



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e
Ostetriche

**Dall'evidenza scientifica alla pratica
organizzativa: progettazione di un
percorso di *onboarding* per l'infermiere
neoassunto in Blocco Operatorio**

Relatore:
Dott. Paolo Antognini

Tesi di Laurea di:
Chiara Monachesi

Correlatore:
Dott.ssa Letizia Tesei

A.A. 2025/2026

INDICE

ABSTRACT	iv
1. INTRODUZIONE	1
1.1 Stato dell'arte.....	3
1.2 Genesi e rationale del progetto.....	5
2. OBIETTIVO	7
2.1 Obiettivo generale.....	7
2.2 Obiettivi specifici.....	7
2.3 Domanda di ricerca.....	8
3. MATERIALI E METODI	9
3.1 Disegno dello studio	9
3.2 Revisione sistematica della letteratura.....	9
3.3 Analisi dei documenti aziendali.....	10
3.4 Studio qualitativo: indagine esplorativa presso i Blocchi Operatori dell'AST Macerata	11
3.5 Sviluppo della procedura di inserimento e della scheda di valutazione	14
3.6 Validazione della scheda di valutazione	15
3.7 Setting e timing.....	18
3.8 Considerazioni etiche.....	21
4. RISULTATI	23
4.1 Revisione sistematica della letteratura.....	23
4.2 Analisi dei documenti aziendali.....	29
4.3 Indagine esplorativa presso i Blocchi Operatori dell'AST Macerata	32
4.4 La procedura di inserimento	37
4.5 La scheda di valutazione.....	39
4.6 Risultati della validazione della scheda di valutazione	41
5. DISCUSSIONE	48
5.1 Le evidenze scientifiche sull'onboarding perioperatorio	48
5.2 Il contesto locale: criticità e bisogni organizzativi emersi.....	50

5.3 La procedura di inserimento: dalla sequenzialità dei ruoli alla coerenza normativa	51
5.4 La scheda di valutazione: dalla specificità degli indicatori alla validazione dello strumento	54
5.5 Ricadute organizzative e professionali del percorso strutturato	55
5.6 L'implementazione pilota: primi riscontri applicativi	58
5.7 Limitazioni e prospettive di ricerca	61
6. CONCLUSIONI.....	63
BIBLIOGRAFIA	67
APPENDICE A – Traccia delle interviste semistrutturate agli I.F.O. dei Blocchi Operatori.....	71
APPENDICE B – Procedura di inserimento del personale infermieristico neoassunto/trasferito nel Blocco Operatorio	74
APPENDICE C – Scheda di valutazione del processo di inserimento nel Blocco Operatorio.....	100

ABSTRACT

Introduzione. L'inserimento degli infermieri neoassunti nel Blocco Operatorio rappresenta una fase critica del percorso professionale, in ragione dell'elevata complessità tecnica e relazionale dell'area e della frequente assenza di percorsi formalizzati e omogenei. Nella UOSD Gestione Blocchi Operatori Ospedalieri dell'AST Macerata tale carenza si traduce in modalità di accoglienza disomogenea tra le sedi. Il lavoro si è posto l'obiettivo di sviluppare una procedura strutturata di inserimento, corredata da una scheda di valutazione delle competenze, applicabile ai tre ruoli infermieristici perioperatori: circolante, addetto all'assistenza anestesiologicala e strumentista.

Materiali e metodi. Lo studio, di tipo descrittivo-esplorativo, si è articolato in quattro fasi sequenziali: una revisione sistematica della letteratura condotta secondo il modello PIO; l'analisi della documentazione aziendale; uno studio qualitativo mediante interviste semistrutturate agli I.F.O. dei Blocchi Operatori di Macerata e Civitanova Marche, con *purposive sampling* e analisi tematica; lo sviluppo dei due strumenti, con validazione della scheda tramite *expert review* da parte di dieci infermieri esperti.

Risultati. L'analisi documentale e le interviste hanno evidenziato l'assenza di un percorso condiviso e la necessità di criteri valutativi espliciti e progressivi. Sono stati elaborate una procedura articolata per fasi temporali e una scheda con settanta indicatori comportamentali osservabili, differenziati per ruolo e graduati su scala Likert a cinque livelli. La validazione ha evidenziato piena concordanza sulla chiarezza per la quasi totalità degli indicatori. L'implementazione pilota, avviata presso il Blocco Operatorio di Recanati, ne ha consentito una prima applicazione in condizioni reali, con primi riscontri positivi.

Discussione. Gli strumenti sviluppati traducono i bisogni rilevanti in criteri operativi condivisi e costituiscono un primo riferimento strutturato per l'*onboarding* perioperatorio nell'AST Macerata, promuovendo equità formativa e omogeneità tra le sedi dell'UOSD. La loro estensione alle restanti sedi e una validazione su campioni più ampi rappresentano le principali prospettive di sviluppo.

Parole chiave: *onboarding*, Blocco Operatorio, procedura di inserimento, scheda di valutazione, competenze infermieristiche perioperatorie, validazione di contenuto.

1. INTRODUZIONE

Il neoassunto rappresenta quella parte di risorse umane afferente a un'azienda che, nella maggior parte dei casi, si approccia per la prima volta al mondo del lavoro; talvolta, invece, sono individui che hanno già maturato una o più esperienze lavorative in contesti organizzativi differenti. Il termine “risorsa umana” ha mutato nel corso degli ultimi decenni la propria accezione. Originariamente circoscritto a una dimensione prevalentemente amministrativa e contrattuale, esso ha progressivamente assunto un significato più ampio: il professionista non è più concepito come semplice prestatore d'opera, bensì si configura come portatore di sapere, di competenze e di un orientamento professionale: un patrimonio immateriale di fondamentale valore per l'organizzazione. Nelle aziende sanitarie questa prospettiva assume una valenza peculiare, poiché la qualità dell'assistenza erogata dipende in misura determinante dalle persone che la garantiscono quotidianamente. Ne consegue che la gestione del personale non possa essere ridotta a una funzione di carattere amministrativo, ma debba configurarsi come una leva strategica a tutti gli effetti, a partire già dalle prime fasi di ingresso del nuovo professionista nell'organizzazione.

Il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche, avviato in Italia negli anni Novanta, ha impresso a queste realtà una logica gestionale di tipo manageriale, entro cui il fattore umano è stato progressivamente riconosciuto come variabile capace di incidere non solo sull'efficacia delle prestazioni, ma anche sulla soddisfazione degli utenti e sull'efficienza complessiva del sistema. Tale consapevolezza acquista un peso ancora maggiore nell'attuale fase di contenimento della spesa pubblica, in cui ottimizzare la gestione del personale rappresenta una delle poche leve disponibili per mantenere elevati standard qualitativi senza incrementare le risorse disponibili.

Nel contesto normativo italiano, il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del Comparto Sanità – CCNL 2022-2024 – definisce la cornice regolatoria entro cui si colloca questo processo, prevedendo per il personale infermieristico neoassunto un periodo di prova di quattro mesi, nel corso del quale il professionista è soggetto a valutazione da parte dell'azienda (Agenzia per la Rappresentanza Negoziabile delle Pubbliche Amministrazioni [ARAN], 2025). Tale periodo costituisce il riferimento temporale minimo per la verifica delle competenze acquisite, pur non esaurendo, in contesti a elevata complessità assistenziale come il Blocco Operatorio, l'intero arco del processo di

inserimento. La sola previsione contrattuale, tuttavia, non è di per sé sufficiente a garantire la qualità e l'efficacia del processo: l'attuazione concreta di strategie strutturate di inserimento incontra nella pratica ostacoli di natura sia organizzativa sia strutturale.

A conferma di queste criticità, un'indagine condotta dall'osservatorio FIASO nel 2019 ha rilevato che il 63% dei neoassunti non si sente adeguatamente messo nelle condizioni di esprimere la propria professionalità, una percezione legata principalmente alle modalità di inserimento, giudicate poco chiare e poco rassicuranti. Tale dato non si limita a indebolire il rapporto fiduciario con l'organizzazione, ma si accompagna anche a una propensione alla mobilità: il 52% dei neoassunti dichiara di voler cambiare azienda in cerca di un ambiente lavorativo migliore e il 61% per ritorni economici più vantaggiosi; il 32% considera il trasferimento all'estero per motivi ambientali e il 44% per motivi retributivi (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere [FIASO], 2019, pp. 76-80).

Anche a livello internazionale i dati sono allarmanti. Secondo il Wynhurst Group (2007), il 22% del *turnover* si verifica entro i primi 45 giorni dall'assunzione; al contrario, i neoassunti inseriti in percorsi di inserimento formalizzati presentano il 58% di probabilità in più di permanere nell'organizzazione oltre i tre anni. Uno studio condotto da Murphy (2005) su circa 20.000 nuovi assunti ha rivelato che il 46% abbandona il proprio impiego entro i primi 18 mesi dall'assunzione, con un tasso annuo di turnover infermieristico superiore al 16%. Sul piano economico, il costo medio del turnover per gli ospedali statunitensi è stimato in 5,1 milioni di dollari annui, con un costo unitario di sostituzione compreso tra 55.000 e 85.000 dollari per ciascun professionista.

I dati relativi ai programmi strutturati di inserimento offrono, per contro, un quadro significativamente diverso. Priya et al. (2018), in uno studio condotto presso l'ospedale universitario di Chennai in India su 52 neoassunti, hanno documentato una correlazione tra l'adozione di un programma organizzato di inserimento e i livelli di soddisfazione professionale: l'81% dei partecipanti si è dichiarato molto soddisfatto, il 19% soddisfatto, nessuno insoddisfatto. Questi risultati suggeriscono che un inserimento pianificato non si limita a trasferire informazioni operative, ma contribuisce a consolidare le conoscenze, a trasmettere i valori e la cultura organizzativa, a rafforzare il senso di appartenenza e a favorire l'integrazione nel gruppo di lavoro.

Alla base di questi benefici vi è il concetto di *onboarding*, termine mutuato dal linguaggio nautico – dove indicava la fase di imbarco – e oggi ampiamente adottato in ambito sanitario per descrivere il processo attraverso cui un'organizzazione integra il nuovo dipendente nel proprio contesto operativo. L'onboarding si distingue dalla semplice fase di orientamento iniziale in quanto implica un percorso più esteso e articolato, che accompagna il professionista lungo l'intero arco temporale necessario al raggiungimento dell'autonomia, integrando dimensioni formative, relazionali e organizzative. Secondo Orlandi (2015a), tale percorso si articola in fasi standardizzate e sequenziali – reclutamento, selezione, assegnazione, accoglienza, inserimento e valutazione – ciascuna delle quali concorre in modo specifico all'integrazione progressiva del professionista. Per gli infermieri neoassunti, come sottolineano Winfield et al. (2009) e Nelsey & Brownie (2012), programmi di inserimento ben costruiti risultano indispensabili non solo per l'acquisizione di competenze tecniche e relazionali, ma anche per ridurre stress e incertezza, migliorare il clima lavorativo e sostenere la collaborazione intergenerazionale.

L'ingresso nel Blocco Operatorio rappresenta, in questo quadro, una delle transizioni professionali più impegnative. La specificità di questo contesto – elevata complessità tecnologica, ritmi lavorativi intensi, dinamiche multiprofessionali, scenari clinici ad alto rischio – rende il percorso di inserimento particolarmente delicato. Tuttavia, nella pratica quotidiana, un accompagnamento adeguato non sempre viene garantito, per ragioni organizzative, strutturali o legate alla carenza di personale. L'assenza di un percorso strutturato e condiviso può generare conseguenze rilevanti: un'assistenza non uniforme, un senso di insicurezza nell'assistito e, nel neoassunto, indecisione, scarsa autonomia e rischio di abbandono precoce dell'unità operativa. La letteratura documenta, per contro, come un inserimento efficace si traduca in crescita personale e professionale, aumento dell'autoefficacia e della fiducia in sé stessi, soddisfazione lavorativa e riduzione dei costi organizzativi legati al turnover, con ricadute positive sulla sicurezza e sulla qualità delle cure.

1.1 Stato dell'arte

La letteratura scientifica internazionale ha progressivamente approfondito il tema dell'onboarding infermieristico, evidenziando come un percorso di inserimento efficace non si limiti a un semplice orientamento iniziale, ma rappresenti un processo articolato e

strategicamente pianificato, capace di influire in modo determinante sulla qualità dell'assistenza, sulla sicurezza del paziente e sulla fidelizzazione del personale.

Un elemento ricorrente in tale produzione scientifica riguarda la figura di riferimento assegnata al neoassunto durante il percorso di inserimento. Nei contesti italiani questa è tradizionalmente rappresentata dal tutor, un infermiere esperto con competenze tecniche, comunicative e pedagogiche, il cui compito è guidare il neoassunto verso l'acquisizione progressiva dell'autonomia professionale in collaborazione con l'Infermiere con Incarico di Funzione Organizzativa (I.F.O.). Nel panorama internazionale si è progressivamente affermata anche la figura del mentor, il cui rapporto con il neoassunto si fonda sull'ascolto, sull'empatia e sulla condivisione di esperienze, in una prospettiva di accompagnamento orientata tanto alla crescita professionale quanto a quella personale, con ricadute positive documentate sulla soddisfazione lavorativa e sulla retention del personale.

Sul piano della struttura del percorso formativo, la letteratura indica in sei mesi il periodo generalmente adeguato per consentire l'acquisizione e il consolidamento delle competenze perioperatorie, articolato in fasi progressive che conducono il neoassunto da un ruolo inizialmente osservatorio fino al raggiungimento di una piena autonomia operativa, sebbene tale durata debba essere modulata in funzione delle caratteristiche individuali del professionista e delle esigenze organizzative del contesto.

Sul piano dei contenuti, i programmi di inserimento nel Blocco Operatorio prevedono un apprendimento sequenziale che procede dall'acquisizione delle competenze di base, legate all'organizzazione del contesto operatorio e ai ruoli di infermiere circolante e addetto all'assistenza anestesiologicala, verso le competenze più avanzate proprie del ruolo di infermiere strumentista. Accanto alle competenze tecnico-assistenziali, la letteratura ha sistematicamente documentato la rilevanza delle cosiddette *Non-Technical Skills* (NTS) – competenze cognitive, comportamentali e interpersonali quali la consapevolezza situazionale, la comunicazione efficace, il lavoro di squadra e la gestione dello stress – la cui carenza può compromettere la sicurezza del paziente e che devono pertanto essere parte integrante dei programmi di formazione perioperatoria.

Altro elemento cardine nel processo di inserimento è la valutazione, che la letteratura concepisce non come evento conclusivo ma come processo continuo e trasversale

all'intero percorso formativo, articolato in momenti strutturati di verifica con funzioni distinte, formativa nelle fasi intermedie, certificativa in quella finale. L'integrazione tra la valutazione esterna del tutor e l'autovalutazione periodica del neoassunto è documentata come strategia efficace per promuovere l'apprendimento riflessivo e favorire la progressiva convergenza tra percezione soggettiva e performance reale, sebbene tale componente risulti ancora poco diffusa nei modelli italiani.

Nonostante la crescente produzione scientifica sul tema, i programmi di inserimento presentano una significativa eterogeneità applicativa. Tra le criticità più frequentemente riportate figurano l'elevato turnover del personale, che compromette la continuità del percorso di affiancamento; i tempi insufficienti dedicati all'inserimento, con conseguente riduzione del processo a un adempimento prevalentemente burocratico; la scarsa personalizzazione dei percorsi formativi rispetto ai bisogni individuali del neoassunto; e il sovraccarico organizzativo che limita la disponibilità del tutor e la qualità complessiva della formazione. Nel contesto italiano si registra inoltre una variabilità considerevole tra le diverse aziende sanitarie, con frequente assenza di strumenti standardizzati di valutazione delle competenze e di percorsi formalizzati specificamente dedicati al Blocco Operatorio.

1.2 Genesi e razionale del progetto

Alla luce del divario documentato dalla letteratura tra le raccomandazioni internazionali in materia di onboarding infermieristico e la realtà applicativa dei contesti italiani, emerge la necessità di tradurre le conoscenze scientifiche disponibili in strumenti operativi concreti, capaci di rispondere alle specifiche esigenze organizzative e formative del contesto di riferimento. La costruzione di una procedura aziendale di inserimento e di uno strumento di valutazione delle competenze non può infatti limitarsi alla semplice applicazione di modelli teorici, ma deve tener conto delle caratteristiche organizzative, culturali e professionali del setting assistenziale di riferimento, nonché dell'esperienza diretta dei professionisti che operano al suo interno.

Il presente lavoro di tesi nasce proprio da questa esigenza ed è stato sviluppato con riferimento all'UOSD Gestione Blocchi Operatori Ospedalieri dell'AST Macerata, realtà che comprende i Blocchi Operatori degli Ospedali di Camerino, Civitanova Marche, Macerata, Recanati e San Severino Marche. In questo contesto, al momento dell'avvio

del progetto, erano presenti schede di valutazione del neoassunto elaborate autonomamente nei singoli Blocchi Operatori, risalenti a diversi anni prima e non aggiornate rispetto all'evoluzione organizzativa e alle evidenze scientifiche più recenti, mentre era del tutto assente una procedura formalizzata che definisse in modo strutturato le fasi del percorso, i ruoli coinvolti e le relative responsabilità, né a livello dei singoli Blocchi né come strumento condiviso a livello di UOSD. L'assenza di strumenti condivisi e omogenei rendeva il processo di inserimento disomogeneo tra le diverse strutture, limitando la confrontabilità dei percorsi formativi e rendendo difficile garantire standard valutativi uniformi per tutti i professionisti neoassunti afferenti all'Unità. L'analisi del contesto è stata condotta con riferimento principale ai Blocchi Operatori degli Ospedali di Macerata e Civitanova Marche, che presentavano modalità di inserimento e strumenti valutativi differenti tra loro, rendendo il confronto tra le due realtà particolarmente significativo ai fini del progetto.

A partire da questa analisi del contesto, il presente elaborato si propone di sviluppare una procedura strutturata di inserimento e una scheda di valutazione delle competenze fondate sulle evidenze scientifiche disponibili e coerenti con le esigenze organizzative dell'UOSD, al fine di favorire un processo di onboarding efficace, omogeneo e orientato allo sviluppo dell'autonomia professionale dell'infermiere neoassunto nel Blocco Operatorio. Il progetto ha previsto una revisione sistematica della letteratura nazionale e internazionale e delle procedure aziendali di inserimento già in uso in Italia, l'analisi dei documenti aziendali e la raccolta di dati qualitativi mediante interviste semistrutturate agli I.F.O. di coordinamento dei Blocchi Operatori afferenti all'UOSD, al fine di esplorare le modalità di inserimento attualmente adottate e individuare criticità e ambiti di miglioramento. Sulla base di questo percorso integrato, sono stati elaborati una procedura aziendale strutturata di inserimento e una scheda di valutazione delle competenze, strumenti destinati a rendere il processo di onboarding più omogeneo, trasparente ed efficace all'interno dei Blocchi Operatori dell'AST Macerata.

2. OBIETTIVO

2.1 Obiettivo generale

Sviluppare una procedura strutturata di inserimento e una scheda di valutazione delle competenze per l'infermiere neoassunto o trasferito nei Blocchi Operatori dell'UOSD Gestione Blocchi Operatori Ospedalieri dell'AST Macerata, fondate sulle evidenze scientifiche disponibili e sulle esigenze organizzative del contesto, coerenti con le disposizioni del CCNL 2022-2024, al fine di garantire un processo di onboarding omogeneo, trasparente ed efficace tra le diverse sedi dell'UOSD e orientato allo sviluppo dell'autonomia professionale.

2.2 Obiettivi specifici

- Analizzare le evidenze scientifiche presenti in letteratura nazionale e internazionale relative ai processi di inserimento dell'infermiere neoassunto in Blocco Operatorio, con particolare attenzione alle *best practice* per lo sviluppo delle competenze professionali nei contesti assistenziali complessi.
- Identificare le componenti fondamentali di un percorso di onboarding efficace, con particolare attenzione al ruolo del tutor, alla gradualità dell'apprendimento e alla valutazione delle competenze.
- Esaminare i documenti aziendali di riferimento, con particolare attenzione alla *job description* dell'infermiere di sala operatoria e agli strumenti valutativi già in uso nei Blocchi Operatori afferenti all'UOSD.
- Esplorare, mediante interviste semistrustrate agli I.F.O. di coordinamento dei Blocchi Operatori, le modalità di inserimento attualmente adottate, le criticità organizzative percepite e le aree di miglioramento.
- Sviluppare una procedura strutturata di inserimento dell'infermiere neoassunto, coerente con le evidenze scientifiche disponibili, con le esigenze organizzative del contesto operativo e con le disposizioni del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) 2022-2024 per il personale del comparto sanità.
- Elaborare una scheda di valutazione delle competenze articolata per ruolo e per fase del percorso formativo, finalizzata al monitoraggio del percorso di inserimento e alla verifica del raggiungimento dell'autonomia operativa del professionista, coerente con la job description aziendale.

- Sottoporre la scheda di valutazione a validazione di contenuto mediante *expert review*, al fine di verificarne la chiarezza e la comprensibilità nel contesto operativo di riferimento.
- Avviare una fase di implementazione pilota della scheda presso il Blocco Operatorio dell'Ospedale di Recanati, al fine di verificarne la funzionalità e l'applicabilità pratica in condizioni di utilizzo ordinario.

2.3 Domanda di ricerca

Il presente studio è stato guidato dalla seguente domanda di ricerca principale:

Come progettare un percorso strutturato di inserimento dell'infermiere neoassunto in Blocco Operatorio, fondato sulle evidenze scientifiche e adattato allo specifico contesto organizzativo, in grado di garantire lo sviluppo delle competenze professionali e l'uniformità del processo di onboarding?

Da tale quesito derivano le seguenti domande di ricerca secondarie:

- Quali modelli, strategie e fasi caratterizzano i programmi di inserimento dell'infermiere neoassunto descritti in letteratura nazionale e internazionale?
- Quali sono le modalità attualmente utilizzate per l'inserimento dell'infermiere neoassunto nei Blocchi Operatori dell'UOSD, quali strumenti valutativi sono attualmente in uso e quali criticità e bisogni organizzativi emergono dall'analisi del contesto locale?
- In che modo le evidenze scientifiche e i bisogni organizzativi possono essere tradotti in strumenti operativi validati e applicabili nella pratica clinico-organizzativa?
- Un percorso di inserimento strutturato può contribuire a migliorare la chiarezza del ruolo, lo sviluppo dell'autonomia professionale e la qualità organizzativa del processo di onboarding infermieristico?

3. MATERIALI E METODI

3.1 Disegno dello studio

Il presente lavoro di tesi è stato condotto mediante un disegno descrittivo ed esplorativo, con approccio metodologico misto, che ha integrato una revisione sistematica della letteratura, un'analisi documentale, una fase qualitativa di tipo descrittivo e una fase di sviluppo e validazione di strumenti operativi. Le fasi si sono succedute in modo sequenziale, con i risultati di ciascuna che hanno orientato le scelte operative della fase successiva: i dati dell'analisi documentale hanno contribuito alla costruzione della traccia delle interviste; i risultati delle interviste, integrati con quelli dell'analisi documentale e con le evidenze della revisione sistematica, hanno guidato la progettazione degli strumenti; la validazione ha orientato la revisione mirata della scheda prima dell'implementazione pilota.

3.2 Revisione sistematica della letteratura

Come prima fase del lavoro è stata condotta una revisione sistematica della letteratura, finalizzata ad analizzare le modalità di inserimento dell'infermiere neoassunto nel contesto del Blocco Operatorio e a individuare le best practice in ambito nazionale e internazionale. La revisione ha fornito il quadro teorico di riferimento e ha orientato la successiva progettazione della procedura di inserimento e della scheda di valutazione.

La ricerca bibliografica è stata svolta applicando il modello PIO:

- Partecipanti: infermieri neoassunti all'interno dei Blocchi Operatori
- Intervento: percorsi di educazione, formazione e addestramento per l'inserimento efficace dell'infermiere neoassunto nei Blocchi Operatori
- Outcome: aumento delle conoscenze, competenze e abilità professionali specifiche, aumento della soddisfazione lavorativa, diminuzione dell'abbandono precoce.

Sulla base del modello PIO sono state identificate le seguenti keywords: *newly hired nurse, onboarding, induction plan, nurse mentoring, nurse training, operating room, operating theatre*. Da tali termini sono state costruite le seguenti stringhe di ricerca utilizzate nelle banche dati PubMed e CINAHL:

- (((*newly hired nurse*) AND (*nurs* mentor**)) OR (*nurs* training*)) AND (*operating room*);

- *(scrub nurse) AND (training)*.

Sono stati applicati limiti temporali, considerando esclusivamente articoli pubblicati negli ultimi dieci anni (dal 2015), e limiti linguistici, includendo solo testi in lingua inglese e italiana. Gli articoli così identificati sono stati selezionati tramite il metodo PRISMA (Page, 2020), procedendo dapprima all'eliminazione dei duplicati presenti in banche dati differenti, poi all'esclusione degli articoli non disponibili in *full text*. Gli articoli rimanenti sono stati letti integralmente ed esclusi qualora l'argomento principale risultasse non pertinente all'oggetto di studio o la popolazione di indagine non fosse affine alla ricerca di interesse.

Tale processo ha condotto alla selezione di 8 articoli scientifici, integrati da 4 libri pubblicati in Italia e 9 procedure aziendali di inserimento dell'infermiere neoassunto già in essere nel contesto nazionale.

3.3 Analisi dei documenti aziendali

A integrazione della revisione sistematica, è stata condotta un'analisi documentale finalizzata a esaminare il quadro organizzativo e normativo relativo all'attività infermieristica nei Blocchi Operatori dell'AST Macerata e alle modalità di inserimento del personale neoassunto. I risultati di tale analisi hanno contribuito, insieme alle evidenze della letteratura, alla costruzione della traccia delle interviste semistrutturate e alla successiva progettazione degli strumenti operativi.

Sono stati analizzati i seguenti documenti aziendali: il documento *Definizione del profilo e organizzazione delle attività del personale infermieristico e di supporto dei Blocchi Operatori*, contenente le job description e il profilo di posto dell'infermiere di sala operatoria, con descrizione dettagliata delle responsabilità professionali, delle competenze tecniche e delle attività assistenziali proprie del ruolo; il documento *Percorso formativo Blocco Operatorio*, in uso presso il Blocco Operatorio di Macerata, contenente indicazioni generali per l'inserimento e la scheda di valutazione del neoassunto adottate in quella sede; il documento *Guida all'inserimento dell'infermiere professionale neo-assunto nel Blocco Operatorio*, in uso presso il Blocco Operatorio di Civitanova Marche, contenente analogamente indicazioni per l'inserimento del neoassunto e la relativa scheda di valutazione; il documento *Piano di apprendimento e valutazione infermiere ed esito*

periodo di prova, adottato nelle altre Unità Operative dell'Ospedale di Macerata come strumento generale di valutazione del personale neoassunto.

L'analisi è stata condotta mediante lettura sistematica e critica dei contenuti, con attenzione alle competenze professionali richieste, alle responsabilità organizzative e assistenziali associate al ruolo, alle modalità di inserimento del personale e agli strumenti di valutazione delle competenze. Il confronto tra i documenti in uso nei Blocchi Operatori e lo strumento generale adottato nelle altre Unità Operative dell'Ospedale di Macerata è stato finalizzato a rilevarne convergenze e specificità e a garantire che gli strumenti da sviluppare risultassero coerenti con l'assetto organizzativo esistente. Le informazioni così raccolte sono state successivamente integrate, mediate triangolazione, con i risultati della revisione sistematica e con i dati delle interviste, così da fondare la successiva fase di progettazione su evidenze convergenti provenienti da fonti differenti.

3.4 Studio qualitativo: indagine esplorativa presso i Blocchi Operatori dell'AST Macerata

A integrazione della revisione sistematica e dell'analisi dei documenti aziendali, è stato condotto uno studio qualitativo di tipo descrittivo, finalizzato a esplorare le modalità operative attualmente adottate per l'inserimento e la valutazione dell'infermiere neoassunto nell'UOSD Gestione Blocchi Operatori Ospedalieri dell'AST Macerata, nonché rilevare criticità, bisogni organizzativi e possibili aree di miglioramento percepite a livello gestionale. La scelta di un approccio qualitativo è risultata coerente con la finalità dello studio, orientata non alla misurazione di variabili, ma alla comprensione approfondita dei processi, delle pratiche e delle rappresentazioni professionali connesse al percorso di inserimento del neoassunto in un contesto ad alta complessità come quello del Blocco Operatorio.

Contesto e partecipanti

La fase qualitativa è stata condotta presso i Blocchi Operatori degli Ospedali di Civitanova Marche e di Macerata, entrambi afferenti all'UOSD Gestione Blocchi Operatori Ospedalieri dell'AST Macerata. I due contesti, pur condividendo il medesimo quadro organizzativo aziendale, presentano modalità di inserimento e strumenti di

valutazione parzialmente differenti, circostanza che ha reso il confronto tra le due realtà particolarmente significativo ai fini dello studio.

Il campione è stato costituito da due I.F.O. di coordinamento, rispettivamente responsabili del Blocco Operatorio dell'Ospedale di Civitanova Marche e del Blocco Operatorio dell'Ospedale di Macerata. La selezione è avvenuta secondo un criterio intenzionale (*purposive sampling*; Polit & Beck, 2021), individuando professionisti con esperienza diretta e responsabilità decisionale nei processi oggetto di indagine. I due I.F.O. sono direttamente coinvolti nella pianificazione dei percorsi di inserimento dei neoassunti, nella supervisione dei tutor di riferimento e nel monitoraggio delle competenze acquisite nel periodo formativo, configurandosi come interlocutori privilegiati per gli obiettivi dello studio.

Strumento di raccolta dei dati

Per la raccolta dei dati è stata adottata la tecnica dell'intervista semistruutturata, scelta in quanto consente di raccogliere informazioni approfondite e contestualizzate sulle pratiche organizzative e formative, lasciando al contempo spazio a eventuali approfondimenti emergenti nel corso della conversazione (Polit & Beck, 2021).

È stata predisposta una traccia composta da domande aperte, organizzate attorno a cinque aree tematiche:

- Organizzazione del processo di inserimento: analisi delle modalità e delle tempistiche del percorso, con particolare attenzione all'impiego di strumenti formalizzati e al coinvolgimento delle figure professionali rilevanti;
- Contenuti e criteri di valutazione: esame delle competenze tecniche, organizzative, relazionali e comunicative valutate, nonché dell'efficacia degli strumenti attualmente in uso nell'individuazione precoce di eventuali lacune formative;
- Modalità e strumenti di valutazione: indagine sui metodi di raccolta delle informazioni, sui momenti di confronto strutturato e sulle modalità di restituzione dei feedback ai neoassunti;
- Criticità e proposte di miglioramento: rilevazione del punto di vista degli I.F.O. sui limiti degli strumenti attuali e sulle caratteristiche desiderabili di una scheda di valutazione efficace per il Blocco Operatorio;

- Impatto del processo valutativo: esplorazione delle percezioni relative all'influenza di una valutazione strutturata sulla motivazione, sulla sicurezza professionale e sulla fidelizzazione del personale neoassunto.

La costruzione della traccia è stata guidata dalle evidenze emerse dalla revisione sistematica della letteratura e dai principali modelli teorici relativi all'onboarding, al tutoraggio e alla valutazione delle competenze. La traccia completa è riportata nell'Appendice A.

Le interviste sono state condotte individualmente e in presenza, in un contesto professionale idoneo a garantire la riservatezza e un clima di dialogo aperto. Prima dell'inizio di ciascuna intervista è stata fornita un'informativa sullo scopo dello studio e sul trattamento dei dati; i partecipanti hanno espresso il proprio consenso alla partecipazione e alla registrazione audio. Le interviste sono state registrate integralmente e successivamente trascritte in forma *verbatim*.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata condotta mediante analisi tematica qualitativa (Polit & Beck, 2021), finalizzata a identificare elementi ricorrenti, analogie e differenze tra i due contesti organizzativi. Il processo si è articolato in una prima fase di lettura approfondita delle trascrizioni, volta a familiarizzare con il materiale e a individuare i principali nuclei tematici emergenti, seguita da una fase di organizzazione delle informazioni in categorie analitiche corrispondenti agli ambiti di indagine: struttura del percorso di inserimento, modalità di valutazione delle competenze, ruolo del tutor, strumenti utilizzati e criticità percepite.

L'analisi è stata condotta in prospettiva comparativa, mettendo in relazione le risposte dei due I.F.O. per evidenziare sia i punti di convergenza sia le specificità dei rispettivi contesti, integrando i dati empirici con le evidenze emerse dalla revisione sistematica. I risultati hanno costituito, insieme alle evidenze della revisione sistematica e ai dati documentali, la base conoscitiva per la progettazione della procedura di inserimento e della scheda di valutazione delle competenze, descritte nei sottocapitoli seguenti.

3.5 Sviluppo della procedura di inserimento e della scheda di valutazione

La progettazione della procedura di inserimento del personale neoassunto/trasferito nel Blocco Operatorio ha preso avvio dall'esigenza di tradurre in uno strumento operativo condiviso le evidenze scientifiche disponibili, adattandole alle specificità organizzative e assistenziali dei Blocchi Operatori dell'AST Macerata.

Il percorso formativo è stato progettato prevedendo un inserimento graduale nei principali ruoli assistenziali del Blocco Operatorio. Il modello elaborato prevede l'acquisizione iniziale delle competenze di base nei ruoli di infermiere circolante e di infermiere addetto all'assistenza anestesiológica – considerati imprescindibili per la comprensione dell'organizzazione del contesto operatorio e per la gestione assistenziale del paziente nel percorso perioperatorio – cui si aggiunge, in una fase successiva, lo sviluppo delle competenze relative al ruolo di infermiere strumentista, che richiede un livello più avanzato di conoscenze tecniche e di integrazione con l'équipe chirurgica. La durata complessiva del percorso è stata fissata in sei mesi, periodo ritenuto adeguato dalla letteratura per favorire l'acquisizione progressiva delle competenze professionali perioperatorie.

Un elemento centrale nella progettazione è stata la definizione dei ruoli e delle responsabilità dei diversi attori coinvolti nel processo – I.F.O., tutor, neoassunto/trasferito e UOC Professioni Sanitarie – formalizzata mediante una matrice delle responsabilità. La struttura temporale del percorso è stata raccordata con le disposizioni del CCNL 2022-2024 per il personale del comparto sanità, distinguendo il periodo di prova contrattuale di quattro mesi dal percorso complessivo di inserimento professionale di sei mesi, al fine di garantire coerenza con le tempistiche aziendali pur preservando la necessaria estensione formativa richiesta dal contesto perioperatorio. La procedura di inserimento, nella sua versione completa, è riportata nell'Appendice B.

La scheda di valutazione del processo di inserimento nel Blocco Operatorio è stata progettata secondo un modello integrato che tiene conto delle tempistiche contrattuali aziendali previste dal CCNL 2022-2024, del percorso formativo specifico del Blocco Operatorio e della progressiva acquisizione delle competenze nei diversi ruoli infermieristici perioperatori. Lo strumento è stato sviluppato garantendo coerenza con il sistema valutativo aziendale esistente e con le esigenze formative emerse dall'analisi del contesto.

Come riferimento è stata assunta la scheda di valutazione aziendale in uso nelle altre Unità Operative dell'Ospedale di Macerata, che prevede tre momenti valutativi formali durante il periodo di prova contrattuale (15 giorni/1° mese, 2° mese, 4° mese). Tale impostazione è stata adattata alle specificità del contesto operatorio, introducendo gli indicatori di competenza in modo progressivo in relazione alle fasi del percorso: nella prima valutazione sono inclusi esclusivamente indicatori relativi alle competenze comuni a tutti i ruoli del Blocco Operatorio; nella seconda valutazione sono aggiunti gli indicatori specifici del ruolo di inserimento iniziale (infermiere circolante o infermiere addetto all'assistenza anestesilogica); nella terza valutazione sono presenti gli indicatori di entrambi i ruoli, poiché entro il termine del periodo di prova il professionista deve aver acquisito l'autonomia operativa di base in entrambe le funzioni. Considerata la durata complessiva di sei mesi del percorso, il modello valutativo è stato integrato con due ulteriori momenti di verifica al 5° e al 6° mese, a carattere formativo, dedicati alla valutazione delle competenze di strumentazione chirurgica in interventi di media-bassa complessità.

Un aspetto specifico affrontato in fase di progettazione ha riguardato l'integrazione di una componente di autovalutazione all'interno del percorso valutativo. Sulla base delle evidenze emerse dalla revisione sistematica e delle indicazioni raccolte mediante le interviste agli I.F.O., si è scelto di non elaborare una scheda di autovalutazione autonoma e separata, bensì di integrare tale componente all'interno di un colloquio strutturato di confronto, previsto in concomitanza con ciascuna valutazione formale. Tale scelta è stata motivata dall'esigenza di favorire un confronto diretto e guidato tra la percezione soggettiva del neoassunto e la performance osservata dal tutor, promuovendo l'autoriflessione e la consapevolezza professionale in un contesto dialogico. Il contenuto e le modalità di conduzione di questo colloquio sono descritti nel dettaglio all'interno della procedura di inserimento elaborata (Appendice B).

3.6 Validazione della scheda di valutazione

Al fine di verificarne la chiarezza, la comprensibilità e la coerenza rispetto al contesto operativo di riferimento, la scheda di valutazione è stata sottoposta a un processo di validazione di contenuto mediante expert review (Polit & Beck, 2021).

Lo strumento, nella sua versione preliminare, comprendeva complessivamente 70 indicatori distribuiti tra quelli comuni ai tre ruoli infermieristici del Blocco Operatorio, quelli specifici per il ruolo di infermiere circolante, quelli specifici per il ruolo di infermiere addetto all'assistenza anestesiologicala e quelli specifici per il ruolo di infermiere strumentista. Il panel di valutazione è stato composto da 10 infermieri con esperienza professionale nel contesto perioperatorio, selezionati sulla base di due criteri: aver maturato almeno tre anni di attività clinica continuativa nel Blocco Operatorio ed essere attivamente coinvolti nei processi di inserimento del personale neoassunto, svolgendo funzioni di affiancamento diretto e tutoraggio. Il panel comprendeva 5 infermieri afferenti al Blocco Operatorio dell'Ospedale di Civitanova Marche e 5 infermieri afferenti al Blocco Operatorio dell'Ospedale di Macerata.

Per ciascun indicatore è stato richiesto ai valutatori di esprimere un giudizio dicotomico in merito alla chiarezza, secondo due categorie di risposta predefinite. La risposta “chiaro” indicava che l'indicatore risultava formulato in modo comprensibile, univoco e privo di ambiguità, con un significato immediatamente interpretabile e applicabile nel contesto clinico. La risposta “non chiaro” segnalava invece la presenza di elementi di ambiguità, incompletezza o difficoltà interpretativa tali da rendere incerta l'applicazione dell'indicatore, richiedendone la revisione o riformulazione. Accanto a ciascuna valutazione è stato predisposto uno spazio aperto per commenti e proposte di riformulazione, obbligatoriamente compilabile in caso di risposta “non chiaro”, con richiesta di specificare gli elementi di criticità riscontrati e di avanzare, ove possibile, indicazioni per una riformulazione migliorativa. A tal fine, le caselle di valutazione della scheda sono state temporaneamente sostituite con apposite sezioni dedicate alla revisione. La scelta di un sistema di risposta dicotomico è stata guidata da considerazioni di natura metodologica e pratica. Un numero elevato di indicatori – 70 in totale – avrebbe potuto determinare un significativo affaticamento cognitivo nei valutatori qualora fosse stata impiegata una scala di valutazione più articolata. Il formato dicotomico ha consentito di semplificare il processo valutativo, di ridurre il rischio di risposte poco accurate attribuibili alla stanchezza e di focalizzare l'attenzione sull'obiettivo principale di questa fase, ovvero identificare gli indicatori non sufficientemente chiari. La minore capacità discriminativa del dato quantitativo è stata compensata proprio dalla raccolta sistematica

dei commenti narrativi, che ha fornito le informazioni qualitative necessarie alla revisione mirata dei singoli item.

Analisi dei dati della validazione

I dati raccolti sono stati analizzati attraverso un approccio misto, che ha integrato un'analisi descrittiva quantitativa delle valutazioni dicotomiche e un'analisi qualitativa dei commenti narrativi. Per ciascuno dei 70 indicatori è stata calcolata la frequenza assoluta e relativa delle risposte “chiaro” e “non chiaro”, espressa come percentuale sul totale dei valutatori ($n = 10$).

I risultati relativi agli indicatori per i quali è stata registrata almeno una risposta “non chiaro” sono stati organizzati in una tabella riepilogativa, con indicazione, per ciascun item, della distribuzione percentuale dei giudizi. Gli indicatori con valutazione unanimemente positiva non sono stati inclusi nella rappresentazione tabellare, in assenza di elementi da sottoporre a revisione. Al fine di rendere immediatamente leggibile la distribuzione dei giudizi negativi tra gli indicatori critici, i dati sono stati rappresentati anche mediante un grafico a barre, che consente di confrontare visivamente il profilo di chiarezza dei singoli item e di individuare con rapidità quelli con maggior frequenza di valutazioni negative. Gli indicatori che hanno ricevuto una percentuale di risposte “non chiaro” pari o superiore al 30% – corrispondente a 3 o più valutatori su 10 – sono stati identificati come prioritari per la revisione. Tale soglia, coerente con i criteri di validità di contenuto fondati sulla proporzione di esperti concordi (Polit & Beck, 2021), consente di distinguere le criticità isolate, verosimilmente attribuibili a interpretazioni individuali, da quelle sistematiche, che richiedono riformulazione dell'indicatore.

I commenti forniti in corrispondenza degli indicatori valutati come “non chiaro” sono stati analizzati qualitativamente mediante un processo di categorizzazione tematica. Per ciascun indicatore critico, i contenuti dei commenti sono stati esaminati al fine di identificare la natura delle criticità segnalate – ambiguità terminologica, eccessiva genericità, sovrapposizione concettuale con altri indicatori, difficoltà di osservabilità nella pratica clinica – e di raccogliere le proposte di riformulazione avanzate dai valutatori. Tale analisi ha orientato la revisione mirata degli indicatori, garantendo che le modifiche apportate rispondessero a criticità effettivamente emerse.

L'integrazione dei risultati quantitativi e qualitativi ha consentito di definire un ordine di priorità nella revisione degli indicatori e di apportare modifiche graduate e motivate allo strumento. Gli indicatori con valutazione unanimemente positiva non sono stati oggetto di intervento. Quelli con criticità segnalate da una minoranza di valutatori sono stati riformulati in modo conservativo, preservando il contenuto originale e intervenendo esclusivamente sulla chiarezza espositiva. Gli indicatori con frequenza di risposta "non chiaro" superiore alla soglia definita sono stati invece sottoposti a revisione più sostanziale, tenendo conto delle proposte di riformulazione raccolte. Questo processo ha condotto alla versione finale della *Scheda di valutazione del processo di inserimento nel B.O.*, riportata integralmente nell'Appendice C.

3.7 Setting e timing

Lo studio è stato condotto presso l'UOSD Gestione Blocchi Operatori Ospedalieri dell'AST Macerata, struttura che coordina i Blocchi Operatori degli Ospedali di Camerino, Civitanova Marche, Macerata, San Severino Marche e Recanati. Tale contesto ha rappresentato sia il riferimento organizzativo per la progettazione degli strumenti operativi sia il setting per la conduzione delle fasi empiriche dello studio. In particolare, l'analisi documentale, la fase qualitativa e la validazione della scheda di valutazione sono state condotte presso i Blocchi Operatori degli Ospedali di Macerata e Civitanova Marche, selezionati in quanto rappresentativi di due modalità di inserimento differenti all'interno della stessa UOSD; l'implementazione pilota è stata avviata presso il Blocco Operatorio dell'Ospedale di Recanati, in occasione dell'inserimento di un infermiere neoassunto presso tale sede. Tale Blocco Operatorio è coordinato dal medesimo I.F.O. responsabile del Blocco Operatorio di Civitanova Marche, già intervistato nella fase qualitativa dello studio.

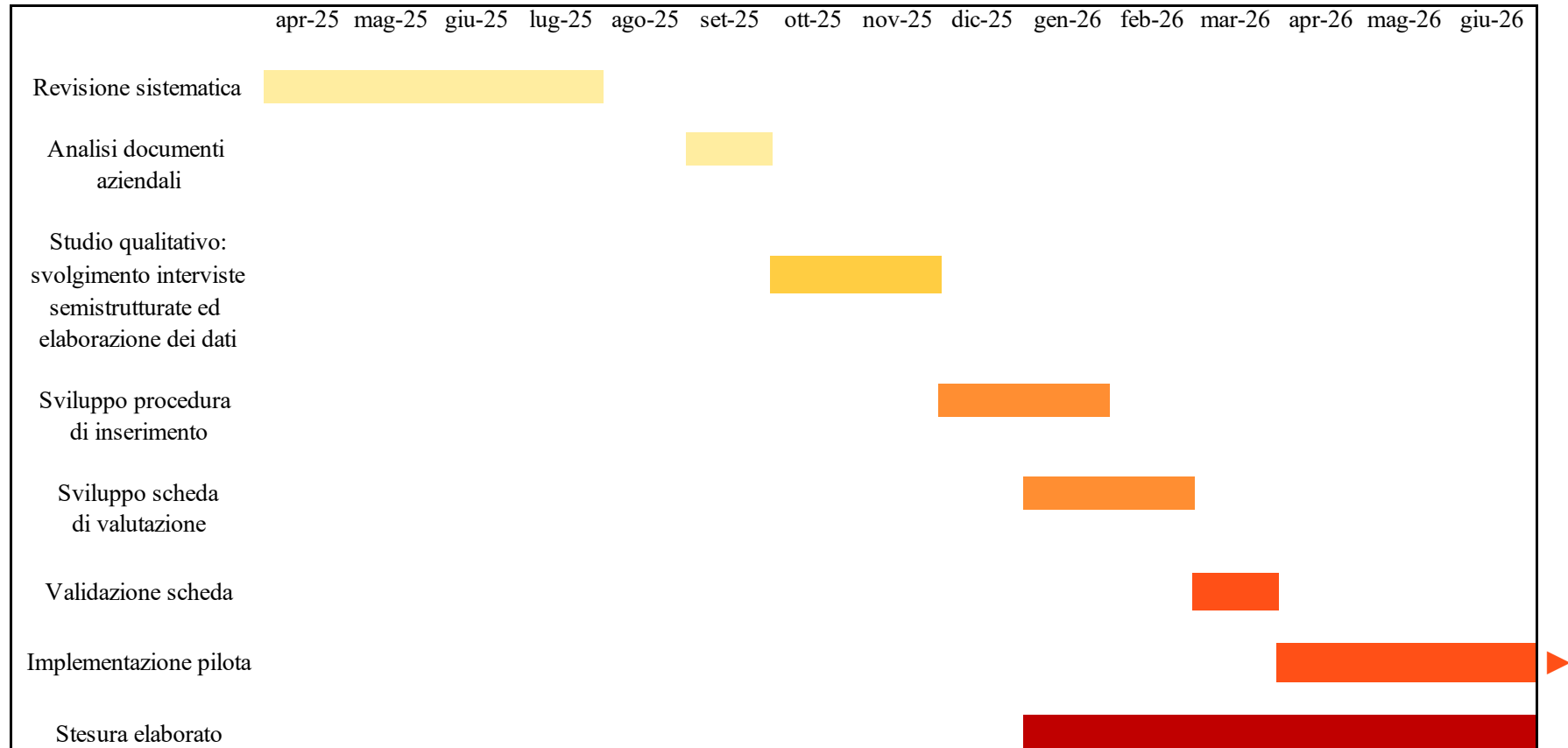
Il percorso di ricerca si è articolato in fasi successive distribuite nell'arco di tredici mesi, da aprile 2025 ad aprile 2026, con la stesura dell'elaborato condotta in parallelo a partire da gennaio 2026. La revisione sistematica della letteratura è stata svolta tra aprile e luglio 2025; l'analisi dei documenti aziendali a settembre 2025. Lo studio qualitativo, comprendente la conduzione delle interviste semistrutturate agli I.F.O. e la successiva analisi tematica dei dati, si è svolto tra ottobre e novembre 2025. Lo sviluppo della procedura di inserimento è stato condotto tra dicembre 2025 e gennaio 2026, mentre la

scheda di valutazione è stata elaborata tra gennaio e febbraio 2026. La validazione mediante expert review si è svolta a marzo 2026. La fase di implementazione pilota è stata avviata ad aprile 2026 ed è tuttora in corso. La stesura dell'elaborato è stata condotta tra gennaio e giugno 2026.

Le fasi dello studio sono illustrate nel diagramma di Gantt riportato nella Figura A.

Figura A

Diagramma di Gantt



Nota. La freccia indica la fase tuttora in corso al termine del periodo rappresentato.

3.8 Considerazioni etiche

Lo studio è stato condotto nel rispetto dei principi etici relativi alla ricerca in ambito sanitario e organizzativo. Trattandosi di uno studio osservativo-qualitativo condotto in ambito organizzativo, non è stata richiesta l'approvazione formale di un Comitato Etico; il percorso di ricerca è stato tuttavia condotto in piena aderenza ai principi della Dichiarazione di Helsinki relativi alla ricerca che coinvolge esseri umani (World Medical Association [WMA], 2024).

I partecipanti sono stati informati preventivamente sugli obiettivi dello studio, sulle modalità di conduzione delle interviste e sull'utilizzo dei dati raccolti esclusivamente per finalità di ricerca accademica. La partecipazione è avvenuta su base volontaria, previa disponibilità degli I.F.O. coinvolti ed espressione del consenso informato. I partecipanti non sono stati esposti a rischi di natura fisica, psicologica o professionale, in quanto le interviste hanno avuto a oggetto esclusivamente pratiche organizzative e professionali di dominio pubblico nell'ambito della propria attività lavorativa. Analogamente, i professionisti coinvolti nella fase di validazione mediante expert review hanno preso parte allo studio su base volontaria e previa informativa sullo scopo della raccolta dei dati. Anche in questo caso la partecipazione non ha comportato rischi di natura fisica, psicologia o professionale, essendo richiesto ai valutatori unicamente un giudizio tecnico sulla chiarezza degli indicatori della scheda, formulato nell'ambito delle proprie competenze professionali.

Al fine di tutelare i partecipanti, le informazioni raccolte sono state trattate in modo riservato e impiegate esclusivamente per le finalità dello studio. I dati della fase di validazione, raccolti presso un panel di dieci professionisti senza rilevazione di elementi identificativi, sono stati elaborati e presentati in forma aggregata e anonima. Per la fase qualitativa, condotta mediante interviste ai due I.F.O. di coordinamento, occorre invece riconoscere che il riferimento al ruolo ricoperto presso una specifica sede non consente un anonimato completo: trattandosi di figure istituzionalmente identificabili, la partecipazione si è svolta nella loro veste professionale e ha avuto a oggetto unicamente pratiche organizzative e formative di dominio pubblico, senza coinvolgere dati personali o informazioni di carattere sensibile. Le dichiarazioni sono state comunque riportate in forma sintetica e, ove significativo, mediante estratti testuali, limitando i riferimenti identificativi a quanto strettamente necessario all'analisi comparativa tra i due contesti.

L'intero processo di raccolta e analisi dei dati è stato condotto nel rispetto dei principi di correttezza scientifica, trasparenza metodologica e integrità nella presentazione dei risultati.

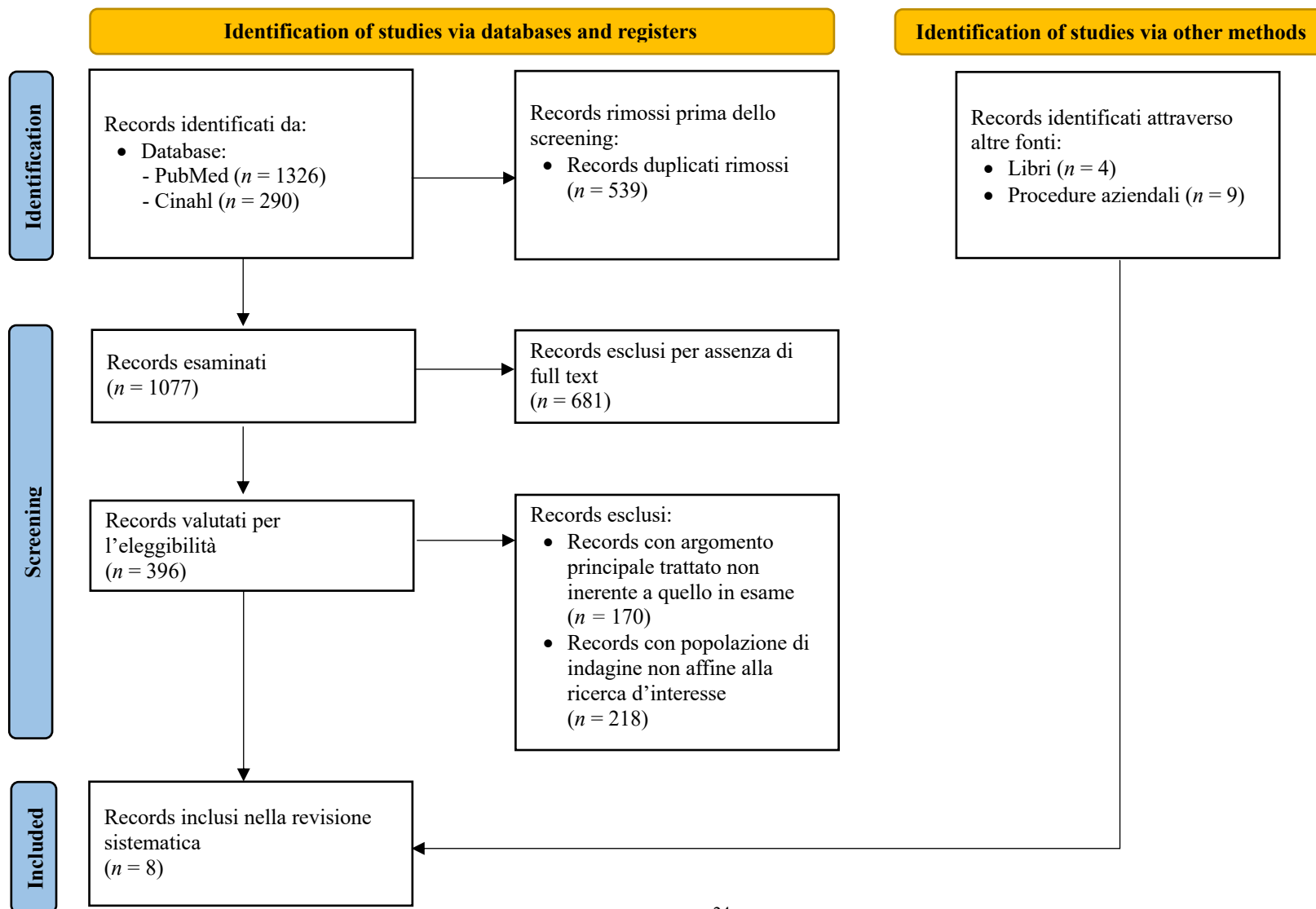
4. RISULTATI

4.1 Revisione sistematica della letteratura

La ricerca bibliografica condotta nelle banche dati PubMed e CINAHL ha identificato complessivamente 1.616 record, di cui 1.326 da PubMed e 290 da CINAHL. Dopo la rimozione di 539 duplicati, sono stati esaminati 1.077 record; di questi, 681 sono stati esclusi per assenza di full text. Dei 396 articoli valutati per l'eleggibilità, 170 sono stati esclusi perché l'argomento principale trattato non era inerente all'oggetto di studio e 218 perché la popolazione di indagine non era affine alla ricerca di interesse. Il processo di selezione ha condotto all'inclusione di 8 articoli scientifici. A questi sono stati aggiunti, attraverso la ricerca da altre fonti, 4 libri pubblicati in Italia e 9 procedure aziendali di inserimento dell'infermiere neoassunto già in essere nel contesto nazionale. Il processo di selezione degli studi è sintetizzato nel diagramma di flusso PRISMA riportato nella Figura B.

Figura B

PRISMA flow chart



Gli studi inclusi presentano disegni metodologici eterogenei: uno studio osservazionale (Valdes et al., 2023), due studi randomizzati controllati (Edwards et al., 2023; Zabaleta et al., 2024), due studi quasi-sperimentali (Schroyer et al., 2020; Manero-Solanas et al., 2024), uno studio Delphi (Sirevåg et al., 2021), una *scoping review* (Ernawaty et al., 2024) e uno studio descrittivo di fattibilità tecnica (Le Duff et al., 2023). I contesti geografici di provenienza includono Stati Uniti, Norvegia, Spagna, Francia, Giappone e Indonesia, con una prevalenza di studi provenienti dal contesto europeo e nordamericano.

Scelta del tutor

Secondo Orlandi (2015a), l'inserimento di un infermiere in una nuova unità operativa è un processo complesso e non lineare, il cui esito dipende in misura determinante dal supporto fornito al neoassunto attraverso un percorso standardizzato. L'autore individua la prima fase operativa di tale percorso nella scelta del tutor, descritto come un infermiere già inserito nell'unità operativa, in possesso di solide conoscenze teorico-pratiche, elevate competenze professionali e adeguate capacità caratteriali e relazionali, al quale viene affidato il compito di guidare il neoassunto verso l'acquisizione dell'autonomia professionale. Zerilli (2007) individua tra i compiti del tutor: agevolare l'inserimento nell'équipe assistenziale, informare e formare sulle dinamiche del nuovo contesto lavorativo, identificare le carenze formative e attivare interventi correttivi, valutare la performance in collaborazione con l'I.F.O. e individuare, insieme al neoassunto, il momento in cui questi può considerarsi autonomo. La responsabilità di selezionare il tutor è concordemente attribuita dalla letteratura all'I.F.O., che opera tale scelta sulla base dell'esperienza professionale maturata e delle capacità comunicative e relazionali del professionista designato; indicazione confermata da tutte le procedure di inserimento analizzate.

Nel panorama internazionale, gli studi esaminati documentano la progressiva affermazione del *mentoring* come strategia di supporto al neoassunto. In uno studio condotto su 70 infermieri neoassunti in un ospedale nel nord dell'Indiana, l'implementazione di un programma strutturato di mentoring ha prodotto un tasso di permanenza nell'unità operativa del 91% nel gruppo con mentoring attivo, rispetto al 66% del gruppo senza mentoring, con livelli significativamente più elevati di soddisfazione professionale e di morale (Schroyer et al., 2020). Il mentoring, insieme alla fornitura di esperienze pratiche e alla riflessione sulle esperienze lavorative, è stato identificato come

una delle componenti più efficaci dei programmi di inserimento, associato a miglioramenti nelle competenze professionali e a un aumento della soddisfazione lavorativa (Ernawaty et al., 2024).

Accoglienza

L'accoglienza è definita come “il complesso di iniziative e azioni programmate per fornire al nuovo assunto le informazioni per conoscere meglio l'ambiente in cui è entrato, l'unità e le attività a cui è destinato, le persone con cui dovrà collaborare” (Zerilli, 2007, p. 536). Le procedure di inserimento analizzate concordano nel declinare questa fase in un colloquio individuale a funzione prevalentemente informativa tra l'I.F.O. e il neoassunto, nel corso del quale vengono fornite informazioni sull'organizzazione della struttura, sui ruoli e le responsabilità del personale, sulle norme di sicurezza e sui rischi professionali, sugli obiettivi del percorso di inserimento e sulle modalità di valutazione. Il colloquio può essere efficacemente accompagnato dalla consegna di materiale informativo di supporto, che contribuisce a fornire al neoassunto una maggiore consapevolezza delle modalità operative della realtà aziendale e a favorire l'uniformità delle procedure di lavoro (Orlandi, 2015a).

Inserimento

Il termine inserimento designa il complesso di iniziative e azioni progettate per fornire supporto informativo e formativo al neoassunto durante il primo periodo di attività nella nuova realtà aziendale, avviando un percorso graduale di apprendimento e di partecipazione alle attività quotidiane (Zerilli, 2007). Le procedure e gli studi analizzati convergono nell'indicare in sei mesi una durata generalmente adeguata per tale periodo nel contesto perioperatorio considerato, articolato in due fasi distinte: una fase iniziale di affiancamento, in cui il neoassunto opera in soprannumero rispetto alle presenze giornaliere assumendo inizialmente un ruolo prevalentemente osservativo per poi passare gradualmente a un ruolo esecutivo, e una successiva fase di lavoro con supervisione, in cui il neoassunto viene inserito nei turni ordinari con un livello di autonomia progressivamente crescente sotto la guida del tutor. La durata dell'affiancamento è a sua volta variabile tra le diverse procedure analizzate, spaziando da alcuni giorni (ASS N°1 Triestina, 2009) fino a un mese (ASL Matera, 2013), in funzione del grado di autonomia raggiunto dal neoassunto e del livello di fiducia instauratosi tra questi e il tutor.

Sul piano internazionale, la scoping review di Ernawaty et al. (2024) documenta un'ampia variabilità nella durata dei programmi di inserimento per infermieri neoassunti, compresa tra due settimane e due anni a seconda della tipologia di programma e dei bisogni del singolo professionista. La review rileva inoltre che tali programmi si associano a un incremento di competenza, conoscenza, sicurezza e soddisfazione, oltre che a benefici organizzativi, e sottolinea l'importanza di una progettazione del percorso calibrata sulle caratteristiche e sui bisogni del neoassunto.

Sul piano dei contenuti formativi, le procedure esaminate presentano un diverso grado di dettaglio: alcune si limitano a prevedere l'affiancamento del neoassunto al tutor, senza specificare le fasi del percorso, mentre le due specificamente dedicate al Blocco Operatorio (ASL Bari, 2021; ASL Matera, 2013) articolano il percorso di apprendimento in modo progressivo e sequenziale. In queste ultime, una prima fase è orientata all'acquisizione delle conoscenze teorico-pratiche di base necessarie alla comprensione dell'organizzazione del contesto operatorio, con particolare riferimento alla gestione degli ambienti, ai principi di asepsi e antisepsi, alle procedure di sterilizzazione, all'accoglienza e preparazione del paziente e alla gestione intraoperatoria nei ruoli di infermiere circolante e di infermiere addetto all'assistenza anestesiológica. La formazione relativa al ruolo di infermiere strumentista, che richiede un livello più avanzato di conoscenze tecniche e competenze specifiche, è collocata al termine del percorso, dopo il raggiungimento dell'autonomia operativa nei primi due ruoli.

Accanto alle competenze tecnico-assistenziali, uno studio condotto su 106 infermieri di sala operatoria ha identificato sette categorie di Non-Technical Skills rilevanti per questo contesto: consapevolezza situazionale, *decision making*, comunicazione, *teamwork*, leadership, gestione dello stress e capacità di fronteggiare la fatica (Sirevåg et al., 2021). Lo studio ha evidenziato come molte di queste abilità siano praticate quotidianamente dai professionisti ma raramente nominate o insegnate in modo esplicito, sottolineando la necessità di integrarle nei programmi di formazione e inserimento del personale perioperatorio. Quanto agli strumenti formativi innovativi per lo sviluppo di tali competenze, tre studi inclusi nella revisione hanno esplorato l'utilizzo della simulazione in realtà virtuale, documentandone le potenzialità in termini di apprendimento e riduzione degli errori tecnici (Zabaleta et al., 2024; Edwards et al., 2023; Le Duff et al., 2023). Gli stessi studi segnalano tuttavia la presenza di aspetti critici, tra cui costi elevati, necessità

di infrastrutture dedicate e assenza di protocolli standardizzati, che rendono ancora difficile un'implementazione diffusa di questa tecnologia nei programmi di inserimento.

Valutazione

La valutazione è definita come l'espressione di un giudizio sistematico sul neoassunto, formulato dall'infermiere tutor e dall'I.F.O. attraverso un'analisi del percorso svolto e del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati (Orlandi, 2009). La struttura ideale del processo valutativo prevede tre momenti formali: a 1 mese, con funzione di verifica degli obiettivi a breve termine al termine del periodo di affiancamento; a 2-3 mesi, con funzione di monitoraggio degli obiettivi a medio termine e possibilità di definire ulteriori correttivi al piano di inserimento; a 6 mesi, con carattere certificativo, il cui esito positivo determina l'inserimento definitivo del neoassunto nello staff infermieristico (Orlandi, 2015b).

Dall'analisi delle procedure italiane emerge tuttavia una significativa variabilità applicativa: solo due procedure (ASL Bari, 2021; ASL Matera, 2013) seguono l'iter ideale delle tre valutazioni; la maggior parte (AORN Caserta, 2024; ARCS, 2022; ASL Alba, 2012; ASL VCO, 2020; Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano Torino, 2020) ne prevede due, una intermedia e una finale; due procedure (ASS Triestina; ASP Potenza, 2014) prevedono invece la sola valutazione finale.

L'efficacia di approcci valutativi continui e personalizzati è documentata da uno studio condotto su 488 infermieri neoassunti, che ha confrontato una coorte valutata prima dell'implementazione di un programma di onboarding basato sull'apprendimento personalizzato e una coorte valutata successivamente. La coorte sottoposta al programma ha conseguito risultati significativamente migliori nel punteggio complessivo e in tutti i domini di conoscenza esaminati ($p < 0,001$), incluso il pensiero critico, oltre a una maggiore soddisfazione professionale (Valdes et al., 2023).

Uno studio condotto su 63 infermieri neoassunti in un dipartimento d'emergenza ha evidenziato come l'integrazione tra la valutazione del tutor e l'autovalutazione del neoassunto, effettuata sia prima che dopo il percorso di inserimento, migliori significativamente la consapevolezza delle competenze acquisite (Manero-Solanas et al., 2024). Prima dell'intervento formativo i neoassunti tendevano a sovrastimare le proprie competenze rispetto al giudizio del tutor, con una differenza statisticamente significativa tra le due valutazioni ($p < 0,05$); al termine del percorso le differenze tra autovalutazione

e valutazione esterna non risultavano più statisticamente significative ($p>0,05$), segnalando un progressivo allineamento tra percezione soggettiva e performance reale. A fronte di tali evidenze, l'analisi delle procedure italiane mostra come nessuna di quelle esaminate preveda momenti di autovalutazione del neoassunto, né all'avvio né alla conclusione del percorso di inserimento.

Criticità rilevate

L'analisi degli studi e delle procedure esaminate ha confermato la presenza delle criticità documentate dalla letteratura internazionale, rilevando una significativa eterogeneità nelle modalità di applicazione pratica dei programmi di inserimento, con particolare riferimento alla variabilità nella struttura dei percorsi valutativi e alla scarsa diffusione di strumenti standardizzati specificamente dedicati al contesto del Blocco Operatorio. Un'analisi più approfondita delle implicazioni di tali criticità rispetto al progetto sviluppato è rinviata al capitolo della Discussione.

4.2 Analisi dei documenti aziendali

Il profilo professionale e la job description

Il documento aziendale *Definizione del profilo e organizzazione delle attività del personale infermieristico e di supporto dei Blocchi Operatori*, redatto nel dicembre 2023, definisce in modo strutturato la job description e il profilo di posto dell'infermiere di sala operatoria nelle due configurazioni presenti nell'AST – Blocco Operatorio DS-Ambulatoriale Complesso e Blocco Operatorio Multidisciplinare – nonché le attività dell'Operatore Socio Sanitario nel contesto perioperatorio. Il documento costituisce il riferimento normativo interno per la definizione delle competenze attese, delle responsabilità e delle attività specifiche dei professionisti che operano nei Blocchi Operatori delle sedi di Camerino, Civitanova Marche, Macerata, Recanati e San Severino Marche.

La job description identifica tre ruoli infermieristici distinti – strumentista, circolante e addetto all'assistenza anestesilogica – descrivendone le attività specifiche insieme a un nucleo di attività comuni a tutti i ruoli. Tra queste ultime figurano la gestione dell'assistenza perioperatoria nelle fasi pre-, intra- e post-operatoria, il mantenimento del campo sterile, la tracciabilità del processo di sterilizzazione, la gestione delle apparecchiature elettromedicali, la compilazione della documentazione infermieristica e

la partecipazione attiva alla gestione del rischio clinico mediante l'applicazione della Surgical Safety Checklist. Il documento dedica inoltre specifiche sottoaree alla gestione dello stress dell'operatore, alla comunicazione con la persona assistita e con l'équipe, e alla formazione continua, a testimonianza del fatto che il profilo professionale richiesto non si esaurisce nelle competenze tecnico-operative, ma include dimensioni relazionali, organizzative e comportamentali di rilievo.

Il profilo di posto, articolato in macroaree e sottoaree secondo il processo infermieristico – accertare, pianificare, attuare, valutare, gestire i percorsi assistenziali, gestire il rischio clinico – fornisce una descrizione analitica e operationalizzata delle competenze attese, configurandosi come strumento di riferimento dettagliato per la valutazione della performance professionale. Esso rappresenta pertanto la base su cui ancorare gli indicatori di valutazione del neoassunto, garantendo coerenza tra ciò che viene formalmente richiesto al professionista e ciò che viene effettivamente misurato nel percorso di inserimento.

Le schede di valutazione in uso nei Blocchi Operatori

L'analisi comparativa delle due schede di valutazione in uso nei Blocchi Operatori di Macerata e Civitanova Marche ha evidenziato differenze significative sia nella struttura sia nei contenuti, confermando l'assenza di uno strumento valutativo omogeneo a livello aziendale.

La scheda contenuta nel documento *Percorso formativo Blocco Operatorio*, in uso presso il Blocco Operatorio di Macerata, è strutturata in due sezioni distinte: la prima dedicata alla valutazione delle abilità tecniche, la seconda alla valutazione delle conoscenze teorico-pratiche. Ciascuna sezione comprende dieci indicatori, valutati su una scala Likert a cinque livelli, per un punteggio massimo complessivo di 100 punti. Le valutazioni sono previste in due momenti: al primo step (dopo 3 mesi) e al secondo step (dopo 6 mesi). Lo strumento è di impostazione prevalentemente tecnica, non differenzia gli indicatori in relazione ai tre ruoli infermieristici specifici del Blocco Operatorio e non include alcuna componente di autovalutazione da parte del neoassunto.

La scheda contenuta nel documento *Guida all'inserimento dell'infermiere professionale neo-assunto nel Blocco Operatorio*, in uso presso il Blocco Operatorio di Civitanova Marche, presenta una struttura articolata in quattro momenti valutativi – a 15 giorni, 30

giorni, 45 giorni e 6 mesi – con indicatori progressivamente più complessi in ciascuna fase, in coerenza con un modello formativo a step. I 34 indicatori sono formulati come comportamenti osservabili e descrivono le attività attese in relazione alla progressione del percorso di inserimento, con particolare attenzione al ruolo di infermiere circolante nella fase iniziale e al ruolo di strumentista in quella conclusiva. La scala di valutazione è di tipo Likert a quattro livelli, con soglia di idoneità fissata al punteggio 3 per ciascun indicatore e un massimo complessivo di 136 punti. Anche questo strumento non prevede una sezione di autovalutazione e non include indicatori espliciti relativi all'assistenza anestesiológica. Elaborata in un contesto organizzativo precedente alla fusione aziendale, la scheda riflette le specificità operative di quella singola struttura e non è direttamente trasferibile alle altre sedi dell'AST.

Entrambe le schede presentano limitazioni comuni: un livello di specificità insufficiente rispetto alla complessità dei ruoli perioperatori, la mancanza di indicatori esplicitamente riferiti alle competenze relazionali e comunicative, l'assenza di strumenti sistematici di autovalutazione e una formulazione degli item non sempre coerente con le attività descritte nella job description aziendale. Nessuna delle due è strutturata in modo da rilevare precocemente le lacune formative attraverso indicatori sensibili e differenziati per ruolo. A ciò si aggiunge un dato di ordine strutturale: nessuno dei due Blocchi Operatori analizzati disponeva, al momento dell'avvio del progetto, di una procedura formalizzata che descrivesse il percorso di inserimento del neoassunto nelle sue fasi, nei ruoli coinvolti e nelle responsabilità associate, né a livello dei singoli Blocchi né come strumento condiviso a livello di UOSD. La presenza degli strumenti valutativi in assenza di un quadro procedurale di riferimento ha rappresentato uno degli elementi che hanno più direttamente motivato la progettazione della procedura elaborata nel presente lavoro.

Il modello valutativo aziendale di riferimento

Il documento *Piano di apprendimento e valutazione infermiere ed esito periodo di prova*, adottato nelle Unità Operative dell'Ospedale di Macerata per il personale neoassunto non perioperatorio, è stato assunto come modello strutturale di riferimento per la standardizzazione degli strumenti valutativi, in quanto unico strumento conforme al nuovo CCNL 2022-2024 del comparto sanità in materia di periodo di prova. Coerentemente con tale disciplina, prevede tre momenti di valutazione formale, collocati rispettivamente a 15 giorni/1° mese, al 2° mese e al 4° mese. Per ciascuna valutazione è

prevista l'indicazione della data, del punteggio complessivo raggiunto e dell'esito – espresso secondo quattro livelli: insufficiente, sufficiente, buono e ottimo – nonché uno spazio per eventuali osservazioni e la firma dell'I.F.O. e del neoassunto per presa visione, a garanzia della tracciabilità e della trasparenza del processo.

Gli indicatori di valutazione sono organizzati in due macroaree distinte: la prima dedicata alle competenze tecnico-assistenziali e organizzative, la seconda alle caratteristiche comportamentali, relazionali e di professionalità. Ciascuna macroarea è articolata in sottoaree tematiche – precisione e uso di metodologie, responsabilità verso l'organizzazione, responsabilità verso la professione, capacità di relazionarsi, uso di un comportamento etico, controllo del proprio comportamento e cooperazione nel gruppo, rispetto della normativa vigente – per un totale di 50 indicatori, ciascuno valutato su una scala Likert a cinque livelli con descrittori comportamentali. Lo strumento prevede infine una sezione dedicata alle competenze specifiche dell'Unità Operativa di assegnazione, in cui ciascuna realtà inserisce gli indicatori pertinenti al proprio contesto clinico-assistenziale, riconoscendo che le competenze richieste variano significativamente a seconda del setting.

Sintesi del confronto documentale

Dal confronto tra gli strumenti emerge uno scarto rilevante. Le schede in uso nei Blocchi Operatori di Macerata e Civitanova Marche, di impostazione prevalentemente tecnica ed eterogenee tra loro, non sono differenziate per ruolo, non sono accompagnate da un quadro procedurale di riferimento né risultano allineate al nuovo CCNL. Il *Piano di apprendimento e valutazione infermiere ed esito periodo di prova*, benché utilizzato solo nelle Unità Operative non perioperatorie dell'Ospedale di Macerata e non esteso all'intera AST, è l'unico strumento conforme al nuovo CCNL e offre una struttura valutativa standardizzata, pur non declinata sulle specificità del contesto perioperatorio. Ne deriva l'assenza, nel contesto aziendale, di uno strumento che coniughi la conformità normativa e l'impianto standardizzato di quest'ultimo con la specificità richiesta dal Blocco Operatorio.

4.3 Indagine esplorativa presso i Blocchi Operatori dell'AST Macerata

L'analisi tematica delle interviste condotte presso gli I.F.O. dei Blocchi Operatori di Macerata e di Civitanova Marche ha consentito di rilevare, in prospettiva comparativa,

elementi di convergenza e specificità contestuali relativi a cinque aree tematiche: l'organizzazione del processo di inserimento, i contenuti e i criteri di valutazione, le modalità e gli strumenti di valutazione, le criticità e le proposte di miglioramento, e l'impatto del processo valutativo.

Organizzazione del processo di inserimento

Entrambi gli I.F.O. descrivono il percorso di inserimento come un processo strutturato e progressivo, avviato fin dal primo giorno con un colloquio individuale di accoglienza nel quale vengono presentati l'organizzazione del Blocco Operatorio, i ruoli infermieristici specifici del contesto perioperatorio e le modalità del percorso formativo. L'I.F.O. di Macerata descrive il percorso come articolato in fasi successive, sottolineando come fin dall'incontro iniziale vengano illustrati *“i principali ruoli ricoperti dall'infermiere di blocco operatorio [circolante, addetto all'assistenza anestesilogica e strumentista] con una spiegazione dettagliata delle responsabilità specifiche associate a ciascuna funzione”*. Anche sulla sequenza di acquisizione dei ruoli i due I.F.O. convergono: in entrambi i contesti il neoassunto inizia il percorso nel ruolo di infermiere circolante o di infermiere addetto all'assistenza anestesilogica, in base alle esigenze organizzative del momento, acquisendo progressivamente le competenze in entrambi i ruoli prima di accedere alla formazione come infermiere strumentista, ruolo che richiede tempi più estesi e un livello più avanzato di competenze tecnico-operative, e che viene pertanto avviato solo dopo il raggiungimento dell'autonomia nelle due funzioni precedenti.

Le differenze emergono principalmente nelle tempistiche delle valutazioni formali: il Blocco Operatorio di Macerata prevede due momenti valutativi, collocati a 3 e 6 mesi, mentre quello di Civitanova Marche adotta una scansione più frequente, articolata in quattro tappe a 15, 30 e 45 giorni e a 6 mesi, con l'obiettivo dichiarato di intercettare precocemente le eventuali difficoltà nella fase iniziale. Entrambi gli I.F.O. concordano nel ritenere che il percorso di inserimento non possa esaurirsi entro il periodo di prova contrattuale di 4 mesi previsto dal CCNL, in ragione dell'elevata complessità assistenziale e tecnologica del contesto operatorio. L'I.F.O. di Macerata sottolinea a tal proposito che *“entro i primi sei mesi il professionista deve essere in grado di operare in autonomia all'interno di almeno una specialità”*, evidenziando come il raggiungimento di una piena autonomia operativa richieda un arco temporale più esteso rispetto a quello previsto dal solo periodo di prova.

Riguardo al coinvolgimento delle figure professionali, in entrambi i contesti i protagonisti principali del processo valutativo sono il tutor e l'I.F.O. L'I.F.O. di Civitanova Marche segnala un contributo informale ma significativo proveniente anche dai colleghi dell'équipe e dai chirurghi, il cui feedback viene integrato nella valutazione complessiva del percorso, osservando che tali apporti sono *“utili a definire un quadro più completo della performance del neoassunto nelle diverse situazioni operative”*. In nessuno dei due contesti è previsto un contributo formale strutturato da parte dell'équipe multidisciplinare, né un coinvolgimento sistematico del neoassunto attraverso forme di autovalutazione.

Contenuti e criteri di valutazione

I due I.F.O. concordano nell'indicare le competenze tecnico-professionali come la dimensione maggiormente rappresentata negli strumenti valutativi attualmente in uso, con particolare attenzione alla gestione della sala operatoria, all'applicazione delle procedure di asepsi e antisepsi, alla gestione della strumentazione chirurgica ed elettromedicale e al rispetto dei protocolli operativi.

Entrambi riconoscono tuttavia che le competenze relazionali e comunicative, pur ritenute determinanti per il buon funzionamento del team chirurgico, risultano insufficientemente rappresentate nelle schede attuali, valutate in modo marginale e con indicatori poco specifici. L'I.F.O. di Civitanova Marche osserva: *“Le capacità del neoassunto di integrarsi nel team, comunicare in modo efficace con i colleghi e collaborare nelle diverse fasi dell'intervento vengono valutate solo superficialmente”*, pur rappresentando una dimensione centrale in un contesto multidisciplinare ad alta intensità operativa.

L'I.F.O. di Macerata sottolinea in particolare l'assenza di una descrizione dettagliata delle attività e delle fasi procedurali legate alle diverse specialità chirurgiche, rilevando come la genericità degli indicatori renda difficoltosa la valutazione puntuale delle competenze tecniche avanzate richieste in ciascun settore. Ritiene necessario rendere gli indicatori più specifici e sensibili, formulandoli in modo da descrivere comportamenti osservabili e misurabili, differenziati per ruolo e capaci di rilevare precocemente eventuali lacune formative, superando l'attuale impostazione generale che *“non consente di cogliere in modo dettagliato le specificità tecniche legate ai diversi ruoli”*. L'I.F.O. di Civitanova Marche, pur condividendo la necessità di rafforzare la componente relazionale, pone l'accento sulla gestione delle dinamiche interprofessionali e sull'adattamento ai diversi

stili comunicativi presenti in sala, dichiarando come la qualità delle relazioni professionali sia determinante per garantire fluidità, sicurezza e coordinamento nell'attività operatoria.

Entrambi gli I.F.O. riconoscono il valore dell'autovalutazione come strumento di sviluppo della consapevolezza professionale. L'I.F.O. di Macerata ritiene che l'introduzione di tale strumento *“potrebbe rappresentare un elemento di significativo valore aggiunto”*, in quanto consentirebbe di comprendere non solo il livello di competenza iniziale del neoassunto, ma anche il suo grado di consapevolezza professionale. Entrambi segnalano tuttavia che le attuali condizioni organizzative non consentono di prevedere momenti strutturati di autovalutazione formale, in ragione dei vincoli di tempo e delle esigenze operative del contesto.

Modalità e strumenti di valutazione

In entrambi i contesti la raccolta delle informazioni necessarie alla valutazione avviene prevalentemente attraverso l'osservazione diretta e continuativa della performance del neoassunto da parte del tutor, integrata dal confronto quotidiano tra tutor e neoassunto e dal feedback informale dei colleghi. Tale contributo, pur non essendo formalizzato in uno strumento dedicato, viene ritenuto prezioso per definire un quadro più completo della performance del neoassunto nelle diverse situazioni operative. L'I.F.O. di Macerata sottolinea come le osservazioni dei membri dell'équipe risultino *“spesso preziose per identificare precocemente punti di forza o criticità non immediatamente riscontrabili attraverso la sola osservazione diretta”*.

In entrambi i Blocchi Operatori sono previsti momenti di confronto strutturato tra tutor e I.F.O., finalizzati a monitorare l'andamento del percorso, a discutere eventuali criticità e a pianificare interventi correttivi. L'I.F.O. di Civitanova Marche specifica che, in presenza di criticità significative, a questi incontri partecipa anche il neoassunto, garantendo un confronto diretto e trasparente. Il feedback al neoassunto viene restituito in entrambi i contesti principalmente attraverso colloqui individuali programmati in corrispondenza delle valutazioni formali, affiancati da un riscontro quotidiano e immediato da parte del tutor, orientato al rinforzo dei comportamenti corretti e alla correzione tempestiva degli errori. L'I.F.O. di Macerata precisa che in tutte le occasioni si cerca di *“mantenere un clima costruttivo, orientato all'apprendimento, affinché il nuovo infermiere percepisca il*

processo valutativo non come un giudizio, ma come uno strumento di crescita professionale”.

Criticità e proposte di miglioramento

Entrambi gli I.F.O. esprimono una valutazione critica degli strumenti valutativi attualmente in uso, ritenendoli non adeguati a descrivere e monitorare in modo completo il profilo di competenze richiesto all’infermiere del Blocco Operatorio. I limiti identificati convergono su elementi comuni: la scarsa specificità degli indicatori, la difficoltà di intercettare precocemente le lacune formative, lo squilibrio tra la componente tecnica e quella relazionale e la mancanza di coerenza con i profili professionali formalizzati nel documento aziendale. L’I.F.O. di Civitanova Marche sintetizza questa valutazione osservando che la scheda attuale *“riflette solo in parte il complesso di competenze richieste a un infermiere che opera nel Blocco Operatorio [...], non risulta pienamente rappresentativa della multidimensionalità delle abilità necessarie”.*

Lo stesso I.F.O. aggiunge una criticità di ordine strutturale, segnalando la mancanza di una vera istituzionalizzazione del processo valutativo: il neoassunto non viene informato in modo formale e trasparente, fin dal primo giorno, sulle modalità, i criteri e le finalità della valutazione, con ricadute negative sulla percezione di serietà e autorevolezza dello strumento. A suo avviso *“è fondamentale che il neoassunto sia informato fin dal primo giorno su come avverrà la valutazione, su quali aspetti verranno analizzati e sulle possibili implicazioni”*, poiché questa dimensione risulta ancora poco sviluppata in entrambi i contesti. L’I.F.O. di Macerata individua invece nella variabilità tecnica delle procedure chirurgiche un ostacolo oggettivo alla standardizzazione degli indicatori di valutazione per specialità, rilevando come *“per numerose tipologie di intervento non esiste una singola procedura codificata, ma una pluralità di varianti tecniche adottate nella pratica quotidiana”.*

Entrambi concordano sulla necessità di progettare una scheda di valutazione aggiornata, fondata su indicatori osservabili e misurabili, coerente con la job description e il profilo di posto definiti nel documento aziendale e articolata per i tre ruoli specifici del Blocco Operatorio. L’I.F.O. di Macerata precisa che tale aggiornamento dovrebbe prevedere una revisione delle diverse voci *“allineandole alla job description e al profilo di posto”*, così da *“garantire uniformità tra ciò che viene richiesto professionalmente e ciò che viene*

valutato”. Entrambi sostengono inoltre l’utilità di uno strumento valutativo omogeneo tra i diversi Blocchi Operatori dell’AST, pur con la possibilità di prevedere sezioni adattabili alle specificità organizzative e specialistiche di ciascuna sede.

Impatto del processo valutativo

I due I.F.O. condividono una visione convergente riguardo all’impatto di un processo valutativo ben strutturato sulla motivazione, sulla sicurezza professionale e sulla fidelizzazione del personale neoassunto. Entrambi riconoscono che un percorso chiaro, trasparente e coerente contribuisce a ridurre l’incertezza percepita nelle prime fasi dell’inserimento, a sviluppare il senso di autoefficacia del neoassunto e a trasmettere l’immagine di un’organizzazione solida e professionale, favorendo il senso di appartenenza e la permanenza nell’Unità Operativa. L’I.F.O. di Civitanova Marche osserva che un sistema chiaro e condiviso trasmette *“l’idea di un’organizzazione solida, nella quale il professionista è chiamato a operare secondo criteri condivisi”*, contribuendo a ridurre l’incertezza tipica delle prime fasi dell’inserimento.

L’I.F.O. di Macerata sottolinea come coinvolgere il neoassunto in ogni fase dell’attività assistenziale, anche negli aspetti apparentemente più elementari, eviti di dare per scontato un bagaglio formativo pregresso e rafforzi la sicurezza professionale, riducendo lo stress legato al timore di non essere all’altezza delle aspettative. A tal proposito, precisa: *“Quando gli obiettivi formativi sono esplicitati e il feedback è tempestivo e costruttivo, il neoassunto sviluppa un maggiore senso di autoefficacia e percepisce un supporto organizzativo reale.”*. Entrambi concordano infine che una scheda di valutazione aggiornata e completa possa contribuire in modo significativo alla fidelizzazione del personale, pur riconoscendo che tale obiettivo dipende da una combinazione di fattori individuali, organizzativi e professionali che vanno al di là del solo strumento valutativo. A riguardo, l’I.F.O. di Macerata sottolinea: *“La fidelizzazione non dipende esclusivamente dagli strumenti valutativi, ma è il risultato di una combinazione di fattori individuali, organizzativi e professionali”*.

4.4 La procedura di inserimento

La procedura di inserimento del personale infermieristico neoassunto/trasferito nel Blocco Operatorio si configura come uno strumento operativo articolato in quattro fasi successive e interdipendenti: la scelta del tutor, l’accoglienza, l’inserimento e la

valutazione. Lo strumento è progettato per essere applicato nei Blocchi Operatori di Camerino, Civitanova Marche, Macerata, Recanati e San Severino Marche.

La fase di scelta del tutor definisce i criteri che l'I.F.O. deve applicare nell'individuazione del professionista esperto a cui affiancare il neoassunto. Tra le caratteristiche richieste figurano l'esperienza clinico-assistenziale avanzata nel contesto del Blocco Operatorio, le capacità comunicative e relazionali, la predisposizione alla funzione educativa e la motivazione allo sviluppo professionale; la fase definisce inoltre i relativi obiettivi formativi che il tutor è chiamato a perseguire.

La fase di accoglienza è centrata su un colloquio individuale tra l'I.F.O. e il neoassunto, da svolgersi entro la prima settimana dall'assegnazione. Nel corso del colloquio vengono fornite informazioni sull'organizzazione del Blocco Operatorio, sui ruoli infermieristici specifici del contesto perioperatorio, sui rischi professionali e sui dispositivi di protezione individuale, sulle procedure in uso, sulla job description e sul profilo di posto previsti dal documento aziendale di riferimento, nonché sugli obiettivi a breve, medio e lungo termine del percorso di inserimento. In questa sede viene presentata anche la scheda di valutazione, illustrandone le modalità di utilizzo e le tempistiche previste.

La fase di inserimento ha una durata complessiva di sei mesi e si articola in due modalità operative distinte e progressive: l'affiancamento, durante il quale il neoassunto opera in sovrannumero rispetto alle presenze giornaliere con un ruolo inizialmente osservativo e progressivamente esecutivo, e il lavoro con supervisione, nel quale il neoassunto viene inserito nei turni ordinari con un livello di autonomia crescente sotto la guida del tutor. Il percorso formativo è strutturato in tre blocchi sequenziali: due mesi dedicati alla formazione nel ruolo di infermiere circolante, di cui un mese in affiancamento e uno in lavoro con supervisione; due mesi dedicati alla formazione nel ruolo di infermiere addetto all'assistenza anestesilogica, con la medesima articolazione; due mesi dedicati alla formazione nel ruolo di infermiere strumentista, interamente in modalità di lavoro con supervisione e riferiti esclusivamente a interventi chirurgici di media-bassa complessità. L'ordine di svolgimento delle prime due formazioni può variare in base alle esigenze organizzative del Blocco Operatorio. Al termine dei primi quattro mesi – coincidenti con il periodo di prova contrattuale previsto dal CCNL 2022-2024 per il personale del comparto sanità – il professionista deve aver acquisito l'autonomia operativa di base nei

ruoli di infermiere circolante e di infermiere addetto all'assistenza anestesiologicala. La formazione nel ruolo di infermiere strumentista viene avviata successivamente, dopo il raggiungimento di tale autonomia. Per ciascun ruolo la procedura definisce i principali focus formativi, declinando le attività specifiche che il neoassunto è chiamato ad acquisire progressivamente nel corso del percorso, in coerenza con le attività descritte nella job description del documento aziendale di riferimento.

La fase di valutazione prevede cinque momenti formali distribuiti lungo l'intero percorso di inserimento. Le prime tre valutazioni – collocate rispettivamente a 15 giorni/1° mese, al 2° mese e al 4° mese – sono raccordate con le tempistiche del periodo di prova contrattuale e prevedono la compilazione della scheda di valutazione con gli indicatori comuni a tutti i ruoli del Blocco Operatorio e, a partire dalla seconda valutazione, con gli indicatori specifici del ruolo in cui il neoassunto è inserito. Le valutazioni al 5° e al 6° mese sono invece dedicate esclusivamente alla verifica delle competenze acquisite nel ruolo di infermiere strumentista, mediante apposita sezione della scheda. In concomitanza con ciascuna valutazione è previsto un colloquio strutturato tra tutor, I.F.O. e neoassunto, nel quale viene condivisa la valutazione effettuata, il professionista è invitato a esprimere le proprie considerazioni sul percorso svolto e si promuove un confronto guidato volto a individuare eventuali scostamenti tra la percezione soggettiva e la performance osservata. Tale colloquio costituisce il momento di autovalutazione del neoassunto, integrato in forma dialogica all'interno del processo valutativo.

La matrice delle responsabilità formalizza il ruolo di ciascun attore coinvolto nel processo: l'I.F.O. è responsabile dell'individuazione e nomina del tutor, dell'accoglienza, della valutazione degli obiettivi e della verifica dell'applicazione della procedura; il tutor è responsabile dell'inserimento operativo e contribuisce alla valutazione; il neoassunto è coinvolto attivamente in tutte le fasi; il Servizio Professioni Sanitarie è informato e svolge un ruolo di raccordo istituzionale.

La procedura completa è riportata nell'Appendice B.

4.5 La scheda di valutazione

La scheda di valutazione del processo di inserimento nel Blocco Operatorio si configura come uno strumento strutturato in due sezioni distinte, corrispondenti alle due fasi del

percorso formativo. La prima sezione è dedicata alla valutazione delle competenze comuni a tutti i ruoli infermieristici del Blocco Operatorio e delle competenze specifiche dei ruoli di infermiere circolante e di infermiere addetto all'assistenza anestesiológica, ed è articolata in tre momenti valutativi – collocati rispettivamente a 15 giorni/1° mese, al 2° mese e al 4° mese – raccordati con il periodo di prova contrattuale previsto dal CCNL. La seconda sezione è dedicata alla valutazione delle competenze specifiche del ruolo di infermiere strumentista, con due momenti valutativi a carattere formativo collocati al 5° e al 6° mese.

Gli indicatori della prima sezione sono introdotti in modo progressivo in relazione alle fasi del percorso formativo: nella prima valutazione sono inclusi esclusivamente gli indicatori relativi alle competenze comuni a tutti i ruoli del Blocco Operatorio; nella seconda valutazione si aggiungono quelli specifici del ruolo di inserimento iniziale, sia esso quello di infermiere circolante o di infermiere addetto all'assistenza anestesiológica; nella terza valutazione figurano gli indicatori specifici di entrambi i ruoli, poiché entro il termine del periodo di prova contrattuale il professionista deve aver acquisito l'autonomia operativa di base in entrambe le funzioni. Gli indicatori comuni a tutti i ruoli sono organizzati in sette sottoaree tematiche: precisione e uso di metodologie, responsabilità verso l'organizzazione, responsabilità verso la professione, capacità di relazionarsi, uso di comportamento etico, controllo del proprio comportamento e cooperazione nel gruppo, rispetto della normativa vigente. Le sette sottoaree raccolgono complessivamente 24 indicatori comuni, ai quali si aggiungono 17 indicatori specifici per il ruolo di infermiere circolante e 9 per il ruolo di infermiere addetto all'assistenza anestesiológica, per un totale di 50 indicatori valutati nelle prime tre fasi. Alcuni indicatori sono contrassegnati come imprescindibili mediante evidenziazione in verde: la loro valutazione positiva è ritenuta necessaria indipendentemente dal punteggio totale conseguito. Ciascun indicatore è valutato su una scala Likert a cinque livelli, con descrittori comportamentali che vanno dalla negatività assoluta (1) alla piena padronanza con proposta di soluzioni innovative (5). Il punteggio complessivo determina l'esito della valutazione secondo quattro livelli: insufficiente (50-100), sufficiente (101-150), buono (151-200) e ottimo (201-250). Agli indicatori non osservabili nel periodo di riferimento o in uno specifico setting di assegnazione può essere attribuita la sigla N.V. (non valutabile), con attribuzione convenzionale del punteggio 3 ai fini del calcolo totale.

La seconda sezione, dedicata al ruolo di infermiere strumentista, comprende 20 indicatori specifici riferiti all'attività di strumentazione chirurgica in interventi di media-bassa complessità, valutati con la medesima scala a cinque livelli. Le valutazioni al 5° e al 6° mese hanno carattere formativo e il loro esito è espresso come positivo o negativo, distinto dall'esito del periodo di prova contrattuale. La scala di punteggio per questa sezione prevede quattro livelli: insufficiente (20-50), sufficiente (51-75), buono (76-90) e ottimo (91-100).

Per ciascuna delle cinque valutazioni è previsto uno spazio per l'indicazione della data, del punteggio conseguito, dell'esito e di eventuali osservazioni da parte del tutor e dell'I.F.O., nonché la firma dell'I.F.O. e del neoassunto per presa visione, a garanzia della tracciabilità e della trasparenza del processo valutativo. In corrispondenza di ciascuna valutazione formale è inoltre riservato uno spazio dedicato alle osservazioni del neoassunto, distinto da quello compilato dal tutor e dall'I.F.O.: tale spazio è destinato a raccogliere gli elementi emersi dal colloquio strutturato che accompagna ogni momento valutativo, con particolare riferimento alle eventuali discrepanze tra la valutazione espressa dal tutor e la percezione soggettiva del neoassunto rispetto al proprio percorso, nonché agli aspetti che il professionista ritiene significativi ai fini della propria crescita professionale. Questo spazio costituisce la formalizzazione scritta dell'autovalutazione del neoassunto e ne documenta la componente dialogica e riflessiva del processo valutativo, restituendo al professionista un ruolo attivo nella documentazione del proprio percorso di inserimento.

4.6 Risultati della validazione della scheda di valutazione

Su un totale di 700 valutazioni espresse – 70 indicatori per 10 valutatori – la grande maggioranza ha ricevuto un giudizio unanimemente positivo. Sessantacinque indicatori su 70 hanno ottenuto il 100% di risposte “chiaro” da parte di tutti i membri del panel, indipendentemente dal Blocco Operatorio di provenienza. Cinque indicatori hanno invece registrato almeno una risposta “non chiaro”: due appartenenti alla sezione comune ai tre ruoli infermieristici (indicatori 2 e 5), due appartenenti alla sezione specifica dell'infermiere circolante (indicatori 25 e 30) e uno appartenente alla sezione specifica dell'infermiere strumentista (indicatore 2). La distribuzione delle risposte per ciascuno di

questi indicatori è riportata nella Tabella A; la rappresentazione grafica della stessa distribuzione, con evidenza della soglia critica del 30%, è illustrata nella Figura C.

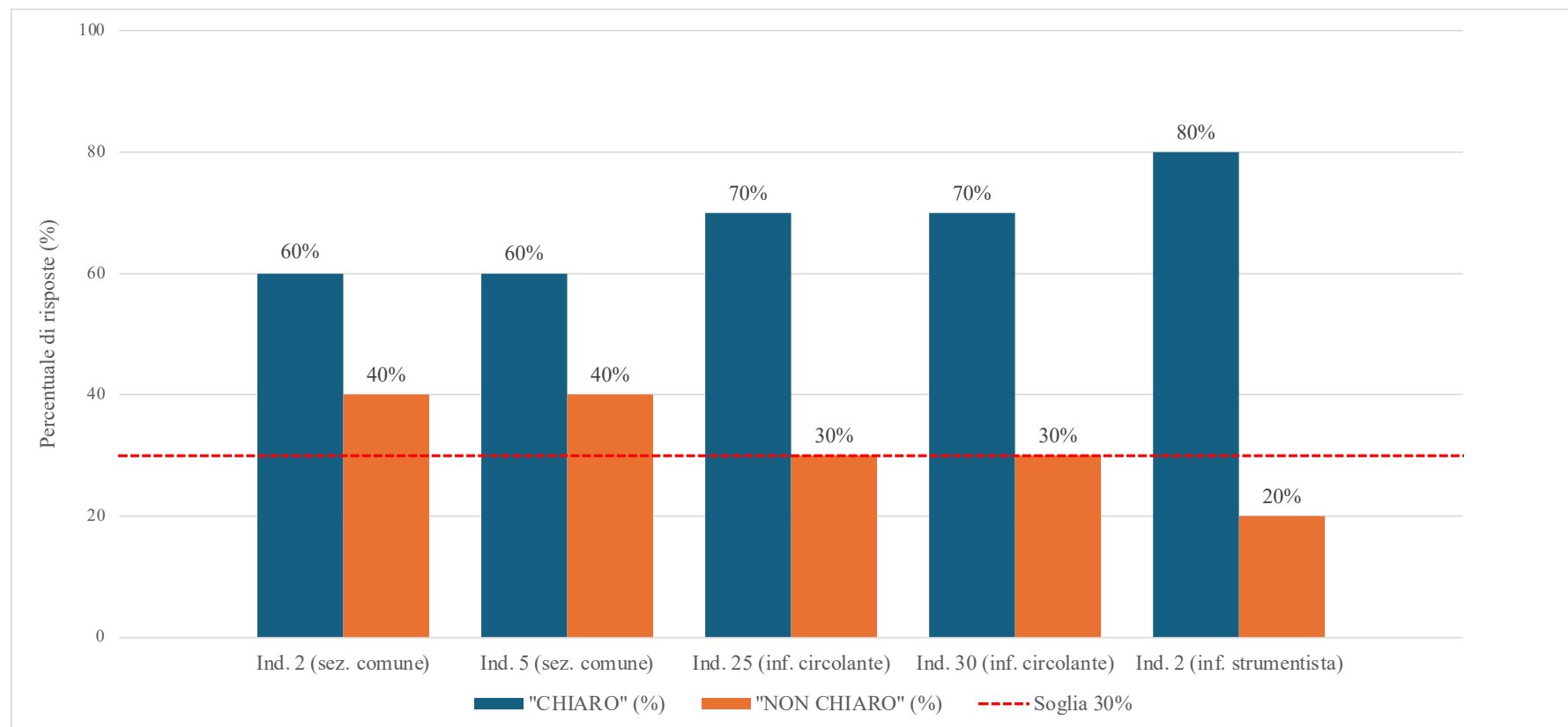
Tabella A

Indicatori con almeno una risposta “non chiaro”: frequenze assolute e percentuali (n = 10)

INDICATORE	SEZIONE	FREQUENZA ASSOLUTA “CHIARO”	% “CHIARO”	FREQUENZA ASSOLUTA “NON CHIARO”	% “NON CHIARO”
2	Comune a tutti i ruoli	6	60%	4	40%
5	Comune a tutti i ruoli	6	60%	4	40%
25	Infermiere circolante	7	70%	3	30%
30	Infermiere circolante	7	70%	3	30%
2	Infermiere strumentista	8	80%	2	20%

Figura C

Distribuzione delle risposte “chiaro” e “non chiaro” per gli indicatori con almeno una valutazione negativa



Nota. $n = 10$ valutatori. La linea tratteggiata indica la soglia del 30% adottata come criterio di priorità per la revisione: gli indicatori per i quali la percentuale di risposte “non chiaro” raggiunge o supera tale valore sono stati identificati come critici e sottoposti a revisione sostanziale della formulazione. Gli indicatori al di sotto della soglia sono stati oggetto di intervento conservativo o non sono stati modificati.

Come evidenziato in Figura C, la soglia critica del 30% – adottata come criterio di priorità per la revisione – è stata raggiunta o superata da quattro dei cinque indicatori critici. Gli indicatori 2 e 5 della sezione comune hanno registrato la frequenza di risposta “non chiaro” più elevata, pari al 40% ($n = 4$), mentre gli indicatori 25 e 30 della sezione relativa all’infermiere circolante si sono collocati esattamente sulla soglia, con una frequenza del 30% ($n = 3$). Questi quattro indicatori sono stati pertanto identificati come prioritari e sottoposti a revisione sostanziale. L’indicatore 2 della sezione relativa all’infermiere strumentista ha invece registrato una frequenza di risposte “non chiaro” pari al 20% ($n = 2$), al di sotto della soglia definita, ed è stato oggetto di un intervento conservativo limitato a una precisazione lessicale. I commenti forniti dai valutatori in corrispondenza degli indicatori valutati come “non chiaro” hanno consentito di identificare con precisione la natura delle criticità segnalate e di orientare la revisione mirata di ciascun item.

Gli indicatori 2 e 5 della sezione comune – rispettivamente dedicati al riconoscimento e all’applicazione dei percorsi sporco/pulito del Blocco Operatorio e all’applicazione delle procedure di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA) – sono stati segnalati dai quattro valutatori che li avevano giudicati “non chiari” come concettualmente sovrapposti, ritenendo che le procedure ICA rappresentino parte integrante della gestione dei percorsi sporco/pulito e che la loro separazione in due indicatori distinti generasse ridondanza e ambiguità nella valutazione. I valutatori hanno pertanto suggerito di accorpare i due item in un unico indicatore. Recependo tale indicazione, nella versione definitiva della scheda i due indicatori sono stati fusi in un unico item, con conseguente rinumerazione progressiva degli indicatori successivi.

L’indicatore 25 della sezione relativa all’infermiere circolante – nella versione preliminare focalizzato sulla verifica della corretta collocazione e del buon funzionamento delle sole apparecchiature elettromedicali – è stato segnalato da tre valutatori come eccessivamente ridondante nella formulazione e parzialmente incompleto sul piano contenutistico, in quanto non contemplava la collaborazione con lo strumentista nella verifica complessiva del materiale necessario all’intervento chirurgico. I valutatori hanno individuato quindi una duplice criticità: prolissità redazionale e incompletezza contenutistica. A fronte di tali osservazioni, l’indicatore è stato riformulato nella versione definitiva come segue: “Verifica e controlla in collaborazione con lo strumentista tutto il materiale necessario per l’intervento chirurgico (strumentario, dispositivi medici,

strumenti elettromedicali) e predispone l'ambiente operatorio in relazione all'intervento programmato".

L'indicatore 30, sempre relativo all'infermiere circolante, è stato giudicato "non chiaro" da tre valutatori a causa del riferimento all'accertamento infermieristico perioperatorio, ritenuto eccessivamente generico e concettualmente distinto rispetto alle attività di compilazione documentale descritte nella seconda parte dell'enunciato. I valutatori hanno rilevato un'eterogeneità interna all'item, con la coesistenza di due azioni di natura diversa all'interno di un unico indicatore. Tenendo conto di quanto emerso, il riferimento all'accertamento infermieristico è stato eliminato e l'indicatore è stato riformulato nella versione definitiva come segue: "Compila e aggiorna la documentazione infermieristica in relazione alle attività assistenziali svolte durante l'intervento chirurgico (conteggio garze e taglienti, check-list tracciabilità della sterilizzazione e del materiale impiantato)".

L'accorpamento degli indicatori 2 e 5 ha ridotto da 50 a 49 il numero totale degli indicatori delle sezioni comuni e specifiche per i ruoli di infermiere circolante e infermiere addetto all'assistenza anestesiológica. I valutatori hanno altresì segnalato l'assenza, nella versione preliminare della scheda, di un indicatore relativo alla verifica della corretta compilazione e firma congiunta della documentazione infermieristica al termine dell'intervento chirurgico, attività ritenuta rilevante ai fini della sicurezza e della tracciabilità clinica e non adeguatamente coperta dagli item esistenti. Sulla base di tale indicazione, è stato aggiunto un nuovo indicatore per il ruolo di infermiere circolante: "Controlla e verifica a fine intervento chirurgico, in collaborazione con lo strumentista, la corretta compilazione della documentazione infermieristica, accertandosi che la stessa sia completa delle firme di entrambe le figure – circolante e strumentista – prima di essere inserita nella documentazione clinica del paziente". Tale aggiunta ha ripristinato il numero complessivo di 50 indicatori nelle sezioni comuni e specifiche dei ruoli di infermiere circolante e infermiere addetto all'assistenza anestesiológica.

Per l'indicatore 2 della sezione relativa all'infermiere strumentista – che nella versione preliminare recitava "Esegue autonomamente la propria vestizione sterile e coadiuva quella dell'équipe chirurgica, garantendo il mantenimento dell'asepsi durante ogni fase" – due valutatori hanno segnalato che il termine "autonomamente" risultava non pienamente adeguato al contesto valutativo, in quanto nella fase del percorso in cui tale

indicatore viene applicato l'obiettivo prioritario è la correttezza tecnica dell'esecuzione piuttosto che il grado di autonomia operativa. Trattandosi di una segnalazione al di sotto della soglia del 30% e circoscritta a un'imprecisione lessicale, l'intervento è stato conservativo: il termine "autonomamente" è stato sostituito con "correttamente" nella versione definitiva.

Le modifiche apportate a seguito della validazione hanno condotto alla versione definitiva della scheda di valutazione del processo di inserimento nel Blocco Operatorio, riportata integralmente nell'Appendice C. Lo strumento definitivo comprende complessivamente 70 indicatori: 50 nella prima sezione – 23 comuni ai tre ruoli, 18 specifici per il ruolo di infermiere circolante, 9 specifici per il ruolo di infermiere addetto all'assistenza anestesiologicala – e 20 relativi al ruolo di infermiere strumentista.

5. DISCUSSIONE

5.1 Le evidenze scientifiche sull'onboarding perioperatorio

L'analisi delle evidenze scientifiche relative ai processi di inserimento dell'infermiere neoassunto in Blocco Operatorio ha rilevato un orientamento convergente su alcune componenti strutturali ritenute imprescindibili: la centralità della figura del tutor nel percorso di affiancamento, la progressività dell'apprendimento nei diversi ruoli infermieristici perioperatori, la durata di sei mesi come riferimento minimo adeguato per il contesto perioperatorio, la multidimensionalità delle competenze da sviluppare – inclusive delle Non-Technical Skills – e la valutazione come processo continuo articolato in momenti formali a funzione distinta. Non mancano tuttavia criticità ricorrenti, documentate trasversalmente nelle realtà organizzative analizzate: assenza di strumenti standardizzati di valutazione delle competenze specificamente dedicati al Blocco Operatorio, scarsa personalizzazione dei percorsi formativi, marginalizzazione delle NTS negli strumenti valutativi e limitata diffusione dell'autovalutazione nei modelli italiani. Questa eterogeneità non è un dato marginale: in un contesto normativo come quello italiano, in cui il CCNL definisce il perimetro contrattuale del periodo di prova ma lascia alle singole aziende sanitarie ampia discrezionalità nell'organizzazione concreta del percorso, l'assenza di standard condivisi si traduce in disparità di trattamento tra i professionisti inseriti in sedi diverse, con conseguenze che ricadono tanto sulla qualità della formazione quanto sulla sicurezza del paziente.

Un elemento di particolare rilievo emerso dalla letteratura riguarda la figura di riferimento assegnata al neoassunto e il ruolo che essa svolge nell'orientare l'acquisizione delle competenze. La letteratura italiana descrive il tutor come un professionista esperto, selezionato dall'I.F.O. sulla base dell'esperienza clinico-assistenziale, delle capacità comunicative e relazionali e della predisposizione alla funzione educativa (Orlandi, 2015a): il suo compito non si esaurisce nella trasmissione di conoscenze tecniche, ma include l'accompagnamento del neoassunto nella fase di incertezza iniziale, l'identificazione precoce delle lacune formative e la valutazione della performance in collaborazione con l'I.F.O. (Zerilli, 2007). Nel panorama internazionale, accanto al tutor si è progressivamente affermata la figura del mentor, con la quale condivide la funzione di sostegno ma da cui si distingue per la maggiore enfasi sulle dimensioni relazionali e di sviluppo personale, con un impatto documentato sulla soddisfazione professionale e sulla

fidelizzazione del personale (Schroyer et al., 2020; Ernawaty et al., 2024). L'analisi delle procedure italiane esaminate ha confermato che la responsabilità della scelta del tutor è unanimemente attribuita all'I.F.O., ma ha altresì rilevato che i criteri di selezione sono raramente formalizzati in modo esplicito, lasciando questa decisione alla discrezionalità del singolo I.F.O. Questo dato ha orientato una delle scelte strutturali della procedura elaborata: la definizione di criteri espliciti per la selezione del tutor rappresenta una condizione preliminare da cui dipende la qualità dell'intero percorso.

Sul piano della struttura valutativa, la letteratura indica come ottimale un percorso articolato in tre momenti formali – a breve, medio e lungo termine – con funzioni distinte: il primo con finalità di verifica degli obiettivi iniziali e di orientamento del percorso formativo, il secondo con funzione di monitoraggio intermedio e possibilità di intervento correttivo, il terzo con carattere certificativo (Orlandi, 2015b). Le procedure italiane esaminate hanno tuttavia evidenziato una variabilità considerevole nell'applicazione pratica di questo schema: la maggior parte di esse prevede due soli momenti valutativi, e soltanto due su nove seguono il modello a tre valutazioni indicato dalla letteratura come ottimale. Le evidenze disponibili indicano che proprio un'articolazione della valutazione in momenti distinti – iniziale, intermedio e finale – si associa a esiti formativi migliori (Valdes et al., 2023): la valutazione iniziale consente di identificare precocemente le lacune del neoassunto e di orientare un percorso mirato, mentre quella intermedia permette al tutor di calibrare il supporto in funzione delle aree di maggiore o minore criticità. Tale evidenza conferma che la struttura e la frequenza dei momenti valutativi non sono scelte organizzative neutrali, ma variabili che incidono direttamente sull'efficacia del percorso di inserimento.

Sul piano del contenuto della valutazione, la letteratura ha sistematicamente documentato come le NTS costituiscano una dimensione imprescindibile del profilo di competenze dell'infermiere perioperatorio, la cui sottovalutazione può compromettere la sicurezza del paziente in modo non meno rilevante rispetto a carenze di ordine tecnico-procedurale (Sirevåg et al., 2021). Lo studio di Sirevåg et al. ha rilevato come queste abilità – consapevolezza situazionale, decision making, comunicazione, teamwork, leadership, gestione dello stress e capacità di fronteggiare la fatica – siano praticate quotidianamente dai professionisti ma raramente nominate o insegnate in modo esplicito, evidenziando un disallineamento strutturale tra il profilo di competenze reale e quello formalmente

riconosciuto dai sistemi valutativi. La marginalizzazione di questa dimensione negli strumenti valutativi analizzati – tradotta in indicatori generici o del tutto assenti, come confermato da entrambi gli I.F.O. intervistati – ha orientato l’inserimento nella scheda elaborata di una specifica macroarea dedicata alle caratteristiche comportamentali, relazionali e di professionalità. Questa scelta riflette una precisa presa di posizione metodologica, più che un’esigenza formale: in un contesto ad alta intensità tecnologica e relazionale come il Blocco Operatorio, la valutazione delle competenze non può ridursi alla sola dimensione tecnico-procedurale senza tradirne la natura professionale reale.

Nel loro insieme, questi elementi hanno risposto alla prima domanda di ricerca secondaria, fornendo al tempo stesso il quadro di riferimento entro cui collocare e valutare le scelte progettuali adottate. Le componenti fondamentali di un percorso di onboarding efficace – gradualità dell’apprendimento, ruolo attivo del tutor, valutazione multidimensionale e continua – non rappresentano indicazioni astratte, ma criteri operativi che hanno orientato ogni decisione strutturale della procedura elaborata. In questo senso, la revisione non ha svolto soltanto una funzione descrittiva, ma ha costituito il fondamento epistemologico del progetto: ciascuna delle scelte progettuali adottate trova nella letteratura la propria giustificazione e può essere valutata in rapporto ad essa.

5.2 Il contesto locale: criticità e bisogni organizzativi emersi

L’esplorazione delle modalità di inserimento attualmente adottate nei Blocchi Operatori dell’UOSD, condotta mediante analisi documentale e interviste semistrutturate agli I.F.O., ha rivelato un quadro coerente con quanto documentato dalla letteratura, ma declinato nelle specificità del contesto locale. Le schede di valutazione in uso presso i Blocchi Operatori di Macerata e Civitanova Marche – le due sedi oggetto del presente studio – erano state elaborate autonomamente, con strutture, tempistiche e indicatori significativamente differenti tra loro, e nessuna delle due risultava aggiornata rispetto all’evoluzione organizzativa e professionale più recente. L’analisi comparativa ne ha evidenziato limitazioni strutturali che una revisione parziale non avrebbe potuto sanare senza un ripensamento complessivo dello strumento: impostazione prevalentemente tecnica con scarsa attenzione alle competenze relazionali e comunicative, assenza di indicatori differenziati per ruolo, mancanza di coerenza con la job description aziendale e assenza di qualsiasi componente di autovalutazione.

L'analisi dei documenti aziendali di riferimento ha contribuito a definire il fondamento normativo interno su cui ancorare gli indicatori di valutazione. Il documento *Definizione del profilo e organizzazione delle attività del personale infermieristico e di supporto dei Blocchi Operatori* descrive in modo analitico la job description e il profilo di posto dei tre ruoli infermieristici perioperatori, con un'articolazione multidimensionale che include competenze tecniche, organizzative, relazionali e di gestione del rischio clinico. Confrontando questo documento con le schede di valutazione preesistenti è emerso con chiarezza il divario tra ciò che viene formalmente richiesto al professionista e ciò che viene effettivamente misurato nel percorso di inserimento: un'incongruenza segnalata con convergenza da entrambi gli I.F.O. intervistati e confermata dall'analisi testuale degli strumenti.

Le interviste semistrutturate hanno arricchito questo quadro con la prospettiva dei professionisti direttamente coinvolti nella gestione dei percorsi di inserimento, portando alla luce bisogni organizzativi non rilevabili dalla sola analisi documentale. Tra questi, la segnalazione dell'I.F.O. di Civitanova Marche relativa alla scarsa istituzionalizzazione del processo valutativo – il neoassunto non è informato, fin dal primo giorno, delle modalità e delle finalità della valutazione – ha avuto ricadute dirette sulla struttura della procedura elaborata. Entrambi gli I.F.O. hanno inoltre riconosciuto che la disomogeneità tra le sedi non risponde a una differenza effettiva nei profili assistenziali richiesti, ma a un deficit organizzativo che penalizza tanto il professionista quanto l'istituzione, rafforzando la necessità di uno strumento condiviso a livello di UOSD. L'insieme di queste criticità non costituisce soltanto lo sfondo descrittivo del progetto, ma il riferimento argomentativo rispetto al quale le scelte progettuali trovano la propria legittimazione.

5.3 La procedura di inserimento: dalla sequenzialità dei ruoli alla coerenza normativa

La traduzione delle evidenze scientifiche e dei bisogni organizzativi in strumenti operativi applicabili nella pratica clinico-organizzativa ha rappresentato il passaggio metodologicamente più delicato del progetto, in quanto ha richiesto di conciliare quanto la letteratura indica come ottimale con quanto il contesto reale rende praticabile. In questa prospettiva, la procedura di inserimento elaborata costituisce il primo livello di risposta

alla domanda di ricerca principale, definendo la cornice strutturale entro cui si collocano le scelte operative e valutative del percorso.

Lo sviluppo della procedura di inserimento ha prodotto uno strumento articolato in quattro fasi – scelta del tutor, accoglienza, inserimento, valutazione – coerente con lo schema classico del percorso di onboarding infermieristico (Orlandi, 2015a) e adattato alle specificità organizzative del Blocco Operatorio e alle disposizioni del CCNL 2022-2024 vigente. Il percorso formativo è stato impostato secondo un modello sequenziale, che prevede l'acquisizione progressiva delle competenze nei tre ruoli infermieristici perioperatori in ordine di complessità crescente: infermiere circolante, infermiere addetto all'assistenza anestesiológica, infermiere strumentista. I primi due ruoli consentono al neoassunto di acquisire una comprensione globale del processo chirurgico che costituisce la base indispensabile da cui innestare le competenze più avanzate e tecnicamente esigenti proprie del ruolo di strumentista. Questa collocazione del ruolo di strumentista al termine del percorso, in quanto figura più complessa e tecnicamente esigente, non è una scelta arbitraria, ma poggia sulla convergenza di più elementi. Le procedure analizzate che articolano in dettaglio il percorso formativo collocano la formazione dello strumentista dopo l'acquisizione dell'autonomia nei ruoli di circolante e di addetto all'assistenza anestesiológica; la letteratura individua nell'apprendimento progressivo, dal generale allo specifico, una condizione per un apprendimento perioperatorio efficace (Ernawaty et al., 2024); e gli stessi I.F.O. intervistati hanno ritenuto opportuno consolidare i ruoli di base prima di affrontare la strumentazione chirurgica. La sovrapposizione di apprendimenti troppo distanti tra loro sul piano cognitivo e operativo rischierebbe infatti di compromettere sia la qualità dell'acquisizione sia la sicurezza del paziente.

La struttura temporale del percorso – sei mesi complessivi, con i primi quattro coincidenti con il periodo di prova contrattuale previsto dal CCNL 2022-2024 – è stata costruita per garantire coerenza con le tempistiche aziendali vigenti, pur riconoscendo che il contesto perioperatorio richiede tempi di apprendimento più estesi rispetto ad altre unità operative. Pur documentando un'ampia variabilità dei tempi adottati nei diversi contesti, la letteratura converge nell'individuare in sei mesi un riferimento adeguato per l'acquisizione e il consolidamento delle competenze perioperatorie (Ernawaty et al., 2024): una durata da intendere non come valore rigido, ma come soglia minima, modulabile in funzione alle caratteristiche del neoassunto e della complessità del

contesto. Tale indicazione è stata inoltre confermata da entrambi gli I.F.O. intervistati, i quali hanno ritenuto il solo periodo di prova contrattuale insufficiente per considerare concluso il percorso di inserimento. La procedura risolve questa tensione distinguendo il periodo di prova contrattuale, coperto dalle prime tre valutazioni formali, dal percorso di inserimento professionale complessivo, che si estende fino al sesto mese con due ulteriori momenti valutativi a carattere formativo dedicati alle competenze di strumentazione chirurgica, garantendo così conformità alle disposizioni contrattuali vigenti senza rinunciare all'estensione formativa che il contesto richiede. La formazione nel ruolo di infermiere strumentista è avviata soltanto dopo il completamento del periodo di prova per ragioni di duplice natura: sul piano formativo, il ruolo presuppone una base già consolidata nei due ruoli precedenti, e introdurre questo apprendimento in parallelo con i primi mesi di inserimento comporterebbe un carico cognitivo difficilmente compatibile con una formazione efficace; sul piano organizzativo, la condizione di incertezza rispetto alla continuità del rapporto di lavoro che caratterizza il periodo di prova può interferire con la disponibilità del neoassunto ad affrontare un apprendimento tecnicamente impegnativo.

Riguardo all'autovalutazione, la letteratura internazionale documenta come la sua introduzione nei percorsi di inserimento contribuisca significativamente a ridurre la distanza tra percezione soggettiva delle competenze e valutazione esterna, migliorando la consapevolezza professionale del neoassunto (Manero-Solanas et al., 2024). Tuttavia, entrambi gli I.F.O. intervistati hanno segnalato che le condizioni organizzative attuali non consentono di prevedere momenti strutturati di autovalutazione scritta in concomitanza con ciascuna valutazione formale. A fronte di questa indicazione, si è scelto di integrare tale componente all'interno del colloquio strutturato previsto in corrispondenza di ciascuna valutazione formale, nel quale il neoassunto è invitato a esprimere le proprie considerazioni sul percorso svolto e a confrontarle con il giudizio del tutor. La scelta adottata non rinuncia alla funzione riflessiva che la letteratura attribuisce all'autovalutazione, ma la declina in una forma organizzativamente sostenibile: nessuna delle procedure di inserimento nazionali analizzate prevedeva momenti strutturati di autovalutazione, e il colloquio strutturato introdotto rappresenta pertanto un avanzamento rispetto allo *status quo* nazionale, pur mantenendo coerenza con i vincoli del contesto operativo.

5.4 La scheda di valutazione: dalla specificità degli indicatori alla validazione dello strumento

L'elaborazione della scheda di valutazione ha prodotto uno strumento che si distingue dai modelli preesistenti per alcune caratteristiche strutturali che rispondono puntualmente alle criticità documentate. La copertura multidimensionale delle competenze – con l'inclusione di una specifica macroarea dedicata alle dimensioni relazionali, comunicative e comportamentali tradizionalmente marginalizzate negli strumenti preesistenti – rappresenta la risposta più diretta al divario rilevato tra il profilo professionale atteso e ciò che veniva effettivamente misurato. La differenziazione degli indicatori per ruolo riflette la specificità funzionale di ciascuna figura e supera l'impostazione generica degli strumenti precedenti, nei quali l'unicità degli indicatori rendeva impossibile una valutazione puntuale delle competenze tecniche avanzate richieste in ciascun contesto. La progressività nella loro introduzione in relazione alle fasi del percorso garantisce infine coerenza con un modello di apprendimento per gradi e impedisce che il neoassunto venga valutato su competenze che non ha ancora avuto modo di sviluppare.

L'introduzione di indicatori contrassegnati come imprescindibili aggiunge alla scheda una logica di garanzia qualitativa che va oltre il punteggio complessivo: alcune competenze perioperatorie, per la loro rilevanza diretta sulla sicurezza del paziente, non possono essere compensate da performance eccellenti in altri ambiti. L'adozione di una scala Likert a cinque livelli con descrittori comportamentali per ciascun livello risponde alla necessità di garantire una valutazione osservabile, confrontabile e non discrezionale, riducendo la variabilità interpretativa tra valutatori diversi e tra contesti differenti. Entrambe queste scelte trovano giustificazione nelle criticità emerse dall'analisi documentale e dalle interviste: la genericità degli indicatori preesistenti e la loro scarsa capacità di rilevare precocemente le lacune formative erano stati segnalati come i limiti più rilevanti dagli stessi I.F.O. responsabili del percorso.

Una scelta che richiede una motivazione esplicita riguarda la decisione di non inserire indicatori specifici per le singole specialità chirurgiche. La variabilità tecnica che caratterizza la pratica chirurgica – per molte tipologie di intervento non esiste una singola procedura codificata ma una pluralità di varianti adottate dai diversi chirurghi, come rilevato dallo stesso I.F.O. di Macerata – rende estremamente difficile la definizione di indicatori per specialità che siano al tempo stesso accurati, condivisi e applicabili in

contesti organizzativi diversi. La scelta di concentrarsi sulle competenze trasversali ai diversi contesti chirurgici – gestione del campo sterile, collaborazione con l'équipe, sicurezza del paziente, gestione della documentazione – risponde a una logica di sostenibilità e solidità metodologica: queste competenze sono osservabili indipendentemente dalla specialità, stabili nel tempo e coerenti con la job description aziendale. La specificità per specialità, ove ritenuta necessaria, può essere perseguita attraverso strumenti complementari quali checklist operative dedicate, che integrano la funzione valutativa della scheda sul piano formativo senza sovrapporsi.

Il processo di validazione mediante expert review ha confermato la qualità complessiva dello strumento elaborato: su un totale di 700 valutazioni espresse, il 92,9% degli indicatori ha ottenuto il consenso unanime del panel. I cinque indicatori critici identificati hanno generato revisioni di entità differenziata – un accorpamento per sovrapposizione concettuale, due riformulazioni sostanziali, un'aggiunta per lacuna contenutistica e una revisione lessicale conservativa – a testimonianza che il sistema di raccolta dei commenti narrativi ha consentito di orientare le modifiche in modo mirato. La scelta di adottare un formato di risposta dicotomico ha risposto a considerazioni di ordine metodologico e pratico: con 70 indicatori da valutare, l'impiego di una scala più articolata avrebbe comportato un rischio significativo di affaticamento cognitivo nei valutatori, con potenziali ricadute negative sulla qualità e sull'accuratezza delle risposte. Occorre tuttavia riconoscere che la validazione condotta si è concentrata sulla sola dimensione della chiarezza degli indicatori, che rappresenta una condizione necessaria ma non sufficiente per la validità complessiva dello strumento: la rilevanza degli item, la rappresentatività del dominio professionale e la concordanza tra valutatori diversi non sono state oggetto di verifica sistematica nel presente studio.

5.5 Ricadute organizzative e professionali del percorso strutturato

La domanda di ricerca principale chiedeva come progettare un percorso strutturato di inserimento fondato sulle evidenze e adattato allo specifico contesto organizzativo, capace di garantire lo sviluppo delle competenze professionali e l'uniformità del processo di onboarding. I risultati del progetto consentono di rispondere a questo quesito con argomenti fondati. La procedura elaborata garantisce uniformità applicativa tra le sedi dell'UOSD attraverso uno strumento condiviso che formalizza ruoli, responsabilità,

tempistiche e modalità di valutazione, eliminando la disomogeneità documentata nell'analisi iniziale. La scheda di valutazione, fondata sulla job description aziendale e articolata per ruolo e per fase del percorso, consente di monitorare lo sviluppo delle competenze in modo sistematico, confrontabile e non discrezionale. La struttura progressiva del percorso – dall'affiancamento al lavoro con supervisione, dal ruolo di circolante a quello di strumentista – è coerente con quanto la letteratura indica come condizione per un apprendimento efficace in contesti perioperatori ad alta complessità.

Rispetto alla chiarezza del ruolo, la presentazione della scheda di valutazione fin dalla fase di accoglienza, con illustrazione esplicita degli obiettivi del percorso e delle competenze attese, trasforma il processo valutativo da strumento di controllo in elemento di orientamento. Il neoassunto sa fin dal primo giorno cosa ci si aspetta da lui, secondo quali criteri sarà valutato e in quali momenti riceverà un feedback strutturato: questa trasparenza, segnalata dagli I.F.O. come assente nei modelli preesistenti, riduce l'incertezza delle prime fasi dell'inserimento e favorisce la percezione di un'organizzazione strutturata e coerente. La chiarezza degli obiettivi ha un impatto documentato sulla riduzione dell'ansia da prestazione nelle fasi iniziali del percorso che, in un contesto ad alto rischio come il Blocco Operatorio, può interferire con la qualità dell'apprendimento e con la sicurezza del paziente: un neoassunto che conosce i criteri in base ai quali sarà valutato può orientare i propri sforzi con maggiore consapevolezza, concentrando l'attenzione sulle aree di competenza prioritarie anziché disperdere energie nell'incertezza. La letteratura identifica questa percezione di struttura e coerenza come uno dei fattori protettivi rispetto all'abbandono precoce e come condizione favorevole allo sviluppo del senso di appartenenza all'unità operativa (Valdes et al., 2023).

Rispetto allo sviluppo dell'autonomia professionale, il modello elaborato prevede una progressione esplicita dalla dipendenza all'autonomia, scandita da momenti valutativi che non si limitano a misurare le competenze acquisite ma orientano il percorso formativo successivo. L'integrazione dell'autovalutazione in forma dialogica all'interno del colloquio strutturato introduce una componente riflessiva che la letteratura riconosce come determinante per lo sviluppo della consapevolezza professionale (Manero-Solanas et al., 2024): il neoassunto è chiamato non solo a essere valutato, ma a valutarsi, a confrontare la propria percezione con quella del tutor e a partecipare attivamente all'identificazione delle proprie aree di miglioramento. Prima dell'intervento formativo i

neoassunti tendono sistematicamente a sovrastimare le proprie competenze rispetto al giudizio del tutor; al termine di un percorso strutturato con momenti riflessivi, questa distanza si riduce significativamente (Manero-Solanas et al., 2024), segnalando non soltanto un incremento delle competenze reali ma anche uno sviluppo della consapevolezza professionale. Nel tempo, questa pratica può contribuire a sviluppare quella capacità di autoanalisi professionale che rappresenta uno dei fondamenti dell'apprendimento permanente e dell'autonomia professionale matura.

Rispetto alla qualità organizzativa, le ricadute del percorso strutturato si dispiegano su più livelli. Sul piano della sicurezza del paziente, un neoassunto inserito con modalità sistematiche e con obiettivi formativi espliciti presenta con minore probabilità lacune formative non rilevate tempestivamente: la valutazione intermedia, con la sua funzione di monitoraggio e intervento correttivo, consente di identificare le aree di debolezza prima che si traducano in comportamenti rischiosi in sala operatoria. Sul piano della gestione del personale, la disponibilità di uno strumento valutativo uniforme tra le sedi dell'UOSD introduce un elemento di oggettività e confrontabilità che riduce il rischio di valutazioni discrezionali. La letteratura documenta come percorsi di inserimento strutturati riducano significativamente i costi organizzativi legati al turnover: i neoassunti inseriti in programmi formalizzati presentano una probabilità significativamente più elevata di permanere nell'organizzazione oltre i tre anni (Schroyer et al., 2020), con un impatto diretto sui costi di reclutamento e formazione che, nel contesto delle aziende sanitarie pubbliche, rappresentano una voce rilevante in un quadro di risorse strutturalmente limitate.

Un'ultima dimensione merita una riflessione esplicita: quella dell'equità tra professionisti inseriti in sedi diverse. Prima dell'elaborazione del presente progetto, un infermiere neoassunto assegnato al Blocco Operatorio di Macerata e uno assegnato al Blocco Operatorio di Civitanova Marche percorrevano, di fatto, processi di inserimento strutturalmente diversi, con tempistiche, criteri valutativi e strumenti non comparabili, nonostante operassero all'interno della stessa UOSD e fossero soggetti alle medesime disposizioni contrattuali. Questa disomogeneità non è irrilevante sul piano professionale: il percorso di inserimento non è solo una fase di transizione, ma un momento formativo che condiziona la traiettoria professionale del neoassunto, la sua percezione dell'organizzazione e la sua propensione a permanervi. Disporre di uno strumento

condiviso non significa uniformare meccanicamente pratiche che riflettono specificità organizzative diverse, ma garantire che tutti i professionisti neoassunti abbiano accesso agli stessi standard di accompagnamento, agli stessi criteri di valutazione e alla stessa trasparenza sul percorso che li attende: una condizione di equità che il progetto contribuisce a realizzare in modo concreto.

5.6 L'implementazione pilota: primi riscontri applicativi

A conclusione del percorso di sviluppo e validazione, la scheda di valutazione è stata avviata a una fase di implementazione pilota presso il Blocco Operatorio dell'Ospedale di Recanati, struttura afferente all'UOSD Gestione Blocchi Operatori Ospedalieri dell'AST Macerata. L'ingresso di un infermiere neoassunto presso tale sede nell'aprile 2026 ha reso possibile una prima applicazione dello strumento in condizioni di utilizzo ordinario: un percorso di inserimento effettivo, con figure professionali reali, secondo le tempistiche e le modalità previste dalla procedura elaborata. Il coordinamento del Blocco Operatorio di Recanati fa capo al medesimo I.F.O. responsabile del Blocco Operatorio di Civitanova Marche: pur trattandosi di una sede non coinvolta nelle fasi diagnostiche e di validazione – i cui documenti e il cui personale non hanno concorso alla costruzione e alla verifica degli strumenti – la supervisione dell'implementazione è stata affidata a un professionista già a conoscenza del razionale del progetto, garantendo un'applicazione informata della procedura e della scheda. I riscontri che ne derivano, raccolti nelle sole prime due valutazioni formali e relativi a un unico professionista, hanno carattere dichiaratamente preliminare e vengono qui presentati come primi segnali applicativi da monitorare, non come esiti conclusivi sull'efficacia dello strumento.

Tale cautela discende dalle condizioni stesse in cui la fase si è svolta. Il processo di inserimento, al momento della redazione del presente elaborato, non è ancora concluso: a fronte di una durata complessiva di sei mesi, dall'avvio nell'aprile 2026 sono state effettuate le valutazioni del 15 giorni/1° mese e del 2° mese, mentre quelle del 4°, 5° e 6° mese – nelle quali verranno inclusi gli indicatori specifici dei ruoli di infermiere addetto all'assistenza anestesiológica e di infermiere strumentista – sono ancora da svolgere. I dati disponibili non consentono pertanto di formulare conclusioni sistematiche sull'efficacia complessiva dello strumento, né di trarre inferenze sulla sua applicabilità all'intero arco del percorso perioperatorio. La limitatezza della casistica, peraltro, non

riflette un limite dello strumento ma una circostanza contingente: nel periodo di riferimento l'UOSD aveva in carico un solo inserimento. I riscontri raccolti vanno letti, di conseguenza, come indicazioni preliminari da verificare e non come evidenze valutative in senso proprio.

Entro questi limiti, i riscontri nelle prime due fasi sono complessivamente positivi, tanto sul piano della funzionalità dello strumento quanto su quello della sua applicabilità al contesto operativo reale. Sotto il profilo della funzionalità, tutor e I.F.O. hanno riferito che la scheda risulta comprensibile nella struttura, agevole nell'uso pratico e sufficientemente specifica nella formulazione degli indicatori da orientare in modo efficace l'osservazione della performance del neoassunto. L'introduzione progressiva degli indicatori in rapporto alle fasi del percorso è stata percepita come aderente alle tempistiche formative effettive: la presenza, nella prima valutazione, dei soli indicatori comuni a tutti i ruoli ha permesso di concentrare l'osservazione sulle competenze realmente acquisibili nei primissimi giorni di inserimento, senza anticipare aspettative estranee al grado di formazione raggiunto. Analogamente, l'attivazione delle sezioni dedicate ai singoli ruoli a partire dalla seconda valutazione è stata giudicata rispondente alla reale progressione formativa, poiché evita di valutare competenze non ancora praticate. Nessun indicatore è stato segnalato come inapplicabile al contesto di Recanati, al di là delle sigle N.V. attribuite per la fisiologica variabilità di setting, né è emersa la necessità di modifiche strutturali alla scheda nella sua articolazione corrente.

Il colloquio strutturato previsto al termine di ciascuna valutazione formale – nel quale il neoassunto è invitato a esprimere le proprie considerazioni sul percorso svolto e a confrontarle con il giudizio del tutor – si è dimostrato praticabile nei tempi e nelle modalità previste, generando un confronto ritenuto utile dai professionisti coinvolti. In tale sede il neoassunto ha riferito che le valutazioni espresse dal tutor rispecchiavano la propria percezione del percorso, segnalando un allineamento tra giudizio esterno e autoanalisi delle competenze maturate nelle prime fasi dell'inserimento. Pur privo di valore statistico, trattandosi dell'esperienza di un unico professionista in una fase iniziale, il dato risulta coerente con quanto documentato da Manero-Solanas et al. (2024): nei percorsi strutturati con momenti riflessivi integrati, la distanza tra autovalutazione e valutazione esterna tende a ridursi rispetto a quanto si osserva in loro assenza, segno di un progressivo sviluppo della consapevolezza professionale. Che una convergenza tra le

due prospettive sia emersa in una fase tanto precoce, e in assenza di una scheda di autovalutazione scritta separata, rappresenta un elemento incoraggiante quanto alla praticabilità della scelta metodologica adottata.

Sul piano dell'applicabilità, i primi riscontri indicano una buona corrispondenza tra gli indicatori inclusi nella scheda e le attività effettivamente svolte dal neoassunto nelle fasi iniziali del percorso. L'ancoraggio della scheda alla job description definita nel documento aziendale di riferimento ha fatto sì che gli item valutati risultino pertinenti alle competenze osservabili nelle prime settimane di inserimento, senza introdurre aspettative sproporzionate rispetto al grado di formazione raggiunto. Uno dei rischi strutturali di ogni strumento valutativo costruito a priori è la dissonanza tra il livello di specificità richiesto dagli indicatori e la complessità delle attività realmente praticabili nel contesto di applicazione: i dati raccolti suggeriscono che tale dissonanza non si sia prodotta nelle prime due fasi valutative, segno che la taratura degli item rispetto alle tempistiche formative è stata complessivamente adeguata. Il neoassunto è stato valutato positivamente in entrambi i momenti, con un profilo di competenze collocato sui livelli centrali e superiori della scala Likert, in linea con le aspettative formative proprie delle fasi iniziali.

Nella loro parzialità, questi riscontri offrono alcune indicazioni utili alla lettura critica del processo avviato. La convergenza tra la funzionalità percepita da tutor e I.F.O. e l'applicabilità rilevata nel confronto tra indicatori e attività reali indica che la validazione ha assolto la propria funzione preliminare: individuare le criticità formali prima dell'applicazione concreta, riducendo il rischio che le prime valutazioni si misurassero con uno strumento strutturalmente inadeguato. Resta il fatto che la limitatezza della casistica non consente, allo stato attuale, di stabilire se e in quale misura la scheda sia in grado di rilevare precocemente le lacune formative in professionisti con profili di apprendimento più complessi, né di valutarne la capacità discriminativa rispetto a neoassunti con caratteristiche, formazione ed esperienze pregresse differenti. In attesa che il processo di inserimento in corso si concluda e che ulteriori implementazioni producano dati sufficienti per un'analisi più articolata, la fase pilota segna il primo contatto della scheda con la realtà operativa, ossia il passaggio dalla validazione dei contenuti alla verifica sul campo. Senza esaurire l'accertamento dell'efficacia, essa costituisce un esito

concreto del percorso di ricerca e il punto di avvio delle osservazioni che la pratica applicativa continuerà a produrre nei mesi successivi.

5.7 Limitazioni e prospettive di ricerca

Lo studio condotto presenta alcune limitazioni che è opportuno riconoscere. La fase qualitativa ha coinvolto due I.F.O., in rappresentanza di due delle cinque sedi dell'UOSD; tale scelta, coerente con la logica del purposive sampling, limita la generalizzabilità delle indicazioni emerse alle sedi non incluse. Analogamente, i validatori della scheda sono stati selezionati tra le stesse sedi coinvolte nello studio qualitativo: pur assicurando contestualizzazione, questo introduce una potenziale omogeneità di prospettiva che un panel più diversificato avrebbe potuto attenuare. Lo strumento non è stato inoltre sottoposto a verifica della concordanza tra valutatori, ovvero non è stato accertato se tutor diversi, osservando lo stesso neoassunto, assegnerebbero punteggi concordanti ai medesimi indicatori: un aspetto rilevante per garantire che la valutazione rifletta la performance effettiva del professionista e non la soggettività di chi compila la scheda. A un livello più generale, il presente lavoro si colloca nella fase di sviluppo e validazione degli strumenti, non in quella di verifica della loro efficacia: lo studio documenta che la procedura e la scheda sono coerenti, chiare e applicabili al contesto, ma non se il loro impiego produca un effettivo miglioramento degli esiti del percorso di inserimento. Stabilirlo richiederebbe un disegno longitudinale, con un gruppo di confronto e la misurazione degli esiti formativi nel tempo, che esula dagli obiettivi di questo studio.

Ricerche future potrebbero indirizzarsi lungo più direttrici. Quanto alla validazione dello strumento, un passaggio metodologicamente rilevante consiste nell'estendere la verifica oltre la sola dimensione della chiarezza degli indicatori, affrontata nel presente studio, verso una validazione multidimensionale mediante Content Validity Index (CVI; Polit & Beck, 2021) condotta su campioni più ampi e diversificati per sede e profilo professionale: tale approccio consentirebbe di accertare non soltanto la comprensibilità degli item, ma anche la loro rilevanza rispetto al dominio professionale di riferimento e la rappresentatività complessiva dello strumento, in linea con le pratiche più avanzate nella costruzione di strumenti valutativi in ambito sanitario (Polit & Beck, 2021). Una direzione complementare riguarda la verifica della concordanza tra valutatori: accertare se tutor diversi, osservando lo stesso neoassunto, assegnino punteggi concordanti ai

medesimi indicatori è condizione necessaria per garantire che la valutazione rifletta la performance effettiva del professionista piuttosto che la soggettività di chi compila la scheda.

Una seconda direttrice riguarda l'efficacia del percorso: studi longitudinali con componenti comparative strutturate consentirebbero di valutare l'impatto della procedura su esiti misurabili nel tempo, tra cui il livello di competenza acquisita al termine dei sei mesi, la soddisfazione professionale del neoassunto e il tasso di permanenza nell'Unità Operativa. Analisi comparative tra le diverse sedi dell'UOSD permetterebbero inoltre di rilevare eventuali differenze nell'applicazione della procedura e nella distribuzione dei risultati valutativi, fornendo indicazioni utili tanto per l'omogeneizzazione delle pratiche quanto per l'individuazione di specificità contestuali che potrebbero richiedere adattamenti localizzati dello strumento.

In direzione di un approfondimento contenutistico, un'integrazione meritevole di approfondimento riguarda le Non-Technical Skills: la scheda attuale ne recepisce i contenuti in modo indiretto, attraverso la macroarea dedicata alle caratteristiche comportamentali, relazionali e di professionalità, senza tuttavia nominarle esplicitamente come tali né ricorrere a un sistema di classificazione riconosciuto. La letteratura disponibile offre in proposito riferimenti consolidati: Sirevåg et al. (2021) hanno identificato e categorizzato sette NTS specifiche del contesto perioperatorio, configurando una tassonomia che potrebbe orientare revisioni future della scheda, sia attraverso l'ancoraggio esplicito di alcuni indicatori esistenti a tali categorie, sia mediante l'aggiunta di una sezione dedicata che ne adotti il quadro classificatorio come riferimento strutturale. L'insieme di queste prospettive non segnala i limiti di quanto realizzato, ma la direzione naturale lungo cui un progetto di questa natura è destinato a svilupparsi: la procedura e la scheda elaborate rappresentano una base metodologicamente fondata su cui costruire, non un punto di arrivo.

6. CONCLUSIONI

La domanda che ha originato il presente lavoro – come progettare un percorso strutturato di inserimento dell’infermiere neoassunto in Blocco Operatorio, fondato sulle evidenze scientifiche e adattato allo specifico contesto organizzativo – è nata da una constatazione che la letteratura internazionale e i dati nazionali confermano come sistematica: l’onboarding infermieristico nei contesti perioperatori è frequentemente lasciato alla discrezionalità delle singole realtà organizzative, con conseguente eterogeneità degli strumenti adottati, scarsa personalizzazione dei percorsi formativi e limitata attenzione alle competenze non tecnico-procedurali. Il Blocco Operatorio rappresenta, in questo quadro, un contesto di particolare criticità: l’elevata complessità tecnologica, i ritmi operativi intensi e le dinamiche multiprofessionali rendono il percorso di inserimento tanto più determinante quanto più difficile da standardizzare. Nell’UOSD Gestione Blocchi Operatori Ospedalieri dell’AST Macerata questa criticità si è declinata in modo concreto nell’assenza di procedure strutturate di inserimento, in strumenti valutativi datati ed eterogenei tra le sedi e in un divario sistematico tra il profilo professionale formalmente richiesto e ciò che veniva effettivamente misurato nel percorso di inserimento. Per rispondere a questo quesito, il progetto ha adottato un disegno descrittivo ed esplorativo con approccio metodologico misto, integrando revisione sistematica della letteratura, analisi documentale, studio qualitativo mediante interviste semistrutturate agli I.F.O. e sviluppo e validazione di strumenti operativi, producendo due output concreti: una procedura strutturata di inserimento e una scheda di valutazione delle competenze.

La procedura di inserimento affronta e risolve una delle tensioni organizzative più rilevanti emerse dall’analisi del contesto: quella tra il periodo di prova contrattuale di quattro mesi previsto dal CCNL 2022-2024 e i sei mesi che la letteratura e gli stessi I.F.O. intervistati indicano come riferimento minimo per l’acquisizione delle competenze perioperatorie. Distinguendo il piano contrattuale, coperto dalle prime tre valutazioni formali, da quello formativo, esteso fino al sesto mese con due ulteriori momenti dedicati alle competenze di strumentazione chirurgica, la procedura garantisce conformità normativa senza sacrificare l’adeguatezza del percorso. La struttura sequenziale nei tre ruoli infermieristici perioperatori – circolante, addetto all’assistenza anestesilogica, strumentista – risponde a una logica intrinseca al processo di apprendimento, prima ancora che organizzativa: l’acquisizione dei ruoli di base fornisce la comprensione

globale del processo chirurgico senza la quale le competenze tecniche avanzate proprie del ruolo di strumentista non possono essere apprese in modo sicuro ed efficace. In un contesto ad alto rischio come il Blocco Operatorio, questa progressione non è soltanto una scelta formativa, ma una misura di tutela del paziente.

La scheda di valutazione risponde al secondo nodo critico identificato nell'analisi iniziale: la genericità degli strumenti preesistenti, la loro disomogeneità tra le sedi e il disallineamento rispetto alla job description aziendale. Lo strumento elaborato supera questi limiti attraverso una copertura multidimensionale delle competenze – tecnico-assistenziali, relazionali, comunicative e comportamentali –, una differenziazione degli indicatori per ciascuno dei tre ruoli infermieristici perioperatori e una piena aderenza al profilo professionale definito nel documento aziendale di riferimento. L'introduzione di indicatori imprescindibili, la cui valutazione positiva è necessaria indipendentemente dal punteggio complessivo, aggiunge una logica di garanzia qualitativa direttamente ancorata alla sicurezza del paziente: alcune competenze perioperatorie non possono essere compensate da performance eccellenti in altri ambiti. La validazione mediante expert review ha confermato la solidità dello strumento, con il 92,9% degli indicatori che ha ottenuto il consenso unanime del panel, e le revisioni effettuate a seguito delle criticità emerse hanno condotto a una versione definitiva più coerente e applicabile.

Tra gli elementi distintivi dello strumento si colloca l'integrazione della componente di autovalutazione all'interno del colloquio strutturato che accompagna ciascuna valutazione formale. Adottata in forma dialogica anziché come scheda separata, in risposta ai vincoli organizzativi segnalati dagli I.F.O., tale soluzione preserva la funzione riflessiva documentata dalla letteratura traducendola in una forma sostenibile nel contesto reale, e restituisce al neoassunto un ruolo attivo: non più soltanto oggetto della valutazione, ma partecipe del confronto tra la propria percezione del percorso e il giudizio del tutor.

Considerati nel loro insieme, i risultati del progetto producono un effetto che va oltre la dimensione tecnica degli strumenti elaborati. Sul piano della chiarezza del ruolo, la presentazione della scheda di valutazione fin dalla fase di accoglienza trasforma il processo valutativo da strumento di controllo in elemento di orientamento: il neoassunto sa fin dal primo giorno quali competenze ci si aspetta che sviluppi, secondo quali criteri

sarà valutato e in quali momenti riceverà un feedback strutturato. Sul piano dell'autonomia professionale, la progressione esplicita dalla dipendenza all'autonomia – scandita da momenti valutativi che non si limitano a misurare le competenze acquisite ma orientano il percorso formativo successivo – offre una traiettoria formativa leggibile, riducendo l'incertezza che nei contesti ad alta complessità può interferire con la qualità dell'apprendimento. Sul piano della qualità organizzativa, la disponibilità di una procedura condivisa e di una scheda omogenea tra le cinque sedi dell'UOSD introduce una condizione di equità che prima era assente: professionisti inseriti in sedi diverse accedono ora agli stessi standard di accompagnamento e agli stessi criteri valutativi, indipendentemente dalla sede di assegnazione. La letteratura documenta come percorsi di inserimento strutturati riducano significativamente i costi organizzativi legati al turnover, con tassi di permanenza nell'Unità Operativa significativamente più elevati nei professionisti inseriti con programmi formalizzati (Schroyer et al., 2020; Valdes et al., 2023): un dato non secondario in un sistema sanitario pubblico in cui la difficoltà di reclutamento e fidelizzazione del personale infermieristico rappresenta una criticità strutturale.

I risultati raggiunti vanno letti alla luce di alcune limitazioni che ne circoscrivono la portata. La natura esplorativa del progetto, la circoscrizione del campione qualitativo e del panel di validazione a due delle cinque sedi dell'UOSD e l'assenza di una verifica della concordanza tra valutatori sono elementi che, pur non inficiando la validità del percorso condotto, ne condizionano la generalizzabilità e segnalano la necessità di proseguire il lavoro avviato. La fase pilota avviata nell'aprile 2026 presso il Blocco Operatorio di Recanati ha consentito una prima applicazione concreta degli strumenti elaborati nell'ambito di un percorso di inserimento reale, con tutor e I.F.O. in servizio effettivo. I riscontri raccolti nelle prime due valutazioni formali – le sole effettuate alla data di redazione del presente elaborato, considerata la durata complessiva di sei mesi del percorso – sono complessivamente positivi: lo strumento è stato ritenuto funzionale e applicabile dai professionisti che lo hanno utilizzato, gli indicatori sono risultati coerenti con le attività effettivamente svolte dal neoassunto nelle fasi corrispondenti, e il colloquio strutturato ha prodotto una convergenza tra la valutazione del tutor e la percezione del neoassunto rispetto al proprio percorso. Il processo è ancora in corso e una valutazione conclusiva degli esiti formativi richiederà il completamento del percorso e, nel tempo,

dati provenienti da un numero più ampio di soggetti: sarà l'applicazione continua degli strumenti – misurata attraverso le competenze acquisite, la soddisfazione professionale e i tassi di permanenza nell'Unità Operativa – a confermare o interrogare le scelte progettuali adottate. Perché ciò sia possibile in modo sistematico, la casistica raccolta nella fase pilota dovrà necessariamente ampliarsi, coinvolgendo un numero più ampio di neoassunti e un orizzonte temporale più esteso: è in questo quadro che si collocano le direttrici più promettenti per il consolidamento del progetto, tra cui una validazione multidimensionale mediante Content Validity Index, disegni longitudinali comparativi tra le diverse sedi dell'UOSD e lo sviluppo di sezioni integrative dedicate alle Non-Technical Skills (Sirevåg et al., 2021).

Nella loro versione attuale, la procedura di inserimento e la scheda di valutazione elaborate costituiscono già un cambiamento strutturale rispetto alla situazione preesistente: per la prima volta, i professionisti neoassunti afferenti alle cinque sedi dell'UOSD dispongono di un percorso condiviso, di criteri valutativi omogenei e di strumenti coerenti con il profilo professionale loro richiesto. La fase pilota in corso nel Blocco Operatorio di Recanati rappresenta il primo banco di prova concreto di questa trasformazione e, nei limiti di quanto osservabile in una fase ancora iniziale, ne conferma la praticabilità. Si tratta di una condizione che riduce l'arbitrarietà, aumenta la trasparenza e restituisce al processo di inserimento la dignità di un impegno istituzionale esplicito; perché accogliere un professionista non è un adempimento formale, ma il primo atto con cui un'organizzazione sanitaria riconosce in lui una risorsa da costruire e non semplicemente da impiegare.

BIBLIOGRAFIA

Agenzia per la Rappresentanza Negoziale delle Pubbliche Amministrazioni [ARAN]. (2025). *Contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità – Triennio 2022 - 2024*. <https://www.aranagenzia.it/wp-content/uploads/2025/10/2025.10.27-CCNL-comparto-definitivo-alla-firma.pdf>

Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute [ARCS]. (2022). *Istruzione operativa: L'inserimento del personale neoassunto*.

Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino. (2020). *Inserimento lavorativo del personale neoassunto amministrativo e tecnico*.

Azienda Servizi Sanitari N°1 Triestina [ASS N°1 Triestina]. (2009). *Procedura accoglienza neoassunto-neoacquisito*.

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione “Sant’Anna e San Sebastiano” [AORN Caserta]. (2024). *Istruzioni operative inserimento del personale neoassunto*.

Azienda Sanitaria Locale Bari [ASL Bari]. (2021). *Percorso di accoglienza e inserimento del professionista sanitario infermiere nel blocco operatorio di tutti i presidi ospedalieri della ASL Bari*.

Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra [ASL CN2]. (2012). *Gestione del percorso di accoglienza e inserimento del professionista sanitario afferente al S.I.T.R.P.O.*

Azienda Sanitaria Locale Matera [ASL Matera]. (2013). *Inserimento lavorativo del neoassunto e/o trasferito: Personale infermieristico afferente al Blocco Operatorio*.

Azienda Sanitaria Locale VCO [ASL VCO]. (2020). *Gestione del percorso di accoglienza ed inserimento del personale neoassunto*.

Azienda Sanitaria Provinciale di Potenza [ASP Potenza]. (2014). *Procedura per l'accoglimento, inserimento, addestramento e valutazione del personale neoassunto/trasferito nelle articolazioni sanitarie aziendali dell'ASP*.

Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata [AST Macerata]. (2019). *Percorso formativo Blocco Operatorio*.

Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata [AST Macerata], Direzione Medica Presidio Ospedaliero – UOS Blocco Operatorio. (2023). *Definizione del profilo e organizzazione delle attività del personale infermieristico e di supporto dei Blocchi Operatori*.

Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata [AST Macerata], UOC Servizio Professioni Sanitarie – Area Infermieristico-Ostetrica. (2024). *Piano di apprendimento e valutazione infermiere ed esito periodo di prova*.

Azienda Sanitaria Unica Regionale – Zona Territoriale 8 [ASUR ZT 8], Blocco Operatorio. (s.d.). *Guida all'inserimento dell'infermiere professionale neo-assunto nel Blocco Operatorio*.

Edwards, T. C., Soussi, D., Gupta, S., Khan, S., Patel, A., Patil, A., Liddle, A. D., Cobb, J. P., & Logishetty, K. (2023). Collaborative team training in virtual reality is superior to individual learning for performing complex open surgery: A randomized controlled trial. *Annals of Surgery*, 278(6), 850-857.
<https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000006079>

Ernawaty, E., Hariati, S., & Saleh, A. (2024). Program components, impact and duration of implementing a new nurse orientation program in hospital contexts: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 7, Article 100214.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100214>

Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere [FIASO]. (2019). *La gestione delle risorse umane in sanità: Strategie di intervento per le aziende sanitarie*. FrancoAngeli.

Le Duff, M., Michinov, E., Bracq, M. S., Mukae, N., Eto, M., Descamps, J., Hashizume, M., & Jannin, P. (2023). Virtual reality environments to train soft skills in medical and nursing education: A technical feasibility study between France and Japan. *International Journal of Computer Assisted Radiology and Surgery*, 18(8), 1355-1362.
<https://doi.org/10.1007/s11548-023-02834-0>

- Manero-Solanas, M., Navamuel-Castillo, N., López-Ibort, N., & Gascón-Catalán, A. (2024). Development of competencies in emergency nursing: Comparison between self-assessment and tutor evaluation before and after a training intervention. *Nursing Reports*, 14(4), 3550-3560. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040259>
- Murphy, M. (2005). *Hiring for attitude: Leadership IQ study on why new hires fail* [Report]. Leadership IQ.
- Nelsey, L., & Brownie, S. (2012). Effective leadership, teamwork and mentoring essential elements in promoting generational cohesion in the nursing workforce and retaining nurses. *Collegian*, 19(4), 197-202. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2012.03.002>
- Orlandi, C. (2009). La valutazione del personale. In C. Calamandrei & C. Orlandi (A cura di), *La dirigenza infermieristica: Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali* (pp. 373-378). McGraw-Hill.
- Orlandi, C. (2015a). L'ingresso in azienda ovvero il reclutamento, la selezione, l'accoglimento e l'inserimento del personale. In C. Orlandi (A cura di), *Carlo Calamandrei. Manuale di management per le professioni sanitarie* (4^a ed., pp. 397-414). McGraw-Hill.
- Orlandi, C. (2015b). La valutazione del personale nelle strutture sanitarie. In C. Orlandi (A cura di), *Carlo Calamandrei. Manuale di management per le professioni sanitarie* (4^a ed., pp. 479-519). McGraw-Hill.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11^a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Priya, S., Venkatesan, L., & Sonia, L. (2018). Nursing induction training programme upon knowledge on selected nursing interventions among newly joined nurses. *Journal of Nursing Trends*, 9(1), 7-11. <https://doi.org/10.5958/2249-3190.2018.00014.7>
- Schroyer, C. C., Zellers, R., & Abraham, S. (2020). Increasing registered nurse retention using mentors in critical care services. *Health Care Manager*, 39(2), 85-99. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000293>

Sirevåg, I., Tjoflåt, I., & Hansen, B. S. (2021). A Delphi study identifying operating room nurses' non-technical skills. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4935-4949. <https://doi.org/10.1111/jan.15064>

Valdes, E. G., Sembar, M. C., & Sadler, F. (2023). Onboarding new graduate nurses using assessment-driven personalized learning to improve knowledge, critical thinking, and nurse satisfaction. *Journal for Nurses in Professional Development*, 39(1), 18-23. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000805>

Winfield, C., Melo, K., & Myrick, F. (2009). Meeting the challenge of new graduate role transition: Clinical nurse educators leading the change. *Journal for Nurses in Staff Development*, 25(2), E7-E13. <https://doi.org/10.1097/NND.0b013e31819c76a3>

World Medical Association [WMA]. (2024). *Dichiarazione di Helsinki della World Medical Association: Principi etici per la ricerca medica che coinvolge partecipanti umani*. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2025/03/DoH-2024-in-Italian.pdf>

Wynhurst Group. (2007). *Onboarding outcomes: Maximizing new hire performance* [Report].

Zabaleta, J., Blasco, A., Esnal, T., Aguinagalde, B., López, I. J., Fernandez-Monge, A., Lizarbe, J. A., Báez, J., & Aldazabal, J. (2024). Clinical trial on nurse training through virtual reality simulation of an operating room: Assessing satisfaction and outcomes. *Cirugía Española (English Edition)*, 102(9), 469-476. <https://doi.org/10.1016/j.cireng.2024.04.012>

Zerilli, A. (2007). *Reclutamento, selezione, accoglimento del personale* (10^a ed.). FrancoAngeli.

APPENDICE A

Traccia delle interviste semistrutturate agli I.F.O. dei Blocchi Operatori

AREA A – ORGANIZZAZIONE DEL PROCESSO DI INSERIMENTO

1. Potrebbe descrivere brevemente in che modo viene attualmente condotta la valutazione dei neoassunti nella sua U.O.?
2. Esiste una scheda di valutazione standardizzata?
Se sì, da chi è stata elaborata e da quanto tempo è in uso?
3. Quali figure professionali partecipano al processo valutativo (tutor, I.F.O., équipe, neoassunto stesso)?
4. Con quale frequenza vengono effettuate le valutazioni?

AREA B – CONTENUTI E CRITERI DI VALUTAZIONE

5. Quali aspetti vengono attualmente valutati nella scheda? (es. competenze tecniche, comunicative, organizzative, relazionali, autonomia, responsabilità, aderenza ai protocolli, ecc.)
6. Ci sono ambiti che, a suo parere, non vengono sufficientemente considerati o che andrebbero aggiunti?
7. In che misura la scheda attuale consente di individuare precocemente eventuali lacune formative?
8. Dalle evidenze internazionali emerge che l'autovalutazione del neoassunto, soprattutto all'inizio del percorso di inserimento, favorisce la consapevolezza delle proprie competenze e permette di identificare le aree di forza e di bisogno formativo.
Nella sua U.O. è prevista l'autovalutazione da parte del neoassunto nella fase iniziale dell'inserimento?
Se no, ritiene utile introdurre questo strumento? Come pensa potrebbe essere organizzato?

AREA C – MODALITÀ E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

9. In che modo i valutatori raccolgono le informazioni necessarie (osservazione diretta, colloqui, prove pratiche, feedback dei colleghi, ecc.)?
10. Esistono momenti di confronto strutturato tra tutor e I.F.O. per discutere l'andamento del percorso?
11. In che modo viene restituito il feedback al neoassunto?

AREA D – CRITICITÀ E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

12. Ritiene che la scheda attuale rifletta adeguatamente le competenze richieste a un infermiere del Blocco Operatorio?
13. Guardando all'esperienza della sua U.O., quali sono i principali punti di forza del percorso di valutazione attuale?
14. E quali, invece, le criticità più frequentemente riscontrate o gli aspetti che vorrebbe modificare?
15. Ritiene che sia necessario migliorare o aggiornare la scheda di valutazione attuale?
Se sì, quali caratteristiche dovrebbe avere una scheda efficace, chiara e funzionale per il contesto del Blocco Operatorio?
16. Ritiene utile creare una valutazione unica e omogenea tra i diversi Blocchi Operatori? Se sì, quali strumenti o strategie possono essere utili a tale scopo? (es. formazione dei tutor, griglie standard, indicatori misurabili, strumenti digitali, ecc.)

AREA E – IMPATTO DEL PROCESSO VALUTATIVO

17. Secondo la sua esperienza, in che modo un processo di valutazione ben strutturato può influire sulla motivazione, sulla sicurezza e sulla permanenza dei neoassunti nell'U.O.?
18. Ritiene che una scheda più aggiornata e completa possa contribuire a migliorare la qualità dell'inserimento e la fidelizzazione del personale?

APPENDICE B

Procedura di inserimento del personale infermieristico neoassunto/trasferito nel Blocco Operatorio

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 1 di 25
--------------------------------	--	--------------

INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO

DATA REDAZIONE	DATA APPROVAZIONE	DATA VALIDAZIONE	DATA PREVISTA DI REVISIONE

Rev n.

del

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 2 di 25
--------------------------------	--	--------------

Sommario

1. ANALISI DEL CONTESTO	3
2. ANALISI DEI VINCOLI NORMATIVI, DELLE LINEE GUIDA VALIDATE E DELLE EVIDENZE DI LETTERATURA	4
3. SCOPO E OBIETTIVI	4
4. CAMPO DI APPLICAZIONE	5
5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	5
6. PAROLE CHIAVE	7
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	7
7.1 Scelta del Tutor	81
7.2 Accoglienza	82
7.3 Inserimento	10
7.4 Valutazione	17
8. MONITORAGGIO INDICATORI E VALORI ATTESI	19
9. MODALITÀ DI VERIFICA DELL'APPLICAZIONE	20
10. MODALITÀ DI ATTUAZIONE DELLA FORMAZIONE	20
Matrice delle responsabilità	22
Approvazione della procedura	23
Check list di validazione da parte dell'UO Governo Clinico e Rischio Clinico	24

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 3 di 25
--------------------------------	--	--------------

1. ANALISI DEL CONTESTO

Nella prospettiva della presa in carico globale della persona assistita, secondo una visione olistica e orientata a modelli sanitari organizzati per percorsi clinico-assistenziali, anche l’inserimento del professionista deve configurarsi come un processo strutturato, capace di valorizzare la personalizzazione degli interventi e di integrare competenze, ruoli e responsabilità dei diversi attori coinvolti.

Il piano di inserimento del personale infermieristico neoassunto/trasferito rappresenta uno strumento strategico dell’organizzazione aziendale, in quanto consente di orientare in modo efficace l’assegnazione delle risorse umane e di valutarne capacità, attitudini e professionalità sin dal momento dell’assegnazione e per l’intera durata del periodo di prova.

L’obiettivo principale è favorire un’integrazione progressiva, consapevole e sicura del nuovo professionista all’interno dell’équipe di Blocco Operatorio, sostenendolo nella conoscenza delle gerarchie, delle norme e dei regolamenti aziendali, nonché nella comprensione delle dinamiche relazionali e organizzative del contesto.

Il percorso di inserimento del personale neoassunto/trasferito si articola in fasi successive e interdipendenti, finalizzate a orientare il professionista alla cultura organizzativa, alle politiche e ai regolamenti dell’Azienda, armonizzando le competenze tecnico-operative possedute con gli standard assistenziali e organizzativi del Blocco Operatorio.

L’intento è quello di creare le condizioni favorevoli affinché ciascun professionista possa esprimere pienamente le proprie potenzialità, in coerenza con il ruolo ricoperto e con gli obiettivi assistenziali dell’organizzazione.

L’adozione di un percorso aziendale standardizzato di inserimento e valutazione dell’infermiere neoassunto/trasferito pone al centro sia la risorsa umana sia la persona assistita, garantendo al contempo la formazione di operatori in grado di erogare prestazioni sicure e di elevata qualità. Tale approccio risponde non solo a esigenze tecniche e organizzative, ma anche a ragioni etiche e sociali

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 4 di 25
--------------------------------	--	--------------

derivanti dalla consapevolezza che operare all'interno di un servizio sanitario rivolto alla persona implica la responsabilità di promuovere, oltre alla qualità dell'assistenza, anche il benessere globale sia delle persone curate sia dei professionisti che se ne prendono cura.

2. ANALISI DEI VINCOLI NORMATIVI, DELLE LINEE GUIDA VALIDATE E DELLE EVIDENZE DI LETTERATURA

- Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del personale comparto del Servizio Sanitario Nazionale
- Contratto integrativo Aziendale
- Manuale dell'Accreditamento della Regione Marche
- Regolamento Blocco Operatorio AV3
- Documento aziendale "Definizione del profilo e organizzazione delle attività del personale infermieristico e di supporto dei Blocchi Operatori"

3. SCOPO E OBIETTIVI

La presente procedura ha lo scopo di garantire uniformità, omogeneità e sistematicità nel percorso di inserimento del personale infermieristico neoassunto e trasferito all'interno dei Blocchi Operatori di Camerino, Civitanova Marche, Macerata, Recanati e San Severino Marche, ottimizzandone tempi ed esiti.

Gli obiettivi di tale procedura sono:

- garantire l'inserimento del professionista secondo standard condivisi, sia in termini di conoscenze specifiche da acquisire sia di tempi adeguati al raggiungimento di livelli di autonomia operativa;
- definire un sistema di valutazione dell'inserimento strutturato e oggettivo, che preveda il confronto tra obiettivi e risultati attesi;

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 5 di 25
--------------------------------	--	--------------

- indirizzare il professionista al riconoscimento delle proprie attitudini, alla consapevolezza del proprio ruolo e delle proprie funzioni;
- definire ruoli e responsabilità relative al processo d’inserimento;
- tutelare la sicurezza della persona assistita e la qualità dell’assistenza erogata.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura viene applicata nella fase di accoglienza e inserimento dei Professionisti Infermieri di nuova assegnazione, siano essi neoassunti o trasferiti, in uno dei BB.OO. dell’AST.

La definizione di un percorso per l’inserimento lavorativo del personale neoassunto/trasferito presso i BB.OO. è finalizzata a:

- favorire un apprendimento rapido, graduale ed efficace delle pratiche tecnico-assistenziali;
- garantire il mantenimento o il miglioramento del livello di sicurezza e di qualità dell’assistenza alle persone assistite;
- facilitare l’integrazione del professionista all’interno dell’équipe;
- ridurre il rischio di errori e infortuni;
- evitare che il professionista possa ricevere informazioni inesatte, distorte o incomplete;
- valutare sin dall’inizio le attitudini, le competenze professionali e i bisogni formativi del neoassunto/trasferito.

5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

NEOASSUNTO/TRASFERITO: personale infermieristico di nuova assunzione o proveniente da altra U.O.

TUTOR: infermiere già inserito nell’U.O., in possesso di solide conoscenze teorico-pratiche, elevate competenze professionali e adeguate capacità caratteriali e relazionali, a cui viene affiancato il neoassunto/trasferito e affidata la responsabilità circa l’acquisizione di conoscenze e abilità necessarie al raggiungimento della sua autonomia professionale all’interno del servizio.

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 6 di 25
--------------------------------	--	--------------

ACCOGLIENZA: il primo approccio del professionista con la nuova realtà lavorativa e l'avvio delle relazioni sociali ed interpersonali attraverso cui il neoassunto/trasferito può avere un'opportunità per ambientarsi nella nuova realtà. È l'insieme di iniziative e azioni pianificate per fornire al neoassunto/trasferito informazioni generali sulla missione e visione aziendale, sulle funzioni principali che gli verranno assegnate e sul team multidisciplinare e multiprofessionale con cui si troverà a collaborare.

INSERIMENTO: complesso di iniziative e azioni programmate per fornire supporto informativo e formativo al neoassunto/trasferito durante il primo periodo di attività nella nuova realtà operativa. Questa fase rappresenta l'ingresso ufficiale del nuovo professionista nell'organico dell'U.O., avviando un percorso graduale di apprendimento e di partecipazione alle attività quotidiane, sia ordinarie che straordinarie.

B.O.: Blocco Operatorio

BB.OO.: Blocchi Operatori

U.O.: Unità Operativa

UU.OO.: Unità Operative

AST: Azienda Sanitaria Territoriale

UOC: Unità Operativa Complessa

I.F.O.: Infermiere con Incarico di Funzione Organizzativa

DPI: Dispositivi di Protezione Individuale

DMO: Direzione Medica Ospedaliera

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 7 di 25
--------------------------------	--	--------------

6. PAROLE CHIAVE

Sicurezza – qualità – formazione – competenze – autonomia – valutazione

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Il percorso di inserimento si articola nelle seguenti fasi:

- scelta del professionista a cui verrà affidato il neoassunto (Tutor);
- accoglienza;
- inserimento;
- valutazione.

7.1 Scelta del Tutor

L'I.F.O. individua, sulla base dei criteri in seguito riportati, un professionista esperto a cui il neoassunto/trasferito sarà affiancato per il periodo di inserimento.

Caratteristiche del Tutor:

- avere una valida esperienza lavorativa presso il B.O., con competenze clinico-assistenziali avanzate nel settore specifico;
- avere conoscenze teoriche approfondite sulle specialità chirurgiche e sulla gestione di urgenze ed emergenze;
- possedere una predisposizione alla funzione educativa ed essere in grado di progettare, presidiare e realizzare un percorso formativo;
- possedere capacità comunicative e relazionali;
- possedere doti umane come equilibrio, disponibilità e capacità di valorizzare l'infermiere neoassunto/trasferito;
- avere capacità di accettare eventuali osservazioni da parte del neoassunto/trasferito;
- essere motivato ai cambiamenti e allo sviluppo professionale;

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 8 di 25
--------------------------------	--	--------------

- collaborare con altri colleghi esperti per quelle situazioni necessarie a completare l'addestramento del neoassunto/trasferito;
- condividere con l'I.F.O. la valutazione del neoassunto/trasferito.

Obiettivi del Tutor:

- informare e formare sulle dinamiche di lavoro proprie del B.O.;
- ottimizzare il periodo di apprendimento tenendo conto delle precedenti esperienze del neoassunto/trasferito e rispettando i tempi stabiliti;
- riconoscere le difficoltà organizzative, tecnico-procedurali e relazionali del neoassunto/trasferito;
- comunicare adeguatamente con il neoassunto/trasferito;
- favorire la comunicazione tra il neoassunto/trasferito e l'intera equipe chirurgica;
- valutare le performance, redigendo, in collaborazione con l'I.F.O., i giudizi sul raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- identificare, insieme al neoassunto/trasferito, quando questi può ritenersi autonomo.

7.2 Accoglienza

L'accoglienza rappresenta la fase iniziale del percorso di inserimento e ha lo scopo di orientare il professionista nella nuova realtà organizzativa.

Il neoassunto/trasferito, dopo essere stato assegnato dall'UOC Professioni Sanitarie all'U.O. Blocco Operatorio, effettua entro la prima settimana un colloquio individuale con l'I.F.O. del B.O. corrispondente. Tale colloquio, con funzione prevalentemente informativa, permette di:

- presentare l'organizzazione del Blocco Operatorio;
- illustrare ruoli, responsabilità e modalità operative;
- analizzare aspettative, timori ed eventuali esperienze precedenti del neoassunto/trasferito;
- individuare punti di forza e bisogni formativi;
- illustrare il programma di inserimento e valutazione.

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 9 di 25
--------------------------------	--	--------------

Nel corso del colloquio è importante che tutti si pongano in una posizione di ascolto, che siano disponibili a dare tutti i chiarimenti necessari e che rispondano esaurientemente a tutti i quesiti posti dal neoassunto/trasferito.

Nello specifico, l'I.F.O. fornisce informazioni circa:

- le finalità e caratteristiche del B.O. (tipologia di interventi chirurgici, tipologia di pazienti, decorso operatorio);
- l'analisi organizzativa del B.O. (orari della giornata, tempi e metodi degli interventi chirurgici);
- la disposizione dei locali che compongono il B.O. e il loro utilizzo;
- le modalità di realizzazione dei vari percorsi esistenti (dell'operando, dell'operato, dello sporco, del pulito, del personale interno e del personale esterno);
- i vari ruoli che l'infermiere di sala operatoria è chiamato a svolgere (infermiere strumentista, circolante, addetto all'assistenza anestesiológica);
- gli orari di servizio e la modalità di turnazione prevista per il neoassunto;
- le norme di comportamento per l'accesso alle sale operatorie (divisa, copricapo, calzature, lavaggio delle mani);
- i rischi professionali presenti presso il B.O. di assegnazione;
- il corretto utilizzo dei DPI in relazione ai rischi presenti;
- le procedure in uso presso il B.O.;
- la Job Description prevista per l'infermiere dei BB.OO. come da Procedura "Definizione del profilo e organizzazione delle attività del personale infermieristico e di supporto dei Blocchi Operatori";
- il programma di inserimento;
- gli obiettivi a breve, medio e lungo termine che dovrà conseguire.

Inoltre, l'I.F.O. presenta al neoassunto/trasferito il gruppo infermieristico, il personale di supporto e il Tutor a cui verrà affiancato durante il processo di inserimento.

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 10 di 25
--------------------------------	--	---------------

7.3 Inserimento

Con la fase dell'inserimento il neoassunto entra a far parte dell'organico dell'U.O., mediante un apprendimento e un coinvolgimento progressivo nelle attività di routine e in quelle straordinarie.

L'inserimento lavorativo del neoassunto/trasferito è seguito in maniera diretta dal Tutor, il quale supporta il nuovo infermiere nell'apprendimento di tecniche relazionali, professionali ed organizzative e di specifiche manualità, ed assicura che il programma formativo proceda tenendo in considerazione la sicurezza del paziente, gli obiettivi dell'organizzazione e le caratteristiche individuali del collega.

L'obiettivo è quello di far diventare il collaboratore abile e autonomo operativamente.

Le azioni da mettere in campo sono quindi:

- affiancamento al Tutor di riferimento per la conoscenza degli aspetti tecnici e dei meccanismi di funzionamento dell'organizzazione;
- trasmissione della cultura organizzativa e delle attese di performance del servizio;
- addestramento finalizzato all'acquisizione delle abilità e delle conoscenze richieste;
- assegnazione progressiva di responsabilità crescenti.

L'inserimento si articola in due momenti distinti ma complementari, comuni a tutti i ruoli infermieristici (infermiere circolante, infermiere strumentista, infermiere addetto all'assistenza anestesiologicala) del Blocco Operatorio:

a) Affiancamento

Il neoassunto/trasferito opera in affiancamento diretto al Tutor, assumendo inizialmente un ruolo prevalentemente osservativo e passando gradualmente, sulla base delle competenze e delle abilità acquisite, a un ruolo esecutivo.

Il periodo di affiancamento si svolge in soprannumero rispetto alle presenze giornaliere ed è orientato all'osservazione guidata, alla sperimentazione pratica supervisionata e alla conoscenza delle dinamiche organizzative, con l'obiettivo di favorire la familiarizzazione con l'ambiente di lavoro e con le specifiche del contesto operativo.

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 11 di 25
--------------------------------	--	---------------

b) Lavoro con supervisione

Il neoassunto/trasferito viene inserito nei turni di lavoro ed opera con un livello di autonomia progressivamente crescente, sotto la supervisione del Tutor, il quale assume prevalentemente il ruolo di osservatore, intervenendo in situazioni di necessità o criticità.

Il lavoro con supervisione rappresenta una fase di autonomia parziale, finalizzata a consolidare le competenze tecnico-professionali, relazionali e organizzative, garantendo un percorso di apprendimento graduale, monitorato e coerente con gli standard richiesti, fino al raggiungimento dell'autonomia operativa in sicurezza.

Il percorso di inserimento dell'infermiere neoassunto/trasferito nel Blocco Operatorio ha una durata complessiva di 6 mesi, periodo ritenuto necessario per l'acquisizione progressiva delle competenze tecnico-assistenziali, organizzative e relazionali specifiche dell'ambiente perioperatorio.

Considerata l'elevata complessità assistenziale, tecnologica e organizzativa del Blocco Operatorio, il percorso di inserimento professionale non si esaurisce con la conclusione del periodo di prova contrattuale di 4 mesi previsto dalla normativa aziendale vigente. Le competenze richieste nei diversi ruoli infermieristici perioperatori necessitano infatti di tempi di apprendimento, consolidamento e integrazione operativa più lunghi rispetto ad altre Unità Operative.

Per tale motivo, il percorso di inserimento prosegue fino al raggiungimento dei 6 mesi complessivi, garantendo:

- continuità del percorso di affiancamento e supervisione da parte del Tutor;
- progressiva assunzione di autonomia professionale;
- consolidamento delle competenze specifiche dei diversi ruoli del Blocco Operatorio;
- integrazione completa nell'équipe multiprofessionale.

Il processo si articola pertanto in fasi successive e progressive, con momenti strutturati di formazione, supervisione e valutazione distribuiti lungo l'intero periodo di inserimento.

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 12 di 25
--------------------------------	--	---------------

A seguito della fase di accoglienza, in relazione alle esigenze organizzative del Blocco Operatorio, il neoassunto inizia il percorso formativo come **INFERMIERE CIRCOLANTE** o come **INFERMIERE ADDETTO ALL'ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA**.

L'inserimento nei due ruoli è finalizzato all'acquisizione delle competenze di base necessarie alla sicurezza assistenziale e alla comprensione globale del processo chirurgico.

L'ordine di svolgimento delle due formazioni può variare in base alle necessità organizzative.

Pertanto, se il neoassunto inizia l'inserimento come Infermiere circolante, completerà successivamente la formazione come addetto all'assistenza anestesiologica; se inizia come addetto all'assistenza anestesiologica, proseguirà successivamente con la formazione come Infermiere circolante.

In ogni caso, al termine dei primi 4 mesi, coincidenti con il periodo di prova contrattuale, il professionista deve aver acquisito l'autonomia operativa di base nei due ruoli assistenziali.

La formazione nel ruolo di **INFERMIERE STRUMENTISTA** viene avviata successivamente al completamento del periodo di prova contrattuale, dopo il raggiungimento dell'autonomia operativa nei ruoli di Infermiere circolante e Infermiere addetto all'assistenza anestesiologica.

Il percorso formativo è inizialmente riferito ad attività di strumentazione chirurgica in interventi di media-bassa complessità, secondo la classificazione organizzativa adottata dal Blocco Operatorio di riferimento, con svolgimento dell'attività in modalità di lavoro con supervisione.

L'estensione progressiva a livelli di maggiore complessità chirurgica avviene successivamente, sulla base della valutazione delle competenze acquisite e delle esigenze organizzative del Blocco Operatorio.

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 13 di 25
--------------------------------	--	---------------

Al fine di garantire una chiara definizione delle fasi di apprendimento e delle tempistiche previste, di seguito viene riportato il riepilogo del percorso formativo dell'infermiere neoassunto/trasferito nel Blocco Operatorio:

⇒ Formazione come **INFERMIERE CIRCOLANTE** (2 mesi):

- 1 mese di affiancamento;
- 1 mese di lavoro con supervisione.

⇒ Formazione come **INFERMIERE ADDETTO ALL'ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA** (2 mesi)

- 1 mese di affiancamento;
- 1 mese di lavoro con supervisione.

⇒ Formazione come **INFERMIERE STRUMENTISTA** (2 mesi):

- 2 mesi di lavoro con supervisione per interventi chirurgici di media-bassa complessità.

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 14 di 25
--------------------------------	--	---------------

Focus formativi

INFERMIERE CIRCOLANTE

- Si accerta della presenza e del buon funzionamento della strumentazione elettromedicale e di tutto l'equipaggiamento necessario prima dell'intervento chirurgico.
- Accoglie il paziente all'arrivo in Sala Operatoria, lo identifica verbalmente consultando la cartella clinica, pone specifiche domande utili alla sua sicurezza posizionandolo in modo corretto nel lettino per prevenire possibili lesioni.
- Conduce in modo efficace un'intervista/colloquio nell'ambito della relazione empatica con il paziente e adegua il livello di comunicazione alla capacità di comprensione del paziente, contenendone l'ansia.
- Attua l'accertamento infermieristico e aggiorna la cartella infermieristica in relazione alle attività e alle procedure assistenziali effettuate al paziente.
- Effettua la cateterizzazione vescicale, se è necessaria.
- Fornisce allo strumentista tutto il materiale necessario, compresi i farmaci, in tutte le fasi dell'intervento.
- Coadiuvava con i chirurghi a garantire l'integrità del campo sterile evitandone le contaminazioni.
- È responsabile dell'ambiente esterno e delle apparecchiature elettromedicali pertinenti alla propria attività situati al di fuori del campo sterile.
- Agevola la comunicazione tra l'équipe durante l'intervento.
- Comunica le consegne al collega del turno successivo.

INFERMIERE ADDETTO ALL'ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA

- Valuta e predispone la sala operatoria in relazione alla tipologia dell'intervento, tenendo in considerazione la corretta funzionalità delle apparecchiature, dei farmaci, dei D.M. per garantire la procedura ed eventuali interventi rianimatori d'emergenza.

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 15 di 25
--------------------------------	--	---------------

- Accoglie il paziente in Sala Operatoria, unitamente all'identificazione e all'individuazione dello stesso e della corrispondente tipologia di intervento, nonché alla valutazione della corretta preparazione del paziente che deve essere sottoposto all'intervento chirurgico.
- Reperisce uno o più accessi venosi per la somministrazione dei farmaci e l'infusione dei liquidi.
- Segue il monitoraggio del paziente, la predisposizione dei farmaci e dei presidi utili all'induzione e al mantenimento dell'anestesia.
- Esegue la check-list (Sign In/Time Out/Sign Out) per la sicurezza del paziente in collaborazione con l'équipe.
- Posiziona il paziente sul tavolo operatorio in relazione allo specifico intervento chirurgico con i corrispettivi collegamenti delle apparecchiature.
- Collabora con il medico anestesista nelle tre fasi principali del processo di narcotizzazione:
 1. la fase di induzione;
 2. la fase di mantenimento;
 3. la fase di risveglio.
- Assiste il paziente durante l'intervento nelle anestesi generali, loco-regionali, spinali, etc.
- Effettua la valutazione infermieristica generale e la verifica delle informazioni utili al momento dell'anestesia e al momento del risveglio.
- Assiste e collabora con l'équipe chirurgica in tutta la durata dell'intervento.
- Compila la check-list peri-operatoria.
- Valuta complessivamente il paziente nella fase di post intervento e prima della dimissione (parametri vitali, bilancio idrico, sanguinamenti, drenaggi, dolore).
- Applica le norme preventive e protettive nella gestione del rischio clinico.
- Valuta l'importanza della gestione del dolore post-operatorio, tema estremamente caro al paziente quanto all'équipe anesthesiologica.

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 16 di 25
--------------------------------	--	---------------

INFERMIERE STRUMENTISTA

- Pianifica e attua l'assistenza al paziente in Sala Operatoria organizzando l'attività assistenziale nelle cinque fasi relative all'intervento (fase di preparazione, controllo pre operatorio, di avvio, centrale e conclusiva).
- Prepara lo strumentario e i D.M. in relazione al tipo di intervento.
- Prepara e mantiene il campo sterile insieme all'Infermiere circolante e ne mantiene la sterilità ed elimina tutto il materiale residuo alla fine dell'intervento.
- Conosce e rispetta i tempi chirurgici "sporchi" e "puliti" e pone attenzione alle eventuali manovre o movimenti non sterili che si effettuano in corso di intervento, in campo e fuori campo.
- Controlla la presenza e il buon funzionamento di tutto lo strumentario e dei dispositivi sterili in relazione alla tipologia del programma operatorio.
- Gestisce la strumentazione elettromedicale a supporto del paziente chirurgico.
- Si occupa dell'assistenza intraoperatoria continua identificando i tempi e le richieste dello strumentario basandosi sulle proprie conoscenze e competenze.
- Gestisce situazioni difficili non solo dal punto di vista chirurgico ma anche emotivo. Deve infatti essere capace di gestire lo stress, l'affaticamento e la tensione che l'intervento provoca sui chirurghi con capacità comunicative efficaci.

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 17 di 25
--------------------------------	--	---------------

7.4 Valutazione

La valutazione del neoassunto/trasferito consiste in un giudizio sistematico formulato dal Tutor e dall'I.F.O. attraverso un'analisi del percorso svolto fino a quel momento e del grado di raggiungimento delle performance rispetto agli obiettivi prefissati. La valutazione persegue i seguenti obiettivi:

- giudicare il rendimento attuale del professionista e contribuire a orientare il rendimento futuro;
- individuare tempestivamente eventuali criticità o bisogni formativi, e quindi permettere di agire per colmare le lacune e risolvere le problematiche riscontrate;
- tutelare il neoassunto attraverso un metodo di valutazione non discrezionale, ma oggettivo e condiviso.

Il processo valutativo è strutturato in modo da risultare coerente sia con il percorso formativo del Blocco Operatorio sia con le tempistiche contrattuali aziendali, assicurando uniformità con le modalità di valutazione previste nelle altre Unità Operative dell'AST.

Sono previste tre valutazioni formali, effettuate secondo le tempistiche aziendali previste in relazione al periodo di prova contrattuale, mediante la "Scheda di valutazione del processo di inserimento nel B.O.":

⇒ **1ª VALUTAZIONE – 15 giorni/1° mese**

Sono oggetto di valutazione:

- indicatori comuni a tutti i ruoli del Blocco Operatorio.

⇒ **2ª VALUTAZIONE – 2° mese**

Sono oggetto di valutazione:

- indicatori comuni a tutti i ruoli del Blocco Operatorio;
- indicatori specifici del ruolo iniziale di inserimento (Infermiere Circolante o Infermiere addetto all'assistenza anestesiological).

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 18 di 25
--------------------------------	--	---------------

⇒ 3^a VALUTAZIONE – 4° mese

Sono oggetto di valutazione:

- indicatori comuni a tutti i ruoli del Blocco Operatorio;
- indicatori specifici dell’Infermiere Circolante;
- indicatori specifici dell’Infermiere addetto all’assistenza anestesiológica.

La valutazione effettuata al 4° mese, pur rappresentando la valutazione conclusiva prevista dalla scheda aziendale e dal periodo di prova contrattuale, non coincide con il termine del processo di inserimento nel Blocco Operatorio, il quale prosegue fino al completamento dei 6 mesi complessivi, con particolare riferimento allo sviluppo delle competenze di Infermiere strumentista.

Nello specifico, sono previste due ulteriori valutazioni, distinte dalle precedenti valutazioni contrattuali ed effettuate mediante apposita scheda di valutazione, finalizzate alla verifica del raggiungimento delle competenze professionali necessarie allo svolgimento del ruolo di Infermiere strumentista:

⇒ 4^a VALUTAZIONE – 5° mese

⇒ 5^a VALUTAZIONE – 6° mese

Sono oggetto di valutazione gli indicatori specifici del ruolo di Infermiere strumentista.

In concomitanza con ciascuna valutazione è previsto un colloquio strutturato di confronto tra Tutor, I.F.O. e neoassunto/trasferito, che rappresenta il momento di autovalutazione del professionista.

Durante il colloquio:

- viene condivisa con il neoassunto la valutazione effettuata dal Tutor mediante la scheda di valutazione;
- il professionista è invitato a esprimere le proprie considerazioni rispetto al percorso fino a quel momento svolto, ai progressi percepiti, alle difficoltà incontrate a livello di competenza che ritiene di aver raggiunto;

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 19 di 25
--------------------------------	--	---------------

- si promuove un confronto guidato volto ad individuare eventuali scostamenti tra la percezione soggettiva del neoassunto e la performance osservata dal Tutor.

Questo momento di confronto si configura come uno spazio riflessivo, orientato a:

- favorire l'autoriflessione e la consapevolezza professionale;
- valorizzare i progressi raggiunti;
- individuare in modo condiviso aree di miglioramento;
- stimolare la partecipazione del professionista al proprio processo di apprendimento.

Il periodo di inserimento si considera superato quando il professionista ha il livello minimo di competenza previsto dalla scheda di valutazione ed è in grado di svolgere in autonomia e sicurezza le attività previste dal proprio ruolo.

Le schede di valutazione, siano esse positive o negative, devono essere trasmesse al Servizio Professioni Sanitarie nel rispetto dei tempi previsti.

8. MONITORAGGIO INDICATORI E VALORI ATTESI

Il monitoraggio del percorso di inserimento del personale infermieristico neoassunto/trasferito viene condotto attraverso l'analisi sistematica degli indicatori di competenza previsti nella scheda di valutazione del Blocco Operatorio.

Gli indicatori fanno riferimento alle competenze tecnico-professionali, organizzative e relazionali previste dal profilo di posto dell'infermiere di Blocco Operatorio e dalle relative job description.

I valori attesi corrispondono al livello minimo di competenza e autonomia richiesto nelle diverse fasi del percorso di inserimento (15gg/1°, 2°, 4°, 5° e 6° mese).

Il confronto tra i risultati attesi e quelli effettivamente rilevati permette di:

- valutare l'efficacia del percorso di inserimento;
- individuare eventuali scostamenti o criticità;
- pianificare interventi di supporto, affiancamento o formazione mirata.

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 20 di 25
--------------------------------	--	---------------

Le schede di valutazione compilate fungono da strumenti di monitoraggio del processo e di tracciabilità del percorso formativo e valutativo.

9. MODALITÀ DI VERIFICA DELL'APPLICAZIONE

La corretta applicazione della presente procedura è garantita dall'I.F.O. del Blocco Operatorio, in collaborazione con il Responsabile dell'U.O. e il Servizio Professioni Sanitarie.

Il processo di verifica si realizza mediante:

- analisi periodica delle schede di valutazione compilate;
- incontri strutturati di confronto con i Tutor;
- momenti di condivisione e restituzione con il personale infermieristico coinvolto nei percorsi di inserimento;
- valutazione delle eventuali criticità emerse durante il processo di inserimento.

Tali attività consentono di monitorare l'effettiva applicazione della procedura, rilevare eventuali criticità organizzative e proporre azioni di miglioramento continuo.

10. MODALITÀ DI ATTUAZIONE DELLA FORMAZIONE

La formazione del personale infermieristico neoassunto/trasferito viene attuata in coerenza con il Piano Formativo Aziendale e declinata in funzione delle specificità organizzative e assistenziali del Blocco Operatorio.

Il percorso formativo si realizza prevalentemente attraverso:

- affiancamento strutturato al Tutor;
- addestramento sul campo;
- apprendimento esperienziale;
- supervisione progressiva delle attività;
- momenti di confronto e feedback strutturato.

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 21 di 25
--------------------------------	--	---------------

Il percorso formativo è personalizzato tenendo conto delle competenze possedute dal professionista e dei bisogni formativi emersi durante la valutazione, con l'obiettivo di garantire il raggiungimento dell'autonomia operativa nel rispetto degli standard di sicurezza e qualità assistenziale.

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 22 di 25
--------------------------------	--	---------------

Matrice delle responsabilità

FIGURA CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ →	I.F.O.	Tutor	Infermiere neoassunto/ trasferito	Responsabile Medico B.O.	DMO UOC Professioni Sanitarie
↓ DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ					
Individuazione e nomina del Tutor	R	I	I	I	C
Accoglienza del neoassunto/trasferito	R	C	C	I	I
Inserimento del neoassunto/trasferito	C	R	C	I	I
Valutazione del raggiungimento degli obiettivi a breve e lungo termine	R	C	C	I	C
Verifica dell'applicazione della procedura	R	C	I	I	C
Registrazione e tracciabilità del percorso di inserimento	R	C	C	I	C

R: responsabile; **C:** coinvolto; **I:** informato

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 23 di 25
--------------------------------	--	---------------

Approvazione della procedura:

Gruppo di lavoro:

NOMINATIVO	U.O.	FIRMA

Strutture che hanno preso visione:

NOMINATIVO	U.O.	FIRMA

Direttori della/e UU.OO. di applicazione:

NOMINATIVO	U.O.	FIRMA

Direttori dei Dipartimenti / Direzione medica di presidio / Direzione Distretto di afferenza delle U.O.:

NOMINATIVO	U.O.	FIRMA

Valida sino al: ___/___/___	INSERIMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEOASSUNTO/TRASFERITO PRESSO IL BLOCCO OPERATORIO	Pag. 24 di 25
--------------------------------	--	---------------

VALIDAZIONE:

Check list di validazione da parte dell'U.O. Governo Clinico e Rischio Clinico

Dimensione di analisi	Valutazione	Note
Corretta individuazione del responsabile	☐ Sì ☐ No	
Presenza di riferimenti accreditati	☐ Sì ☐ No ☐ Non applicabile	
Completezza nella visione da parte delle strutture coinvolte	☐ Sì ☐ No ☐ Non applicabile	
Completezza e univocità della matrice di responsabilità	☐ Sì ☐ No ☐ Non applicabile	
Individuazione delle modalità (quando/come/chi) di controllo dell'applicazione	☐ Sì ☐ No ☐ Non applicabile	
Presenza degli indicatori di valutazione	☐ Sì ☐ No ☐ Non applicabile	
Presenza modello di presa visione da parte del personale interessato	☐ Sì ☐ No ☐ Non applicabile	

NOMINATIVO	U.O.	FIRMA

APPENDICE C

Scheda di valutazione del processo di inserimento nel Blocco Operatorio

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI INSERIMENTO NEL B.O.

COGNOME e NOME:

Data di assunzione: / / U.O. / Servizio:

Con la presente si comunica un breve giudizio riepilogativo della valutazione effettuata.

Ai fini del superamento del periodo di prova si tiene conto della valutazione corrispondente al periodo stesso.

15gg/1° mese

VALUTAZIONE INIZIALE: Data: Punteggio:

Eventuali osservazioni:

ESITO PERIODO DI PROVA: ☐ **SUPERATO** ☐ **NON SUPERATO**

Firma I.F.O.:

Firma neoassunto per presa visione:

Eventuali osservazioni:

2° mese

VALUTAZIONE INTERMEDIA: Data: Punteggio:

Eventuali osservazioni:

ESITO PERIODO DI PROVA: ☐ **SUPERATO** ☐ **NON SUPERATO**

Firma I.F.O.:

Firma neoassunto per presa visione:

Eventuali osservazioni:

4° mese

VALUTAZIONE FINALE: Data: Punteggio:

Eventuali osservazioni:

ESITO PERIODO DI PROVA: ☐ **SUPERATO** ☐ **NON SUPERATO**

Firma I.F.O.:

Firma neoassunto per presa visione:

Eventuali osservazioni:

Scala di valutazione:

Livello 50-100: Insufficiente

Livello 101-150: Sufficiente

Livello 151-200: Buono

Livello 201-250: Ottimo

Per presa visione
Il Direttore U.O.C. SPS
Area infermieristico-Ostetrica

Aree di apprendimento e valutazione		Periodo di valutazione														
		15gg/1° mese					2° mese					4° mese				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
COMPETENZE TECNICO ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVE																
A	Precisione e uso di metodologie															
1	Applica correttamente le procedure infermieristiche aziendali nella gestione dell'assistenza al paziente e nella pianificazione interdisciplinare															
2	Riconosce, rispetta e applica correttamente i percorsi sporco/pulito del B.O. e le procedure di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)															
3	Prepara e riordina la sala operatoria al termine dell'intervento in tempi adeguati, assicurandone la pronta disponibilità per interventi successivi programmati o urgenti															
4	Garantisce la corretta tracciabilità del processo di sterilizzazione e il rispetto delle procedure correlate															
5	Riconosce e risponde tempestivamente alle situazioni di emergenza, attivando le procedure più opportune															
Punteggio parziale:																
B	Responsabilità verso l'organizzazione															
6	Compila in modo completo e accurato la documentazione infermieristica di competenza															
7	Controlla e segnala tempestivamente eventuali malfunzionamenti delle apparecchiature elettromedicali															
8	Verifica periodicamente l'approvvigionamento di materiali, farmaci e presidi necessari alle attività routinarie e alle urgenze															
9	Controlla, garantisce e collabora alla corretta esecuzione delle attività assistenziali svolte dal personale di supporto, supervisionandone l'azione e verificandone l'attuazione e i risultati															
Punteggio parziale:																
C	Responsabilità verso la professione															
10	Dimostra consapevolezza del proprio ruolo nel garantire sicurezza e qualità dell'assistenza perioperatoria															
11	Prende decisioni, le condivide con i colleghi e si assume le responsabilità delle proprie azioni															
12	Riconosce i propri errori e li segnala tempestivamente, contribuendo al miglioramento della sicurezza															
Punteggio parziale:																
CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI – RELAZIONALI – PROFESSIONALITÀ																
D	Capacità di relazionarsi															
13	Comunica in modo chiaro, efficace e tempestivo con l'équipe chirurgica durante l'intervento															

[illegible]

[illegible]

105

49	Effettua la valutazione infermieristica generale nelle fasi di risveglio e nel post-operatorio immediato, valutando parametri vitali, bilancio idrico, sanguinamenti, drenaggi e dolore prima della dimissione dal Blocco Operatorio																
50	Esegue e documenta accuratamente le fasi della Surgical Safety Checklist (Sign-In, Time-Out, Sign-Out) in collaborazione con l'équipe chirurgica, garantendo l'applicazione delle norme per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico																
Punteggio parziale:																	
TOTALE:																	

Legenda di valutazione	
1	Negatività assoluta; completamente inadeguato. Gravi carenze tecniche/etiche/comportamentali.
2	Conosce i principi teorici, ma non li applica. Nel periodo preso in esame non è riuscito a svolgere le attività in modo accettabile. È stato necessario correggere gli errori, non è autonomo. Non rispetta completamente le procedure/indicazioni previste.
3	Conosce i principi teorici, li applica nell'attività quotidiana a bassa complessità: è necessario intervenire raramente con correzioni e consigli. Non aderisce pienamente al rispetto delle procedure e normative cogenti.
4	Conosce i principi teorici, li applica nell'attività quotidiana anche in situazioni critiche, urgenti e complesse.
5	Conosce i principi teorici, li applica nell'attività quotidiana anche in situazioni critiche, urgenti e complesse. Propone soluzioni innovative, di miglioramento e di supporto agli altri. Aderisce pienamente al rispetto delle procedure e normative cogenti.

*

- La valutazione positiva degli item evidenziati è ritenuta imprescindibile, indipendentemente dal punteggio totale conseguito.
- Nell'eventualità che uno specifico item non sia osservabile nel periodo di riferimento e/o in uno specifico setting di assegnazione utilizzare la sigla "N.V." (non valutabile). L'item N.V. va considerato con punteggio di 3 nel calcolo totale.

NOTA:

La valutazione delle competenze relative al ruolo di Infermiere strumentista viene avviata a partire dal 5° mese di inserimento, successivamente al raggiungimento dell'autonomia operativa nei ruoli di Infermiere circolante e Infermiere addetto all'assistenza anestesiológica.

La valutazione è riferita esclusivamente all'attività di strumentazione chirurgica in interventi di media-bassa complessità.

5° mese

VALUTAZIONE: Data: Punteggio:

Eventuali osservazioni:

ESITO VALUTAZIONE FORMATIVA: ☐POSITIVA ☐NEGATIVA

Firma I.F.O.:

Firma neoassunto per presa visione:

Eventuali osservazioni:

6° mese

VALUTAZIONE FINALE: Data: Punteggio:

Eventuali osservazioni:

ESITO VALUTAZIONE FORMATIVA: ☐POSITIVA ☐NEGATIVA

Firma I.F.O.:

Firma neoassunto per presa visione:

Eventuali osservazioni:

Scala di valutazione:

Livello 20-50: Insufficiente

Livello 51-75: Sufficiente

Livello 76-90: Buono

Livello 91-100: Ottimo

INFERMIERE STRUMENTISTA											
Tempistiche: Valutazione dal 5° mese											
Ambito di valutazione: Interventi chirurgici di media-bassa complessità											
Aree di apprendimento e valutazione		Periodo di valutazione									
		5° mese					6° mese				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Esegue correttamente la tecnica di lavaggio sociale e chirurgico delle mani rispettando i tempi e i passaggi previsti dalla procedura aziendale										
2	Esegue correttamente la propria vestizione sterile e coadiuva quella dell'équipe chirurgica, garantendo il mantenimento dell'asepsi durante ogni fase										
3	Prepara in modo appropriato lo strumentario chirurgico e i dispositivi medici in relazione alla tipologia di intervento programmato, verificandone l'idoneità prima e garantendone l'ordine, la completezza e la corretta disposizione prima, durante e dopo l'intervento										
4	Allestisce il campo sterile in collaborazione con l'infermiere circolante, predisponendo strumenti, materiali e presidi secondo il tipo di intervento chirurgico										
5	Garantisce il mantenimento della sterilità del campo operatorio per tutta la durata dell'intervento chirurgico, assicurando il corretto utilizzo di strumenti, materiali e presidi e prevenendo contaminazioni										
6	Conosce e rispetta i tempi chirurgici "sporchi" e "puliti" e controlla attentamente le manovre e i movimenti non sterili che si effettuano in campo e fuori campo durante l'intervento chirurgico										
7	Mantiene l'organizzazione del tavolo servitore e dei piani d'appoggio, garantendo l'ordine funzionale dei presidi e l'economia dei movimenti durante l'intervento chirurgico										
8	Segnala prontamente ogni sospetta o accertata contaminazione del campo sterile, agendo immediatamente per il ripristino delle condizioni di sicurezza										
9	Fornisce assistenza intraoperatoria continua, identificando i tempi chirurgici e anticipando le richieste dello strumentario sulla base delle proprie conoscenze e competenze professionali										
10	Effettua il passaggio dello strumentario in modo deciso, sicuro e correttamente orientato all'uso, minimizzando i tempi di attesa del chirurgo e garantendo la continuità dell'atto chirurgico										

[illegible]