quei laboratori in cui vi è stato un aumento della richiesta (soprattutto il laboratorio di Microbiologia e Virologia dove è conferito il 90% dei tamponi molecolari per la ricerca di SARS-CoV-2 e dove si è raggiunto un picco di 3000 tamponi/gg). Questo ha determinato una buona possibilità di interscambio tra i suddetti laboratori, per cui una preparazione di base poteva essere sufficiente nella necessità di un repentino movimento di personale.

Diversa è invece la situazione del tecnico che afferisce ai laboratori di Anatomia Patologica o all'Unità Farmaci Antiblastici:

- nel primo caso, oltre alla preparazione di base, il tecnico ha necessità di una formazione specifica sulle pratiche che caratterizzano un laboratorio di Anatomia Patologica, ad esempio tecniche di colorazione per analisi estemporanea, oppure tecniche molecolari tipo metodo OSNA (*One Step Nucleic Acid Amplification*), tecnica altamente specifica per l'analisi accurata dei linfonodi sentinella. La tecnica prevede un *training* sul campo di circa 2 mesi, con esame finale da parte di *specialists* esterni appartenenti alla ditta che fornisce la strumentazione correlata; inoltre si tratta di un laboratorio in cui avviene la manipolazione di campioni per lo più non ripetibili;
- il TsLB assegnato al laboratorio UFA, invece, deve frequentare un percorso teorico-pratico di avviamento e perfezionamento al lavoro abbinato ad un training di circa 6 mesi direttamente sul campo, al fine di apprendere tutte le tecniche e le modalità di lavoro all'interno di zone sterili, per la gestione e la preparazione di farmaci antitumorali.

Il gruppo di coordinamento ha scelto quindi di elaborare 3 diverse *Job Description*, descrivendo le peculiarità del TsLB dislocato nelle diverse realtà.

La precedente versione della *Job Description* è stata elaborata in occasione dell'accreditamento con *Joint Commission International* e revisionata per la terza volta nel 2016 per il rinnovo dell'accreditamento, questa volta da parte di *Accreditation Canada*.

La fig.7 mostra l'ultima revisione, la n. 3, del 2016:

Fig. 7 - revisione: 3

JOB DESCRIPTION: TECNICO LABORATORIO ANALISI

DATA 30/06/2016



Posizione di Lavoro	<u>TECNICO DI LABORATORIO</u>
Dipendenza Gerarchica	Coordinatore
Qualifica	Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico o titolo equipollente
Posizione funzionale	Collaboratore Professionale Sanitario
Fascia retributiva	D
MISSION (Scopo della posizione)	Assicura, con autonomia tecnico professionale, l'applicazione delle procedure tecniche e organizzative aziendali e di accreditamento ai fini della produzione, in equipe al personale dirigente, di un referto analitico che rispetti le specifiche indicate nello standard di riferimento
Relazioni funzionali	Personale Dirigente, personale assistenza e di supporto, personale di tutte le S.C e S.S. della AOU ed ASS, personale dei servizi appaltati, Direzione Sanitaria, S.C. Ingegneria Clinica, tirocinanti, Trasporti interni
Responsabilità Organizzative e Professionali	<ul style="list-style-type: none"> ○ Opera con responsabilità relativa all'ambito tecnico secondo gli standard del DPCM dell'1 Settembre 2000, applica le norme del sistema di gestione per la qualità in uso. ○ Dà giudizi professionali 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 statici di qualità. ○ Effettua e verifica i controlli interni di qualità; effettua e discute i risultati del controllo esterno di qualità col Responsabile del Settore.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Applica le norme di sicurezza e di prevenzione degli infortuni, conosce le regole di buona pratica di laboratorio e le leggi dello Stato che disciplinano aspetti particolari dell'attività svolta nella S.C o S.S., identificando i comportamenti corretti in situazioni professionali critiche. ○ Controlla e verifica il corretto funzionamento delle attrezzature e della strumentazione ad alta tecnologia, presente nei laboratori; ne garantisce nel tempo la funzionalità e l'efficacia, provvede alle tarature e alla manutenzione ordinaria e straordinaria. ○ Partecipa obbligatoriamente ad iniziative di addestramento espressamente dedicate all'introduzione di nuove tecnologie operative e di formazione, laddove necessaria, su specifica legislazione. ○ E'responsabile delle procedure, delle prestazioni e della documentazione da lui prodotta in tutte le fasi dei processi di acquisizione, elaborazione, stampa e archiviazione. ○ Affianca i TLB neo inseriti secondo il piano di formazione previsto e collabora con il Coordinatore per la loro valutazione. ○ Svolge attività di <i>tutoring</i> per il Corso di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico durante il tirocinio sulla base delle indicazioni dei <i>tutor</i> di struttura, ove esistenti o del Coordinatore. ○ Opera con autonomia professionale riferita all'ambito tecnico, applicando le relative Istruzioni Operative. ○ Si adatta al cambiamento ○ Valida 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.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nel settore d’Urgenza dopo la validazione tecnica non esiste la validazione medica, pertanto le competenze professionali devono essere supportate da appropriato <i>training</i>. ○ Partecipa alla programmazione e organizzazione del lavoro, collabora all’individuazione ed elaborazione degli indicatori quali-quantitativi utilizzati dal servizio, redige procedure e istruzioni operative di competenza tecnica. ○ Collabora con il personale per la corretta gestione dei reagenti, farmaci e altri materiali stoccati nel magazzino della S.C. segnalando il livello di scorte minime. ○ Comunica efficacemente con gli altri operatori sanitari, medici di laboratorio, con gli specialisti di prodotti diagnostici e di tecnologie analitiche.
<p style="text-align: center;">Sviluppo professionale</p>	<p>Frequenta attività di formazione ECM. Partecipa periodicamente a convegni, seminari, corsi sia interni che esterni all’Azienda, inerenti alle attività presenti nel servizio. Promuove progetti ed eventi formativi per il proprio profilo professionale e per le altre figure professionali con l’obiettivo di migliorare la qualità professionale e la corretta informazione.</p>

Trieste, _____

Firma per presa visione



ACCREDITED FOR ORGANIZATION BY
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

Le nuove *Job Description* saranno presentate in fase di accreditamento nel 2023, e descrivono in maniera dettagliata le mansioni e le competenze proprie del TsLB, che sarà inserito nella specifica struttura. Il *form* sarà consegnato al tecnico (neo-assunto e non), nominativamente, e dovrà essere firmato per presa visione.

Le versioni di seguito riportate sono in stato di “bozza” perché, nel momento in cui l'autore scrive, devono essere revisionate e approvate dal *team leader* ed eventualmente modificate qualora si ritenga necessario.

JOB DESCRIPTION

TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO

ISONTINA

AREA GIULIANA

D.A.I. MEDICINA DEI SERVIZI

S.C. LABORATORIO UNICO

Revisione	Data	Descrizione	Redazione	Verifica	Approvazione
XX	GG/MM/AAAA	1a emissione	Referente XXXXX	Processo XXXXX	Direttore XXXXXX
				SGQ XXXXX	

Cognome e Nome	
Posizione funzionale -	Collaboratore professionale sanitario, Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico Profilo professionale istituito con D.M. Sanità 26/9/94 n. 745
Categoria retributiva	Collaboratore Professionale Sanitario – Categoria retributiva D o DS
Area funzionale	SC Coordinamento professioni sanitarie – Area Giuliana/Area Isontina Servizio professionale tecnico diagnostico e tecnico assistenziale
Dipendenza gerarchica	Tecnico Sanitario di Laboratorio biomedico con incarico di coordinamento
Relazioni funzionali	<p>Il tecnico sanitario di laboratorio biomedico, nell'ambito delle sue funzioni, svolge con autonomia tecnico-professionale la propria prestazione lavorativa in diretta collaborazione con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il personale dirigente preposto alla responsabilità operativa del Settore di appartenenza, - il Coordinatore dei Tecnici del Laboratorio. <p>Si interfaccia e collabora con il personale di tutte le strutture aziendali ASUGI, il personale dei servizi appaltati, dei trasporti, ditte fornitrici di apparecchiature diagnostiche e con tirocinanti universitari,</p>
Titoli e qualifiche richiesti	Laurea in Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico o titoli equipollenti e/o equivalenti
Mission -	Il campo di attività e di responsabilità è determinato dai contenuti:

<p>Scopo della posizione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - del profilo professionale, - degli ordinamenti didattici del corso di laurea specifico, - dei corsi di perfezionamento, di alta formazione e master universitari nonché di altri corsi di formazione post-base accreditati, - del codice deontologico, - di norme statali o atti della Conferenza Stato-Regioni inerenti all'attività, - assicura, con autonomia tecnico professionale, l'applicazione delle procedure tecniche e organizzative aziendali e di accreditamento ai fini della produzione, in collaborazione con il personale dirigente, di un referto analitico che rispetti le specifiche indicate nello standard di riferimento, - applica le norme di sicurezza e di prevenzione degli infortuni, conosce le regole di buona pratica di laboratorio e le leggi dello Stato che disciplinano aspetti particolari dell'attività svolta nella S.C o S.S., identificando i comportamenti corretti in situazioni professionali critiche.
<p>Principali funzioni/ responsabilità organizzative</p>	<p>Il tecnico sanitario di laboratorio biomedico, nell'ambito delle proprie funzioni e del proprio operato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - svolge attività di laboratorio di analisi e di ricerca relative ad analisi biomediche e biotecnologiche, in particolare di chimica, biochimica, microbiologia e virologia, farmaco-tossicologia, immunologia, patologia clinica, ematologia, citologia, citopatologia, istopatologia, emostasi, medicina trasfusionale, biologia molecolare, genetica;

	<ul style="list-style-type: none">- opera con autonomia professionale riferita all'ambito tecnico, applicando le relative Istruzioni Operative del settore/ laboratorio in cui è inserito;- partecipa attivamente all'attività di organizzazione e gestione del lavoro, collaborando con le figure professionali presenti in Laboratorio;- concorre alla validazione dei metodi di prova secondo quanto indicato dal Responsabile di Settore;- utilizza e gestisce correttamente i Dispositivi di Protezione Individuale ed i mezzi e le attrezzature assegnatigli nello svolgimento della professione;- garantisce gli interventi nelle materie di competenza in caso di allerta, emergenze e Pronta Disponibilità;- contribuisce alla formazione di tirocinanti/studenti e colleghi neo assunti e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale;- opera secondo un approccio integrato alle attività di prevenzione, specie rispetto a specifici progetti di interesse dipartimentale, anche attraverso la partecipazione ad equipe multidisciplinari ed intersettoriali;- svolge la propria attività nell'ambito della programmazione del Laboratorio e osserva il Codice Etico e Comportamentale aziendale e le linee guida specifiche;- rileva e segnala le Non Conformità al Responsabile Qualità o al Responsabile di Sezione secondo quanto indicato dalle procedure del Laboratorio;
--	---

	Nell'ambito dell'organizzazione possono essere attribuiti al TSLB compiti specifici in relazione al profilo e/o alla formazione ricevuta.
Sviluppo professionale	Attraverso il piano di formazione aziendale viene garantita la partecipazione di tutto il personale del comparto ad eventi formativi accreditati con il sistema ECM nazionale e con il sistema ECM/CPD regionale, nonché la partecipazione ad eventi formativi inerenti agli obiettivi strategici aziendali. Per tematiche specifiche è previsto l'aggiornamento esterno.

Io sottoscritto/o _____
ricevo il documento "JOB DESCRIPTION – DAI MEDICINA DEI SERVIZI- TSLB"

Trieste, _____

FIRMA

Incarico Organizzativo con funzioni di coordinamento

Responsabile Infermieristico Dipartimentale

D.A.I. "MEDICINA DEI SERVIZI"

JOB DESCRIPTION

TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO - UFA

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA

AREA GIULIANA

BOZZA

Revisione	Data	Descrizione	Redazione	Verifica	Approvazione
XX	GG/MM/AAAA	1a emissione	Referente XXXXX	Processo XXXXX SGQ XXXXX	Direttore XXXXXX

Cognome e Nome	
Posizione funzionale	Collaboratore professionale sanitario, Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico Profilo professionale istituito con D.M. Sanità 26/9/94 n. 745
Categoria retributiva	Collaboratore Professionale Sanitario – Categoria retributiva D o DS
Area funzionale	SC Coordinamento professioni sanitarie – Area Giuliana/Area Isontina Servizio professionale tecnico diagnostico e tecnico assistenziale
Dipendenza gerarchica	Tecnico Sanitario di Laboratorio biomedico con incarico di coordinamento
Relazioni funzionali	<p>Il tecnico sanitario di laboratorio biomedico, nell'ambito delle sue funzioni, svolge con autonomia tecnico-professionale la propria prestazione lavorativa in diretta collaborazione con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il personale dirigente preposto alla responsabilità operativa del Settore di appartenenza, - il Coordinatore dei Tecnici del Laboratorio. <p>Si interfaccia e collabora con il personale di tutte le strutture aziendali ASUGI, il personale dei servizi appaltati, dei trasporti, ditte fornitrici di apparecchiature diagnostiche e con tirocinanti universitari;</p>
Titoli e qualifiche richiesti	<p>Laurea in Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico o titoli equipollenti e/o equivalenti.</p> <p><u>Partecipazione al percorso formativo “PERCORSO TEORICO-PRATICO DI AVVIAMENTO E PERFEZIONAMENTO AL LAVORO IN UFA (UNITÀ FARMACI ANTIBLASTICI)” finalizzato:</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - all'adesione delle linee guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antineoplastici in ambito sanitario; - all'acquisizione di competenze nell'allestimento dei farmaci antineoplastici e di supporto, secondo un Sistema di Assicurazione della Qualità (SAQ).
<p>Mission/ Scopo della posizione</p>	<p>Assicurare, con autonomia tecnico professionale, l'applicazione delle procedure tecniche e organizzative aziendali e di accreditamento.</p> <p>Garantire il rispetto delle procedure dell'UFA durante tutte le fasi dell'allestimento delle chemioterapie (antineoplastici e farmaci di supporto) e altri farmaci in collaborazione al personale Dirigente UFA</p>
<p>Principali funzioni/ responsabilità organizzative e cliniche</p>	<p>Allestire le chemioterapie giornaliere sulla base delle prescrizioni validate dal farmacista ed elaborate sul foglio di lavoro informatici.</p> <p>Garantire la corretta preparazione dei farmaci ATB e delle terapie di supporto (Ancillari).</p> <ul style="list-style-type: none"> - conosce ed applica le norme di sicurezza e prevenzione degli infortuni e le leggi dello Stato che disciplinano gli obblighi del lavoratore; - controlla e verifica il corretto funzionamento delle attrezzature e della strumentazione presente in UFA, ne garantisce nel tempo funzionalità ed efficacia; - conosce ed applica le procedure informatizzate per la ricezione e la consegna dei farmaci Ancillari ed Antineoplastici; - conosce ed applica le normative inerenti all'allestimento dei farmaci galenici magistrali sterili ai quali i farmaci antitumorali ed ancillari allestiti in UFA sono assimilati;

- conosce ed applica le procedure inerenti: l'allestimento con tecnica asettica, il lavaggio antisettico delle mani ed i percorsi "sporco/pulito";
- conosce ed applica tutte le procedure atte ad abbattere la carica microbica dei materiali, dei dispositivi, dei farmaci, ... da trasferire nelle "cleanrooms" prima dell'allestimento;
- conosce ed applica le procedure informatizzate per l'allestimento dei farmaci al fine di garantire la tracciatura ed i controlli di qualità previsti da normativa vigente;
- collabora con la S.C. Assistenza Farmaceutica nell'analisi delle schede tecniche dei farmaci per definire le più corrette procedure di ricostituzione e diluizione degli stessi;
- collabora con la S.C. Assistenza Farmaceutica per standardizzare un processo produttivo a garanzia delle esigenze degli utenti, della riduzione degli scarti di lavorazione e della razionalizzazione delle risorse disponibili (es. *drug day*);
- conosce ed applica le procedure previste per l'allestimento in sicurezza dei farmaci ATB;
- conosce i principali effetti collaterali dei farmaci ATB ed Ancillari;
- conosce ed applica le normative e le procedure di manipolazione, immagazzinamento e trasporto in sicurezza dei preparati ATB e le procedure in caso di sversamento accidentale;
- conosce le procedure d'uso e di sanificazione/decontaminazione dei locali dedicati alla preparazione dei farmaci in UFA;
- conosce i manuali d'uso ed applica le procedure per l'utilizzo, la sanificazione e la decontaminazione delle attrezzature presenti in UFA

	<p>(con particolare riguardo alla cappa per sicurezza microbiologica per citostatici a flusso laminare verticale, alle bilance, ai “passa materiali”);</p> <ul style="list-style-type: none"> - conosce le procedure per il corretto smaltimento dei rifiuti derivanti dalla preparazione e dallo stoccaggio degli ATB; - conosce ed applica le procedure necessarie alla rendicontazione ed al ribaltamento dei costi sulle singole unità operative afferenti all’UFA, in collaborazione con la Farmacia; - comunica efficacemente con tutte le figure professionali definite dalle relazioni funzionali; - partecipa all’aggiornamento delle procedure in collaborazione con il personale Dirigente. Aggiorna e custodisce correttamente e costantemente tutta la documentazione informatica e cartacea prodotta e presente in UFA; - collabora nelle procedure di gestione e di approvvigionamento dei presidi e farmaci necessari per l’allestimento degli ATB; - partecipa in qualità di esperto alle gare di appalto per la fornitura dei Dispositivi Medici in uso per l’allestimento degli ATB.
<p>Formazione e crescita professionale</p>	<p>Frequenta attività di formazione con crediti ECM. Partecipa periodicamente a convegni, seminari, corsi sia interni che esterni all’Azienda, inerenti alle attività presenti nel servizio. Segue i percorsi di <i>re-training</i> periodici previsti per la gestione in sicurezza dei Farmaci e degli Antiblastici.</p> <p>Promuove progetti ed eventi formativi per il proprio profilo professionale e per le altre figure professionali con l’obiettivo di migliorare la qualità professionale e la corretta informazione.</p>

Io sottoscritto/o _____ ricevo il documento "JOB DESCRIPTION – DAI MEDICINA DEI SERVIZI- TSLB - UFA".

Trieste,

FIRMA

BOZZA
Incarico Organizzativo con funzioni di coordinamento

Responsabile Infermieristico Dipartimentale

D.A.I. "MEDICINA DEI SERVIZI"

JOB DESCRIPTION

TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO

ISONTINA

AREA GIULIANA

D.A.I. MEDICINA DEI SERVIZI

S.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA

Revisione	Data	Descrizione	Redazione	Verifica	Approvazione
XX	GG/MM/AAAA	1a emissione	Referente XXXXX	Processo XXXXX	Direttore XXXXXX
				SGQ XXXXX	

Cognome e Nome	
Posizione funzionale -	Collaboratore professionale sanitario, Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico Profilo professionale istituito con D.M. Sanità 26/9/94 n. 745
Categoria retributiva	Collaboratore Professionale Sanitario – Categoria retributiva D o DS
Area funzionale	SC Coordinamento professioni sanitarie – Area Giuliana/Area Isontina Servizio professionale tecnico diagnostico e tecnico assistenziale
Dipendenza gerarchica	Tecnico Sanitario di Laboratorio biomedico con incarico di coordinamento
Relazioni funzionali	Il tecnico sanitario di laboratorio biomedico, nell'ambito delle sue funzioni, svolge con autonomia tecnico-professionale la propria prestazione lavorativa in diretta collaborazione con: - il personale laureato preposto alla responsabilità operativa della Sezione di appartenenza, - il Coordinatore dei Tecnici del Laboratorio. - si interfaccia e collabora con il personale di tutte le strutture aziendali ASUGI, il personale dei servizi appaltati, dei trasporti, ditte fornitrici di apparecchiature diagnostiche e con tirocinanti universitari.
Titoli e qualifiche richiesti	Laurea in Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico o titoli equipollenti/equivalenti
Mission -	Il campo di attività e di responsabilità è determinato dai contenuti: - del profilo professionale,

<p>Scopo della posizione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - degli ordinamenti didattici del corso di laurea specifico - dei corsi di perfezionamento, di alta formazione e master universitari nonché di altri corsi di formazione post-base accreditati - del codice deontologico - di norme statali o atti della Conferenza Stato-Regioni inerenti all'attività - assicura, con autonomia tecnico professionale, l'applicazione delle procedure tecniche e organizzative aziendali e di accreditamento ai fini della produzione, in collaborazione con il personale dirigente, di un referto analitico che rispetti le specifiche indicate nello standard di riferimento - applica le norme di sicurezza e di prevenzione degli infortuni, conosce le regole di buona pratica di laboratorio e le leggi dello Stato che disciplinano aspetti particolari dell'attività svolta nella S.C o S.S., identificando i comportamenti corretti in situazioni professionali critiche.
<p>Principali funzioni/ responsabilità organizzative</p>	<p>Il tecnico sanitario di laboratorio biomedico, nell'ambito delle proprie funzioni e del proprio operato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - svolge attività di laboratorio di analisi e di ricerca relative ad analisi biomediche e biotecnologiche, in particolare di chimica, biochimica, microbiologia e virologia, farmaco-tossicologia, immunologia, patologia clinica, ematologia, citologia, citopatologia, istopatologia, emostasi, medicina trasfusionale, biologia molecolare, genetica; - opera con autonomia professionale riferita all'ambito tecnico, applicando le relative Istruzioni Operative del settore/ laboratorio in cui è inserito;

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- partecipa attivamente all'attività di organizzazione e gestione del lavoro, collaborando con le figure professionali presenti in Laboratorio;- concorre alla validazione dei metodi di prova secondo quanto indicato dal Responsabile di Settore;- utilizza e gestisce correttamente i Dispositivi di Protezione Individuale ed i mezzi e le attrezzature assegnati nello svolgimento della professione;- garantisce gli interventi nelle materie di competenza in caso di allerta, emergenze e Pronta Disponibilità;- contribuisce alla formazione di tirocinanti/studenti e colleghi neo assunti e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale;- opera secondo un approccio integrato alle attività di prevenzione, specie rispetto a specifici progetti di interesse dipartimentale, anche attraverso la partecipazione ad equipe multidisciplinari ed intersettoriali;- svolge la propria attività nell'ambito della programmazione del Laboratorio e osserva il Codice Etico e Comportamentale aziendale e le linee guida specifiche;- rileva e segnala le Non Conformità al Responsabile Qualità o al Responsabile di Sezione secondo quanto indicato dalle procedure del Laboratorio; <p>Nell'ambito dell'organizzazione possono essere attribuiti al TSLB compiti specifici in relazione al profilo e/o alla formazione ricevuta.</p> |
|--|--|

	<p>Nell'ambito dell'organizzazione possono essere attribuiti al TSLB compiti specifici in relazione al profilo e/o alla formazione specifica ricevuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - citotecnico: oltre che dell'allestimento dei preparati citologici si occupa dello screening per il tumore del collo dell'utero (Pap-test) e della citologia esfoliativa (su matrice di urina, espettorato, liquido pleurico/liquido sinoviale); - assistente del patologo; - addetto all'applicazione della metodica OSNA per il linfonodo sentinella.
<p>Sviluppo professionale</p>	<p>Attraverso il piano di formazione aziendale viene garantita la partecipazione di tutto il personale del comparto ad eventi formativi accreditati con il sistema ECM nazionale e con il sistema ECM/CPD regionale, nonché la partecipazione ad eventi formativi inerenti agli obiettivi strategici aziendali. Per tematiche specifiche è previsto l'aggiornamento esterno.</p>

Io sottoscritto/a _____

ricevo il documento "JOB DESCRIPTION – DAI MEDICINA DEI SERVIZI- TSLB".

Trieste, _____

FIRMA

Incarico Organizzativo con funzioni di coordinamento

Responsabile Infermieristico Dipartimentale

D.A.I. "MEDICINA DEI SERVIZI"

4.2 La nuova scheda di valutazione del neoassunto

Questi ultimi due anni hanno visto l'intero Sistema Sanitario Nazionale alle prese con una crisi pandemica senza precedenti, che ha portato, come è stato già detto nel paragrafo precedente, una notevole spinta verso l'assunzione di un grande numero di professionisti, in tutti i settori sanitari.

La conseguenza è stata uno spiccato movimento di professionisti, seppur temporaneo, all'interno delle strutture e dei dipartimenti, sia di personale esperto in reparti o settori laboratoristici diversi, sia di personale di nuova assunzione per far fronte alle numerose richieste.

Una volta revisionate le *Job Description*, si è pertanto deciso di rivedere anche le procedure di formazione del personale neoassunto, rendendole più specifiche per ogni settore ma anche più snelle, in modo da poter contare, il più velocemente possibile, su personale formato e competente, mantenendo comunque elevati standard qualitativi sulle prestazioni erogate.

Fino ad oggi, il percorso formativo per il Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico neoassunto, nella realtà ASUGI, è stato strutturato in un periodo che prevedeva diverse fasi: dal momento dell'inserimento alla valutazione finale, fissata ad un anno dall'assunzione.

Le valutazioni intermedie erano previste dopo 45 giorni, dopo 3 mesi e dopo 6 mesi. Al dipendente di nuova assunzione erano affiancati uno o più *tutor* di riferimento, a seconda della destinazione e del settore, in modo da garantire continuità e completezza nella formazione.

L'inizio del percorso (fase di accoglienza), era caratterizzato da un colloquio con il Coordinatore della struttura, che si occupava anche di illustrare il programma di formazione e di dare indicazioni su norme comportamentali e di sicurezza, orari, permessi, regolamenti aziendali, *Job Description* e tutto ciò che poteva essere utile per un iniziale orientamento. Seguiva, poi, la visita guidata della struttura, dei settori che la compongono e la conoscenza di colleghi, dirigenti, altri operatori e collaboratori. In una prima fase, dal punto di vista operativo, veniva affrontato l'ambito pre-analitico. Il neoassunto era, quindi, inizialmente affiancato da un *tutor* che si occupava dell'accettazione e dello smistamento dei campioni nei vari settori

di appartenenza. Questo permetteva al dipendente di familiarizzare con le diverse tipologie di campione da trattare, con le relative procedure e di avere una visione più globale e completa di come fosse strutturato il laboratorio. Questa prima fase durava dai 2 ai 3 giorni.

Dopo la fase iniziale, veniva strutturato un programma di formazione più specifico (fase di addestramento) in cui il neoassunto iniziava a confrontarsi con i vari settori operativi del laboratorio. Questa fase aveva una durata variabile a seconda delle competenze che il neoassunto era in grado di acquisire e in relazione alla complessità del settore di lavoro. In ogni ambito laboratoristico, venivano individuati uno o più *tutor* esperti di riferimento, che si occupavano di illustrare, al dipendente in formazione, le procedure e i protocolli operativi in uso, la strumentazione, la validazione dei risultati. Il neoassunto, dopo l'affiancamento, si rendeva infine autonomo nella gestione del proprio lavoro. Il completamento del programma coincideva con un colloquio tra il coordinatore e i *tutor* per una prima valutazione: poteva essere prevista una correzione del percorso formativo, con il prolungamento della formazione in un determinato settore in cui il neoassunto aveva necessità di maggior approfondimento, o essere direttamente decisa la destinazione al settore lavorativo di appartenenza.

Una volta assegnato ad un determinato settore, il neoassunto proseguiva il suo percorso formativo sempre più approfondito e specifico acquisendo maggiore autonomia, fino al completamento della formazione, cui seguivano le valutazioni finali. Indubbiamente questo percorso di formazione risulta molto più completo per un dipendente di nuova assunzione, che ha modo di apprendere differenti competenze di base, che toccano i diversi ambiti laboratoristici, per poi specializzarsi in uno specifico ambito. Allo stesso tempo, però, trova una difficile attuazione al momento presente, in cui il più delle volte il personale viene assunto per coprire una carenza di organico che deve essere risolta molto rapidamente e che riguarda un settore specifico.

Di conseguenza, si è dovuto inevitabilmente rivedere l'intera procedura per la formazione del neoassunto a livello aziendale, sia dipartimentale, sia di pertinenza di una struttura specifica, cercando inoltre di standardizzarla per renderla fruibile a

tutte le figure professionali presenti in azienda (Tecnico di Radiologia Medica, Infermiere, etc).

L'intero processo è stato rivisto alla luce delle nuove esigenze a cui si è dovuto far fronte, cercando di ridurre e concentrare il periodo previsto per la formazione, la cui conclusione è stata fissata dopo i 6 mesi dall'inserimento (e non più dopo 1 anno), mentre sono rimaste invariate le valutazioni a 45 giorni e a 3 mesi. Il termine del percorso formativo, quindi, va a coincidere con il termine del periodo di prova del dipendente.

Per quanto riguarda il Dipartimento di Medicina dei Servizi, questo ha portato a ridefinire gli obiettivi che il neoassunto deve raggiungere in ogni fase del percorso formativo, anche in conseguenza del fatto che negli ultimi anni si è verificata la costituzione della cosiddetta "Area Vasta Giuliano-Isontina", con l'acquisizione di altre realtà laboratoristiche contrassegnate necessariamente da proprie specificità e caratteristiche.

Gli obiettivi posti a livello dipartimentale sono molteplici e mirano a:

- garantire un'adeguata conoscenza della realtà organizzativa, procedurale, tecnica del settore in cui si va ad inserire;
- garantire un'adeguata conoscenza delle procedure di sicurezza, antincendio, di buona pratica di laboratorio (GMP-GLP), di smaltimento dei rifiuti;
- garantire la possibilità di acquisire le conoscenze informatiche necessarie a svolgere le attività di gestione della validazione dei risultati e dei controlli di qualità giornalieri (QC);
- garantire il raggiungimento delle competenze necessarie a svolgere le attività proprie della S.C. utilizzando le tecnologie già esistenti e quelle di nuova acquisizione;
- garantire lo sviluppo di nuove metodiche diagnostiche nell'ottica della valorizzazione delle capacità e potenzialità dell'operatore;
- verificare da parte della S.C. la stabilità del sistema implementato, utilizzando le informazioni ricevute dal personale neo-formato;
- garantire di far proprie e applicare le nozioni e le norme relative al sistema di Gestione della Qualità, secondo gli *standards* degli Accreditementi

Istituzionali e volontari, le Certificazioni e le Pratiche di Governo Clinico messe in atto a livello aziendale.

Dopo aver definito lo scopo, nella procedura dipartimentale, sono state descritte le attività e le varie fasi del processo. Per il percorso d'inserimento, quindi, è previsto un processo formativo costituito da una parte teorica con la presa visione di linee guida e protocolli vigenti in ambito aziendale (il “**quaderno del neo assunto**”), e dall'affiancamento del/dei *tutor*, che ha/hanno il compito di trasmettere nuove conoscenze e supervisionare la loro applicazione nella pratica clinica.

L'obiettivo generale, infatti, è quello di raggiungere un corretto e costante adeguamento di conoscenza e di operatività del personale per consentire, alla fine del periodo di prova, il raggiungimento dell'autonomia nelle diverse tecniche diagnostiche. Il percorso è suddiviso in tre fasi temporali (45 giorni, 3 mesi e 6 mesi) e prende in esame tutti gli aspetti professionali.

Il *tutor*, identificato in base alle competenze, all'esperienza, al metodo e capacità relazionali, deve tener conto della gradualità dell'apprendimento e utilizzare delle schede specifiche per la valutazione dei risultati ottenuti. A sua volta, il *tutor* si avvale del supporto dei colleghi della Struttura, nella quale ogni membro porta a valore le proprie specificità di studio e di esperienza (*know how*).

Sono previsti, inoltre, degli incontri periodici tra i *tutor*, finalizzati principalmente al confronto, all'analisi di eventuali criticità, all'aggiornamento continuo e alla condivisione di nuove pratiche e di comportamenti professionali da adottare, qualora subentrino cambiamenti organizzativi e assistenziali.

Infine, il percorso di inserimento prevede la partecipazione del neo assunto/inserito ad alcuni eventi formativi a carattere obbligatorio, volti alla conoscenza dell'organizzazione e alla gestione delle emergenze cliniche ed ambientali (corsi di sicurezza per Rischio Chimico e Biologico, corso Antincendio, corso sulla Sicurezza nei luoghi di lavoro).

Le fasi del processo prevedono:

- 1. Presa in carico e accoglienza.**

Il dipendente neo assunto è invitato a presentarsi dal Responsabile Tecnico Dipartimentale (o Dirigente Tecnico) per un colloquio generale e per

conoscere il Responsabile Tecnico di Struttura. In questa occasione, viene compilata la Scheda di acquisizione dati del personale.

2. Presa in carico a livello dipartimentale.

Il Responsabile Tecnico di Dipartimento si fa carico di:

- consegnare al neo assunto la scheda della *Job Description* e verificare l'apposizione della firma per presa visione;
- inserire il neo assunto alla Struttura di assegnazione;
- presentare e affidare il neo assunto al Responsabile Tecnico di Struttura.

3. Presa in carico a livello di Struttura.

Il Responsabile Tecnico della Struttura di assegnazione provvede a:

- presentare il neo assunto/trasferito al/ai *tutor* delegati;
- illustrare il percorso d'inserimento ed enunciare le competenze attese e le tappe previste per la loro valutazione;
- organizzare la partecipazione ai corsi formativi a carattere obbligatorio.

4. Presa in carico da parte del/dei *tutor*.

Il/i Tutor si prende cura di:

- presentare al neo assunto il progetto formativo (calendario relativo alle competenze da acquisire/implementare e ai momenti di verifica);
- verificare le conoscenze professionali di base;
- consegnare e illustrare il materiale informativo di supporto (protocolli e linee guida specifiche di struttura);
- attuare il percorso d'inserimento ed effettuare le valutazioni previste;
- confrontarsi periodicamente con il Responsabile Tecnico della Struttura, al fine di evidenziare eventuali criticità riscontrate e proporre e condividere un piano di recupero e miglioramento;
- effettuare le verifiche periodiche e la valutazione finale.

Le competenze da sviluppare nel corso del processo di inserimento e orientamento sono suddivise nelle tre fasi temporali (45 giorni, 3 mesi, 6 mesi). In ogni fase vengono applicati i contenuti e fatte le valutazioni specifiche del documento di inserimento proprio di ogni Dipartimento/Struttura.

Il raggiungimento degli obiettivi emerge dalla compilazione dell'apposita scheda di valutazione nei termini di tempo previsti. Il *Tutor*, il Responsabile Tecnico della Struttura e il neoassunto utilizzano la scheda come supporto durante tutto il periodo di apprendimento, in modo da far emergere tempestivamente le criticità da correggere o le necessità di approfondimento entro la fase successiva di verifica. L'esito della valutazione e l'eventuale piano di miglioramento vengono comunicati al Responsabile Tecnico di Dipartimento.

Qualora il neoassunto non ottenga una valutazione positiva entro 6 mesi (tutti gli *item* devono raggiungere almeno il valore atteso pari a 2), il Responsabile Tecnico di Struttura segnala la criticità, per competenza, al Responsabile Tecnico di Dipartimento e al Dirigente delle Professioni Sanitarie Tecniche, se presente: nel caso, è previsto obbligatoriamente un richiamo scritto al dipendente, nel quale si indicano le conseguenze cui potrebbe andare incontro per il perdurare di tali valutazioni. Al contrario, in seguito a valutazione positiva alla fine del periodo di prova, contrattualmente previsto di sei mesi, il neoassunto viene ammesso alla conferma definitiva dell'idoneità a svolgere la propria attività in autonomia all'interno della Struttura di assegnazione. Il processo di inserimento si conclude con la consegna della scheda di valutazione al Responsabile Tecnico di Dipartimento.

In caso di valutazione negativa alla fine del periodo o alla verifica finale, nonostante i richiami, il Responsabile Tecnico di Dipartimento non dà parere favorevole alla continuazione del rapporto di lavoro e trasmette gli atti alla SC Risorse Umane e alla SC Professioni Sanitarie.

All'interno della procedura che riguarda la Struttura, vengono ridefiniti i ruoli e le responsabilità di *tutor* e neoassunto e descritti gli obiettivi, che sono nuovamente suddivisi, dal punto di vista temporale e, in questo caso, specifici per la singola struttura. La nuova procedura basata sulla Gestione per Competenze, prevede un affiancamento che permette al neoassunto di raggiungere via via obiettivi sempre più complessi, fino alla totale autonomia lavorativa dopo i 6 mesi.

Cambia dunque anche la modalità con cui è strutturata la valutazione: nella versione precedente, infatti, le *skills* erano le stesse e più generiche in tutte le fasi (a 45 giorni, 3 mesi, 6 mesi e 12 mesi) e si prevedeva che il valutato migliorasse via via che

proseguiva nella formazione. Ai diversi obiettivi era possibile assegnare dei punteggi, da 0 a 25, da 26 a 50, da 51 a 75 e da 76 a 100. Nella procedura attuale, invece, è prevista una valutazione con un punteggio che va da 0 a 3, dove:

- con il risultato “0” (decisamente insufficiente) si intende che il valutato non esegue o non è in grado di eseguire un’attività e/o non adotta un comportamento/atteggiamento corretto;
- con il risultato “1” (parzialmente insufficiente) si intende che il valutato esegue un’attività o assume un comportamento/atteggiamento solo dietro input di un collega/supervisore;
- con il risultato “2” (atteso) si intende che il valutato esegue un’attività o adotta un comportamento/atteggiamento in autonomia, dimostra consapevolezza, possesso delle conoscenze e responsabilità nella maggior parte dei casi;
- con il risultato “3” (buono/molto buono) si intende che il valutato esegue un’attività o adotta un comportamento/atteggiamento in autonomia, dimostra consapevolezza, possesso delle conoscenze e responsabilità, con impegno costante perché corrisponde al suo metodo di lavoro. (Tab. 4)

Tab. 4 Tabella riassuntiva degli obiettivi da raggiungere

Obiettivi a 45 giorni	Obiettivi a 3 mesi	Obiettivi a 6 mesi
Conosce l’organizzazione e gli obiettivi di Struttura, delle prestazioni erogate e delle attività.	E’ autonomo nell’ utilizzo delle apparecchiature e delle tecnologie in dotazione all’ S.C. di Laboratorio a cui è assegnato.	Pianifica il proprio lavoro in considerazione della modalità di risposta al quesito diagnostico (settori: urgenza/routine, TAT)
Conosce la <i>Job Description</i>	Applica e gestisce le procedure di avvio, effettuazione CQ (interni e esterni) ed eventuali calibrazioni degli strumenti, nonché le procedure di fine lavoro previste	Riconosce le criticità e valuta il comportamento da tenere, stabilendo le priorità di azione in caso di fermo macchina/fermo LIS (sistema informatico di laboratorio) o altre criticità inerenti al proprio settore lavorativo

Competenza nelle tecniche laboratoristiche di base	Applica le I.O. e le Procedure in relazione all'indagine di laboratorio richiesta	Verifica l'idoneità del campione e/o la congruenza e la appropriatezza della richiesta della prestazione rispetto al quesito diagnostico secondo le I.O. e Procedure
Capacità di interagire con il gruppo di lavoro	Conosce le nozioni informatiche indispensabili per usare il LIS e gestire le tecnologie interfacciate e non interfacciate.	Autonomo nella gestione dell'emergenza e del lavoro notturno
Riconosce i ruoli all'interno dell'équipe nel rispetto delle funzioni e delle responsabilità	Assicura che il dato di laboratorio fornito e validato tecnicamente (o clinicamente) risponda ai criteri e agli standard di qualità richiesti	Fornisce ai professionisti di altre S.C. o Unità Operative in modo chiaro e tracciabile le informazioni relative agli esami eseguibili presso il Laboratorio di appartenenza.
Conoscenza delle norme di sicurezza e utilizzo dei DPI forniti	Controlla il corretto funzionamento della strumentazione, provvede alla manutenzione ordinaria e all'eventuale eliminazione di inconvenienti di modesta entità. Richiede eventuali interventi in caso di guasto.	Svolge in autonomia tecnico professionale la propria prestazione in diretta collaborazione con i dirigenti medici e biologi o altri professionisti sanitari.
Ricopre il ruolo con decoro secondo i principi deontologici	Certifica la tracciabilità del campione in suo possesso e ne garantisce la conservazione secondo le I.O. e le procedure	Dimostra attitudine al lavoro di gruppo e sa relazionarsi con i collaboratori di cui riconosce l'apporto specifico all'interno dell'équipe
Conoscenza del sistema DNLab per la validazione degli esami	Capacità di porsi in discussione ed accettare le critiche	Rispettare le tempistiche per l'esecuzione della prestazione

Fig. 8 - Scheda di valutazione del neo assunto dopo 45 giorni – TsLB in ASUITs

ALLEGATO B1
SKILL TEST I
DATA 30/05/2016

revisione: 3
pagina 1 di 1



SCHEDA DI VALUTAZIONE di _____ data di assunzione _____ ° LIVELLO (45gg)

SKILL DESCRIPTION	NO	0-25	26-50	51-75	76-100
Conosce la struttura del Dipartimento di Medicina di Laboratorio, le sue pertinenze e le procedure da seguire in caso di guasti, emergenze					
Conosce i test di competenza, in rapporto a quelli eseguiti in altri Dipartimenti ed esegue con appropriatezza l'accettazione dei campioni					
Conosce la propria job description e quella delle altre qualifiche, sa interagire con diversi gruppi di lavoro (accettazione, segreteria, settore di assegnazione) e con le diverse qualifiche					
Sa governare gli analizzatori del settore di assegnazione, il sistema informatico e ricevere informazioni da Intranet					
E' capace di porsi in discussione e di accettare le critiche (relazione equilibrata e costruttiva nel gruppo di lavoro)					
Conosce i valori di riferimento dei test e conosce le procedure per segnalare le emergenze cliniche					
Si avvale dei protocolli, delle procedure e delle linee guida, dell'Azienda e del Dipartimento					
Utilizza correttamente i DPI, smaltisce correttamente i rifiuti, conosce e attua le procedure in caso di sversamenti					
E' puntuale nella compilazione e conservazione di registri manutenzione, registrazioni del C.Q.I e V.E.Q e degli archivi di lavoro					
Conosce la Mission aziendale e gli obiettivi di budget del Dipartimento					

DATA _____ FIRMA DEL VALUTATO _____ FIRMA DEL VALUTATORE _____

DAI DI MEDICINA DI LABORATORIO - Direttore: dott. Maurizio Ruscio
SC Patologia Clinica - Direttore: dott. Maurizio Ruscio



ACCREDITED FOR ORGANIZATION BY
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata di Trieste

SKILL DESCRIPTION	II° LIVELLO (90gg)				
	NO	0-25	26-50	51-75	76-100
Conosce la struttura del Dipartimento di Medicina di Laboratorio, le sue pertinenze e le procedure da seguire in caso di guasti, emergenze					
Conosce i test di competenza, in rapporto a quelli eseguiti in altri Dipartimenti ed esegue con appropriatezza l'accettazione dei campioni					
Conosce la propria job description e quella delle altre qualifiche, sa interagire con diversi gruppi di lavoro (accettazione, segreteria, settore di assegnazione) e con le diverse qualifiche					
Sa governare gli analizzatori del settore di assegnazione, il sistema informatico e ricevere informazioni da Intranet					
E' capace di porsi in discussione e di accettare le critiche (relazione equilibrata e costruttiva nel gruppo di lavoro)					
Conosce i valori di riferimento dei test e conosce le procedure per segnalare le emergenze cliniche					
Si avvale dei protocolli, delle procedure e delle linee guida, dell'Azienda e del Dipartimento					
Utilizza correttamente i DPI, smaltisce correttamente i rifiuti, conosce e attua le procedure in caso di sversamenti					
E' puntuale nella compilazione e conservazione di registri manutenzione, registrazioni del C.Q.I e V.E.Q e degli archivi di lavoro					
Conosce la Mission aziendale e gli obiettivi di budget del Dipartimento					

SCHEDA DI VALUTAZIONE di _____ data di assunzione _____

DATA _____ FIRMA DEL VALUTATO _____ FIRMA DEL VALUTATORE _____

DAI DI MEDICINA DI LABORATORIO - Direttore: dott. Maurizio Ruscio
SC. Patologia Clinica - Direttore: dott. Maurizio Ruscio



ACCREDITED FOR ORGANIZATION BY
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

Fig. 10 - Scheda di valutazione del neo assunto dopo 6 mesi – TsLB in ASUITs

ALLEGATO B3
SKILL TEST III
DATA 30/05/2016

revisione: 3
pagina 1 di 1



SKILL DESCRIPTION	III° LIVELLO (6MESI)				
	NO	0-25	26-50	51-75	76-100
Conosce i test di competenza, in rapporto a quelli eseguiti in altri Dipartimenti ed esegue con appropriatezza l'accettazione dei campioni					
Conosce la propria job description e quella delle altre qualifiche, sa interagire con diversi gruppi di lavoro (accettazione, segreteria, settore di assegnazione) e con le diverse qualifiche					
Sa governare l'analizzatore.....					
Sa governare l'analizzatore.....					
Sa governare l'analizzatore.....					
Sa governare l'analizzatore.....					
E' capace di porsi in discussione e di accettare le critiche (relazione equilibrata e costruttiva nel gruppo di lavoro)					
Conosce i valori di riferimento dei test e conosce le procedure per segnalare le emergenze cliniche					
Si avvale dei protocolli, delle procedure e delle linee guida, dell'Azienda e del Dipartimento					
Utilizza correttamente i DPI, smaltisce correttamente i rifiuti, conosce e attua le procedure in caso di sversamenti					
E' puntuale nella compilazione e conservazione di registri manutenzione, registrazioni del C.Q.I e V.E.Q e degli archivi di lavoro					
Conosce la Mission aziendale e gli obiettivi di budget del Dipartimento					

DATA _____ FIRMA DEL VALUTATO _____ FIRMA DEL VALUTATORE _____



DAI DI MEDICINA DI LABORATORIO - Direttore: dott. Maurizio Ruscio
SC Patologia Clinica - Direttore: dott. Maurizio Ruscio

ACCREDITED FOR ORGANIZATION BY
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

Fig. 11 - Scheda di valutazione del neo assunto dopo 12 mesi – TsLB in ASUITs

ALLEGATO B4
SKILL TEST IV
DATA 30/05/2016

revisione: 3
pagina 1 di 1



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata di Trieste

SCHEDE DI VALUTAZIONE di _____ data di assunzione _____	IV° LIVELLO (12MESI)				
	NO	0-25	26-50	51-75	76-100
SKILL DESCRIPTION					
Gestisce in autonomia l'analizzatore.....					
Gestisce in autonomia l'analizzatore.....					
Gestisce in autonomia l'analizzatore.....					
Gestisce in autonomia l'analizzatore.....					
E' capace di porsi in discussione e di accettare le critiche ed essere propositivo nei confronti del gruppo (relazione equilibrata e costruttiva nel gruppo di lavoro)					
Conosce i valori di riferimento dei test e conosce le procedure per segnalare le emergenze cliniche					
Si avvale dei protocolli, delle procedure e delle linee guida, dell'Azienda e del Dipartimento					
E' puntuale nella compilazione e conservazione di registri manutenzione, registrazioni del C.Q.I e V.E.Q e degli archivi di lavoro					
Conosce la Mission aziendale e gli obiettivi di budget del Dipartimento					

DATA _____ FIRMA DEL VALUTATO _____ FIRMA DEL VALUTATORE _____

DAI DI MEDICINA DI LABORATORIO - Direttore: dott. Maurizio Ruscio
SC. Patologia Clinica - Direttore: dott. Maurizio Ruscio



Fig. 12 - Nuova scheda di valutazione del neo assunto dopo 45 giorni TsLB in ASUGI

	Obiettivo	Tutor	Valutato
	COMPETENZE RELAZIONALI		
1	Ricopre il proprio ruolo con decoro, assumendo atteggiamenti e comportamenti coerenti ai principi deontologici del profilo, dimostrando puntualità ordine e precisione		
2	Sa interagire con il gruppo di lavoro (tecnico, infermieristico, medico e di supporto) e dimostra attitudine al lavoro di gruppo		
3	Utilizza il linguaggio e la terminologia più adeguata in relazione alle caratteristiche e ai bisogni degli utenti e ne verifica la comprensione		
4	Buona capacità di autocritica ed accetta consigli e critiche di altri colleghi e operatori.		
5	Opera nel rispetto della propria e altrui sicurezza		
6	Attua le procedure previste per il passaggio delle consegne		
	COMPETENZE INFORMATICHE		
7	Conosce e utilizza il sistema Intranet aziendale		
8	Conosce e utilizza gli applicativi aziendali (G2 clinico, SSD, GAEM)		
9	Conosce e utilizza la posta elettronica aziendale		
	COMPETENZE TECNICHE-PROFESSIONALI		
10	Conosce e utilizza gli applicativi specifici del laboratorio di appartenenza (DNLab, Copernico, Unity, File Server,...) e le nozioni informatiche indispensabili per utilizzare il LIS e gestire le tecnologie interfacciate e non		
11	Controlla e verifica il corretto funzionamento delle apparecchiature utilizzate, provvede alla manutenzione ordinaria e all'eliminazione di eventuali problemi di modesta entità. Richiede eventuali interventi di personale tecnico in caso di guasto		
12	Applica e gestisce le procedure di avvio, effettuazione dei CQ (interni ed esterni) e VEQ ed eventuali calibrazioni degli strumenti, nonché le procedure di fine lavoro previste		
13	Verifica l'idoneità del campione e/o la congruenza e appropriatezza della richiesta della prestazione (corretta preanalitica) rispetto al quesito diagnostico secondo le istruzioni operative e le procedure		
14	Segnala eventuali non conformità riscontrate		
15	Assicura che il dato di laboratorio fornito e validato (tecnicamente o anche clinicamente) risponda ai criteri e agli standard di Qualità richiesti dalle procedure del dipartimento		
16	Certifica la tracciabilità del campione e ne garantisce la conservazione secondo le istruzioni operative e le procedure		
17	Possiede qualità nelle abilità manuali del lavoro assegnato		
18	Provvede a ordine e pulizia del posto di lavoro		
	COMPETENZE ORGANIZZATIVE		
19	Conosce l'organizzazione e gli obiettivi di Struttura.		
20	Conosce la propria Job Description e riconosce i ruoli all'interno dell'équipe, nel rispetto delle funzioni e delle responsabilità.		
21	Conosce e rispetta gli obblighi contrattuali e organizzativi della Struttura. (Puntualità, pause, adempimenti burocratici).		
22	Ha cura della propria persona e delle norme igieniche (cura di sé e dell'abbigliamento/divisa, utilizzo corretto DPI in dotazione)		
23	Ha partecipato alla formazione di base e specifica sulla salute e sicurezza sul luogo di lavoro conformemente alle indicazioni del D.L.n.61/2008 e ne applica i principi		
24	Conosce e utilizza la procedura aziendale di smaltimento dei rifiuti		
25	Conosce le regole del servizio e sa come comportarsi in caso di assenza improvvisa		
26	Rispetta l'etica e la deontologia, rispetta le norme relative al segreto professionale e alla tutela della privacy		
	TOTALE		

Fig. 13 - Nuova scheda di valutazione del neo assunto dopo 3 mesi – TsLB in ASUGI

	Obiettivo	Tutor	Valutato
	COMPETENZE RELAZIONALI		
1	E' capace di porsi in discussione ed accettare le critiche, individuando gli errori e correggendoli		
2	E' costruttivo nell'interazione con il tutor o colleghi ed è disponibile a partecipare alle attività organizzative del settore		
3	Collabora e coadiuva i colleghi nell'erogazione delle prestazioni		
4	Integra le proprie conoscenze con quelle delle altre professionalità		
	COMPETENZE TECNICHE-PROFESSIONALI		
5	Fornisce ai professionisti di altre strutture in modo chiaro, tracciabile e comprensibile le informazioni relative alle indagini di laboratorio ed a eventuali dati critici riscontrati durante la validazione		
6	Adegua i ritmi di lavoro al carico e ai tempi di risposta		
7	E' costante nei comportamenti professionali finalizzati al raggiungimento dei risultati nel rispetto della "Buona Pratica di Laboratorio" (GMP-GLP)		
8	Gestisce le dotazioni strumentali per garantire la massima efficienza possibile		
9	Sa gestire situazioni tempestive e imminenti stabilendo le priorità, agisce in maniera costruttiva anche in situazioni di stress		
	COMPETENZE ORGANIZZATIVE		
10	E' in grado di reperire le procedure aziendali su Intranet		
11	Sa dove reperire informazioni, manuali, protocolli utili alla propria attività su Pc di Struttura		
12	Organizza e svolge il proprio lavoro in modo autonomo e responsabile		
13	Sa essere flessibile accettando e promuovendo attivamente cambiamenti della propria organizzazione del lavoro, è disponibile al cambiamento riconoscendolo come mezzo di arricchimento della propria esperienza lavorativa		
	TOTALE		

Fig. 14 - Nuova scheda di valutazione del neo assunto dopo 6 mesi – TsLB in ASUGI

	Obiettivo	Tutor	Neo-assunto
	COMPETENZE RELAZIONALI		
1	Contribuisce al mantenimento di un clima sereno nell'ambiente di lavoro, si dimostra propositivo nel portare a compimento il proprio lavoro e gli obiettivi assegnati		
2	Adotta un comportamento collaborativo di fronte a problematiche organizzative e relazionali		
3	Condivide conoscenze, competenze e abilità		
	COMPETENZE TECNICHE-PROFESSIONALI		
4	Applica e gestisce i protocolli e le procedure relative a conservazione e uso di reattivi e materiali di consumo, utilizza i reattivi e i consumabili in base al numero di lotto e alla scadenza		
5	Rileva l'eventuale "non conformità" di reattivi e consumabili		
6	Sa agire con competenza, rapidità e precisione in situazioni critiche		
7	Identifica i problemi, ricerca le soluzioni più idonee scegliendo tra le alternative possibili, le applica e ne verifica l'esito.		
8	Si avvicina in modo aperto e costruttivo verso le innovazioni tecnico/organizzative, contribuendo alla loro realizzazione		
9	E' autosufficiente nella gestione dell'emergenza e del lavoro notturno		
10	Dimostra di mantenere ed eventualmente migliorare i rendimenti dei processi produttivi		
11	Svolge il lavoro assegnato in maniera autonoma. Esegue in autonomia gli esami diagnostici richiesti, attuando istruzioni operative e procedure e garantendo la qualità delle prestazioni erogate		
12	Utilizza le risorse messe a disposizione in un'ottica di economicità, efficacia ed efficienza garantendo la qualità delle prestazioni erogate		
13	Pianifica il proprio lavoro in considerazione della modalità di risposta al quesito diagnostico del proprio settore (urgenza/routine, rispetto dei TAT)		
14	Sa riconoscere le criticità e valutare il comportamento da tenere, stabilendo le priorità in caso di fermo macchina/fermo LIS o altre criticità inerenti il proprio settore		
	COMPETENZE ORGANIZZATIVE		
15	Propone azioni di miglioramento e segnala eventuali criticità organizzative in modo costruttivo nel rispetto delle relazioni gerarchiche		
16	Gestisce le prestazioni urgenti/ emergenti con responsabilità collaborando con il personale di supporto.		
17	Prende decisioni appropriate, si assume la responsabilità		
18	Attua una periodica autovalutazione delle competenze professionali per migliorare il livello di autonomia, rileva e segnala il proprio bisogno formativo, partecipa ai momenti di formazione proposti, ai FAD e ECM		
	TOTALE		

5 DISCUSSIONE e CONCLUSIONI

L'accreditamento all'eccellenza è un percorso volontario nel quale un ente esterno e totalmente indipendente valuta un'organizzazione sanitaria per determinare se corrisponda a un insieme di standard finalizzati a mantenere e migliorare la qualità dell'assistenza fornita. Questo iter, intrapreso in totale autonomia da ASUGI, si concluderà nel 2024. Il programma oltre a guidare l'Azienda verso l'accreditamento d'eccellenza, porterà anche una serie di benefici perché metterà a disposizione un modello di gestione delle organizzazioni sanitarie complesse e aumenterà la capacità di migliorare la qualità dei servizi. Sarà inoltre un potente strumento per la gestione dei cambiamenti organizzativi, permetterà un'efficace autovalutazione e coinvolgerà il personale favorendone la partecipazione a tutti i processi di miglioramento. I requisiti e il processo di accreditamento contribuiscono alla standardizzazione del sistema sanitario, “Incoraggiano le strutture che stanno lavorando bene e stimolano le altre a lavorare meglio”, riducono le differenze tra le strutture, “alzano l’asticella”. Gli U.S.A., il Canada e l’Australia hanno i più vecchi sistemi di accreditamento; Europa, Germania, Francia, Irlanda, Spagna e Italia hanno sistemi di accreditamento relativamente giovani ed in evoluzione.

I requisiti e gli standard, nei modelli di accreditamento, di per sé non garantiscono la sicurezza delle prestazioni ma l’accreditamento viene utilizzato come strumento di miglioramento: implementazione delle azioni per la sicurezza del paziente, utilizzo sistematico di dati e informazioni per l’analisi delle attività legate alla gestione del rischio (monitoraggio delle attività), miglioramento continuo della sicurezza. L'accreditamento è inteso come un processo tramite il quale le organizzazioni/enti e migliorano regolarmente e costantemente i propri servizi e misurano i risultati rispetto a degli standard di eccellenza. Inoltre l’accreditamento di eccellenza identifica i punti di forza, dimostra la credibilità e responsabilità sociale di un’Azienda, promuovendo al tempo stesso la partecipazione ed il lavoro di *Team*, coinvolgendo operatori a tutti i livelli e coloro che ricevono i servizi.

La necessità di garantire la qualità dei servizi sanitari al cittadino, rappresenta le fondamenta di un sistema sanitario centralizzato sulla persona, sulla sua salute e sulla riuscita delle cure.

Questi due anni di emergenza sanitaria hanno messo in risalto la già nota carenza di personale sotto tutti i profili professionali e l'assunzione di massa che ha caratterizzato questo periodo ha rimpolpato, anche se non del tutto, i reparti sguarniti ormai da tempo. Allo stesso momento, l'arrivo di un numero elevato di nuovi assunti e il poco tempo a disposizione, ha comportato una formazione sul campo in tempi record, cercando di mantenere comunque degli *standard* di livello ottimali, ma, con la evidente consapevolezza di non riuscire sempre nell'intento.

Nonostante le avversità incontrate, mantenere alti livelli di qualità rappresenta la visione di un Sistema Sanitario Nazionale che si prende cura di ogni singolo cittadino in quanto fruitore ultimo del servizio. Le modifiche apportate alle *Job Description* permetteranno di definire ancora meglio le competenze dei professionisti afferenti ai diversi laboratori, garantendo un personale efficiente e ben istruito, motivandolo a sviluppare ed espandere il proprio sapere, così da potersi mettere in gioco e crescere in conoscenza ed abilità.

Inoltre le nuove procedure introdotte per il personale neoassunto, andranno a migliorare notevolmente il percorso di formazione interna, rendendolo più chiaro e fruibile da parte di tutti i soggetti coinvolti, dal coordinatore al dipendente, ai *tutor*. C'è estrema necessità di professionisti pronti a evolvere di pari passo con la scienza e la medicina, non perdendo mai di vista lo scopo ultimo che è il benessere del cittadino e la qualità del servizio che bisogna rendere. Il processo di accreditamento all'eccellenza che ASUGI sta intraprendendo è un nuovo inizio per garantire al cittadino che si affida alla Sanità pubblica, di potersi abbandonare con fiducia nelle mani di personale, qualificato, esperto e sempre pronto ad alimentare quella conoscenza, senza la quale non esisterebbe quello che è ritenuto uno dei migliori Sistemi Sanitari al mondo. Il programma metterà anche a disposizione un modello di gestione delle organizzazioni sanitarie complesse e aumenterà la capacità migliorare la qualità dei servizi. Sarà inoltre un potente strumento per la gestione dei cambiamenti organizzativi, permetterà un'efficace autovalutazione e coinvolgerà il personale favorendone la partecipazione a tutti i processi di miglioramento.

6. BIBLIORAFIA e SITOGRAFIA

Accreditation Canada “*Manuale per l’accreditamento*”, versione 4.

AGENAS “*Ricognizione delle norme regionali sull’accreditamento istituzionale*”,
Giugno 2020.

Bernardi M.T., Masiero M.P., “*L’analisi delle competenze nella selezione, nell’orientamento e nello sviluppo del personale*” Management infermieristico
2005.

Buriani A. “*Coltivare, sviluppare, riconoscere l’eccellenza sanitaria in partnership con Accreditation Canada*”, Milano 2018.

Capizzi M. “*Dinamiche di competenze: i circuiti di generazione del valore attraverso le competenze*”, FOR, rivista per la formazione, n.65, 2005.

Cinotti R, “*Accreditamento. Il ruolo dell’Agenzia Sanitaria Regionale*”, Franco
Angeli, 2004.

De Nuccio M. “*L’accreditamento: un sistema per la qualità in piena evoluzione. La ricostruzione legislativa della normativa in materia*”, Tuttosanità, 2013.

Determinazioni e procedure ASUITs e ASUGI.

Di Stanislao F., Liva C., “*Accreditamento dei servizi sanitari in Italia*” ed. Centro
Scientifico Editore, 1998;

Gori F., Quintaliani G., Perelli A., “*Accreditamento istituzionale e certificazione*”,
Azienda Ospedale di Perugia, Assessorato Sanità Regione Umbria, 2002

Isfol, “*Apprendimento di competenze strategiche*”, Franco Angeli, Milano 2004.

Joint Commission International, *“Programma triennale per l’implementazione del sistema di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e del management delle aziende sanitarie pubbliche”*, Versione 3, 2004.

Liberati A., *“La medicina delle prove di efficacia. Potenzialità e limiti della evidence based medicine”*, ed. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1997;

Liva C., Di Stanislao F. *“L’accreditamento dei servizi sanitari. Uno strumento per la promozione della qualità”*, NAM, vol. 12, 1996;

Massai D., Amerini A., Corbani A., Mancini A., *“Metodi e strumenti per la formazione nelle aziende sanitarie”*, McGrawHill, Milano, 2010.

Palumbo F. *“La programmazione sanitaria e le politiche per l’accreditamento”*, 2004

Perossa R. *“Il percorso di accreditamento all’eccellenza di ASUGI”*, Trieste 2021.

Regione Toscana *“Sistema regionale delle competenze”* Unione Europea, FSE, 2004.

Scuola per la Gestione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari, *“Accreditamento istituzionale”* Regione Sicilia, Azienda Ospedaliera Universitaria Vittorio Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino, Catania.

Shcherbina Y. *“Accreditation Canada in Europa e nel mondo”*, Milano, Dicembre 2018.

Tesi di Dottorato di Ricerca del Dr. Marco Mosca *“Il Sistema Qualità nel panorama sanitario italiano: l’accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie. Criticità ed innovazioni del sistema campano”*, 2007.

Tesi di Dottorato della Dr. Elisa Saccani, *“Stesura del Piano organizzativo dell’Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) a supporto del percorso di Accredimento del Dipartimento di Cure Primarie dell’AUSL di Parma”*, 2018.

Thione L. *“Qualità, accreditamento e valutazione della conformità nel moderno sistema socio-economico. Stato dell’arte, problemi e prospettive”*, Sincert, 2005.

Tomasich F., DE Oliveira A.V., DE Jesus Oliveira A., Toulson Davisson Correia M.I. *“The history of quality and safety of the surgical patient: from the initial standards to the present day”*, Rev Col Bras Cir, 2020:47.

Wienand U. *“Il miglioramento continuo nelle aziende sanitarie”*, Centro scientifico Editore, Torino, 1999.

SITI INTERNET CONSULTATI

www.gazzettaufficiale.it

<https://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/>

www.salute.gov.it

https://www.policlinicovittorioemanuele.it/ao/accreditamento/5_requisiti%20organizzativi%20generali_risorse%20strutturali%20e%20tecnologiche_elenco%20della%20documentazione.pdf

http://www.fedoa.unina.it/1771/1/Mosca_Economia_Management.pdf

<https://www.repository.unipr.it/bitstream/1889/3810/1/Tesi%20dottorato%20Saccani.pdf>

<https://accreditation.ca/>

7. ACRONIMI

AC Accreditation Canada

ACS American College of Surgeons

ASUGI Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

ATB farmaci Antiblastici

BUR Bollettino Ufficiale della Regione

CCHSA Canadian Council of Health Services Accreditation

DAI Dipartimento ad Attività Integrate

DGR Deliberazione della Giunta Regionale

Dlgs Decreto legislativo

DPR Decreto del Presidente della Repubblica

GMP-GLP Good Medical Practises-Good Laboratory Practises

IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

ISO International Organization for Standardization

JCAHO Joint Commission on Accreditation of Hospital Organization

JCI Joint Commission International

LEA Livelli Essenziali di Assistenza

LR Legge Regionale

OTA Organismo Tecnicamente Accreditante

POO Pratiche Organizzative Obbligatorie

RSA Residenza Sanitaria per Anziani

SC Struttura Complessa

SGQ Servizio di Gestione della Qualità

SSN Servizio Sanitario Nazionale

TAT Turn Around Time

TSLB Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico

TSRM Tecnico di Radiologia Medica

UFA Unità Farmaci Antitumorali

UOC Unità Operativa Complessa

Ringraziamenti

*“Colto non è colui che sa quando è nato Napoleone
ma colui che sa dove andare a cercare l’informazione
nell’unico momento della sua vita in cui gli serve.”
(Umberto Eco)*

Se dovessi ringraziare ogni singola persona che in questi 18 mesi mi è stata accanto, l’elenco sarebbe lungo e sicuramente finirei per dimenticare qualcuno. Ognuna di loro sa bene quanto sia stata necessaria in questo periodo, e quanto mi abbia aiutato a non mollare, anche nei momenti più bui che hanno caratterizzato il mio percorso universitario.

Il mio è un **grazie** che racchiude riconoscenza, stima e affetto.

Ad Erika per il suo sostegno e la fiducia di questi anni.

Alla dott.ssa Barbara Sartini per il suo incomparabile lavoro.

Un grazie al Presidente del Corso di Laurea Magistrale, tutti i Docenti e ai colleghi del corso, per l’empatia dimostrata che è stata la forza che ci ha permesso di raggiungere questo ambito traguardo.

Un ringraziamento speciale va alla Volontà, che, fortunatamente, ancora una volta, ha deciso di non abbandonarmi.