



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e
Ostetriche

**Riorganizzazione del Pronto Soccorso
Ostetrico-Ginecologico e formazione della
figura dell'ostetrica triagista**

Relatore:

Dott.ssa Laura Fermani

Tesi di Laurea di:

Dott.ssa Livia Stracquadanio

A.A. 2022/2023

Indice

Abstract	1
Introduzione	3
1. Il triage	6
1.1 Cenni storici	6
1.2 Il panorama normativo in Italia	7
1.3 Obiettivi del triage	9
1.4 Fasi del triage	10
1.5 Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per il triage	12
2. La figura ostetrica in triage	17
2.1 Le competenze dell'ostetrica triagista	17
2.2 Le responsabilità	19
3. Il percorso formativo dell'ostetrica triagista: indagine del fabbisogno formativo nel Presidio G. Salesi	21
3.1 Introduzione	21
3.2 Obiettivo	23
3.3 Materiali e metodi	23
3.4 Risultati e discussione	27
3.4.1 Prima sezione del questionario	32
3.4.2 Seconda sezione del questionario	43
3.5 La formazione a livello nazionale	56
3.5.1 Risultati e discussione	57
3.6 La formazione al triage ostetrico	63
4. La riorganizzazione del nuovo Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico presso il Presidio di Torrette	65
4.1 Introduzione	65

4.2 Obiettivo	65
4.3 Materiali e metodi	66
4.4 Risultati e discussione	67
4.4.1 Analisi organizzativa dell'attuale pronto soccorso ostetrico-ginecologico del Presidio G. Salesi	67
4.5 Riorganizzazione del triage Ostetrico-Ginecologico presso la sede di Torrette	76
4.6 Progetto di miglioramento e relativi allegati	77
5. Conclusioni	101
6. Bibliografia e sitografia	103
Allegato 1	106
Allegato 2	109
Allegato 3	111
Ringraziamenti	122

Abstract

Background: il contesto ostetrico-ginecologico è fondato su un concetto di rischio dinamico e mutevole sotto molteplici aspetti, da qui nasce l'esigenza di implementare e riorganizzare il percorso assistenziale di triage in ambito ostetrico-ginecologico, che preveda come elemento essenziale della sua realizzazione, una figura adeguatamente formata e ad esso dedicata.

Obiettivo: organizzare un nuovo percorso di triage dedicato alle pazienti ostetriche e ginecologiche che preveda un accesso diretto delle stesse e una gestione a completa autonomia del personale ostetrico formato.

- Obiettivo secondario: comprendere e valutare la percezione in merito all'importanza e al ruolo della figura dell'ostetrica triagista e individuare le aree maggiormente suscettibili di intervento formativo.

Metodi:

Disegno dello studio: Studio osservazionale – descrittivo.

Popolazione e setting di riferimento: Personale infermieristico ed ostetrico della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia del Presidio G. Salesi.

Campionamento e criteri di esclusione: campionamento non probabilistico di convenienza per l'elaborazione di un progetto formativo realizzato e destinato al personale ostetrico della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia. Dall'indagine sono stati esclusi i professionisti sanitari ostetriche e infermiere non in servizio per aspettativa di lunga durata o maternità.

Strumenti: Questionario strutturato ed elaborato "ad hoc" e somministrato in forma anonima a tutto il personale. Griglia di domande definite, suddivise in due sezioni, con domande miste: risposta semichiusa, risposta chiusa e gradualizzate secondo la scala Likert formulata su punteggi da 1 a 5. La tempistica di somministrazione del questionario e il successivo periodo di analisi è avvenuta tra gennaio e marzo dell'anno 2023.

Risultati:

- principali difficoltà emerse dal personale ostetrico: gestione della paziente ostetrica che presenti delle condizioni instabili, difficoltà nella corretta attribuzione della priorità assistenziale per la scelta del codice da assegnare.
- propensione e attitudine favorevole nel riconoscimento ruolo dell'ostetrica triagista, dedicata.
- necessità di un percorso formativo specifico per la figura dell'ostetrica triagista.

Limiti: numerosità campionaria esigua, campionamento non probabilistico di convenienza giustificato dalle finalità del progetto stesso.

Conclusioni: sulla base dell'analisi organizzativa svolta e dei risultati provenienti dallo studio si è proceduto a stilare un progetto di riorganizzazione del triage ostetrico in previsione del trasferimento della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia nella sede di Torrette.

Parte integrante di tale progetto è anche la progettazione di un percorso formativo, sostenuta e fondata sui criteri e gli standard previsti dal Gruppo Formazione Triage.

Parole chiave: triage, formazione, ostetrica.

GFT (Gruppo Formazione Triage):

Settembre 1996, fondazione dell'associazione "G.F.T. - Gruppo per la Formazione al Triage".
Il GFT organizza corsi di formazione ed addestramento per infermieri ed ostetriche sul Triage in Pronto Soccorso. Il GFT propone diverse tipologie di corsi di formazione al triage che spaziano da una formazione di base ad approfondimenti specifici e può essere sia di tipo residenziale che itinerante presso le singole aziende. I docenti sono operatori di Pronto Soccorso del GFT (di solito sia Medici che Infermieri) provenienti da sedi dove la funzione di Triage è attiva già da diversi anni a garanzia della concretezza e aderenza alla realtà operativa italiana.

Introduzione

Il “triage” è il sistema operativo del D.E.A. (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) e viene a definirsi come un processo decisionale, basato su un rigoroso metodo scientifico, che permette di stabilire la priorità di accesso alla visita e alle cure nell’ambito dei Dipartimenti di Urgenza ed Emergenza (DEU), il cui fine non è quello di ridurre i tempi di attesa ma di ridistribuirli a vantaggio dei pazienti più critici grazie ad un sistema di codici di gravità/priorità¹; si tratta di un vero e proprio sistema di accoglienza e valutazione del grado di priorità di accesso alle cure che ha individuato così nel sistema di triage, una pronta risposta da parte del Servizio Sanitario Nazionale¹. La funzione di triage deve essere garantita in modo continuativo nell’arco delle 24 ore da personale adeguatamente formato e dedicato e tale servizio e si fonda sul rispetto di criteri nazionali, adattandosi in maniera specifica alle esigenze degli assistiti al contesto operativo². Il sistema di triage costituisce il primo vero momento di accoglienza delle persone che giungono in Pronto Soccorso e rappresenta, in modo particolare nel campo ostetrico-ginecologico, una funzione di primaria competenza ostetrica volta all’identificazione delle priorità assistenziali attraverso un’immediata valutazione dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico delle pazienti, definendo un corretto e prioritario ordine di accesso al trattamento². Addentrandosi in maniera più specifica nel contesto ostetrico-ginecologico, il quale presenta delle peculiarità complesse e specifiche fondate su un concetto di rischio estremamente dinamico e mutevole sotto molteplici aspetti³, ecco che nasce l’esigenza di implementare e riorganizzare nell’ambito del pronto soccorso generale un percorso dedicato esclusivamente al triage ostetrico-ginecologico, che sia rappresentato e gestito da una figura adeguatamente formata: l’ostetrica.

La reale necessità di istituire un triage ostetrico-ginecologico all’interno del Pronto Soccorso generale garantisce uno standard di cure più appropriato e rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza per la precoce individuazione delle potenziali complicanze inerenti all’ambito ostetrico e ginecologico, rivolte in maniera specifica alla diade materno-fetale. In ambito ostetrico, partendo dal presupposto che non è possibile considerare la gravidanza e il parto eventi a rischio zero in quanto anche le situazioni cliniche che inizialmente rivestono un profilo di basso rischio possono

trasformarsi in urgenza o emergenza³, ecco così che nasce l'esigenza di istituzionalizzare il processo di triage in ambito ostetrico-ginecologico che preveda la presenza di una figura ostetrica ad esso dedicata. Il campo ostetrico, per la maggior parte dei casi, si caratterizza proprio per l'impossibilità di programmare accessi e ricoveri, in quanto la stragrande maggioranza degli accessi proviene dal Pronto Soccorso ed esita in ricovero urgente. Alla luce di quanto viene riportato ed affermato dal Congresso Nazionale della S.I.O.G: "Nessuno può essere in grado di dire a priori se quel travaglio sarà veramente fisiologico", tale aspetto rende di fondamentale importanza che ogni punto nascita sia in grado di gestire e fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza materna e/o neonatale che sappiamo potersi verificare imprevedibilmente in ogni gravidanza. A tal proposito, in ogni punto nascita, sulla base dei requisiti minimi normativi vigenti a livello nazionale, dovrebbe esserci un vero e proprio pronto soccorso ostetrico, che preveda personale dedicato con guardia attiva h 24, in quanto in campo ostetrico e ginecologico il concetto di rischio e la possibilità che insorga un potenziale evento avverso che possa interessare la salute materno-fetale è sempre da considerare⁴. È pur vero che al giorno d'oggi le emergenze ostetriche si sono certamente ridotte grazie ad un'assidua e stretta sorveglianza della gestazione, alla prevenzione di tutte le principali condizioni di rischio e ad una corretta assistenza al travaglio ed al parto; tuttavia, quando un'emergenza si verifica essa può essere drammatica e concludersi con danni irreparabili o addirittura con la morte materna e/o perinatale⁴. In molteplici realtà del variegato panorama italiano sono stati attivati e portati a termine progetti di miglioramento dell'attività di triage di pronto soccorso, ponendo al centro il ruolo che riveste la figura ostetrica dedicata a tale servizio. La figura ostetrica, sulla base delle sue specifiche conoscenze e competenze, riveste il duplice ruolo di conoscere e prevenire le condizioni di emergenza individuando i fattori di rischio e dall'altro riconoscerle il più precocemente possibile in modo da poterle trattare tempestivamente⁵; un processo continuo nel miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati e fondati su un'adeguata e specifica formazione è un aspetto da considerare imperativo in questo campo. I presupposti minimi necessari alla realizzazione e all'erogazione di un'assistenza di qualità sono: una spiccata attenzione verso l'efficacia delle cure, ovvero l'erogazione di cure realmente utili², l'appropriatezza delle cure, ovvero cure non dannose e gradite per "quella" donna e "quel" feto/neonato e il possesso di un'abilità tecnico-pratica in possesso dell'ostetrica tale da portare un

miglioramento dello stato di salute della persona assistita; a tal proposito, un aspetto irrinunciabile e auspicabile per le aziende ospedaliere sarebbe quello di organizzare e strutturare i punti nascita in modo da consentire al medico e all'ostetrica lo svolgimento di questi doveri e garantire alle pazienti la massima sicurezza.

L'obiettivo che guida la realizzazione di questo progetto di tesi si basa sulla proposta di un modello di riorganizzazione del pronto soccorso ostetrico-ginecologico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche in previsione del futuro trasferimento della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia dal Presidio G. Salesi a quello di Torrette, inserendo la figura ostetrica/o nel ruolo di triagista. L'ideazione di tale progetto è il risultato del percorso di tirocinio, svolto da chi scrive, durante i due anni di percorso di Laurea Magistrale; il primo anno si è posta l'attenzione su una ricerca bibliografica della letteratura e della normativa esistente in materia di triage ostetrico-ginecologico, analizzando i requisiti organizzativi, le peculiarità strutturali, tecniche, organizzative e di risorse umane proprie del Pronto Soccorso e si sono messe in luce le competenze e le responsabilità deontologiche, giuridiche, tecnico-organizzative, etiche e relazionali della figura ostetrica che opera in area di triage Ostetrico. Successivamente, durante il secondo anno di tirocinio, si è partiti da un'indagine del fabbisogno formativo del personale ostetrico della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia del Presidio G. Salesi di Ancona, allo scopo di comprendere e valutare la percezione individuale da parte del personale ostetrico e infermieristico in merito all'importanza e al ruolo della figura ostetrica triagista. La conduzione di quest'analisi ha guidato verso la progettazione di un percorso formativo specifico per la figura ostetrica nel ruolo di triagista, pianificando incontri formativi guidati verso il raggiungimento di obiettivi teorici e pratici, in previsione del futuro trasferimento del presidio presso la sede di Torrette.

In questo elaborato di tesi vedremo in che modo l'organizzazione e la pianificazione di un percorso formativo strutturato ad hoc e destinato al personale ostetrico portino alla realizzazione di un progetto orientato all'implementazione di un nuovo servizio di triage ostetrico per la realtà esaminata e che si fondi sul rispetto di requisiti minimi, strutturali, tecnologici, normativi e di risorse umane, assicurando così un accesso diretto alla paziente che vi si rivolge, garantendo allo stesso tempo una presa in carico adeguata e una successiva valutazione professionale da parte di una figura ostetrica appositamente dedicata e formata.

1. Il triage

1.1 Cenni storici

Il triage consiste nella definizione delle priorità di trattamento dei pazienti sulla base della loro gravità clinica, del rischio evolutivo e delle risorse disponibili¹. La necessità di attivare nelle strutture di Pronto Soccorso la funzione di triage (dal francese *'trier'* che significa scegliere, valutare) consente di selezionare gli utenti che affluiscono e permette di attribuire una specifica priorità di accesso a quelli in condizione di maggiore urgenza¹. Il termine triage origina da radici molto antiche e profonde; infatti, le sue origini risalgono circa al XVIII secolo, quando le prime tecniche e i primi tentativi di classificazione venivano utilizzate proprio nei campi di battaglia nell'età napoleonica. Sin dal 1800 gli infermieri militari dell'esercito italiano operavano il triage direttamente sul campo di battaglia con modalità simili all'attuale concezione e con gli stessi fini e questa operazione veniva chiamata "cernita"². In epoche meno remote, il sistema di triage fu utilizzato nella guerra di Corea e del Vietnam con caratteristiche e peculiarità più evolute e perfezionate, fino ad arrivare all'ultimo decennio in cui vi è stato un notevole e costante perfezionamento del triage sia intra che extraospedaliero⁶. Il concetto di triage, come lo intendiamo oggi, nasce invece negli anni '60 negli Stati Uniti al fine di gestire il progressivo sovraffollamento delle strutture di Pronto Soccorso. L'introduzione nelle strutture di Pronto Soccorso della figura del triagista, debitamente formato, contribuisce a mantenere l'efficienza complessiva della struttura del pronto soccorso in quanto affinché un intervento in urgenza-emergenza sia efficace deve poter essere espletato in tempi congrui e comunque brevi perché, a volte, anche pochi minuti sono sufficienti per consentire il recupero o, viceversa, l'irreversibile declino delle condizioni del paziente assistito².

Il sistema di triage si deve ispirare al modello del "Triage Globale" fondato su un approccio completo ed una concezione olistica della persona assistita considerandola nella sua interezza e nella sua completezza (unità madre-feto), che si realizza grazie alla valutazione infermieristica/ostetrica di dati soggettivi ed oggettivi, alla considerazione di elementi situazionali significativi e all'effettiva disponibilità di risorse della struttura².

I presupposti fondamentali di questo modello di triage sono:

- a. Realizzare l'effettiva presa in carico della persona dal momento in cui essa si rivolge alla struttura;
- b. Assicurare la valutazione professionale di un infermiere/ostetrica adeguatamente formato;
- c. Garantire l'assegnazione del codice di priorità in considerazione di tutti problemi di salute del paziente, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- d. Disporre di un sistema documentale adeguato (protocolli e scheda di triage).

Nel sistema sanitario moderno il triage rappresenta uno strumento essenziale nei servizi di emergenza¹; quindi, la metodica di esecuzione deve possedere dei requisiti irrinunciabili quali:

- Di facile applicazione;
- Di facile comprensione;
- Caratterizzata da uniformità di esecuzione.

1.2 Il panorama normativo in Italia

I primi tentativi di avviare un servizio di triage in Italia nascono alla fine degli anni '80, senza riferimenti normativi specifici, prendendo principalmente come esempio le esperienze statunitensi e della Gran Bretagna. È necessario arrivare al 1992 per il primo atto formale "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza", con il D.P.R. n. 76 del 27 marzo 1992 il triage viene inserito come un servizio all'interno dei dipartimenti di emergenza e urgenza, per la prima volta si individuano le condizioni per assicurare l'attività di urgenza ed emergenza su tutto il territorio nazionale, in modo uniforme, con articolazione a livello territoriale ed ospedaliero, con il coordinamento delle centrale operativa 118, attribuendo alle Regioni competenze e responsabilità nella pianificazione ed organizzazione dei servizi sanitari e della rete ospedaliera¹. Successivamente con l'Atto di intesa Stato e Regioni (aprile 1996 – G.U. 17/05/1996) di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 76/1992 si definisce, per la prima volta in Italia, la funzione di triage nelle strutture d'emergenza e afferma che in ogni DEA deve essere prevista la funzione di triage come primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti, in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento⁸.

Tale funzione è svolta da personale infermieristico ed ostetrico adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabiliti: a tal proposito un ruolo di fondamentale importanza è rivestito dalla Legge n. 42 del 1999 che sancisce l'abolizione del mansionario ostetrico e definisce all'articolo n. 1 la professione ostetrica come professione sanitaria (non più professione sanitaria ausiliaria). È la legge n. 251 del 10 agosto 2000 che successivamente disciplina le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica e dichiara formalmente l'autonomia di ogni professionista della salute². L'accordo tra il Ministro della Salute e Regioni del 25 ottobre 2001 (G.U. n. 285 del 07/12/2001), relativo al documento di linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in cui si analizzano in maniera specifica e approfondita gli aspetti organizzativi e strutturali del triage, prescrive l'attivazione obbligatoria del pronto soccorso nelle strutture ospedaliere con numero di accessi superiori a 25.000/anno e definisce in maniera dettagliata gli aspetti che riguardano le caratteristiche del personale, la formazione, l'organizzazione del lavoro, le strutture e l'informativa all'utenza². Nell'accordo tra il Ministro della Salute e Regioni del 22 maggio 2003 sul documento recante "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza" viene affermato che il personale operante nel sistema dell'emergenza/urgenza deve sostenere un percorso formativo uniforme¹⁴. La Raccomandazione Ministeriale per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto n. 6 Marzo 2008 indirizza l'organizzazione del triage ostetrico in modo differenziato sulla base dei livelli assistenziali ed organizzativi esistenti¹¹. Con l'accordo Stato Regioni relativo alle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" del 16 dicembre 2010 si dispone la riorganizzazione dei punti nascita e delle unità operative di pediatria/neonatologia e TIN fornendo criteri per l'individuazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, tra i quali quello di garantire il funzionamento di un pronto soccorso ostetrico-ginecologico h24 per i centri parti/anno superiore a 1000⁴.

1.3 Obiettivi del triage

Il triage, quale primo momento di accoglienza delle persone che vi giungono, è una funzione infermieristica/ostetrica volta alla definizione e individuazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione dei sintomi denunciati e dei segni vitali rilevati in modo tale da garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine di accesso alla valutazione². Fare *'trriage'* significa decidere chi prima accede all'area di trattamento e questo viene fatto attraverso i codici di gravità: è importante sottolineare che il concetto di triage non riduce i tempi d'attesa di tutti gli utenti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità di intervento urgenti, affinché sia espletato in tempi congrui e comunque brevi, perché a volte anche pochi minuti sono sufficienti per consentire il recupero o, viceversa l'irreversibile declino delle condizioni del paziente¹. La valutazione di triage costituisce elemento essenziale nel processo decisionale che guida la decisione di triage e si riflette sui risultati dell'assistenza². L'insieme delle attività infermieristiche ed ostetriche, con differenti gradi di complessità, ha lo scopo di attribuire un codice specifico di gravità a tutti gli utenti che accedono al pronto soccorso individuando in modo rapido le condizioni potenzialmente pericolose per la stabilità del paziente, attribuendo uno specifico codice di gravità¹. La figura del triagista, dunque, non deve far diagnosi, terapia, né tantomeno ricoverare il paziente ma ha la principale funzione di valutare ed individuare il principale problema e le condizioni cliniche dello stesso, valutando il grado di compromissione della situazione che richiede un intervento più o meno immediato⁶. Gli obiettivi che il triage si propone sono quindi quelli di:

- Identificare rapidamente le persone che si rivolgono al Pronto Soccorso e che necessitano di cure immediate e garantire il tempestivo avvio al trattamento;
- Garantire l'assegnazione del codice di priorità attraverso la considerazione dei bisogni dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- Utilizzare un sistema codificato di livello di priorità di accesso alle cure;
- Sorvegliare le persone in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni;

- Fornire informazioni pertinenti e comprensibili ad utenti e familiari diminuendone l'ansia e garantendone un'adeguata e costante presa in carico;
- Garantire gli standard minimi di sicurezza attraverso l'elaborazione di protocolli organizzativi specifici;
- Disporre un sistema documentale adeguato ed informatizzato.

1.4 Fasi del triage

La metodologia del triage, si articola in quattro fasi specifiche¹:

1. Valutazione sulla porta: iniziale e rapida osservazione dell'aspetto generale dell'utente con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato; essa consente di osservare l'aspetto generale del paziente, la pervietà delle vie aeree, il respiro, il circolo e lo stato di coscienza del paziente.

2. Raccolta dati:

- valutazione soggettiva: effettuata essenzialmente attraverso l'intervista che interroga il paziente indagando sul sintomo e il problema di salute dominante che ha indotto il paziente a recarsi presso il pronto soccorso.

- valutazione oggettiva: si compone dell'esame fisico e della documentazione clinica ove disponibile.

3. Decisione di triage: si concretizza con l'assegnazione del codice di priorità, processo attraverso cui il paziente viene selezionato secondo il sintomo principale e l'urgenza della sua condizione (la probabilità che il suo stato si aggravi) e determina solo la priorità di accesso alla visita medica.

4. Rivalutazione: fase necessaria per cogliere tempestivamente eventuali evoluzioni delle condizioni degli utenti in attesa. Può confermare o variare il codice di priorità assegnato.

La rivalutazione è un processo fondamentale che deve essere garantito per tutti gli utenti in attesa; in questa fase i tempi possono essere anche molto lunghi e per evitare aggravamenti durante il periodo è necessario rivalutare il paziente per cogliere sintomi e/o cambiamenti significativi che modificano il codice di gravità. Il processo di rivalutazione deve essere attuato o secondo il giudizio dell'infermiere/ostetrica di triage, o a richiesta dell'utente o dei suoi accompagnatori, o allo scadere del tempo di rivalutazione previsto per ogni codice². Ogni realtà dovrà stabilire tempi massimi di rivalutazione suddivisi per codice che non potranno comunque essere superiori a: 10 minuti per il codice giallo, 60 minuti per il codice verde, 240 minuti per il codice bianco. L'inizio del triage (valutazione sulla porta) deve essere garantito entro 5 minuti dall'arrivo in PS a tutti gli utenti. Le modalità di valutazione e l'accuratezza della fase di raccolta dati devono tenere conto delle condizioni della persona². L'intervista deve essere mirata a raccogliere il maggior numero di informazioni necessarie alla definizione del problema di salute della persona e del possibile rischio evolutivo; in questa fase diventano essenziali le capacità comunicative e di interazione con utente ed accompagnatori. Questa fase deve prevedere un'anamnesi rapida ma accurata, l'individuazione di fattori di rischio, terapie assunte, patologie presenti ed allergie. La valutazione oggettiva, dopo la rilevazione di segni e sintomi specifici (pallore, sudorazione, localizzazione, durata ed intensità del dolore, etc) si può articolare, se necessario, nella misurazione dei parametri vitali ritenuti significativi¹. È compito dell'infermiere/ostetrica di triage garantire un'adeguata informazione all'utente circa la modalità e l'esito della valutazione di triage ed il funzionamento della struttura, inoltre, in collaborazione con gli operatori sanitari delle aree di trattamento, andrà soprattutto garantita una corretta gestione e comunicazione verso i familiari che accompagnano l'utente. Un passo determinante viene compiuto quando nel luglio 2012, il documento AGENAS riporta linee d'indirizzo per l'attività di triage di Pronto Soccorso (proposta del coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso) determina l'introduzione del quinto codice di triage e il cambio di denominazione dei codici, abbandonando il sistema dei codici colore sostituendolo con quello numerico¹. Se precedentemente il sistema di codifica utilizzato nel processo di triage si fondava su un sistema di codice colore, nel modello attuale, si adotta un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con codice numerico da 1 a 5. La nuova codifica consente di focalizzare l'attenzione sulle condizioni cliniche che rientrano nell'ambito

dell'urgenza differibile, individuando la condizione di urgenze, emergenze e urgenze differibili e attribuisce a ciascun codice il tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento che va dall'accesso immediato per l'emergenza all'accesso entro 240 minuti per le situazioni di non urgenza. Nella tabella che segue sono riportati i cinque livelli numerici, con la loro denominazione e i tempi massima per l'attesa di accesso alle cure².

TABELLA N. 1 - Nuova codifica di priorità e tempi di attesa

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa			
Codice	Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
1	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE STABILE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

Linee guida nazionali sul triage ospedaliero¹.

1.5 Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per il triage

Il termine di “accoglienza” in triage si riferisce alla presa in carico globale della persona e della gestione delle informazioni con i relativi ‘*care-givers*’, dal momento dell’arrivo e durante la fase di attesa, prevedendo interventi di miglioramento finalizzati alla formazione specifica del personale infermieristico ed ostetrico addetto al triage, anche in relazione ad una corretta gestione dei conflitti, degli aspetti relazionali e del canale comunicativo². Nella gestione logistica e organizzativa dell’accoglienza del paziente, l’organizzazione strutturale prevede un’area dedicata alla presa in carico dell’assistito che mira alla presa in carico del paziente nella sua interezza, nella sua “umanità”¹. Un ulteriore aspetto è la ricerca e l’utilizzo di strumenti idonei quali sistemi di monitoraggio che aggiorni in tempo reale la situazione del servizio di Pronto Soccorso. La funzione di triage deve essere attiva presso tutti i punti nascita che ne garantiscono lo svolgimento

continuativo nelle 24 ore o per tutto il periodo di apertura del servizio. Il numero degli accessi e tipologia di flusso sono condizioni importanti ma non fondamentali per implementare il processo. Infatti, l'attivazione di un processo di triage sotto i 2000 parti all'anno è auspicabile nella grande maggioranza degli ospedali medio-piccoli per il suo significato fondamentale formativo e l'obiettivo di favorire una ottimale flessibilità lavorativa². La logistica, la distribuzione degli spazi e l'architettura devono essere considerati tali da permettere e agevolare lo svolgimento di tutte le fasi di triage in termini di sicurezza e nel rispetto della privacy dell'utente⁶.

Requisiti organizzativi

L'approccio globale che abbraccia il modello di triage è fondato su un approccio clinico infermieristico-ostetrico della paziente assistita volto alla raccolta di dati soggettivi ed oggettivi miscelata al reale utilizzo delle risorse effettivamente presenti in struttura²⁻⁶.

Il tentativo di stabilire un minimo livello comune a tutti i PS di standard organizzativi di triage è indispensabile per garantire equità di accesso alle cure in emergenza-urgenza, specialmente in condizioni, spesso frequenti, di sovraffollamento¹.

Alla luce di tali considerazioni, l'organizzazione del triage deve consentire:

- l'effettiva presa in carico della persona che accede alla struttura.
- la valutazione professionale da parte di un triagista adeguatamente formato e competente.
- l'assegnazione del codice di priorità al trattamento attraverso la valutazione dei bisogni di salute del paziente, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo.
- l'identificazione rapida dei pazienti che necessitano di cure immediate con conseguente tempestivo accesso alle cure.
- di utilizzare il sistema codificato di livelli di priorità.
- di migliorare il processo di cura in emergenza-urgenza, anche attraverso l'attivazione al triage di modelli di fast track, *see and treat*, altri percorsi diagnostico terapeutico assistenziali e tutti quei sistemi che migliorino la presa in carico del paziente.
- la garanzia di trattamento in tempi celeri in condizioni di sicurezza per il paziente e per l'operatore sanitario.
- il controllo degli accessi dei pazienti alle aree di visita della struttura.

- di fornire assistenza e informazioni agli assistiti e agli accompagnatori, in collaborazione con altri operatori della struttura.

Gli elementi fondamentali dell'attività di triage sono: assegnazione del codice numerico di priorità, rivalutazione, avvio del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ove indicato¹⁻².

Requisiti strutturali

I requisiti strutturali, con le idonee caratteristiche microclimatiche e soprattutto strategiche, costituiscono un aspetto fondamentale per individuare ed analizzare l'appropriatezza dei locali in cui mettere in atto la funzione di triage². È necessario che i locali adibiti e dedicati allo svolgimento del triage siano posizionati in prossimità dell'accesso al Pronto Soccorso e collocati in posizione strategica rispetto agli ingressi pedonali o tramite vetture/ambulanze del pronto soccorso, segnalato e ben individuabile attraverso una chiara segnaletica e sempre accessibile². Per la fase iniziale del triage deve essere previsto un ambiente dedicato, in modo tale da consentire la raccolta dei dati anagrafici e clinici relativi al paziente, locali idonei alla raccolta delle informazioni e alla valutazione clinica con i parametri vitali, nel rispetto della privacy ma anche con visione diretta dell'area di accoglienza, oltre a locali di attesa. Le aree dedicate all'attesa devono essere confortevoli, consentire una facile accessibilità ai servizi igienici e, soprattutto, consentire la sorveglianza continua e la rivalutazione da parte del triagista. Nello spazio dedicato al triage si devono considerare le varie tipologie di pazienti che si possono presentare: barellati, con accesso autonomo o tramite mezzo di soccorso del 118, deambulanti, pediatrici, in condizioni di fragilità o vittime di violenza. In particolare, per i pazienti giunti con mezzi del 118, l'area di triage è il luogo fisico in cui avviene il passaggio del paziente dalla responsabilità degli equipaggi delle ambulanze ai mezzi di accoglienza e alla presa in carico della struttura ospedaliera².

Risorse umane

Il processo di triage, caratterizzato dalla sua complessità, deve essere svolto da personale assegnato a tale mansione che sia debitamente formato e che operi secondo protocolli propri della struttura¹. Gli operatori sanitari e la loro specifica formazione costituiscono un requisito indiscusso essendo la formazione lo strumento principale ai fini dello sviluppo culturale ed organizzativo.¹⁴ Affinché si possa svolgere un'attività di triage caratterizzato da qualità, comprendente l'assegnazione del codice di priorità di accesso alle cure, la rivalutazione e l'avvio del percorso diagnostico-terapeutico- assistenziale (PDTA), è necessario che il personale infermieristico-ostetrico, appartenente all'organico di Pronto Soccorso sia:

- formato secondo gli standard nazionali e regionali ed in possesso di tutti i requisiti previsti dalle disposizioni nazionali vigenti;
- sia in possesso dei requisiti specifici richiesti;
- abbia svolto attività in PS da almeno sei mesi, successivo al periodo di prova;
- abbia eseguito un periodo di affiancamento al triage;

L'organico dedicato ed assegnato al servizio di triage deve prevedere una dotazione di personale compatibile con il numero di accessi alla struttura e con la complessità delle patologie da trattare². Nei Pronto Soccorso con un numero di accessi/anno inferiore a 25.000, la funzione di triage è assicurata da una sola unità infermieristico-ostetrica, dedicata o no, nel rispetto dei criteri previsti e dei protocolli della struttura sanitaria.

Le dotazioni minime del personale di triage previste nelle 24 ore sono di:

- un infermiere-ostetrica, nei PS fino a 25.000 accessi;
- due infermieri-ostetriche, nei PS oltre i 25.000 accessi e una unità di personale di supporto;
- tre figure nei PS oltre i 70.000 accessi e una unità di personale di supporto.

La dotazione complessiva del personale per l'attività di triage prevede, oltre al personale ostetrico dedicato, anche la presenza di personale di supporto in misura adeguata a garantire l'assistenza e la movimentazione dei pazienti².

Infine, secondo le disposizioni normative vigenti è necessaria la presenza di una figura aggiuntiva addetta a supportare la sicurezza degli assistiti, dei visitatori e degli operatori.

Risorse tecnologiche

Un requisito fondamentale nell'organizzazione del triage è senz'altro rappresentato dal contributo delle tecnologie che partecipano al mantenimento di standard qualitativi appropriati nel rispetto delle linee guida nazionali². L'area di triage deve essere dotata di appositi strumenti che consentano il rilievo dei parametri vitali quali: defibrillatore semiautomatico, sfigmomanometro, elettrocardiografo, saturimetro, strisce reattive per Combur Test e glicemia capillare, impianto gas medicali (aria compressa, ossigeno, vuoto), inoltre è necessaria la disponibilità di farmaci e presidi secondo i protocolli condivisi¹. La disponibilità di un adeguato sistema informatico e di linee telefoniche dedicate interne ed esterne sono necessarie per gestire al meglio la documentazione acquisita e le successive fasi del processo.

2. La figura ostetrica in triage

2.1 Le competenze dell'ostetrica Triagista

Accanto alla valutazione dei requisiti e degli standard generali del triage ostetrico, emerge la fondamentale rilevanza della figura dell'ostetrica protagonista del sistema, essendo, come riportato e sancito dal comma 5 dell'art. 1 del profilo professionale del Decreto Ministeriale n. 740/94, "colei che è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza"¹⁶. Tale riferimento ci consente di ampliare il concetto di triage guardandolo come processo assistenziale nel quale gioca un ruolo fondamentale la competenza dell'ostetrica/o triagista nel classificare correttamente il rischio legato alla gravidanza ed al parto per poi procedere secondo percorsi assistenziali adeguati³. Quanto sopra conferma che l'attività di triage ostetrico in pronto soccorso non può prescindere dai requisiti fondamentali come la formazione del triagista, la formulazione e l'applicazione di protocolli condivisi e la presenza di requisiti strutturali e organizzativi minimi. L'ostetrica svolge la funzione di triagista dopo aver acquisito competenze specifiche mediante una formazione specifica all'esercizio di tale funzione, così come in accordo con la normativa vigente¹³. Essa deve altresì potersi avvalere di protocolli specifici per l'attribuzione del codice di priorità, nonché deve poter esercitare in un pronto soccorso che fornisca i requisiti strutturali minimi per l'espletamento della funzione. La sua specifica competenza le consente una completa presa in carico della donna e del nascituro, con una migliore definizione del rischio evolutivo²⁻⁹. Ulteriori miglioramenti organizzativi e della gestione dell'attesa sono relativi alla precoce e competente attivazione dei percorsi post triage con particolare riferimento a quelli a gestione ostetrica come previsto dalle linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO) del Ministero della Salute¹⁸. Infine, non sono da trascurare la competenza nell'individuazione e nella presa in carico, già in sede di triage, di situazioni di fragilità e violenza sulla donna e/o sui minori, situazioni di grande rilevanza clinica e sociale nei nostri pronto soccorso, nelle quali, in ambito di tutela della salute femminile, l'ostetrica/o ha un preciso dovere deontologico di intervento¹⁰. L'ostetrica triagista, dedicata alla funzione di accoglienza

della paziente che accede al pronto soccorso ostetrico, deve possedere quindi alcune caratteristiche e prerogative irrinunciabili per garantire un'appropriata accoglienza e, ove occorra, una tempestiva gestione dell'urgenza e dell'emergenza³. Essa, oltre ai requisiti minimi e obbligatori, ovvero il possesso della Laurea triennale in Ostetricia e dell'abilitazione all'esercizio professionale¹⁴, nonché dell'iscrizione all'Ordine professionale, deve possedere:

Competenze tecnico-organizzative:

- accogliere la paziente assicurando comfort e sicurezza ambientale;
- valutare i problemi di salute della donna coinvolgendo nella raccolta primaria dell'anamnesi personale;
- identificare i bisogni di assistenza ostetrica e pianificare gli interventi secondo priorità, individuare le situazioni di fragilità e di rischio psicosociale, abuso e maltrattamento e se necessario, intervenire e coinvolgere le autorità preposte;
- individuare situazioni potenzialmente patologiche che trascendono la sua sfera di competenza e richiedere tempestivamente l'intervento del medico, praticando nel frattempo le inderogabili misure di emergenza;
- collaborare con il medico e gli altri professionisti, garantendo la corretta presa in carico della paziente e l'applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- competenze avanzate in cardiocotografia e conoscenze in ambito ecografico (ecografia di 1° livello);
- formazione e aggiornamento continuo e conoscenza delle buone pratiche ed EBM;
- conoscenza della lingua inglese e competenza nell'uso di sistemi informatici.

Competenze e responsabilità deontologiche e relazionali¹⁰:

- presentarsi alla paziente al momento dell'accoglienza e comunicare con la paziente ed i suoi familiari utilizzando un linguaggio appropriato e comprensibile ed in caso di necessità, chiedere l'intervento del mediatore culturale qualora la lingua rappresenti un ostacolo alla comunicazione;
- mantenere costantemente un ascolto attivo per favorire un rapporto di fiducia individuando spazi e momenti idonei.

2.2 Le responsabilità

L'aspetto deontologico e la sua valenza mette in luce l'obbligo per la figura ostetrica di dover intervenire in caso di condizioni di urgenza ed emergenza al fine di prestare un'adeguata e tempestiva assistenza³⁻⁹. La deontologia in ambito sanitario sottolinea come l'attività assistenziale in urgenza è la logica e naturale conseguenza della profonda valenza etica delle professioni sanitarie, che si prefiggono di tutelare la vita del singolo e della collettività. Secondo il Codice Deontologico dell'Ostetrica/o, anno 2000: "L'ostetrica/o deve sempre rispondere alla richiesta di bisogno di salute, anche quando questa esuli dalla sua abituale attività o comporti disagio o rischio personale. Il rifiuto di prestare soccorso costituisce in tali casi grave mancanza deontologica"¹⁰. Il dovere deontologico dell'ostetrica emerge notevolmente in sede di triage; il "sapere" ed il "saper fare" si affiancano necessariamente ad un "saper essere"⁵. Attraverso la professionalità che la caratterizza, l'ostetrica individua prontamente situazioni di grande rilevanza clinica e sociale, vale a dire storie di fragilità, violenza su donne e pazienti minorenni che fanno accesso al pronto soccorso, tutelando la salute femminile in un'ottica a 360°; inoltre essa opera ed agisce facendosi carico dei bisogni e della sfera fisica, psico-emotiva e sociale della paziente assistita, che possono riguardare sia l'ambito ostetrico, che ginecologico e neonatale⁹. La conoscenza, la competenza e la responsabilità deontologica dell'ostetrica consentono una globale presa in carico della gravida e del nascituro e si basa su un'ottimale definizione del rischio, che in ambito ostetrico riguarda un concetto estremamente dinamico ed evolutivo³. L'articolo 1 della legge n. 251 del 2000 consente di focalizzare l'attenzione sul concetto di triage mirando ad esso come una vera e propria funzione assistenziale che rientra tra le fondamentali competenze dell'ostetrica²⁰. Tale riferimento giuridico sancisce e sottolinea le attività rivolte alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi assistenziali che rientrano nell'autonomia professionale della professione sanitaria infermieristica e ostetrica⁹⁻¹⁶. In campo ostetrico la tempestività della diagnosi in situazioni di urgenza ed emergenza è strettamente connessa all'esito in situazioni di criticità assistenziale, è quindi auspicabile che venga effettuata da professionisti dedicati e capaci di definire un percorso clinico/assistenziale attraverso l'utilizzo delle modalità che l'evidenza scientifica mette a disposizione¹². Il rigore

metodologico su cui si fonda il processo di assegnazione del corretto codice di triage ostetrico rientra nell'organizzazione della quotidiana attività ostetrica ed è alla base della creazione di specifici ed adeguati percorsi assistenziali, definiti attraverso una sistematica e corretta classificazione, valutazione e rivalutazione del rischio della donna che accede in triage anche a ridosso del parto³. Secondo quanto riportato dalla letteratura e dalle evidenze, la funzione di triage deve essere svolta da un'ostetrica triagista che opera secondo metodologie, protocolli e valori condivisi per la raccolta e l'elaborazione dei dati, che permette di valutare rapidamente e con un certo grado di sicurezza, la condizione della donna e il benessere fetale, codificando la priorità di risposta al bisogno⁵.

3. Il percorso formativo dell'ostetrica triagista: indagine del fabbisogno formativo nel Presidio G. Salesi

3.1 Introduzione

Il presente elaborato di tesi è frutto della personale ricerca e riflessione su un'ampia bibliografia in materia di triage, nonché della raccolta di dati relativi ai flussi di accesso registrati e gestiti presso l'ambulatorio emergenze ed urgenze ostetriche del Presidio Salesi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, seguita successivamente da un'indagine del fabbisogno formativo condotta sul personale e finalizzata alla pianificazione di un percorso formativo specifico rivolto al personale ostetrico che sarà esclusivamente assegnato al servizio di triage, in previsione del futuro trasferimento del Presidio Salesi presso il Presidio di Torrette. In ambito ostetrico, la funzione di triage richiede un percorso formativo specifico per il suo svolgimento che consenta di acquisire o approfondire criteri e metodologie idonei alla valutazione, alla presa in carico e alla gestione della paziente ostetrica e ginecologica¹³.

L'insieme delle conoscenze teorico-pratiche e dell'agire professionale sono acquisite dall'ostetrica durante il percorso formativo universitario (Laurea triennale in Ostetricia o Diploma universitario) con l'obbligo deontologico e formativo di mantenerle aggiornate durante la vita professionale¹⁰. Queste conoscenze vengono ulteriormente sostenute dalla ricerca e sviluppate attraverso la formazione post-base: laurea magistrale, master e formazione continua che garantisce l'accreditamento professionale E.C.M. (Educazione Continua in Medicina)⁹⁻¹⁰.

Tuttavia, il ruolo dell'ostetrica assegnata al servizio di triage di triage richiede un ulteriore approfondimento formativo al quale si accede se in possesso dei seguenti requisiti¹²:

- Titolo di studio ed abilitazione alla professione di infermiere/ostetrica come definito dallo specifico profilo professionale DM n. 740/94¹⁴⁻¹⁶, dalla normativa (Legge n. 42 del 1999 e Legge n. 251 del 2000) e dagli ordinamenti universitari delle classi di laurea⁹⁻²⁰.
- Esperienza lavorativa di almeno sei mesi (in caso di neolaureato, successivi ai sei mesi del periodo di prova).

La formazione abilitante deve avvenire con la partecipazione ad uno specifico percorso formativo successivo alla formazione di base.

Il percorso formativo deve prevedere attività teoriche erogate attraverso la partecipazione a lezioni frontali in aula combinate a didattica interattiva e attiva, seguite da un periodo di training individuale con tutor esperto¹²⁻¹⁴ utili al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. Acquisire una metodologia scientifica di valutazione che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato sulla semeiotica.
2. Acquisire capacità relazionali atte alla gestione di situazioni critiche ed ansiogene considerando le dinamiche psicologiche che si sviluppano nel contesto di triage tra operatori, con l'utente e verso i familiari e/o accompagnatori.
3. Approfondire gli aspetti relativi all'autonomia ed alla responsabilità professionale con particolare attenzione alle problematiche legali derivanti dall'attività di triage.
4. Acquisire la metodologia per la progettazione e l'aggiornamento dei protocolli di valutazione in triage, in linea con le linee di indirizzo internazionali, nazionali e regionali.
5. Acquisire le metodologie per il miglioramento della qualità applicato ad un sistema di triage; possibili indicatori di efficacia, efficienza e performance.

Sulla base della normativa e degli standard formativi vigenti a livello nazionale¹⁹⁻²⁰, ogni azienda dovrebbe prevedere nel programma formativo degli operatori assegnati al servizio di triage una formazione articolata su 3 livelli:

- formazione residenziale vera e propria che deve avvenire attraverso la partecipazione ad uno specifico corso teorico di preparazione e lo svolgimento di un periodo di affiancamento con un tutor esperto, al cui termine verrà dichiarata o meno l'idoneità di attività al triage.
- formazione propedeutica finalizzata a garantire competenze sull'organizzazione del triage e sulla gestione delle principali situazioni cliniche critiche, essa può avvenire prima della formazione di base o entro 12 mesi dal suo completamento e deve prevedere almeno un corso accreditato sulle tecniche di supporto vitale di base, uno sulla gestione delle emergenze mediche ed uno sulla gestione delle emergenze chirurgiche traumatologiche.
- formazione permanente che consenta di mantenere un livello di aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali, organizzativi, relazionali attraverso adeguate attività formative, da svolgersi almeno una volta ogni due anni. La formazione

permanente potrà prevedere eventi formativi monotematici oppure specifici approfondimenti metodologici e sulla qualità in triage, incontri di approfondimento su casi clinici o la partecipazione ad attività di ricerca inerenti all'area di triage, partecipazione ad attività di studio e ricerca inerenti al triage o per la supervisione di strumenti operativi inerenti al triage.

Infine, per assicurare il mantenimento delle competenze deve essere previsto un percorso formativo specifico di ri-certificazione almeno ogni tre anni¹⁴.

3.2 Obiettivo

L'obiettivo del presente lavoro è quello di progettare un percorso formativo per il personale ostetrico assegnato alla SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Salesi, con il fine di ottimizzare le competenze e abilità tecnico operative del personale nell'ambito del servizio di triage in area ostetrico-ginecologica, fornendo conoscenze e risorse utili a gestire tale servizio come primo momento di accoglienza e valutazione delle pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso. Attraverso l'acquisizione di conoscenze e competenze specifiche in materia di triage di natura tecnica, professionale, organizzativa e comportamentale, il percorso formativo affronterà le problematiche relative al triage ostetrico-ginecologico fornendo conoscenze e strumenti utili per una corretta gestione di questa tipologia di pazienti, in base a criteri definiti e diffusamente accettati, che consentano di stabilire la priorità di intervento e secondo gli standard formativi previsti dal modello Globale Triage (GFT Triage).

Il risultato finale del progetto formativo verrà successivamente inserito all'interno di un contesto di progettazione di un percorso assistenziale più ampio che parte dall'accesso diretto della paziente al triage ostetrico, alla sua accoglienza da parte del personale dedicato, alla successiva presa in carico fino alla sua dimissione o al percorso di ricovero.

3.3 Materiali e metodi

La programmazione del percorso formativo dedicato all'ostetrica triagista ha interessato il secondo anno del percorso magistrale e trova la sua origine a partire da un'indagine condotta sul personale ostetrico ed infermieristico della SOD Clinica di Ostetricia e

Ginecologia del Presidio G. Salesi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche, attraverso l'utilizzo di un questionario appositamente strutturato ed elaborato.

Il questionario ha lo scopo sia di comprendere e valutare la percezione da parte del personale ostetrico e infermieristico in merito all'importanza e al ruolo della figura dell'ostetrica triagista, sia quello di indagare in merito all'esperienza, attuale e pregressa, del personale ostetrico in materia di triage.

L'analisi dei dati provenienti dalla successiva elaborazione dei questionari raccolti ha guidato la progettazione di un percorso formativo sostenuta e fondata sui criteri e gli standard previsti dal Gruppo Formazione Triage e dalla normativa nazionale¹⁵⁻²⁰.

Disegno dello studio, popolazione e setting di riferimento

Studio quantitativo: osservazionale – descrittivo, rivolto agli operatori sanitari ostetrici/e infermieri/e della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Salesi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche. Il personale infermieristico ed ostetrico coinvolto nell'indagine presta servizio nei diversi setting assistenziali della SOD Clinica Ostetrica e Ginecologica:

- degenza 1° piano (in cui si assistono pazienti con patologia ostetrica oltre la trentesima settimana gestazionale, gravidanze a termine e pazienti in puerperio);
- degenza 3° piano (in cui si assistono pazienti con patologia ostetrica del primo trimestre, patologia ostetrica entro la trentesima settimana, patologia ginecologica e oncologica, donne che richiedono interruzione volontaria di gravidanza e si supportano le attività dell'ambulatorio emergenze/urgenze ostetrico ginecologiche);
- ambulatori ostetrici e ginecologici (attività ambulatoriali di routine come cardiocografia per le gravidanze a termine, pap-test e tamponi cervico-vaginali, supporto al medico specialista nel servizio ecografico a pazienti ostetriche e ginecologiche e nell'esecuzione di diagnosi prenatale, biopsie e isteroscopie ambulatoriali);
- sala parto;
- casa di maternità (le cui attività preponderanti consistono nell'ambulatorio a basso rischio ostetrico e nell'ambulatorio di sostegno all'allattamento).

La somministrazione del questionario e l'analisi dei dati sono state svolte tra gennaio e marzo 2023.

Campionamento

L'esigua numerosità della popolazione cui si è rivolto il questionario è riconducibile ad un campionamento non probabilistico di convenienza finalizzato all'elaborazione di un progetto formativo realizzato ad hoc per il personale ostetrico della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Salesi. I professionisti sanitari non in servizio per aspettativa di lunga durata o maternità sono stati esclusi dall'indagine.

Strumenti per l'indagine

Questionario strutturato ed elaborato "ad hoc" e somministrato in forma anonima a tutto il personale, mediante un invito via mail contenente un link di accesso alla piattaforma informatica di Google Moduli. Tutte le informazioni ottenute dal questionario sono state trattate in maniera da garantire la privacy, nel rispetto della normativa vigente. Il questionario conteneva una parte informativa per descrivere l'obiettivo dell'indagine e raccogliere il consenso alla partecipazione. Il questionario è stato elaborato seguendo una griglia di domande definite in precedenza e suddiviso in due specifiche sezioni, con domande a risposta semichiusa, risposta chiusa e gradualizzate con utilizzo di scala Likert formulata su punteggi da 1 a 5 per esprimere un grado di totale disaccordo (1) fino a un grado di massima aderenza/accordo (5).

La somministrazione del questionario aveva lo scopo di valutare la percezione da parte del personale ostetrico e infermieristico dell'importanza della figura dell'ostetrica triagista e di indagare il fabbisogno formativo del personale ostetrico. I risultati del questionario hanno successivamente guidato la progettazione di un percorso formativo specifico per la figura dell'ostetrica nel ruolo di triagista. Nello specifico, si riporta la descrizione del contenuto delle due sezioni:

- Prima sezione: rivolta al personale infermieristico ed ostetrico, composta da un serie preliminare di domande volte ad identificare la professione sanitaria di appartenenza dei partecipanti, la formazione professionale di base, l'area lavorativa di appartenenza

all'interno della SOD, l'età anagrafica e gli anni di servizio lavorativi sia all'interno della SOD sia totali e da quattro domande (scala Likert) orientate a comprendere quale fosse la percezione del campione in merito al ruolo e all'importanza di una figura ostetrica dedicata esclusivamente al servizio di triage che si occupi della presa in carico della paziente, dal triage alla dimissione o ricovero in degenza, se tale figura possa determinare una riduzione dell'errore nell'assegnazione del codice di priorità di accesso alla paziente ostetrica e se di conseguenza possa migliorare la successiva presa in carico della paziente in degenza.

Obiettivo specifico della sezione: comprendere e valutare la percezione in merito alla figura dell'ostetrica triagista da parte del personale ostetrico-infermieristico e se tale presenza possa costituire un elemento di vantaggio nella successiva gestione e presa in carico della paziente ostetrica in degenza, in termini di carico assistenziale.

- Seconda sezione: rivolta esclusivamente al personale ostetrico. In questa sezione ci si è posto l'obiettivo di indagare in merito alla conoscenza e competenza individuale delle ostetriche circa l'attribuzione di un codice di triage corretto all'arrivo della paziente e nella gestione delle condizioni di emergenza ed urgenza, partendo dall'esperienza lavorativa attuale e pregressa. In modo particolare, nell'ultima domanda a risposta multipla contenuta nel questionario, rivolta esclusivamente a chi abbia già avuto esperienza come triagista, si è posta l'attenzione su quali siano state le principali difficoltà e ostacoli riscontrati nella gestione assistenziale della paziente in fase di triage come ad esempio la difficoltà sull'attribuzione/indecisione del codice di priorità da assegnare, la gestione della priorità assistenziale in caso di pazienti con lo stesso codice assegnato, la gestione della paziente in condizioni instabili in attesa dell'intervento medico e lasciando spazio per esprimere ulteriori criticità sulla base della propria esperienza.

Metodologia di analisi dei dati

I dati derivanti e raccolti dal questionario (allegato n° 1) sono stati elaborati mediante il database informatico EXCEL e utilizzati al fine della realizzazione e pianificazione del progetto formativo rivolto al personale ostetrico, il quale rientrava tra gli obiettivi specifici nel tirocinio del 2° anno. I dati raccolti sono stati poi analizzati, elaborati e

riportati in tabelle e rappresentati graficamente per facilitare la comprensione mediante il programma informatico Microsoft Excel supportato dal sistema operativo MacOS.

Le informazioni anagrafiche del campione sono state trattate e analizzate mediante l'utilizzo di statistica descrittiva, riportando le variabili continue con distribuzione normale come media e deviazione standard, le variabili continue con distribuzione non normale come mediana e range interquartile e le variabili nominali/dicotomiche come numero e percentuale. La distribuzione normale delle variabili continue è stata valutata con il test di Shapiro-Wilk. Il confronto tra variabili è stato eseguito con il t-test, l'one-way ANOVA, il Mann-Whitney test o il chi-quadro test, come appropriato rispettivamente per le variabili continue con distribuzione normale, per le variabili continue con distribuzione non normale e per le variabili nominali/dicotomiche. Lo studio della correlazione tra variabili continue è stato eseguito con l'analisi del coefficiente di correlazione r. Una regressione lineare multipla è stata eseguita per verificare l'associazione di più variabili con le variabili dipendenti continue (SCORE1 e SCORE2). Un valore di $p < 0.05$ è stato considerato come statisticamente significativo. Il software utilizzato per l'analisi statistica è stato MedCalc (Versione 19.6.3).

3.4 Risultati e discussione

Il campione rispondente all'indagine risulta composto da un totale di 60 professionisti, tutti di sesso femminile, di cui 44 sono ostetriche e 16 sono infermiere, su un totale di 68 destinatari del questionario (tasso di risposta dell'88.2%), prestanti servizio nella SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia del Presidio G. Salesi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche. Il numero di professionisti che non ha risposto al questionario è pari a 8. Nei successivi paragrafi i dati del campione sono organizzati per argomento e presentati in forma integrata nelle tabelle e nei relativi grafici illustrati e accompagnati dalla relativa descrizione.

Professione di appartenenza	n°	%
Ostetriche	44	73%
Infermiere	16	27%
TOT.	60	100%

Età	Media	MIN - MAX	DS
Ostetriche	38,94	25-60	9,16
Infermiere	37,59	25-60	9,14
TOT.	37,31	25-60	9,09

Tabella 1-2: distribuzione professione di appartenenza (n° e %) e età del campione (Media, Min-Max e DS).

L'età del campione ostetrico-infermieristico rispondente e coinvolto nell'indagine è compresa tra i 25 ed i 60 anni, con un'età media generale di 37,3 anni e una deviazione standard di 9,09. In particolare, per il personale ostetrico la media dell'età è di 38,94 anni con una deviazione standard di 9,16 e per il personale infermieristico di 37,59 con una deviazione standard di 9,14.

Area lavorativa di appartenenza

	Degenza I piano	Degenza III piano	Sala Parto	Ambulatori/ Casa Maternità
	N - %	N - %	N - %	N - %
Ostetriche	13 (21%)	9 (15%)	17 (28,3%)	5 (8,3%)
Infermiere	6 (10%)	9 (15%)		1 (1,7%)
TOT.	19 (31,7%)	18 (30%)	17 (28,3%)	6 (10%)

Tabella 3: distribuzione del campione secondo area lavorativa di appartenenza (n° e %).

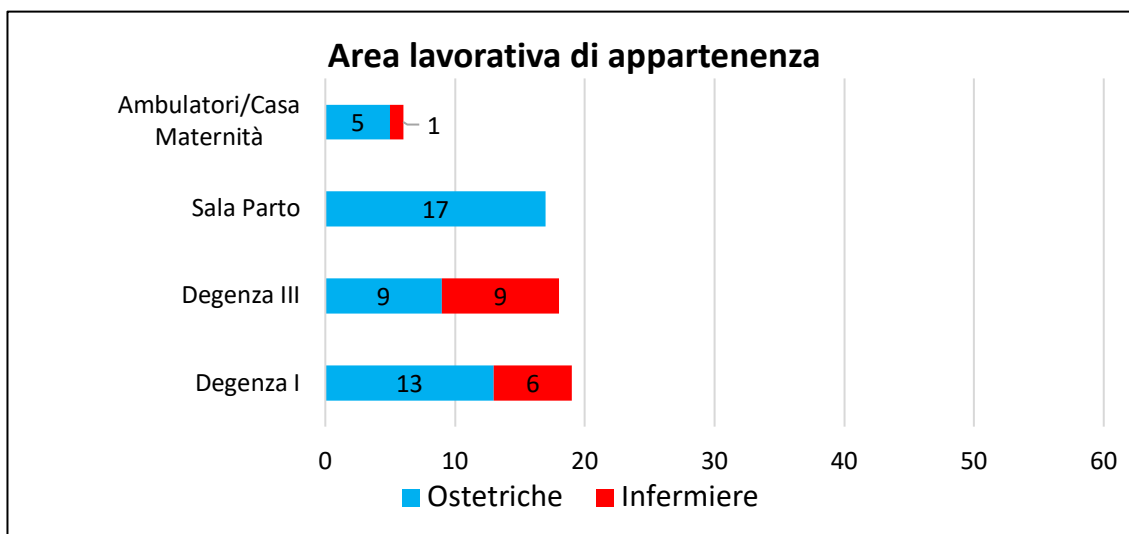


Grafico 1: distribuzione del campione secondo area lavorativa di appartenenza (n°).

Come si osserva sia dalla tabella 3 che dal grafico sovrastante, il personale ostetrico-infermieristico rispondente all'indagine proviene per la maggior parte dalla degenza del I piano (31,7%); infatti, sono 19 le unità rispondenti al questionario di cui 13 ostetriche e 6 infermiere su un totale di 20 unità assegnate alla degenza Clinica di ostetricia e ginecologia del I piano. Il 30% dei risultati del campione proviene dalle unità infermieristiche ed ostetriche della degenza della Clinica di Ostetricia e Ginecologia del III piano, in particolare hanno risposto al questionario 9 ostetriche e 9 infermiere, per un totale di 18 unità. Osservando la distribuzione dei risultati, il 28,3% del campione è rappresentato dalle ostetriche provenienti dalla Sala Parto: le unità che hanno risposto al questionario sono 17 su un totale di 22 come previsto nella pianta organica.

Infine, 5 ostetriche e 1 infermiera, corrispondenti al 6% del campione, che hanno risposto all'indagine prestano servizio negli ambulatori ostetrico-ginecologici e delle 5 ostetriche menzionate sopra, 1 presta servizio all'interno della casa maternità.

Formazione di base ricevuta

Scuole per le professioni sanitarie ante LEX 341/90 "Riforma degli	Diploma universitario (DU) vecchio ordinamento riforma	Diploma di Laurea Triennale (LASNT1)

	ordinamenti didattici"	universitaria contenuta nel DM 509/1999	
Ostetriche	4 (6,7%)	4 (6,7%)	36 (60%)
Infermiere	2 (3,3%)	1 (1,6%)	13 (21,7%)
TOT.	6 (10%)	5 (8,3%)	49 (81,7%)

Tabella 4: distribuzione del campione secondo la formazione di base ricevuta (n° e %).

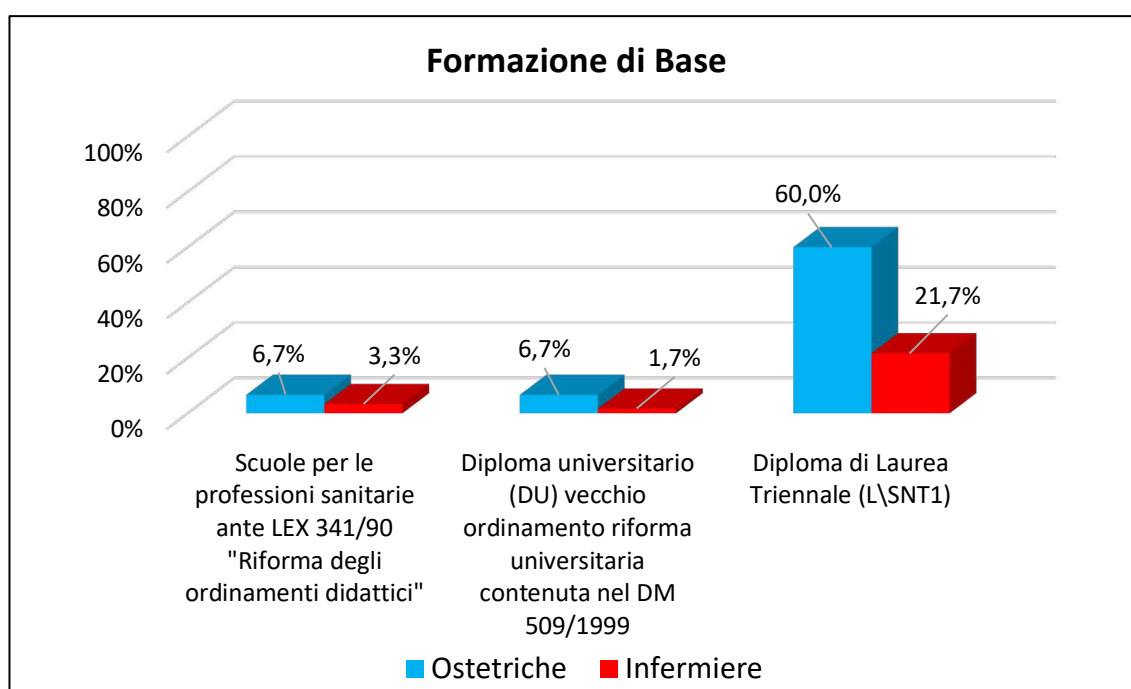


Grafico 2: distribuzione del campione secondo la formazione di base ricevuta (%).

Osservando la tabella 4 ed il grafico 2 sopra riportati è possibile evincere che la netta maggioranza del personale ostetrico (60%) e del personale infermieristico (21,7%) dichiara di aver ricevuto una formazione di base dopo un percorso universitario di Laurea triennale della classe L\SNT1. La minoranza del campione dichiara di aver ricevuto una formazione dalle Scuole per le professioni sanitarie ante Legge n. 341/90 "Riforma degli ordinamenti didattici" (10%) e aver conseguito il Diploma universitario (DU) vecchio ordinamento con riforma universitaria contenuta nel DM 509/1999, questo interessa rispettivamente il 10% e l'8,3% del personale infermieristico-ostetrico.

Il possesso di un Diploma di Laurea triennale che interessa la maggior parte del personale ostetrico e infermieristico è del in linea con il fatto che la media dell'età del campione è

di 37,31 anni; si può dunque affermare che si tratta sostanzialmente di personale caratterizzato da una giovane età.

Esperienza lavorativa attuale e pregressa

ANNI LAVORATI IN QUESTA SOD	Mediana	MIN-MAX	IQR	DS
Ostetriche	4,5	0,5 - 33	2,9 - 20	9,19
Infermiere	7,5	0,5 - 30	2,9 - 20	9,62
TOT.	4,5	0,5 (6 MESI) - 33	1,9 - 15	9,22

Tabella 5: distribuzione degli anni lavorativi in questa SOD del campione. (Mediana, Min-Max, IQR e DS).

ANNI LAVORATI TOTALI	Mediana	MIN-MAX	IQR	DS
Ostetriche	14	0,5 - 33	7 - 19	9,48
Infermiere	12,5	4 - 37	7 - 19	9,48
TOT.	12	0,5 - 37	5 - 16	9,4

Tabella 6: distribuzione degli anni lavorativi totali del campione. (Mediana, Min-Max, IQR e DS).

I dati riportati in tabella 5 e tabella 6, descrivono la distribuzione degli anni lavorativi del personale ostetrico e infermieristico che compone il campione distribuiti secondo mediana, minimo-massimo, intervallo interquartile e deviazione standard, facendo sia riferimento all'esperienza lavorativa nella SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia sia all'esperienza lavorativa totale. La mediana è un indice di posizione che bipartisce la distribuzione in due parti uguali, lasciando il 50% delle osservazioni prima e il 50% dopo, ed è pari a 4,5 anni per l'esperienza lavorativa nella SOD di riferimento, osservando valori che oscillano da un minimo di 6 mesi a un massimo di 33 anni. Spostando

l'attenzione all'esperienza lavorativa totale, che comprende anche gli anni lavorativi in altre sedi, si evince che il valore della mediana si alza a 12 anni e questo dato appare del tutto equiparabile sia per quanto riguarda i dati provenienti dal personale ostetrico che dal personale infermieristico. Per l'esperienza lavorativa totale del personale, l'intervallo tra il minimo e il massimo di anni lavorativi si amplia fino a 37 anni e riguarda l'esperienza lavorativa che interessa le infermiere del campione.

3.4.1 Prima sezione del questionario

Dopo l'analisi dei risultati provenienti dalle risposte della prima sezione del questionario, essi sono stati riportati sotto forma di tabelle e in forma grafica. Le tabelle sono organizzate in righe che differenziano la professione sanitaria di appartenenza del campione e le colonne che riportano la numerosità di unità ostetriche e di unità infermieristiche che si raccoglie su un determinato punteggio assegnato alla scala Likert, secondo quando risposto al questionario. Nelle tabelle i dati sono riportati sia utilizzando la forma numerica standard (n°) sia in percentuale (%), mentre nelle rappresentazioni grafiche con istogrammi le etichette riportano i valori in forma numerica.

DOMANDA 1, sezione 1: “Quanto pensi che sia importante la presenza di un'ostetrica dedicata in modo esclusivo al servizio di Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico (dal triage alla dimissione/ricovero in degenza)?”

	SCALA LIKERT				
	1	2	3	4	5
	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
Ostetriche	0 (0%)	0 (0%)	3 (5%)	5 (8%)	36 (60%)
Infermiere	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	4 (7%)	11 (18%)
Totale	0 (0%)	0 (0%)	4 (7%)	9 (15%)	47 (78%)

Tabella 7: distribuzione delle risposte del campione (n° e %) suddivise per ostetriche e infermiere secondo la scala Likert, domanda 1, I sezione.

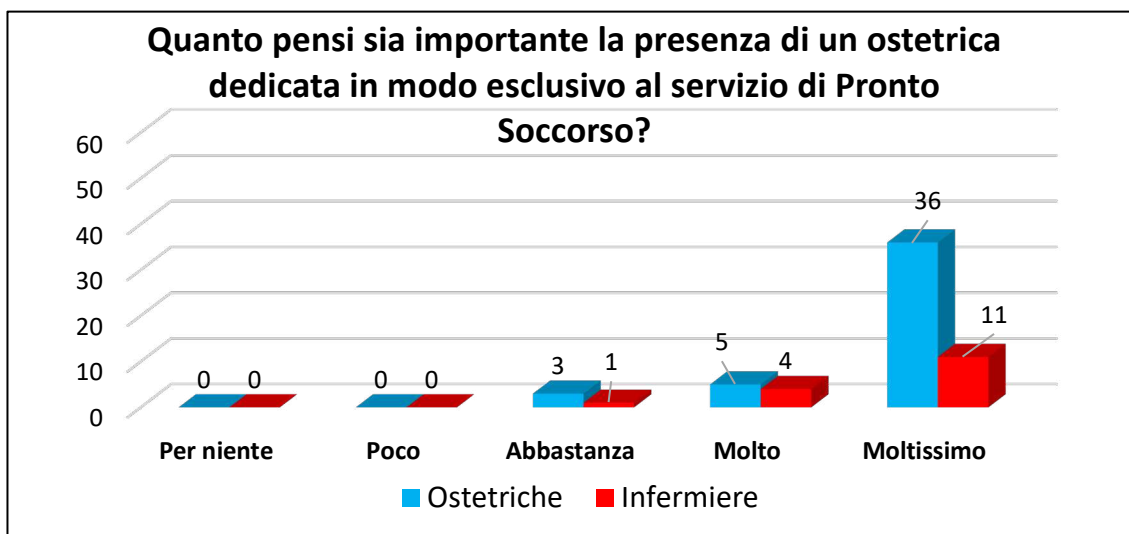


Grafico 3: distribuzione numerica (n°) delle risposte del campione secondo la scala Likert differenziato per ostetriche e infermiere, domanda 1, I sezione.

Dai risultati sopra riportati, presentati sia in tabella 7 che in forma grafica mediante l'utilizzo di istogramma (grafico 3), emerge una netta prevalenza sia del personale ostetrico che del personale infermieristico verso un'attitudine favorevole e positiva in merito all'importanza della figura ostetrica dedicata al triage. Il 78% del campione, corrispondente a 47 unità totali, di cui 11 infermiere e 36 ostetriche che operano nella SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia, esprime una decisa convinzione (punteggio 5 scala Likert) verso l'importanza che riveste un'ostetrica dedicata al servizio di triage che si occupi in maniera esclusiva di un percorso di accesso diretto della paziente: della presa in carico, della sua accoglienza e del percorso assistenziale che la indirizzerà verso la dimissione o il ricovero in degenza. Sono 9 le unità del campione, ovvero 5 ostetriche e 4 infermiere, pari al 15% del totale, che reputano molto importante la presenza di un'ostetrica dedicata al triage (punteggio 4 scala Likert), mentre una netta minoranza del campione, solo il 7%, dichiara che l'ostetrica triagista rivesta un ruolo di neutrale importanza, non esprimendo di fatto un'opinione estremamente favorevole, né di disaccordo a riguardo (punteggio 3 scala Likert).

DOMANDA 2, sezione 1: “Ritiene che la figura dell’ostetrica triagista debba ricevere uno specifico percorso formativo?”

	SCALA LIKERT				
	1	2	3	4	5
	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
Ostetriche	0 (0%)	4 (7%)	10 (17%)	13 (22%)	17 (28%)
Infermiere	0 (0%)	0 (0%)	5 (8%)	6 (10%)	5 (8%)
Totale	0 (0%)	4 (7%)	15 (25%)	19 (32%)	22 (36%)

Tabella 8: distribuzione delle risposte del campione (n° e %) suddivise per ostetriche e infermiere secondo la scala Likert, domanda 2, I sezione.

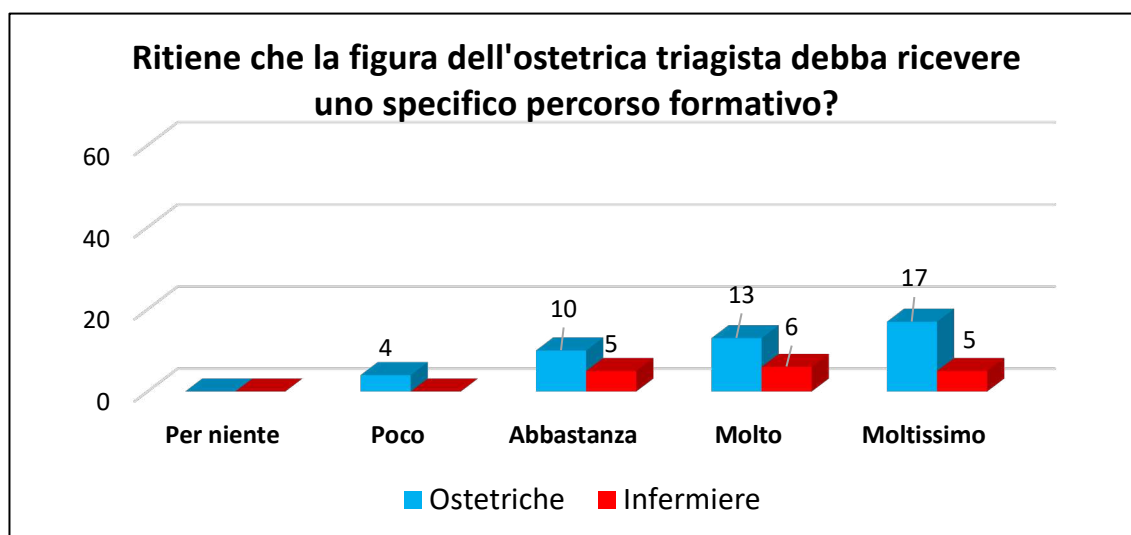


Grafico 4: distribuzione numerica (n°) delle risposte del campione secondo la scala Likert differenziato per ostetriche e infermiere, domanda 2, I sezione.

Su questa domanda, contrariamente alla precedente, il campione si distribuisce in maniera più uniforme sui valori della scala Likert uguali o superiori a 3, soprattutto per il personale infermieristico che lo compone. Osservando i risultati riportati graficamente nel grafico 4 e differenziati numericamente per professione di appartenenza, le infermiere che esprimono un punteggio uguale o superiore a 3 sono complessivamente 14; di cui 5, 6 e 5 rispettivamente per i punteggi 3, 4 e 5 della scala Likert, esprimendo quindi uniformemente da un grado di modesto accordo a un grado di totale accordo sulla

necessità che la figura ostetrica triagista necessiti di uno specifico percorso formativo per essere in grado di gestire correttamente tale servizio. Spostando l'attenzione sul personale ostetrico, si osserva come le risposte si distribuiscono in maniera ascendente verso un punteggio di completo accordo e propensione sul fatto che sia necessario formare il personale assegnato al servizio di triage. La maggioranza del campione ostetrico (28%), pari a 17 ostetriche, si schiera su una posizione di totale accordo (punteggio 5 scala Likert), seguito dal 22% ovvero 13 ostetriche che sostengono come un percorso formativo sia molto importante (punteggio 4 della scala Likert) e dal 17% (10 ostetriche) che occupa una posizione neutra rispetto alla necessità di un percorso formativo specifico. Solo una minoranza del campione (7%), rappresentato esclusivamente dal personale ostetrico (4 ostetriche), dichiara che un percorso formativo ad hoc per il triage ostetrico sia poco rilevante oltre alla formazione di base ricevuta.

Analogamente alla domanda precedente, la maggioranza del campione concorda in maniera visibilmente uniforme sul fatto che la figura ostetrica per sapere gestire e presidiare il servizio di triage necessiti assolutamente di un percorso formativo specifico al fine di poter garantire l'acquisizione di un bagaglio di conoscenze e competenze specifiche in materia.

DOMANDA 3, sezione 1: “Secondo lei, la presenza della figura ostetrica assegnata al servizio di Pronto Soccorso ridurrebbe l'errore nell'assegnazione del codice di priorità di accesso alla paziente ostetrica?”

	SCALA LIKERT				
	1	2	3	4	5
	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
Ostetriche	0 (0%)	0 (0%)	4 (7%)	18 (30%)	22 (37%)
Infermiere	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	7 (11%)	8 (13%)
Totale	0 (0%)	0 (0%)	5 (9%)	25 (41%)	30 (50%)

Tabella 9: distribuzione delle risposte del campione (n° e %) suddivise per ostetriche e infermiere secondo la scala Likert, domanda 3, I sezione.

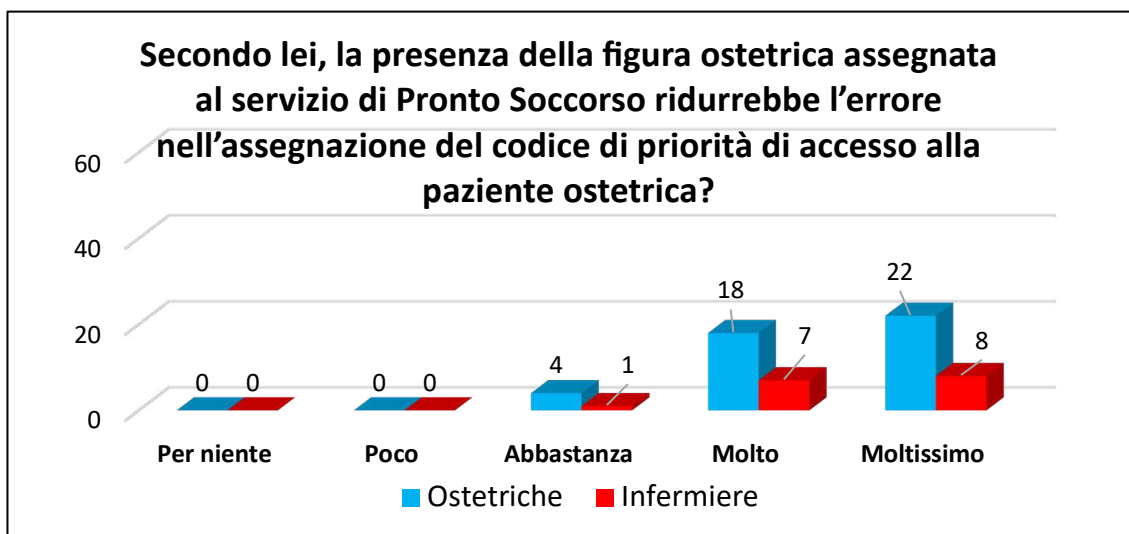


Grafico 5: distribuzione numerica (n°) delle risposte del campione secondo la scala Likert differenziato per ostetriche e infermiere, domanda 3, I sezione.

Esaminando i dati riportati nella tabella 9 in forma numerica ed espressi in forma grafica nel grafico 5, si evince che l'esatta metà del campione (30 unità) considerando sia la componente ostetrica (22) che infermieristica (8) esprima un parere di totale accordo (punteggio 5 scala Likert) sul fatto che la presenza di un'ostetrica dedicata al servizio di triage possa ridurre significativamente errori correlati all'attribuzione del codice di priorità di accesso della paziente ostetrica.

Il 50% del campione si schiera sul punteggio 5 della scala Likert, sostenendo, con estrema convinzione, che una figura ostetrica, formata ed in possesso di adeguate conoscenze e competenze in materia sia maggiormente in grado nel sapere riconoscere e assegnare correttamente il codice di priorità di accesso alla successiva valutazione ostetrica e medica. Infatti, alla corretta assegnazione del codice di priorità della paziente ostetrica è connessa la tempistica relativa alla presa in carico della paziente, l'esecuzione tempestiva di esami di laboratorio, strumentali, ecografici eventualmente necessari e la successiva gestione del percorso assistenziale. Una buona parte del campione, rappresentato dal 41%, esprime un parere positivo in merito alla convinzione che l'ostetrica triagista svolga un ruolo fondamentale nel ridurre eventuali errori nell'assegnazione del codice di priorità da assegnare alla paziente ostetrica (punteggio 4 della Scala Likert).

Infine, una netta minoranza del campione (9%) si posiziona esattamente su una posizione neutrale a riguardo che esprime probabilmente un modesto grado di incertezza se

effettivamente la presenza di un'ostetrica dedicata al servizio di triage possa ridurre errori nell'assegnazione del codice di priorità. Tuttavia, buona parte del campione resta convinto che una corretta attribuzione del codice di priorità alla paziente ostetrica sia di fondamentale importanza per definire l'appropriatezza dell'assistenza e che si possa riflettere direttamente sulla tempistica relativa alla successiva gestione del percorso assistenziale fino all'eventuale ricovero.

DOMANDA 4, sezione 1: “Secondo lei, la presenza di un'ostetrica assegnata e dedicata al servizio di Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico migliorerebbe la successiva presa in carico della paziente in degenza?”

	SCALA LIKERT				
	1	2	3	4	5
	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
Ostetriche	0 (0%)	1 (2%)	2 (3%)	17 (28%)	24 (40%)
Infermiere	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	7 (12%)	8 (13%)
Totale	0 (0%)	1 (2%)	3 (5%)	24 (40%)	32 (53%)

Tabella 10: distribuzione delle risposte del campione (n° e %) suddivise per ostetriche e infermiere secondo la scala Likert, domanda 4, I sezione.

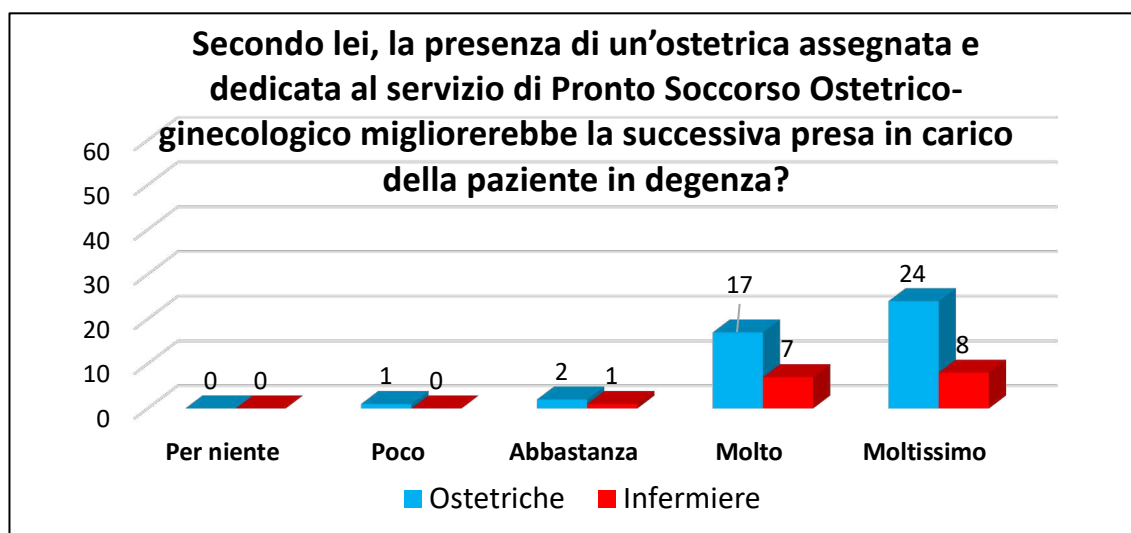


Grafico 6: distribuzione numerica (n°) delle risposte del campione secondo la scala Likert differenziato per ostetriche e infermiere, domanda 4, I sezione.

La quarta domanda del questionario ha avuto lo scopo di indagare se, secondo il personale ostetrico e infermieristico della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia, la presenza di una figura ostetrica dedicata al servizio di triage potrebbe migliorare la successiva presa in carico della paziente in caso di ricovero in degenza, riducendo di conseguenza il carico lavorativo assistenziale del personale che presta servizio in reparto. Tale aspetto non si riferisce esclusivamente ad un'assistenza focalizzata sul triage bensì ad una presa in carico globale della paziente da parte della figura ostetrica dedicata al Pronto Soccorso; un vero e proprio percorso assistenziale a 360° dedicato alla paziente ostetrica che accede in triage: dalla presa in carico, alla valutazione iniziale, eseguendo gli esami clinici e strumentali ove necessario, compilando la documentazione infermieristico-ostetrica di propria competenza fino ad accompagnarla, in caso di ricovero, in degenza.

Esaminando i risultati, riportati nella tabella 10 e nel grafico 6, si evince che il 53% del campione, corrispondente a 32 unità totali, di cui 8 infermiere e 24 ostetriche che operano nella SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia, esprime una decisa convinzione (punteggio 5 scala Likert) verso l'effettiva differenza che la presenza dell'ostetrica triagista potrebbe determinare, rappresentando una fonte di vantaggio nella successiva presa in carico della paziente in caso di ricovero in degenza, riducendo di conseguenza il carico lavorativo del personale che presta servizio in reparto e in sala parto.

D'altronde la corretta valutazione e gestione della paziente in triage, unitamente all'utilizzo di un adeguato canale comunicativo tra il personale, hanno ripercussioni positive sulla gestione organizzativa del reparto di degenza, anche in funzione del riconoscimento delle priorità assistenziali. Appena sotto la maggioranza, emerge l'opinione del 40% del campione: sono 24 le unità, 17 ostetriche e 7 infermiere, che si dichiarano molto d'accordo sul fatto che la presenza di un'ostetrica dedicata al triage (punteggio 4 scala Likert) potrebbe migliorare la successiva gestione della paziente in termini assistenziali in caso di ricovero, in degenza ostetrica. Infine, la minoranza del campione, pari rispettivamente al 5% (punteggio 3 scala Likert) e al 2% (punteggio 2 scala Likert), resta del parere che l'ostetrica triagista non sia determinante nell'apportare effettivi miglioramenti, schierandosi così su una posizione neutrale o in lieve disaccordo a riguardo.

PROPENSIONE ALLA PERCEZIONE DEL RUOLO DELL'OSTETRICA TRIAGISTA			
CLASSI SCORE	BASSA	MEDIA	ALTA
SCORE 1	4→9	9→14	15→20

Tabella 11: classi SCORE 1.

	MEDIA	DS	MIN	MAX
SCORE 1	17,6	1,8	13	20

Tabella 12: SCORE 1 (media, DS, min – max).

	BASSA	MEDIA	ALTA
SCORE 1	0 (0%)	3 (5%)	57 (95%)
SCORE 2	0 (0%)	16 (36%)	28 (64%)

Tabella 13: distribuzione n° e % della numerosità delle classi (bassa, media, alta) SCORE 1 e SCORE 2.

SCORE 1 rappresenta la somma complessiva dei singoli punteggi espressi da ogni professionista alle 4 domande della prima sezione del questionario poste con la scala Likert; tale punteggio complessivo è stato calcolato per ogni individuo del campione e rappresenta la propensione e l'attitudine di ogni singola ostetrica o infermiera nel riconoscere l'importanza del ruolo della figura ostetrica triagista e della sua specifica formazione. Il valore dello SCORE 1, calcolato per ogni individuo, è stato analizzato grazie alla statistica descrittiva secondo Media, DS, min e max della distribuzione e oscilla da un minimo di 4 a un massimo di 20 (tabella 11).

SCORE 2 rappresenta la somma complessiva dei punteggi delle singole domande gradualizzate dalla scala Likert della sezione 2, riservata al solo personale ostetrico ed esprime la competenza in materia di triage ostetrico, i cui risultati verranno discussi nel sotto capitolo successivo.

Entrambi gli SCORE, essendo variabili quantitative continue sono stati resi variabili ordinali mediante la suddivisione in classi (bassa, media, alta).

La tabella soprariportata (tabella 13) organizza nelle righe e nelle colonne la numerosità campionaria di individui che si raccoglie su ogni classe per i due score, sia in forma numerica che in forma percentuale.

La principale considerazione derivante da tale categorizzazione mostra che il 95% del personale ostetrico-infermieristico si schiera su una fascia ALTA per lo SCORE 1; ciò rivela la decisa propensione volta al riconoscimento del ruolo e dell'importanza di una figura ostetrica formata e dedicata al triage, percepita come una risorsa di vantaggio e miglioramento nel setting organizzativo e assistenziale della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia.

Fattore	SCORE 1	<i>p-value</i>
Professione:		
INFERMIERA	17,5 ± 1,9	0,868
OSTETRICA	17,6 ± 1,8	
Titolo di studio:		
Laurea triennale	17,7 ± 1,7	0,013
Diploma DU	17,8 ± 0,8	
Scuola professionalizzante	15,5 ± 2,4	
Area lavorativa:		
Degenza I piano	17,7 ± 1,8	0,108
Degenza III piano	17,9 ± 1,6	
Ambulatorio-Casa Maternità	15,8 ± 2,5	
Sala Parto	17,7 ± 1,7	

Tabella 14: ANOVA one-way, SCORE 1.

Attraverso il tipo di analisi statistica ANOVA one-way (tabella 14) si è analizzato come le differenti variabili qualitative indipendenti professione di appartenenza, titolo di studio e area lavorativa, possano influenzare in maniera più o meno significativa il punteggio numerico indicato come SCORE 1.

Professione sanitaria di appartenenza

Dai risultati riportati in tabella, lo SCORE 1 non è influenzato dal tipo di professione sanitaria di appartenenza ostetrica o infermiera, il p-value non risulta statisticamente significativo (p-value=0,868). Quindi il tipo di professione del campione non influenza in maniera statisticamente significativa il punteggio complessivo.

Titolo di studio

Osservando i dati, ponendo attenzione al p-value=0,013 riportato in tabella, emerge una differenza statisticamente significativa dello SCORE 1 in relazione alla formazione di base ricevuta dalle ostetriche e infermiere rispondenti al questionario. I professionisti in possesso della Laurea Triennale presentano un punteggio SCORE 1 complessivamente più alto e questo rivela una maggior attitudine nel riconoscere e percepire l'importanza rivestita dal ruolo di una figura ostetrica dedicata al triage. Non c'è differenza statistica nello SCORE 1 tra Laurea triennale e Diploma Universitario e tra Diploma Universitario del vecchio ordinamento e Scuola Professionalizzante. Il punteggio complessivo (SCORE 1) della Laurea triennale è significativamente diverso dalla scuola professionale.

Area lavorativa di appartenenza

Lo SCORE 1 non è influenzato dall'area lavorativa di appartenenza delle ostetriche e infermiere coinvolte nel campione. Il p-value=0,108 non raggiunge il livello di significatività e questo dimostra che non c'è differenza significativa rispetto alle diverse aree lavorative da cui proviene il campione.

Coefficiente di correlazione (r)

Con l'analisi del Coefficiente di correlazione, si è analizzato come le differenti variabili continue (variabile X - indipendente) età, esperienza lavorativa all'interno della SOD ed esperienza lavorativa totale riportate in anni, possano influenzare lo SCORE 1 (variabile

Y - dipendente), quindi la percezione riguardo il ruolo e l'importanza dell'ostetrica triagista.

	r	p-value
Età (anni)	- 0,29	0,0237
Esperienza lavorativa in questa SOD	- 0,38	0,003
Esperienza lavorativa totale	- 0,32	0,013

Tabella 15: analisi del coefficiente di correlazione (r).

Dai dati riportati in tabella (15), per la variabile età che presenta un coefficiente (r)= - 0,29 e un p-value=0,0237 emerge che all'aumentare dell'età anagrafica diminuisce lo SCORE 1, quindi all'aumentare dell'anzianità sembrerebbe ridursi la percezione circa l'importanza e il ruolo della figura ostetrica dedicata al triage.

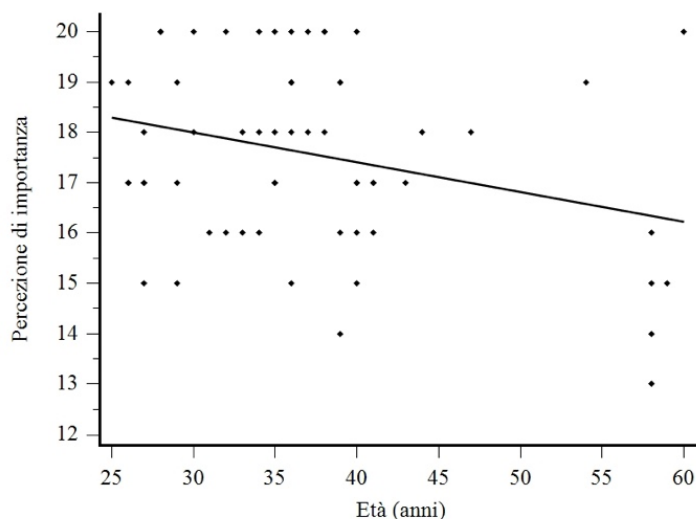


Grafico 7: analisi del coefficiente di correlazione per la variabile età (indipendente).

Per la variabile Esperienza lavorativa in questa SOD espressa in anni, che presenta un coefficiente (r)= - 0,38 e un p-value=0,003 emerge che all'aumentare degli anni di servizio nella SOD e quindi dell'esperienza lavorativa si riduce lo SCORE 1. Una considerazione del tutto paragonabile interessa l'esperienza lavorativa totale del personale ostetrico-infermieristico, con (r) = - 0,32 e p-value=0,013, che conferma che all'aumentare dell'esperienza lavorativa quindi degli anni di servizio, sembrerebbe ridursi la percezione dell'importanza della figura ostetrica triagista.

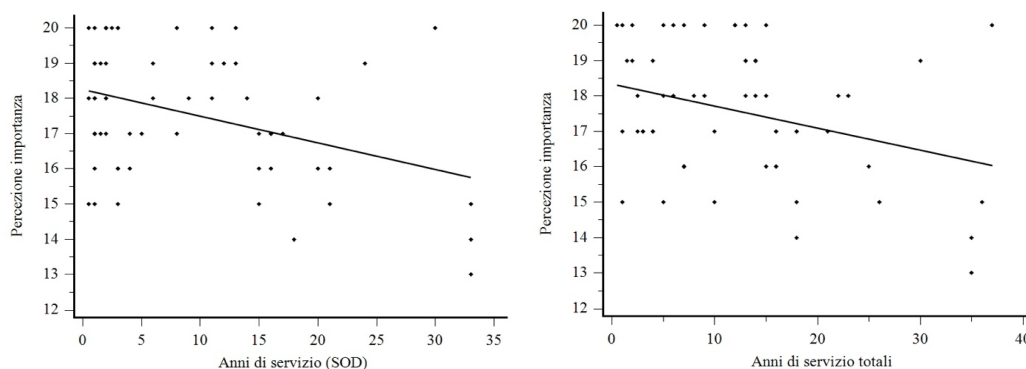


Grafico 8 e Grafico 9: analisi del coefficiente di correlazione per le variabili: anni di servizio nella SOD e anni di servizio totali (espresse in anni).

L'analisi della Regressione lineare multipla è stata utilizzata per studiare e confrontare le variabili indipendenti che sono risultate significativamente associate allo SCORE 1 (percezione della figura ostetrica triagista) al fine di evidenziare se alcune delle variabili indipendenti considerate (età, anni di servizio nella SOD, anni di servizio totali, titolo di Studio) possano essere associate in maniera indipendente allo SCORE1 e per quantificarne l'eventuale associazione.

Risultati:

La variabile indipendente (anni di servizio nella SOD) è risultata essere associata in maniera significativa e indipendente allo SCORE1 ($r = -0,38$, $p\text{-value} = 0,0029$). In altre parole, all'aumentare degli anni di servizio si riduce la variabile dipendente (SCORE 1).

3.4.2 Seconda sezione del questionario

La seconda sezione del questionario si rivolge esclusivamente alle ostetriche con lo scopo di comprendere, alla luce delle proprie conoscenze, competenze e dell'esperienza lavorativa personale, quanto esse si reputino in grado di attribuire correttamente un codice di triage all'arrivo della paziente ostetrica e se sappiano gestire con autonomia, sicurezza e responsabilità, in nome delle proprie conoscenze e competenze professionali, l'accesso e il percorso assistenziale di triage. Tali quesiti sono stati posti utilizzando la scala Likert, resa con punteggio da 1 (Per nulla) a 5 (Decisamente sì). Successivamente al personale ostetrico è stato chiesto se nella personale esperienza lavorativa sia attuale, sia pregressa, i partecipanti abbiano mai prestato servizio come ostetriche triagiste, differenziando se si

trattasse di un servizio esclusivo che prevedesse la presenza di un'ostetrica dedicata ad esso oppure di un servizio accessorio dove la presenza di un'ostetrica fosse occasionalmente richiesta sulla base delle necessità della paziente (esecuzione di esami clinici, strumentali, ecografia office, cardiocografia) e che quindi la figura ostetrica lavorando in degenza, o in sala parto, fosse richiesta solo se necessario. Nell'ultima domanda a risposta multipla contenuta nel questionario, rivolta esclusivamente alle ostetriche che hanno dichiarato di aver già avuto esperienza con il servizio di Pronto Soccorso, sono state analizzate le principali difficoltà e/o ostacoli dichiarati nella gestione assistenziale della paziente in fase di triage come ad esempio la difficoltà sull'attribuzione/indecisione del codice di priorità da assegnare, la gestione della priorità assistenziale in caso di pazienti con lo stesso codice assegnato, la gestione della paziente in condizioni instabili in attesa dell'intervento medico e lasciando spazio per esprimere ulteriori criticità.

I dati provenienti sono stati elaborati e riportati in tabelle sia in forma numerica che percentuale e resi graficamente mediante istogrammi riportati in seguito.

Le tabelle sono organizzate in righe che riportano i punteggi della scala Likert da 1 a 5 e in colonne che riportano la numerosità di unità ostetriche che si raccoglie su un determinato punteggio assegnato alla scala Likert secondo quando risposto nel questionario, utilizzando sia la forma numerica standard (n°) sia in percentuale (%).

DOMANDA 1, sezione 2: “Alla luce della sua esperienza lavorativa, ritiene di essere in possesso di adeguate conoscenze e competenze per attribuire correttamente un codice di triage all'ingresso della paziente?”

		n°	%
1	Per nulla (1)	0	0%
2	Poco	3	7%
3	Abbastanza	22	50%
4	Molto	16	36%
5	Decisamente si (5)	3	7%

Tabella 16: distribuzione (n° e %) dei punteggi scala Likert delle risposte del personale ostetrico, domanda 1, II sezione.

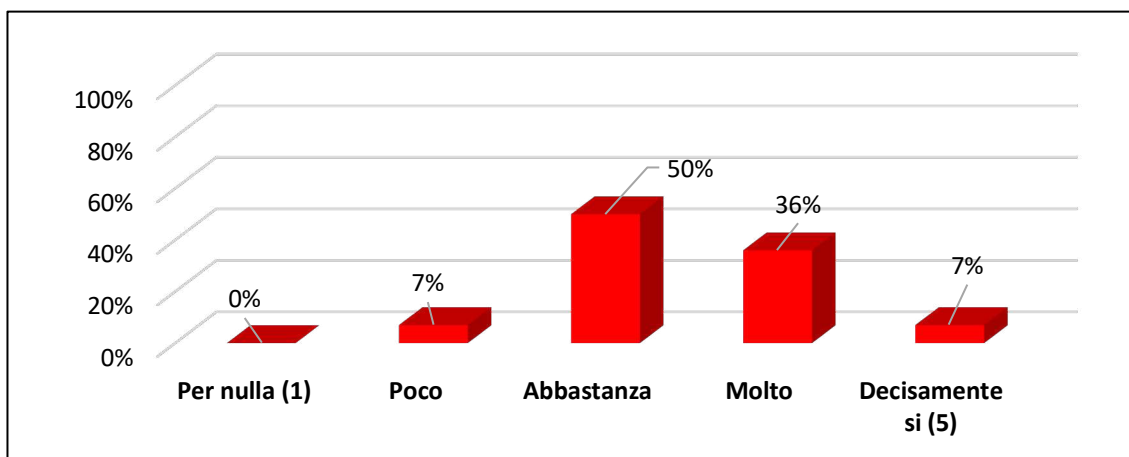


Grafico 10: distribuzione (%) delle risposte del campione ostetrico secondo la scala Likert, domanda 1, II sezione.

Ponendo attenzione ai dati riportati in tabella 16 e nell'istogramma di riferimento (grafico 10), si evince che la metà della componente ostetrica che ha risposto al questionario (22 ostetriche) dichiara di possedere mediocri conoscenze e competenze nell'attribuire correttamente un codice di triage alla paziente ostetrica che ne consenta un'adeguata presa in carico e successiva assistenza (punteggio 3 scala Likert). Sono 16 le ostetriche, pari al 36% del totale, che rivelano di possedere delle buone competenze, ovvero di sentirsi abili nella corretta classificazione della priorità di accesso delle pazienti che accedono al Pronto Soccorso (punteggio 4 scala Likert). Infine, il restante 14% del campione ostetrico si schiera in maniera equivalente sul punteggio 2 (7%) e sul punteggio 5 (7%) della scala Likert, dividendosi così tra le ostetriche che dichiarano di possedere delle scarse competenze in materia e le ostetriche che si reputano "decisamente" in grado di poter gestire un'adeguata presa in carico della paziente ostetrica grazie al possesso di adeguate competenze per l'accoglienza in triage.

DOMANDA 2, sezione 2: "Alla luce della sua esperienza lavorativa, ritiene di essere in possesso di adeguate conoscenze e competenze per gestire correttamente l'assistenza della paziente che è in carico al Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico?"

		n°	%
1	Per nulla (1)	0	0%
2	Poco	3	7%
3	Abbastanza	15	34%
4	Molto	23	52%
5	Decisamente si (5)	3	7%

Tabella 17: distribuzione (n° e %) dei punteggi scala Likert delle risposte del personale ostetrico, domanda 2, II sezione.

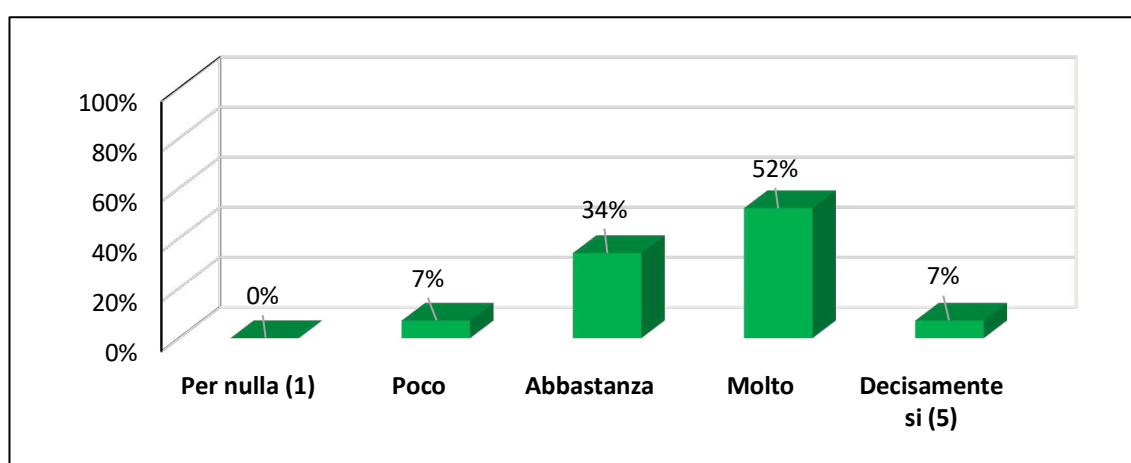


Grafico 11: distribuzione (%) delle risposte del campione ostetrico secondo la scala Likert, domanda 2, II sezione.

Osservando con attenzione i risultati sopra riportati (tabella 17 e grafico 11), si può notare che ben oltre la metà della campione, corrispondente al 52%, si dichiara in possesso di buone conoscenze e competenze nell'essere in grado di assistere adeguatamente la paziente che accede al Pronto Soccorso ostetrico, garantendone una buona presa in carico e relativa assistenza; infatti, ben 23 ostetriche hanno risposto con un punteggio 4 della scala Likert. Sono 15 le ostetriche, pari al 36%, che si posizionano su un livello intermedio corrispondente al punteggio 3 della scala Likert ammettendo di possedere delle conoscenze mediamente salde, definendosi "abbastanza" abili nel gestire in termini di competenza e responsabilità, la paziente che accede al Pronto Soccorso ostetrico.

Il rimanente 14% del campione si schiera in maniera del tutto bilanciata sul punteggio 2 (7%) e sul punteggio 5 (7%) della scala Likert, dividendosi così tra coloro che rivelano di possedere delle minime conoscenze e competenze nella presa in carico della paziente

in un contesto di triage e coloro che si reputano “decisamente” abili nel garantire una corretta gestione del percorso di accesso e assistenza alla paziente ostetrica.

Confrontando questi risultati con quelli provenienti dal quesito precedente è interessante osservare le differenze che emergono all’interno del campione ostetrico e che si notano in maniera più evidente dai relativi istogrammi (grafico 10 e 11). Sovrapponendo e analizzando criticamente le due figure, l’istogramma 11 mostra che la maggioranza del campione (52%) si colloca sul punteggio 4 della scala Likert definendosi in grado di saper garantire una corretta gestione della paziente ostetrica che accede al Pronto Soccorso e dichiarando di possedere delle buone competenze in materia. Una situazione ben diversa accade per quanto riguarda l’istogramma in figura 10 che riporta i risultati sulle conoscenze e competenze ostetriche in merito all’assegnazione del codice di priorità. A tal proposito svetta la colonna che si colloca al centro dell’istogramma, corrispondente al punteggio 3 della scala Likert, che rappresenta come il 50% delle ostetriche riferisce un medio livello di sicurezza nell’essere in grado di riconoscere la giusta priorità di accesso della paziente in triage.

DOMANDA 3, sezione 2: “Ha mai lavorato come ostetrica dedicata esclusivamente al servizio di Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico?”

	n°	%
No, mai	19	43%
Si, come servizio esclusivo	4	9%
Si, come servizio non esclusivo (triage + sala parto, triage + reparto, triage + ambulatorio)	21	48%
Totale	44	100%

Tabella 18: distribuzione delle risposte (n° e %), domanda 2, II sezione.

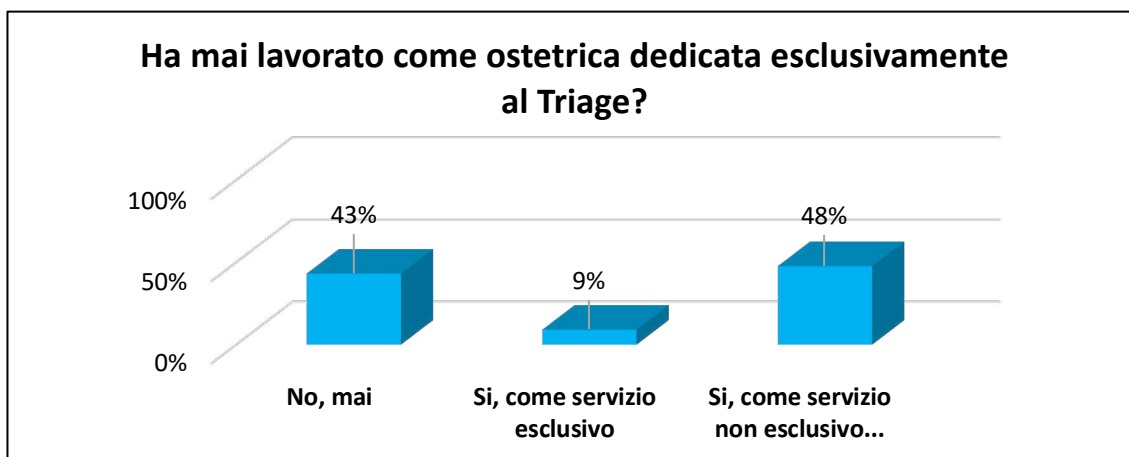


Grafico 12: distribuzione (%) delle risposte del campione ostetrico, domanda 3, II sezione.

Lo scopo della domanda è stato quello di indagare in merito all'esperienza lavorativa del campione rispondente, sia attuale sia pregressa, riferita quindi ad altre realtà.

A tal proposito sono 21 le ostetriche che dichiarano di aver svolto il ruolo di triage come servizio non esclusivo, quindi come un ruolo di “supporto” all'ambulatorio urgenze-emergenze su richiesta del medico quando necessario, ad esempio per l'esecuzione di esami clinico-strumentali o esecuzione di cardiocografia, come accade attualmente all'interno della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia. Si tratta probabilmente delle ostetriche che prestano servizio in sala parto o in degenza e che quindi non si dedicano ad un servizio dedicato di triage ma svolgono un'attività di supporto. Appena al di sotto di questo risultato, si colloca il 43% del campione, che dichiara di non aver mai svolto un'attività di triage ostetrico né durante l'attuale esperienza né correlata all'esperienza lavorativa pregressa. Solo una minima parte delle ostetriche rispondenti all'indagine (9%) riferisce di aver avuto esperienza nel ruolo di triagista, intesa come un servizio esclusivo e dedicato.

DOMANDA 4, sezione 2: “In base alla sua esperienza in Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico, quali sono le principali difficoltà che ha riscontrato?”

L'ultima domanda del questionario è stata riservata esclusivamente alle ostetriche che nella domanda precedente avevano dichiarato di aver avuto esperienza nel servizio di triage, sia in modo esclusivo che in modo non esclusivo.

Ostetriche con esperienza di Triage:		25
Principali difficoltà riscontrate:	n°	%
Gestione della paziente in condizioni instabili	12	48%
Difficoltà nell'assegnazione del codice triage	6	24%
Gestione della priorità assistenziale in caso di stesso codice	4	16%
Gestione della paziente in condizioni instabili e attribuzione del codice triage	3	12%
Totale	25	100%

Tabella 19: distribuzione delle risposte del personale ostetrico con esperienza di triage (n° e %), domanda 4, II sezione.

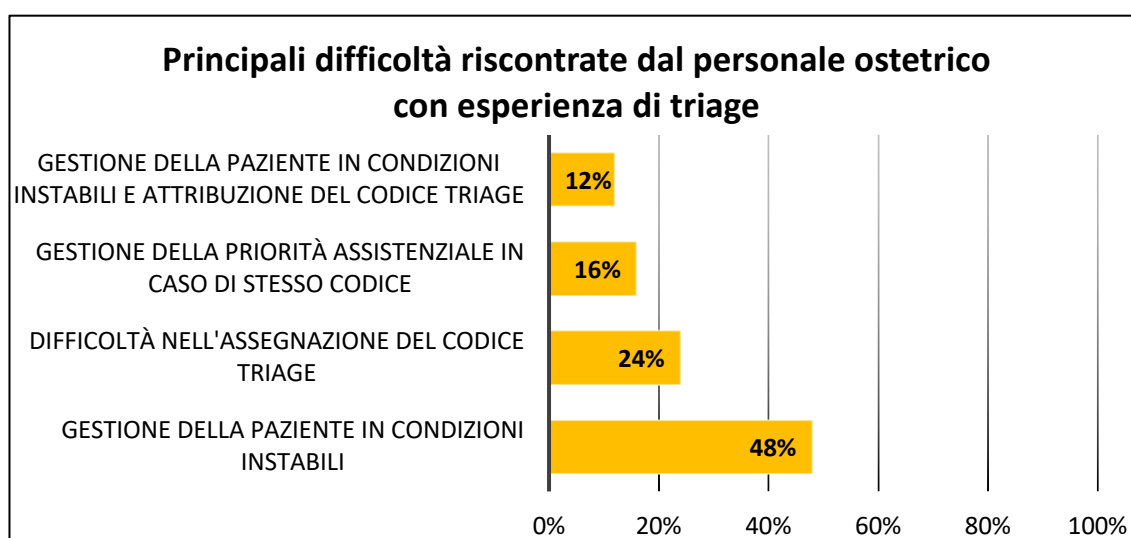


Grafico 13: distribuzione numerica (%) delle risposte del campione ostetrico con esperienza di triage, domanda 4, II sezione.

Le ostetriche che dichiarano di aver avuto esperienza nel ruolo di triagiste sono in totale 25, pari quindi a più del 50% del campione ostetrico rispondente al questionario. L'ultima domanda del questionario si rivolge esclusivamente a questa porzione del campione indagando in merito alle principali difficoltà che emergono nella gestione di pazienti ostetriche che accedono al triage.

La domanda è stata strutturata con risposta chiusa a scelta multipla, lasciando tuttavia spazio nella sezione “altro” alla libertà di espressione da parte delle ostetriche rispondenti. Tra le 25 ostetriche che hanno risposto alla domanda, sono comprese sia coloro che dichiarano di aver avuto un’esperienza di triage intesa come servizio dedicato ed esclusivo gestendo la paziente dal suo accesso al triage, alla sua valutazione fino al successivo percorso assistenziale (n° 4), sia le ostetriche che possiedono un’esperienza lavorativa di triage non con un ruolo esclusivamente dedicato (n° 21) trattandosi ad esempio delle ostetriche provenienti dalla degenza, dalla sala parto della SOD considerata. Dall’analisi delle risposte emerge che il 48% di esse rivela la difficoltà nella gestione della paziente che accede al Pronto Soccorso in condizioni instabili che possano riguardare ad esempio una potenziale compromissione del benessere materno, fetale o di entrambi, il 24% esprime la difficoltà nell’attribuzione del codice di priorità di accesso al triage, il 16% delle ostetriche dichiara di trovare un ostacolo nel saper riconoscere l’effettiva e reale priorità di assistenza e cure dove sussistano due o più pazienti aventi lo stesso codice di priorità assistenziale. Infine, per una minoranza del campione (12%) rappresentata da 3 ostetriche, emerge una duplice difficoltà nell’esperienza di triage: da un lato la difficoltà che riguarda l’attribuzione del corretto codice di priorità di accesso alla valutazione che si riflette direttamente sulla successiva presa in carico della paziente, dall’altro la gestione delle condizioni cliniche della paziente in caso di una compromissione del benessere materno-fetale, in condizione di urgenza o emergenza o di instabilità dei parametri vitali. Osservando sia i dati riportati in tabella 19 che in forma grafica (grafico 13), risulta evidente che tra le principali difficoltà dichiarate dal personale ostetrico emerge la difficoltà nella gestione della paziente ostetrica che presenti delle condizioni instabili e la difficoltà nella corretta valutazione della priorità assistenziale che guidi la successiva assistenza.

La maggioranza delle ostetriche che abbia avuto a che fare con il servizio di triage concorda sulla predominante difficoltà nella gestione di una situazione di urgenza o emergenza correlata ad una compromissione più o meno significativa del benessere materno o fetale che necessiti di intervento medico e questo si verifica perlopiù nell’attesa che il medico stesso arrivi per la valutazione della paziente. Tale aspetto risulta probabilmente riconducibile ad una sorta di indecisione nella scelta del corretto codice da attribuire alla paziente, sostenuta dalla mancanza di una solida conoscenza e competenza

adeguata nel riconoscimento della priorità assistenziale, talvolta in assenza di un percorso formativo dedicato; a questo si aggiunge talvolta l'assenza di protocolli operativi standardizzati.

La mancanza di una solida competenza e sicurezza per garantire e assicurare un'adeguata gestione di un percorso di triage, accompagnata dall'insicurezza e dall'indecisione nel saper attribuire il corretto codice di priorità assistenziale e riconoscere la priorità assistenziale della paziente dimostra quanto sia di fondamentale il possesso di abilità e competenze specifiche per l'attività di triage ostetrico e ginecologico e che si pongono come requisito irrinunciabile per il raggiungimento di standard professionali accettabili.

COMPETENZA E CONOSCENZA OSTETRICA IN MATERIA DI TRIAGE			
CLASSI SCORE	BASSA	MEDIA	ALTA
SCORE 2	< 4	4→6	7→10

Tabella 20: classi SCORE 2.

	MEDIA	DS	MIN	MAX
SCORE 2	7,1	1,3	4	10

Tabella 21: SCORE 2 (media, DS, min-max).

	BASSA	MEDIA	ALTA
SCORE 1	0 (0%)	3 (5%)	57 (95%)
SCORE 2	0 (0%)	16 (36%)	28 (64%)

Tabella 22: distribuzione n° e % della numerosità delle classi (bassa, media, alta) SCORE 1 e SCORE 2.

SCORE 2 è il punteggio derivante dalla somma dei punteggi delle singole domande gradualizzate dalla scala Likert della sezione 2, riservata al solo personale ostetrico ed esprime la personale percezione in termini di conoscenza e competenza in materia di triage ostetrico.

Il valore dello SCORE 2, calcolato per ogni individuo, è stato analizzato grazie alla statistica descrittiva secondo Media, DS, min e max della distribuzione e oscilla da un minimo di 4 a un massimo di 10 (tabella 20).

Ponendo attenzione allo SCORE 2, emerge che oltre la metà del personale ostetrico (64%) si schiera sulla fascia ALTA e una minoranza su una fascia MEDIA (36%). Da questo dato, scaturisce la necessità di indirizzare la formazione proprio su quest'area di competenza "media", per affinare e ottimizzare tali competenze in materia, dichiarate dallo stesso personale.

Fattore	SCORE 2	<i>p-value</i>
Esperienza lavorativa in triage:		
Servizio esclusivo	8 ± 1,4	0,235
Servizio non esclusivo	7,2 ± 1,2	
Nessuna esperienza	6,8 ± 1,2	
Titolo di studio:		
Laurea triennale	6,9 ± 1,2	0,058
Diploma DU	8,5 ± 1,7	
Scuola professionalizzante	7,3 ± 1,2	
Area lavorativa:		
Degenza I piano	6,2 ± 1,01	0,007
Degenza III piano	7,4 ± 0,7	
Ambulatorio-Casa Maternità	8,2 ± 1,5	
Sala Parto	7,3 ± 1,3	

Tabella 23: ANOVA one-way, SCORE 2.

Attraverso il tipo di analisi statistica ANOVA one-way si è analizzato come le variabili qualitative indipendenti (esperienza lavorativa in triage, titolo di studio e area lavorativa di appartenenza) influenzino in maniera più o meno significativa il punteggio indicato come SCORE 2.

SCORE 2 è il punteggio che rappresenta la somma complessiva dei singoli punteggi espressi da ogni ostetrica alle due domande della seconda sezione del questionario gradualizzate e poste con la scala Likert; tale punteggio indica la percezione di ogni ostetrica riguardo le proprie conoscenze e competenze in materia di triage, riguardanti nello specifico la corretta attribuzione del codice di priorità all'ingresso della paziente e la gestione, dal punto di vista assistenziale, della paziente. Il valore dello SCORE 2 oscilla da un minimo di 2 a un massimo di 10, per ogni variabile è stata calcolata la media e la deviazione standard come riportato in tabella 23.

Esperienza lavorativa in triage

Lo SCORE 2 non risulterebbe influenzato dall'esperienza lavorativa in triage attuale o pregressa delle ostetriche coinvolte nel campione di appartenenza. Il $p\text{-value}=0,235$ non raggiunge il livello di significatività statistica e questo dimostra che non c'è una differenza statisticamente significativa nel dichiarare di essere in possesso delle competenze in materia triage tra chi abbia prestato servizio in triage o chi non abbia esperienza.

Titolo di studio

Lo SCORE 2 non è influenzato dal titolo di studio, quindi dalla formazione di base del personale. Il $p\text{-value}=0,058$ non raggiunge il livello di significatività.

Area lavorativa

Osservando i dati riportati nella tabella, il $p\text{-value}=0,007$ esprime una differenza statisticamente significativa dello SCORE 2 in relazione all'area lavorativa di appartenenza delle ostetriche rispondenti al questionario.

Dall'analisi statistica deriva che le ostetriche che prestano servizio al I piano della degenza ostetrica sembrano presentare un punteggio complessivo minore circa il possesso di competenze e conoscenze in materia di triage rispetto agli altri setting della SOD; tuttavia, le differenze riguardanti lo SCORE 2 non sono statisticamente

significative tra le ostetriche che prestano servizio in sala parto, negli ambulatori ostetrici e nella degenza del III piano. Tale aspetto risulta intimamente connesso al fatto che l'ambulatorio di urgenze-emergenze ostetriche è attualmente ubicato al 3° piano padiglione B della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia; quindi, le ostetriche che prestano servizio al I piano non si interfacciano con tale servizio, che invece ricade sul supporto delle ostetriche di sala parto e del III piano.

Coefficiente di correlazione (r)

Con l'analisi del Coefficiente di correlazione (r), si è analizzato come le differenti variabili continue (variabile X indipendente) età, esperienza lavorativa nella SOD ed esperienza lavorativa totale riportate in anni, possano influenzare lo SCORE 2 (variabile Y dipendente), quindi il possesso di competenze e conoscenze in ambito di triage, riguardanti l'attribuzione del codice di priorità all'ingresso della paziente e la gestione assistenziale della paziente in carico al Pronto Soccorso.

	r	<i>p-value</i>
Età (anni)	0,37	0,015
Esperienza lavorativa in questa SOD	0,35	0,021
Esperienza lavorativa totale (anni)	0,38	0,011

Tabella 24: analisi del coefficiente di correlazione (r).

Dai dati riportati in tabella 24, emerge una differenza statisticamente significativa per la variabile età (indipendente) che presenta un coefficiente (r)= 0,37 e un p-value=0,015; si deduce che all'avanzare dell'età anagrafica del personale sembrerebbe aumentare lo SCORE 2, quindi il punteggio relativo al possesso delle competenze in materia di triage.

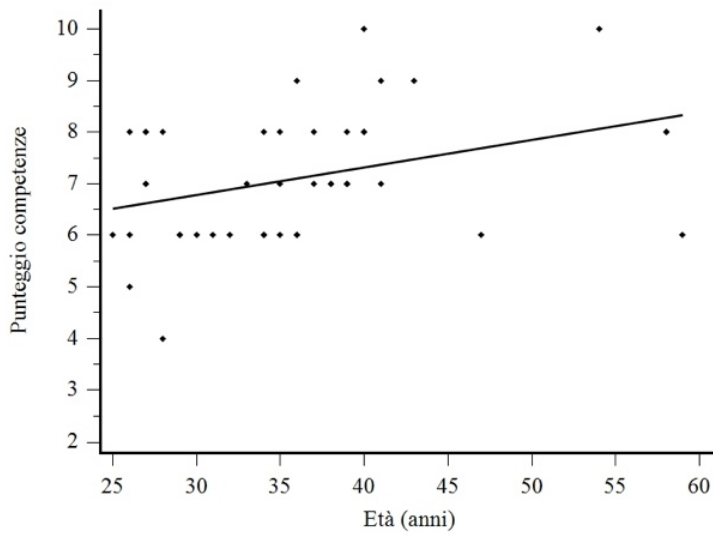


Grafico 14: analisi del coefficiente di correlazione per la variabile età (indipendente).

La variabile indipendente esperienza lavorativa nella SOD espressa in anni, presenta un coefficiente $(r)= 0,35$ e un $p\text{-value}=0,021$. Dall'analisi dei dati si deduce che all'aumentare degli anni di servizio in questa SOD e quindi dell'esperienza lavorativa aumenta lo SCORE 2, quindi all'aumentare dell'esperienza lavorativa sembrerebbe correlarsi un aumento delle competenze e conoscenze riguardo il riconoscimento dell'urgenza e dell'emergenza e la gestione della paziente ostetrica in materia di triage. Una considerazione del tutto paragonabile alla precedente interessa l'esperienza lavorativa totale del personale ostetrico-infermieristico, con $(r)= 0,38$ e $p\text{-value}=0,011$, che conferma che all'aumentare degli anni di servizio corrisponde un aumento dello SCORE 2.

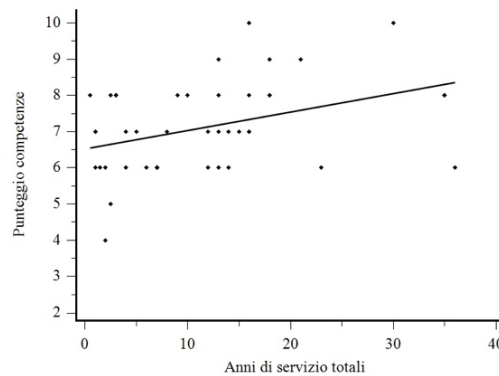
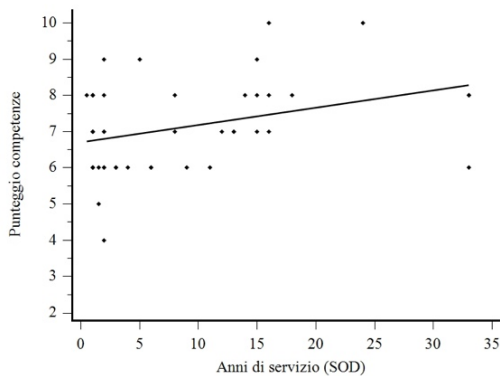


Grafico 15 e Grafico 16: analisi del coefficiente di correlazione per le variabili: anni di servizio nella SOD e anni di servizio totali (espresse in anni).

L'analisi della Regressione lineare multipla è stata utilizzata per studiare e confrontare le variabili indipendenti che sono risultate significativamente associate al punteggio SCORE 2 (competenze e conoscenze in triage), al fine di evidenziare quale tra le variabili indipendenti analizzate (età, anni di servizio nella SOD, anni di servizio totali, area lavorativa di appartenenza) risulterebbe avere un'influenza maggiore rispetto alle altre.

Risultati: La variabile indipendente (anni di servizio della SOD), espressa da un coefficiente $(r)=0,38$ e $p\text{-value}=0,0106$, risulta associata in maniera indipendente e significativa allo SCORE2. Dall'analisi statistica emerge che all'aumentare degli anni di servizio ne consegue direttamente un aumento dello SCORE 2, quindi delle competenze e delle conoscenze che le ostetriche dichiarano di possedere in materia di triage, riguardo l'attribuzione del codice di priorità e riguardo la gestione della paziente ostetrica all'arrivo in triage.

3.5 La formazione a livello nazionale

In corso di svolgimento del progetto, si è voluto ampliare l'orizzonte attraverso la conduzione di un'indagine conoscitiva finalizzata ad indagare in merito alla tipologia di formazione al triage ricevuta dalle ostetriche provenienti da differenti realtà lavorative esaminate sul piano nazionale.

Disegno dello studio

Studio quantitativo: descrittivo-osservazionale.

Popolazione e setting di riferimento

I risultati dell'indagine fanno riferimento alle informazioni e ai dati provenienti dai questionari delle ostetriche rispondenti all'indagine. I dati sono organizzati per argomento

e presentati in forma integrata nelle tabelle e nei relativi grafici illustrati e accompagnati dalla relativa descrizione. La tempistica di somministrazione del questionario e il successivo periodo di analisi ha interessato i mesi previsti tra febbraio e aprile dell'anno 2023.

Strumenti per l'indagine

Il questionario, strutturato ad hoc e anonimo, è stato elaborato seguendo una griglia di domande a risposta chiusa e semichiusa definite in precedenza aventi lo scopo di indagare in merito all'esperienza pregressa o attuale nel ruolo di triagista, il tipo di formazione conseguito per ricoprire tale ruolo e se si trattasse di un percorso formativo specifico per il triage ostetrico-ginecologico.

La modalità di diffusione del questionario è avvenuta tramite la piattaforma Social "Facebook", mediante la condivisione di un link di accesso alla piattaforma informatica di Google moduli. Il questionario è stato introdotto da una breve parentesi informativa per descrivere l'obiettivo dell'indagine e lo scopo del progetto di studio, spiegando la finalità e raccogliendo il consenso.

Metodologia di analisi dei dati

I dati raccolti nell'arco di tempo sopraindicato sono stati elaborati mediante il database informatico EXCEL. Tutte le informazioni ottenute dal questionario (allegato n° 2) sono state trattate in modo tale da garantire la privacy del personale, nel rispetto della normativa vigente.

3. 5.1 Risultati e discussione

Il campione rispondente all'indagine risulta composto da un totale di 79 ostetriche, tutte di sesso femminile, provenienti da differenti realtà del contesto nazionale. I risultati presentati in seguito sono riportati in tabella e in forma grafica, sia in forma numerica (n°) che in forma percentuale (%).

Domanda 1: “Lavora o ha lavorato nel passato come ostetrica dedicata al servizio di triage ostetrico-ginecologico?”

ESPERIENZA LAVORATIVA IN TRIAGE

SI	NO, MAI
72 (91%)	7 (9%)

Tabella 25: distribuzione n° e % del campione in base alla pregressa o attuale esperienza come ostetrica triagista.

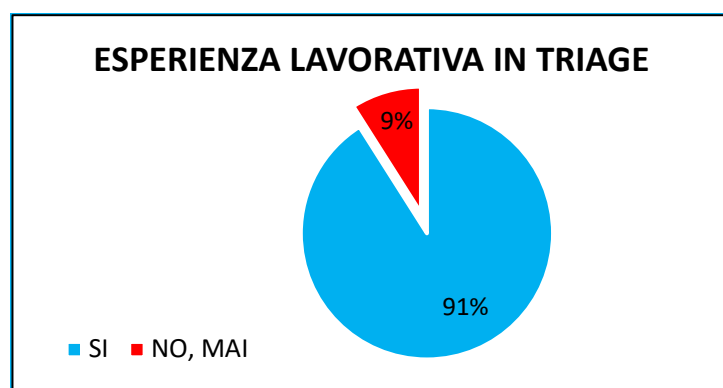


Grafico 17: distribuzione % del campione in base alla pregressa o attuale esperienza come ostetrica triagista.

La prima domanda del questionario ha indagato in merito all’esperienza lavorativa attuale o pregressa del campione, come ostetrica dedicata al servizio di triage ostetrico-ginecologico. Il 91% del campione pari a 72 ostetriche rispondenti all’indagine ha avuto un’esperienza lavorativa in triage. Solo una minoranza del campione dichiara di non aver mai avuto esperienza come triagista (9%).

ANNI DI ESPERIENZA IN TRIAGE

MEDIA	MEDIANA	MODA	MIN - MAX	DS
4,2	3	1	0,5 - 34	5,8

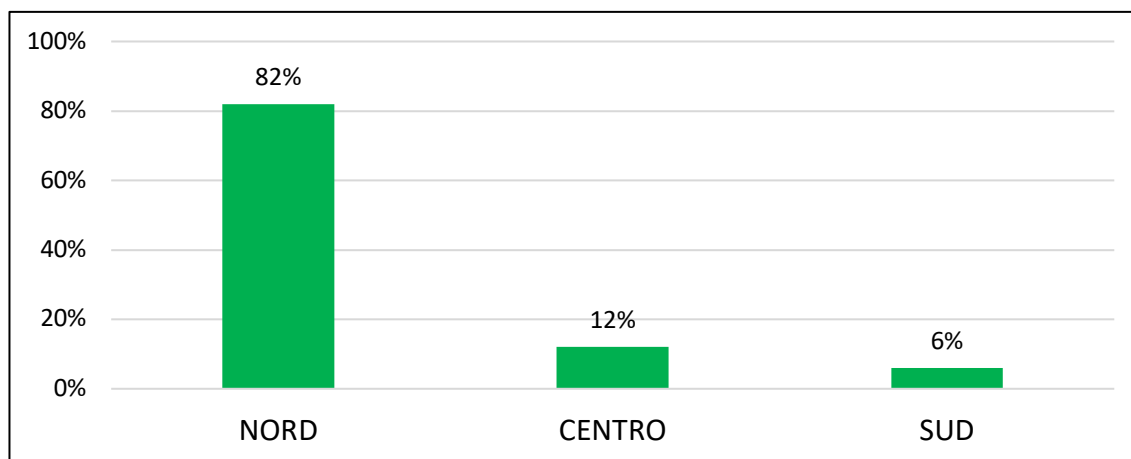
Tabella 26: distribuzione dell’esperienza lavorativa in triage espressa in anni, secondo Media, Mediana, Moda, MIN-MAX e DS.

Il campione rispondente all'indagine ha dichiarato di possedere un'esperienza lavorativa media di 4,2 anni in triage. Il range di valori che esprime la variabile continua degli anni di esperienza in triage assume un valore minimo di 6 mesi ad un massimo lavorativo di 34 anni.

Domanda 3: "In che regione ha lavorato o lavora attualmente servizio come ostetrica in qualità di triagista?"

NORD	CENTRO	SUD
65 (82%)	10 (12%)	4 (6%)

Tabella 27: distribuzione n° e % del campione rispetto alla regione italiana dove presta o ha prestato servizio in qualità di triagista.



La maggioranza del campione (82%), pari a 65 ostetriche, presta attualmente o ha prestato servizio in qualità di triagista nelle regioni del Nord Italia, rispetto alla minoranza prevalentemente concentrata nelle regioni del centro e del sud Italia.

Domanda 4: "Livello del presidio ospedaliero dove ha svolto attività di triagista."

I LIVELLO	II LIVELLO
32 (44%)	40 (56%)

Tabella 28: distribuzione n° e % del livello di presidio ospedaliero in cui si è svolta l'esperienza di triage del campione.

Il 44% del campione rispondente, pari a 32 ostetriche, ha o ha avuto esperienza come ostetrica triagista in un presidio ospedaliero di I livello, mentre il 56% del campione possiede un'esperienza in qualità di triagista in un presidio ospedaliero altamente specializzato di II livello.

Domanda 5: “Nella sua esperienza di triage, presente o passata, sono previste altre figure professionali nei locali di triage?”

FIGURE PROFESSIONALI PREVISTE		
SI (INFERMIERE, OSS, MEDICO, SPECIALIZZANDO)	OSTETRICA DEDICATA	OSTETRICA NON ESCLUSIVAMENTE DEDICATA
49 (62%)	28 (35%)	2 (3%)

Tabella 29: distribuzione n° e % delle figure previste in ambito di triage ostetrico sul panorama nazionale.

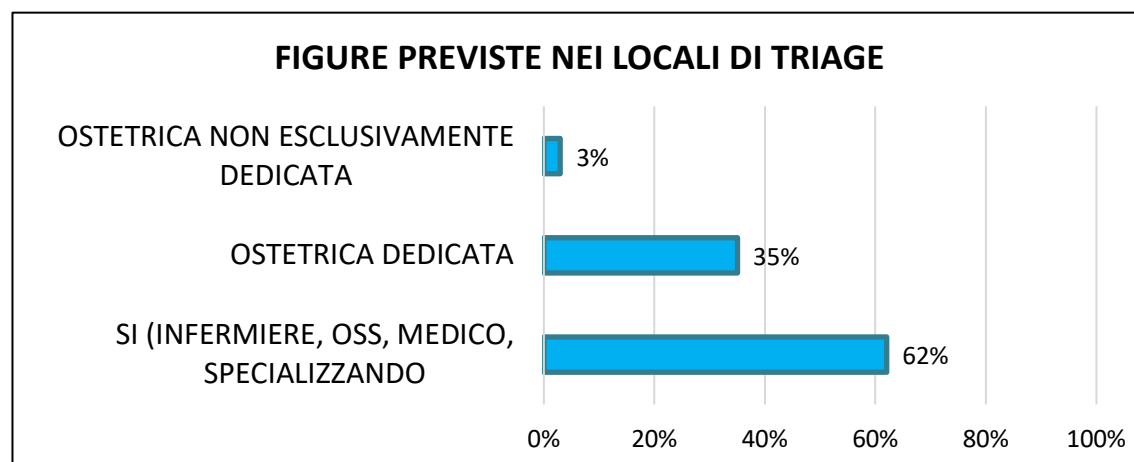


Grafico 18: distribuzione (%) delle figure previste in ambito di triage ostetrico sul panorama nazionale.

Osservando i risultati riportati in tabella 29 e in forma grafica (grafico 18), emerge che il 62% del campione intervistato dichiara che nella personale esperienza lavorativa in triage sono presenti più figure che lavorano in team tra cui infermiere, oss e medico specializzando. Il 35% del campione dichiara che nella propria esperienza di triage, il servizio è gestito in maniera autonoma ed esclusiva da una figura ostetrica dedicata. Infine, una lieve minoranza del campione dichiara che il triage in cui lavora o ha lavorato è un servizio non esclusivamente dedicato dove vi è una figura ostetrica di supporto, la cui presenza è richiesta in relazione all'effettiva necessità.

Domanda 6: “Ha ricevuto una formazione specifica per ricoprire il ruolo di triagista dedicata al triage ostetrico-ginecologico?”

FORMAZIONE SPECIFICA TRIAGE OSTETRICO-GINECOLOGICO	
SI, PERCORSO FORMATIVO SPECIFICO	NESSUNA FORMAZIONE ULTERIORE AL PERCORSO DI LAUREA
12 (17%)	60 (83%)

Tabella 30: distribuzione n° e % della formazione ricevuta dalle ostetriche nel panorama nazionale.

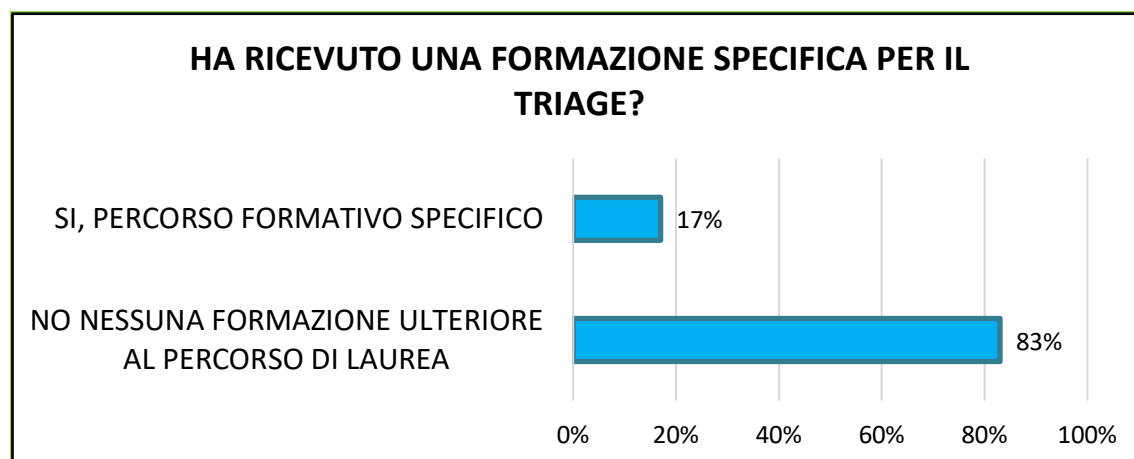


Grafico 19: distribuzione % della formazione ricevuta dalle ostetriche nel panorama nazionale.

Dall'indagine conoscitiva condotta sul piano nazionale, risulta evidente che l'83% del campione rispondente non ha ricevuto alcun tipo di formazione specifica in materia di triage contrariamente a quanto dichiarato dal 17% del campione. A tal proposito, solo una minoranza delle ostetriche che ha risposto all'indagine conoscitiva, pari a 12 ostetriche, ha affermato di aver conseguito un percorso formativo specifico ulteriore alla formazione di base, per acquisire e consolidare conoscenze e competenze specifiche per l'area di emergenza e urgenza.

Domanda 7: "Se sì, che tipo di formazione ha ricevuto?"

GFT (GRUPPO FORMAZIONE TRIAGE) SPECIFICO PER PRONTO SOCCORSO OSTETRICO- GINECOLOGICO	FORMAZIONE GFT BASE (NON SPECIFICO)	FORMAZIONE E TUTORAGGIO INTERNO AZIENDALE SU MODELLO GFT
2 (17%)	2 (17%)	8 (66%)

Tabella 31: distribuzione n° e % della formazione ricevuta dalle ostetriche nel panorama nazionale.

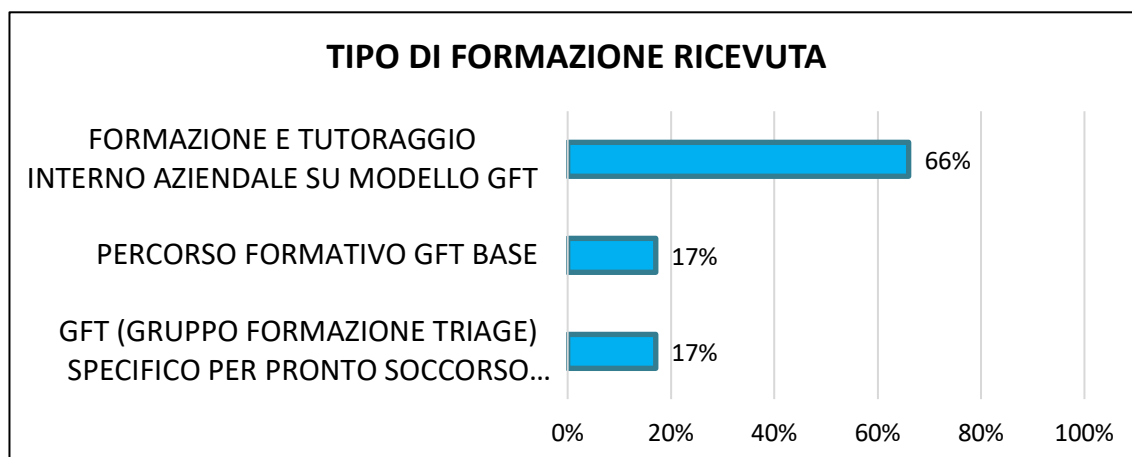


Grafico 20: distribuzione % del tipo di formazione ricevuta dalle ostetriche nel panorama nazionale.

L'ultima domanda del questionario è stata rivolta solamente alla minoranza di ostetriche che nel quesito precedente hanno dichiarato di aver conseguito una specifica formazione per il triage. A tal proposito è stato chiesto che tipo di formazione abbiano ricevuto e dai dati analizzati emerge che la maggioranza del campione, ovvero il 66%, ammette di aver ricevuto una formazione interna alla propria azienda di appartenenza che prevedeva una formazione teorica di base e training sul campo, con supervisione di tutor esperto. La restante componente del campione si suddivide, in maniera del tutto equilibrata, tra le ostetriche che hanno dichiarato di aver conseguito un percorso formativo per il triage ostetrico-ginecologico mirato all'acquisizione di skills specifiche sulla base del modello nazionale GRUPPO FORMAZIONE TRIAGE¹² che si struttura nella formazione teorica, studio individuale e training sul campo e tra coloro che hanno conseguito una formazione abilitante al triage non specifica per il settore ostetrico-ginecologico.

3.6 La formazione al triage ostetrico

Rispetto a quanto affermato nel capitolo precedente, all'interno della Clinica di Ostetricia e Ginecologia del Presidio G. Salesi, emerge una notevole propensione volta al riconoscimento della figura ostetrica triagista dedicata in maniera esclusiva a tale servizio, vista come una vera e propria risorsa di miglioramento nella SOD per una corretta valutazione della paziente ostetrica al suo arrivo in triage e per guidare la sua successiva assistenza. Il personale infermieristico ed ostetrico concorda sul fatto che un percorso formativo specifico sia di fondamentale importanza per approfondire e ottimizzare le competenze e le abilità del personale ostetrico nell'ambito del servizio di triage in area ostetrico ginecologica. Ampliando il focus dello studio sul piano nazionale, la significativa maggioranza delle ostetriche che ha risposto all'indagine dichiara di non essere in possesso di un percorso formativo specifico per il triage ostetrico oltre alla formazione di base e per tale ragione è realmente esigua la numerosità del campione che dichiara di aver conseguito un percorso formativo specifico per il ruolo di triagista. Alla luce di questo, si è svolta la progettazione di un percorso formativo rivolto esclusivamente al personale ostetrico della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia del Presidio G. Salesi,

per l'acquisizione e l'approfondimento di conoscenze e competenze specifiche in materia, orientate all'inserimento della figura ostetrica in qualità di triagista. Il percorso formativo riportato nell'allegato n° 3 sarà parte integrante del progetto di riorganizzazione del percorso di triage ostetrico, mirato alla costruzione di un sempre più efficace servizio assistenziale fondato su criteri di efficacia ed efficienza anche in termini di comunicazione/relazione tra paziente e operatore.

4. La riorganizzazione del nuovo Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico presso il Presidio di Torrette

4.1 Introduzione

L'esperienza lavorativa e di tirocinio presso la Clinica di Ostetricia e Ginecologia del Presidio G. Salesi ha portato chi scrive a rilevare una sempre più variegata affluenza di pazienti ostetriche e ginecologiche che si rivolgono al servizio di pronto soccorso, affluenza non sempre correlata ad un'adeguata gestione e presa in carico dell'utenza, per molteplici criticità presenti sia dal punto di vista organizzativo, sia strutturali, come la mancanza di un percorso di accesso diretto al triage ostetrico.

Da questo scenario, particolarmente complesso, ampio e variegato, nasce e si sviluppa questo progetto che si nutre dell'osservazione, dell'analisi e riflessione sulle criticità del contesto in oggetto e sull'importanza necessaria di definire un percorso di triage dedicato. A tal proposito, la progettazione del percorso formativo dedicato al personale ostetrico viene inserito all'interno di un contesto di progettazione più ampio che mira a descrivere un percorso assistenziale specifico per la paziente ostetrica che parte dall'accesso diretto della paziente al triage, alla successiva presa in carico della stessa fino alla sua dimissione o al percorso di ricovero, in quanto una corretta classificazione del rischio al momento del ricovero sostenuta da definite responsabilità cliniche e organizzative consente di definire degli specifici "percorsi assistenziali" differenziati per profilo di rischio, orientati alla pertinente gestione del servizio.

4.2 Obiettivo

Proporre, partendo dall'analisi organizzativa dell'attuale organizzazione, un progetto di riorganizzazione del triage ostetrico-ginecologico, in previsione del futuro trasferimento della SOD nella sede di Torrette.

Per la realizzazione del progetto è stata svolta una analisi organizzativa del contesto attuale.

Gli obiettivi prefissati durante la realizzazione del progetto sono stati i seguenti:

- Analizzare e valutare i requisiti e gli standard minimi strutturali e di sicurezza del Pronto-Soccorso Ostetrico e la normativa di riferimento.
- Definire le competenze e le responsabilità deontologiche, giuridiche, tecnico-organizzative, etiche e relazionali della figura ostetrica che opera in area di triage Ostetrico.
- Eseguire l'analisi organizzativa del pronto soccorso ostetrico-ginecologico del Presidio G. Salesi, anche attraverso la raccolta dei dati riferiti agli accessi ed ai volumi di attività.
- Progettare il nuovo pronto soccorso ostetrico-ginecologico in previsione del futuro trasferimento presso Torrette.

4.3 Materiali e metodi

Nell'elaborazione del progetto, è stata condotta una ricerca di tipo bibliografico della letteratura presente in materia alla quale si è aggiunta la consultazione di sitografia riportante linee guida, allegati e documenti pubblicati dal Ministero della Salute, come riportato nella sezione bibliografia. Lo strumento utilizzato per accedere, raccogliere ed analizzare i dati riferiti agli accessi dell'ambulatorio emergenze-urgenze del Presidio G. Salesi è un database informatico, parte integrante del software applicativo "Galileo Emergency", attualmente in uso presso il P.O. Salesi di Ancona; tale sistema ha reso possibile la registrazione, l'organizzazione e la gestione informatica del flusso dell'utenza dal suo accesso in pronto soccorso fino alla sua dimissione/ricovero.

I dati, raccolti in seguito all'acquisizione delle dovute autorizzazioni, sono stati elaborati sotto forma di tabelle e grafici mediante il programma informatico Windows Excel e hanno consentito di dar origine ad uno studio di tipo osservazionale e descrittivo, includendo come campione analizzato tutta la popolazione ostetrica che ha avuto accesso al presidio ospedaliero in oggetto. Il tempo dell'osservazione ha preso in considerazione il periodo che interessa gli anni 2020 e 2021 e si è esteso su una fascia oraria attiva h 24.

4.4 Risultati e discussione

4.4.1 Analisi organizzativa dell'attuale pronto soccorso ostetrico-ginecologico del Presidio G. Salesi

Il pronto soccorso ostetrico-ginecologico definito e individuato attualmente come “ambulatorio emergenze-urgenze” del Presidio G. Salesi dell’AOU delle Marche è ubicato al terzo piano, padiglione B, ed è parte integrante della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia. In tale contesto, l’accoglienza della paziente ostetrica e ginecologica non avviene mediante un accesso diretto presso tale ambulatorio, bensì la paziente giunge al Pronto Soccorso Pediatrico, ubicato al piano terra della struttura dove ne viene registrato l’accesso. In questo momento l’infermiere triagista in servizio presso il pronto soccorso pediatrico attribuisce un codice colore iniziale alla paziente, valutando quanto viene riferito dalla paziente stessa, le condizioni cliniche generali osservabili alla prima valutazione “sulla porta” e i parametri vitali. Una volta avvenuta la registrazione informatizzata dell’accesso sulla piattaforma informatica “Galileo Emergency” che riporta l’orario di arrivo della paziente e la diagnosi, la paziente viene inviata autonomamente o accompagnata in base alle condizioni cliniche in cui si trova, direttamente al terzo piano dove si trova l’ambulatorio dedicato. A questo punto la paziente, già inserita sul sistema informatico dedicato, viene accolta direttamente dallo specialista in ostetricia e ginecologia e dal medico in formazione specialistica. Nella fascia oraria diurna 8-14 lo specialista è dedicato esclusivamente a tale servizio, mentre nella fascia oraria pomeridiana 14-20 e in quella notturna 20-8 si occuperà dell’ambulatorio delle emergenze-urgenze lo stesso dirigente medico di guardia dedicato al reparto di degenza. Qui, inizia l’effettiva presa in carico della paziente, la valutazione e l’espletamento delle prestazioni mediche ed assistenziali necessarie (parametri vitali, visita ostetrica/ginecologica, ecografia, prelievo venoso, medicazione ferita chirurgica, cardiotocografia). Il personale infermieristico ed ostetrico che presta servizio nell’ambulatorio emergenze e urgenze non è esclusivamente dedicato a tale servizio bensì risulta essere lo stesso personale previsto nella dotazione organica aggiuntiva assegnata al reparto di degenza; infatti una specifica figura ostetrica individuata preventivamente sulla turnistica h 24, è colei che sopperisce, secondo la necessità e previa richiesta del dirigente medico, le prestazioni proprie dell’ambulatorio.

L'ambulatorio prevede una stanza dove viene accolta la paziente e la presenza di paravento, ecografo dedicato, lettino ginecologico, lampada scialitica, monitor multi parametrico e carrello contenente farmaci di prima necessità e presidi infermieristici, servizi igienici, computer e linea telefonica dedicata. Nell'organizzazione logistica di tale servizio ambulatoriale non è previsto uno spazio dedicato e predisposto per l'osservazione breve ed intensiva della paziente, adiacente o comunicante alla stanza di visita, infatti, qualora ce ne sia bisogno, la paziente viene accolta nei letti disponibili in degenza.

Con l'avvento dell'emergenza SARS-CoV-2, il percorso di triage istituito per le pazienti ostetriche e ginecologiche è stato organizzato in maniera differente rispetto a quanto sopra citato; le pazienti ostetriche e ginecologiche con accertata positività o che presentino sintomatologia quale temperatura corporea $> 37,5^{\circ}$, tosse, mal di gola, astenia, vomito, diarrea, cefalea, raffreddore vengono accolte e visitate in un apposito ambulatorio ubicato al piano terra ed il personale dedicato a tale servizio è lo stesso previsto per l'ambulatorio emergenze-urgenze del terzo piano. In caso di ricovero della paziente con accertata positività da SARS-CoV-2, essa viene accompagnata e trasferita dal personale infermieristico-ostetrico o dal personale di supporto (OSS) nell'area di degenza appositamente collocata al terzo piano, adiacente alla degenza ordinaria. Grazie al programma informatico "Galileo Emergency", in uso per la gestione informatica dell'utenza di pronto soccorso, sono stati raccolti alcuni dati che hanno permesso la realizzazione di un'analisi di tipo osservazionale di carattere qualitativo-descrittivo; lo studio ha consentito di monitorare la quantità, la qualità, la tipologia di accessi, esaminati per flusso e tipologia, soffermando l'attenzione in particolar modo sul codice colore assegnato in fase iniziale e l'esito dell'accesso, facendo riferimento all'ambulatorio di emergenze-urgenze del Presidio Salesi di Ancona negli anni 2020 e 2021.

I risultati emersi dallo studio sono presentati sia sotto forma di tabelle (riportati nei loro numeri reali ed espressi in percentuale) sia espressi in forma grafica. Essi hanno dimostrato che: per l'anno 2020 presso il Presidio G. Salesi si sono registrati 4262 accessi ostetrico-ginecologici, mentre per l'anno 2021 si sono registrati 6280 accessi. Merita una nota la differenza numerica di accessi tra i due anni, dovuta al lockdown della prima fase della pandemia (marzo-aprile 2020).

ANNO	2020	2021
ACCESSI OSTETRICI - GINECOLOGICI	4262	6280

Tabella 32: classificazione numerica degli accessi ostetrici-ginecologici anno 2020 e 2021.

Successivamente si è posta l'attenzione sulla classificazione degli accessi, differenziandoli per codice colore assegnato durante la valutazione iniziale in triage, raccogliendoli per anno di interesse.

ANNO				
	2020	%	2021	%
ROSSO	2	0,01%	1	0%
GIALLO	1737	41%	220	3%
ARANCIONE			1104	18%
VERDE	2442	57%	2170	35%
AZZURRO			2735	43%
BIANCO	81	2%	50	1%
TOTALE	4262		6280	

Tabella 33: classificazione numerosità degli accessi per codice colore e differenziazione per anno.

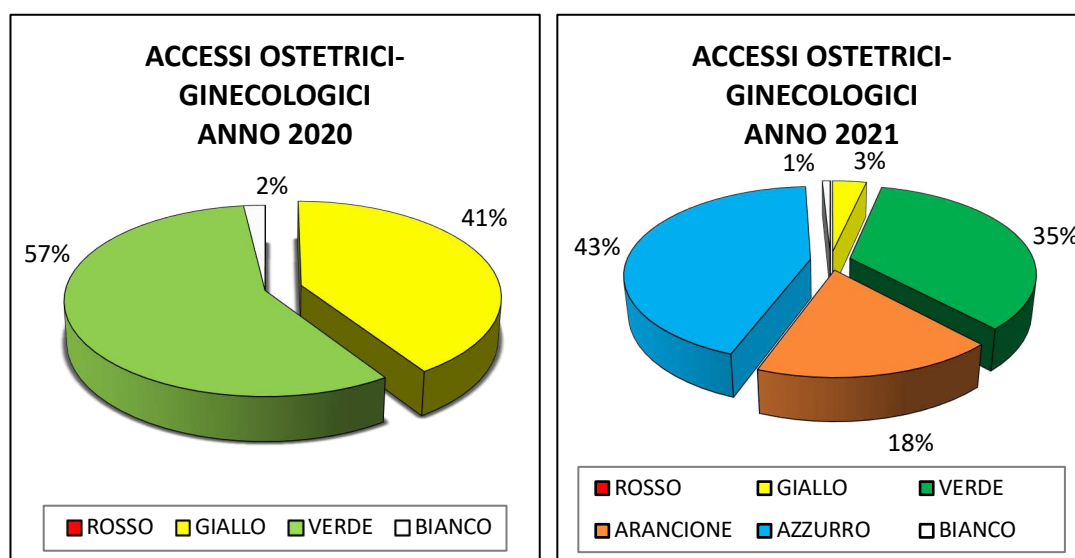


Grafico 21 e 22: rappresentazione grafico-qualitativa (%) del codice colore triage assegnato, anno 2020 e 2021.

Nell'anno 2020, secondo quanto riportato dai registri di triage esaminati, non sono stati introdotti, tra i codici colori assegnati all'ingresso, il codice Arancione riferito alla condizione di "Urgenza"¹ e il codice Azzurro riferito alla condizione di "Urgenza Differibile"¹, in effetti, per il Presidio Salesi il nuovo sistema di codifica è stato adottato solo a partire dal 1° febbraio 2021. Nel grafico sotto riportato si apprezza la differenziazione numerica per codice colore di accesso ostetrico-ginecologici negli anni esaminati (2020 e 2021).

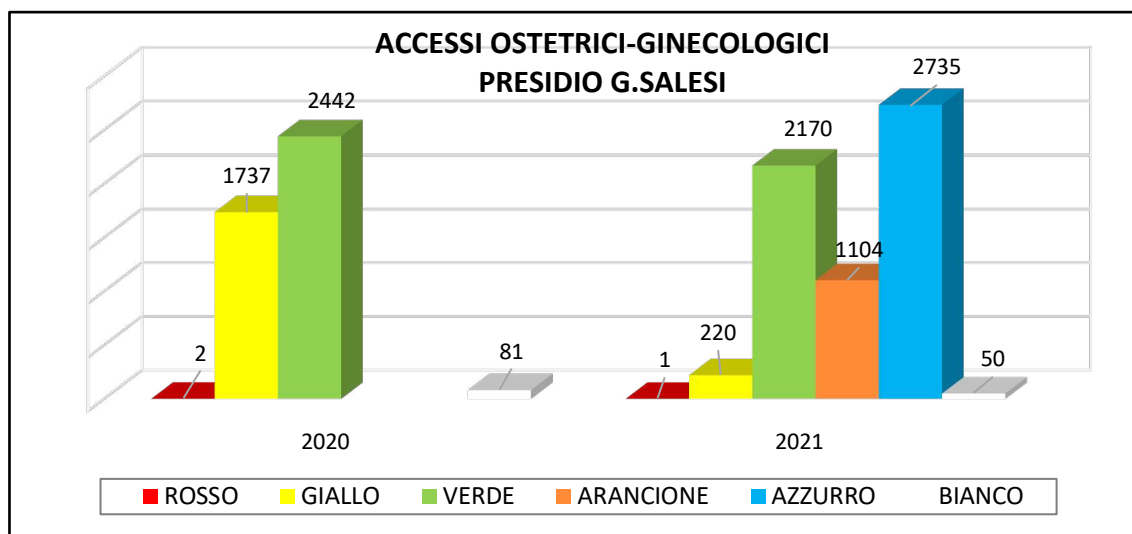


Grafico 22: rappresentazione grafica di confronto degli accessi ostetrico-ginecologici (n°) suddivisi per codice colore anno 2020 e 2021.

		ANNO 2020			
		CODICE IN USCITA			
		BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO
Codice Entrata	n°				
ROSSO	2			2	
GIALLO	1737	8	1324	402	3
VERDE	2442	103	2187	151	1
BIANCO	81	24	57	0	0

Tabella 34: differenziazione numerica del codice colore assegnato in entrata presso il Pronto soccorso pediatrico e del codice colore attribuito dopo la valutazione ostetrico-ginecologica, anno 2020.

		ANNO 2021					
		CODICE IN USCITA					
		BIANCO	VERDE	AZZURRO	GIALLO	ARANCIO	ROSSO
Codice Entrata	n°						
ROSSO	1						1
ARANCIO	1104	2	701	280		117	4
GIALLO	220	2	162		56		
VERDE	2170	121	1937		6	8	98
AZZURRO	2735	32	2170	452		81	
BIANCO	50	12	38				

Tabella 35: differenziazione numerica del codice colore assegnato in entrata presso il Pronto soccorso pediatrico e del codice colore attribuito dopo la valutazione ostetrico-ginecologica, anno 2021.

ANNO 2020						
	RICOVERO	ABBANDONO PS	RIFIUTO RICOVERO	TRASFERIMENTO	INVIO A DOMICILIO	TOT.
ROSSO	2					2
GIALLO	440	26	9	10	1252	1737
VERDE	582	24	11	7	1818	2442
BIANCO	23				58	81

Tabella 36: classificazione esito finale degli accessi ambulatorio emergenze-urgenze del Presidio G. Salesi, anno 2020.

Successivamente si è voluto monitorare l'esito finale degli accessi in ambulatorio emergenze e urgenze ostetrico-ginecologiche, delineando se gli stessi sono esitati in: ricovero della paziente, abbandono volontario del pronto soccorso, rifiuto del ricovero contro parere medico, trasferimento presso altro presidio ospedaliero o invio a domicilio della paziente.

L'attribuzione del codice rosso in sede di triage determina per i casi esaminati un ricovero immediato, chiaramente correlato alla tempestività dell'assistenza stessa che richiede una gestione immediata del caso. Il codice giallo e il codice verde attribuito in sede di iniziale valutazione, come si evince dalla tabella 36 che raccoglie i dati dell'anno 2020, esitano per la maggior parte, dopo la valutazione medica e accertamenti che includono (esami di laboratorio e strumentali, monitoraggio dei PV, visita ostetrica, monitoraggio cardiocografico, valutazione ecografica), in un invio a domicilio a meno che non si tratti di specifiche indicazioni che riguardino la compromissione del benessere materno-fetale o che richiedano necessariamente il ricovero come ad esempio la rottura prematura delle membrane. Per quanto riguarda gli accessi ai quali in fase iniziale viene attribuito il codice verde riferito ad un'urgenza minore, raramente essi vengono trattenuti in regime di ricovero o trasferiti presso un altro presidio; tuttavia, in minima parti alcune pazienti che accedono al Pronto Soccorso scelgono, pur contro parere medico, di rifiutare il ricovero o talvolta di abbandonare il pronto soccorso anche prima ancora di essere valutate. La ridotta numerosità degli accessi a cui viene attribuito il codice bianco, correlata a una situazione di "basso rischio" nella quale non si riscontrano elementi di rischio materno-fetale, interessa le pazienti che sono inviate a domicilio, previa valutazione medica.

ANNO 2021						
	RICOVERO	ABBANDONO PS	RIFIUTO RICOVERO	TRASFERIMENTO	INVIO A DOMICILIO	TOT.
ROSSO	1					1
ARANCIO	619		4	17	464	1104
GIALLO	108	3	5	2	102	220
AZZURRO	699	34	16	18	1968	2735
VERDE	187		18	8	1957	2170
BIANCO		2			48	50

Tabella 37: classificazione esito finale degli accessi ambulatorio emergenze-urgenze del Presidio G. Salesi, anno 2021.

Per quanto riguarda l'anno 2021, l'esito degli accessi in regime di triage appare sostanzialmente sovrapponibile all'anno precedente (tabella 36 e 37). Inoltre, rispetto all'anno precedente si introduce l'utilizzo del codice Arancione, il quale delinea secondo le linee guida nazionali¹ una condizione di "Urgenza" ovvero del rischio di compromissione delle funzioni vitali, una condizione con rischio evolutivo o dolore severo, prevedendo un accesso alla valutazione entro 15 minuti, che per ben oltre la metà degli accessi, esita in ricovero. Il codice colore Azzurro, anch'esso introdotto e utilizzato successivamente rispetto ai 4 codici colori presenti inizialmente, individua una condizione clinica di "Urgenza differibile" ovvero una condizione stabile della paziente senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse³; esso prevede un accesso alla valutazione entro 60 minuti. Per l'anno 2021 il codice Azzurro registra, in ben oltre il 70% dei casi, un invio a domicilio della paziente e solo in minoranza essi vengono trattenuti in sede di ricovero; questo accade analogamente per gli accessi in codice colore Verde che anch'essi rappresentano condizioni cliniche di urgenza minore.

Infine, sempre concentrando l'attenzione sull'anno 2021, gli accessi in codice bianco, i quali inquadrano una situazione di "Non urgenza", una problematica non urgente o di minima rilevanza clinica caratterizzata da un tempo previsto di presa in carico entro 240 minuti dall'accesso, emerge una situazione numerica del tutto sovrapponibile all'anno precedente e tali accessi esitano per la totalità dei casi in un invio a domicilio della paziente.

ANNO 2020						
Codice di accesso	n°	Tempo medio di attesa per la prima valutazione (min)	Tempo minimo	Tempo massimo	Cosa prevede la normativa?	
ROSSO	2	00:04	00:00	00:08	EMERGENZA	ACCESSO IMMEDIATO
GIALLO	1737	00:17	00:02	03:33	URGENZA	ENTRO 15 MINUTI
VERDE	2442	00:37	00:01	03:09	URGENZA MINORE	ENTRO 120 MINUTI
BIANCO	81	00:24	00:01	02:20	NON URGENZA	ENTRO 240 MINUTI

Tabella 38: analisi tempo di attesa medio (min) in relazione al codice colore assegnato in entrata, anno 2020.

ANNO 2021						
Codice di accesso	n°	Tempo medio di attesa per la prima valutazione (min)	Tempo minimo	Tempo massimo	Cosa prevede la normativa?	
ROSSO	1	00:00	00:00	00:00	EMERGENZA	ACCESSO IMMEDIATO
ARANCIO	1104	00:14	00:00	02:38	URGENZA	ENTRO 15 MINUTI
GIALLO	220	00:12	00:00	01:34	URGENZA	ENTRO 15 MINUTI
AZZURRO	2735	00:23	00:00	05:51	URGENZA DIFFERIBILE	ENTRO 60 MINUTI
VERDE	2170	00:24	00:00	05:37	URGENZA MINORE	ENTRO 120 MINUTI
BIANCO	50	00:30	00:01	02:35	NON URGENZA	ENTRO 240 MINUTI

Tabella 39: analisi tempo di attesa medio (min) in relazione al codice colore assegnato in entrata, anno 2021.

Ponendo l'attenzione sulle tabelle riassuntive sovrastanti (tabella 38 e tabella 39) che riportano un'analisi dettagliata della tempistica di attesa media espressa in minuti riferita alla presa in carico della paziente attraverso l'analisi del tempo che intercorre tra l'accesso in triage generale e l'effettiva presa in carico, si osserva come per ognuno dei codici sopra riportati, i tempi sono sostanzialmente in linea con quanto riportato dalla normativa. Per quanto riguarda il codice colore assegnato in entrata presso il pronto soccorso pediatrico versus il codice colore attribuito dopo la valutazione ostetrico-ginecologica nell'ambulatorio dedicato, si può ragionevolmente ipotizzare che le diverse assegnazioni possano essere attribuibili alla presenza di una figura infermieristica dedicata al triage pediatrico piuttosto che un'ostetrica. Questo aspetto determina, una volta che la paziente giunge presso l'ambulatorio dedicato all'urgenza ed emergenza ostetrica, una reale presa in carico della stessa da parte del personale ostetrico e ginecologico e quindi una rivalutazione sulla base dell'effettiva condizione clinica che presenta.

Occorre ricordare, come riportato nella normativa di riferimento, che il codice rosso necessita di una presa in carico immediata della paziente; infatti, esso viene assegnato a una condizione clinica di severa compromissione materno-fetale. Come si evince dall'analisi dell'anno 2020, per il codice rosso in accesso emerge che il tempo di attesa medio non risulti pari a zero ma pari a 4 minuti; la riflessione che può scaturire da tale dato è dovuta al fatto che il triage pediatrico e l'ambulatorio emergenze-urgenze ostetriche si trovano su due diversi piani della struttura.

Alla luce dei dati presi in considerazione e di quanto fornisce la letteratura esistente in materia, occorre partire dal presupposto che in ambito ostetrico e ginecologico, le situazioni cliniche che possono presentarsi non costituiscono mai eventi completamente privi di rischio, in quanto la stessa gravidanza e il parto solo nel 85% dei casi sono a basso rischio e nel 15% essi possono essere caratterizzati e descritti dall'insorgenza di eventi avversi che costituiscono un vero e proprio fattore di rischio per la diade materno-fetale⁸. Al momento della valutazione di triage, in caso di paziente in gravidanza, sono due e non uno i soggetti da attenzionare (madre e feto). Tuttavia, come si evince dai dati analizzati, il codice colore assegnato in sede di triage generale durante la valutazione iniziale “sulla porta” della paziente da parte del personale infermieristico e non ostetrico nella maggior parte dei casi non viene riconfermato nel processo di rivalutazione successiva della paziente, la quale si fonda su un monitoraggio del benessere materno e fetale attraverso cardiocografia, visita ostetrica e valutazione ecografica da personale dedicato al servizio ostetrico-ginecologico, oltre al monitoraggio dei parametri vitali della paziente. Un altro aspetto che risulta evidente dall'analisi dei dati riguarda l'esito successivo alla valutazione medica delle pazienti che hanno fatto accesso al servizio di pronto soccorso ostetrico-ginecologico, che esita per la maggior parte “invio a domicilio” in ben oltre il 70% dei casi analizzati negli anni 2020 e 2021 e questo viene ancora una volta a sottolineare l'importanza del personale ostetrico dedicato, consentendo una valutazione a 360° della paziente, a dimostrazione di come il triage ostetrico ben organizzato e presieduto da una figura o un'equipe adeguatamente formata possa ridurre il numero dei ricoveri impropri ed essere un vero e proprio criterio selettivo per l'appropriatezza dei servizi erogati.

4.5 Riorganizzazione del triage Ostetrico-Ginecologico presso la sede di Torrette

Attraverso l'analisi bibliografica della letteratura esistente in materia, dei requisiti logistici, strutturali e della normativa, si è potuto riflettere approfonditamente sul ruolo della figura ostetrica che presta servizio in area di urgenza-emergenza. A tal proposito si è messo in luce che l'ostetrica debba acquisire e consolidare, oltre le competenze di base, accompagnate da responsabilità etiche e deontologiche, adeguate capacità di pianificazione, organizzazione, valutazione, comunicazione e relazione, raggiungibili mediante un percorso formativo specifico appositamente per il ruolo di triagista.

La realizzazione degli eventi formativi e di conseguenza la presenza di personale formato e dedicato a tale servizio rappresentano due requisiti irrinunciabili che accompagnano e sono alla base della riorganizzazione del pronto soccorso ostetrico-ginecologico, in previsione del futuro trasferimento del Presidio G. Salesi presso la sede di Torrette.

La progettazione del nuovo assetto organizzativo del triage ostetrico si fonda su un'attenta analisi dell'attuale contesto organizzativo presente nella SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia del Salesi, come riportato nei capitoli precedenti, mettendo in luce l'attuale logistica degli ambienti, il personale che gestisce l'ambulatorio emergenze-urgenze ed evidenziandone le principali criticità.

Da tale contesto emerge la necessità di istituire un nuovo triage ostetrico-ginecologico, gestito in maniera esclusiva da personale formato al fine di garantire uno standard di cure più appropriato, rappresentando quindi la base per una valida impostazione di un piano di assistenza per la precoce individuazione delle potenziali complicanze inerenti all'ambito ostetrico e ginecologico, rivolte in maniera specifica alla diade materno-fetale.

Nella nuova ottica riorganizzativa, la funzione di triage, fatto salvo il possesso delle competenze necessarie e del completamento del percorso formativo, sarà svolta a rotazione da tutto il personale ostetrico.

**Azienda Ospedaliero Universitaria
delle Marche**

**Dipartimento Materno Infantile
SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia**

**Organizzazione percorso di triage
ostetrico
con personale ostetrico dedicato h 24**

Progetto di miglioramento

-
- **Contesto operativo:** Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche, Presidio G. Salesi, Dipartimento Materno-Infantile, SOD Clinica di Ostetricia Ginecologia
 - **Responsabile del progetto:** da definire
 - **Referente del progetto:** da definire
 - **Redattore del progetto:** Stracquadanio Livia
-

FASI:	DESCRIZIONE:
<p data-bbox="274 286 539 376">IDEAZIONE DEL PROGETTO</p> <p data-bbox="274 454 595 763"><i>Bisogno riorganizzativo espresso dalle esigenze organizzative della SOD e aspetto motivazionale degli Operatori del Servizio coinvolti.</i></p>	<p data-bbox="614 286 1383 1037">Il “triage” è il sistema operativo del D.E.A. (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) e viene a definirsi come un processo decisionale complesso e dinamico, basato su metodo scientifico, che permette di stabilire la priorità di accesso alla visita nell’ambito dei Dipartimenti di Urgenza ed Emergenza (DEU), il cui fine non è quella di ridurre i tempi di attesa ma di ridistribuirli a vantaggio dei pazienti più critici grazie ad un sistema di codici di gravità/priorità. Esso si compone da un insieme di azioni necessarie a stabilire la priorità di accesso alla visita medica, per garantire una tempestiva assistenza a pazienti in condizioni di emergenza-urgenza nell’ambito di un'appropriata risposta ai bisogni e alle domande di salute del cittadino che si presenta in PS.</p> <p data-bbox="614 1115 1383 1480">Nello specifico, il triage ginecologico ostetrico è funzione dell’Ostetrica, volto alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica delle donne e dell’eventuale prodotto del concepimento, del loro rischio evolutivo, in grado di garantirne la presa in carico e definire l'ordine di accesso alla diagnostica ed al trattamento.</p> <p data-bbox="614 1503 1383 1809">Considerando che il contesto ostetrico-ginecologico viene a fondarsi su un concetto di rischio dinamico e mutevole sotto molteplici aspetti, ecco che nasce l’esigenza di implementare e riorganizzare nell’ambito della realtà lavorativa, il processo di triage in ambito ostetrico-ginecologico.</p> <p data-bbox="614 1832 1383 1980">Il triage ostetrico deve essere caratterizzato da un processo di rivalutazione continuo e dinamico, sempre associato a un’adeguata e continuativa sorveglianza ostetrica sia della</p>

donna in gravidanza che accede al Pronto Soccorso che delle condizioni del feto.

L'iter del Pronto Soccorso Ostetrico si configura come il percorso successivo all'accoglienza della paziente, comprensivo della visita medica e degli accertamenti diagnostici fino alla definizione dell'esito.

Il triage ostetrico-ginecologico è l'inizio del processo assistenziale, e una corretta valutazione del rischio è fondamentale. Ad essa deve seguire l'attivazione di specifici percorsi assistenziali orientati all'utilizzo della rete e caratterizzati da definite responsabilità cliniche e organizzative. La capacità di assegnazione dei codici-colori è un aspetto di qualità che caratterizza in particolare il triage e più in generale (insieme ad altri aspetti come l'efficienza e l'efficacia) la qualità del DEA. Secondo il proprio profilo professionale e il codice deontologico l'ostetrica ha il dovere giuridico di formulare una diagnosi e la responsabilità di gestire l'emergenza anche in assenza del medico. Nel processo diagnostico l'ostetrica/o identifica nella persona, osservata nella sua globalità, i bisogni e i problemi di salute della sfera fisica, psico-emotiva e sociale, che possono riguardare l'ambito ostetrico, ginecologico e neonatale correlandoli a situazioni potenzialmente patologiche. L'ostetrica quindi, avvalendosi delle conoscenze scientifiche, dell'esperienza, di tecniche e strumenti sanitari che gestisce in modo autonomo e responsabile, può formulare una diagnosi e possiede la professionalità per assistere con competenza la donna e il bambino in caso di emergenza, fino all'intervento del medico. In un pronto soccorso ostetrico-ginecologico gli strumenti fondamentali per aggiungere questo scopo sono la formazione e la valorizzazione dell'ostetrica/o

	<p>triagista e la formazione dell'équipe operativa nell'emergenza-urgenza.</p>
<p>SPECIFICAZIONE DEL CONTESTO</p> <p>AZIENDA:</p> <p>RESPONSABILE DEL PROGETTO:</p> <p>REFERENTE DEL PROGETTO:</p>	<p>A.O.U. delle Marche – Presidio G. Salesi.</p> <p>DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE – S.O.D. CLINICA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA.</p> <p>Da definire</p> <p>Da definire</p>
<p>AMBITO DI INTERVENTO:</p> <p>AREA DI SVILUPPO AFFRONTATA:</p> <p>PROBLEMA IDENTIFICATO:</p>	<p>Pronto Soccorso Ostetrico e Ginecologico – Triage Ostetrico.</p> <p>Manageriale e Organizzativa.</p> <p>Necessità di riorganizzare il servizio di triage ostetrico-ginecologico in previsione del trasferimento del P.O. Salesi presso la sede di Torrette.</p> <p>Necessità di formalizzare un percorso di triage ostetrico-ginecologico che preveda l'accesso diretto della paziente e la presa in carico della stessa da parte di personale ostetrico formato e dedicato ad esso operante su un turno di servizio h 24.</p>
<p>ANALISI QUALITATIVA DEL PROBLEMA</p>	<p>L'analisi del problema dal punto di vista qualitativo nasce da una valutazione dell'attuale organizzazione logistica-strutturale della SOD di riferimento e dalle principali problematiche suddivise in aree di interesse che concorrono</p>

e determinano la causa principale del problema, suddivise secondo quattro maxi-categorie:

ALLEGATO 1: Diagramma di Ishikawa

- Struttura e attrezzatura (*Machine*)
- Ambiente
- Personale (*Man*)
- Procedure ed organizzazione (*Methods*)

Il pronto soccorso ostetrico-ginecologico definito e individuato come ambulatorio urgenze-emergenze del Presidio G. Salesi dell'AOU delle Marche è attualmente ubicato al terzo piano, padiglione B ed è parte integrante della SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia.

In tale contesto, l'accoglienza della paziente ostetrica e ginecologica non avviene mediante un accesso diretto presso tale ambulatorio, bensì essa giunge al Pronto Soccorso Pediatrico, ubicato al piano terra della struttura dove ne viene registrato l'accesso. In questo momento l'infermiere triagista in servizio presso il pronto soccorso pediatrico attribuisce un codice colore iniziale alla paziente, valutando quanto viene riferito dalla paziente stessa, le condizioni cliniche generali osservabili alla prima valutazione "sulla porta" e i parametri vitali.

Una volta avvenuta la registrazione informatizzata dell'accesso sulla piattaforma informatica "Galileo Emergency" che riporta l'orario di arrivo della paziente e la diagnosi, la paziente viene inviata autonomamente o accompagnata in base alle condizioni cliniche in cui si trova, direttamente al terzo piano dove si trova l'ambulatorio delle urgenze/emergenze ostetrico ginecologiche. A questo punto la paziente, già inserita sul sistema informatico dedicato, viene accolta direttamente dallo specialista in ostetricia e ginecologia e dal medico in

	<p>formazione specialistica. Qui, inizia l’effettiva presa in carico della paziente, la valutazione e l’espletamento delle prestazioni mediche ed assistenziali necessarie (parametri vitali, visita ostetrica/ginecologica, ecografia, prelievo venoso, medicazione ferita chirurgica, cardiocografia).</p> <p>Il personale infermieristico ed ostetrico che presta servizio nell’ambulatorio urgenze ed emergenze non è esclusivamente dedicato a tale servizio in base alle necessità e previa richiesta del dirigente medico, intervengono una o più unità dalla dotazione organica del reparto di degenza.</p> <p>ALLEGATO 2: Analisi SWOT.</p>
<p>ANALISI QUANTITATIVA DEL PROBLEMA</p> <p>MODALITA’ SEGUITE PER LA PROGETTAZIONE (TAPPE):</p>	<p>Fonte di dati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi e valutazione dei requisiti e gli standard minimi strutturali e di sicurezza del Pronto Soccorso Ostetrico attraverso L.G. e normativa di riferimento. 2. Elenco e inquadramento competenze e responsabilità dell’ostetrica. 3. Programmazione di un percorso formativo per l’ostetrica triagista. 4. Progettazione di un nuovo modello di percorso di triage ostetrico nella sede di Torrette (previsione di trasferimento futuro). <p>Attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raccolta e analisi di dati inerenti al flusso di utenza riferiti all’anno 2020-2021 dell’ambulatorio urgenze-emergenze ostetriche della SOD di riferimento, categorizzazione degli stessi per codice colore, per tempi di attesa e principali diagnosi di accesso. • Analisi dei bisogni formativi del personale ostetrico dedicato al triage (questionari);

	<ul style="list-style-type: none"> • Programmazione e realizzazione dell'evento formativo in più edizioni con formatori certificati per garantire la massima adesione del personale turnista; • Analisi dei nuovi spazi, locali, dotazioni e strumentazioni tecnologiche a disposizione per il percorso di triage Ostetrico-Ginecologico presso la sede di Torrette (fase da sviluppare in seguito alla formalizzazione del trasferimento). <p>Considerando la numerosità di accessi rilevati negli anni di riferimento, la dotazione organica prevista dalla normativa nazionale di riferimento e l'attuale dotazione organica in servizio presso la SOD, si evince che il numero di cps ostetrica attualmente previsto dal Dipartimento Materno-Infantile è carente di sufficienti unità per garantire un turno h 24 di personale ostetrico dedicato a tale servizio in maniera esclusiva.</p> <p>ALLEGATO 3: Diagramma di GANTT.</p>
<p>TEMPI PREVISTI</p> <p>REVISIONE LETTERATURA</p>	<p>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linee d' indirizzo nazionali sul triage Intraospedaliero, Ministero della Salute, 2019. (consultato giugno 2022, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3145_allegato.pdf) • Crescini C, Ragusa A. Urgenze ed Emergenze in Sala Parto. Seconda edizione. Milano: Piccin editore; 2014: 9-10, 37-43. • Pronto Soccorso e DEA, Triage: nuova codifica di priorità e tempi di attesa, Ministero della Salute, 2 maggio 2022. (consultato giugno 2022, https://www.salute.gov.it/portale/prontoSoccorso/dettaglioContenutiProntoSoccorso.jsp?li)

	<p>ngua=italiano&id=1190&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto&tab=1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atto di Indirizzo e Coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria e di emergenza, Decreto del Presidente della Repubblica, 27 marzo 1992, Gazzetta Ufficiale 31 marzo 1992, n.76. (consultato luglio 2022, https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/DPR270392.pdf) • Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, Ministero della Salute, Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010. (consultato luglio 2022, https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto.spring;jsessionid=h4mL6rjFbcShuv6t8cpXKg**?id=36591) • Guana M, Cappadona R, Di Paolo A. La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione. Seconda edizione. Milano: McGraw-Hill editore; 2006: 7, 24-8, 603, 660-78. • Guana M, Lucchini F. Arte e scienza della midwifery. L'ostetrica oggi. Prima edizione. Roma: CIC Edizioni Internazionali; 1996: 140-59, 215-9. • Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto, Ministero della Salute, 2006. (consultato giugno 2022, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1334_allegato.pdf) • GFT Gruppo Formazione Triage Infermieristico. Il modello del Triage Globale. Valutazione di Triage
--	---

	<p>secondo il Modello Globale. In: Triage Infermieristico. Quarta edizione. Milano: McGraw-Hill editore; 2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raccomandazione Ministero della Salute n°15, febbraio 2013: “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all’interno del Pronto Soccorso”. • Linee di indirizzo per la definizione e l’organizzazione dell’assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO). • Accordo Stato–Regioni del 25 ottobre 2001, Linee Guida su Triage intraospedaliero- valutazione gravità all’ingresso e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza-urgenza sanitaria”. • Accordo Stato–Regioni del 1° agosto 2019, Linee Guida nazionali relative al Triage, all’Osservazione Breve Intensiva - OBI e per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso.
<p>DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI</p>	<p>OBIETTIVO GENERALE:</p> <p>Scopo del presente documento è la definizione e la progettazione di un percorso specifico per l’assistenza delle pazienti che accedono al Pronto Soccorso della Clinica di Ostetricia e Ginecologia con problematiche ostetriche e ginecologiche al fine di garantire un appropriato accesso alle cure in sicurezza ed in previsione del futuro trasferimento del SOD Clinica Ostetrica nel Presidio di Torrette.</p>
<p><i>I criteri di osservabilità e misurabilità dell’obiettivo sono stati rispettati definendo gli elementi su cui orientare la valutazione</i></p>	<p>OBIETTIVI SPECIFICI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analizzare e valutare i requisiti e gli standard minimi strutturali e di sicurezza del Pronto-Soccorso Ostetrico e la normativa di riferimento. • Elencare le competenze e le responsabilità della figura ostetrica che opera in area di Triage Ostetrico.

<i>intermedia e finale del progetto.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Progettare un percorso formativo specifico dedicato alla formazione di personale ostetrico in materia di triage. • Progettare un nuovo percorso di accesso presso il nuovo pronto soccorso ostetrico-ginecologico (sede di Torrette) a gestione del personale ostetrico dedicato. <p>ALLEGATO 4: Diagramma ad albero recante attività previste correlate a risorse e ostacoli, reali e potenziali.</p>
CAMPO DI APPLICAZIONE	La seguente procedura viene applicata presso il Pronto Soccorso Ginecologico Ostetrico nella SOD Clinica di Ostetrica e Ginecologia del Presidio G. Salesi, del Dipartimento Materno-Infantile dell’AOU delle Marche.
Risultati attesi <ul style="list-style-type: none"> ○ per gli Utenti ○ per gli Operatori 	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare la qualità assistenziale e relazionale attraverso la presa in carico della persona assistita (paziente ostetrica). • Migliorare la soddisfazione delle persone assistite. • Aumentare la motivazione professionale del personale.
INDICATORI	ALLEGATO 5: Tabella indicatori.
ORGANIZZAZIONE DELL’ATTIVITA’ DI TRIAGE	Il triage ostetrico è una funzione effettuata da un'ostetrica, professionista sanitario abilitato e responsabile dell'assistenza ostetrica ginecologica e neonatale, con specifica formazione volta alla corretta valutazione delle condizioni cliniche della donna per situazioni legate alla sfera ostetrico-ginecologica.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA' IN TRIAGE:			
CHI FA IL TRIAGE OSTETRICO?			
ATTIVITA'	OSTETRICA	MEDICO SPECIALISTA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA	OSS
Accoglienza e presa in carico	X		
Assegnazione codice di priorità	X		
Diagnosi		X	
Prescrizione esami		X	
Esecuzione esami strumentali, laboratorio.	X		
Ricovero		X	
Dimissione		X	
Supporto alle attività assistenziali			X
CAMPI DI RESPONSABILITA'			
PROTOCOLLI	<p>Il nuovo percorso di triage deve disporre di protocolli elaborati ad hoc da un gruppo interdisciplinare (medici ed infermiere/ostetriche esperti) ed adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte.</p> <p>Il sistema di protocolli deve essere articolato per sintomi principali, deve prevedere criteri di valutazione per le situazioni sintomatologiche che con maggior frequenza si presentano, deve essere aggiornato alle migliori evidenze scientifiche del momento e si adatta alle specificità del contesto al quale si riferisce. L'utilizzo di software per l'espletamento della funzione di triage e la registrazione dei dati in essa rilevati deve consentire il rispetto dei criteri contenuti nei protocolli e dei compiti assegnati all'Infermiere/ostetrica di Triage.</p>		
ELENCO ATTIVITA' <i>Individuazione delle attività e strategie sulla</i>	<p>- Erogazione del percorso formativo secondo gli standard e i criteri previsti dal GFT.</p>		

<p><i>base delle priorità emerse e sul giudizio degli operatori coinvolti nel gruppo di lavoro.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione risorse ostetriche formate a disposizione e elaborazione dei piani di lavoro: n. 6 unità da assegnare alla turnazione h 24. <p>La normativa nazionale sul triage (Linee d' indirizzo nazionali sul triage Intraospedaliero, Ministero della Salute, 2019) prevede 1 unità dedicata per il servizio di triage in presidi con accessi < 25.000 annui.</p> <p>La normativa non distingue il livello ospedaliero previsto dai reparti di ostetricia e ginecologia, quindi, andrebbe anche considerato anche il livello di complessità assistenziale erogata.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione dei piani di lavoro delle ostetriche triagiste dedicate a tale servizio che verranno modificati sulla base della nuova organizzazione - Elaborazione/revisione dei protocolli e procedure operative necessarie - Incontro con il personale Ostetrico per condivisione dei nuovi piani di lavoro e dei protocolli e successiva stesura definitiva. <p>L'organico di PS prevedrà un numero di ostetriche adeguate a quantità e competenza per la realizzazione dell'attività di Triage secondo il modello ed i criteri sopra descritti. Oltre al personale ostetrico è necessario prevedere personale di supporto in base ai modelli organizzativi esistenti. Si raccomanda che la funzione di Triage sia svolta a rotazione</p>
---	---

	da tutto il personale del PS in possesso dei requisiti specifici.
AMBIENTI E LOGISTICA	<p>Nel nuovo PS deve essere presente un locale di Triage adibito a tale funzione, collocato in posizione attigua agli ingressi del PS e centrale rispetto alle sale visita, in grado di permettere l'espletamento della prima valutazione nel rispetto della riservatezza del paziente.</p> <p>I locali di attesa devono permettere una sorveglianza a vista di tutte le persone presenti e possibilmente prevedere aree dedicate ai pazienti che necessitano di maggiore sorveglianza.</p>
SPAZIO OBI	<p>L'O.B.I. ha la finalità di un rapido inquadramento diagnostico e terapeutico della paziente, in genere non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24 ore, per identificare l'appropriatezza del ricovero e della sua sede, o della dimissione. Esso prevede un apposito spazio attiguo e comunicante allo spazio dedicato al triage, al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • possibilità di accedere ad indagini diagnostiche strumentali in maniera continuativa nelle 24 ore; • livello assistenziale e organizzativo tale da garantire visite, ammissioni e dimissioni tempestive; • formalizzazione e regolamentazione esplicita dell'attività (autorizzazione aziendale, definizione del numero di Posti Letto di O.B.I., adozione di documenti, protocolli e linee guida comportamentali per la definizione dei livelli di gravità e dei percorsi diagnostico terapeutici conseguenti, ecc.); • documentazione dell'attività (compilazione di cartella clinica di O.B.I.); <p>L'istituzione dell'O.B.I. mira quindi a:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • evitare ricoveri ordinari non necessari o inappropriati fin dalla ammissione; • assicurare condizioni di sicurezza per l'osservazione di casi non critici senza dover ricorrere al ricovero ordinario; • evitare dimissioni improprie dal P.S.
ANALISI DI FATTIBILITA'	<p>Rispetto agli obiettivi generali e specifici prefissati e alle relative attività programmate si mettono in evidenza tutte le risorse disponibili sia reali che potenziali, all'interno del contesto operativo considerato, valutando e mettendo in luce anche i vantaggi e i potenziali ostacoli che emergono.</p> <p>ALLEGATO 6: Stima di fattibilità</p> <p>ALLEGATO 7: Stima di costi e budget</p>
VERIFICA DELL'INTERVENTO <i>Modalità e strumenti di verifica.</i>	<p>La verifica dell'intervento è misurabile e valutata in rapporto a ciascun obiettivo specifico.</p> <p>Risorse Umane: (requisiti conformi alla normativa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personale ostetrico formato dedicato all'attività di triage h 24 (1 unità per turno lavorativo/8 h) • Medico specialista in ostetricia e ginecologia • OSS di supporto alle attività ostetriche assistenziale 6 unità/h24 • Responsabile del progetto • Coordinatore del progetto • Redattore del progetto <p>Risorse Materiali: (requisiti conformi alla normativa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spazi dedicato e riservato all'espletamento di tale servizio nella nuova sede di Torrette • Setting previsto per il triage logisticamente e strutturalmente conforme alle normative vigenti • Materiali, e dotazioni logistiche e tecnologiche riservate all'espletamento di tale servizio (ecografo dedicato,

cardiotocografia dedicata, lettino da visita dedicato, paravento, etc.) secondo quanto previsto dalla normativa e dai requisiti nazionali.

Risorse tecniche/organizzative:

- Gruppo di lavoro per la pianificazione delle attività formative (eventi/edizioni) e l'individuazione dei soggetti responsabile della conduzione di tali eventi
- Gruppo di personale c.p.s. ostetriche coinvolte nel percorso formativo previsto su più edizioni
- Gruppo di lavoro per introdurre il nuovo percorso di triage e la stesura di relativo protocollo
- Gruppo di lavoro per la definizione dei nuovi piani di attività.

Strumenti di verifica del progetto:

- Verifica intermedia del progetto
- Verifica e valutazione finale del progetto.

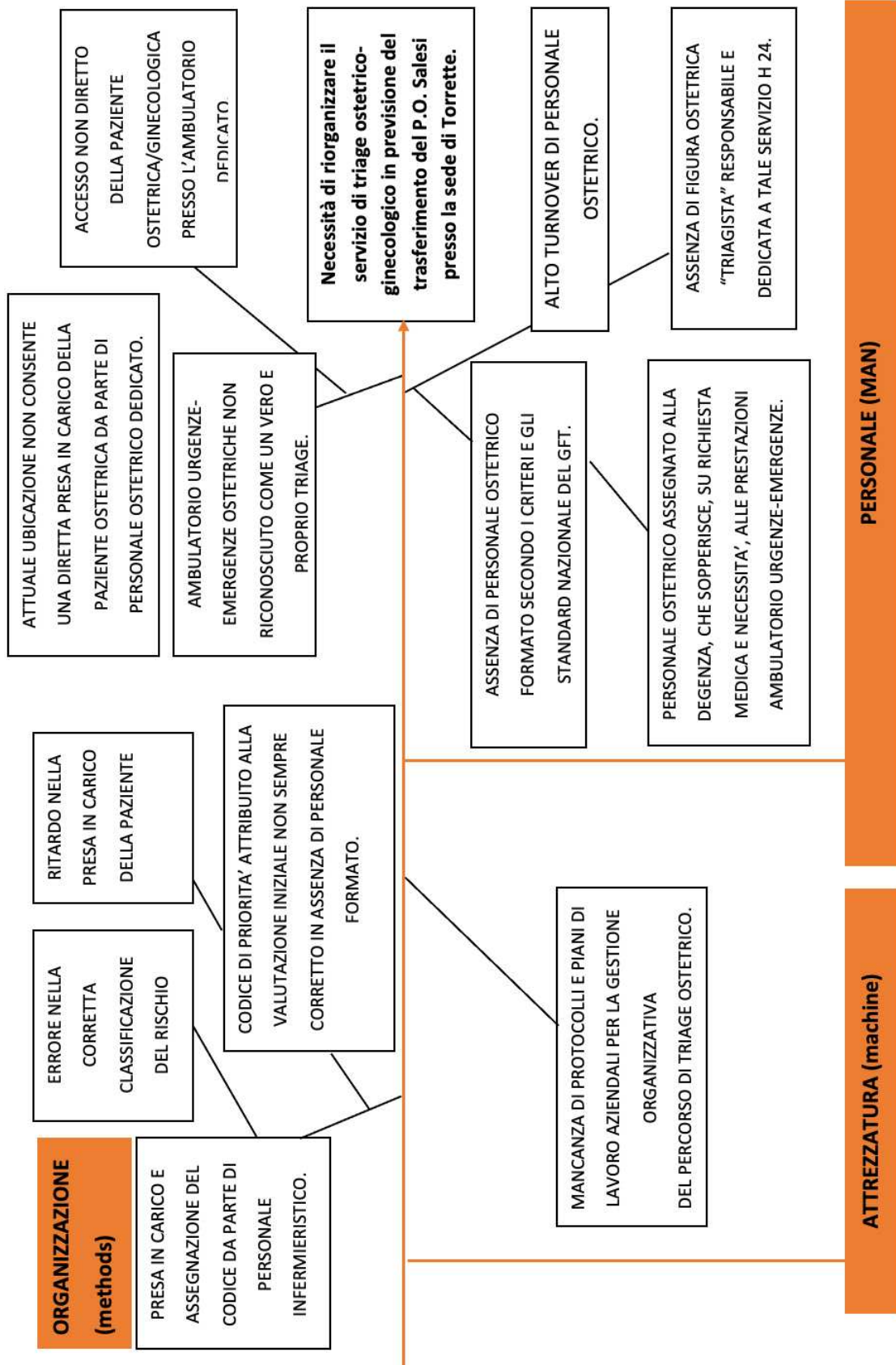
Modalità di verifica del progetto:

- *Verifica e analisi iniziale:* fabbisogno formativo del personale coinvolto nel percorso di formazione (questionario risposta multipla), rivolto al personale ostetrico, allo scopo di comprendere e valutare quale sia la percezione da parte del personale ostetrico sulla figura dell'ostetrica triagista. Attraverso tale questionario si vuole comprendere la competenza individuale nella gestione delle condizioni di emergenza ed urgenza, a partire dalla propria esperienza personale attuale e pregressa.
- *Verifica intermedia del progetto:* monitoraggio circa l'andamento del percorso formativo e della

	<p>progettazione del nuovo percorso di triage in previsione del trasferimento, considerando gli aspetti strutturali e logistici della struttura di Torrette ed i relativi dispositivi materiali a disposizione.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Verifica e valutazione finale:</i> raggiungimento degli standard ottimali prefissati nell’ottica del raggiungimento di un benessere organizzativo della SOD attraverso la creazione di un percorso di triage specifico e dedicato alla paziente ostetrico-ginecologica e la conduzione di un percorso formativo che conduca alla certificazione di personale ostetrico formativo per presidiare autonomamente e responsabilmente tale servizio.
ANALISI DEI RISCHI	<p>Le conseguenze della non attuazione del progetto sono riferibili potenziali ostacoli che potrebbero interferire con l’attuazione del progetto e dell’evento formativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà nell’assunzione di personale dedicato a tale servizio. • Resistenza e malcontento al cambiamento da parte di personale che ha sempre lavorato in un determinato contesto organizzativo • Difficoltà nella realizzazione del percorso formativo specifico (reperimento formatori, turnover del personale, disponibilità di tempi e spazi adeguati, insufficienza di risorse economiche) • Effettivo completamento e allestimento degli spazi e dei locali presso la sede di Torrette da adibire e dedicare alla SOD.
ESECUZIONE E CONTROLLO	<p>Avvio ed attuazione delle attività previste dal progetto.</p> <p>I responsabili, i referenti ed i formatori coinvolti nella realizzazione del progetto ed il coordinatore dello stesso attueranno una funzione motivazionale, di supervisione e</p>

	<p>supporto ai professionisti coinvolti per garantire il raggiungimento degli obiettivi nei tempi previsti dal diagramma di Gantt e dal piano delle attività.</p>
VALUTAZIONE	<p>Verifica e valutazione dei dati raccolti, delle risorse, degli spazi a disposizione.</p> <p>Durante tutta la durata del progetto si procede alla verifica periodica circa il raggiungimento degli obiettivi prefissati per stabilire come e se essi siano stati raggiunti e siano coerenti con quanto prefissato ed individuato a priori dall'obiettivo generale e dai singoli obiettivi specifici al tempo stesso si evidenziano eventuali correttivi.</p> <p>La verifica periodica degli obiettivi specifici si attua grazie a una costante valutazione delle risorse a disposizione reali e potenziali e a sua volta presuppone anche che ogni obiettivo e attività sia condizionata dalla precedente ed influenzi quella successiva.</p>
COMUNICAZIONE E COINVOLGIMENTO SUL PROGETTO	<p>Il Responsabile che guiderà la realizzazione del progetto, gli incaricati, i formatori, i referenti analizzano, discuteranno e proporranno i risultati del progetto al gruppo ostetrico tramite una o più riunioni nelle quali saranno fornite schede sintetiche riportanti i risultati del progetto al fine di informare il gruppo di lavoro sull'andamento e sull'esito del percorso di progettazione in correlazione all'erogazione degli eventi formativi. Tali risultati uniti ad un riscontro in termini di gradimento da parte del personale ostetrico del comparto direttamente coinvolto nel piano formativo saranno forniti anche al Dirigente delle Professioni Sanitarie Area Infermieristica ed Ostetrica e all'Ufficio Formazione Aziendale.</p>
<p>La durata totale del progetto non è attualmente definibile. Esso parte già dalla sua ideazione e terminerà all'effettiva attivazione del servizio di triage presso la nuova sede della quale ad oggi non si conoscono i tempi certi di completamento.</p>	

Allegato 1 progetto: DIAGRAMMA ISHIKAWA



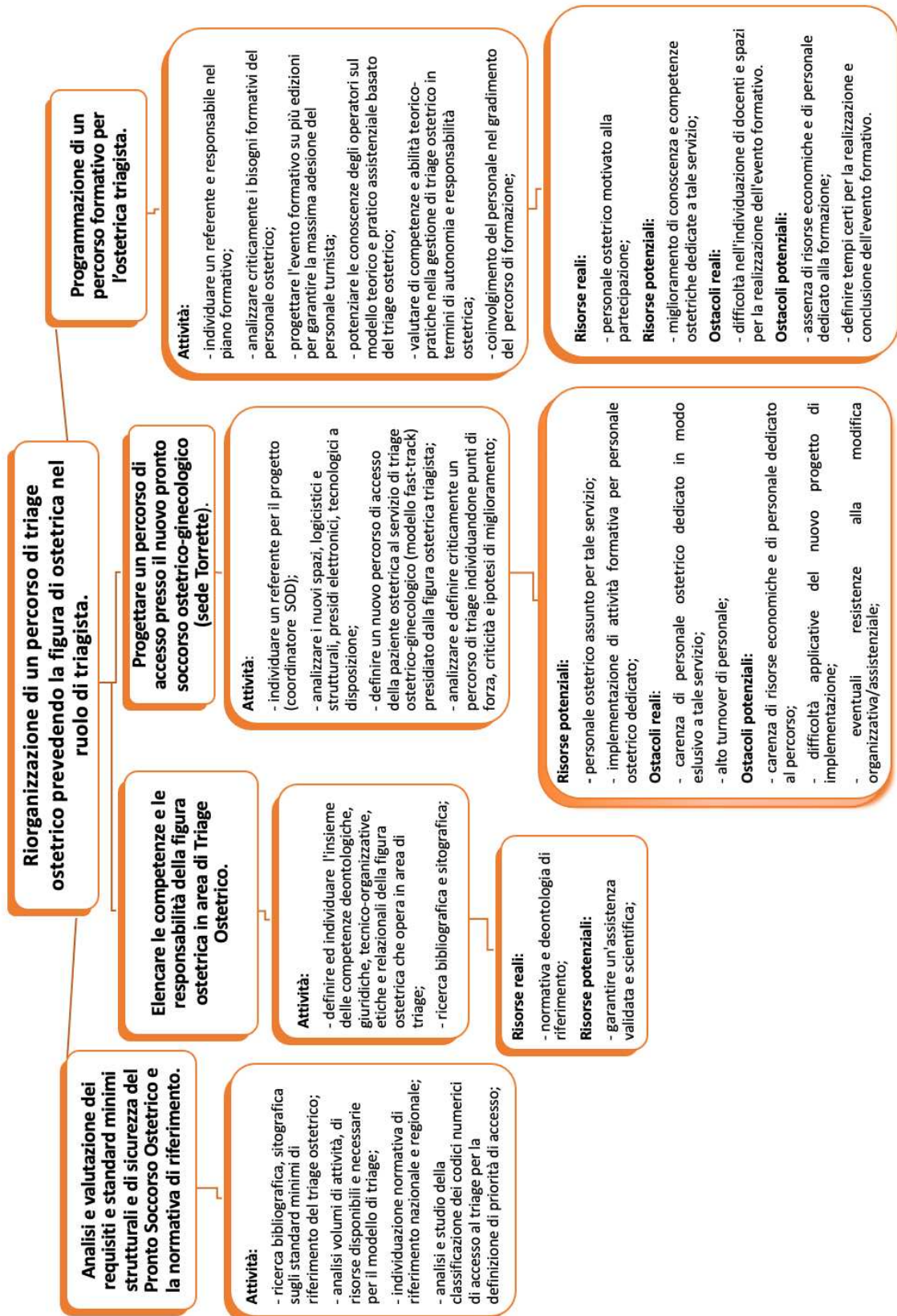
Allegato 2 progetto: ANALISI MATRICE SWOT

<p>PUNTI DI FORZA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivazione del personale giovane neoassunto all'implementazione riorganizzativa dell'assetto del triage nella gestione di urgenza ed emergenza; ▪ Favorire la presa in carico della paziente ostetrico-ginecologica direttamente dal personale ostetrico dedicato; ▪ Miglioramento della qualità assistenziale offerta, l'assistenza e la sicurezza alla paziente ostetrico-ginecologica aumentando l'efficacia metodologica ed organizzativa; ▪ Diminuzione del carico di lavoro per il personale che presta servizio in degenza; 	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caratteristiche logico-strutturali del presidio G. Salesi ove ubicato attualmente l'ambulatorio di urgenze ed emergenze non adatto a tale percorso; ▪ Mancanza/carenza di dispositivi e presidi dedicati al servizio di triage ostetrico-ginecologico; ▪ Personale ostetrico non adeguatamente formato per espletamento di tale servizio; ▪ Elevato turnover di personale ostetrico; ▪ Carenza di personale ostetrico da poter dedicare a tale servizio e di personale di supporto; ▪ Resistenza da parte di personale che ha sempre lavorato in un determinato contesto organizzativo;
<p>OPPORTUNITA':</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La letteratura riporta esiti positivi nella corretta classificazione del rischio ostetrico e gestione di triage da parte di personale ostetrico formato; ▪ Modelli di riferimento altre U.O. del percorso (tipo fast-track) per l'accoglienza e la presa in carico della paziente ostetrica attraverso percorso di triage dedicato; ▪ Definizione di un percorso di presa in carico specifico e dedicato sulla base di protocolli definiti per un benessere riorganizzativo della SOD; ▪ Previsione di trasferimento previsto del dipartimento materno-infantile presso la sede di Torrette, e ridefinizione dell'assetto logistico; 	<p>MINACCE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Progetto ambizioso: difficoltà nella progettazione dei tempi e degli spazi previsti per il percorso formativo specifico per la formazione dell'ostetrica triagista; ▪ Tempi lunghi per la conduzione dell'evento formativo; ▪ Difficoltà nel reclutamento di formatori certificati responsabili dell'evento formativo;

Allegato 3 progetto: DIAGRAMMA DI GANTT

Pianificazione delle tempistiche di realizzazione del progetto												
Anno 2022												
	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto
Analizzare e valutare i requisiti e gli standard minimi strutturali e di sicurezza del Pronto-Soccorso Ostetrico e la normativa di riferimento.												
Elencare le competenze e le responsabilità deontologiche, giuridiche, tecnico-organizzative, etiche e relazionali della figura ostetrica che opera in area Triage Ostetrico.												
Anno 2022					Anno 2023							
	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto
Progettare eventi formativi specifici per l'ostetrica triagista.												
Progettare il nuovo percorso di pronto soccorso ostetrico-ginecologico (previsione trasferimento sede di Torrette).												

Allegato 4 progetto: DIAGRAMMA AD ALBERO



Allegato 5 progetto: TABELLA INDICATORI

Obiettivo generale: ▪ Finalità generali ▪ Tipo di approcci ▪ Destinatari	Progettare un percorso specifico per l'assistenza delle pazienti che accedono al Pronto Soccorso della Clinica di Ostetricia e Ginecologia in stato di gravidanza o con problematiche ostetriche e ginecologiche al fine di garantire un appropriato accesso alle cure in sicurezza. Requisito indispensabile di tale progetto è la pianificazione di un percorso formativo che consenta l'acquisizione di conoscenze e competenze specifiche per la corretta gestione del triage ostetrico. Criterio di processo: manageriale – organizzativo. Personale ostetrico che sarà impiegato nell'erogazione di tale servizio.				
Obiettivi specifici:	Criterio di qualità attesa	Indicatore output	Valore standard	Indicatore out come	Valore standard
Formazione di personale dedicato al servizio di triage	N° personale formato/ N° cps Ostetriche in servizio	- Analizzare criticamente i bisogni formativi; - Potenziare le conoscenze degli operatori sul triage ostetrico;	Autonomia e responsabilità nel triage ostetrico. 100%	- Programmazione; - Progettazione; - Realizzazione delle attività formative; - Valutazione di competenze e abilità;	Ostetrica formata seconda la normativa al triage ostetrico. 100%
Adeguamento dotazione organica e attivazione del servizio	N° 6 ostetriche turniste h 24 dedicate / N° cps Ostetriche in servizio	Adeguamento pianta organica e relative nuove assunzioni	100%	Rotazione del personale formato al triage	Ostetrica dedicata h 24 al triage. 100%

Allegato 6 progetto: ANALISI DI FATTIBILITA'

ANALISI DI FATTIBILITA' DEL PROGETTO FORMATIVO						
Risorse e Ostacoli						
	Risorse Necessarie	Risorse Disponibili	Risorse Attivabili	Ostacoli Reali	Ostacoli Potenziali	Soluzioni
Percorso di triage presso il nuovo pronto soccorso ostetrico-ginecologico (sede Torrette).	<ul style="list-style-type: none"> - Referente e responsabile nella progettazione. - Reclutamento di personale ostetrico dedicato h 24. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione specifica del personale dedicato. - Setting e contesto per l'attivazione del percorso di triage adeguato ed in linea con gli standard normativi previsti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nuovi materiali, ambiente e servizi tecnologici dedicati al servizio (planimetria). - Personale ostetrico formato per un percorso di triage con accesso diretto alla paziente ostetrica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inadeguatezza di spazi attuali e materiali da dedicare. - Assenza di personale ostetrico dedicato ed esclusivo per realizzazione tale percorso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resistenze alla modifica organizzativa/ assistenziale finora esistente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Assunzione di personale ostetrico dedicato e formato al triage h 24. - Nuovo setting previsto per la SOD Clinica Ostetrica – Ginecologica presso la sede di Torrette.

Percorso formativo per l'ostetrica triagista.	<ul style="list-style-type: none"> - Referente e responsabile nella formazione. - Personale ostetrico da dedicare alla formazione. - Disponibilità e motivazione al cambiamento da parte del personale più giovane. - Programmazione specifica e dettagliata con diagramma di Gantt e schema di responsabilità. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fabbisogno formativo e motivazione del personale. - Spazi ed aule dedicate all'evento formativo. - Scelta di formatori certificati esperti sulla gestione del rischio e gestione del triage ostetrico. - Materiale di supporto per l'evento formativo. - Possibilità di pianificare e programmare edizioni formative e tempistiche previste per ogni evento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Team di formatori certificati ed esperti. - Didattica frontale a piccoli gruppi, FSC e training individualizzato. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilità di spazi ed aule dedicate all'evento formativo. - Disponibilità e motivazione del personale alla realizzazione del progetto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà nella pianificazione e programmazione dell'evento formativo. - Previsione di tempi non congrui per la conclusione della formazione. - Scarsità di coinvolgimento e motivazione da parte del personale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programmazione definita e dettagliata degli eventi formativi previsti, anche a lungo termine. - Sessioni formative teoriche-pratiche.
--	---	--	--	---	---	--

Allegato 7 progetto: SCHEDA BUDGET

VOCI DI SPESA	TOTALE
1. Personale ostetrico da dedicare al servizio di triage: - Costo orario c.p.s. ostetrica. - Numero ostetriche aggiuntive sulla pianta organica del personale: 6. (1 ostetrica per ogni turno di lavoro da 8 h).	- Costo unitario per ostetrica x 8 h (turno lavorativo). (6 ostetriche)
	€
2. Gruppi formazione: Gruppi di formazione didattica durata 16 h per ogni edizione formativa con un numero di partecipanti previsto di 25 ostetriche (didattica frontale) e 5-6 ostetriche (didattica attiva – interattiva) /1 formatore. - Costo orario per partecipante. - Numero incontri previsti 2: durata singolo incontro 8 h (totale 16 h).	Costo gruppo di formazione didattica frontale: Costo unitario x n° ostetriche partecipanti.
	€
3. Compenso Formatori certificati (docenti) responsabili dell'evento formativo: - Costo unitario per formatore. - Numero incontri previsti per ogni gruppo: 2. - Totale orario previsto h 16 (ogni incontro 8 h). - Personale ostetrico da formare: n° ostetriche da destinare al triage.	- Costo unitario per singola sessione formativa. - Costo totale per intera sessione formativa: (n° edizioni previste per il personale da formare)
	€
4. Personale ostetrico del comparto e coordinatore responsabile del progetto dedicato alla raccolta e valutazione e verifica itinerante dell'andamento degli eventi formativi:	Costo stimato per raccolta e valutazione dei dati.
	€
5. Accreditemento ECM per il personale ostetrico che partecipa al corso di formazione.	€
	€
6. Allestimento di spazi e aule adeguato alla realizzazione di eventi formativi e aule: L'allestimento di tale spazio sarà realizzato utilizzando le risorse materiali, tecniche e strumentali già presenti all'interno della SOD Ostetricia e Ginecologia del Dipartimento Materno – Infantile o ove occorra appartenenti al contesto di formazione universitaria della scuola di specializzazione.	Costo stimato: - 0 €
	€
7. Varie ed eventuali.	Costi stimati non preventivati.
	€
TOTALE	€

5. Conclusioni

Alla luce di quanto riportato in letteratura e nelle fonti bibliografiche prese in esame, si può concludere che il triage ostetrico-ginecologico rappresenta un complesso processo classificativo del rischio che svolge un ruolo essenziale in quanto costituisce in maniera esclusiva l'inizio del processo assistenziale e della presa in carico verso la paziente ostetrica. In modo particolare, considerando che nell'ambito ostetrico le urgenze ed emergenze sono spesso caratterizzate da un'insorgenza improvvisa ed in molti casi imprevedibile, il triage ostetrico richiede una grande competenza professionale per individuare tempestivamente situazioni potenzialmente a rischio, pur in assenza di segni clinici evidenti.

In ambito ostetrico le attività assistenziali e di ricovero sono scarsamente programmabili, in quanto correlate all'evento parto o al sopraggiungere di complicanze in gravidanza. Ne deriva che la maggior parte dei ricoveri ordinari provengono da un accesso in regime di pronto soccorso. Con il passare degli anni, questo fatto ha determinato una vera e propria esigenza di istituzionalizzare il processo di triage in ambito ostetrico-ginecologico, considerandolo un requisito fondamentale per la tutela della salute materno-fetale. Avendo preso in considerazione la realtà del Presidio G. Salesi, il servizio di triage è garantito in modo continuativo nell'arco delle 24 ore da personale dedicato che garantisce il rispetto, secondo i criteri nazionali, delle esigenze degli assistiti e del contesto operativo.

Attraverso la progettazione del percorso formativo volto alla formazione della figura ostetrica dedicata al triage, si è potuto riflettere sul ruolo irrinunciabile che tale figura presta in area di urgenza-emergenza mettendo in luce le conoscenze, competenze e responsabilità che le appartengono e che il percorso formativo mira a far acquisire ed approfondire. L'ostetrica triagista è responsabile dell'effettiva presa in carico della paziente, sapendo riconoscere e gestire in equipe l'urgenza e l'emergenza in funzione del bisogno di salute e assistenziale della paziente considerando anche le possibili complicanze e conseguenze. A tal proposito, occorre sottolineare come la specificità del percorso formativo costituisce un aspetto irrinunciabile per la progettazione di un percorso di accesso diretto e di una presa in carico della paziente ostetrica da parte di personale formato e dedicato. Lo studio e l'analisi dei flussi e della numerosità degli accessi del pronto soccorso ostetrico-ginecologico del Presidio ospedaliero G. Salesi hanno consentito di

analizzare quanto delicate e variabili siano le situazioni cliniche che appartengono alla paziente in gravidanza e al feto, le quali presentano delle caratteristiche che richiedono specifiche attenzioni, in quanto talvolta, anche in assenza di segni clinici evidenti, è estremamente importante non sottovalutare quanto la paziente riferisce.

Considerando l'importanza di avere personale ostetrico dedicato alla funzione di triage per garantire ed assicurare un'adeguata presa in carico della paziente e valutando l'attuale organizzazione del P.O. Salesi, si è evidenziata la necessità di formalizzare un percorso di triage ostetrico-ginecologico che preveda l'accesso diretto della paziente e la presa in carico della stessa da parte di personale ostetrico formato e dedicato ad esso, operante su un turno di servizio h 24. Alla base di tale progetto di miglioramento organizzativo risulta fondamentale che la figura ostetrica ad esso dedicata sia in possesso di adeguate capacità di pianificazione, organizzazione, valutazione e comunicazione acquisite mediante un percorso formativo specifico.

In conclusione, è auspicabile che il modello di progettazione proposto sia un riferimento per la futura implementazione sebbene risulti estremamente complesso definire con esattezza i tempi necessari, in quanto correlati alla effettiva realizzazione della nuova struttura che dovrà ospitare il Presidio Salesi presso la sede di Torrette ed alle potenziali difficoltà legate alla carenza di personale ostetrico assegnato.

6. Bibliografia e sitografia

1. Linee d' indirizzo nazionali sul triage Intraospedaliero, Ministero della Salute, anno 2019. (disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3145_allegato.pdf, consultato aprile 2023)
2. Pronto Soccorso e DEA, Triage: nuova codifica di priorità e tempi di attesa, Ministero della Salute, 2 maggio 2022. (disponibile all'indirizzo: <https://www.salute.gov.it/portale/prontoSoccorso/dettaglioContenutiProntoSoccorso.jsp?lingua=italiano&id=1190&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto&tab=1>, consultato giugno 2023)
3. Crescini C, Ragusa A. Urgenze ed Emergenze in Sala Parto. Seconda edizione. Milano: Piccin editore; 2014: 9-10; 37-43.
4. Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, Ministero della Salute, Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010. (disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1.jsp?menu=salastampa&id=3147 consultato dicembre 2022).
5. Guana M, Lucchini F. Arte e scienza della midwifery. L'ostetrica oggi. Prima edizione. Roma: CIC Edizioni Internazionali; 1996: 140-59, 215-9.
6. Atto di Indirizzo e Coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria e di emergenza, Decreto del Presidente della Repubblica, 27 marzo 1992, Gazzetta Ufficiale 31 marzo 1992, n.76. (disponibile all'indirizzo: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/DPR270392.pdf>, consultato ottobre 2022)
7. <https://triage.it/index.php/definizione#storia> (consultato marzo 2023)
8. https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto.spring;jsessionid=h4mL6rjFbcShuv6t8cpXKg**?id=36591) (consultato marzo 2023)
9. Guana M, Cappadona R, Di Paolo A. La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione. Seconda edizione. Milano: McGraw-Hill editore; 2006: 7, 24-8, 603, 660-78.

10. Codice Deontologico della Professione Ostetrica - Testo approvato dalla Commissione e dal CC FNOPO, TITOLO II e TITOLO III, data 01/2021. (disponibile all'indirizzo: <https://fnopo.it/custom/fnopo/writable/news/CD%20FNOPO-approvato%20dal%20CC.pdf>, consultato marzo 2023)
11. Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto, Ministero della Salute, 2006. (disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1334_allegato.pdf, consultato giugno 2022)
12. GFT, Gruppo Formazione Triage Infermieristico. Il modello del Triage Globale. Valutazione di Triage secondo il Modello Globale. In: Triage Infermieristico. Quarta edizione. Milano: McGraw-Hill editore; 2019.
13. Atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema d'emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992 - punto 3 funzione di triage (G.U. n. 114 del 17/05/1996)
14. Atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza" del 22 maggio 2003 (G.U. n.196 del 25/08/2003). Regolamento. concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere/ostetrica. D.M.S. n. 739 del 14 settembre 1994 (G.U. n. 6 del 9/1/1995) Art. 1, comma 3. (consultato febbraio 2023)
15. <https://triage.it/> (consultato maggio 2023)
16. Decreto Ministeriale n° 740/1994 – Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o. (disponibile all'indirizzo https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1995-01-09&atto.codiceRedazionale=095G0002, consultato marzo 2023)
17. Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Coordinamento Nazionale Triage: Linee di indirizzo per il triage in pronto soccorso; Monitor - Agenas; 2012; numero 29: 44-53. (disponibile all'indirizzo: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/Monitor_29.pdf, consultato maggio 2023)

18. Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio – BRO – 2017. (consultato maggio 2023)
19. Atto di intesa Stato e Regioni (aprile 1996 – G.U. 17/05/1996) di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 76/1992. (disponibile all'indirizzo: Atto di intesa Stato e Regioni (aprile 1996 - G.U. 17/05/1996) di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 76/1992, consultato febbraio 2023)
20. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica". (Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000)

ALLEGATO 1

Questionario rivolto al personale Ostetrico-Infermieristico della S.O.D. clinica di Ostetricia e Ginecologia Presidio G. Salesi.

La percezione del ruolo dell'ostetrica triagista.

Il questionario in oggetto si rivolge al personale infermieristico-ostetrico prestante servizio nella SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia. Lo scopo vuole essere comprendere e valutare quale sia la percezione da parte del personale ostetrico ed infermieristico in merito alla figura dell'ostetrica triagista. Attraverso tale questionario si vuole comprendere la competenza individuale nella gestione delle condizioni di emergenza ed urgenza, a partire dalla propria esperienza personale attuale e pregressa.

I dati raccolti saranno utilizzati per finalità esclusivamente di ricerca e non commerciali, in forma aggregata ed anonima, nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 196/2003), aggiornato con il nuovo decreto legislativo (D.lgs. 101/2018) di adeguamento della disciplina italiana al regolamento europeo sulla privacy. (Reg UE. N. 679/2016; GDPR)

SEZIONE ANAGRAFICA:

Professione sanitaria di appartenenza:

- Infermiere/a
- Ostetrico/a

Formazione professionale di base:

- Scuole per le professioni sanitarie (ante Lex 341/90: “Riforma degli ordinamenti didattici”);
- Diploma universitario (DU) (vecchio ordinamento riforma universitaria contenuta nel DM 509/1999);
- Diploma di Laurea triennale (L/SNT1 - CLASSE DELLE LAUREE IN PROFESSIONI SANITARIE);

Area lavorativa:

- Degenza ostetrica e ginecologica I piano;
- Degenza ostetrica e ginecologica III piano;
- Ambulatorio/Casa Maternità;
- Sala Parto;
- Altro: ____

Età: ____

Anni di servizio in questa SOD: ____

Anni di servizio totali: ____

I SEZIONE:

- 1) Quanto pensi che sia importante la presenza di un'ostetrica dedicata in modo esclusivo al servizio di Pronto Soccorso Ostetrico-ginecologico (dal triage alla dimissione/ricovero in degenza)?**

Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
-----------	------	------------	-------	------------

- 2) Ritiene che la figura dell'ostetrica triagista debba ricevere uno specifico percorso formativo?**

Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
-----------	------	------------	-------	------------

- 3) Secondo lei, la presenza della figura ostetrica assegnata al servizio di Pronto Soccorso ridurrebbe l'errore nell'assegnazione del codice di priorità di accesso alla paziente ostetrica?**

Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
-----------	------	------------	-------	------------

- 4) Secondo lei, la presenza di un'ostetrica assegnata e dedicata al servizio di Pronto Soccorso Ostetrico-ginecologico migliorerebbe la successiva presa in carico della paziente in degenza?**

Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
-----------	------	------------	-------	------------

II SEZIONE:

Sezione dedicata esclusivamente al personale c.p.s. Ostetrica:

1) Alla luce della sua esperienza lavorativa, ritiene di essere in possesso di adeguate conoscenze e competenze:

- per attribuire correttamente un codice di triage all'ingresso:

Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
-----------	------	------------	-------	------------

- per gestire correttamente l'assistenza della paziente che è in carico al Pronto Soccorso Ostetrico-ginecologico:

Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
-----------	------	------------	-------	------------

2) Ha mai lavorato come ostetrica dedicata esclusivamente al servizio di Pronto Soccorso Ostetrico-ginecologico?

- SI, come servizio esclusivo;
- SI, come servizio non esclusivo (degenza + triage, sala parto + triage, ambulatorio + triage);
- NO, mai;

3) Solo nel caso in cui abbia già avuto esperienza come ostetrica dedicata al servizio di triage Ostetrico-ginecologico, quali sono le principali difficoltà che ha riscontrato:

- difficoltà sull'attribuzione/indecisione del codice colore da assegnare;
- gestione della priorità assistenziale in caso di pazienti con lo stesso codice colore;
- gestione della paziente con condizioni instabili in attesa dell'intervento medico;
- Altro: _____

ALLEGATO 2

Ostetrica triagista: l'esperienza di formazione in Triage

Gentilissime/i colleghe/i,

sono Stracquadano Livia, un'ostetrica laureanda del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l'università UNIVPM di Ancona.

Il questionario in oggetto si rivolge al personale ostetrico allo scopo di indagare in merito all'esperienza nel ruolo di triagista e della formazione specifica ricevuta per ricoprire tale ruolo. Lo scopo vuole essere comprendere e valutare quale sia la formazione ricevuta da tali ostetriche sulla base della propria esperienza personale attuale e pregressa.

I dati raccolti saranno utilizzati per finalità esclusivamente di ricerca e non commerciali, in forma aggregata ed anonima, nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 196/2003), aggiornato con il nuovo decreto legislativo (D.lgs. 101/2018) di adeguamento della disciplina italiana al regolamento europeo sulla privacy. (Reg UE. N. 679/2016; GDPR)

Lavora o ha lavorato nel passato come ostetrica dedicata al servizio di triage ostetrico-ginecologico?

- SI
- NO, mai

Regione in cui lavora o ha lavorato come triagista:

Livello del presidio ospedaliero dove ha avuto esperienza come triagista:

- I livello
- Il livello

Anni di esperienza in triage: ____

Nella sua esperienza di triage, presente o passata, sono previste altre figure professionali nei locali di triage?

- Sì (infermiere, OSS, medico, medico specializzando)
- No, solo ostetrica triagista dedicata esclusivamente al servizio che accoglie la paziente
- Altro: ____

Ha ricevuto una formazione specifica per ricoprire il ruolo di triagista dedicata al triage ostetrico-ginecologico?

- Sì
- No, nessuna formazione specifica oltre quella di base (Diploma di Laurea, Diploma Universitario, Scuole per le professioni sanitarie)

Se sì, che tipo di formazione ha ricevuto?

- Percorso formativo nazionale GFT Base (Gruppo formazione triage normativa)
- Nessun tipo di formazione ulteriore al percorso di studi (Laurea, diploma universitario)
- GFT (Gruppo formazione triage) specifico per pronto soccorso ostetrico-ginecologico
- Altro: ____



Dipartimento Materno-Infantile
SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia

“IL TRIAGE OSTETRICO”

CORSO	Triage ostetrico: l'ostetrica triagista
<p>PRESENTAZIONE <i>Ideazione del progetto formativo</i></p>	<p>L'attività di triage, per poter essere svolta in termini di autonomia, qualità ed efficacia, necessita di operatori qualificati che devono acquisire competenze cliniche, organizzative, gestionali e relazionali specifiche. Come riportano le linee guida nazionali e le evidenze scientifiche, oltre all'acquisizione di conoscenze teoriche e specifiche, risulta fondamentale l'acquisizione di abilità pratiche mediante un periodo di affiancamento a un tutor (trainer) esperto, così da poter sviluppare competenza specifica ovvero capacità di agire nell'operatività coniugando il sapere teorico con l'abilità pratica.</p> <p>La formazione abilitante allo svolgimento dell'attività di triage si realizza con la partecipazione al corso teorico che pone le basi teoriche per attuare una corretta e completa valutazione della paziente ostetrica e ginecologica secondo i criteri del triage Globale e per una corretta gestione di situazioni che possono presentarsi, seguito da un periodo di affiancamento a tutor esperto che consente l'acquisizione di esperienza operativa, che deve essere guidata da obiettivi chiari e condivisi, possibilmente definiti da uno specifico progetto formativo. Le competenze acquisite dall'ostetrica attraverso il corso sono indispensabili per l'attività di triage</p>

	ostetrico e ginecologico e si pongono come solida base per il raggiungimento di standard professionali accettabili.
DESTINATARI	C.P.S. ostetrica/o afferente alla SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia. Il corso, rivolto al personale ostetrico destinato a svolgere l'attività di triage ostetrico, intende fornire conoscenze relative alla formazione sul campo e agli standard formativi previsti dal modello Globale Triage (GFT Triage).
MODALITA' E TEMPI DI ISCRIZIONE	Da definire.
CREDITI ECM	Tutor formativo: da definire/ora. Discente: da definire/ora.
OBIETTIVO GENERALE	Ottimizzare competenze e abilità tecnico-operative del personale ostetrico nell'ambito del servizio di triage in area ostetrica e ginecologica. Tale obiettivo si raggiunge mediante la realizzazione di un percorso formativo specifico ad hoc per il personale ostetrico dedicato ed assegnato al triage attraverso l'acquisizione di conoscenze e competenze specifiche in materia di triage di natura tecnica, professionale, organizzativa e comportamentale. Il corso di formazione vuole fornire ai destinatari elementi utili a svolgere la funzione di triage come primo momento di accoglienza e valutazione delle pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso, fornendo ai professionisti strumenti adeguati alla corretta gestione di questa tipologia di pazienti, in base a criteri definiti e diffusamente accettati, che consentano di stabilire correttamente la priorità di intervento (Linee Guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria, Atto d'Intesa Stato Regioni, Maggio 1996).

<p>OBIETTIVI SPECIFICI</p>	<p>1) APPROFONDIRE CONOSCENZA TEORICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rafforzare ed approfondire il concetto di triage Globale: modello ed obiettivi, metodologia di valutazione, criteri di determinazione dei codici. - Applicare la metodologia di valutazione di triage secondo il modello globale nelle principali condizioni sintomatologiche che si presentano in triage secondo il sistema di codifica a 5 livelli di priorità prevista dalle Linee di indirizzo nazionali 2019. <p>2) ACQUISIRE COMPETENZE per la corretta gestione delle problematiche legate agli aspetti clinici ed al rischio evolutivo delle situazioni che si presentano con maggior frequenza in ambito ostetrico-ginecologico, soprattutto per ciò che riguarda:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Approccio gestionale alle pazienti con delle problematiche ostetriche, ginecologiche nell’attesa che avvenga la valutazione medica. ▪ Precoce individuazione e valutazione di segni e sintomi di situazioni ad elevato rischio evolutivo. ▪ Conoscenza dei principali quadri patologici che si presentano in Pronto soccorso tipici della sfera ostetrico-ginecologica.
<p>ACQUISIZIONE DI COMPETENZE</p> <p>LIVELLO DI ACQUISIZIONE</p>	<p>TECNICHE, ORGANIZZATIVE E COMPORTAMENTALI.</p> <p>PRINCIPI TEORICI DI BASE E TRAINING SUL CAMPO CON TUTOR ESPERTO.</p>
<p>PREREQUISITI DI ACCESSO</p>	<p>Sulla base delle linee guida e dei criteri vigenti a livello nazionale per accedere alla formazione specifica e dedicata allo svolgimento della funzione di triage sono necessari:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Titolo di studio ed abilitazione alla professione sanitaria di ostetrica come definito dallo specifico profilo professionale DM n. 740/94, dalla Legge n. 42 del 1999, Legge n. 251 del 2000 e dagli ordinamenti universitari delle classi di laurea in infermiere/ostetrica. ■ Esperienza lavorativa di almeno sei mesi (in caso di neolaureato, successivi ai sei mesi del periodo di prova). ■ Titolo certificato alle manovre di supporto vitale di base nell'adulto e nel bambino.
SETTING DI APPRENDIMENTO	Didattica frontale in grandi gruppi di 20-25 ostetriche, simulazioni di casi clinici con didattica attiva in piccoli gruppi (5-6 ostetriche), approfondimento individuale e training formativo individualizzato.
SEDE DEL CORSO	Da definire.
DIRETTORE DEL CORSO:	Da definire.
RESPONSABILE SCIENTIFICO E/O DI PROGETTO:	Da definire.
DOCENTI:	Da definire.
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:	Da definire.
TIPOLOGIA DI ATTIVITA'	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Didattica frontale (20-25 pax): <ul style="list-style-type: none"> - Lezione frontale su tematiche teoriche. - Tavole rotonde e dibattiti. - Relazioni e discussione su tematiche cliniche.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Didattica interattiva (20-25 pax): <ul style="list-style-type: none"> - Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti. - Presentazione e discussione guidata di problematiche e casi clinici in gruppo. - Supporto di filmati, questionari e presentazione di casi clinici. ▪ Didattica attiva in piccoli gruppi (5-6 ostetriche): <ul style="list-style-type: none"> - Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche e tecniche. - Lavoro e simulazioni guidate su casi clinici. ▪ Studio ed approfondimento individuale. ▪ Training (affiancamento) individualizzato con trainer esperto – Formazione sul campo: <i>Pratica formativa che si sostanzia direttamente nei luoghi-tempi di lavoro, mettendo in atto determinate attività a tutti gli effetti considerabili come lavorative, collocabili in una cornice concettuale e lavorativa.</i>
<p>METODOLOGIA FORMATIVA</p> <p>TEMPO DEDICATO A CIASCUNA ATTIVITA'</p>	<p>FORMAZIONE RESIDENZIALE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Osservativa – Esercitativa (grandi/piccoli gruppi) ▪ Operativa (training individualizzato) ▪ Studio e ricerca individualizzata ▪ 16 ore di didattica frontale articolate su 2 incontri formativi (lezioni frontali in presenza). ▪ 36 ore di training (affiancamento individualizzato) con trainer esperto. ▪ Tempo necessario allo studio e approfondimento individuale.

<p>METODOLOGIE E TECNICHE DIDATTICHE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Didattica frontale: <ul style="list-style-type: none"> - OBIETTIVO: il corso teorico adotta una metodologia didattica che mira a sviluppare alcune fondamentali competenze in ambito clinico, organizzativo e relazionale in materia di triage e si articola su requisiti temporali specifici. Il corso intende fornire conoscenze relative al triage globale, in modo particolare del triage ostetrico, basandosi sugli standard formativi previsti a livello nazionale con l'ottica di sviluppare nei destinatari una conoscenza di base teorica adeguata da coniugare successivamente alla pratica clinica. - MATERIALE DIDATTICO: bibliografia e normativa di riferimento, materiali a supporto didattico, proiettore, computer e supporti tecnologici. - DURATA: 16 ORE, 2 incontri da 8 ore, organizzati in 2 giornate. - LUOGO: aule formative. - FORMATORE CERTIFICATO: da definire. - RAPPORTO FORMATORE/DISCENTI: 1:20-25 ostetriche per didattica frontale e interattiva, 1:5-6 ostetriche per didattica attiva e lavori in piccoli gruppi. - NUMERO SESSIONI PREVISTE: 1 o più edizioni a seconda del personale coinvolto nella formazione. Lo stesso programma verrà ripetuto per le edizioni seguenti che verranno attivate. - METODOLOGIA DIDATTICA: le metodologie didattiche possono essere diversificate e alternate per ogni incontro e a seconda dei temi trattanti, ma sono ricondotte prevalentemente a didattica frontale, didattica interattiva e didattica attiva dei partecipanti realizzata a livello aziendale. I contenuti delle singole giornate potranno subire variazioni nel loro ordine.
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - IDONEITA': al termine degli incontri formativi è prevista una valutazione finale tramite: valutazione finale di gradimento, questionario di autovalutazione e test di valutazione sugli argomenti trattati dal docente. Il mancato superamento del corso teorico comporta la necessità da parte dell'ostetrica in formazione di un periodo di consolidamento delle conoscenze base di almeno 3 mesi prima di poter ripetere il corso. ▪ Training formativo individualizzato affidato a tutor esperto: <ul style="list-style-type: none"> - OBIETTIVO: acquisizione di abilità pratica (saper fare) che si realizzi nel contesto lavorativo attraverso l'applicazione di istruzioni e procedure, l'esecuzione di attività professionali specifiche, l'utilizzo di tecnologie o strumentazioni relative agli aspetti relazionali tra professionisti e utenza. - DURATA: minima 36 ore. - LUOGO: triage PS generale sede di Torrette, strutture del SSN/SSR accreditate sulla base di criteri specifici. - TUTOR (TRAINER): il ruolo di tutor è svolto da un infermiere/un'ostetrica professionale esperto in triage con esperienza pluriennale (almeno 2 anni) individuato dal Coordinatore del servizio, in relazione al possesso di requisiti preferenziali quali capacità comunicative, relazionali e precedenti esperienze di insegnamento e tutoraggio per lo svolgimento di tale funzione. - RAPPORTO TRAINER/DISCENTE: rapporto preferenziale di 1:1/1:2. - METODOLOGIA DIDATTICA: le metodologie didattiche possono essere diversificate per ogni
--	---

	<p>situazione, ma sono ricondotte prevalentemente all'affiancamento con osservazione del discente e all'esecuzione con supervisione. Il tutor, durante il periodo di affiancamento del discente triagista, dovrà prevedere un percorso articolato nelle seguenti fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. fase dell'osservazione 2. fase della collaborazione 3. fase dello svolgimento dell'attività in autonomia 4. fase della valutazione finale. <p>- IDONEITA': l'idoneità allo svolgimento dell'attività di triage sarà dichiarata al termine del periodo di affiancamento mediante una valutazione del discente. Tale valutazione attesta: la conoscenza degli spazi, degli strumenti e delle tecnologie a disposizione, la corretta applicazione dei protocolli di attribuzione del codice di priorità, la gestione della paziente ostetrica dall'accoglienza, alla presa in carico in attesa di valutazione medica, la gestione di condizioni cliniche di urgenza-emergenza.</p> <p>In caso di valutazione non positiva può essere previsto, in accordo con il coordinatore, un ulteriore periodo di affiancamento.</p>
<p>CALENDARIO INCONTRI</p>	<p>I GIORNATA (8 ORE):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accoglienza e presentazione dei partecipanti - Presentazione dei formatori e del corso - PRINCIPI E METODOLOGIA PREVISTA DAL MODELLO DI TRIAGE GLOBALE: - Generalità sul triage - Presupposti essenziali - Obiettivi - Processo di valutazione secondo il modello globale triage

- Criteri per l'assegnazione del codice di priorità
- Concetto di rischio, di sottostima e di sovrastima
- **LE LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO MINISTERO DELLA SALUTE 2019:**
Sistema di codifica a 5 livelli di priorità secondo le Linee Guida ministeriali 1/8/2019
Punti essenziali del documento
- *Pausa pranzo*
- **LE LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALE OSSERVAZIONE BREVE ED INTENSIVA (OBI) MINISTERO DELLA SALUTE 2019:**
Punti essenziali del documento
- **LE LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO MINISTERO DELLA SALUTE 2019:**
Punti essenziali del documento
- **Lavori a piccoli gruppi (5-6 ostetriche):** analisi e discussione di casi critici
- **Fine dei lavori.**

II GIORNATA (8 ORE):

- Presentazione seconda giornata
- **IL SISTEMA DOCUMENTALE DI TRIAGE:**
- I protocolli di valutazione: criteri per la loro costruzione
- La Scheda di triage
- Il progetto ottimizzazione di triage
- **IL TRIAGE IN AMBITO OSTETRICO:**
Definizione, eziologia, elementi di clinica, sintomatologia e rischio evolutivo delle principali situazioni riguardanti l'ambito ostetrico che si possono presentare in triage

	<ul style="list-style-type: none"> - IL TRIAGE IN AMBITO GINECOLOGICO: Definizione, eziologia, elementi di clinica, sintomatologia e rischio evolutivo delle principali situazioni riguardanti l'ambito ginecologico che si possono presentare in triage - <i>Pausa pranzo</i> - PECULIARITA' DELL'AREA OSTETRICO-GINECOLOGICA - Principi dell'ambito ostetrico – ginecologico in PS - Linee di indirizzo nazionale sul triage 2019 e lo specifico ostetrico - Approccio alle pazienti con problematiche relative all'ambito ostetrico-ginecologico - Discussione e confronto - Lavori a piccoli gruppi (5-6 ostetriche): - Esercitazione sull'applicazione della metodologia del triage Globale e sulla codifica a 5 livelli di priorità in base a determinati casi clinici - Fine dei lavori.
--	---

<p>SISTEMI DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA'</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SOGGETTO VALUTATORE: <ul style="list-style-type: none"> - Didattica frontale: Formatore certificato da individuare all'interno dell'azienda o formatore certificato esterno. - Training individuale: Tutor/Trainer esperto responsabile del training individuale internamente all'azienda. ▪ OGGETTO DELLA VALUTAZIONE: (in relazione all'obiettivo di apprendimento) <ul style="list-style-type: none"> - Conoscenza, Competenza, Abilità acquisita dal discente. ▪ TEMPISTICHE DI VALUTAZIONE: <ul style="list-style-type: none"> - Iniziale: definisce le conoscenze pregresse e/o le esigenze dei partecipanti al corso. - Formativa (in itinere): aiuta il discente a "formare" la propria conoscenza verificando il raggiungimento degli obiettivi intermedi. - Sommativa: Valutazione della conoscenza/abilità acquisite.
<p>METODI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VERIFICA E VALUTAZIONE DA PARTE DEL RESPONSABILE SCIENTIFICO/RESPONSABILE DI PROGETTO DELLA DIDATTICA FRONTALE: Finale: <ul style="list-style-type: none"> - questionario di autovalutazione del discente; - valutazione del docente; - test a risposta multipla sui temi affrontati con punteggio per ogni domanda. ▪ VERIFICA E VALUTAZIONE DA PARTE DEL TUTOR ESPERTO: <ul style="list-style-type: none"> - griglia di osservazione e valutazione suddivisa per obiettivi specifici per l'apprendimento individuale compilata dal tutor. - autovalutazione del discente suddivisa per obiettivi specifici di apprendimento.

Ringraziamenti

“La fine di niente e l’inizio di tutto”: questa frase racchiude per me, il significato di questo traguardo.

Personalmente sento di rivolgere un sentito ringraziamento a coloro che, durante questi brevi ed intensissimi anni di percorso universitario, sono stati protagonisti, hanno partecipato e contribuito ad alimentare, motivare e sostenere la mia tenacia e testardaggine nell’affrontare questo traguardo.

Dedico questo finale alla mia famiglia e a chi considero tale.

La mia immensa gratitudine è per chi, in questo percorso mi ha tenuto la mano, lasciandomi fare i miei passi, ma senza mai mollarla e senza mai stringerla troppo.

In primis, la direttrice del Corso di Laurea in Ostetricia la Dottoressa Laura Fermani, nonché mia relatrice, che mi ha accompagnata, sostenendomi ed incoraggiandomi sia didatticamente sia psicologicamente durante il tirocinio formativo e nella stesura dell’elaborato finale, la ringrazio per il tempo dedicatomi, con la sua massima disponibilità e professionalità.

Ringrazio di cuore il Dott. Giovanni Delli Carpini per avermi sostenuto nella rielaborazione, nell’analisi e nella reinterpretazione dei dati e dei risultati relativi a questo progetto di miglioramento che interessa la SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia del Presidio G. Salesi.

Ringrazio tutti i docenti e i tutor di tirocinio che mi hanno guidato in questi anni di studio e formazione, permettendomi di crescere ed arricchirmi dal punto di vista professionale e personale.

Un sincero ringraziamento è rivolto ai miei compagni di corso, che sono diventati la parte migliore di questa avventura.

In modo particolare ringrazio Sara e la definisco una dolce scoperta. Con lei, tutta la fatica è diventata meno pesante; una complicità fatta di sguardi, nata tra i banchi e diventata una splendida amicizia coltivata e cresciuta quotidianamente, a quegli infiniti pomeriggi di studio che si concludevano tra risate e pianti d’isteria.

A te, Sara, per la splendida persona che mi hai dimostrato di essere, alla tua purezza e semplicità, alle nostre paranoie, a ogni nostro ricordo che ci ha condotto insieme fino a questo traguardo.

Ora, un doveroso e sentito “grazie” lo dedico alla mia famiglia, a mia madre e mio padre e alle mie più care amicizie e colleghe, che fin dal primo istante di questo percorso, mi hanno sempre sostenuto, senza mai distogliermi dai miei obiettivi e aspirazioni.

Grazie a mia madre, perché a lei devo tutto: compagna di vita, migliore amica, punto fermo e mia più grande ispirazione.

A lei, per avermi dato una spalla su cui poter piangere quando ne ho avuto bisogno, per aver creduto in me senza mai dubitare; ogni mio passo è stato accompagnato dal suo sguardo fermo ma rassicurante; lei che ha saputo alimentare il mio coraggio e spegnere la mia rabbia quando ce n’era bisogno, lei che mi ha sempre visto far passi, correre, cadere, rialzarmi per ricadere di nuovo, non mi ha mai protetto dalle mie cadute ma mi ha sempre dato la forza per potermi sempre rialzare più forte di prima.

Questo giorno e questo traguardo lo dedico a me, per aver imparato ad ascoltarmi e soddisfare la necessità di fermarmi, per aver imparato a non correre per essere migliore di altri, piuttosto ascoltarli e cercare con loro la migliore versione di me.

Ho imparato a respirare e godermi il presente, le emozioni, la curiosità e gli imprevisti della vita a cui sono immensamente grata.

A me stessa, alla mia testardaggine, determinazione e tenacia dico grazie per avermi fatto scoprire il coraggio che non pensavo di avere e aver scoperto dentro di me la forza per non mollare e credere sempre e solo in me stessa.

Oggi, 20 luglio 2023, un punto di arrivo, un punto di partenza.

Grazie a tutti.