



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE**  
**FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

---

**Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche  
ed Ostetriche**

**TESI DI LAUREA**

**Gestione delle risorse umane nelle sale operatorie di  
Ostetricia e Ginecologia AV3 Macerata**

**STUDENTE**

**RELATORE**

**Alessandro Pierluigi**

**Dott. Paolo Antognini**

**A.A. 2019-2020**

**Dedicato alla mia famiglia:**  
**a mia moglie Marianna amore della mia vita**  
**sempre presente al mio fianco,**  
**il mio più grande sostegno nelle difficoltà;**  
**ai miei figli Andrea e Giulia...**  
**realizzate sempre i vostri sogni**  
**con determinazione e motivazione.**

**Vorrei ringraziare mia madre e mio padre, genitori meravigliosi che mi hanno premesso 17 anni fa di iniziare la mia carriera professionale e senza i quali non avrei potuto realizzare tante cose nella mia vita.**

**Un grande ringraziamento va alle mie colleghe Francesca, Simona, Marta e Sue Ellen ed al mio collega Luca (per me un fratello ormai) persone professionalmente e umanamente inestimabili che mi hanno permesso lunghe assenze dal lavoro, cambi turno last-minute ed hanno sempre fatto il tifo per me.**

**Grazie al Direttore dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Macerata Dott. Mauro Pelagalli con cui lavoro da 14 anni, professionista eccelso ed uno dei miei più grandi sostenitori.**

**Un ringraziamento speciale va al Dott. Paolo Antognini che mi ha seguito in questo progetto con grande professionalità, disponibilità e con una elevatissima competenza.**

**Un pensiero speciale va a te amico mio a cui il destino ha riservato una partenza troppo anticipata, senza darti alcuna possibilità di scelta: "Come accade spesso, ci misero un po' a ricordarsi che, quando muore qualcuno, agli altri spetta di vivere anche per lui...altro non c'è di adatto". Ciao Cri.**

## **INDICE**

### **1. Ottimizzazione delle risorse umane in base alla programmazione delle sedute operatorie**

1.1- Introduzione	pag.	1
1.2- Obiettivi	pag.	2
1.3- Materiali e metodi	pag.	3
1.4- Risultati	pag.	4
1.5- Discussione	pag.	10
1.5.1- La rete ospedaliera delle marche	pag.	10
1.5.2- Organizzazione delle sale operatorie dell'U.O.C. di ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Macerata	pag.	12
1.6- Conclusioni	pag.	15

### **2. Percorso formativo propedeutico e-learning al corso di strumentazione di sala operatoria per ostetriche**

2.1- Introduzione	pag.	26
2.2- Obiettivi	pag.	27
2.3- Materiali e metodi	pag.	28
2.4- Risultati	pag.	36
2.5- Discussione	pag.	44
2.5.1- Fonti normative E.C.M.	pag.	45
2.5.2- La formazione nelle Marche	pag.	46
2.5.3- L'analisi dei bisogni formativi	pag.	47
2.5.4- Lo scenario dell'evento formativo	pag.	50
2.6- Conclusioni	pag.	51

<b>Bibliografia – sitografia</b>	pag.	52
----------------------------------	------	----

# **1 – OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE IN BASE ALLA PROGRAMMAZIONE DELLE SEDUTE OPERATORIE**

## **1.1 - INTRODUZIONE**

Negli ultimi decenni “l’ambiente di cura” si è modificato radicalmente vedendo il continuo progredire delle tecnologie e la nascita di nuove forme di erogazione dell’assistenza, ma anche l’accrescimento di vincoli normativi e pressioni finanziarie legate al contesto socio- economico-politico. Come garantire una buona qualità dell’assistenza è oggi probabilmente uno dei maggiori problemi che i sistemi sanitari si trovano a dover affrontare anche alla luce delle crescenti aspettative dei cittadini. Infatti da non trascurare è proprio la posizione del cittadino, che non è più un fruitore passivo ma un protagonista partecipe. E’ la cultura della qualità che rende efficace il sistema, consentendo di attuare un miglioramento continuo guidato dai bisogni dell’utente. E’ importante la diffusione di una ”coscienza sociale” per cui è richiesta qualità, tutela e informazione nella pratica quotidiana in sanità basata sulle evidenze scientifiche.

In questi ultimi anni l’infermiere è diventato attore principale, parte attiva nell’organizzazione, dell’assistenza, della ricerca e della formazione. Il ruolo e l’immagine dell’infermiere coordinatore e dirigente si sono evoluti sempre più verso un’emancipazione professionale di responsabilità e di autonomia. A seguito del cambiamento legislativo, Profilo Professionale DM739/1994, abrogazione mansionario l. 42/99, codice deontologico in vigore dal 13/04/2019, laurea e dirigenza infermieristica l. 251/2000, autonomia professionale ed equipollenza dei diplomi l. 1/2002, che di fatto hanno definito una nuova dimensione professionale dell’infermiere, si rende necessaria la riformulazione di tutto lo scenario professionale, sia nella sua dimensione concettuale, “chi è l’infermiere”, che operativa “come agisce l’infermiere”.

Parallelamente alla possibilità di crescita e sviluppo professionale e quindi dello scenario di sbocchi lavorativi, in sanità c’è stata un’evoluzione esponenziale delle tecnologie in tutti i settori della sanità ed in particolare nella sala operatoria:

l'evoluzione delle tecniche operatorie, supportate dall'uso di nuove tecnologie, hanno favorito una maggiore qualità del servizio erogato basato sulle evidenze scientifiche.

Lo sviluppo di questo lavoro nasce dall'interesse personale nel ricercare un percorso assistenziale collaborativo tra personale infermieristico ed ostetrico nel reparto di ostetricia dell'ospedale di Macerata che permetta di erogare un servizio efficiente ottimizzando le risorse con standard di qualità e sicurezza elevati.

Il reparto di ostetricia ha tra le sue priorità, quella di dover dare una risposta a tempo zero alle emergenze ostetriche, situazioni di particolare gravità che mettono a rischio la vita di madre e neonato: prime fra tutte il distacco intempestivo di placenta, il prolasso di funicolo e le bradicardie/tachicardie fetali. Per tale motivo, è necessario che tutto il personale afferente a tale reparto sia in grado di mettere in atto tutte le procedure necessarie per la sicurezza delle pazienti in caso di emergenza. Per raggiungere questo obiettivo è necessario che le figure infermieristiche, a cui è affidata la gestione della sala operatoria, e le figure ostetriche, a cui è affidata la gestione del percorso nascita, collaborino per garantire un servizio di qualità e sicurezza. A tale scopo è ipotizzabile creare un percorso formativo per le ostetriche che permetta loro, in caso di emergenza, di essere autonome nell'attivazione della sala operatoria "a tempo zero" in attesa dell'arrivo del personale infermieristico durante l'orario in regime di pronta disponibilità, creando un percorso assistenziale standardizzato per tutti gli operatori.

## **1.2 – OBIETTIVI**

In base a quanto premesso, il progetto del primo anno accademico ha avuto come obiettivi:

- stabilire il numero di unità infermieristiche necessarie per la copertura delle sedute operatorie e delle urgenze attraverso:
  - la rilevazione dell'attività delle sale operatorie di ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Macerata;
  - il rispetto delle norme vigenti:
  - C.C.N.L.;
  - Norme regionali;

- Regolamenti aziendali;
- casistica interventi 2018
- classificazione della complessità degli interventi per stabilire il numero di infermieri per ogni tavolo operatorio.
- Valutare la possibilità di utilizzare un'unità ostetrica in alternativa ad un'unità infermieristica di un'altra specialità nei periodi di assenza del personale dedicato alla sala di ostetricia e ginecologia per ferie o malattia.

### 1.3 - MATERIALI E METODI

Per prima è stata rilevata l'attività delle sale operatorie calcolando il tasso di utilizzo delle sale in base alle sedute richieste e assegnate

Poi è stata effettuata una ricerca delle fonti normative vigenti in materia di sala operatoria, della casistica degli interventi effettuati in elezione 2018 e loro classificazione in base al grado di complessità.

Sulla base di tutti questi dati raccolti, è stato calcolato il numero effettivo di unità infermieristiche necessario per l'attività.

La raccolta di tutti i dati necessari ha avuto una tempistica come da seguente diagramma di Gantt:

Descrizione attività	Aprile- Maggio 2018	Giugno 2018	Luglio 2019
Rilevazione dell'attività delle sale operatorie			
Ricerca normative vigente			
Raccolta casistica interventi 2018 e classificazione interventi			
Calcolo unità infermieristiche			





marzo	intervento 1	intervento 2	intervento 3	intervento 4	intervento 5	intervento 6	intervento 7	intervento 8	intervento 9	intervento 10	ore utilizzo sala	minuti utilizzo sala	percentuale utilizzo sala						
1	08:40	10:20	10:45	11:35	12:05	15:15	15:55	20:15				10:00	600	83,33					
2												0:00	0	0,00					
3												0:00	0	0,00					
4												0:00	0	0,00					
5	08:55	11:25	11:55	14:40								5:15	315	87,50					
6	08:02	10:45	11:20	13:15								4:38	278	77,22					
7												0:00	0	0,00					
8	08:30	10:00	10:15	11:55	12:00	14:20	14:40	15:50				6:40	400	111,11					
9												0:00	0	0,00					
10												0:00	0	0,00					
11	08:30	09:35	09:50	10:05	10:30	10:40	11:25	12:10	13:15	13:30		2:30	150	41,67					
12												0:00	0	0,00					
13	08:30	10:05	10:20	14:00	14:15	14:55						5:55	355	98,61					
14	08:50	10:10	10:35	12:35	13:00	14:00						4:20	260	72,22					
15	08:30	09:35	08:50	11:40	11:50	14:10						6:15	375	104,17					
16	09:30	12:20										2:50	170	47,22					
17												0:00	0	0,00					
18	08:40	10:35	12:00	12:15	12:20	12:40	12:45	13:00	13:05	13:15	13:20	13:35	13:40	14:15	3:45	225	62,50		
19	08:55	14:40										5:45	345	95,83					
20	08:45	09:20	09:45	11:15	11:35	12:50	13:15	16:20				6:25	385	106,94					
21	08:40	11:20	11:50	13:40	14:00	15:50						6:20	380	105,56					
22	08:30	09:35	10:10	11:30	11:55	13:40	14:00	15:00				5:10	310	86,11					
23												0:00	0	0,00					
24												0:00	0	0,00					
25	08:30	09:55	10:52	11:35	12:15	13:05	13:25	13:40	14:00	14:15	14:35	14:50	15:00	15:25	4:08	248	68,89		
26	08:55	14:50										5:55	355	98,61					
27	08:25	10:45	11:10	12:40	13:00	14:55						5:45	345	95,83					
28	08:55	10:25	10:55	11:55	12:25	14:35						4:40	280	77,78					
29	08:45	11:50	12:15	14:00								4:50	290	80,56					
30												0:00	0	0,00					
31												0:00	0	0,00					
media utilizzo sala opertoria				84,298															

aprile	intervento 1	intervento 2	intervento 3	intervento 4	intervento 5	intervento 6	intervento 7	intervento 8	intervento 9	intervento 10	ore utilizzo sala	minuti utilizzo sala	percentuale utilizzo sala												
1	08:50	09:10	09:20	09:40	09:50	10:10	10:20	10:35	10:40	10:55	11:00	11:15	11:35	11:55	12:00	12:10	12:15	12:25	12:50	13:40	3:15	195	54,17		
2	08:45	12:50	13:10	14:25																		5:20	320	88,89	
3	08:40	11:35	12:10	13:00	13:30	15:00																5:15	315	87,50	
4	08:45	12:35	13:10	14:55																		5:35	335	93,06	
5	08:20	10:05	10:20	12:15	12:45	13:35	14:00	15:40														6:10	370	102,78	
6																						0:00	0	0,00	
7																						0:00	0	0,00	
8	09:00	09:20	09:40	10:00	10:10	10:40	11:00	11:25	11:45	12:00	12:05	12:25	12:30	12:50	13:15	14:10					3:25	205	56,94		
9	09:15	14:05																				4:50	290	80,56	
10	08:30	10:15	11:25	11:45	12:20	13:10																2:55	175	48,61	
11	08:45	10:10	10:25	11:40	11:55	13:20	13:40	14:25														4:50	290	80,56	
12	08:40	09:55	10:30	12:05	12:35	15:50																6:05	365	101,39	
13																						0:00	0	0,00	
14																						0:00	0	0,00	
15	08:40	09:10	09:25	09:35	09:43	10:00	10:05	10:15	10:20	10:35	10:40	10:55	11:40	14:25							4:22	262	72,78		
16	09:05	14:10																				5:05	305	84,72	
17	08:30	09:40	10:00	11:50	12:05	13:25																4:20	260	72,22	
18	08:30	10:50	11:10	12:55	13:20	15:10																5:55	355	98,61	
19	08:20	09:03	09:45	11:20	11:30	13:10	13:30	16:10														6:38	398	110,56	
20																						0:00	0	0,00	
21																						0:00	0	0,00	
22																						0:00	0	0,00	
23	08:15	12:15	12:50	14:10																		5:20	320	88,89	
24	08:35	13:00																				4:25	265	73,61	
25																						0:00	0	0,00	
26	08:25	11:05	11:30	13:20	13:35	15:35																6:30	390	108,33	
27																						0:00	0	0,00	
28																						0:00	0	0,00	
29	08:30	12:05	12:45	13:00	13:05	13:20	13:25	13:40	13:45	14:05												4:40	280	77,78	
30	08:30	14:05																				5:35	335	93,06	
media utilizzo sala operatoria				83,75																					



Il successivo passo, ha portato alla ricerca delle normative vigenti in tema di sala operatoria.

La norma di riferimento della pronta disponibilità è il C.C.N.L. vigente che, nel Titolo IV "Rapporto di lavoro" Capo II " Istituti dell'orario di lavoro" art. 28 "Servizio di pronta disponibilità" c. 1 e c. 3, stabilisce:

- Il servizio di pronta disponibilità è caratterizzato dalla immediata reperibilità del dipendente e dall'obbligo per lo stesso di raggiungere la struttura nel tempo previsto con modalità stabilite ai sensi del comma 3.
- Le Aziende ed Enti definiscono le modalità di cui al comma 1 ed i piani per l'emergenza.

Il regime di pronta disponibilità è definito dalla determina n°1256 del Direttore di Area Vasta n°3 del 17/10/2018 "PIANO EMERGENZA/REPERIBILITA'AREA VASTA 3" il quale fa riferimento alla determina della direzione di AV3 n. 486/2016 "Regolamento Pronta Disponibilità Area Comparto Area Vasta 3 - Adozione"

Il regolamento di pronta disponibilità di Area Vasta 3 è definito dalla determina n°486 del 10 maggio 2016 "Regolamento pronta disponibilità area comparto area vasta 3 – adozione" che, nel rispetto del C.C.N.L., all'art.5 stabilisce che "di regola, ciascun dipendente può effettuare, mensilmente, non più di sei turni di reperibilità..."

In base a tale regola e considerando che in base al C.C.N.L. art. 28 c. 7 ogni turno di pronta disponibilità è ha durata di dodici ore, è stato calcolato il numero delle pronte disponibilità annuali secondo il seguente schema:

- Dal lunedì al sabato n°1 turni di pronta disponibilità
- Domenica e festività n° 2 turni di pronta disponibilità

01-gen-18	lunedì	2	01-apr-18	domenica	2	01-lug-18	domenica	2	01-ott-18	lunedì	1
02-gen-18	martedì	1	02-apr-18	lunedì	2	02-lug-18	lunedì	1	02-ott-18	martedì	1
03-gen-18	mercoledì	1	03-apr-18	martedì	1	03-lug-18	martedì	1	03-ott-18	mercoledì	1
04-gen-18	giovedì	1	04-apr-18	mercoledì	1	04-lug-18	mercoledì	1	04-ott-18	giovedì	1
05-gen-18	venerdì	1	05-apr-18	giovedì	1	05-lug-18	giovedì	1	05-ott-18	venerdì	1
06-gen-18	sabato	2	06-apr-18	venerdì	1	06-lug-18	venerdì	1	06-ott-18	sabato	1
07-gen-18	domenica	2	07-apr-18	sabato	1	07-lug-18	sabato	1	07-ott-18	domenica	2
08-gen-18	lunedì	1	08-apr-18	domenica	2	08-lug-18	domenica	2	08-ott-18	lunedì	1
09-gen-18	martedì	1	09-apr-18	lunedì	1	09-lug-18	lunedì	1	09-ott-18	martedì	1
10-gen-18	mercoledì	1	10-apr-18	martedì	1	10-lug-18	martedì	1	10-ott-18	mercoledì	1
11-gen-18	giovedì	1	11-apr-18	mercoledì	1	11-lug-18	mercoledì	1	11-ott-18	giovedì	1
12-gen-18	venerdì	1	12-apr-18	giovedì	1	12-lug-18	giovedì	1	12-ott-18	venerdì	1
13-gen-18	sabato	1	13-apr-18	venerdì	1	13-lug-18	venerdì	1	13-ott-18	sabato	1
14-gen-18	domenica	2	14-apr-18	sabato	1	14-lug-18	sabato	1	14-ott-18	domenica	2
15-gen-18	lunedì	1	15-apr-18	domenica	2	15-lug-18	domenica	2	15-ott-18	lunedì	1
16-gen-18	martedì	1	16-apr-18	lunedì	1	16-lug-18	lunedì	1	16-ott-18	martedì	1
17-gen-18	mercoledì	1	17-apr-18	martedì	1	17-lug-18	martedì	1	17-ott-18	mercoledì	1
18-gen-18	giovedì	1	18-apr-18	mercoledì	1	18-lug-18	mercoledì	1	18-ott-18	giovedì	1
19-gen-18	venerdì	1	19-apr-18	giovedì	1	19-lug-18	giovedì	1	19-ott-18	venerdì	1
20-gen-18	sabato	1	20-apr-18	venerdì	1	20-lug-18	venerdì	1	20-ott-18	sabato	1
21-gen-18	domenica	2	21-apr-18	sabato	1	21-lug-18	sabato	1	21-ott-18	domenica	2
22-gen-18	lunedì	1	22-apr-18	domenica	2	22-lug-18	domenica	2	22-ott-18	lunedì	1
23-gen-18	martedì	1	23-apr-18	lunedì	1	23-lug-18	lunedì	1	23-ott-18	martedì	1
24-gen-18	mercoledì	1	24-apr-18	martedì	1	24-lug-18	martedì	1	24-ott-18	mercoledì	1
25-gen-18	giovedì	1	25-apr-18	mercoledì	2	25-lug-18	mercoledì	1	25-ott-18	giovedì	1
26-gen-18	venerdì	1	26-apr-18	giovedì	1	26-lug-18	giovedì	1	26-ott-18	venerdì	1
27-gen-18	sabato	1	27-apr-18	venerdì	1	27-lug-18	venerdì	1	27-ott-18	sabato	1
28-gen-18	domenica	2	28-apr-18	sabato	1	28-lug-18	sabato	1	28-ott-18	domenica	2
29-gen-18	lunedì	1	29-apr-18	domenica	2	29-lug-18	domenica	2	29-ott-18	lunedì	1
30-gen-18	martedì	1	30-apr-18	lunedì	1	30-lug-18	lunedì	1	30-ott-18	martedì	1
31-gen-18	mercoledì	1	01-mag-18	martedì	2	31-lug-18	martedì	1	31-ott-18	mercoledì	1
01-feb-18	giovedì	1	02-mag-18	mercoledì	1	01-ago-18	mercoledì	1	01-nov-18	giovedì	2
02-feb-18	venerdì	1	03-mag-18	giovedì	1	02-ago-18	giovedì	1	02-nov-18	venerdì	1
03-feb-18	sabato	1	04-mag-18	venerdì	1	03-ago-18	venerdì	1	03-nov-18	sabato	1
04-feb-18	domenica	2	05-mag-18	sabato	1	04-ago-18	sabato	1	04-nov-18	domenica	2
05-feb-18	lunedì	1	06-mag-18	domenica	2	05-ago-18	domenica	2	05-nov-18	lunedì	1
06-feb-18	martedì	1	07-mag-18	lunedì	1	06-ago-18	lunedì	1	06-nov-18	martedì	1
07-feb-18	mercoledì	1	08-mag-18	martedì	1	07-ago-18	martedì	1	07-nov-18	mercoledì	1
08-feb-18	giovedì	1	09-mag-18	mercoledì	1	08-ago-18	mercoledì	1	08-nov-18	giovedì	1
09-feb-18	venerdì	1	10-mag-18	giovedì	1	09-ago-18	giovedì	1	09-nov-18	venerdì	1
10-feb-18	sabato	1	11-mag-18	venerdì	1	10-ago-18	venerdì	1	10-nov-18	sabato	1
11-feb-18	domenica	2	12-mag-18	sabato	1	11-ago-18	sabato	1	11-nov-18	domenica	2
12-feb-18	lunedì	1	13-mag-18	domenica	2	12-ago-18	domenica	2	12-nov-18	lunedì	1
13-feb-18	martedì	1	14-mag-18	lunedì	1	13-ago-18	lunedì	1	13-nov-18	martedì	1
14-feb-18	mercoledì	1	15-mag-18	martedì	1	14-ago-18	martedì	1	14-nov-18	mercoledì	1
15-feb-18	giovedì	1	16-mag-18	mercoledì	1	15-ago-18	mercoledì	2	15-nov-18	giovedì	1
16-feb-18	venerdì	1	17-mag-18	giovedì	1	16-ago-18	giovedì	1	16-nov-18	venerdì	1
17-feb-18	sabato	1	18-mag-18	venerdì	1	17-ago-18	venerdì	1	17-nov-18	sabato	1
18-feb-18	domenica	2	19-mag-18	sabato	1	18-ago-18	sabato	1	18-nov-18	domenica	2
19-feb-18	lunedì	1	20-mag-18	domenica	2	19-ago-18	domenica	2	19-nov-18	lunedì	1
20-feb-18	martedì	1	21-mag-18	lunedì	1	20-ago-18	lunedì	1	20-nov-18	martedì	1
21-feb-18	mercoledì	1	22-mag-18	martedì	1	21-ago-18	martedì	1	21-nov-18	mercoledì	1
22-feb-18	giovedì	1	23-mag-18	mercoledì	1	22-ago-18	mercoledì	1	22-nov-18	giovedì	1
23-feb-18	venerdì	1	24-mag-18	giovedì	1	23-ago-18	giovedì	1	23-nov-18	venerdì	1
24-feb-18	sabato	1	25-mag-18	venerdì	1	24-ago-18	venerdì	1	24-nov-18	sabato	1
25-feb-18	domenica	2	26-mag-18	sabato	1	25-ago-18	sabato	1	25-nov-18	domenica	2
26-feb-18	lunedì	1	27-mag-18	domenica	2	26-ago-18	domenica	2	26-nov-18	lunedì	1
27-feb-18	martedì	1	28-mag-18	lunedì	1	27-ago-18	lunedì	1	27-nov-18	martedì	1
28-feb-18	mercoledì	1	29-mag-18	martedì	1	28-ago-18	martedì	1	28-nov-18	mercoledì	1
01-mar-18	giovedì	1	30-mag-18	mercoledì	1	29-ago-18	mercoledì	1	29-nov-18	giovedì	1
02-mar-18	venerdì	1	31-mag-18	giovedì	1	30-ago-18	giovedì	1	30-nov-18	venerdì	1
03-mar-18	sabato	1	01-giu-18	venerdì	1	31-ago-18	venerdì	1	01-dic-18	sabato	1
04-mar-18	domenica	2	02-giu-18	sabato	1	01-set-18	sabato	1	02-dic-18	domenica	2
05-mar-18	lunedì	1	03-giu-18	domenica	2	02-set-18	domenica	2	03-dic-18	lunedì	1
06-mar-18	martedì	1	04-giu-18	lunedì	1	03-set-18	lunedì	1	04-dic-18	martedì	1
07-mar-18	mercoledì	1	05-giu-18	martedì	1	04-set-18	martedì	1	05-dic-18	mercoledì	1
08-mar-18	giovedì	1	06-giu-18	mercoledì	1	05-set-18	mercoledì	1	06-dic-18	giovedì	1
09-mar-18	venerdì	1	07-giu-18	giovedì	1	06-set-18	giovedì	1	07-dic-18	venerdì	1
10-mar-18	sabato	1	08-giu-18	venerdì	1	07-set-18	venerdì	1	08-dic-18	sabato	2
11-mar-18	domenica	2	09-giu-18	sabato	1	08-set-18	sabato	1	09-dic-18	domenica	2
12-mar-18	lunedì	1	10-giu-18	domenica	2	09-set-18	domenica	2	10-dic-18	lunedì	1
13-mar-18	martedì	1	11-giu-18	lunedì	1	10-set-18	lunedì	1	11-dic-18	martedì	1
14-mar-18	mercoledì	1	12-giu-18	martedì	1	11-set-18	martedì	1	12-dic-18	mercoledì	1
15-mar-18	giovedì	1	13-giu-18	mercoledì	1	12-set-18	mercoledì	1	13-dic-18	giovedì	1
16-mar-18	venerdì	1	14-giu-18	giovedì	1	13-set-18	giovedì	1	14-dic-18	venerdì	1
17-mar-18	sabato	1	15-giu-18	venerdì	1	14-set-18	venerdì	1	15-dic-18	sabato	1
18-mar-18	domenica	2	16-giu-18	sabato	1	15-set-18	sabato	1	16-dic-18	domenica	2
19-mar-18	lunedì	1	17-giu-18	domenica	2	16-set-18	domenica	2	17-dic-18	lunedì	1
20-mar-18	martedì	1	18-giu-18	lunedì	1	17-set-18	lunedì	1	18-dic-18	martedì	1
21-mar-18	mercoledì	1	19-giu-18	martedì	1	18-set-18	martedì	1	19-dic-18	mercoledì	1
22-mar-18	giovedì	1	20-giu-18	mercoledì	1	19-set-18	mercoledì	1	20-dic-18	giovedì	1
23-mar-18	venerdì	1	21-giu-18	giovedì	1	20-set-18	giovedì	1	21-dic-18	venerdì	1
24-mar-18	sabato	1	22-giu-18	venerdì	1	21-set-18	venerdì	1	22-dic-18	sabato	1
25-mar-18	domenica	2	23-giu-18	sabato	1	22-set-18	sabato	1	23-dic-18	domenica	2
26-mar-18	lunedì	1	24-giu-18	domenica	2	23-set-18	domenica	2	24-dic-18	lunedì	1
27-mar-18	martedì	1	25-giu-18	lunedì	1	24-set-18	lunedì	1	25-dic-18	martedì	2
28-mar-18	mercoledì	1	26-giu-18	martedì	1	25-set-18	martedì	1	26-dic-18	mercoledì	2
29-mar-18	giovedì	1	27-giu-18	mercoledì	1	26-set-18	mercoledì	1	27-dic-18	giovedì	1
30-mar-18	venerdì	1	28-giu-18	giovedì	1	27-set-18	giovedì	1	28-dic-18	venerdì	1
31-mar-18	sabato	1	29-giu-18	venerdì	1	28-set-18	venerdì	1	29-dic-18	sabato	1
			30-giu-18	sabato	1	29-set-18	sabato	1	30-dic-18	domenica	2
						30-set-18	domenica	2	31-dic-18	lunedì	1

Il totale dei turni di pronta disponibilità dell'anno è di 427 turni di pronta disponibilità.

Altra normativa da rispettare è il DGRM 358/2018 che stabilisce che: “la dotazione organica per ogni intervento in Sala Operatoria prevede almeno un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri professionali ad eccezione degli interventi di chirurgia a minore complessità”

Sulla base di quanto stabilito dal DGRM 358/2018, è stata ricercata la classificazione degli interventi in base al grado di complessità

Il grado di complessità degli interventi chirurgici emerge dalla classificazione del NICE(National Institute for Health and Care Excellence) pubblicata nel 2016

<b>Surgery Grades</b>	<b>Examples</b>
<b>Minor</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ excising skin lesion</li><li>◦ draining breast abscess</li></ul>
<b>Intermediate</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ primary repair of inguinal hernia</li><li>◦ excising varicose veins in the leg</li><li>◦ tonsillectomy or adenotonsillectomy</li><li>◦ knee arthroscopy</li></ul>
<b>Major or Complex</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ total abdominal hysterectomy</li><li>◦ endoscopic resection of prostate</li><li>◦ lumbar discectomy</li><li>◦ thyroidectomy</li><li>◦ total joint replacement</li><li>◦ lung operations</li><li>◦ colonic resection</li><li>◦ radical neck dissection</li></ul>

In base a tale classificazione sono stati suddivisi gli interventi effettuati nel 2018

TIPO INTERVENTO	NUMERO INTERVENTI
COLPOISTERECTOMIA	48
ISTERECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA/LAPAROTOMICA	63
ISTERECTOMIA SEMPLICE LAPAROSCOPICA/LAPAROTOMICA	48
LINFOADENECTOMIE RADICALI POST-ISTERECTOMIA	3
MIOMECTOMIA LAPAROSCOPICA/LAPAROTOMICA	31
ALTRI INTERVENTI GINECOLOGICI	250
TAGLIO CESAREO	277
DAY SURGERY	735
TOTALE	1455

## **1.5 - DISCUSSIONE**

### **1.5.1 - LA RETE OSPEDALIERA DELLA REGIONE MARCHE**

La Regione Marche, in coerenza con quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2014 e dal Patto per la Salute 2010-2012, ha messo in campo specifiche azioni di riorganizzazione della rete ospedaliera, principalmente attraverso la realizzazione di reti integrate secondo la logica dell'intensità di cure. Il modello "Hub&Spoke", quale sistema organizzativo più efficace per ottimizzare e riqualificare l'offerta assistenziale, ha permesso di garantire sinergie virtuose in termini di integrazione con il territorio e prestazioni sanitarie di maggiore qualità a fronte di costi sostenibili, concentrando l'alta specialità solo in alcuni presidi ospedalieri e riservando il restante network ospedaliero diffuso sul territorio per l'assistenza alla media e bassa complessità.

La riorganizzazione delle reti cliniche sul territorio regionale è avvenuta, in coerenza con le indicazioni nazionali, anche attraverso la rimodulazione dell'offerta di posti letto (p.l.) ospedalieri pubblici e del privato accreditato, la riconversione delle piccole strutture ospedaliere in Case della Salute, la riduzione delle strutture semplici/complesse senza trascurare lo sviluppo di specifiche strategie organizzative volte a favorire l'integrazione ospedale-territorio con l'obiettivo di promuovere la qualità assistenziale e la sicurezza delle cure. Negli anni, tale percorso di riorganizzazione della rete ospedaliera è proseguito con azioni volte alla riduzione della frammentazione ospedaliera, la costituzione dei Presidi Unici di Area Vasta e la riorganizzazione del Sistema dell'Emergenza-Urgenza, per la garanzia di un sistema efficiente di continuità assistenziale su tutto il territorio regionale.

L'emanazione del Decreto Ministeriale n. 70/2015, che ha definito gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, ha visto impegnata la Regione Marche in una nuova revisione dell'assetto organizzativo della rete ospedaliera pubblica, con riferimento alla conseguente rimodulazione del numero dei posti letto, nel rispetto degli equilibri di bilancio e dei parametri di appropriatezza previsti nei LEA. Oltre alla revisione della rete ospedaliera pubblica, la Regione Marche ha dato corso anche alla revisione della rete privata accreditata, mediante azioni di aggregazione in rete e riconversione in strutture residenziali.

Per quanto riguarda l'ambito materno-infantile un'importante modifica all'assetto regionale è stata apportata dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 che fissa in meno di 1000 nascite/anno lo standard a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita e prevede la "razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 100/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle UU.OO ostetriche-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatrie... La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e comunque non al di sotto di 500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate con rilevanti difficoltà di attivazione dello STAM(servizio di trasporto assistito materno)".

Questo ha portato per quanto riguarda l'AV3 alla chiusura del punto nascita dell'ospedale di San Severino Marche nel gennaio 2016 e per quanto riguarda la limitrofa AV2 la chiusura del punto nascita dell'ospedale di Osimo nel gennaio 2016 e del punto nascita dell'ospedale di Fabriano nell'aprile 2019. In un tale quadro organizzativo, le strutture residue hanno dovuto sopperire a tali chiusure.

### **1.5.2 - ORGANIZZAZIONE SALE OPERATORIE DELL'U.O.C. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA DELL'OSPEDALE DI MACERATA**

Le sale operatorie dell'U.O.C di ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Macerata sono ubicate in due differenti posizioni:

- la sala operatoria della ginecologia c/o il blocco operatorio centrale
- la sala operatoria dell'ostetricia c/o il blocco parto del reparto di ostetricia

L'orario di servizio va dalle 7,30-8 alle 14,30-15 per il turno mattutino, dalle 14 alle 20,24 per il turno pomeridiano e regime di pronta disponibilità dalle 20-8 dal lunedì al venerdì. Il sabato l'orario mattutino va dalle 7,30-8 alle 14,30-15 e regime di pronta disponibilità 14-8. Per i giorni festivi il personale è in regime di pronta disponibilità 8-8. Il personale infermieristico dedicato a queste due sale operatorie fa parte del blocco operatorio ed è costituito da n°5 unità così assegnate in base alla programmazione delle sedute operatorie:

GIORNATA	SPECIALITA' IN ELEZIONE	UNITA' PER ELEZIONE + COPERTURA URGENZA IN SERVIZIO	UNITA' IN SERVIZIO POMERIGGIO	PRONTA DISPONIBILITA'
lunedì	ostetricia	2+2	1	1 h 20-8
martedì	ginecologia	2+2	1	1 h 20-8
mercoledì	ginecologia	2+2	1	1 h 20-8
giovedì	ginecologia	2+2	1	1 h 20-8
venerdì	ginecologia	2+2	1	1 h 20-8
sabato	ostetricia	2	0	1 h 14-8
domenica	/	0	0	1 h 8-8



Alla luce di quanto detto si può affermare che:

- l'assegnazione di 5 unità infermieristiche attribuisce un numero legalmente ammesso di pronte disponibilità pari a 7,1 turni mensili per ogni unità infermieristica;
- in base al grado di complessità degli interventi viene rispettato il numero di infermieri in sala operatoria stabilito dal DGRM 358/2018<sup>9</sup> (2 infermieri per ogni tavolo operatorio)
- sebbene la percentuale di utilizzo non sia da sola un indice di efficienza, nell'ottica di massimizzare l'utilizzazione della sala operatoria contenendo i costi, è uno dei valori da considerare: a partire dagli anni 2000 si cerca di avere valori di tale indice che si aggirino attorno all'80% (mentre negli anni '90 era considerato positivo presentare un indice di utilizzazione con valori attorno allo 50%). Nel nostro caso la percentuale di utilizzo rientra in tale range (79,35%)
- per ottenere il numero di unità infermieristiche necessarie bisogna:
  - calcolare il numero di infermieri necessari in base alle sedute operatorie settimanali;
  - ottenuto tale numero, si ottengono i minuti necessari annui in base alle sedute operatorie
  - poi si calcola il debito orario teorico annuo in minuti per ogni infermiere a cui si sottraggono i minuti di assenza per ferie, festività infrasettimanali e altre assenze ottenendo i minuti effettivi lavorati annui;
  - dividendo i minuti di attività necessari in un anno per i minuti effettivi lavorati da ogni unità si ottengono le unità necessarie: nel nostro caso 5,3 unità come da schema che segue

			numero sale con 1 infermieri/sala	numero sale con 2 infermieri/sala					
lunedì	ost	urg/altre sale		2					
martedì	gin	urg		2					
mercoledì	gin	urg		2					
giovedì	gin	urg		2					
venerdì	gin	urg		2					
sabato	gin			1					
pomeriggio			1 infermiere/sala				giorno	settimana	anno
lunedì	ost		1			debito orario teorico	6	36	1872
martedì	ost		1			debito in minuti	360	2160	112320
mercoledì	ost		1						
giovedì	ost		1				gg	ore	minuti
venerdì	ost		1			festività infrasettimanali	10	60	3600
sabato						ferie e festività soppresse	36	216	12960
						assenze	10	60	3600
totale sedute			5	6					
infermieri			5	22		totale minuti lavorati/infermiere			92160
ore			30	132					
tot ore sett.				162					
tot min sett.				9720					
tot min anno				496800					
totale inf		496800:92160		5,3					
		minuti teorici anno	minuti lavorati	tot infermieri					
		496800	/	92160	5,3				

Come si evince dal calcolo delle unità infermieristiche utili per lo svolgimento delle sedute operatorie, il numero delle unità assegnate coincide con quelle realmente necessarie (5 contro 5,3)

Per quanto riguarda la possibilità di utilizzare un'unità ostetrica al posto di un'unità infermieristica di un'altra specialità per coprire le assenze a vario titolo, bisogna premettere che in base al D.M. 740/94 Profilo Professionale dell'Ostetrica, "... l'ostetrica per quanto di sua competenza partecipa alla preparazione e all'assistenza ad interventi ginecologici"<sup>3</sup>

Quindi l'utilizzo dell'ostetrica in sala operatoria ha il suo fondamento legislativo riguardo gli interventi dell'area ginecologica.

Nella realtà presa in esame l'ipotesi di utilizzare un'unità ostetrica al posto di un'unità infermieristica di un'altra specialità si è dimostrata non fattibile in quanto:

- ostetriche ed infermieri del blocco operatorio fanno parte di 2 unità Operative differenti e quindi non possono essere conteggiate come organico intercambiabile

- il regime di emergenza-urgenza non permette di fare una pianificazione per mettere un'ostetrica in turno a disposizione

In Italia ci sono differenti organizzazioni riguardo la sala operatoria di Ostetricia e Ginecologia che vedono la presenza o dell'ostetrica o dell'infermiere, difficilmente si trovano le due figure che lavorano insieme.

## 1.6 - CONCLUSIONI

La sala operatoria è un luogo in cui lavorano più figure professionali ben integrate che sono tra loro coordinate al fine di collaborare alla buona riuscita dell'intervento chirurgico.

L'infermiere in sala operatoria svolge essenzialmente tre importanti attività che si identificano generalmente in tre diversi ruoli:

- Infermiere di anestesia
- Infermiere strumentista
- Infermiere di sala

Il ruolo delle singole figure può essere realizzato in via esclusiva, soprattutto nei luoghi ad alta complessità tecnica e organizzativa, oppure in modo intercambiabile.

In questo trattato verranno analizzate solo le figure dell'infermiere strumentista e dell'infermiere di sala.

L'infermiere strumentista è una figura professionale che consegue sul campo, dopo un adeguato periodo di addestramento, le competenze necessarie per essere competente nella collaborazione col chirurgo. È un professionista di fondamentale importanza nell'ambito dell'equipe operatoria a cui sono richieste resistenza fisica, in quanto deve mantenere la stessa postura per un numero indeterminato di ore, molta attenzione e prontezza per affrontare qualsiasi evento imprevisto durante un intervento chirurgico e, non da ultimo, la dote della pazienza per poter collaborare con le esigenze dei chirurghi.

L'infermiere strumentista deve conoscere in maniera dettagliata:

- la procedura per il corretto lavaggio delle mani, la vestizione personale e dell'equipe chirurgica, l'allestimento del tavolo operatorio base e dei tavoli servitori nel rispetto delle più rigide norme di sterilità;
- i controlli della sterilità del materiale e degli strumenti utilizzati e della loro integrità e pulizia;

- le caratteristiche e le sedi di impiego dei singoli strumenti chirurgici;
- le caratteristiche e le modalità d'uso di tutte le apparecchiature utilizzate durante un intervento chirurgico;
- le diverse fasi dei tempi chirurgici in modo da partecipare attivamente, anticipando le richieste del chirurgo;
- le caratteristiche e le modalità di impiego dei vari sistemi di sutura;
- i possibili imprevisti e complicanze che possono verificarsi nel corso di una procedura operatoria

Deve inoltre vigilare durante tutta la durata dell'intervento chirurgico sul grado di sterilità dell'equipe chirurgica, del tavolo servitore e del tavolo operatorio su cui si sta lavorando.

L'infermiere di sala, anche detto "infermiere circolante" ha la stessa formazione dell'infermiere strumentista ed è quindi possibile un avvicendamento tra le due figure con ottimizzazione delle risorse. Ha una gamma di funzioni molto varia in quanto collabora con tutti i professionisti presenti. Le sue funzioni possono essere così riassunte:

- verifica il funzionamento di tutti gli apparecchi elettromedicali della sala operatoria;
- verifica il funzionamento del sistema di aspirazione centralizzato;
- collabora con l'infermiere strumentista nella vestizione e nell'allestimento del tavolo madre e dei tavoli servitori;
- collabora nel posizionamento del paziente sul letto operatorio;
- collabora con l'equipe chirurgica durante tutto l'intervento, porgendo di volta in volta il materiale richiesto e modificando il posizionamento e l'orientamento delle lampade scialitiche in base alle necessità di visuale del chirurgo;
- modifica dall'esterno del campo operatorio le impostazioni degli apparecchi elettromedicali su richiesta dell'equipe chirurgica;
- ritira, posiziona negli appositi contenitori ed etichetta i pezzi anatomici ed i liquidi organici dei pazienti da inviare ai diversi laboratori;

Entrambe le figure collaborano nello svolgimento di alcune funzioni:

- conteggio e integrità di garze, strumenti e di tutti i presidi utilizzati durante l'intervento nelle varie fasi
- rifornimento e riordino dei presidi monouso utilizzati e dei presidi pluriuso danneggiati;
- in assenza di una centrale di sterilizzazione, controlla il processo di riconvenzione degli strumenti.

Nel corso degli anni l'infermiere ha ampliato sempre di più le sue competenze, il suo agire e la sua capacità di gestione dell'assistenza infermieristica: allo stesso modo si è obbligatoriamente evoluto l'infermiere di sala operatoria che deve avere una serie di conoscenze che lo possano rendere abile nella gestione logistica, nella ricerca scientifica, nella capacità di stare al passo con il costante sviluppo tecnologico e comunque essere in grado di collaborare in tutti gli interventi che vengono effettuati nella specialità di appartenenza. Tali conoscenze si acquisiscono con un percorso di affiancamento con colleghi esperti partendo dalle nozioni base fino ad arrivare alle competenze più complesse, ancor meglio se supportato dal master dedicato; il periodo di affiancamento per un neofita per acquisire autonomia e sicurezza è variabile ma richiede normalmente almeno 6 mesi di attività. Durante questo periodo verranno apprese tutte le conoscenze necessarie per acquisire la padronanza necessaria durante l'elezione e per poter essere capace di affrontare in autonomia le urgenze- emergenze in pronta disponibilità.

L'EORNA (European Operating Room Nursing Association) associazione europea per l'assistenza infermieristica peri-operatoria con 26 associazioni partecipanti (AICO- Associazione Infermieri di Camera Operatoria per l'Italia) nel 1997, con successiva revisione nel 2012, ha stilato un documento in cui vengono enunciate le competenze che deve possedere l'infermiere di sala operatoria: tale strumento permette di guidare tutti i paesi membri nello sviluppo di un'educazione perioperatoria come requisito minimo per ogni paese.<sup>4</sup>

La filosofia di tale strumento parte dalla definizione di infermieristica di Virginia Henderson: "La funzione unica dell'infermiere è assistere l'individuo malato e nell'esecuzione di quelle attività che contribuiscono alla salute o al suo recupero (o alla morte pacifica) che avrebbero dovuto svolgere senza aiuto se avesse la forza necessaria, volontà e conoscenza. Allo stesso modo il contributo dell'assistenza infermieristica serve per aiutare le persone a essere indipendenti da tale assistenza nel più breve tempo possibile ". (Henderson, 1966)

Alla fine della sua formazione e al fine di raggiungere quelle competenze, l'infermiere di sala operatoria è in grado di:

- prendere in carico un particolare paziente individuale durante il periodo peri-operatorio
- garantire la sicurezza del paziente a livello morale e fisico nel rispetto della persona e i suoi diritti
- avere padronanza dell'igiene ospedaliera, dell'asepsi e dei diversi metodi di disinfezione e sterilizzazione
- agire con calma e competenza sia come infermiere strumentista che infermiere di sala in base alle tecniche delle principali specialità della chirurgia
- manipolare abilmente e mantenere i principali strumenti e dispositivi utilizzati nella sala operatoria
- prendere parte all'amministrazione e all'organizzazione di una sala operatoria e alla gestione di un team multidisciplinare
- partecipare a programmi di ricerca infermieristica

L'EORNA identifica cinque macro domini di competenza per l'infermiere di sala operatoria:

1. Pratica professionale / legale ed etica
2. Assistenza infermieristica e pratica perioperatoria;
3. relazioni interpersonali e comunicazione;
4. capacità organizzative, gestionali e di leadership;
5. Istruzione e sviluppo professionale e ricerca;

Per ogni macro dominio della competenza, l'obiettivo generale ed il requisito minimo di conoscenza, sono stati identificati i criteri di performance e gli indicatori chiave.

Competenza 1: pratica professionale, legale, etica

CRITERI DI PERFORMANCE		INDICATORI CHIAVE
1.1	Pratiche in conformità con legislazione e orientamento professionale rilevante per il nursing perioperatorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticare nel rispetto della legislazione (nazionale ed europea) della regolamentazione professionale e delle linee guida relative al proprio campo di applicazione nel setting peri-operatorio</li> <li>• Dimostrare e applicare una comprensione accurata e completa di principi etici all'interno della pratica infermieristica nell'assistenza infermieristica peri-operatoria</li> <li>• Assicurare che l'obbligo di diligenza dovuto al paziente sia completo</li> <li>• Sostenere il diritto alla conservazione della dignità sia per i pazienti che per i colleghi</li> <li>• Servire come supporto per il paziente</li> <li>• Amministrare i farmaci con i requisiti della legislazione pertinente, regolamentazione e orientamento professionale</li> </ul>
1.2	Accettare la responsabilità professionale	<p>Lavorare nel contesto del proprio ambito di pratica e conoscenze di base</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggiornare le conoscenze in relazione alle tendenze attuali e ai progressi nella pratica allo scopo di mantenere il giusto livello di competenza</li> <li>• Prendere responsabilità personale per le proprie decisioni e azioni / o omissioni prese nell'assistenza infermieristica peri-operatoria</li> <li>• Reagire in modo appropriato in relazione a pratiche non etiche o non sicure</li> <li>• Promuovere il ruolo e l'integrità della professione infermieristica peri-operatoria</li> </ul>

Competenza 2: assistenza infermieristica e pratica peri-operativa

CRITERI DI PERFORMANCE		INDICATORI CHIAVE
2.1	Fornire assistenza ai pazienti integrando conoscenza e pratica basata sull'evidenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere l'assistenza centrata sul paziente</li> <li>• Dimostrare un approccio olistico all'assistenza ai pazienti che valuti i bisogni individuali nella pianificazione della cura del paziente e nella valutazione dei risultati</li> <li>• Dimostrare un'acuta consapevolezza dei bisogni psicologici del paziente nel periodo peri-operatorio e utilizzare abilità di cura acquisite per calmare l'ansia</li> <li>• Creare collegamenti con team multidisciplinari per pianificare e attuare l'assistenza basata sui migliori standard di pratica</li> <li>• Garantire una comunicazione accurata e tempestiva in relazione alla presa in carico del singolo paziente</li> <li>• Implementare cure pianificate e assicurare accurate e</li> </ul>

		<p>complete documentazioni degli interventi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestire eventuali variazioni impreviste dall'assistenza pianificata e registrare le stesse</li> <li>• Preservare la dignità del paziente, la privacy e la riservatezza</li> <li>• fornire assistenza in modo che si rispettino le credenze e le culture degli altri</li> <li>• Mantenere i più alti standard di cura implementando il cambiamento dove la pratica basata sull'evidenza lo imponga</li> <li>• Riconoscere le esigenze del paziente incosciente, applicando l'appropriato dovere di assistenza e offrendo assistenza infermieristica completa</li> <li>• Riconoscere l'importanza dell'identificazione del paziente</li> <li>• Mostrare chiara comprensione dei principi del consenso informato</li> <li>• Riconoscere l'importanza di un monitoraggio accurato, tempestivo e continuo dei pazienti, analizzando i risultati e adottando l'azione appropriata dove è richiesto un intervento sulla base delle conoscenze e dell'esperienza specialistiche</li> <li>• Dimostrare una chiara comprensione dei concetti di gestione del dolore e utilizzare, registrare e monitorare le appropriate strategie di gestione del dolore</li> <li>• Utilizzare i criteri di dimissione appropriati prima della dimissione del paziente dall'ambiente peri-operatorio</li> </ul>
2.2	Fornire sicurezza ambientale per la gestione di cure efficienti per il paziente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparare l'ambiente per massimizzare la sicurezza e l'efficienza, utilizzando meccanismi di controllo appropriato</li> <li>• Fornire un ambiente armonioso che favorisca la migliore cura del paziente durante l'anestesia, l'intervento chirurgico e il recupero post operatorio</li> <li>• Assicurare tutta l'attrezzatura, la strumentazione e gli accessori disponibili, la loro completa integrità, funzionalità e utilizzo in conformità con le istruzioni del produttore.</li> <li>• Assicurare il passaggio sicuro del paziente attraverso l'ambiente peri-operatorio valutando lo stato di salute dei pazienti, distribuendo il personale in modo appropriato, impiegando attrezzature e meccanismi di trasferimento come richiesto</li> <li>• Impiegare conoscenze integrate per garantire un corretto e sicuro posizionamento del paziente, che comprende i principi del movimento e della movimentazione sicuri, utilizzando approcci di posizionamento appropriati e dimostrando un'approfondita comprensione della gestione della cura dell'area di pressione</li> <li>• Assicurare che tutti gli oggetti utilizzati nell'ambito dell'intervento chirurgico siano intatti e completi alla</li> </ul>



		chiusura dell'intervento e completare la documentazione appropriata
2.3	Promuovere la salute e la sicurezza nel posto di lavoro. Promuovere un'appropriata gestione del rischio e strategie per prevenire gli incidenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticare in conformità alle strategie di gestione dei rischi per prevenire incidenti</li> <li>• Segnalare tutti gli eventi avversi e i mancati incidenti</li> <li>• Analizzare le tendenze degli incidenti e rispondere in modo appropriato</li> </ul>
2.4	Incorporare i principi di controllo delle infezioni nell'assistenza peri-operatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimostrare una solida conoscenza degli standard ambientali richiesti nel periodo peri-operatorio e assicurare l'aderenza agli stessi</li> <li>• Assicurare che il singolo paziente che presenti un'infezione conosciuta sia gestito in modo etico impiegando un adeguato contenimento, utilizzando precauzioni di trasmissione e strategie di decontaminazione come ciascuna caso impone</li> <li>• Garantire che i principi di igiene siano rispettati</li> <li>• Esercitare una stretta osservanza delle precauzioni standard nella gestione della cura del paziente</li> <li>• Gestire l'ambiente secondo il appropriato 'teatro etichetta'</li> <li>• Assicurare che la strumentazione / attrezzatura utilizzata sia stata efficacemente decontaminata e processata</li> <li>• Garantire una documentazione accurata della strumentazione , al fine di permettere meccanismi di tracciamento appropriati</li> <li>• Aderire alle migliori pratiche nell'uso di prodotti usa e getta</li> <li>• Gestire l'uso di impianti secondo la legislazione, la politica, le istruzioni dei produttori e le linee guida locali, garantendo una registrazione accurata in relazione a tutti gli impianti</li> </ul>
2.5	Gestire il tessuto corporeo e il fluido per analizzarlo, smaltirlo, trapiantarli	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire la corretta identificazione e registrazione di tutto i campioni di tessuto corporeo / fluido</li> <li>• Garantire la chiarezza delle istruzioni in relazione alla gestione di uno specifico campione</li> <li>• Fare report e documentazione accurata e tempestiva dei risultati</li> <li>• Assicurare il trasporto corretto e tempestivo di campioni</li> <li>• Assicurare il corretto smaltimento del tessuto corporeo / liquido, dove richiesto</li> </ul>
2.6	Riconoscere l'importanza di strategie di gestione dei rifiuti e implementare le migliori pratiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticare appropriatamente la separazione, lo smaltimento e la gestione sicura di rifiuti</li> <li>• Praticare in modo appropriato la gestione e lo smaltimento degli oggetti taglienti, promuovendo la consapevolezza della sicurezza</li> <li>• Dimostrare la consapevolezza di appropriate preoccupazioni ambientali in relazione alla gestione dei rifiuti ed essere proattivo nel promuovere le migliori pratiche</li> </ul>

### Competenza 3: relazioni interpersonali e comunicazione

CRITERI DI PERFORMANCE		INDICATORI CHIAVE
3.1	Stabilire e mantenere efficaci relazioni interpersonali con i pazienti se del caso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assicurare che i pazienti ricevano e comprendano le informazioni fornite loro nel corso del loro viaggio peri-operatorio</li> <li>• Riconoscere lo stato emotivo del paziente durante la programmazione del piano di cura</li> <li>• Assicurare adeguati meccanismi di supporto disponibili nella gestione di minori o di pazienti inabili ai sensi della legislazione e politica istituzionale</li> </ul>
3.2	Riconoscere l'essenziale requisito di efficacia del lavoro di squadra per raggiungere desiderato risultati di cura desiderati per il paziente nell' ambiente peri-operatorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere i concetti di lavoro di squadra e inclusività</li> <li>• Stabilire relazioni efficaci con tutti i team multidisciplinari basati sulla comprensione e il rispetto reciproco</li> <li>• Condividere prontamente ed appropriatamente le informazioni pertinenti con i membri del team</li> <li>• Fornire feedback agli altri membri del team in modo costruttivo e tempestivo</li> <li>• Impegnare la pratica riflessiva come individuo e come squadra per identificare risultati positivi e miglioramenti della qualità</li> <li>• Gestire le situazioni di conflitto in modo tempestivo ed efficace</li> </ul>
3.3	Utilizza una buona strategia di comunicazione sia verbale che scritta per assicurare una registrazione accurata ed il trasferimento di informazioni nel migliore dei modi nell'interesse della cura del paziente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizzare tutte le vie di comunicazione rilevanti per garantire la condivisione delle informazioni</li> <li>• Chiarire se le strategie di comunicazione sono efficaci</li> <li>• Documentare le informazioni appropriate in modo tempestivo, leggibile e accurato</li> </ul>

### Competenza 4: organizzazione, gestione e capacità di leadership

CRITERI DI PERFORMANCE		INDICATORI CHIAVE
4.1	Utilizzare efficace organizzazione e capacità di gestione nella fornitura di cura del paziente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificare le priorità di cura in base al giudizio clinico sulla salute dei pazienti e sulle informazioni ricevute</li> <li>• Discutere le priorità con i membri del team multidisciplinare</li> <li>• Comunicare il piano di assistenza a tutti i membri del team</li> <li>• Delegare i ruoli in base alle abilità e al mix di abilità disponibili</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornire un ambiente sicuro per l'assistenza pianificata del paziente</li> <li>• Assicurare il dovere di diligenza adempiuto al paziente</li> </ul>
4.2	Verificare le pratiche per garantire la qualità di cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inizia / partecipa all'auditing della pratica per garantire la conformità alla miglior pratica e standard di cura</li> <li>• Analizzare i risultati e implementa le azioni appropriate come richiesto</li> <li>• Comunicare i risultati in modo appropriato</li> <li>• Facilitare il cambiamento dove indicato</li> </ul>
4.3	Gestire le risorse in modo appropriato per garantire la prontezza nella consegna di cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimostrare una chiara comprensione degli elementi del turnover delle risorse</li> <li>• Assegnare personale adeguato in base alle proprie competenze, ai bisogni di apprendimento e di pratica</li> <li>• Assicurare che gli studenti siano supervisionati come richiesto</li> </ul>
4.4	Coordinare efficacemente l'offerta delle risorse materiali, garantendo che le migliori linee guida di pratica siano rispettate nella gestione degli stessi, riconoscendo la portata dei vincoli dell'economici	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assicurare che siano disponibili forniture appropriate</li> <li>• Assicurare che le forniture sterili / strumentazione siano stoccate in modo condizioni appropriate</li> <li>• Assicurare che i materiali di consumo siano utilizzati a giro in modo appropriato</li> <li>• Mostrare consapevolezza dell'elemento di costo delle cure usando prudentemente i materiali di consumo.</li> </ul>
4.5	Dimostrare un'abilità di leadership efficace che agisca come un modello, essere coerente nella consegna di alti standard di cura, essere auto motivato e dimostrare abilità interpersonale efficace basate sulla comprensione e sul rispetto reciproco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agire come modello di ruolo per gli altri membri del team nella fornitura di assistenza</li> <li>• Impiegare strategie motivazionali comprovate per motivare sé e gli altri</li> <li>• Riconoscere e rispetta il valore di tutti i membri del team</li> <li>• Offrire opportunità di sviluppo per gli altri in modo sicuro</li> <li>• Contribuire a comitati e forum, se necessario</li> <li>• Facilitare la gestione del cambiamento in caso di necessità</li> <li>• Supportare iniziative manageriali in modo appropriato</li> </ul>

#### Competenza 5: istruzione, sviluppo professionale e ricerca

	CRITERI DI PERFORMANCE	INDICATORI CHIAVE
5.1	Dimostra un impegno a personale e professionale sviluppo di sé e degli altri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimostra un impegno per l'apprendimento permanente e la ricerca</li> <li>• È proattivo nell'aggiornare conoscenze e abilità nel mantenimento di competenza professionale</li> <li>• Partecipa all'educazione e allo sviluppo di altri colleghi infermieri all'interno delle strutture fornite</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipa all'educazione e allo sviluppo di altre salute alleate professionisti in ambito perioperatorio</li> <li>• Partecipa alla valutazione di altri colleghi, se necessario</li> <li>• Contribuisce a sessioni formative formali / informali</li> <li>• Partecipa ai forum di istruzione interni ed esterni obbligatori e volontari</li> <li>• Crea un ambiente sul posto di lavoro favorevole all'apprendimento</li> <li>• È in grado di analizzare la situazione e porre una domanda in caso di problemi o dubbi</li> <li>• giustifica la ragione delle azioni</li> <li>• mostra la logica e il ragionamento nelle proprie azioni e interventi</li> <li>• è in grado di valutare l'azione in base all'assistenza infermieristica basata sull'evidenza.</li> </ul>
5.2	Ricerca / fornitura proattiva opportunità educative per se stessi e altro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuisce a sessioni formative formali / informali</li> <li>• Partecipa ai forum di istruzione interni ed esterni obbligatori e volontari</li> <li>• Crea un ambiente sul posto di lavoro favorevole all'apprendimento</li> </ul>
5.3	Riflette e analizza il professionista pratica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• È in grado di analizzare la situazione e porre una domanda in caso di problemi o dubbi</li> <li>• giustifica la ragione delle azioni</li> <li>• mostra la logica e il ragionamento nelle proprie azioni e interventi</li> <li>• è in grado di valutare l'azione in base all'assistenza infermieristica basata sull'evidenza.</li> </ul>

In questo trattato si è già accennato alla poca fattibilità di utilizzare l'ostetrica routinariamente nelle emergenze urgenze in sala operatoria della realtà dell'ospedale di Macerata.

Una valida possibilità di miglioramento del servizio al cittadino sta nel rendere l'assistenza il più efficace possibile in risposta alle emergenze-urgenze che si verificano nei periodi in cui il personale di sala operatoria si trova a casa in regime di pronta disponibilità.

Tale miglioramento si può ottenere addestrando il personale ostetrico ad avviare la sala operatoria, con un percorso standardizzato per tutto il personale, senza attendere l'arrivo degli infermieri in pronta disponibilità da casa; in questo modo si potrà dare una risposta a tempo zero a qualsiasi tipo di emergenza ostetrica. Per raggiungere questo obiettivo verrà avviato un corso accreditato E.C.M. che vedrà come docenti-tutor gli infermieri della sala operatoria e che sarà così strutturato:

- Parte teorica:
  - Logistica sala operatoria
  - Lavaggio chirurgico delle mani, tecniche di asepsi e di vestizione sterile
  - Sicurezza e posizionamento paziente in sala operatoria
  - Materiali per il taglio cesareo e per la revisione della cavità uterina
  - Allestimento servitore, tavolo madre e campo operatorio: contenuto dei kit sterili
  - Tempi chirurgici e strumentario del taglio cesareo e della revisione della cavità uterina
  - Elettrochirurgia
  - Decontaminazione, lavaggio, sterilizzazione e stoccaggio strumentario chirurgico
- Parte pratica
  - Tutoraggio durante taglio cesareo e revisione della cavità uterina sia come strumentista che come ostetrica circolante

Tale corso prevederà un sistema sia di valutazione da parte dei tutor che di autovalutazione delle ostetriche in itinere ed a fine percorso.

## **2 - PERCORSO FORMATIVO PROPEDEUTICO E-LEARNING AL CORSO DI STRUMENTAZIONE DI SALA OPERATORIA PER OSTETRICHE**

### **2.1 - INTRODUZIONE**

La formazione è un processo il cui scopo essenziale è l'apprendimento inteso come capacità di facilitare delle modificazioni del comportamento (J.J.Guilbert).

La finalità della Formazione Continua o Permanente (lifelong learning – apprendimento lungo il corso della vita) è assicurare al cittadino ed alla comunità una risposta ai bisogni di salute appropriata, competente ed efficace nel rispetto dei valori individuali e dei principi di equità di salute e di accesso ai servizi basato sulle migliori evidenze scientifiche.

La progettazione formativa è un processo di lavoro finalizzato alla costruzione di percorsi di apprendimento per specifiche utenze, in relazione ad esigenze analizzate e interpretate attraverso relazioni costanti tra le parti del sistema (committente, destinatari finali, formatore). Tale processo richiede al formatore competenze relazionali elevate finalizzate alla comprensione di punti di vista e interessi diversi espressi dal sistema “cliente” (committente, referente, utente finale) e la creazione di conoscenza condivisa.

Un progetto formativo è il risultato di una attività razionale che consiste nell'organizzare idee, azioni e risorse con la finalità di perseguire uno scopo determinato.

L'efficacia della progettazione dipende dalla capacità di considerare e collegare tutti gli elementi in gioco.

“I contenuti della formazione si ricollegano al “sapere”, con riferimento al patrimonio culturale individuale, e al “saper fare”, con riguardo alle capacità pratiche necessarie a gestire qualsivoglia attività o funzione. Innovazione e cambiamento organizzativo, nascono peraltro dalla sinergia di rapporti nuovi, articolati nell'ottica della corresponsabilità nei processi organizzativi: la creatività da individuale diventa interattiva e il suo successo dipende dall'efficacia del sistema relazionale. L'attenzione è riposta in tal modo sul saper essere (tipico del comportamento) e sul voler essere

(proprio dell'area motivazionale) nonché sull'impianto valoriale della persona nei suoi rapporti con l'organizzazione .

La pianificazione di un programma di formazione è un compito complesso che comprende:

- l'elaborazione degli obiettivi di apprendimento (definiti in base all'analisi dei problemi, dei bisogni di salute e dei profili professionali dei discenti);
- le decisioni relative alle strategie, la sequenza cronologica, il contenuto ed i metodi della sua attuazione e valutazione;
- l'esame delle risorse disponibili e necessarie.
- 

## **2.2 - OBIETTIVI**

L'obiettivo iniziale era quello di creare un evento formativo teorico-pratico di strumentazione di sala operatoria per le ostetriche così da permettere loro di avere le conoscenze ma soprattutto le competenze pratiche per essere in grado di allestire la sala operatoria ed iniziare il taglio cesareo, dando una risposta a tempo zero e con le adeguate conoscenze, in urgenza o emergenza quando gli infermieri di sala operatoria sono a casa in regime di pronta disponibilità nei giorni festivi o nei periodo notturni.

La situazione di pandemia da COVID-19 verificatasi ad inizio 2020 e protrattasi nei mesi successivi ha impedito, per il divieto di assembramenti, lo svolgimento del corso E.C.M. già organizzato e accreditato. Da questa situazione la decisione di deviare la rotta ma soprattutto il tiro della formazione cambiando la metodologia della formazione e passando dalla formazione in aula e sul campo ad una formazione in modalità E-learning. Ovviamente ho dovuto anche cambiare il tiro su cosa l'evento formativo avesse dovuto lasciare come outcome: se il progetto iniziale si prefissava di trasmettere competenze pratiche da sviluppare parzialmente in aula ma soprattutto sul campo e quindi in risposta alla domanda "come si fa?", il nuovo progetto si è prefissato il compito di rispondere alla domanda "perché si fa" essendo un corso propedeutico e quindi di conoscenze preliminari puramente teoriche al corso E.C.M. che è posticipato a fine emergenza COVID-19.

In base a quanto premesso, il nuovo progetto ha avuto come fasi:

- creare un percorso formativo propedeutico da diffondere in modalità e-learning;
- creare un pre-test
- somministrare il questionario pre-test;
- diffondere la video-lezione on-line;
- somministrare il questionario post-test (stesse domande del pre-test);
- somministrare il questionario di gradimento;
- analizzare i risultati comparando i questionari pre e post;
- analizzare i risultati del questionario di gradimento.

### **2.3 - MATERIALI E METODI**

La prima attività da me svolta è stata la creazione di una video lezione che avesse affrontato varie tematiche di conoscenza di base delle pratiche di sala operatoria specifiche per il taglio cesareo.

Per la creazione della video lezione ho utilizzato il programma Microsoft Power Point inserendo in ogni diapositiva il relativo commento audio e creando infine un unico filmato.

Le tematiche affrontate sono state:

- suddivisione in aree della sala operatoria e funzioni;
- il processo di sterilizzazione;
- normativa sulla sicurezza dei lavoratori
- il lavaggio chirurgico: funzioni, tecnica e raccomandazioni W.H.O.
- vestizione sterile, allestimento tavoli operatori e campo sterile;
- cenni di base di elettrochirurgia
- tempi chirurgici del taglio cesareo, strumenti necessari ed evidenze riguardo alcune fasi dell'intervento

Durante questa fase, fondamentale e molto dispendiosa in termini di tempo è stata la ricerca bibliografica delle evidenze scientifiche che sono alla base delle argomentazioni che sono state illustrate nella video-lezione.

La successiva attività è stata la creazione di un questionario anonimo di valutazione delle conoscenze preliminari che ho realizzato con Microsoft Word.



Tale questionario è stato poi somministrato alle ostetriche in forma cartacea e le stesse hanno dovuto compilarlo in mia presenza per evitare qualsiasi tipo di interferenza esterna durante la compilazione.

Dopo aver raccolto tutti i pre-test, la video lezione è stata messa in rete attraverso la piattaforma Google-Drive e messa a disposizione delle ostetriche attraverso un link di accesso inviato per mail.

Nella stessa mail erano presenti anche altri due link per la compilazione del post-test on line e del questionario di gradimento on-line, entrambe creati tramite l'applicazione Moduli di Google.

La fase ultima è stata l'analisi del confronto tra il pre ed il post-test e l'analisi del questionario di gradimento dell'evento formativo.

La raccolta di tutti i dati necessari ha avuto una tempistica come da seguente diagramma di Gantt:

Descrizione attività	Maggio 2020	Giugno 2020	Luglio 2020	Agosto 2020
Creazione video lezione				
Creazione questionario				
Somministrazione questionario (pre-test)				
Condivisione video lezione on-line, questionario (post-test) e questionario di gradimento				
Analisi dei risultati				

Il questionario pre e post formazione, assolutamente anonimo, era costituito da 10 domande di argomento presi tra quelli trattati nella video lezione ed era strutturato come di seguito.

Una prima parte era riservata all'età anagrafica ed agli anni di servizio:

ETA':

ANNI DI SERVIZIO:

- MENO DI UNO
- DA UNO A TRE ANNI
- DA TRE A CINQUE ANNI
- PIU' DI CINQUE ANNI

La seconda parte era relativa alle domande tutte a risposta multipla con una risposta valida su cinque possibilità di scelta (nel presente trattato sono sottolineate le risposte corrette)

1. Quale o quali tipi di sutura è preferibile utilizzare per l'isterorrafia?

- a) Pluri-filamento intrecciato riassorbibile
- b) Mono-filamento non riassorbibile
- c) Pluri-filamento intrecciato non riassorbibile
- d) Mono-filamento riassorbibile
- e) a+d

2. Gli studi sulla scelta della sutura da preferire per l'isterorrafia dicono che:

- a) Il monofilamento riassorbibile è associato ad un aumento del rischio di complicanze post-operatorie del 40% rispetto al pluri-filamento riassorbibile
- b) il rischio di complicanze post-operatorie è sovrapponibile utilizzando il mono-filamento riassorbibile ed il pluri-filamento intrecciato riassorbibile
- c) il pluri-filamento intrecciato non-riassorbibile è associato ad un maggior rischio di complicanze post-operatorie del 26% rispetto al mono-filamento riassorbibile
- d) il pluri-filamento intrecciato riassorbibile è associato ad un maggior rischio di complicanze post-operatorie del 65% rispetto al mono-filamento riassorbibile
- e) il mono-filamento riassorbibile è associato ad un aumento del rischio di complicanze post-operatorie del 35% rispetto al mono-filamento non riassorbibile

La fonte di riferimento a sostegno delle domande 1 e 2 è rappresentata da uno studio dal titolo "Monofilament sutures works best for cesarean closure" pubblicato sulla rivista OBSTETRIC AND GYNECOLOGIC NEWS del 2017 che ad oggi è l'unico studio

presente in letteratura e che mette a confronto un monofilamento ed un pluri filamento intrecciato entrambe riassorbibili

**Monofilament suture works best for cesarean closure.**

[Print](#)

**Title Annotation:** OBSTETRICS  
**Author:** Zoler, Mitchel L.  
**Article Type:** Report  
**Date:** Apr 1, 2017  
**Words:** 399  
**Publication:** OB GYN News  
**ISSN:** 0029-7437

LAS VEGAS -- A monofilament suture led to substantially fewer wound complications than a braided suture for closing nonemergency cesarean incisions in a head-to-head trial with 520 evaluable women.

Cesarean incision closure with a braided, polyglactin 910 suture (Vicryl) led to 65% more wound complications than the monofilament poliglecaprone 25 suture (Monocryl), Arin M. Buresch, MD, said at the annual Pregnancy Meeting sponsored by the Society for Maternal-Fetal Medicine.

The monofilament suture costs about 60% more than the braided suture, she noted, but "given that we found a significant difference in wound complications, I would be willing to pay extra," said Dr. Buresch, a perinatologist with Kaiser Permanente in San Diego.

This is the first randomized, controlled trial to compare these two suture types, according to Dr. Buresch, and she highlighted the need for caution about changing practice based on results from a single study. But based in large part on these results, which were gathered at Montefiore Medical Center in New York, the staff at Montefiore is now primarily using the monofilament, poliglecaprone 25 suture, she said.

The study enrolled 550 pregnant women at 37 weeks' gestation or greater during May 2015 to July 2016. Participants were either scheduled for an elective cesarean delivery or underwent a nonemergency, indicated cesarean after labor began but without significant maternal or fetal distress. The study excluded emergency cesareans and women with a recent urogenital infection, chronic or injected steroid use, or a vertical skin incision. The primary endpoint was the incidence of a wound complication during 30 days following delivery.

Wound complications occurred in 9% of the 263 women treated with the poliglecaprone 25 monofilament suture and in 14% of the 257 treated with the polyglactin 910 braided suture, a statistically significant difference, Dr. Buresch reported. The relative risk for a complication increased by 65% with the braided suture, compared with patients treated with monofilament sutures. Treating 18 patients with the monofilament suture prevented one wound complication, on average.

A subgroup analysis showed that the monofilament suture was effective at reducing wound complications in women who underwent elective cesarean deliveries, but conferred no significant advantage among women who had begun labor at the time of their cesarean delivery, compared with the braided suture. Dr. Buresch had no disclosures.

mzoler@frontlinemedcom.com  
BY MITCHEL L. ZOLER  
AT THE PREGNANCY MEETING  
Caption: DR. BURESCH

3. I test dell'autoclave da effettuare giornalmente, nell'ordine sono:

- Test del vuoto, riscaldamento, Bowie&Dick-test, test delle spore
- Riscaldamento, test del vuoto, Helix-test, Bowie&Dick test
- Riscaldamento, test del vuoto, Bowie&Dick-test, Helix-test, test delle spore
- Riscaldamento, test del vuoto, Bowie&Dick-test, Helix-test
- Riscaldamento, test del vuoto, test delle spore, Bowie&Dick-test, Helix-test

Le principali fonti normative di riferimento a sostegno della risposta alla domanda 3 sono:

- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "In materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" in particolare "Igiene e sicurezza sul lavoro" Titolo X (art. 271- 281);
- Norma Italiana "Guida alla progettazione, allo sviluppo e al controllo del processo di ricondizionamento dei dispositivi medici riutilizzabili (DM) sterilizzabili mediante vapore UNI/TR 11408 - marzo 2011(Ente Nazionale Italiano di Unificazione)

4. Il lavaggio chirurgico delle mani ha la finalità di:

- a) Prevenire le infezioni ospedaliere, rimuovere lo sporco e la flora residente da unghie, mani e avambracci, ridurre al minimo la flora transitoria, inibire la crescita dei microrganismi, prevenire la trasmissione di malattie
- b) Prevenire le infezioni ospedaliere, rimuovere lo sporco e la flora transitoria da unghie, mani e avambracci, inibire la crescita dei microrganismi, prevenire la trasmissione di malattie
- c) Prevenire le infezioni ospedaliere, rimuovere lo sporco e la flora transitoria da unghie, mani e avambracci, ridurre al minimo la flora residente, inibire la crescita dei microrganismi
- d) Prevenire le infezioni ospedaliere, rimuovere lo sporco e la flora transitoria da unghie, mani e avambracci, ridurre al minimo la flora residente, inibire la crescita dei microrganismi, prevenire la trasmissione di malattie, quindi rendere sterili le mani
- e) Prevenire le infezioni ospedaliere, rimuovere lo sporco e la flora transitoria da unghie, mani e avambracci, ridurre al minimo la flora residente, inibire la crescita dei microrganismi, prevenire la trasmissione di malattie

La fonte di riferimento a sostegno della risposta alla domanda 4 è data dal “WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care 2009”

5. Il sistema di monitoraggio REM in sala operatoria è:

- a) Un sistema di monitoraggio dei gas medicali
- b) Un sistema di monitoraggio dello stato di coscienza del paziente
- c) Un sistema di monitoraggio dell'elettrobisturi
- d) Un sistema di monitoraggio dell'anestesia loco-regionale
- e) Un sistema di monitoraggio del gruppo di continuità della sala operatoria

La fonte di riferimento a sostegno della risposta alla domanda 5 è data dalle LINEE GUIDA ISPEL SUGLI STANDARD DI SICUREZZA E DI IGIENE DEL LAVORO NEL REPARTO OPERATORIO

6. Il conteggio di garze, strumenti e qualsiasi altro materiale possa rimanere ritenuto erroneamente nel sito chirurgico:

- a) Deve essere effettuato a discrezione di medici ed infermieri ma soprattutto prima dell'inizio ed a fine intervento ed al momento del cambio di equipe
- b) Può essere effettuato prima dell'inizio dell'intervento, ogni volta che si ritenga opportuno ed a fine intervento
- c) Deve essere effettuato prima dell'inizio dell'intervento, ogni volta che si chiude una cavità, ogni volta che si ritiene opportuno farlo, al momento del cambio di equipe ed a fine intervento
- d) Deve essere effettuato dall'inizio dell'intervento, ogni volta che si chiude una cavità, ogni volta che si ritiene opportuno farlo, al momento del cambio

di equipe, a fine intervento e prima di dimettere il/la paziente dalla sala operatoria

- e) Può essere effettuato prima dell'inizio dell'intervento, ogni volta che si chiude una cavità, ogni volta che si ritiene opportuno farlo, al momento del cambio di equipe ed a fine intervento

La fonte normativa a sostegno della risposta alla domanda 6 è data dalla raccomandazione numero 2 del 2008 "Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico" delle "Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza in sanità"

7. Per ottenere un'emostasi meccanica non traumatica prima di procedere all'isterorrafia, quale strumento è indicato per il tessuto uterino?

- a) La pinza di Kocher
- b) La pinza di Crile
- c) La pinza di Babcock
- d) La pinza di Foerster
- e) La pinza di Roger

La risposta alla domanda 7 trova il suo fondamento nella tipologia degli strumenti indicati tra le risposte: l'unico strumento adatto e di fatto utilizzato per l'emostasi meccanica dei margini uterini dell'isterorrafia è la pinza di Foerster in quanto tutti gli altri strumenti, se utilizzati per il tessuto uterino gravido, possono creare traumi o lesioni.

8. Qual è il corretto iter che devono seguire gli strumenti poli-uso per poter essere riutilizzati?

- a) Risciacquo, decontaminazione, asciugatura, lavaggio, asciugatura, ricomposizione e controllo del kit, sterilizzazione
- b) Decontaminazione, asciugatura, lavaggio, asciugatura, ricomposizione del kit, sterilizzazione
- c) Decontaminazione, asciugatura, lavaggio, ricomposizione e controllo del kit, sterilizzazione
- d) Decontaminazione, lavaggio, asciugatura, ricomposizione e controllo del kit, sterilizzazione
- e) Decontaminazione, controllo del kit, lavaggio, asciugatura, ricomposizione e controllo del kit, sterilizzazione

La fonte normativa a sostegno della risposta alla domanda 8 è data dalle "linee guida ISPESL sull'attività di sterilizzazione quale protezione collettiva da agenti biologici per l'operatore nelle strutture sanitarie" ( D.lgs 81/2008 e s.m. che abroga il D.lgs 626/1994)

9. Qual è il riferimento normativa che ha riordinato e riformato le principali norme previgenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro?

- a) D.M. 509/1999
- b) L.73/2010
- c) D.lgs 81/2008
- d) L. 104/1992
- e) D.lgs 626/94

10.L'O.M.S nel taglio cesareo raccomanda il secondamento della placenta attraverso la trazione del funicolo (2012) perché:

- a) La rimozione manuale della placenta è associata ad un aumento della perdita ematica, ad un aumentato rischio di endometrite, ad un aumentato rischio di rottura di utero in successive gravidanze
- b) La rimozione manuale della placenta è associata ad un aumento di rischio di endometrite, livelli più bassi di ematocrito pur senza un maggior rischio di perdita ematica significativo
- c) La rimozione manuale della placenta è associata ad un maggior rischio di istmocele, un aumento di perdita ematica, una minor spessore del segmento uterino inferiore e quindi un aumento di rischio di rottura d'utero in successive gravidanze
- d) La rimozione manuale della placenta è associata ad un aumento della perdita ematica, livelli più bassi di ematocrito ed un aumento di rischio di endometrite
- e) La rimozione manuale della placenta è associata ad un aumento della perdita ematica, un maggior rischio di atonia uterina post-partum, un aumento di rischio di deiscenza dell'isterorrafia, un aumento del rischio di endometrite

La fonte di riferimento a sostegno della risposta alla domanda 10 sono le "WHO recommendation on cord traction for the removal of the placenta in caesarean section" del 24 settembre 2012.

## WHO recommendation on cord traction for the removal of the placenta in caesarean section

24 September 2012

### Recommendation

Cord traction is the recommended method for the removal of the placenta in caesarean section.

*(Strong recommendation, moderate-quality evidence)*

### Publication history

First published: September 2012

Updated: No update planned for 2018

Assessed as up-to-date: September 2012

### Background

Postpartum haemorrhage is defined as blood loss of 500ml or more within 24 hours after birth. PPH is the primary cause of nearly one-fifth of all maternal deaths globally. Most of these deaths occur during the first 24 hours after birth. The majority could be prevented through the use of prophylactic uterotonics during the third stage of labour, and by timely and appropriate management.

It is generally assumed that by preventing and treating PPH, most PPH-associated deaths could be avoided. The prevention and treatment of PPH are therefore vital steps towards improving the health care of women during childbirth and the achievement of the Millennium Development Goals. To reach these objectives, health workers in developing countries should be given access to appropriate medications and be trained in procedures relevant to the management of PPH. Countries also need evidence-based guidance to inform their health policies and improve their health outcomes.

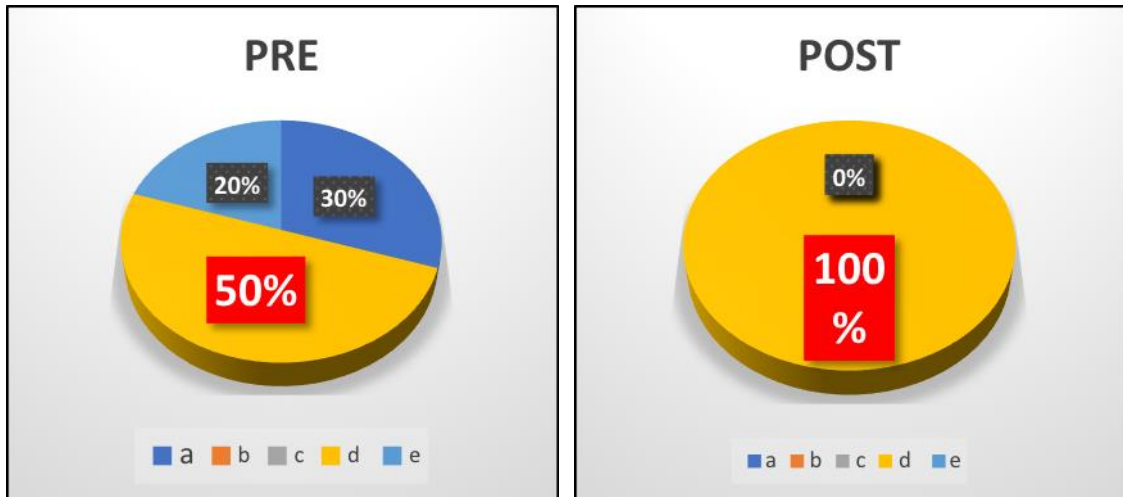
Il questionario di gradimento era così strutturato:

Questionario di gradimento	
<b>*Campo obbligatorio</b>	
Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati? *	1 2 3 4 5 non rilevanti <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> molto rilevanti
Come valuta la qualità di questo percorso formativo? *	1 2 3 4 5 insufficiente <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> eccellente
Come valuta l'utilità di questo evento per la Sua formazione/aggiornamento? *	1 2 3 4 5 insufficiente <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> molto utile
Come valuta l'approfondimento degli argomenti trattati? *	1 2 3 4 5 insufficiente <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> eccellente
Come valuta la chiarezza espositiva degli argomenti trattati? *	1 2 3 4 5 insufficiente <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> eccellente
Ritiene di aver acquisito nuove conoscenze da questo evento formativo? *	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si
Come valuta questo evento formativo nella sua pratica lavorativa quotidiana? *	1 2 3 4 5 inutile <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> molto utile

## 2.4 - RISULTATI

L'analisi dei risultati raccolti dai questionari somministrati prima e dopo la condivisione della video lezione può essere rappresentata graficamente come di seguito illustrato:

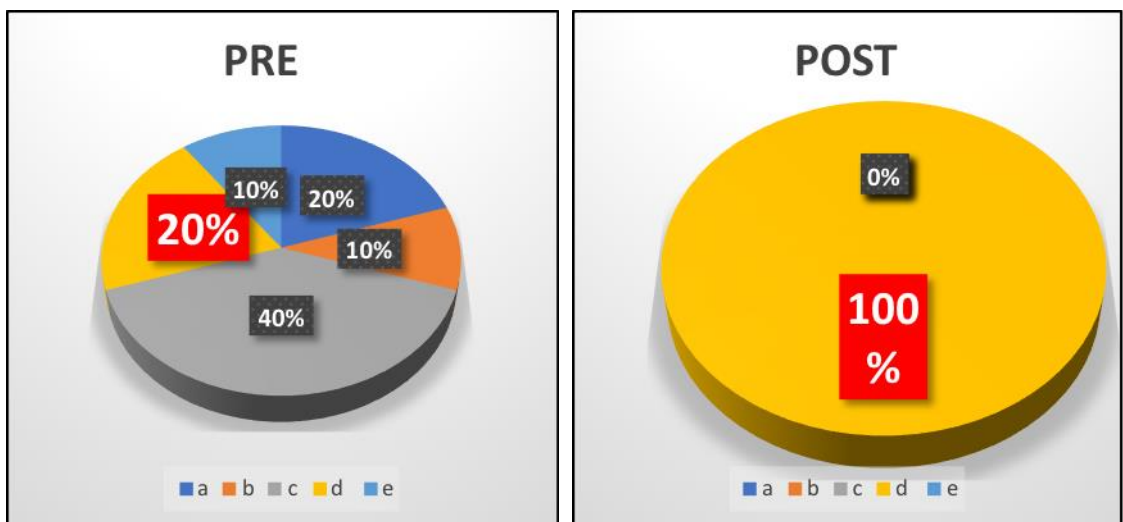
1. Quale o quali tipi di sutura è preferibile utilizzare per l'isterorrafia?



50% risposte corrette

100% risposte corrette

2. Gli studi sulla scelta della sutura da preferire per l'isterorrafia dicono che:

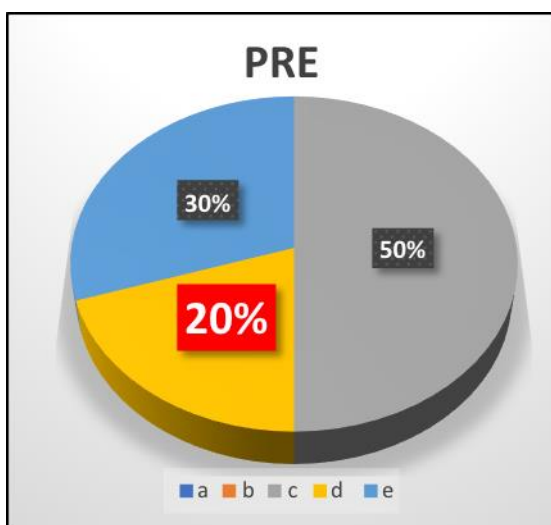


20% risposte corrette

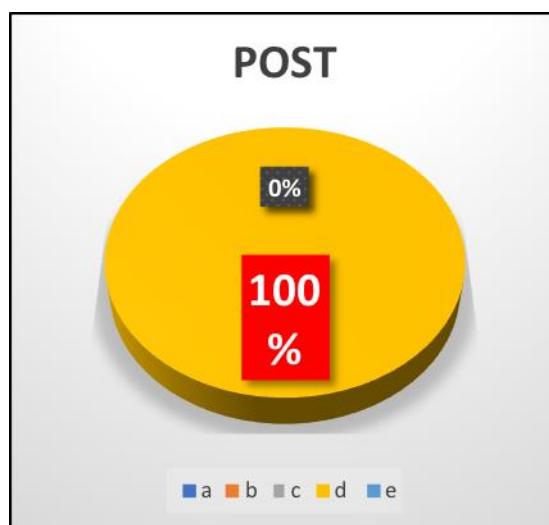
100% risposte corrette



3. I test dell'autoclave da effettuare giornalmente, nell'ordine sono:

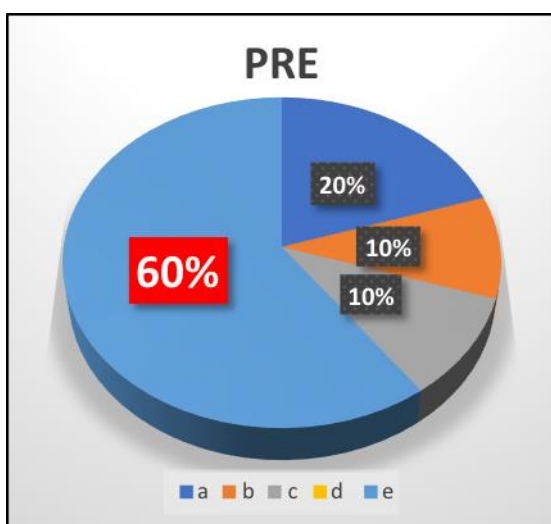


20% risposte corrette

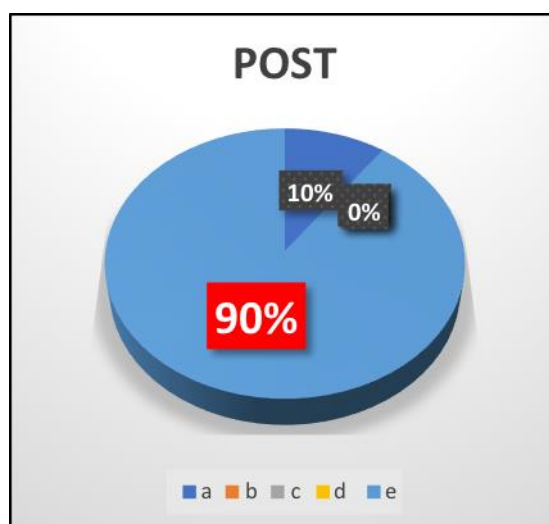


100% risposte corrette

4. Il lavaggio chirurgico delle mani ha la finalità di:

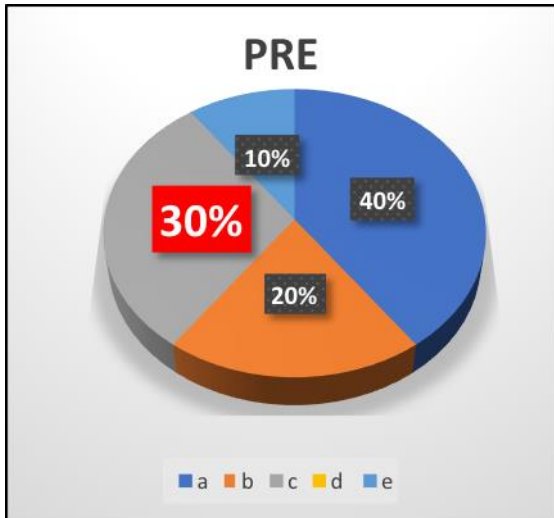


60% risposte corrette

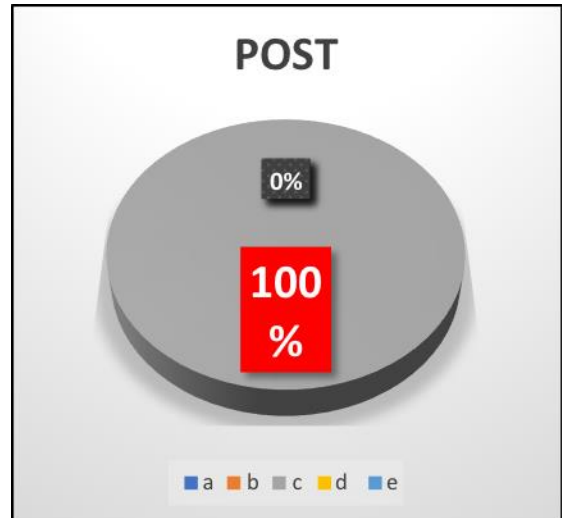


90% risposte corrette

5. Il sistema di monitoraggio R.E.M. in sala operatoria è:

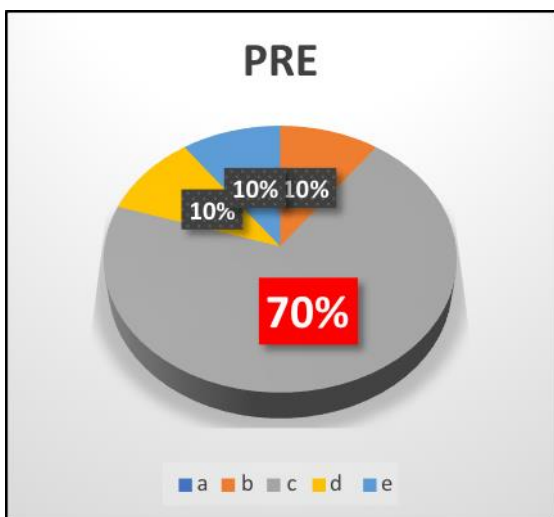


30% risposte corrette

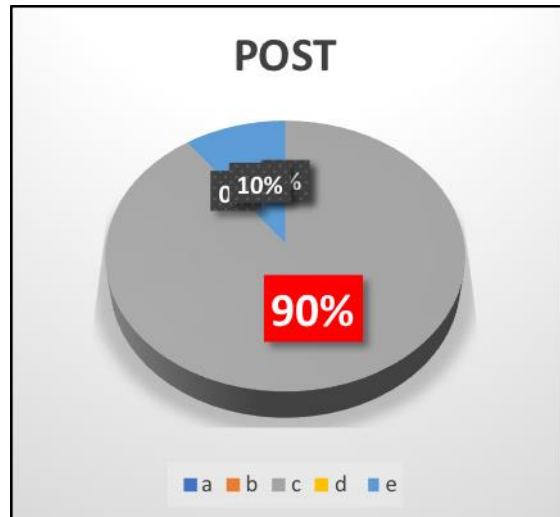


100% risposte corrette

6. Il conteggio di garze, strumenti e qualsiasi altro materiale possa rimanere ritenuto erroneamente nel sito chirurgico:

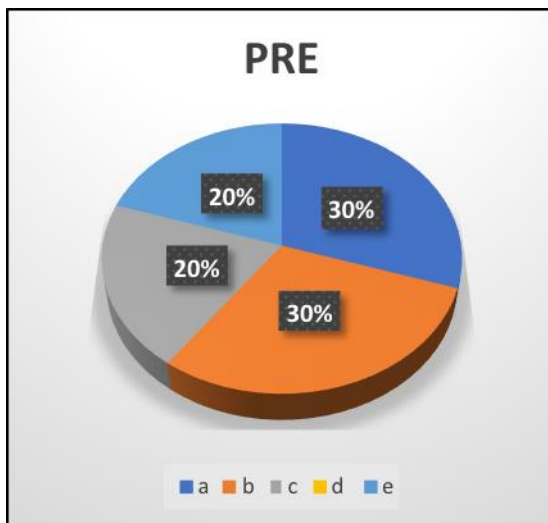


70% risposte corrette

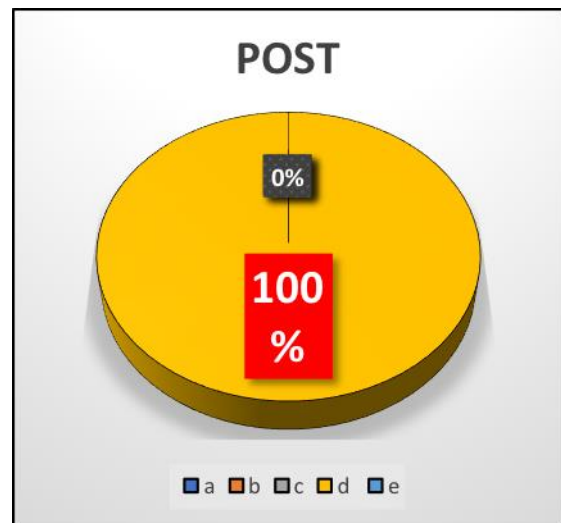


90% risposte corrette

7. Per ottenere un'emostasi meccanica non traumatica prima di procedere all'isterorrafia, quale strumento è indicato per il tessuto uterino?

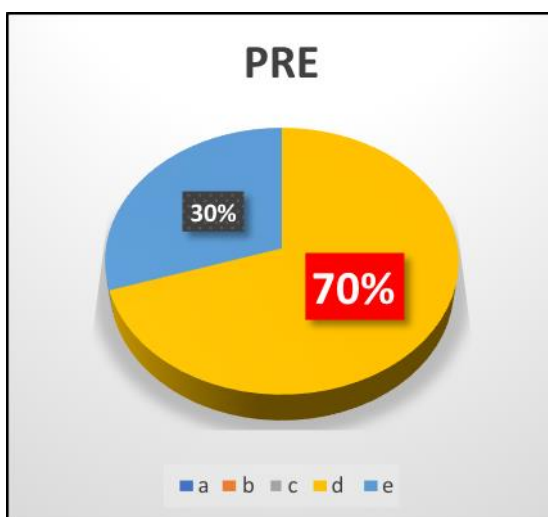


Nessuna risposta corretta

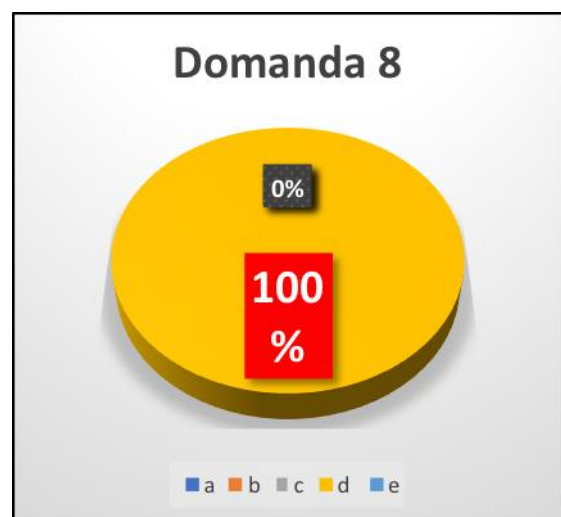


100% risposte corrette

8. Qual è il corretto iter che devono seguire gli strumenti poli-uso per poter essere riutilizzati?

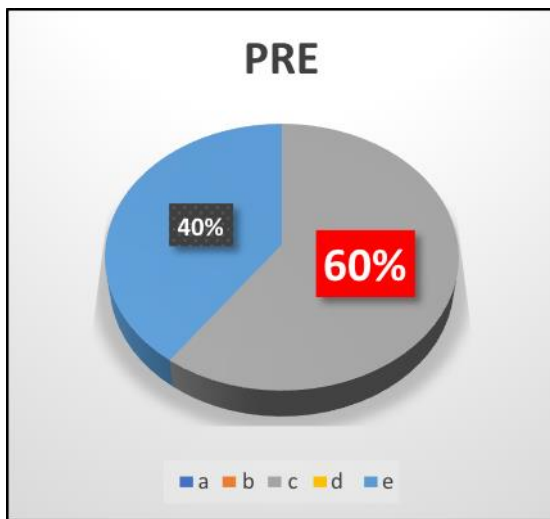


70% risposte corrette

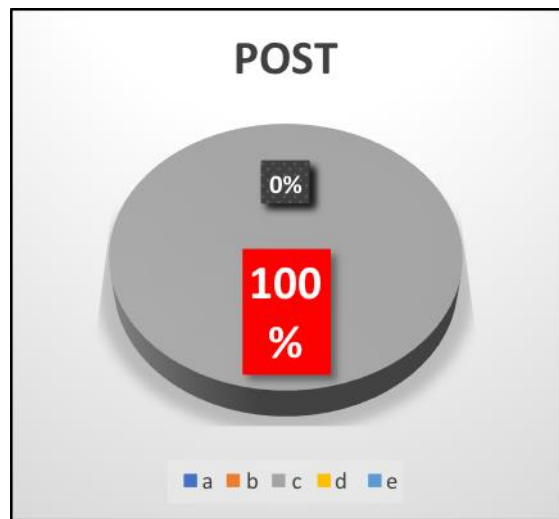


100% risposte corrette

9. Qual è il riferimento normativa che ha riordinato e riformato le principali norme previgenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro?

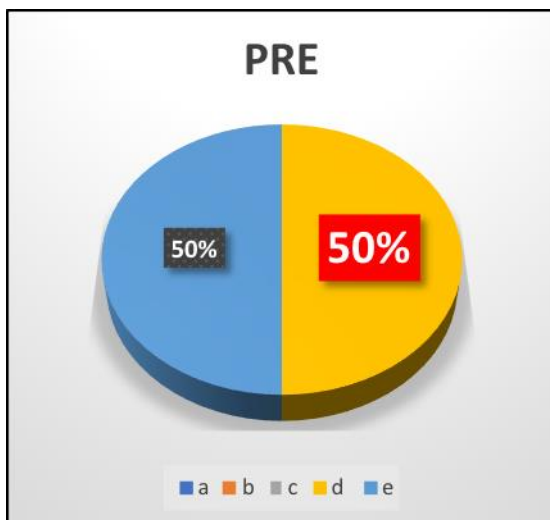


60% corretto

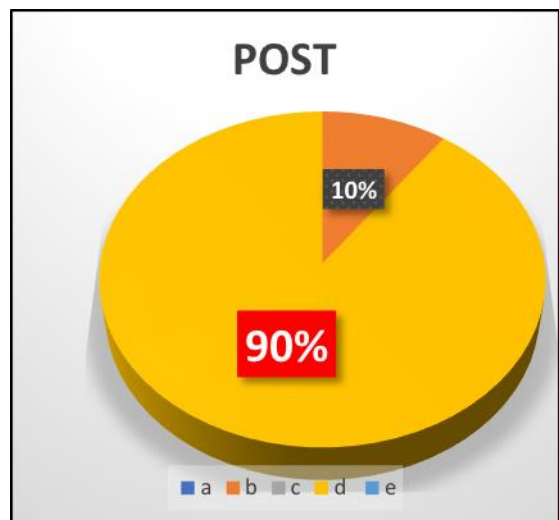


100% corretto

10. L'O.M.S nel taglio cesareo raccomanda il secondamento della placenta attraverso la trazione del funicolo (2012) perché:

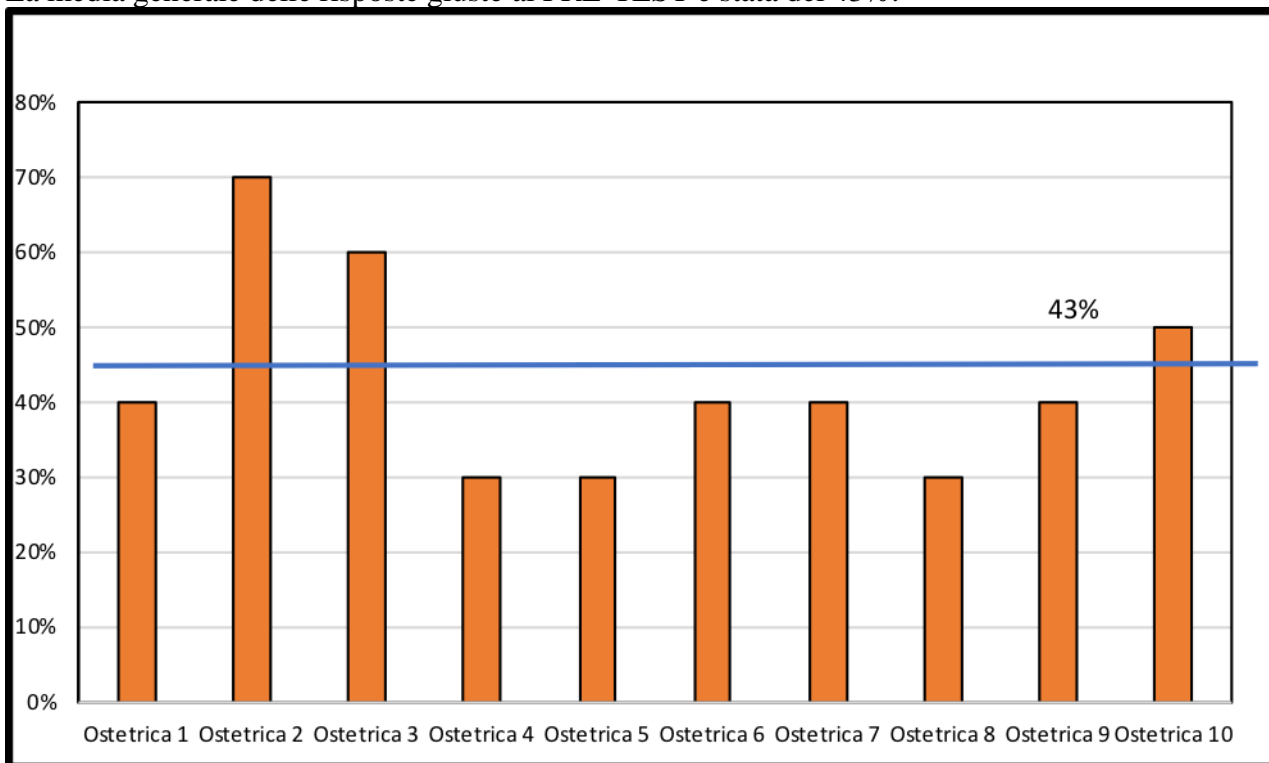


50% corretto

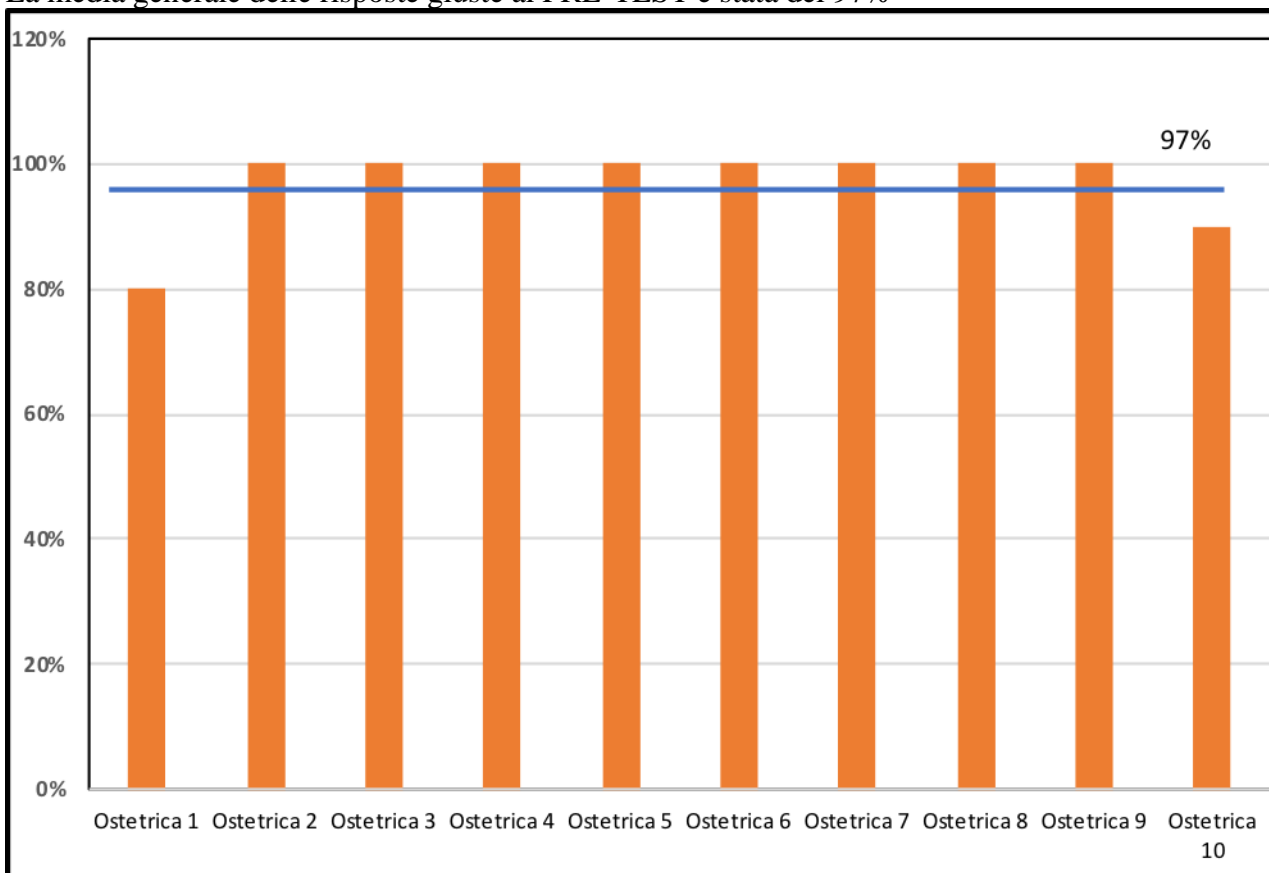


90% corretto

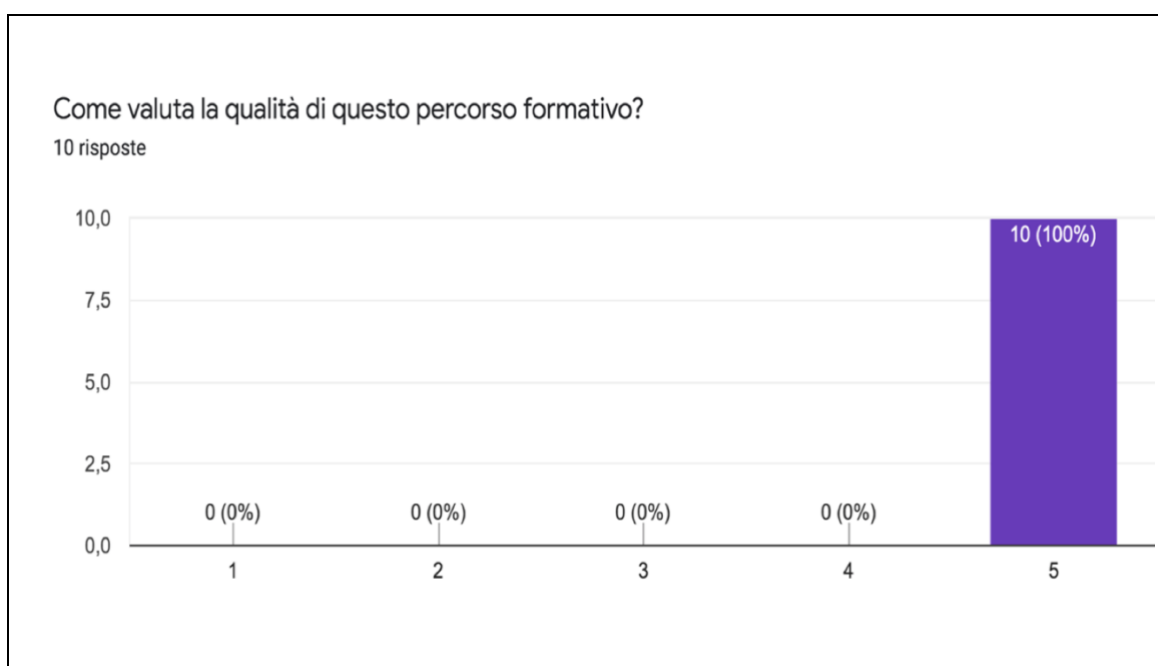
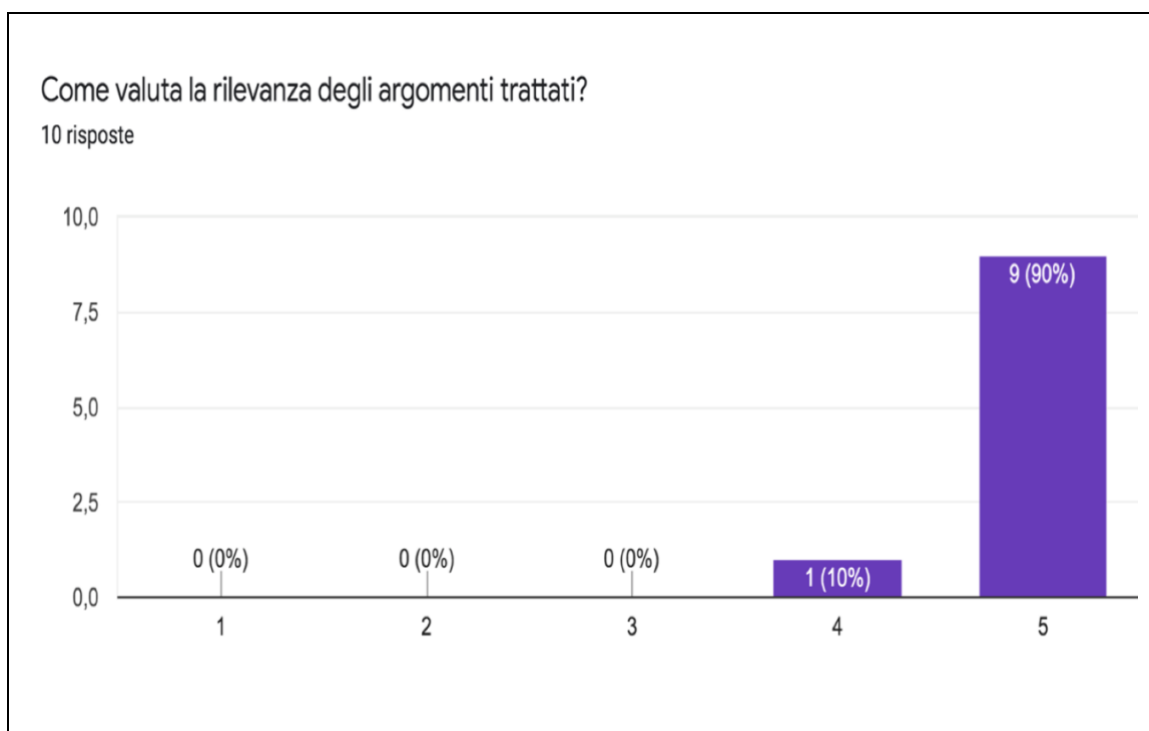
La media generale delle risposte giuste al PRE-TEST è stata del 43%.



La media generale delle risposte giuste al PRE-TEST è stata del 97%

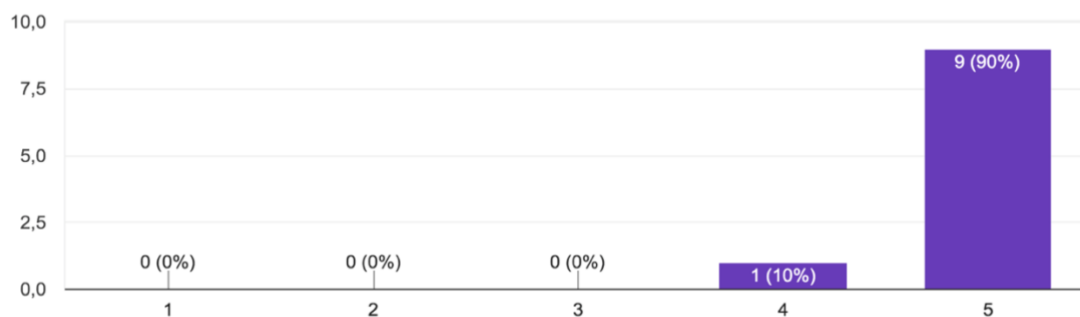


I risultati del questionario di gradimento posso essere rappresentati come di seguito:



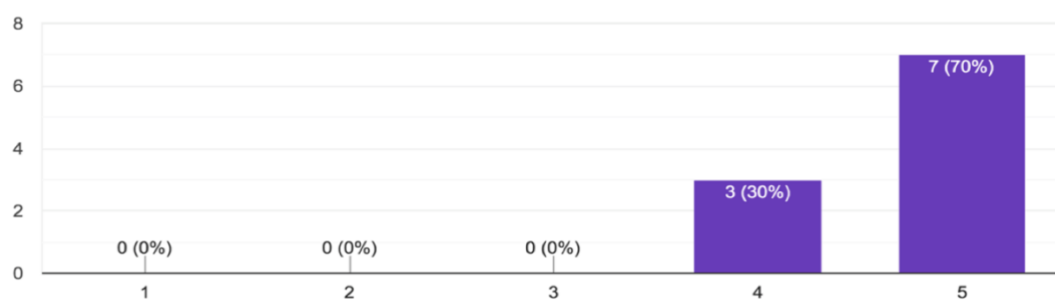
Come valuta l'utilità di questo evento per la Sua formazione/aggiornamento

10 risposte



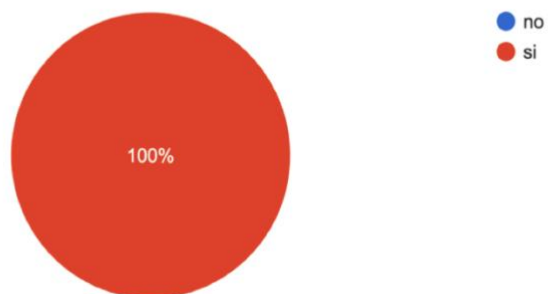
Come valuta l'approfondimento degli argomenti trattati?

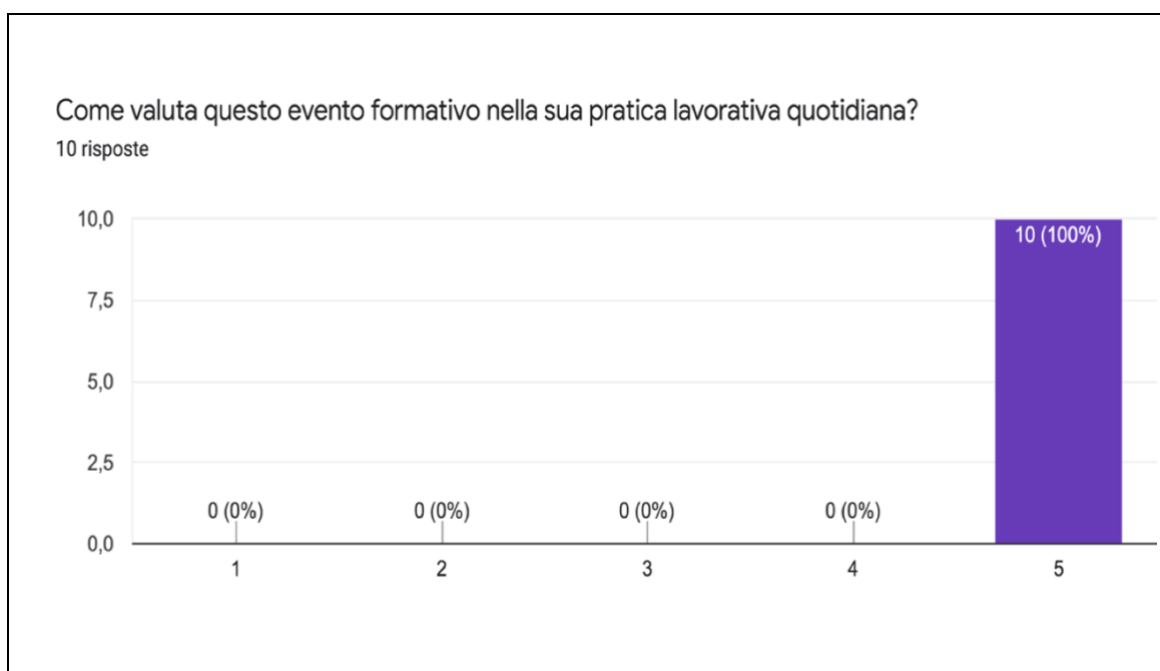
10 risposte



Ritiene di aver acquisito nuove conoscenze da questo evento formativo?

10 risposte





## 2.5 - DISCUSSIONE

L'attuale scenario sanitario, continuamente in evoluzione, pone il problema di motivare i professionisti ad un costante ed oneroso sforzo di ripensamento dei propri ruoli e delle pratiche assistenziali . I mutamenti del contesto competitivo costringono le organizzazioni a dover cambiare le strategie seguite, al fine di mantenere un rapporto di consonanza con l'ambiente esterno. L'implementazione di un riorientamento strategico impone il riadeguamento delle capacità del personale, affinché sia preparato ad attuare il cambiamento deliberato. In un tale scenario, le misure formative diventano essenziali per vincere la resistenza al cambiamento delle risorse umane (I. Ansoff, 1987). In generale va osservato che la formazione è condizione necessaria ma non sufficiente affinché si concretizzi un cambiamento organizzativo. La formazione incide innanzitutto sulla singola persona, in quanto l'apprendimento individuale genera cambiamento individuale. Il cambiamento individuale poi si traduce in cambiamento organizzativo, a patto che si riconosca la valenza strategica dell'impegno formativo. Questo implica che la direzione concepisca la formazione come un'attività indispensabile alla stessa sopravvivenza dell'organizzazione. Se così è, l'investimento in formazione dovrà essere congruo e andrà valutato in un'ottica di lungo periodo,



poiché finalizzato a sviluppare le potenzialità profonde dei soggetti, e non semplicemente ad addestrarli allo svolgimento di abilità pratiche.

### **2.5.1 - FONTI NORMATIVE E.C.M.**

Come definito dal Ministero della Salute, l'Educazione Continua in Medicina (ECM) è un sistema di formazione grazie al quale il professionista sanitario si aggiorna per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze organizzative e operative del Servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale. La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili ad una pratica competente ed esperta. Per poter acquisire queste conoscenze è necessario l'aggiornamento continuo. L'obiettivo che si pone tale programma è quello di realizzare un sistema in grado di verificare e di promuovere la qualità della formazione continua su scala nazionale, anche attraverso l'opera di osservatori indipendenti e con criteri e modalità condivisi. Gli operatori della salute hanno l'obbligo di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per prendersi cura dei propri pazienti con competenze aggiornate, senza conflitti di interesse, in modo da poter essere un buon professionista della sanità. Dall'1 gennaio 2008, con l'entrata in vigore della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, la gestione amministrativa del programma di ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, fino ad oggi competenze del Ministero della Salute, sono stati trasferiti all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). L'Accordo Stato Regioni dell'1 agosto 2007, che definisce il Riordino del Programma di Formazione Continua in Medicina, individua infatti nell'Agenzia la "casa comune" a livello nazionale in cui collocare la Commissione nazionale e gli organismi che la corredano. L'avvio del Programma nazionale di ECM nel 2002, in base al D.lgs 502/1992 integrato dal D.lgs 229/1999, che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, ha rappresentato un forte messaggio nel mondo della sanità. La nuova fase dell'ECM contiene molte novità e si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali.

La Formazione Continua rappresenta un'area d'interesse strategico per le organizzazioni -sia pubbliche che private- allo scopo di sostenere i cambiamenti in atto nella società, dall'evoluzione tecnologica alle esigenze di mercato.

Ai professionisti e operatori della sanità vengono richieste competenze professionali e tecniche elevate, ma anche capacità d'interpretazione, di relazione e di adattamento a funzioni e ruoli nuovi. La Formazione Continua, quindi, va a costituire supporto fondamentale necessario al cambiamento, alla ri-progettazione degli assetti organizzativi, alla definizione dei percorsi di valorizzazione e promozione di tutto il personale sanitario dipendente.

## **2.5.2 - LA FORMAZIONE NELLE MARCHE**

Nell'ASUR Marche è rivolta a tutto il suo personale dipendente che vi opera, quale che sia il ruolo di appartenenza (medico, sanitario, amministrativo, tecnico-professionale e convenzionato), in applicazione dei rispettivi contratti e secondo la disponibilità dei rispettivi fondi.

Tutto ciò, connesso all'attivazione e al funzionamento delle attività di Aggiornamento e formazione permanente del personale dipendente e convenzionato, è affidato all'Area Formazione ASUR e alle UU.OO. Formazione delle Aree Vaste, che operano in Staff, rispettivamente alla Direzione Generale e alle Direzioni di Area Vasta, garantendo il permanere di articolazioni operative e di erogazione dei processi e dei servizi di formazione a livello territoriale.

Su questa base, pertanto, la formazione aziendale opera su due livelli:

- a) quella stabilita ed erogata dall'Area Formazione ASUR per conto della Direzione Generale (strutturalmente e funzionalmente integrata con l'Area Comunicazione, secondo la dinamica del miglioramento continuo e quale naturale funzione di Comunicazione Interna della qualità), relativa ad iniziative strategiche aziendali al fine di promuovere progetti formativi integrati, funzionali alla costruzione di rapporti e sinergie tra diversi livelli organizzativi e strutturali dell'Azienda, nella logica di un sistema                      formativo                      unico                      avanzato.
- b) quella definita ed erogata dalle singole Aree Vaste tramite le rispettive UU.OO.

Formazione, che recepiscono e gestiscono le domande di fabbisogno formativo a carattere locale per far fronte a specifiche e peculiari esigenze nell'ambito delle articolazioni territoriali dell'Azienda.

Le linee direttrici delle attività fondamentali -individuate anche ai sensi delle Linee Guida della Formazione (determina DG/ASUR n. 327/2017 ) sono:

- 1) Pianificazione e gestione eventi formativi;
- 2) Accredimento ECM (Provider Unico Aziendale);
- 3) Aggiornamento professionale esterno e tirocini;
- 4) Sistema valutazione, ricerca e qualità

### **2.5.3 - L'ANALISI DEI BISOGNI FORMATIVI**

Ogni iniziativa formativa deve necessariamente partire dall'analisi dei bisogni, al fine di "capire se l'intervento formativo è opportuno, quale relazione esiste tra organizzazione e capacità di sviluppare, tra fabbisogni percepiti e necessari, quali ruoli debbano essere coinvolti nel processo di formazione" (R. Ferrari, 1998). Nel caso si tratti di un progetto di formazione aziendale, occorrerà contestualmente effettuare uno studio delle caratteristiche strutturali, tecnologiche, umane, sociali e ambientali dell'organizzazione. Solo avendo una visione complessiva della realtà aziendale sarà possibile programmare correttamente l'intervento.

Del resto i bisogni formativi sono manifestazione anche di bisogni organizzativi, in quanto "il processo organizzativo ha sempre bisogno di essere regolato sugli obiettivi istituzionali ed ogni regolazione presuppone un'analisi organizzativa...[Essa] consente di rilevare e definire problemi diversi e per ogni problema possono essere individuate soluzioni diverse. Il ricorso alla formazione per certi problemi può essere la modalità risolutiva, ritenuta più conveniente di altre" (R. Fabris, 1991). In effetti, ogni organizzazione può essere vista come la combinazione di tre diversi livelli gerarchici: i singoli individui, il gruppo, l'istituzione. Il bisogno formativo nasce quando emergono disfunzioni nelle interazioni tra queste tre componenti, sicché gli individui non si identificano nei gruppi, ovvero i gruppi non si identificano nell'istituzione. Se

l'iniziativa non è condivisa dai destinatari avrà scarse probabilità di essere efficace. Perciò occorre effettuare un processo delicato ed indispensabile: la trasformazione dell'utenza in committenza. Così alla diagnosi del committente si aggiunge – o eventualmente di contrappone – quella proposta dai singoli fruitori.

Il processo di analisi dei bisogni consiste in una serie di attività eseguite per individuare i problemi o le questioni di altro tipo esistenti nell'ambito del lavoro e per determinare se la formazione può essere la risposta appropriata per risolverli. Un'analisi dei bisogni è di solito il primo di una serie di passi volti a realizzare un effettivo cambiamento. Ciò soprattutto perché consente di individuare in ogni dettaglio il divario esistente tra le prestazioni attuali e quelle desiderate a livello di organizzazione e di individui. L'analisi dei fabbisogni formativi può essere supportata dalla diagnosi del clima organizzativo. Si tratta di un check-up aziendale volto a cogliere aspetti psicologici del personale come i vissuti, i sentimenti, gli atteggiamenti. Dipendenti che si sentono trascurati o sottovalutati non saranno disponibili a dare il massimo (M. Magica, 2002).

La valutazione dei bisogni formativi, sia individuali che organizzativi, ha un ruolo fondamentale nel *governo clinico* in relazione allo sviluppo professionale continuo ed ai piani di sviluppo personale di tutti gli operatori sanitari, pertanto rappresenta uno dei primi passi nel processo di formazione.

La radice dell'analisi dei bisogni formativi è la *gap-analysis*: valutazione del divario tra le conoscenze, abilità e atteggiamenti che le persone nell'organizzazione attualmente possiedono e le conoscenze, abilità e le attitudini di cui hanno bisogno per soddisfare gli obiettivi dell'organizzazione.

Gli obiettivi della valutazione dei bisogni sono:

- Portare avanti un progetto in uno specifico ambito lavorativo;
- Consentire la progettazione del calendario di formazione dell'organizzazione;
- Identificare le esigenze di formazione e di sviluppo individuale del personale.

Il formatore deve interpretare e codificare non solo il fabbisogno formativo espresso e quello implicito, ma anche quello latente e desiderato (non espresso).

La valutazione dei bisogni formativi deve precedere la programmazione, la progettazione, e la realizzazione delle attività formative:

Perché le persone hanno bisogno di formazione?
Quali competenze è necessario sviluppare?
Chi ha bisogno di formazione?
Quando le persone avranno bisogno di nuove competenze?
Dove può essere condotta la formazione?
Come possono essere diffuse le nuove competenze?

L'attività metodologica con cui si effettua la raccolta dei bisogni formativi è essenzialmente relazionale: deve permettere l'incontro dei diversi attori e delle diverse istanze in gioco, in un continuo movimento negoziale e a volte conflittuale. Quindi, oltre che un metodo di lavoro, l'analisi dei bisogni formativi è soprattutto una co-costruzione di senso condivisa, rispetto alla quale si legittima l'intervento formativo ed i suoi possibili risultati.

Ci sono diversi modi per condurre una analisi dei bisogni formativi:

Survey	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilizzate x concentrarsi su specifiche aree in cui le prestazioni sono carenti.</li><li>• Questionario scritto a cui i dipendenti rispondono in forma anonima.</li></ul>
Osservazioni	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consiste nel guardare i dipendenti lavorare nel luogo di lavoro.</li><li>• I dipendenti se sanno di essere osservati lavorano diversamente.</li></ul>
Interviste	<ul style="list-style-type: none"><li>• Parlare con un singolo dipendente o un gruppo su problemi o carenze.</li><li>• Approccio decentrato e democratico.</li></ul>
Focus groups	<ul style="list-style-type: none"><li>• Discussione all'interno di un gruppo ristretto per determinarne opinioni ed esperienze, comunicazione aperta.</li></ul>
Questionari di soddisfazione	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rivolti agli utenti, sono utili per rilevare carenze e possibili miglioramenti.</li></ul>

## **2.5.4 - LO SCENARIO DELL'EVENTO FORMATIVO: IL REPARTO DI OSTETRICIA DELL'OSPEDALE DI MACERATA**

Nel reparto di Ostetricia di Macerata dell'ospedale di Macerata ci sono state nell'anno 2019 1336 nascite totali di cui 367 tagli cesarei; nel primo semestre del 2020 i numeri sono di 813 nascite di cui 235 tagli cesarei.

Essendo attiva per la sala operatoria l'assistenza infermieristica in regime h-12, l'obiettivo da raggiungere è quello di migliorare la qualità del servizio offerto al cittadino formando le ostetriche per rispondere efficacemente e con sicurezza alle emergenze ostetriche durante i periodi in cui il personale infermieristico di sala operatoria si trova in regime di pronta disponibilità. Tale esigenza è emersa da un'analisi dei bisogni formativi svolta attraverso osservazioni in cui sono state rilevate alcune situazioni di oggettiva difficoltà organizzativa durante le emergenze, dall'altro le stesse ostetriche, a seguito di focus groups, avevano espresso il loro bisogno di essere addestrate per affrontare con maggiore tranquillità e padronanza tali situazioni.

Il mandato di creare un percorso formativo per perseguire il miglioramento del servizio offerto mi è stato dato dal Direttore del Dipartimento Materno infantile, il Dott. Mauro Pelagalli. Da qui la creazione di un corso E.C.M. dal titolo "Corso di strumentazione di sala operatoria per ostetriche" che rientrava nel Piano formativo aziendale e che era stato accreditato con 32 crediti formativi a febbraio 2020.

Purtroppo la situazione covid-19 non ha permesso lo svolgimento di tale evento che è stato solo rinviato a fine emergenza. La conseguenza a questa nuova situazione è stata la sostituzione della metodologia di insegnamento ma anche dei contenuti

Creare un percorso formativo in modalità e-learning rimodula necessariamente i contenuti e le nozioni che devono essere trasmesse le quali non possono assolutamente essere legate ad abilità pratiche bensì possono solo trasmettere informazioni di tipo nozionistico basato su fonti normative ed evidenze scientifiche.

L'obiettivo finale di questa percorso formativo, che è propedeutico al corso E.C.M. che verrà svolto a fine emergenza, è quello di valutare la capacità di trasmettere nuove nozioni che riguardano la sala operatoria di ostetricia comparando un questionario anonimo che è stato somministrato prima e dopo la video-lezione. Comparando la percentuale delle risposte corrette, si può dedurre l'efficacia del percorso.

Come per qualsiasi percorso formativo, è giusto che anche il formatore sia valutato attraverso un questionario di valutazione

## **2.6 CONCLUSIONI**

Alla luce dei risultati ottenuti si può concludere che l'evento formativo ha raggiunto l'obiettivo di accrescere le conoscenze di base della sala operatoria di ostetricia delle Ostetriche. Infatti la media delle risposte corrette del pre-test è stata del 43% mentre la media delle risposte corrette del post-test è stata del 97%

Di pari rilevanza è stata l'analisi del questionario di valutazione che ha ottenuto i seguenti risultati:

- riguardo la rilevanza degli argomenti trattati, il punteggio medio assegnato è stato di 4,9/5
- riguardo la qualità del percorso formativo, il punteggio medio assegnato è stato di 5/5
- riguardo l'utilità dell'evento formativo per la formazione/aggiornamento, il punteggio medio assegnato è stato di 4,9/5
- riguardo l'approfondimento degli argomenti trattati, il punteggio medio assegnato è stato di 4,7/5
- riguardo la chiarezza espositiva, il punteggio medio assegnato è stato di 5/5
- tutte le ostetriche ritengono di aver acquisito nuove conoscenze dall'evento formativo
- riguardo la valutazione dell'evento formativo nella pratica quotidiana, il punteggio medio assegnato è stato di 5/5

Per la gestione della formazione delle ostetriche, intesa come implementazione e/o mantenimento del livello di conoscenze e competenze acquisite nell'ottica del miglior servizio da fornire all'utenza, sarebbe auspicabile l'individuazione di una figura ostetrica in un quadro dirigenziale che si occupi di monitorare e programmare tale formazione nel tempo.

## **Bibliografia – Sitografia**

Michela Galvagni(autore), Chiara Perini(autore) L'infermiere di sala operatoria – copertina flessibile

Editore McGraw-Hill edizione 2010

Antonella Santullo L'infermiere e le innovazioni in sanità – nuove tendenze e strumenti gestionali

Editore McGraw-Hill seconda edizione-2004 : 213-220

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 740: Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n. 6. :

[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_1872\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1872_allegato.pdf)

European Operating Room Nurses Association: a twenty year history:

<https://eorna.eu/wp-content/uploads/2018/10/history.pdf>

La rete ospedaliera della regione Marche:

<https://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Area-Ospedaliera>

Classificazione degli interventi chirurgici per grado di complessità:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng45/chapter/Recommendations#recommendations-for-specific-surgery-grades-minor-intermediate-and-major-or-complex-and-asa>

DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA AREA VASTA 3 N. 1256/AV3 DEL 17/10/2018 Oggetto: PIANO EMERGENZA/REPERIBILITA' AREA VASTA 3 ANNO 2018 – ADOZIONE.

[http://serviziweb.asur.marche.it/ALBI/AV309\\_2018/allegati/1256\\_2018.pdf](http://serviziweb.asur.marche.it/ALBI/AV309_2018/allegati/1256_2018.pdf)

Piano emergenza reperibilità area vasta n.3 – allegato:

[http://80.17.87.199/ALBI/AV309\\_2018/allegati/1256\\_2018\\_allegato.pdf](http://80.17.87.199/ALBI/AV309_2018/allegati/1256_2018_allegato.pdf)

Manuale Autorizzazione Strutture Ospedaliere:

[http://www.norme.marche.it/Delibere/2018/DGR0358\\_18.pdf](http://www.norme.marche.it/Delibere/2018/DGR0358_18.pdf)

Eorna Common Core Curriculum For Perioperative Nursing:

<https://eorna.eu/wp-content/uploads/2018/11/core.pdf>

Regolamento pronta disponibilità area comparto area vasta 3 – adozione:

[http://serviziweb.asur.marche.it/ALBI/AV309\\_2016/allegati/486\\_2016.pdf](http://serviziweb.asur.marche.it/ALBI/AV309_2016/allegati/486_2016.pdf)

Linee guida OMS sul lavaggio delle mani:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1)

<https://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/en/>



La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie tra contributi pedagogici e modelli operativi McGraw-Hill (2008)

La diagnosi organizzativa e l'analisi dei fabbisogni di formazione  
R. Ferrari (1998)

Più attenzione alla persona: successo e profitti per l'azienda  
M. Magica (2002) in Risorse Umane in Azienda n. 86/2002

La formazione nelle Marche:  
<https://www.asur.marche.it/area-della-formazione>

Confronto tra tipi di suture nell'isterorrafia:  
<https://www.mdedge.com/obgyn/article/132303/obstetrics/monofilament-suture-works-best-cesarean-closure#:~:text=LAS%20VEGAS%20%E2%80%93%20A%20monofilament%20suture%20with%205%20%20evaluable%20women.>

Linee guida igiene sala operatoria:  
<https://www.inail.it/cs/internet/docs/linee-guida-igiene-reparto-operatorio.pdf?section=attivita>  
<https://www.ordinemedici.bz.it/it/linee-guida/?download=564>