



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Magistrale in:

SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

TECNICHE DIAGNOSTICHE

Tesi di Laurea:

**Revisione ed integrazione del protocollo del neoassunto
TSLB nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle
Marche**

Candidato:

Lucia Bisceglia

Relatore:

Dott.ssa Veronica Falciani

Anno Accademico 2022-2023

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
1. LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE.....	3
1.1 Mission e Vision delle organizzazioni sanitarie.....	3
1.2 Il Dipartimento.....	4
1.2.1 Il quadro normativo di riferimento.....	6
1.2.2 Funzioni del Dipartimento.....	7
2. LA RISORSA UMANA.....	11
2.1 La motivazione.....	12
2.2 La comunicazione.....	16
2.3 La formazione come valore aggiunto per le aziende.....	18
2.4 Definizioni di esperienza e competenza.....	20
2.5 Il sistema premiante.....	23
3 LA FIGURA DEL TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO NEOASSUNTO.....	26
3.1 Il ruolo del Tecnico sanitario di laboratorio biomedico.....	26
3.1.1 Le competenze specialistiche del TSLB.....	28
3.1.2 Chi è il personale neoassunto.....	31
4. LE FASI DI INSERIMENTO DEL NEOASSUNTO E LA FIGURA DEL MENTOR.....	33
4.1 Il reclutamento.....	33
4.2 La selezione.....	35
4.3 L'accoglimento.....	37

4.4 L'assegnazione.....	39
4.5 L'inserimento.....	39
4.5.1 Il ruolo del tutorato nel processo di inserimento.....	41
4.5.2 Chi è il mentor.....	43
4.5.3 Gestione dell'inserimento.....	43
4.6 La valutazione.....	44
5.PARTE SPERIMENTALE.....	47
5.1 Sviluppo e Implementazione del protocollo del neoassunto TSLB nell'Azienda Ospedaliero-universitaria delle Marche.....	49
5.1.1 Implementazione sulla nuova scheda di valutazione.....	49
5.1.2 Obiettivo.....	51
5.1.3 Nuova scheda e obiettivi.....	52
Conclusioni.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	58

INTRODUZIONE

Il profondo mutamento introdotto con il processo di aziendalizzazione della sanità italiana si è tradotto in importanti cambiamenti strutturali. Per raggiungere un'efficienza ed efficacia dei servizi è stato indispensabile superare la frammentazione dell'assistenza sanitaria in specialità, con l'obiettivo di fornire una risposta integrata alla domanda di salute, che ha sempre più evidenziato il bisogno di interventi pluridisciplinari con un focus al risparmio nell'utilizzo di risorse sempre più scarse, mai a discapito di prestazioni di alta qualità. Come garantire una buona qualità dell'assistenza è oggi probabilmente uno dei maggiori problemi che i sistemi sanitari si trovano a dover affrontare anche alla luce delle crescenti aspettative dei cittadini. Infatti, da non trascurare è proprio la posizione del cittadino, che non è più un fruitore passivo ma un protagonista partecipe. In questi ultimi anni tra le numerose professioni sanitarie che hanno subito un cambiamento all'interno dell'azienda vi è il tecnico sanitario di laboratorio biomedico che è diventato attore principale, parte attiva nell'organizzazione, assistenza, ricerca e formazione all'interno della diagnostica di laboratorio. Il ruolo e l'immagine del tecnico sanitario di laboratorio biomedico si sono evoluti sempre più verso un'emancipazione professionale di responsabilità e di autonomia. Fino al 1990 il percorso di studi del Tecnico sanitario di laboratorio biomedico (TSLB) è stato disomogeneo ed articolato. L'evoluzione formativa del TSLB è avvenuta con la Legge n. 251 del 10 agosto 2000, che disciplina le professioni tecnico-sanitarie, che di fatto ha definito una nuova dimensione professionale, rendendo necessaria la riformulazione di tutto lo scenario professionale, sia nella sua dimensione concettuale, "chi è il tecnico di laboratorio sanitario biomedico", che operativa "come agisce il tecnico di laboratorio

sanitario biomedico”. Anche l'attenzione dedicata alla risorsa umana da parte delle aziende si è notevolmente rafforzata negli ultimi anni; in relazione a ciò si è venuti attribuendo all'inserimento di una persona in una organizzazione un vero e proprio percorso accurato e ben definito in quanto la fase di inserimento, soprattutto per quanto riguarda il personale di primo impiego, è un momento cruciale che segna in modo spesso irrimediabile tutta la vita lavorativa (Costa,1990). Le risorse umane devono essere valorizzate fin dall'inizio e il nuovo personale deve rappresentare un'occasione di crescita globale per l'azienda; è necessario quindi presidiare attentamente il processo dell'ingresso nelle sue varie tappe. Per rendere attuabile questo processo è stato indispensabile coinvolgere tutto il personale e, in particolare, è stata importante la creazione di percorsi specifici per i neoassunti al fine di garantire un corretto ed efficace inserimento all'interno dell'Azienda. Per questo l'obiettivo di questo lavoro di tesi consiste nella revisione ed aggiornamento del protocollo del neoassunto tecnico di laboratorio biomedico alla luce dei nuovi cambiamenti di questa figura professionale nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche. Tale lavoro pone l'intento di mettere in atto una serie di processi, corsi di formazione, aggiornamenti ai quali hanno preso parte sia gli operatori “esperti” che il personale neoassunto portando i professionisti sanitari ad uno sviluppo delle competenze professionali fondamentali per la mission aziendale.

1. LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

1.1 Mission e Vision delle organizzazioni sanitarie

La terminologia aziendale tratta correntemente di mission e di vision: la prima definibile come la ragione d'essere dell'organizzazione; la seconda intesa come strategia per il raggiungimento degli obiettivi. Il professionista che entra nell'organizzazione ne conosce già la ragione d'essere, che è comune a tutte le strutture sanitarie, deve però interiorizzarne gli elementi distintivi attraverso i quali essa si pone il conseguimento degli obiettivi istituzionali. Le iniziative per favorire questo delicato processo possono essere molteplici e diverse, adattate alle singole organizzazioni: tutte in ogni caso mirano alla valorizzazione del neoassunto come persona e non come unità d'organico, come risorsa e non come dispendio d'energia e tempo. Il professionista tecnico sanitario di laboratorio biomedico non è un lavoratore che svolge un mestiere, un'occupazione o un'attività lavorativa qualsiasi. Essere professionista implica un percorso di formazione e crescita personale molto laborioso sia in termini di tempo che d'impegno individuale. Di questo deve tenere conto chi si occupa di gestione del personale. Un aspetto poi da non dimenticare, che non riguarda il professionista in senso stretto, ma che lo interessa inevitabilmente, è che le organizzazioni sanitarie sono sistemi complessi, costituiti da numerose componenti tra loro correlate per il raggiungimento di obiettivi, regolate da precise dinamiche e caratteristiche, da un sistema valoriale e culturale distintivo. Gli obiettivi dell'organizzazione sanitaria riguardano un bene fondamentale che è la salute, cui le persone sono molto sensibili, che coinvolge la sfera personale degli individui, di cui ognuno ha un proprio concetto e proprie aspettative; è certamente problematico ottenere costantemente risultati soddisfacenti per tutti. L'ambiente esterno è in continuo cambiamento: caratteristiche ed aspettative della popolazione, risorse economiche disponibili, assetti istituzionale, sono fattori dinamici che si modificano talvolta molto più in fretta delle capacità d'adattamento dell'organizzazione stessa. La struttura dell'organizzazione costituisce un elemento di complessità tanto maggiore

quanto più grande è il numero dei sottosistemi organizzativi interni e della loro specificità nelle attività da svolgere. L'autonomia dei professionisti, determinata dalle competenze specifiche, comporta una scarsa possibilità di standardizzare i processi interni e i comportamenti dei singoli: ciò può essere causa di difficoltà e d'incertezza. Infine, le dimensioni dell'organizzazione, in termini di entità delle risorse da governare e di obiettivi da conseguire, costituiscono un elemento che accresce i precedenti. Il nuovo assunto s'inserisce all'interno di un'organizzazione di questo genere e a lui sconosciuta, portando con sé un bagaglio fatto di esperienze personali e professionali, di aspettative, di paure e di preconcetti, sia positivi sia negativi. Non è certamente un momento facile né per lui né per chi deve gestire questa situazione.

1.2 Il dipartimento

Il dipartimento è un'organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute. Le unità operative afferenti al dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni. A tal fine il dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico-assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico-finanziari. Il dipartimento, favorendo il coordinamento dell'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituisce l'ambito privilegiato nel quale poter contestualizzare le attività di governo clinico, ovvero la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee-guida e di protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.

L'individuazione dei Dipartimenti dovrà essere funzionale all'Azienda e tenere conto della complessità della stessa, della sua estensione sul territorio, delle caratteristiche geomorfologiche, del numero di strutture complesse presenti e degli obiettivi che queste ultime debbono conseguire. I Dipartimenti possono essere definiti strutturali e sono caratterizzati dall'omogeneità sotto il profilo delle attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate e delle unità organizzative di appartenenza (criterio centrato sulla produzione sanitaria); il termine strutturale viene inteso come aggregazione funzionale e fisica, coinvolgendo unità collocate nella stessa area ospedaliera; ciò favorisce la gestione comune delle risorse umane, degli spazi, delle risorse tecnico-strumentali ed economiche assegnate. I Dipartimenti funzionali aggregano unità operative non omogenee, interdisciplinari semplici e/o complesse appartenenti contemporaneamente anche a dipartimenti diversi, al fine di realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica (criterio centrato su obiettivi comuni da realizzare). I Dipartimenti verticali sono intesi come organizzazioni con gerarchie e responsabilità ben definite rispetto alle unità che li compongono. I Dipartimenti interaziendali sono costituiti da unità operative appartenenti a diversi dipartimenti verticali appartenenti anche ad aziende differenti con la funzione di coordinare unità di uno stesso livello gerarchico. L'organizzazione dipartimentale è predeterminata solo nei casi specificatamente previsti dalla legge o dalle indicazioni regionali (Dipartimento di prevenzione, salute mentale, ecc.). Purtroppo, non esiste un criterio di aggregazione unico per i dipartimenti, occorre pertanto fare delle scelte e, in particolare, scegliere quali relazioni privilegiare con una integrazione dipartimentale. Nella scelta di aggregazione sarà comunque necessario tenere conto:

- della realtà presente;
- del maggior livello di interdipendenza tecnica fra le unità operative;
- degli obiettivi strategici dell'azienda sanitaria.

L'individuazione dei dipartimenti da attivare è una specifica competenza dell'azienda sanitaria (autonomia organizzativa).

Gli obiettivi che si intendono perseguire attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale sono:

- la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo Dipartimento, del rapporto tra direzione generale e direzione delle singole strutture;
- il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
- la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti.

Il Dipartimento è l'unico modo per fare sì che la grande specializzazione della medicina piuttosto che frantumarsi diventi un mosaico ordito secondo un disegno ben preciso.

1.2.1 Il quadro normativo di riferimento

- D.P.R. n.128/69 introduceva la possibilità di organizzare strutture amministrative di tipo dipartimentale.
- Legge n. 148/75 attribuisce alle Regioni la responsabilità di avvio dei dipartimenti.
- D.M. 8 novembre 1976 stabilisce che alle Regioni compete la individuazione delle tipologie di dipartimento; la costituzione di dipartimenti "misti" "ospedali/università; la definizione degli organi del dipartimento e la relativa regolamentazione.
- Legge n.833/78 sancisce l'obbligatorietà di attuazione del modello dipartimentale ospedaliero.

- Legge n.595/85 stabilisce che le regioni avrebbero potuto predisporre, in relazione all'organizzazione dipartimentale, la ristrutturazione delle degenze in aree funzionali omogenee.
- Legge n.412/91 sancisce l'obbligatorietà alle regioni di introdurre il modello delle aree funzionali omogenee e dei dipartimenti, nel quadro di una efficace integrazione e collaborazione con altre strutture affini e con uso in comune delle risorse umane e strumentali.
- D.lgs. n.502/92 “definitivo vincolo al modello dipartimentale; attribuzione alle regioni della riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri in dipartimenti; individuazione degli ospedali di rilievo nazionale... in funzione della presenza di una organizzazione unitaria di tipo dipartimentale.”
- D.lgs. 229/99 definisce la centralità dell'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie; sancisce che l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende.

1.2.2 Funzioni del dipartimento

I dipartimenti svolgono funzioni di coordinamento, di indirizzo, di direzione e di valutazione dei risultati conseguiti nell'area omogenea di competenza.

Le funzioni dei dipartimenti comprendono in particolare:

- definizione dei progetti e programmi, individuazione degli obiettivi prioritari, allocazione delle risorse e dei mezzi funzionali a supporto della Direzione Generale e nei confronti delle strutture ad esso afferenti;

- coordinamento e guida nei confronti del livello operativo e verifica dei risultati conseguiti,

concorrenti al processo di revisione periodica delle strategie aziendali e dell'assetto organizzativo e produttivo;

- studio, applicazione e verifica dei sistemi (linee guida, protocolli) per conferire la massima omogeneità alle procedure organizzative, amministrative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature;
- studio e applicazione di sistemi informatici di gestione in rete all'interno del dipartimento e tra dipartimenti per l'interscambio di informazioni e di immagini nonché per l'archiviazione unificata e centralizzata dei dati;
- individuazione e promozione di nuove attività e modelli operativi nello specifico campo di competenza;
- organizzazione della didattica;
- gestione del budget assegnato al dipartimento;

I dipartimenti sanitari assistenziali oltre alle funzioni sopraelencate svolgono, in particolare, le seguenti:

- utilizzazione ottimale ed integrata degli spazi assistenziali e non assistenziali, del personale e delle apparecchiature finalizzata alla migliore gestione delle risorse, alla massima efficacia delle prestazioni nonché alla razionalizzazione dei costi;
- coordinamento tra le attività del dipartimento e le attività extra ospedaliere per una integrazione dei servizi del dipartimento stesso nel territorio, e in particolare nei distretti, nonché con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta al fine di realizzare l'indispensabile raccordo tra ospedale e strutture territoriali per la definizione del piano di dimissione del paziente e gestione del successivo follow-up, garantendo la continuità assistenziale;
- promozione di iniziative volte ad umanizzare l'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali;
- valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita da effettuarsi adottando le opportune metodiche con particolare riguardo alle prestazioni

fornite ai pazienti, alle verifiche delle procedure e dei risultati ottenuti, al miglioramento delle conoscenze e all'ottimizzazione delle risorse;

- organizzazione dell'attività libero professionale aziendale.

Nella prospettiva della progressiva introduzione del Governo Clinico, le finalità perseguite dall'organizzazione dipartimentale possono essere così schematizzate:

- Sinergie per l'efficacia. L'integrazione ed il coordinamento delle diverse professionalità, che possono utilizzare risorse da loro scelte ed organizzate, aumentano la probabilità della efficacia nell'assistenza;

- Garanzia dell'outcome. La misura degli esiti dei trattamenti deve essere prevista nell'ambito del Dipartimento per assicurare i risultati migliori in termini di salute, nel rispetto delle risorse economiche disponibili e tramite l'implementazione e la manutenzione sistematica di linee guida nazionali e internazionali;

- Continuità delle cure. I percorsi assistenziali, la presenza di professionisti che hanno condiviso scelte terapeutiche ed organizzative, nonché momenti formativi, con la conseguente riduzione di trasferimenti e prese in carico del paziente da parte delle diverse unità operative, favorisce l'integrazione e la continuità delle cure;

- Integrazione multidisciplinare. La elaborazione condivisa di percorsi assistenziali e linee guida favorisce la reciproca conoscenza e valorizzazione dei professionisti delle diverse discipline, incrementando di conseguenza l'efficacia e l'efficienza;

- Orientamento al paziente. Nel dipartimento, la visione complessiva delle problematiche del paziente (garantita dalla presenza di tutte le professionalità necessarie ad affrontarla), favorisce l'impiego di percorsi assistenziali mirati, favorendo l'orientamento al paziente di tutti i processi e la migliore gestione della persona in assistenza;

- Sicurezza dei pazienti. La progettazione di strutture e percorsi integrati, l'impostazione interdisciplinare e multiprofessionale della cura, l'integrazione ed il coordinamento delle risorse sono componenti fondamentali di un sistema volto alla sicurezza del paziente;
- Valorizzazione e sviluppo delle risorse umane. La crescita professionale e la gratificazione degli operatori sanitari sono sostenute dal confronto sistematico delle esperienze e dalla condivisione delle conoscenze attraverso l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici, la formazione e l'aggiornamento su obiettivi specifici con verifiche collegiali delle esperienze;
- Ottimizzazione nell'uso delle risorse. La gestione comune di personale, spazi ed apparecchiature facilita l'acquisizione e la più alta fruizione di tecnologie sofisticate e costose e favorisce l'utilizzo flessibile del personale, consentendo soluzioni assistenziali altrimenti non praticabili;
- Responsabilizzazione economica. La valutazione del personale sui risultati, con verifiche periodiche, è uno strumento di garanzia per la qualità dell'assistenza, la piena valorizzazione del personale e l'attuazione di una gestione efficiente;
- Organizzazione e sviluppo della ricerca. Amplia le possibilità di collaborazione a progetti di ricerca biomedica e gestionale e favorisce l'applicazione dei risultati nella pratica quotidiana;
- Implementazione delle conoscenze nella pratica clinica. Rappresenta il contesto ideale per il trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica clinica favorendo i cambiamenti comportamentali degli operatori e l'utilizzo degli strumenti più efficaci messi a disposizione dalla ricerca.

2. LA RISORSA UMANA

Per risorse umane si intende il complesso delle diverse professionalità, culture ed emotività individuali di cui dispone una organizzazione per il raggiungimento dei propri fini, più che coincidere genericamente con il termine “personale”. Si tratta, cioè di un concetto che accede ad una visione evoluta della prestazione di lavoro. Il concetto di risorsa umana evoca infatti non un’idea quantitativa, ossia l’insieme dei lavoratori che prestano la loro attività, ma qualitativa, cioè l’insieme delle caratteristiche dei lavoratori che prestano la loro attività, ed attiene quindi all’insieme delle qualità individuali spendibili nel lavoro come l’abilità professionale, le conoscenze culturali, il carattere, gli aspetti emotivi e motivazionali. Il termine risorse umane è infatti riferito all’uomo ed al complesso delle sue doti personali e professionali. Questo implica anche una visione radicalmente nuova dell’organizzazione, il cui funzionamento ottimale è determinato dalla migliore utilizzazione delle risorse individuali di cui dispone o che recluta. Le organizzazioni sanitarie stanno attraversando una fase di trasformazione che impone loro di ideare risposte tempestive e innovative ai continui cambiamenti cui devono far fronte, garantire ai cittadini servizi di qualità, adottare modalità operative flessibili e orientate al risultato, sviluppare capacità strategiche per il governo del territorio e la promozione dello sviluppo socio economico, interagire con numerosi interlocutori secondo una logica di rete improntata al dialogo e alla negoziazione. Per sviluppare tali funzioni, l’attività è sempre meno riducibile all’esecuzione di procedure standardizzate, le organizzazioni diventano sempre più caratterizzate da funzioni ad alta densità di conoscenza. La disponibilità di informazioni diventa dunque un elemento strategico per il funzionamento delle organizzazioni sanitarie, crescono di importanza i processi collaborativi e quelli basati sullo scambio di idee e conoscenze, la riqualificazione, la continua crescita professionale degli operatori come condizione indispensabile per la riuscita dei processi di modernizzazione. In tale scenario del tutto naturale emerge una riconfigurazione del ruolo delle persone che lavorano dentro le organizzazioni sanitarie, costretti a misurarsi

non più, o comunque in modo drasticamente ridotto, con il sistema rigido dell'organizzazione, ma con funzioni, procedure, attività e performance. La gestione del personale non può più essere intesa come attività di mera gestione giuridico economica dei rapporti di lavoro, ma come attivazione del capitale di conoscenze ed esperienze a disposizione dell'organizzazione. La gestione del personale rappresenta una delle funzioni di pertinenza dirigenziale, di solito conseguente alla pianificazione ed alla organizzazione. Essa comprende tutti gli interventi di natura giuridica, amministrativa, relazionale ed organizzativa, necessari per la gestione della risorsa umana. È la funzione dell'organizzazione tesa ad assicurare il migliore utilizzo della risorsa umana nell'Azienda, in particolare valorizzandone le capacità professionali ed umane e garantendone gli adeguati spazi di autonomia decisionale ed operativa. Bisogna infatti considerare che il servizio offerto è rappresentato da prestazioni di natura sanitaria ed è necessario che tutti i componenti dell'equipe sanitaria possano godere delle condizioni migliori per potere operare, compatibilmente con i vincoli e le risorse a disposizione. Gestire le persone nelle organizzazioni è difficile perché si devono tenere sotto controllo molte variabili, di cui alcune in conflitto tra loro. Per molto tempo chi si è occupato di persone ha agito per rispondere solo a problemi, rischiando di privilegiare il fare (gestire) sul capire (riflettere sui comportamenti organizzativi). Questi due momenti non possono essere separati, “occorre perseguire una saldatura ideale fra le attività di gestione delle risorse umane e la riflessione compiuta dalla letteratura sul comportamento organizzativo”.

2.1 La motivazione

La conoscenza di taluni aspetti della psicologia umana garantisce la buona riuscita degli interventi atti a favorire il benessere dei dipendenti al fine di migliorare il loro rendimento, nell'ottica di un efficace ed efficiente gestione della risorsa umana. Le nozioni psicologiche rappresentano la base per capire a quali strumenti mentali e a quali motivazioni è possibile far riferimento, e quale è la strada migliore da intraprendere qualora si vogliano attuare

interventi a favore dei vari soggetti. Non è possibile porre l'attenzione sull'organizzazione e sui suoi obiettivi, senza prendere in considerazione allo stesso tempo anche le esigenze degli operatori. Il termine comportamento abbraccia tutte le manifestazioni dell'uomo: espressioni verbali e non verbali, intenzionali e inconsce, attività conoscitive, attività produttive, gioco e lavoro, manifestazioni affettive, rapporti di vario tipo con cose e persone. I comportamenti, diretti o indiretti, non sono estranei al contesto nel quale si presentano, ma strettamente correlati allo stesso. Come il contesto ne influenza la tipologia di manifestazione ed il risultato, alla luce della reciproca interazione, anche gli stessi comportamenti possono andare ad incidere sull'ambiente circostante. Chi occupa posizioni di responsabilità nei confronti di altri soggetti deve favorire, nel rispetto degli obiettivi istituzionali, il miglioramento dei rapporti e delle situazioni affinché migliorino anche i comportamenti individuali. Non deve essere sottovalutato, infatti, il concetto secondo il quale un contesto ambientale adeguato influenzi positivamente sia l'attività lavorativa, sia l'appagamento personale di chi la esegue. Attraverso un'accurata analisi dei comportamenti è possibile attribuire loro un significato, giungendo così ad individuare le cause del disagio e in base a queste sarà possibile attuare una serie di provvedimenti atti a modificare positivamente il comportamento adottato; è opportuno quindi individuare quali sono i motivi che spingono gli individui ad adottare determinati comportamenti. Sono molti gli studi effettuati a tal proposito, e, nonostante le differenze dovute alle diverse scuole di pensiero, le principali cause dell'agire umano sono attribuite alla necessità di soddisfacimento di una serie di bisogni. La teoria di Abraham Maslow (1954), uno psicologo americano, nasce in rapporto all'esigenza di chiarire che cosa si intenda per bisogni umani, e mira ad individuare e comprendere le grandi categorie di motivazioni che caratterizzano il comportamento di ogni singolo individuo. Egli parte dal presupposto che il movente di un determinato atteggiamento sia da ricercarsi nella necessità, comune a tutti gli uomini, di soddisfare specifici bisogni. Questi ultimi si distinguono gli uni dagli altri in funzione

della loro natura e del loro livello di complessità. A questo proposito, Maslow prevede cinque grandi categorie di bisogni che inserisce all'interno di una "scala gerarchica" organizzata in modo tale da presentare, alla base, quelli essenziali che necessitano di essere soddisfatti per primi, in quanto legati alla immediata sopravvivenza dell'uomo. In seguito, sono individuati, in modo progressivo, ulteriori classi di bisogni, che riflettono le priorità di soddisfacimento. Egli sostiene che l'appagamento dei bisogni di base faccia emergere bisogni di livello superiore e che un bisogno completamente soddisfatto non sia più fonte di motivazione. Maslow evidenzia la necessità di ridisegnare l'organizzazione aziendale, oltre che le varie attività in essa svolte, al fine di giungere ad un più equilibrato rapporto tra necessità individuali e motivazioni personali all'azione. Tutto questo emerge dal concetto secondo il quale un soggetto, affinché possa realmente arrivare all'autorealizzazione, e quindi a far fruttare al massimo le sue potenzialità, deve, soprattutto, soddisfare i suoi bisogni fondamentali. Inoltre, si evince l'estrema soggettività di percezione, legata anche alla propria cultura, per cui uno stesso bisogno può essere rilevante per un individuo, mentre può non esserlo per un altro. Il concetto di bisogno, quindi, è strettamente correlato a quello di motivazione intesa come "la spinta che mette in moto l'individuo in direzione di uno scopo". Il concetto di motivazione è stato approfondito da tutte le scuole psicologiche, che ne hanno dato una propria definizione in ragione del loro particolare orientamento. Per spiegare un comportamento è necessario individuare i motivi che giustificano il nostro agire e che possono essere definiti come i risultati positivi che la persona si attende di ottenere. Frederick Herzberg (1959–1966) ha avviato una delle ricerche più interessanti sul mondo della teoria del lavoro; i suoi studi furono orientati all'analisi delle dinamiche e dell'evoluzione dei bisogni di stima e di autorealizzazione. All'interno di un'azienda sono presenti due tipologie di individui: coloro che aspirano all'autorealizzazione e quindi subiscono con estrema difficoltà la rigidità dell'organizzazione aziendale, e coloro che preferiscono la routine del lavoro e non gradiscono essere coinvolti in iniziative volte ad aumentare la

loro responsabilità ed interesse nei confronti dell'attività lavorativa. Nell'ambito organizzativo esistono alcuni elementi che tendono ad essere fonte di soddisfazione ("fattori motivazionali"), ed altri elementi che, se presenti, tendono ad essere fonte di "non insoddisfazione ("fattori igienici"). Questi ultimi, nella migliore delle ipotesi, sono rappresentativi di un contesto lavorativo privo di aspetti negativi, ma sicuramente neanche motivante ed appagante. Per poter raggiungere uno stato di soddisfazione vero e proprio è necessario intervenire sui cosiddetti "fattori motivazionali" intesi come quella serie di elementi che consentono di aumentare la motivazione dell'individuo nei confronti del lavoro. In realtà, però, non sempre il comportamento messo in atto riesce a soddisfare i bisogni individuali o, comunque, a raggiungere gli obiettivi prefissati, dando origine ad uno stato di frustrazione e di conflitto. Tale condizione determina una serie di conseguenze a livello individuale, che, nell'ottica sistemica, possono ripercuotersi in un modo o in un altro nel contesto ambientale in cui il soggetto è inserito. A questo proposito, si parla di "frustrazione" in riferimento a quella condizione che caratterizza l'individuo quando viene ostacolato in qualche misura nella realizzazione delle proprie esigenze, quando, cioè, non vi è corrispondenza tra risultato ottenuto e le aspettative in merito. Si parla, invece, di "conflitto", quando bisogni di eguale importanza per l'individuo non possono essere soddisfatti contemporaneamente, con conseguente necessità di operare una scelta selettiva. Entrambe le situazioni sono fonte di ansia e tensione e per ridurre le quali il soggetto tende ad utilizzare diversi metodi di risposta, sia a valenza negativa che positiva (meccanismi di difesa). Alla luce del percorso delineato, è possibile comprendere come coloro che hanno la facoltà di prendere decisioni importanti in grado di influenzare la vita personale e/o professionale di altri soggetti, hanno una forte responsabilità, legata al potere di determinare effetti positivi, di appagamento e di valorizzazione, come effetti negativi di disagio e frustrazione che, talora, non solo provocano conseguenze sul singolo soggetto che le prova, ma anche sul contesto ambientale in cui esso è inserito.

La risorsa umana, proprio per le sue caratteristiche, non può essere gestita con le stesse modalità impersonali e asettiche con cui è lecito che un'organizzazione si approcci a qualsiasi altra risorsa, sia per motivi legati alla produttività, sia per ragioni, non meno importanti, di tipo etico. Per un'azienda è importante possedere personale motivato e di conseguenza manager in grado di promuovere interventi volti a stimolare e a valorizzare i vari operatori nel tentativo di favorire il loro benessere da un lato, e il raggiungimento degli obiettivi aziendali dall'altro. Lavorare in situazioni di difficoltà, però, non significa essere autorizzati a trascurare la motivazione dei dipendenti: essa deve essere sempre alimentata al fine di evitare l'appiattimento professionale e le relative conseguenze sia a livello individuale che sulla qualità delle prestazioni erogate.

2.2 La comunicazione

La comunicazione può essere definita come un processo in cui due parti, siano essi soggetti o gruppi, si trasmettono messaggi. La comunicazione ha un legame molto stretto con la motivazione, in quanto essa rappresenta lo strumento attraverso il quale il manager/leader può effettivamente dare vita allo stile direzionale prescelto per raggiungere gli obiettivi prefissati. Il modo di rapportarsi agli altri, infatti, rappresenta un importante biglietto da visita attraverso il quale il leader trasmette il proprio modo di intendere l'organizzazione ed il gruppo di lavoro. Un leader che intende avvalersi di un management partecipativo attuerà una comunicazione positiva, basata sulla fiducia e l'ottimismo, in quanto volta a stimolare e motivare i suoi collaboratori. Non solo, ma più facilmente verrà favorito un flusso di comunicazione a tutti i livelli, quindi dall'alto verso il basso, dal basso verso l'alto, lateralmente e trasversalmente tra i vari gruppi, al fine di consentire il reale coinvolgimento nella vita aziendale e la condivisione di obiettivi comuni. Più precisamente, la comunicazione dall'alto verso il basso parte dal manager per arrivare ai livelli gerarchici inferiori e viene utilizzata sovente in modo formale, qualora si vogliano impartire direttive o fornire informazioni in maniera unidirezionale, facendo valere il potere derivante

dalla propria posizione. La comunicazione dal basso verso l'alto, invece, parte dai collaboratori in quanto prevede la partecipazione attiva degli stessi al processo decisionale tramite la delega, favorendo, così, la creazione di un clima di fiducia e soddisfazione; essa necessita, però, di adeguati canali che consentano il fluido passaggio di informazioni. La comunicazione orizzontale si instaura tra gruppi diversi o tra soggetti situati allo stesso livello della scala gerarchica ed ha lo scopo di coordinarne le attività o di favorirne l'interscambio in un'ottica di collaborazione reciproca. La comunicazione trasversale, in ultimo, riguarda soggetti o gruppi di lavoro situati a livelli differenti della gerarchia organizzativa, ed è sovente di natura informale. Da questa breve descrizione si evince che in un sistema organizzativo, indipendentemente dal tipo di modalità direttiva attuata, coesistono necessariamente diversi tipi di comunicazione, intesi anche come modalità attraverso le quali raccogliere informazioni utili al perseguimento dei fini istituzionali. In una organizzazione è fondamentale che il manager sia predisposto alla capacità di ascolto, nonché essere preparato a capire il significato dei messaggi verbali e non verbali inviati dai suoi collaboratori, per consentirgli di attuare interventi mirati, che tengano sempre conto delle esigenze dei singoli soggetti, pur perseguendo obiettivi più ampi, per il raggiungimento dei quali necessita della loro collaborazione. Ascoltare gli altri implica disponibilità e attenzione, ma richiede anche una reciproca fiducia che si esplicita attraverso il rispetto della diversità di opinione e della riservatezza delle informazioni ottenute. Permettere la libera espressione di ogni soggetto, in modo tale da valorizzarne appieno le potenzialità, pur non perdendo di vista il ruolo di guida consente di divenire, così, un affidabile punto di riferimento dal quale trarre forza ed entusiasmo. Inoltre affinché un gruppo di lavoro sia produttivo, la comunicazione deve essere "finalizzata", cioè volta a raggiungere obiettivi precisi (es. informazione su nuove apparecchiature), "pragmatica", cioè riguardante gli aspetti operativi del lavoro (es. verifica dei risultati ottenuti), "trasparente e completa", cioè chiara, obiettiva e contenente tutti i dati necessari per comprenderla appieno,

"adeguata alla situazione", cioè correlata alle esigenze del contesto e a quelle dei singoli operatori che compongono il gruppo.

2.3 La formazione come valore aggiunto per le aziende

Le professioni sanitarie nell'ultimo decennio hanno avuto una crescita culturale e professionale che non trova eguali in nessuna altra professione nel nostro paese. Di questa crescita molti cittadini sono consapevoli, hanno constatato personalmente le maggiori competenze che possono ritrovare in questi professionisti e quanto valore aggiunto ha portato questa crescita professionale al miglioramento della qualità dei servizi assistenziali, di prevenzione, tecnico-diagnostici e tecnico assistenziali nelle aziende pubbliche e private. Nelle aziende sanitarie c'è la consapevolezza dell'esigenza di avere personale qualificato ed aggiornato puntando sulla qualità delle prestazioni, la disponibilità al cambiamento, in altre parole sulla competenza e motivazione del capitale umano. Per poter guidare le organizzazioni in situazioni di competitività, di complessità assistenziale e costante cambiamento delle esigenze del mercato, con conseguente cambiamento dei bisogni/esigenze dei cittadini, diventa determinante l'apporto di coordinatori e dirigenti con elevate competenze manageriali e di leadership, che abbiano sviluppato queste competenze dentro le università italiane tramite l'acquisizione di master manageriali e lauree specialistiche, così da garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati anche tramite specifiche azioni di coaching ed empowerment. Il riconoscimento, anche contrattuale, delle figure del coordinatore e del dirigente contribuisce al raggiungimento degli obiettivi sopra esposti ma risulta altrettanto importante, per certi aspetti ancor più determinante, dare un opportuno riconoscimento agli specialisti. Gli specialisti e i dirigenti hanno competenze per ottenere un'effettiva crescita culturale e professionale all'interno delle aziende; è da questi professionisti che ci dobbiamo aspettare un ruolo di promozione dell'innovazione culturale e professionale, una maggiore attenzione verso l'esterno, verso le altre aziende e gli altri paesi, così da promuovere tramite il benchmarking l'implementazione di modelli vincenti. Hanno funzione

propositiva e di leader nei gruppi di lavoro finalizzati al miglioramento della qualità delle prestazioni e svolgono funzioni di consulenza verso i propri colleghi. In questi anni centinaia di professionisti hanno acquisito competenze di un livello superiore anche ai master soprattutto nell'ambito del management e della formazione (laurea specialistica). Vorrei ricordare cosa sostiene Le Boterf: “la competenza esprime una relazione tra un soggetto ed una situazione lavorativa; essa scaturisce dall'analisi del soggetto in azione, dalla combinazione del tipo di risorse che mette in campo e dalla modalità con cui le combina per raggiungere i risultati ogni volta richiesti”, in altre parole il “sapere” è fonte di valore soltanto nella misura in cui esso è funzionale ad un miglioramento delle prestazioni lavorative, ad una maggiore capacità di proposta e innovazione, gestione ecc. Identificare un assetto organizzativo che riconosca ai professionisti le loro competenze all'interno delle aziende e quindi farli contribuire attivamente nei ruoli che gli spettano al progresso culturale, professionale e qualitativo delle loro aziende, è un obbligo morale che tutti ci dobbiamo sentire se non vogliamo dire che in questi anni lo Stato ha promosso la formazione di professionisti senza futuro. Andando verso il fulcro dell'argomento di questa tesi non posso omettere che nel loro percorso di studi, gli specialisti hanno acquisito competenze inerenti alla formazione, essenziali, insieme alle competenze specialistiche, per il corretto inserimento del neoassunto e per il tutorato degli studenti; infatti, il soggetto su cui vogliamo porre l'attenzione è proprio il professionista di nuova assunzione. Lo scopo è favorire una gestione accurata della risorsa umana che, in questo specifico, è rappresentata dal neoassunto tecnico sanitario di laboratorio biomedico; il raggiungimento di tale obiettivo necessita di un percorso di pianificazione guidata e valutata. Vengono messi in particolare risalto l'importanza e il ruolo centrale del tutor, del coordinatore e del dirigente, nonché le difficoltà che incontrano nel valutare un collega. La valutazione delle esigenze formative professionali del neoassunto costringe tutte le parti a mettersi in discussione e, inevitabilmente, a crescere. Il coordinatore sempre più deve essere

responsabile della crescita, oltre che della propria, anche quella dei colleghi dell'intero gruppo. La situazione di qualche anno fa vedeva "l'ultimo arrivato" affrontare un periodo caratterizzato da notevole disagio rispetto ai colleghi più anziani di servizio, impossibilità di esprimere le proprie attese, programmazione di turni pesanti e discontinui, assegnazione durante il lavoro di attività poco allettanti; tutto questo rappresentava spesso la norma per il nuovo assunto e quindi, un modo d'adattamento alla situazione vissuta come "gavetta" da affrontare per guadagnarsi una posizione all'interno del gruppo. Negli ultimi dieci, quindici anni si è realizzato un cambiamento tale nel modo di concepire la professione e l'essere professionista, che non può più essere contemplata una situazione come quella descritta. È ormai sapere comune come le fasi di accoglimento e inserimento del nuovo assunto segnino il proseguimento e la qualità del lavoro del professionista; è in questi momenti che possono nascere o meno il senso d'appartenenza all'organizzazione e l'interiorizzazione dei relativi valori. Esercitare la professione sanitaria, oggi richiede la necessità di dominare un ampio orizzonte di conoscenze, di competenze e di abilità. Non abbiamo più l'ausiliarità delle mansioni a vantaggio dell'autonomia e della responsabilità, ne deriva così la necessità di ridefinire il campo di attività e di responsabilità. Il termine responsabilità include il concetto deontologico di impegno: "è responsabile chi risponde delle proprie azioni" (Cantarelli M.2003). Nessuna persona nasce già in possesso di quel bagaglio di conoscenze teoriche e pratiche che lo renderanno un individuo maturo, quindi responsabile anche di riconoscere i propri limiti e richiedere l'intervento di esperti.

2.4 Definizioni di esperienza e competenza

L'esperienza è un requisito della competenza. È un processo attivo di revisione e affinamento delle nozioni teoriche, conoscenza, di ciò che si è visto e vissuto in un determinato ambito lavorativo e non. Con l'esperienza si acquisisce il "know how" ovvero il sapere pratico, il sapere come che va oltre le formulazioni scientifiche, il perfezionamento di nozioni e teorie precostituite; grazie all'incontro con molte situazioni reali, si affinano e si

aggiungono sfumature e gradi di differenza alla teoria. L'esperienza, le competenze e le abilità subiscono, nel tempo, una trasformazione che comporta un miglioramento della performance. Il termine competenza ("capacità e attitudine di giudicare" secondo il Vocabolario della lingua italiana, Zingarelli) deriva dal latino "cum" = con e "pètere" = competere, gareggiare, ed ha significati (nella lingua parlata) che descrivono la capacità di sapersi orientare in un determinato settore specifico o in un'attività; pertanto viene definita la capacità di chi è in grado di conoscere e di applicare una tecnica ad una situazione problematica. La competenza inoltre è la flessibilità di adattarsi in un ambito, muovendosi con perizia e con impegno verso la soluzione del problema, dimostrando altresì di esercitare un comportamento di responsabilità nell'assumere le decisioni che permettono di uscire dalla difficoltà. Ne consegue che chi dimostra capacità di risolvere il problema efficacemente ottiene un successo che gli fa riconoscere dalle altre persone il ruolo e/o funzione di competente, per quella situazione o ambiente. Nell'ambito professionale essere competenti significa saper risolvere dei problemi, vale a dire avere la capacità di identificare lo scarto tra osservato e atteso di un fenomeno, pensare ad una strategia di soluzione, attuarla e valutarne i risultati. Si tratta di un'attività complessa che richiede conoscenze teoriche e pratiche con lo scopo di sapersi muovere, sia in un ambito professionale che istituzionale. Per fare ciò occorre avere la consapevolezza che il sapere deve essere trasferito, aggiornato, applicato, meditato, sperimentato, misurato, valutato e mantenuto, da sapere all'opera a sapere agito. Dalle competenze di ruolo è necessario passare alle competenze di processo per poter rispondere ai bisogni delle persone, dei cittadini, delle organizzazioni, delle istituzioni e della professione. La competenza scaturisce da una miscellanea di abilità, capacità, "skill", comportamenti, atteggiamenti che si acquisiscono gradualmente attraverso un percorso formativo professionale, sociale, attitudini al lavoro in equipe, capacità di prendere iniziative ed essere disponibili ad affrontare i rischi. La competenza, in termini professionali, è un "sapere in azione" che valorizza

le qualità relazionali e gestionali delle persone coinvolte nella soluzione di un problema. La competenza è qualcosa di più della conoscenza. Essa include le abilità ragionate, le esperienze dei TSLB, le loro intuizioni, le loro capacità pratiche, oltre ovviamente alle conoscenze. Un tecnico sanitario di laboratorio biomedico bravo non è solo colui che sa, ma è colui che è competente, cioè che è capace di usare ciò che sa in modo conveniente al fine di raggiungere una buona performance, nell'interesse del paziente. La competenza diventa sinonimo di convenienza, nel senso di capacità di mediare tra conoscenze e situazioni, tra nozioni e necessità, tra modelli e contingenze. Il concetto di competenza riguarda un sistema di comportamenti potenziali, un mix integrato di risorse (conoscenze, abilità, tratti, motivazioni) dinamicamente combinate per l'esercizio di un'attività lavorativa.

Il “comportamento competente” viene determinato da cinque caratteristiche fondamentali:

- le conoscenze
- le abilità personali (skill)
- l'immagine di sé
- i tratti
- le motivazioni

La competenza è costituita quindi da un mix di elementi, alcuni dei quali hanno a che fare con la natura del lavoro e si possono quindi individuare analizzando i compiti e le attività svolte (es. conoscenze, tecniche operative); altri invece (es. motivazione, capacità di comunicazione, capacità di problem solving) hanno a che fare con le caratteristiche “personali” del soggetto-lavoratore e si possono individuare solo facendo ricorso ad un'analisi del comportamento lavorativo dell'individuo e delle sue modalità di “funzionamento”. Si identificano tre tipologie di competenze:

- di base

-trasversali

-tecnico-professionali

Le competenze di base sono le capacità che tutti i professionisti devono possedere all'ingresso nel mondo del lavoro; le competenze trasversali sono le capacità comunicative e relazionali che ogni professionista dovrebbe possedere in qualunque settore professionale e che acquisisce durante l'arco della vita in contesti di educazione formale, non formale e informale, queste riguardano l'area gestionale, innovativa e relazionale; le competenze tecnico professionali sono le capacità distintive identificate da diverse funzioni in base alla figura professionale che caratterizzano, le competenze tecnico professionali trasversali identificano le funzioni che descrivono le competenze comuni ad ogni professionista dell'ambito sanitario e comprendono la gestione, la formazione, la ricerca e la consulenza.

2.4 Il sistema premiante

La valorizzazione e il riconoscimento delle competenze raggiunte, dei miglioramenti effettuati, dei risultati conseguiti o, comunque, delle mansioni svolte, rappresenta un elemento di estrema importanza per stimolare e rafforzare la motivazione dei propri collaboratori. Essi costituiscono una delle più forti e potenti spinte all'azione, ed è per questo motivo che un'organizzazione che desidera motivare il personale che gestisce, non deve mai dimenticarsi di premiare, in un modo o in un altro, i risultati positivi da questo realizzati. Attraverso l'incentivo, il professionista avverte la stima e la fiducia che l'organizzazione nutre nei suoi confronti e, per questo, egli tende a rinnovare il suo impegno all'interno e nei confronti dell'Azienda. Al contrario, la sensazione di disinteresse rispetto al proprio operato rappresenta un elemento fortemente demotivante, che è assolutamente opportuno evitare per le conseguenze negative che tale situazione può comportare sia per il singolo individuo, sia per l'efficacia e l'efficienza aziendale. Un'organizzazione deve essere sempre in grado di riconoscere e premiare gli atteggiamenti che hanno permesso di ottenere risultati favorevoli, non dando

mai nulla per scontato. Le gratificazioni dovrebbero seguire in maniera repentina il raggiungimento dell'obiettivo o del risultato atteso e dovrebbero essere utilizzate in maniera appropriata, per non trasmettere falsi messaggi e aspettative. Ogni organizzazione si avvale di un cosiddetto "sistema premiante" intendendo con esso "l'insieme dei premi, dei non-premi (ovvero dei premi non dati) e delle sanzioni, che vengono erogati dalle varie figure con responsabilità gestionali..." Per poter essere efficace il "sistema premiante" dovrebbe essere reso esplicito e chiaro a tutti coloro che svolgono funzioni direttive a diversi livelli e nonché a tutti i professionisti, al fine di evitare l'insorgere di situazioni frustranti e contraddittorie. I "sistemi premianti" si suddividono in quantitativi e qualitativi e sovente vengono utilizzati in associazione tra loro. I sistemi premianti quantitativi non sono correlati al contenuto del lavoro, ma si basano e premiano la quantità di prestazioni effettuate (es. le ore di lavoro straordinario svolte). I sistemi premianti qualitativi, invece, sono correlati al singolo individuo o ad uno specifico gruppo e al contenuto del suo lavoro. Un sistema premiante per essere realmente efficace deve essere progettato dal vertice aziendale in armonia con gli obiettivi strategici e la relativa pianificazione, ma deve anche e soprattutto ottenere l'approvazione dei professionisti e delle organizzazioni sindacali. Inoltre, deve prevedere premi, non-premi e sanzioni a tutti i diversi livelli della scala gerarchica e deve stabilire chi premiare, che cosa premiare e come farlo. Indipendentemente dal fatto che ogni azienda è caratterizzata da un suo particolare sistema premiante è comunque importante porre l'accento sulla necessità della sua esistenza e della sua coerenza rispetto agli obiettivi che si intendono raggiungere e allo stile direzionale adottato. Non è possibile, infatti, motivare i professionisti senza gratificarli in alcun modo, sia esso formale o informale, sia qualitativo o quantitativo. E' opportuno precisare che, ad oggi, seguendo i cambiamenti del Sistema Sanitario Nazionale, si sta passando gradualmente da un sistema prevalentemente fondato sul riconoscimento di elementi di tipo quantitativo, più facilmente misurabili (es. ore di straordinario, anzianità di servizio), ad un sistema che,

pur non trascurando i precedenti, mira a valorizzare i risultati ottenuti e la loro qualità, tramite l'impiego di appositi standard ed indicatori, in un'ottica di maggiore responsabilizzazione dei professionisti.

3. LA FIGURA DEL TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO NEOASSUNTO

3.1 Il ruolo del Tecnico sanitario di laboratorio biomedico

Il ruolo e l'immagine del tecnico sanitario di laboratorio biomedico si sono evoluti sempre più verso un'emancipazione professionale di responsabilità e di autonomia. Fino al 1990 il percorso di studi del Tecnico sanitario di laboratorio biomedico (TSLB) è stato disomogeneo, questa qualifica si raggiungeva in vari modi: scuola diretta a fini speciali, concorso ospedaliero (svolto ai sensi dell'art. 88 del Regio Decreto 30 settembre 1938, n. 1631), corso ospedaliero (riservato ai Periti chimici), istituto tecnico professionale "Tecnico sanitario chimico – biologico". Una tappa importante è stata la legge n. 341 del 19 novembre 1990, con cui sono state soppresse le scuole dirette a fini speciali, trasformate in diplomi universitario (DU) di durata biennale e triennale. Nel 1999 il mondo universitario italiano, con il decreto del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) n. 509 del 3 novembre, si è adeguato a pieno alla trasformazione che l'istruzione superiore europea stava attuando in seguito al Processo di Bologna; le Università, infatti, si strutturano per offrire una formazione divisa in tre cicli distinti al fine di rilasciare titoli sia di primo e che di secondo livello, cioè Laurea (L) e Laurea Specialistica (LS), Diploma di Specializzazione (DS) e Dottorato di Ricerca (DR). Nell'ambito del "Processo di Bologna", di cui l'Italia è stata promotrice fin dall'inizio (1999), i vari Paesi della Comunità europea hanno fissato nel corso del tempo una serie d'obiettivi tendenti a realizzare lo Spazio Europeo dell'istruzione superiore attraverso l'armonizzazione ed una crescente convergenza delle architetture dei sistemi nazionali con l'obiettivo finale di raggiungere entro il 2010 ad uno spazio comune d'istruzione allo stesso livello. Il Ministero della sanità con il decreto del 27 luglio del 2000 ha definito che i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla normativa precedente sono equipollenti al DU, secondo le indicazioni presenti nella legge n. 42 del 26 febbraio 1999. Il Legislatore, però non era entrato nello specifico della professione del TSLB; infatti, si

dovrà aspettare il 2 aprile 2001 per la determinazione delle classi universitarie delle professioni sanitarie sia per le lauree (decreto interministeriale, MIUR e Ministero della Sanità) che per le lauree specialistiche (decreto ministeriale MIUR). Nell'ambito del Servizio sanitario nazionale stiamo assistendo ad una significativa evoluzione delle componenti organizzativo-assistenziali conseguenti al manifestarsi di alcuni fenomeni, legati, in particolare, al progressivo invecchiamento della popolazione e al conseguente aumento delle persone fragili con malattie cronico-degenerative nonché alla proliferazione di virus emergenti da un lato ed alla continua evoluzione scientifica e tecnologica dall'altro. In questo contesto si rende necessario ridefinire gli ambiti di cura e di assistenza, perseguendo processi basati sulla continuità, data dai percorsi assistenziali, tendendo, da un lato, a standardizzare le principali prestazioni e, dall'altro, a porre le basi per la personalizzazione dell'assistenza. Il generarsi con forza di nuove esigenze nell'istituire servizi e rivisitare i luoghi di cura, sia ospedalieri che territoriali, rende necessario un ammodernamento del ruolo dei professionisti sanitari. La ridefinizione degli ambiti di attività con modalità multi professionali e le competenze acquisite nei percorsi formativi, costituiscono l'area di azione e lo spazio istituzionale in cui proporre l'evoluzione del TSLB. Per quanto attiene all'ambito della Medicina di laboratorio, accanto ad una progressiva trasformazione che ha portato a incrementare via via l'automazione, si sta facendo strada il concetto di Medicina di precisione o Medicina personalizzata. Questo concetto lo ritroviamo già nel 400 a.C. con Ippocrate quando che sosteneva che: "È più importante conoscere che tipo di persona ha una malattia piuttosto che conoscere il tipo di malattia che ha la persona". Ma è evidente che solo con l'avvento di strumenti di "alta tecnologia" abbinati a scoperte molecolari e a competenze di bioinformatica è possibile combinare informazioni genetiche e dati clinici per personalizzare la diagnosi e quindi la cura sulla base delle singole caratteristiche del paziente. Non dimentichiamo anche l'aspetto organizzativo dei Laboratori; le Linee guida per la riorganizzazione dei

Servizi di Medicina di laboratorio nel Servizio sanitario nazionale (2009), l'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011 ed il D.M. n. 70/2015, che ridisegna sia la mappa che l'organizzazione dell'intera rete ospedaliera italiana, hanno fornito indicazioni e criteri per orientare la riorganizzazione della rete sanitaria regionale secondo l'approccio "hub " e "Spoke " rapportato ai servizi territoriali e relative forme d'integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze. Questi modelli organizzativi dei laboratori sono caratterizzati da un'ampia gamma articolata di variabili sia in relazione alle molteplicità di prestazioni erogate ed alla loro differente complessità sia in relazione alla specificità che in questo tipo di servizio assume l'interazione tra componenti professionali e componente tecnologica.

3.1.1 Le competenze specialistiche del TSLB

Laboratorio Analisi. Il consolidamento in laboratori hub, con volumi di attività sempre maggiori, richiede investimenti in piattaforme polivalenti, e in tecnologie specifiche per la gestione del referto e in laboratori a risposta rapida ospedalieri (spoke); e la necessità di implementare nelle strutture territoriali la diagnostica di laboratorio si deve prevedere l'investimento in una rete informatica su più livelli. Inoltre, a supporto dell'implementazione delle strutture diagnostiche territoriali, per il Tecnico sanitario di laboratorio biomedico diventa nodale l'abilitazione al prelievo. Questa evoluzione culturale e scientifica, accompagnata a quella tecnologica, conduce a due sviluppi diametralmente opposti: da un lato l'attivazione dei modelli di *Total automation laboratory*, che prevedono l'integrazione di robotica ed informatica, raggiungendo di livelli di efficientismo produttivo; dall'altro lo sviluppo di nanotecnologie, che rispondono ugualmente ai criteri di efficacia ed efficienza ma con strumentazioni di dimensioni ridotte. Per contro, lo sviluppo delle nanotecnologie permette l'introduzione di piccole strumentazioni, di semplice utilizzo e in grado di dare risposte diagnostiche rapide e sicure alle principali esigenze cliniche.

Microbiologia. Per affrontare l'aumentato carico di lavoro sono state già attuate strategie mirate all'ottimizzazione delle risorse, materiali e umane; all'aumento dell'efficienza e all'integrazione di richieste e strumentazioni allo scopo di realizzare Servizi di Microbiologia *fast lab* in stretta relazione con il clinico. La corretta e rapida diagnosi microbiologica ha un valore insostituibile nella medicina ospedaliera e territoriale perché contribuisce alla riduzione dei tempi di degenza, orientando la terapia antibiotica o permettendo la sua rivalutazione, oltre a favorire la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. L'evoluzione tecnologica ha permesso di realizzare un ampliamento della gamma delle indagini di biologia molecolare in grado di rilevare la presenza di uno o più microrganismi target in un tempo variabile da 1 a 2 ore. Oggi è possibile l'identificazione rapida di batteri e aerobi, anaerobi e miceti, e ciò equivale a indirizzare la terapia nella direzione più corretta ed efficace. A supporto del clinico, la Microbiologia effettua anche il monitoraggio dell'epidemiologia locale delle resistenze microbiche fornendo report periodici ai reparti. Il sistema basato su tecnologia *laser light scattering* – introdotto da anni per lo screening delle urinocolture viene oggi utilizzato per lo screening di dispositivi medici e pezzi biotici garantendo la refertazione dei campioni negativi in giornata. L'aggiornamento tecnologico introdotto permette di ottenere oltre lo screening anche la semina dei campioni positivi in automazione. Inoltre, il sistema per la gestione ad alta automazione dei campioni biologici prevede sistemi per la semina e l'inoculo delle piastre; un preparatore di vetrini; una catena di automazione per il collegamento del sistema di semina automatica delle piastre con l'incubatore e *sorter* in uscita delle piastre incubate; un incubatore robotico, dotato di telecamera ad alta risoluzione e monitor integrato per la visione in tempo reale, per la consultazione e successiva refertazione delle immagini acquisite. In un Laboratorio di Microbiologia dotato del massimo livello di automazione per la batteriologia in tutte le diverse fasi, dalla presa in carico del campione fino alla refertazione, è garantita la tracciabilità, la standardizzazione e la massima qualità dei processi.

Anatomia Patologica. L'Anatomia Patologica ha subito un profondo mutamento, conseguente, soprattutto, all'introduzione di tecniche di Biologia molecolare (FISH, Sequenziamento, Proteomica). Nella stragrande maggioranza dei Laboratori, infatti, alla diagnostica tradizionale basata sulla valutazione delle cellule e dei tessuti al microscopio, si sono affiancate tecniche che permettono la valutazione dei parametri utili a fornire al clinico, informazioni sempre più indispensabili al fine del trattamento terapeutico dell'assistito affetto da una determinata patologia (Medicina personalizzata). Ciò non ha però tralasciato tecniche di laboratorio come Istochimica ed Immunoistochimica che hanno ancora oggi un ruolo centrale e che permettono la valutazione di alcuni parametri, anche quantitativi, legati alle classificazioni dei differenti istotipi tumorali. Nel settore istologia si accredita la figura del *Pathology assistant* e, in citologia, del Tecnico nell'allestimento dei preparati citologici e della valutazione dei preparati al microscopio. Nell'ultimissimo periodo si è inoltre assistito all'ingresso prepotente dell'acquisizione delle immagini digitali. Questa tecnica, inizialmente introdotta a scopo di ricerca e didattica, è diventata fondamentale per l'archiviazione dei vetrini (dematerializzazione) ma soprattutto per il consulto diagnostico.

Immunoematologia e Trasfusione. Dove fosse presente il Laboratorio di istocompatibilità, le cui attività correlate sono la tipizzazione HLA dei possibili donatori; il *cross-match* tra i campioni di siero degli assistiti in attesa di trapianto e i linfociti del donatore, la ricerca sistematica di anticorpi anti-HLA nel siero degli assistiti in attesa di trapianto, utilizzando campioni di siero raccolti periodicamente; la gestione del Registro Regionale Donatori Midollo Osseo e la gestione della Biobanca dei campioni biologici dei donatori e dei riceventi degli organi secondo quanto stabilito dalle linee guida del Centro nazionale trapianti, si deve prevedere la presenza di un TSLB competente nella conservazione e gestione del materiale biologico e dei relativi dati clinici.

Farmacia, laboratorio di galenica e preparazione di antitumorali.

Come previsto dalla Raccomandazione Ministero della Salute (n. 14 ottobre 2012) è necessario che l'interpretazione delle prescrizioni, la preparazione e la distribuzione dei farmaci antitumorali siano ricondotte ad una Unità centralizzata, preferibilmente nella Farmacia ospedaliera. Si tratta di un laboratorio, dove TSLB ha un ruolo esclusivo, caratterizzato da un elevato livello di tecnologia che risponde a specifici requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici (pressioni differenti in funzione del tipo di attività prevista, controllo del livello di contaminazione ambientale, cappe a flusso laminare con filtri ad alta efficienza) ed organizzativi con lo scopo di assicurare al singolo utente una terapia oncologica personalizzata con idonee garanzie di qualità (sterilità, assenza di particelle contaminanti, tracciabilità), garantendo al tempo stesso la sicurezza degli operatori sanitari che allestiscono questi farmaci citotossici.

3.1.2 Chi è il personale neoassunto

Il personale neoassunto è il personale che stipula per la prima volta un contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato con l'Azienda. Esistono due categorie di TSLB neoassunti: a) gli TSLB neo-laureati (o, comunque, in cerca della prima occupazione) che possono avere un'idea ancora confusa del lavoro in un'azienda, che offre servizi sanitari; quando si programmerà il loro inserimento si dovrà tener conto della necessità di un addestramento relativo anche alle procedure di carattere generale, che riguardano il funzionamento dell'organizzazione; l'inserimento potrà generare problemi di adattamento al lavoro così come viene svolto nell'unità operativa, ma porterà all'azienda il vantaggio di poter contare su persone ancora fresche di studi e interessate ad esperienze nuove; b) gli TSLB desiderosi di cambiare lavoro per più motivi: insoddisfazione per l'ambiente, frustrazione, esaurimento delle energie, volontà di compiere nuove esperienze: si tratta di persone che hanno già un'esperienza di lavoro, di solito di qualche anno; il loro inserimento sarà più agevole per la parte generale di orientamento alla struttura, ma potrà dare maggiori problemi,

rispetto al caso precedente, per l'adattamento alla nuova unità operativa, perché si dovranno conciliare le esperienze e le aspettative del neoassunto con quelle del personale dell'unità stessa. Il personale TSLB neoassunto rappresenta un'importante risorsa per le aziende sanitarie, in quanto la qualità del servizio offerto dipende anche dalle competenze individuali del personale. Obiettivo del sistema sanitario è garantire la qualità dei servizi e, per realizzarlo, occorre passare anche attraverso la valorizzazione delle risorse umane e della loro professionalità. Tra le caratteristiche principali del neoassunto troviamo l'entusiasmo, la disponibilità a collaborare e la facilità ad adattarsi all'unità operativa. Queste sono caratteristiche molto importanti per garantire un servizio professionale all'utente: a tal fine dobbiamo investire sulla formazione costante del personale neoassunto. La formazione può aiutare a colmare parte della mancata esperienza. Non bastano entusiasmo e disponibilità: in ogni reparto è necessario guadagnare esperienza. Questo implica da parte del coordinatore fiducia, ma, allo stesso tempo, anche rigore. È responsabilità del coordinatore vigilare sull'inserimento del neoassunto e sulla collaborazione di tutto il personale del reparto affinché tale inserimento risulti proficuo e soddisfacente.

4. LE FASI DI INSERIMENTO DEL NEOASSUNTO E LA FIGURA DEL MENTOR

4.1 Il reclutamento

È la procedura con la quale un'azienda chiama il personale a far parte del proprio organico, esprimendo la propria domanda di lavoro. L'obiettivo del reclutamento è di riuscire a inserire “la persona giusta al posto giusto”. Secondo Zerilli il reclutamento può essere definito come l'attività di: “ricerca, sulla base di determinate esigenze dell'azienda, di un certo numero di persone in possesso di un minimo di requisiti tali da soddisfare le esigenze stesse.” Le organizzazioni che offrono servizi sanitari dovrebbero curare molto questa procedura, della quale è ovvia l'importanza: dall'efficacia delle procedure di acquisizione di nuovi elementi dipende, infatti, il necessario ricambio del personale, con ricadute sulla qualità dell'intero servizio offerto. Nelle aziende pubbliche le procedure di reclutamento sono soggette a una normativa molto rigida: le tappe d'indizione del concorso o della pubblicazione dell'avviso di assunzione sono prefissate e regolate per legge; la pubblicità del bando è affidata ai mezzi di comunicazione ufficiali rappresentati dalla Gazzetta Ufficiale, dal Bollettino Regionale e dall'Albo dell'azienda. Qualsiasi azienda, per prime quelle sanitarie, dovrebbe tendere ad assumere solo il personale di cui ha bisogno, in possesso delle caratteristiche più adatte al ruolo ricercato. Ogni tecnico sanitario di laboratorio biomedico e ogni coordinatore sa che è necessario un periodo lungo per addestrare e preparare dei TSLB. Se poi a questo quadro si aggiunge la carenza di personale che fa da protagonista in questi ultimi anni si capisce come sia difficile assegnare il neoassunto a un solo tecnico sanitario di laboratorio biomedico che lo svezzi dal suo sentirsi “allievo”. L'assunzione della persona giusta per collocarla al posto giusto richiede anzitutto la conoscenza di coloro che si vorrebbero assumere. Per rendere più efficace la selezione, prima dell'assunzione può essere messo in atto un sistema di raccolta dei dati riguardanti i candidati, in particolare delle loro esperienze formative e lavorative. Allo scopo di ottenere questi dati si

possono elaborare dei moduli da compilare in modo omogeneo per evitare la dispersione delle informazioni. I moduli di domanda dovrebbero prevedere notizie su:

- Livello di formazione posseduto;
- Esperienze lavorative;
- Impegno in organizzazioni professionali;
- Partecipazione a corsi e convegni di aggiornamento;
- Sviluppi di carriera;
- Eventuali incarichi speciali.

Una volta raccolti i moduli suddetti, potrebbe essere realizzato un archivio, in modo da poter attingere facilmente a una determinata rosa di nomi riguardo alle particolari esigenze dell'azienda: TSLB con un certo tipo di esperienza, TSLB con abilità didattiche, TSLB neolaureati ecc. Una volta realizzati i profili di posto, le prove di selezione dovrebbero essere centrate sulle caratteristiche richieste dai vari profili. In questo modo si può realizzare una selezione non generica, ma focalizzata alle esigenze dell'organizzazione. Una volta stabilito di chi si ha bisogno e conosciuto il numero di queste figure presenti sul mercato, si tratta di determinare l'entità del rapporto. Quando il rapporto tende a 1 (pochi candidati per pochi posti), la possibilità di selezionare il miglior candidato è bassa, e sono bassi anche i costi della selezione. Se invece il rapporto tende ad aumentare (molti candidati e pochi posti), la possibilità di selezionare il miglior candidato aumenta, ma aumentano anche i relativi costi. Il denominatore della frazione rappresenta un altro problema di difficile soluzione: come si fa a calcolare il numero di TSLB necessario a offrire un certo servizio? I fattori che contribuiscono a determinare tale numero sono molteplici e non dipendono tutti dai dirigenti e dai coordinatori: questi devono comunque impegnarsi in quel fondamentale processo che è il calcolo del fabbisogno di personale delle U.O.

I TSLB in cerca di una nuova occupazione possono appartenere a tre categorie: TSLB neolaureati, TSLB insoddisfatti dell'attuale occupazione e TSLB disoccupati. Gli TSLB neolaureati possono avere un'idea ancora confusa del lavoro in un'azienda che offre servizi sanitari. Quando si programmerà il loro inserimento, bisognerà tenere conto della necessità di un addestramento relativo anche alle procedure di carattere generale che riguardano il funzionamento dell'organizzazione. L'inserimento del neoassunto porterà all'azienda il vantaggio di poter contare su persone ancora fresche di studi e quindi, in genere, interessate a esperienze nuove. Gli TSLB desiderosi di cambiare lavoro per più motivi: insoddisfazione per l'ambiente, frustrazione, esaurimento delle energie, volontà di compiere nuove esperienze e così via. Si tratta di persone che hanno già un'esperienza di lavoro, il loro inserimento sarà più agevole da parte generale di orientamento alla struttura, ma potrà dare maggiori problemi, rispetto al caso precedente, per l'adattamento alla nuova unità operativa, perché si dovrà conciliare le esperienze e le attese del neoassunto con quelle del personale dell'unità stessa. Gli TSLB disoccupati possono creare difficoltà se la causa della disoccupazione è un licenziamento per problemi disciplinari. Inoltre, poiché nel nostro come in altri Paesi gli TSLB sono un numero inferiore alle richieste, la posizione di un tecnico sanitario di laboratorio biomedico che chieda di essere assunto dopo un lungo periodo di disoccupazione va analizzata con molta cura. In queste situazioni è opportuno raccogliere più informazioni possibili sia dall'interessato sia dall'azienda di provenienza, in modo da poter dare un giudizio sufficientemente obiettivo sulle possibilità di assunzione.

4.2 La selezione

È la procedura con la quale si compie la scelta tra i candidati chiamati nella fase reclutamento. Zerilli definisce questa attività come il: “processo volto a stabilire, mediante l'impiego di tecniche appropriate, quali tra più persone sono idonee per le loro qualità attuali e potenziali e per le loro caratteristiche, a svolgere il lavoro a cui sono state avviate con soddisfazione propria e

dell'organizzazione". Dopo la selezione, il personale è assunto. Gli obiettivi generali della selezione sono:

- garantire un giudizio il più possibile obiettivo a tutti quelli che aspirano a un determinato impiego;
- assicurare l'accesso dei più idonei, in possesso di determinati requisiti.

Poiché ciò che occorre realizzare è un'adeguata correlazione del candidato al posto che dovrà occupare, le attuali regole di selezione per l'assunzione degli TSLB sono da considerare insufficienti sia nelle aziende pubbliche (esame con prova scritta, prova pratica e orale) sia in quelle private (di solito chiamata diretta). In entrambe, infatti, la selezione è attuata il più delle volte in un modo che consente difficilmente una conoscenza di caratteristiche quali le capacità organizzative, le qualità umane, le abilità, le motivazioni, le esperienze acquisite e così via. Per aumentare l'efficacia delle prove di selezione vanno inseriti in esse dei test che valutino, oltre alle conoscenze generali, anche le capacità specifiche richieste dal profilo. Una tecnica idonea consiste nell'introduzione di casi che accertino le capacità di gestire e organizzare le situazioni che si affrontano con maggiore frequenza. Nella selezione del personale con competenze organizzative (coordinatori e TSLB dirigenti) andranno ovviamente valutate le capacità gestionali, le doti di leadership e l'abilità nel risolvere problemi organizzativi complessi. Anche l'intervista riveste una notevole importanza selettiva: il suo scopo è stabilire se il candidato ha i requisiti necessari a occupare una determinata posizione di lavoro. Sui modi di svolgimento dei colloqui valutativi sono state effettuate molte ricerche, soprattutto in campo psicologico. Si ricorda che le tecniche d'intervista richiedono una preparazione specifica sia nella conduzione sia nella valutazione dei risultati. Va ripetuto ancora una volta che l'esistenza di un profilo della posizione richiesta è molto importante per chi deve condurre il colloquio. Nei colloqui per la selezione di personale con responsabilità gestionali si dovranno sondare anche aspetti quali la capacità di leadership, la capacità di una visione generale dei problemi complessi, l'attitudine al lavoro di gruppo, l'abilità nelle relazioni interpersonali. L'abilità

dell'intervistatore sta nel valutare se il candidato potrà dare la performance desiderata. È evidente che l'intervista di assunzione ha un significato tanto maggiore quanto maggiore è l'abilità dell'intervistatore nel far emergere le reali qualità del candidato. Se l'intervista è condotta in modo inefficace (per inesperienza, superficialità) le informazioni che ne emergono non hanno un grande peso predittivo, anzi si corre il rischio di non assumere ottime persone. In tutto il processo della selezione è importante il coinvolgimento della linea, in altre parole di tutta la linea gerarchica: per esempio, se si devono selezionare dei TSLB, è fondamentale il coinvolgimento del coordinatore. Tali figure dovranno anche saper dare indirizzi generali alla commissione esaminatrice, guidando lo svolgimento della selezione.

4.3 L'accoglimento

Zerilli afferma: “si intende per accoglimento il complesso di iniziative e azioni programmate per fornire al nuovo assunto le informazioni utili per conoscere meglio l'ambiente in cui è entrato, l'unità e le attività a cui è destinato, le persone con cui dovrà collaborare, i regolamenti, le procedure, i suoi diritti e doveri.” Essendo il primo momento di contatto con l'azienda, l'accoglimento dei neoassunti “deve essere visto come un'opportunità unica e preziosa per imprimere quel giusto impulso iniziale all'integrazione del lavoratore in azienda, secondo gli obiettivi che sia l'uno che l'altro si impongono come primari.” (Austeri, 1992). È un momento molto delicato: costituisce per il neoassunto l'impatto con la nuova organizzazione. Si tratta senza dubbio di un periodo delicato, sia per l'organizzazione, che deve dare il meglio di sé al fine di valorizzare le proprie risorse, sia per il neoassunto, che si gioca la permanenza nell'organizzazione dovendo gestire, in un tempo molto ristretto, variabili nuove e spesso molto diverse da quelle che l'esperienza gli ha insegnato a dominare. L'obiettivo principale di questa fase è di rendere un adattamento rapido del neoassunto all'azienda e all'unità operativa alla quale viene destinato. In considerazione di tale obiettivo, l'ideale sarebbe costruire un progetto d'inserimento personalizzato, compatibile con la complessità della realtà organizzativa nella quale il

neoassunto si troverà a lavorare. L'accoglimento prevede in genere un colloquio con l'tecnico sanitario di laboratorio biomedico dirigente finalizzato a: a. orientare il neoassunto all'azienda e alla sua posizione lavorativa in essa; b. raccogliere informazioni riguardanti le esperienze del soggetto, le sue preferenze e abitudini lavorative e le sue convinzioni in materia professionale; c. fornirgli tutte le informazioni necessarie sull'ambiente, le unità operative, i regolamenti e le procedure. Il neoassunto va informato su:

- le caratteristiche dell'azienda con i suoi obiettivi (ospedale per acuti o presidio per la riabilitazione, a elevata specializzazione o di carattere generale ecc.;
- i regolamenti interni (orario di lavoro, tipi di turno, divisa di servizio ecc.) e le linee guida in materie di comportamento (rispetto degli orari, richiesta di permessi, congedi, assenze);
- i servizi offerti dall'azienda (mensa, parcheggio, medicina preventiva dei lavorativi ecc.) i più importanti rischi professionali e d'infortunio, con le relative modalità di comportamento per la prevenzione;
- la durata del periodo di prova e le modalità di valutazione, gli obiettivi intermedi e finali da raggiungere.

Sono esaminati inoltre i diritti e i doveri dei dipendenti, le responsabilità e le possibilità di sviluppo professionale e vengono presentati i vari uffici che si occupano del personale. Al colloquio può essere opportunamente abbinata la consegna del materiale informativo (linee guida sulla prevenzione degli infortuni, informazioni nel rispetto della tutela della privacy, informazioni sulla turnistica: orario di lavoro, permessi retribuiti, ferie, straordinario, comunicazione assenze ecc.) che contribuisce, da un lato, a rendere il neoassunto consapevole delle modalità operative dell'azienda nella quale si troverà a lavorare, dall'altro a uniformare le procedure di lavoro.

4.4 L'assegnazione

Una volta assunto il candidato, si pone il problema della sua assegnazione a una unità operativa. Essa dovrebbe essere decisa in relazione: a. ai profili di posto e all'esito delle procedure di selezione, in modo che l'assegnazione rispetti le effettive qualità del neoassunto; b. alle caratteristiche dell'unità operativa, in rapporto alle caratteristiche della persona: per esempio, non tutte le unità operative di un ospedale sono adatte a TSLB alla prima esperienza lavorativa; all'analisi del fabbisogno di personale che dovrebbe precedere all'inizio delle procedure per la sua acquisizione. Se è difficile soddisfare le condizioni sopra esaminate, se cioè l'assegnazione avviene rispettando più le esigenze generali dell'azienda che quelle specifiche dell'unità operativa e del neoassunto, questi dovrà adattarsi rapidamente a caratteristiche di essa forse lontane dalle sue esperienze e capacità, mentre l'organizzazione rischierà di disperdere risorse umane preziose. Una volta individuata l'unità di destinazione, la fase di assegnazione prosegue con il coinvolgimento attivo del coordinatore, che presenterà sé stesso e l'unità operativa, con i suoi obiettivi, le caratteristiche dei pazienti che vi afferiscono, le caratteristiche delle attività e dei servizi offerti.

4.5 L'inserimento

Sempre Zerilli afferma che: “si intende per inserimento il complesso di iniziative e azioni di informazione e di assistenza formativa programmate per perseguire il nuovo assunto nel primo periodo di attività aziendale”. Nell'inserimento non si tratta più solo di mostrare disponibilità nell'accompagnamento del collaboratore lungo i comparti dell'azienda, né di rispondere con precisione agli interrogativi da lui posti nel corso della presentazione. Deve prendere inizio un altro accompagnamento, più impegnativo, che, nei mesi a venire, avrà lo scopo di condurre gradualmente il neoassunto a quel livello di efficacia ed autonomia nell'esecuzione del lavoro che si può attendere da lui a percorso concluso (Austeri, 1992). È la fase nella quale il neoassunto entra a far parte dell'organico dell'unità

operativa mediante un apprendimento e un coinvolgimento progressivo nelle attività di routine e in quelle straordinarie. Occuparsi dell'inserimento del neoassunto significa mettersi nei suoi panni, comprenderne le difficoltà e le esigenze; significa avere disponibilità a mettersi in discussione ed eventualmente rivedere i propri comportamenti professionali; significa conoscere bene il proprio lavoro per essere in grado di valutare e programmare un percorso che permetta di rendere autonomo il professionista entro il minor tempo possibile. Sotto l'aspetto amministrativo e contrattuale l'inserimento è visto soprattutto come "periodo di prova" anche se raramente leggi e regolamenti prescrivono in che cosa consista esattamente e quale sia l'oggetto della prova. Di questo periodo di prova va proposto, in termini di gestione di personale, un uso positivo da controllare e finalizzare al più generale processo di inserimento. Il periodo di prova accerta che il professionista sia idoneo alle funzioni previste per il suo profilo e abbia comportamenti lavorativi adeguati a quel contesto/organizzazione, ma non esaurisce il processo di inserimento che si può ritenere comunemente concluso quando il neoassunto è in grado di portare a termine in completa autonomia, e assumendosi le relative responsabilità, tutte le attività dell'unità operativa/servizio. È consuetudine considerare adeguata una durata media del periodo di inserimento di circa sei mesi (da prolungare per le U.O. più complesse e da accorciare nelle U.O. a minor complessità). Tuttavia, la durata è legata a una molteplicità di fattori per cui non può essere standardizzata sempre e comunque: la cosa più opportuna è fissare di volta in volta una durata, ritenendola suscettibile di variazione in itinere. La terminologia per definire il collaboratore in inserimento non è univoca, si parla di:

- neoassunto se si tratta di primo impiego;
- neo inserito che può comprendere il neolaureato, ma anche un professionista che ha già lavorato in altri servizi o ospedali, quindi con precedenti esperienze più o meno significative;

- neofita o novizio termine adottato da Benner (2003) per sottolineare la mancanza di esperienza per lavorare in quel contesto o iniziare l'esercizio di una professione.

L'inserimento è l'inizio di un processo di sviluppo professionale del professionista sanitario. Gli obiettivi di un Coordinatore rispetto ad un nuovo inserito sono: far diventare il collaboratore abile e autonomo operativamente; non far coincidere il processo di inserimento solo con il periodo di prova contrattuale e farlo diventare un professionista esperto.

Le strategie d'inserimento fondamentali possono essere così schematizzate:

- addestramento del neoassunto per l'acquisizione delle abilità e delle conoscenze;
- istruzione in rapporto alle procedure e ai regolamenti;
- tirocinio, in altre parole affiancamento del neoassunto a una guida, un tutor, un mentore esperto che faccia da riferimento;
- assegnazione progressiva di responsabilità sempre maggiori;
- autoapprendimento.

I primi momenti dovrebbero essere rappresentati da colloqui informativi sulle caratteristiche dell'unità operativa e dei clienti, sugli obiettivi dell'unità e sulle caratteristiche delle attività che in essa si svolgono. Poiché le variabili in gioco nel processo d'inserimento sono moltissime (le caratteristiche strutturali dell'unità operativa, del personale, del neoassunto ecc.), ogni generalizzazione rischierebbe di fornire delle informazioni poco approfondite.

4.5.1 Ruolo del tutorato nei processi di inserimento

Un efficace progetto di inserimento presuppone l'attivazione di un sistema tutoriale attraverso diversi soggetti:

- il coordinatore con funzioni di coach allena il neoassunto affinché diventi un componente competente della squadra, a tal fine è anche il responsabile della valutazione certificativa;
- un collega con funzioni di tutor guida nel primo periodo di inserimento il novizio alternando attività di vera e propria istruzione con interventi di riflessione e rielaborazione dell'esperienza;
- un collega esperto con funzioni di mentore dopo i primi $\frac{3}{4}$ mesi lo sostiene nel processo di sviluppo personale e professionale a lungo termine.

L'attivazione di questi processi tutoriali nelle organizzazioni è finalizzata non solo alla preparazione dei tirocinanti e all'insegnamento lavorativo, ma in modo stabile ai processi di sviluppo professionale e di carriera. Molti studi (Sambukian, Straus e Marusic, 2010; Cortese 2000) hanno dimostrato i benefici della tutorialità, se ne riportano alcuni più significativi per la fase dell'inserimento. Per il neoassunto le relazioni con il tutor prima con il mentore dopo e un processo di inserimento pianificato portano i seguenti vantaggi:

- aumento della motivazione al successo;
- incremento della soddisfazione lavorativa;
- miglioramento della capacità decisionale;
- influenza positiva sui livelli di performance, sull'impiego sul lavoro, sull'identità di ruolo e la competenza.

Anche per il mentore sono stati documentati dei vantaggi:

- aumento del livello di soddisfazione lavorativa per la possibilità di trasferire l'esperienza e le competenze maturate, per la funzione di guida di supporto e di modello;
- miglioramento, aggiornamento delle competenze, maggiore visibilità e prestigio all'interno del gruppo.

Per l'organizzazione i vantaggi derivano indirettamente da quelli ottenuti dal neoassunto e dal mentore:

- diminuzione del turnover;
- miglioramento delle prestazioni e del senso di appartenenza all'organizzazione;
- miglioramento del clima.

4.5.2 Chi è il mentor

Sicuramente diventare un mentore richiede lo sviluppo di una specifica motivazione, ma colui che rivestirà tale ruolo deve anche possedere un insieme di risorse personali e professionali che vanno a determinare uno specifico profilo di competenze. Le competenze del mentore non potranno corrispondere solo ed esclusivamente ad una serie di abilità manageriali, bensì dovranno intersecarsi con le azioni atte a promuovere le potenzialità del neoassunto. Il ruolo del mentore può essere identificato in dieci caratteristiche fondamentali che gli consentiranno di orientare la relazione stessa verso l'obiettivo di apprendimento. Tali caratteristiche si sviluppano a partire dai tre ambiti del sapere professionale, saper fare organizzativo, saper essere soggettivo. Esse sono: a) empatia ascolto ed apertura b) padronanza personale e sicurezza di sé c) finalizzazione d) flessibilità e) creatività f) equilibrio g) positività h) etica i) apprendimento j) leadership.

4.5.3 Gestione dell'inserimento

Il coordinatore incontra ed accoglie il neoassunto per il contratto formativo. Una responsabilità non delegabile del coordinatore è quella di preparare e gestire un colloquio con il neoassunto in un setting e con tempi adeguati e prima dell'arrivo nell'Unità Operativa. Le finalità di questo colloquio sono molteplici: conoscersi, raccogliere le attese, le aspirazioni, i progetti, le paure del neoassunto; informare sulla mission dell'U.O. e tipologia di utenti, aspetti organizzativi, principali meccanismi operativi, procedure; condividere il contratto formativo e motivare con chiarezza tutte le tappe del percorso di inserimento; motivare e fissare l'incontro con il tutor per definire le linee operative del progetto di inserimento; presentarlo al direttore dell'Unità Operativa e ai colleghi. Durante questo colloquio il coordinatore dovrà

ricordarsi delle implicazioni psicosociologiche che permeano questa fase. Il contratto formativo è un processo di chiarimento e di interiorizzazione delle reciproche aspettative sull'inserimento lavorativo; tale contratto coinvolge dimensioni cognitive, emotive e motivazionali. Ha l'obiettivo di facilitare la mobilitazione delle risorse necessarie per un proficuo inserimento e orientare in modo costruttivo le dinamiche intra ed interpersonali del novizio. È opportuno che sia redatto in un documento scritto, si riporta di seguito un elenco di elementi che potrebbero far parte del contratto formativo

4.6 La valutazione

La fase conclusiva dell'inserimento è ovviamente quella della valutazione finale del processo che può concludersi in tre modi:

- la collocazione del nuovo tecnico sanitario di laboratorio biomedico nell'unità operativa dove si è svolto l'inserimento;
- la ripetizione o il prolungamento del periodo d'inserimento;
- la destinazione a un'altra unità operativa.

La valutazione deve essere condotta dall'tecnico sanitario di laboratorio biomedico guida con la supervisione del Coordinatore e dell'tecnico sanitario di laboratorio biomedico dirigente. Si devono prevedere tappe valutative intermedie, a cadenza variabile, riguardo al tipo di obiettivi stabiliti e al grado del loro raggiungimento. Nella valutazione è importante considerare le osservazioni che il neoassunto fa sul proprio lavoro: l'autovalutazione in sé e il confronto dei suoi risultati con quelli dichiarati dall'tecnico sanitario di laboratorio biomedico guida e dal coordinatore danno informazioni molto preziose sul nuovo tecnico sanitario di laboratorio biomedico e sulle modalità di conduzione dell'intero processo. Un'appropriata scheda di valutazione consente di ridurre al minimo i fattori di soggettività, attraverso la scheda l'tecnico sanitario di laboratorio biomedico guida valuta sempre la prestazione e non la persona, ciò che il neoassunto ha fatto e non ciò che è; inoltre valuta il presente in funzione del futuro; quindi, valuta i possibili

sviluppi delle capacità del professionista (valutazione del potenziale). Oggetto di valutazione dovranno essere anche l'impegno, la tenacia, l'attenzione e l'assunzione di responsabilità del neoassunto. Un'ipotesi di scheda può essere suddivisa in cinque parti: esecuzione tecnica, pianificazione assistenziale, relazione utente/tecnico sanitario di laboratorio biomedico, organizzazione del lavoro e lavoro di equipe. Le competenze richieste richiamano le tre aree (tecnica, relazionale, educativa) indicate dal profilo professionale (D.M. n. 739/94). Oltre alla scheda di valutazione occorre definire gli obiettivi a breve, medio, lungo termine; questa esigenza nasce dalla necessità di rendere trasparente, esplicita e chiara la valutazione del neoassunto, uniformare l'assistenza erogata migliorandone la qualità e rendere autonomi nel più breve tempo possibile gli TSLB neoassunti.

I punti critici del processo:

- L'affiancamento al tecnico sanitario di laboratorio biomedico guida. Conoscendo il rapido turnover del personale, non è sempre possibile contare sull'affiancamento del neoassunto a un solo tecnico sanitario di laboratorio biomedico guida. È necessario preventivare una sua sostituzione con un'altra persona dalle caratteristiche simili, in modo da poter supplire ad assenze impreviste per malattia, infortuni, maternità ecc. Inoltre, si devono prevedere casi d'incompatibilità fra neoassunto e tecnico sanitario di laboratorio biomedico guida, che, se non risolti, potrebbero compromettere il rendimento sia dell'uno che dall'altro.
- L'anzianità del neoassunto. Fino a qui abbiamo parlato di TSLB neoassunti riferendoci al caso più frequente, in altre parole il tecnico sanitario di laboratorio biomedico neolaureato o con poche esperienze lavorative. Si può verificare anche il caso di TSLB con una notevole esperienza che sono spostati in altre unità operative per esplicita domanda, per limitazioni fisiche sopraggiunte nel frattempo o per altri motivi. In questi casi si possono verificare situazioni di disagio nel "nuovo" tecnico sanitario di laboratorio biomedico, che si sente giudicato da persone più giovani e con meno

esperienza, nell'unità operativa, che può percepire il nuovo elemento, come minaccia ai propri delicati equilibri. Compete a chi svolge funzioni dirigenziali presidiare adeguatamente queste situazioni.

- Primi momenti. Non c'è dubbio che le prime impressioni sono sempre quelle più difficili da modificare. Nel caso del neoassunto le prime performance sono quelle che lasceranno il segno nel gruppo e che costituiranno la base per il giudizio che il gruppo darà su di lui. È compito del tecnico sanitario di laboratorio biomedico guida e del coordinatore fare in modo che la valutazione del processo di inserimento del neoassunto tenga nel debito conto la natura più emozionale che razionale di tali impressioni.

5. PARTE SPERIMENTALE

Molto spesso quando un neoassunto entra a far parte di una U.O. viene considerato come un pacchetto già pronto “all'uso”, il che comporta un impegno esiguo nel farlo progredire nelle sue conoscenze e responsabilità. Questo va considerato anche e soprattutto nell'ottica odierna e cioè che nella maggior parte dei casi un neoassunto è sinonimo di neolaureato, che molto spesso si trova fuori casa, in una realtà completamente diversa da quella in cui ha fatto tirocinio, con regole e protocolli del tutto nuovi. Non dimentichiamo anche che il neoassunto/neolaureato si porta dietro tutte quelle incertezze, paure, quella divisa da “allievo” che solo il tempo e la sicurezza che si acquisisce imparando riusciranno a farle superare. Una criticità da non sottovalutare è rappresentata dall'elevato turn-over del personale che attualmente caratterizza le realtà aziendali; ciò comporta inevitabilmente una riduzione della qualità assistenziale e con essa un maggior rischio di errore riscontrabile specialmente negli operatori con minor esperienza. In secondo luogo, attualmente non è raro incappare in inserimenti lavorativi in cui il percorso si riduce ad un mero adempimento burocratico: un fascicoletto che descrive le norme essenziali della legge 81/2008, i servizi e gli uffici con relativa logistica, orari e turni.

A tale riguardo il Dipartimento dei Servizi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche di Ancona, ritiene strategico curare gli aspetti dell'inserimento, formazione e addestramento del personale neoassunto. Il piano di inserimento del personale neoassunto/neoassegnato (N.A.) consente, attraverso diverse fasi, di orientare il personale di nuova acquisizione all'organizzazione, alle politiche e ai regolamenti dell'Azienda e ad allineare le proprie conoscenze tecniche operative a quelle dell'Azienda, con l'intento di creare condizioni favorevoli ad esprimere le proprie potenzialità, in coerenza con il ruolo aziendale ricoperto. È stato necessario a questo scopo formalizzare le modalità di gestione del processo di inserimento attraverso l'elaborazione di una procedura che definisca tutte le fasi del percorso all'interno del Dipartimento dei Servizi. Un ruolo strategico è ricoperto dal

Coordinatore del Dipartimento e dal Coordinatore di SOD in quanto possono ottimizzare l'intero processo e creare o mantenere un clima che consenta la piena valorizzazione di tutti gli operatori coinvolti, ciascuno al proprio livello e secondo le proprie specifiche competenze. Gli obiettivi della nuova procedura sono:

- garantire l'inserimento del personale secondo standard condivisi sia in termini di conoscenze specifiche da acquisire, sia di tempi adeguati al raggiungimento di livelli di autonomia operativa, compatibili con le necessità assistenziali delle SOD/Servizi del Dipartimento;
- indirizzare il Coordinatore di Dipartimento e i Coordinatori delle SSOODD alla migliore conoscenza dei propri collaboratori e quindi all'impiego migliore di capacità, conoscenze, attitudini ed ad una mirata azione formativa da attuare a seconda dei livelli di competenza e/o delle lacune del neo assegnato;
- fornire le basi per definire un sistema di valutazione del training, interno alle SOD/Servizi che preveda il confronto tra obiettivi definiti e risultati attesi;
- indirizzare il professionista al riconoscimento delle proprie attitudini, alla consapevolezza delle proprie criticità ed alla discussione di eventuali problemi incontrati nello svolgimento del proprio lavoro.

La procedura verrà applicata nella fase di accoglienza e inserimento dei Professionisti Sanitari di nuova assunzione o di nuova assegnazione al Dipartimento dei Servizi, abbiamo effettuato un'**implementazione** sulle:

- **Scheda delle Competenze** - Strumento che rende espliciti gli obiettivi di apprendimento da raggiungere all'interno della SOD di assegnazione.
- **Valutazione** - Valutazione del percorso formativo/addestramento del N.A. sulla base di criteri predefiniti atti a valutare l'acquisizione delle competenze professionali.

5.1 Sviluppo del protocollo del neoassunto TSLB nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche

L'obiettivo principale del protocollo è garantire l'inserimento del personale secondo standard condivisi sia in termini di conoscenze specifiche da acquisire, sia di tempi adeguati al raggiungimento di livelli di autonomia operativa, compatibili con le necessità assistenziali delle SOD/servizi del Dipartimento.


Un ulteriore obiettivo è indirizzare il Coordinatore di Dipartimento e i Coordinatori delle SSOODD alla migliore conoscenza dei propri collaboratori e quindi all'impiego migliore di capacità, conoscenze, attitudini e ad una mirata azione formativa da attuare a seconda dei livelli di competenza e/o delle lacune del neo-assegnato.

È necessario fornire le basi per definire un sistema di valutazione del training, interno alle SOD/Servizi che preveda il confronto tra obiettivi definiti e risultati attesi.

È fondamentale indirizzare il professionista al riconoscimento delle proprie attitudini, alla consapevolezza delle proprie criticità ed alla discussione di eventuali problemi incontrati nello svolgimento del proprio lavoro.

5.1.1 Implementazione sulla nuova scheda di valutazione

Il Coordinatore della SOD in collaborazione con il professionista esperto che è stato la guida durante il periodo di training del N.A., valuta il processo di inserimento/training effettuato, al fine di confermarne l'assegnazione presso quella SOD e/o ripetere il periodo totalmente o in parte per la conferma dell'incarico ai fini contrattuali. Per effettuare la valutazione del N.A. a livello aziendale ci si avvale della scheda di valutazione predisposta dall'Area delle Professioni Sanitarie (APS) che va compilata e firmata dal Coordinatore della SOD e dal N.A. (Figura 1)

 AREA PROFESSIONI SANITARIE	SCHEDA VALUTAZIONE DEL PERSONALE TSLB	REV.01 11/2018	Pag. 1 di 4
--	--	-------------------	-------------

TSLB _____

Inizio del Servizio c/o la SOD _____ Data _____

In data _____ sono stati presentati all'Operatore:

- La scheda di valutazione,
- Il Piano delle attività di competenza,
- Eventuali procedure di riferimento,
- Altro materiale e/o strumenti _____

Firma del Coordinatore _____

Firma dell'Operatore _____

N°	COMPETENZE / ATTIVITA'	Livello di performance			
		0	1	2	3
	0 = Per nulla/ Inadeguata/Mai 1 = In modo insufficiente/Mediocre/Raramente 2 = In modo sufficiente/Buono/Spesso 3 = Completamente / Ottimo/Sempre N. V. = Non valutabile				
ASPETTO TECNICO COMPETENZE GENERALI					
1	Conosce i rischi specifici del proprio ambiente di lavoro e delle relative norme di sicurezza				
2	Indossa correttamente la divisa e utilizza correttamente i D.P.I.				
3	Conosce la procedura aziendale per il corretto smaltimento dei rifiuti				
4	Conosce le aree e le regole e norme vigenti da seguire all'interno dell'Azienda				
5	Conosce le aree e le regole e norme vigenti da seguire all'interno della SOD				
6	Conosce il sistema informativo di base del reparto				
7	Partecipa agli eventi per la formazione continua e alle riunioni di SOD				
8	Collabora al raggiungimento degli obiettivi prefissati adottando idonei comportamenti				
ASPETTO TECNICO COMPETENZE SPECIFICHE					
9	Conosce e applica correttamente le procedure di accettazione e le procedure standard tecnico diagnostiche				
10	Conosce le apparecchiature e le procedure relative al loro utilizzo e manutenzione ordinaria				

Figura 1: Scheda di valutazione dell'APS

Questa scheda però non fornisce uno strumento per valutare con efficacia le competenze perché è necessario capire in maniera più approfondita le capacità e le risorse necessarie per raggiungere l'obiettivo. È pertanto necessario elaborare strumenti di valutazione multi-prospettici che tengano conto dei vari elementi su cui si fonda la competenza. La valutazione delle competenze è un'operazione che coniuga contemporaneamente capacità di analisi e di sintesi da parte di chi osserva. Per dettagliare gli elementi (le risorse) che concorrono in una competenza, di fatto facciamo un'operazione di rilevamento di "tracce", di elementi che ci segnalano la presenza o meno di talune conoscenze, abilità metodologiche o caratteristiche personali. La valutazione delle competenze necessita inoltre di un'attività di riflessione-autoriflessione e analisi del processo messo in atto per la ricerca di "tracce" del percorso effettuato, che narrano l'evolversi ed il divenire della competenza stessa. Bisogna quindi elaborare una nuova scheda che, in maniera più precisa e dettagliata, definisca meglio le finalità, lo scopo e l'oggetto delle conoscenze stesse. Lo strumento di misurazione considerato, al fine di valutare le competenze, è la scala di Guilbert il cui focus centrale è orientato alla "padronanza" del compito e all'azione pratica e trova maggior riscontro e applicazione nella valutazione delle competenze previste nel profilo di base del percorso formativo del TSLB. Nella nuova scheda di valutazione la scala di GUILBERT viene valutato il bilancio delle competenze con la descrizione dei livelli posseduti (punteggio differenziato da 0 a 5 dove lo 0 significa nessuna padronanza e 5 totale padronanza).

5.1.2 Obiettivo

L'analisi di contesto è strettamente collegata alla definizione degli obiettivi perché consente di valutare realmente il bisogno del target di riferimento. La scarsa accuratezza nella definizione degli obiettivi rappresenta uno dei principali fattori. Ogni processo formativo propone obiettivi che riguardano:

- il campo cognitivo (sapere)
- il campo dei gesti e dell'azione (saper fare)

- il campo dei valori e della relazione (saper essere)
- il campo metacognitivo (saper sapere)

Gli obiettivi specifici devono essere più chiari rispetto all'obiettivo generale, devono dare meno spazio a interpretazioni e indicare chiaramente quali specifici cambiamenti ci si aspetta e in chi. È inoltre importante che la definizione di un obiettivo consenta di individuare indicatori misurabili e adeguati, prevedendo, per ogni singolo obiettivo, solamente un risultato atteso.

5.1.3 Nuova scheda e obiettivi

Il raggiungimento dell'obiettivo prefissato presuppone l'approfondita conoscenza delle caratteristiche dello strumento adottato da parte degli utilizzatori, a tale scopo si descrivono brevemente alcune indicazioni. Sinteticamente si può affermare che il protocollo è suddiviso in parti diverse costituite da:

1. Elementi che tendono a favorire l'inserimento del neoassunto nel nuovo gruppo di lavoro, fornendogli gli strumenti necessari per orientarsi negli aspetti operativi e relazionali propri del settore cui è stato assegnato. Gli aspetti relativi a questa parte necessitano di interventi atti a personalizzare lo strumento per ogni singola Unità Operativa
2. Elementi da utilizzare per il processo di valutazione. Tali strumenti costituiti da diverse griglie, consentono la valutazione di molteplici aspetti del neoassunto, al fine di individuare precocemente eventuali problematiche permettendo quindi la pianificazione di interventi correttivi. Viene effettuata mediante apposita scheda che evidenzia i processi (autovalutazione, tempo di apprendimento, valutazione di sistema). Per tale processo sono state individuate griglie che consentono la valutazione di molteplici parametri relativi alle caratteristiche personali del neoassunto, alle sue prestazioni lavorative e ai suoi bisogni formativi già utilizzabili in ogni

situazione. A tale proposito nella nuova scheda è stata inserita l'autovalutazione, basata sul concetto che le osservazioni che il valutato fa sul proprio lavoro esprimono adeguatamente la considerazione che egli ha del proprio lavoro. È utile poi confrontare i risultati dell'autovalutazione con quelli della valutazione del responsabile: se emergono differenze importanti significa che il processo non è stato condotto in modo ottimale e che molto probabilmente si è verificato un problema di comunicazione.

L'introduzione e l'uso del protocollo prevede una fase di sperimentazione, durante la quale ogni utilizzatore dovrà individuare imperfezioni e migliorie da apportare che possono essere individuate mediante l'utilizzo dell'apposita scheda di monitoraggio di applicazione. I contenuti delle schede sono stati concordati e validati dal Coordinatore di dipartimento e i Coordinatori di SOD. Eventuali variazioni ed interventi correttivi che modifichino sostanzialmente la struttura e la forma dello strumento dovranno essere oggetto di ulteriore accordo e validazione.

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI																				
VALUTAZIONE GENERALE																				
SCHEDA VALUTAZIONE TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO (TSLB)																				
Cognome _____ Nome _____																				
PROCESSO / SETTORE / AREA		AUTOVALUTAZIONE					TEMPO DI APPRENDIMENTO						VALUTAZIONE DI SISTEMA Livello di performance minimo = 3 (buona padronanza)							
		Riferimento <i>Scala di Guilbert</i>					30	60	90	120	180	240	360	0	1	2	3	4	5	
		0	1	2	3	4	5	SS	SS	SS	SS	SS	SS							
A	Competenze generali																			
A1	Conoscenza dei programmi gestionali della SOD	0	1	2	3	4	5	SS												
A2	Verifica idoneità, identificazione e check-in del campione biologico	0	1	2	3	4	5	SS	SS											
A3	Gestione del materiale sanitario e dei reagenti	0	1	2	3	4	5	SS		SS										
A4	Gestione della strumentazione	0	1	2	3	4	5	SS					SS							
A5	Collaborazione all'inventario	0	1	2	3	4	5			SS		SS								
A6	Collaborazione al sistema certificativo aziendale	0	1	2	3	4	5				SS			SS						
A7	Collaborazione all'applicazione delle normative sulla salute e sicurezza dei lavoratori e sulla privacy	0	1	2	3	4	5	SS	SS											
A8	Collaborazione al raggiungimento degli obiettivi di budget	0	1	2	3	4	5				SS				SS					

Figura 2: Nuova scheda di valutazione inserita nel protocollo

Legenda per la compilazione della valutazione

Scala di GUILBERT – Bilancio delle competenze e descrizione dei livelli posseduti	
Punteggio	Descrizione
5	PADRONANZA TOTALE: la persona è un esperto o specialista del soggetto, possiede una conoscenza aggiornata perfetta oltre ad una considerevole esperienza pratica.
4	PADRONANZA PRATICAMENTE TOTALE: la persona è bene informata su questo elemento e possiede eccellenti competenze, anche se non raggiunge il livello di un esperto o di uno specialista. Ha grande esperienza pratica.
3	BUONA PADRONANZA: la persona è ben informata e competente in questo elemento. Possiede anche esperienza pratica, mostrando forse delle lacune.
2	PADRONANZA ACCETTABILE: possiede alcune conoscenze e competenze rispetto a questo elemento, ma ha pochissima esperienza pratica, nessuna traccia dell'applicazione di conoscenze o competenze pertinenti alla situazione lavorativa reale.
1	PADRONANZA MOLTO SUPERFICIALE: possiede alcune conoscenze o competenze rispetto a questo elemento, ma non ha alcuna esperienza pratica. Pertanto è incerta nell'applicare quel poco che sa. Potrebbe applicare le sue conoscenze se potesse avvalersi dell'ausilio, delle spiegazioni, della valutazione e delle informazioni di ritorno dei colleghi più esperti.
0	NESSUNA PADRONANZA: può aver ascoltato o letto qualcosa concernente questo elemento, ma non l'ha mai realmente studiato a fondo e non ne ha mai fatto ricorso durante la pratica.

Data valutazione:

Firma Coordinatore Dipartimento _____

Firma Coordinatore di SOD _____

Firma Operatore _____

Figura 2: Nuova scheda di valutazione inserita nel protocollo

Il Coordinatore di Dipartimento e il Coordinatore di SOD svolgono in questo contesto un ruolo importante che ha come obiettivi principali:

- far corrispondere le persone alle abilità richieste
- fare in modo che gli obiettivi siano definiti chiaramente
- verificare regolarmente come vanno le cose
- gestire efficacemente gli insuccessi
- tenere in considerazione le ricompense di base e di più alto livello
- coinvolgere il personale e ridurre la demotivazione

Il Coordinatore della SOD in collaborazione con il professionista esperto che è stato la guida durante il periodo di training del N.A., valuta insieme allo stesso il processo di inserimento/training effettuato, al fine di confermarne l'assegnazione presso quella SOD e e/o ripetere il periodo totalmente o in parte. La valutazione del periodo di prova ha lo scopo di verificare:

-idoneità professionale

-comportamenti

-capacità relazionali e comunicative

La valutazione:

- ❖ Viene effettuata periodicamente fino ad un totale di tre valutazioni nei 6 mesi di prova (tempi e item si differenziano a seconda della figura da inserire nel contesto lavorativo);
- ❖ Valutazione Intermedia (per il tempo determinato)
- ❖ Valutazione Finale.

Ogni singola valutazione sarà presentata al professionista dal Coordinatore di SOD e dal Tutor. Qualora questa dovesse risultare insufficiente sarà discussa in presenza del Coordinatore di Dipartimento, il quale in caso di valutazione negativa, rilevata nella valutazione intermedia, deve fare immediata comunicazione al Dirigente di Area per gli interventi del caso.

I tempi che intercorrono tra la valutazione intermedia e quella finale, devono comunque consentire al sistema di effettuare degli interventi per supportare il N.A. (es. ripetere il periodo nella stessa SOD o cambiando SOD). Le schede o le relazioni positive vanno conservate nella scheda personale del dipendente. Se non ci sono valutazioni negative il periodo di prova si intende superato.

Per ogni singolo settore di ciascuna SOD è stata predisposta una scheda diversa negli obiettivi che permette di valutare il neoassunto in maniera più specifica (Figura 3 e 4).

CONCLUSIONI

L'inserimento di un TSLB in un qualsiasi Servizio è un processo graduale. Il neoassunto non può essere considerato da subito un membro effettivo ed inserito immediatamente nel contesto, senza prevedere un periodo di ambientamento, aggiungerci fisiologico. Nella realtà ospedaliera attuale ci sono sempre più U.O. ad alta complessità assistenziale che dovrebbero prevedere un affiancamento fino alla parziale e/o completa autonomia, facendo diventare così un TSLB esperto che percepisce la situazione come un insieme, utilizza le concrete situazioni del passato come paradigmi e si muove verso la parte precisa del problema senza perdere tempo a considerare un gran numero di opzioni irrilevanti. Per quanto riguarda il tema della valutazione, questa dovrebbe essere svolta periodicamente per migliorare le capacità lavorative; più si valuta in itinere, più la valutazione finale sarà una valutazione che ha una funzione di ritualizzazione e non di sentenza. Fondamentale è prevedere momenti di feed-back lungo tutto il processo e, la finalità deve essere quella di costruire insieme, valutato e valutatore, una strategia per raggiungere l'obiettivo. Solo così il neoassunto si sentirà parte integrante dell'organizzazione, un tassello ancora piccolo, ma comunque indispensabile per il buon funzionamento dell'organizzazione nel suo complesso. Dovranno essere premiate capacità quali la flessibilità organizzativa, il dinamismo, la capacità di adattarsi a nuovi schemi procedurali, la volontà di apprendere metodiche in uso in tutto il dipartimento e metodiche specifiche delle diverse unità operative. In particolare, per il personale neoassunto il periodo di inserimento sarà un momento formativo molto delicato nel quale avverrà una modificazione più o meno permanente del comportamento e delle conoscenze. Dovrà raggiungere in un determinato lasso di tempo competenze generali e specifiche del proprio settore all'interno della SOD del Dipartimento. La realtà sanitaria è una realtà che deve crescere professionisti sanitari competenti e autonomi capaci di fornire prestazioni di alta qualità per il cittadino, per perseguire una mission aziendale comune ovvero la salute del paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Andrea Zerilli, Reclutamento selezione e accoglimento del personale, Milano, FrancoAngeli,2002
2. BOLOGNINI, Comportamento organizzativo e gestione delle risorse umane Saulo Sirigatti, Manuale di psicologia Generale, Torino, UTET,1995
3. Ulrich Wienand, Il miglioramento continuo nelle aziende sanitarie, Torino, Centro Scientifico Editore, 1999
4. Gianfranco REBORA, Renato RUFFINI, La gestione del personale degli enti locali, Roma,
5. Howard Weizmann - Jane Weizmann, Gestione delle risorse umane e valore dell'impresa
6. Calamandrei, La dirigenza infermieristica, Mc Graw Hill 2008
7. Benner, L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere
8. Spencer & Spencer da M. Borriello, Risorse umane processi aziendali Miglioramento continuo, 2004
9. Santullo "L'infermiere e le innovazioni in Sanità" (2° ed.) Ed. Mc Graw-Hill 2006J.J. Guilbert "La guida pedagogica del personale sanitario", ed. italiana a cura di G.Palasciano e A. Lotti, Ed. Dal Sud, 2002
10. La Valle, Dirigere le risorse umane. Carocci- Faber, 2003
11. Scheda di valutazione utilizzata dall'AOU delle MARCHE
12. Maria Giovanna Rotondi; Valutare il personale; Ed. IPSOA
13. Paolo Rotondi e Alessandra Saggin; Persona e Organizzazione; Ed. Mc Graw Hill
14. Carlo Calamandrei, Carlo Orlandi; La dirigenza infermieristica; ingresso in azienda ovvero il reclutamento, la selezione; accoglimento; inserimento del personale, Ed. Mc Graw Hill
15. Quotidiano sanità: Il nostro viaggio tra le professioni sanitarie. I' Tecnici sanitari di laboratorio" intervista di Saverio Stanziale, 2021