



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

**PERCORSO DI INSERIMENTO
DEL NEOASSUNTO IN PRONTO SOCCORSO:
UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELLE
COMPETENZE E DI VALORIZZAZIONE DELLE
RISORSE UMANE**

Relatore: Chiar.ma
Gilda Pelusi

Tesi di Laurea di:
Massimo Frattali

Correlatore: Chiar.ma
Chiara Gatti

Correlatore: Chiar.mo
Renato Rocchi

A.A 2023/2024

INDICE

1. INTRODUZIONE

1.1 Contesto attuale.....	1
1.2 Infermiere in area critica.....	2
1.3 Competenze infermieristiche in area critica.....	3
1.4 La risorsa umana e l’inserimento.....	5
1.5 Infermiere tutor.....	7

2. OBIETTIVO

2.1 Obiettivo generale.....	9
2.2 Obiettivi specifici.....	9

3. MATERIALI E METODI.....9

4. RISULTATI.....11

5. DISCUSSIONE.....22

6. CONCLUSIONI.....28

7.BIBLIOGRAFIA.....29

8. ALLEGATI

1. INTRODUZIONE

1.1 Contesto attuale

Negli ultimi anni, i reparti emergenza-urgenza non sono più visti come ambienti di crescita professionale, ma vengono vissuti come ambienti stressanti, altamente responsabilizzanti e con elevato livello di conflittualità e pertanto giudicati poco attrattivi dai professionisti (Quotidiano Sanità [QS], 2023).

Dagli ultimi dati emersi, in Italia, mancano circa 4 mila medici e 10 mila infermieri di pronto soccorso e 118. Numeri molto importanti che sono destinati ad aumentare, tanto che la SIMEU qualche tempo fa, aveva lanciato l'allarme dichiarando: *“la perdita di professionisti ha ormai raggiunto i massimi livelli storici e oggi si è molto vicini a compromettere, in maniera decisiva, la qualità dell'assistenza”* (Società italiana medicina d'emergenza-urgenza [SIMEU], 2022).

Si leggono, infatti, continuamente notizie di fughe da parte del personale infermieristico e non, dai pronto soccorsi di tutta Italia, i quali abbandonano la professione o magari cercano soluzioni in altri reparti creando quindi problemi in termini di esiti di assistenza infermieristica.

Lo scenario che un infermiere neoassunto o inserito si trova di fronte nella maggior parte dei casi è caratterizzato da emergenze e urgenze, spesso sommate alle criticità del sovraffollamento o crowding la cui definizione è stata data dall'American College of Emergency Physicians (2006) ovvero la condizione che si verifica quando “le necessità identificate nei servizi di emergenza superano le risorse disponibili per la cura dei pazienti presenti nel dipartimento di emergenza” (p.1)

Di recente, moltissimi infermieri, durante l'emergenza Covid 19, per far fronte alla situazione e adeguare la risposta allo stress pandemico, sono stati assegnati a questi reparti senza un adeguato periodo di affiancamento o con esperienze lavorative totalmente differenti, generando nei professionisti tensioni e insicurezza e talvolta sensazioni di inadeguatezza al nuovo ruolo.

L'attenzione nei confronti di tutto il personale sanitario impegnato in prima linea è massima e il Ministero della Salute proprio in quest'ultimo periodo sta cercando nuove strategie per valorizzare, incentivare e fidelizzare l'organico del personale sanitario nella

emergenza- urgenza al fine di rendere più attrattivo possibile il lavoro in tali reparti (Ministero della Salute, 2023).

È un tema di grande importanza molto trattato dal Governo poiché è impensabile, ad oggi, che il nostro sistema sanitario nazionale non riesca a garantire per tutti i cittadini una risposta adeguata alle situazioni di emergenza o urgenza.

1.2 L'infermiere in area critica

L'infermiere di Area critica è definito come “colui che ha acquisito conoscenze cliniche avanzate e capacità che permettano ad esso di svolgere specifiche prestazioni infermieristiche nell'area critica” (Decreto Ministeriale n.739, 1994).

Egli si fa garante di un'assistenza infermieristica tempestiva, intensiva e continua a qualunque persona si trovi in situazione di instabilità e/o criticità vitale, utilizzando anche strumenti e presidi ad alta componente e complessità tecnologica (Associazione Nazionale Infermi Area Critica [ANIARTI], 2018, p.2).

Svolge la propria attività in contesti operativi in regime di emergenza urgenza come ad esempio la terapia intensiva, la sala operatoria, il pronto soccorso, il servizio 118.

In unità operative di emergenza e urgenza gli interventi possono essere molto complessi, molto rapidi e sono volti a sostenere le funzioni vitali della persona che si presenta spesso in condizioni cliniche generali molto precarie.

Il professionista della salute, che lavora in tali ambiti, deve coniugare efficienza e riduzione degli errori. Al centro della sua azione assistenziale vi è un paziente in condizioni di acuzie che ha bisogno di interventi nell'immediato.

Proprio questa tipologia di paziente rende particolarmente complicata e ad elevato tasso emotivo la relazione infermiere- paziente.

Il professionista sanitario si scontra con sentimenti diversi quali: dolore, rabbia, paura, ansia, frustrazione. manifestati dal paziente e dalla famiglia, davanti ai quali deve modulare la sua risposta assistenziale riuscendo a controllare le proprie emozioni senza abbandonarsi a turbamento, sconforto e impotenza.

Di conseguenza il ruolo dell'infermiere in questo ambito è molto delicato e richiede conoscenze e abilità che gli permettano di valutare il paziente, prendere decisioni corrette

e metterle in atto in tempi brevi, svolge attività dirette alla prevenzione ed alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi rimanendo nel proprio ambito di competenza.

1.3 Competenze infermieristiche in area critica

La macchina organizzativa che sottende l'intera area operativa, a prescindere dalla specifica natura ospedaliera o territoriale, a nulla varrebbe senza un adeguato rapporto verso l'utenza che rappresenti la prima occasione di contatto con l'assistito, di acquisizione della sua fiducia e primo momento tecnico operativo.

Da qui si intuisce come gli infermieri determinino inevitabilmente l'esito dell'assistenza in tali unità operative e di quanto sia importante, per quest'ultimi, l'acquisizione di competenze adeguate e standardizzate.

La competenza in emergenza è la combinazione di abilità, conoscenze e atteggiamenti, valori e abilità tecniche che supportano un'assistenza infermieristica sicura ed efficace.

Le competenze infermieristiche nell'ambito emergenza urgenza sono legate, essenzialmente, a conoscenze ed abilità di natura tecnico specialistica, gestionali e comunicative che devono permettere la perfetta integrazione con le altre figure professionali presenti.

Generalmente possono essere suddivise in 5 macroaree che corrispondono alle capacità che il professionista deve possedere e sviluppare nell'esercizio delle sue funzioni: (Decreto Regionale Friuli-Venezia-Giulia n.1395, 2016)

- PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE: contribuire al processo di accoglimento, codifica delle richieste e di gestione dei relativi interventi di cura.
- GESTIONE DEL PAZIENTE: analizzare i bisogni di assistenza, effettuare diagnosi, pianificare e applicare il processo assistenziale.
- SICUREZZA: gestire in sicurezza i processi lavorativi gli ambienti e le attrezzature a disposizione
- RELAZIONE: gestire le relazioni, individuando e superando gli elementi di stress anche in situazioni ad elevato impatto emotivo.
- EVIDENZE SCIENTIFICHE: utilizzare la ricerca e la formazione per introdurre cambiamenti e migliorare la pratica

Nello specifico, l'Accordo Stato Regione del 22 maggio 2003 «Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza», prevede che tutti gli infermieri operanti nel sistema emergenza – urgenza al fine di garantire una tempestiva adeguata ed efficace risposta all'utenza debbano possedere un livello di formazione di base specifica e un livello di formazione permanente e aggiornato, inclusi coloro che svolgono funzioni di coordinamento.

Gli infermieri nei dipartimenti in questione, infatti, devono possedere una formazione per la gestione delle principali situazioni cliniche di pertinenza e una formazione continua che consenta di mantenere un adeguato livello di aggiornamento per gli aspetti assistenziali, organizzativi e relazionali: (Accordo Stato Regione, 2003)

Nella Delibera del 2003 sopra citata vengono descritte le seguenti competenze:

- obiettivi CLINICO-ASSISTENZIALI

1. Gestione delle procedure di triage intra ed extraospedaliera.
2. Sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica.
3. Supporto di base avanzato nella fase preospedaliera e ospedaliera del paziente traumatizzato nell'età adulta e pediatrica.
4. Conoscenza dei percorsi assistenziali che garantiscono la continuità di cure.

- obiettivi ORGANIZZATIVI:

1. Conoscenza dell'organizzazione del Servizio Nazionale e Regionale.
2. Conoscenza dell'organizzazione del sistema di emergenza urgenza
3. Conoscenza delle modalità complessive del trasporto sanitario della rete regionale dell'emergenza.
4. Acquisizione delle capacità di predisporre e utilizzare i protocolli operativi organizzativi, assistenziali, ospedalieri e territoriali.
5. Conoscenza e utilizzo dei sistemi di comunicazione e delle tecnologie in uso.
6. Conoscenza degli aspetti medico-legali nell'urgenza ed emergenza.

7. Conoscenza delle modalità di coordinamento con Enti istituzionali preposti all'emergenza non sanitaria.
8. Conoscenza e utilizzo di protocolli organizzativi e assistenziali, attivati nell'ambito di maxi-emergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali.
9. Conoscenza dei sistemi di autoprotezione e sicurezza.

- obiettivi RELAZIONALI:

1. Acquisizione delle capacità di relazione d'aiuto.
2. Conoscenza e gestione del lavoro di equipe.
3. Gestione dello stress e dei conflitti
4. Acquisizione delle capacità di relazione nella comunicazione tra le diverse componenti della rete dell'emergenza.

1.4 La risorsa umana e l'inserimento

Nell'organizzazione, la risorsa umana, costituisce uno degli elementi fondanti per il buon andamento della stessa, è una risorsa chiave in quanto rappresenta la principale ricchezza produttiva che condiziona la qualità e la quantità dei servizi forniti.

Un infermiere neoassunto oltre a rappresentare per l'azienda un notevole investimento economico, è una risorsa umana rara che merita di essere tutelata e valorizzata.

Moltissimi professionisti, di questi tempi, non sono stati inseriti nelle aziende sanitarie attraverso percorsi strutturati o altri addirittura non è stato coinvolto nemmeno in un percorso di inserimento informale. (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere [FIASO], 2019)

Nel momento in cui si accede per la prima in una nuova realtà operativa, un inserimento adeguato e strutturato può aiutare il neoassunto nel muoversi tra i nuovi scenari clinici, nuove dinamiche assistenziali, nuovi ritmi lavorativi; tuttavia, tale tipologia di affiancamento non viene, o non può, sempre essere garantita creando quindi indecisione o scarsa autonomia del neoassunto con relativo scoraggiamento.

Proprio quando le modalità di inserimento risultano essere poco chiare e poco rassicuranti, si rischia che le nuove figure inserite con fatica e costi già sostenuti migrino presto in altre aziende, regioni o addirittura stati, vista anche la maggiore propensione alla mobilità delle nuove generazioni e la loro maggiore proattività nel ricercare nuovi lavori (FIASO, 2019). L'inserimento all'interno di una organizzazione rappresenta una fase fondamentale, nelle prime due settimane, infatti, si giocano spesso il clima e le motivazioni di anni di lavoro.

Il processo di inserimento è particolarmente delicato quando si tratta di inserire infermieri in contesti operativi del dipartimento di emergenza caratterizzati da un'alta complessità tecnica e relazionale (Michela Ferro, 2008, p.25).

In tali reparti l'urgenza e l'emergenza rappresentano la quotidianità e pertanto sono richieste notevoli competenze specifiche, nonché capacità organizzative e relazionali.

Un buon inserimento, specialmente in tali reparti, è sia un elemento essenziale per garantire che l'assistenza infermieristica prestata ai pazienti sia adeguata, uniforme e sicura ma è anche un elemento importante come strategia di fidelizzazione (Jaana Peltokoski, Vehviläinen, Miettinen, 2013).

Un programma di inserimento ben strutturato permette di:

- Uniformare l'approccio al paziente
- Ridurre i tempi necessari all'operatore prima di essere e di potersi considerare autonomo all'interno del reparto
- Ridurre lo stress ed il disagio psicologico sia del nuovo infermiere di fronte alla nuova realtà lavorativa sia dell'equipe già presente, che deve "indirizzare" personale nuovo
- Valorizzare la risorsa umana
- Creare un'omogeneità di inserimento e di lavoro, ottimizzando i livelli di assistenza

L'inserimento in un nuovo contesto operativo non significa soltanto acquisire abilità e competenze per far fronte alle diverse esigenze lavorative, ma anche fusione tra l'individuo e l'organizzazione, attraverso l'assunzione di norme, comportamenti, valori e cultura. Si compone essenzialmente di 3 fasi principali (Gamberoni, Marmo, Bozzolan, Loss, Valentini, 2009, p.294):

1. Accoglimento: fase di conoscenza del personale, del reparto e di accettazione del “contratto di inserimento” con tutor e coordinatore.
2. Tutorato: fase di addestramento operativo vero e proprio
3. Lavoro di equipe: fase in cui si pone l’attenzione interpersonali e a sapere gestire la relazione con il paziente.

Il processo di inserimento di un neofita, infatti, non dovrebbe basarsi unicamente sulle risorse di quest’ultimo, ma dovrebbe essere guidato da un tutor adeguatamente preparato, che migliori e faciliti l’esperienza globale del nuovo collega, in modo da stimolarlo allo sviluppo delle competenze necessarie oltre che invogliarlo a mantenere la propria posizione lavorativa, aspetto indubbiamente vantaggioso sia per il nuovo professionista che per l’azienda (Gazaway, Schumacher, Anderson, 2016).

Si può affermare, quindi, che la valutazione delle competenze e delle esigenze formative professionali del neo inserito, oltre all’aspetto motivazionale, è indispensabile per una gestione accurata della risorsa umana che al tempo stesso favorirà il raggiungimento di standard qualitativi sempre più elevati.

In periodi di crisi e di contenimento della spesa pubblica, come quelli che il nostro Paese sta attraversando, risulta determinante promuovere e sostenere una buona gestione dei professionisti, che possono fare la differenza per costruire prospettive future migliori e raggiungere alti livelli qualitativi nelle prestazioni erogate e un miglioramento dell’azienda di appartenenza e del Sistema Sanitario Nazionale in generale.

1.5 Infermiere tutor

Con il termine tutor si intende il professionista selezionato che oltre, a svolgere tale ruolo, sono incaricati di accompagnare il neoassunto o neo-inserito nel processo di acquisizione del sapere e, soprattutto del saper fare richiesto nell’ U.O, nel Servizio e nel dipartimento (Calamandrei, 2019). “È quella figura, che senza tralasciare le funzioni collegate al proprio profilo professionale, si dedica alla formazione in ambito lavorativo e viene identificato in base a specifiche caratteristiche, alla propria disponibilità e al proprio interesse” (Sasso, Lotti, Gamberoni, 2015, p.27)

I requisiti per un proficuo svolgimento delle funzioni di tutor sono:

- Una certa anzianità di lavoro nel servizio o nel dipartimento.
- Motivazione al cambiamento e all'avanzamento professionale.
- Abilità pedagogiche e didattiche, in particolare valutative.
- Conoscenze teoriche approfondite sulla specialità.
- Elevate doti umane, in particolare di equilibrio e di disponibilità.
- Conoscenza approfondita dei meccanismi operativi del reparto o del servizio.

È un infermiere, con elevate conoscenze, competenze teoriche pratiche e doti caratteriali e relazionali, con il compito di comprendere caratteristiche, pregi ed eventuali carenze dell'infermiere neofita, per accompagnarlo fino a determinare, con quest'ultimo, quando può definirsi autosufficiente.

Le funzioni principali del tutor sono quelle di (Calamandrei, Pennini, 2006, p.100):

- Facilitatore dell'apprendimento, che sa riconoscere quando è opportuno che il discendente esegua le attività da solo e quando invece è necessario aiutarlo.
- Stimolatore, che propone situazioni nuove e un alto standard di prestazione.
- Leader, che trasmette entusiasmo per gli obiettivi e aiuta a trovare un senso anche nelle più elementari operazioni di routine.
- Modello di ruolo, al cui modo di agire ci si può ispirare perché è caratterizzato da competenza tecnica, capacità relazionale, leadership ecc.
- Figura di sostegno, capace di ascoltare, comunicare, accogliere con atteggiamento non giudicante l'espressione di bisogni e desideri per aiutare l'altro.
- Principale valutatore dell'apprendimento e del comportamento del discente.

La sua opera di mentoring è un aspetto fondamentale all'interno dell'unità operativa ed è riconosciuta dall'Accordo Stato Regione del 2 febbraio 2017 in quanto è prevista l'assegnazione di crediti formativi per il professionista tutor che svolge attività di training individualizzato in contesti di lavorativi qualificati, sulla base di obiettivi ben identificati e di una programmazione specifica. (ASR n.274, 2017)

L'intento dell'infermiere tutor è quella di formare e indirizzare il neoassunto affinché possa essere definito "idoneo" a mantenere il proprio ruolo professionale nell'unità operativa in cui è stato inserito.

2. OBIETTIVO

2.1 Obiettivo generale

L'obiettivo del lavoro consiste nell'elaborare una proposta di protocollo d'inserimento strutturato che permetta un approccio efficace e razionale al neoassunto o neo-assegnato in UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (MCAU) dell'ospedale Augusto Murri di Fermo.

2.2 Obiettivo specifici

- Fornire un percorso che permetta al nuovo professionista di sentirsi, in tempi brevi, adeguato al complesso ruolo nell'unità operativa
- Produrre un documento che possa assicurare uniformità e omogeneità nel percorso di inserimento
- Creare uno strumento di valutazione oggettivo per l'infermiere neoassunto o neo-assegnato
- Realizzare uno strumento che chiarisca le competenze necessarie, nell'immediato, al neofita al fine di garantire un'ottimale, sicura ed equa assistenza

3. MATERIALI E METODI

Per raggiungere gli obiettivi prefissati, inizialmente, è stato somministrato un questionario, costruito ad hoc, rivolto alla MCAU e al 118 dell'AST di Fermo per avere una visione generalizzata della situazione tecnico/organizzativa e una percezione dei professionisti sulle competenze professionali richieste e le eventuali difficoltà nell'inserimento di un neoassunto o neo- assegnato in quest'ultimi contesti. (Allegato 1)

È stato realizzato mediante l'utilizzo di Google Forms ed inoltrato per via telematica ai diretti interessati previa autorizzazione da parte del direttore dell'AST Fermo.

Vista la mancanza di un protocollo specifico per l'inserimento di una nuova figura alla MCAU di Fermo, sono stati campionati 13 ospedali del centro - nord Italia, con caratteristiche assimilabili alla realtà fermana, a cui chiedere il loro protocollo di inserimento al fine di avere una qualche base da cui partire.

Le caratteristiche richieste erano le seguenti:

- DEA di primo livello: struttura che esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, con le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione. (Decreto Ministeriale n.70, 2015)
- Numero di accessi annui assimilabili al pronto soccorso di Fermo, nello specifico circa 40 mila.

Successivamente tra marzo e aprile 2024, sono stati svolti 4 incontri, con un team composto dall'Incarico di Funzione Organizzativa Dipartimentale, Incarico Funzione Organizzativa e con un campione di 7 infermieri esperti del pronto soccorso dell'ospedale Murri di Fermo per innescare un confronto riguardo gli obiettivi da raggiungere, i criteri per la definizione del tutor e la durata del training al fine ultimo di produrre il protocollo definitivo.

Gli incontri si sono svolti nelle giornate del 9/ 10/ 26 / 29 aprile per un totale di circa 8 ore, presso una sala adibita all'interno del pronto soccorso.

Il gruppo degli esperti, su base volontaria, dovevano avere almeno 5 anni di lavoro e precedenti esperienze come tutor all'interno della loro unità operativa.

In tali riunioni, svoltesi in presenza, è stata presentata la proposta di protocollo, discussa, modificata, rimodulata e infine concordata da tutto il gruppo presente su quelle che erano le esigenze effettive aziendali.

4. RISULTATI

Hanno partecipato al questionario iniziale 46 infermieri su 65 intervistati (response rate pari al 71%).

Il campione in esame, come mostrato in tabella 1, era composto prevalentemente da donne (67.4%) con un'età media pari a 37.8 anni (Deviazione Standard, DS 12.5) e con un'esperienza media, in termini di servizio prestato, di 13.4 anni (DS 11.5).

La prevalenza del campione svolgeva la propria attività professionale nell'attuale unità operativa da 7.7 anni (DS 8.0) con un tipo di contratto indeterminato (86.9%).

Per quanto concerne il titolo di studio è risultata maggioritaria la quota dei professionisti che possedevano esclusivamente la laurea triennale o il rispettivo titolo equipollente (84.8%).

Tabella 1. Distribuzione delle caratteristiche sociodemografiche e professionali dei partecipanti

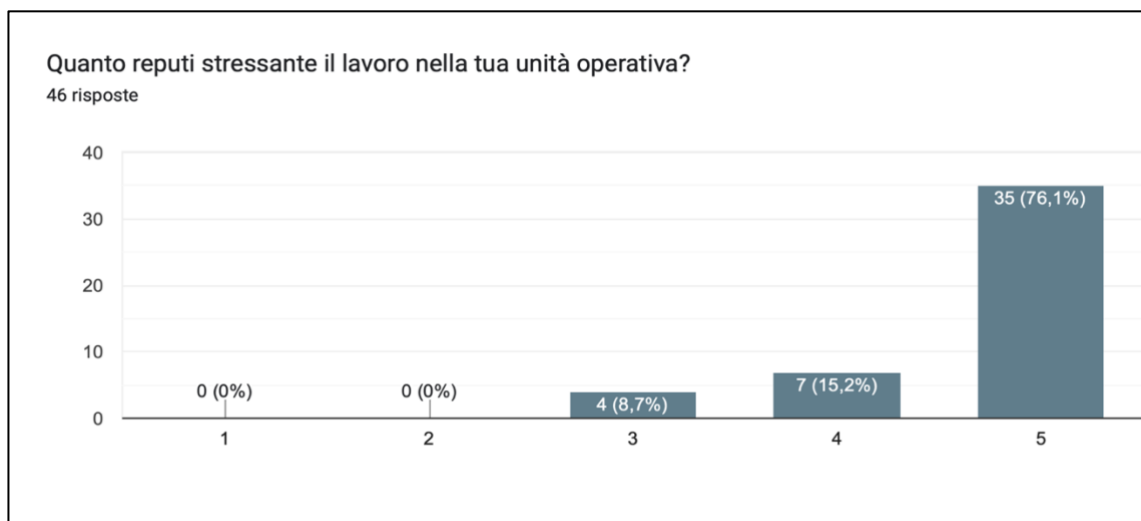
		Conteggio	%
Sesso	Femmine	31	67.4
	Maschi	15	32.6
Età (Media, DS)		37.8	12.5
Anni di servizio (Media, DS)		13.4	11.5
Tipo di contratto	Determinato	6	13.1
	Indeterminato	40	86.9
Anni unità operativa attuale (Media, DS)		7.7	8.0
Anni dipartimento di emergenza (Media, DS)		9.4	9.2
Titolo di studio	Laurea o titolo equipollente	37	80,5
	Master in area critica	6	13
	Laurea magistrale	3	6.5

Il campione, alle domande su quanto reputano responsabilizzante e stressante il lavoro nella propria unità operativa hanno risposto con un punteggio medio rispettivamente di 4.5 e 4.6 in una scala da 1 a 5 come si può vedere nei grafici che seguono:

Grafico 1.



Grafico 2.



Dal questionario è emerso inoltre che l'87% del campione, al momento dell'assegnazione all'attuale unità operativa, non si sentiva affatto o non abbastanza adeguato e preparato al ruolo da svolgere ed esattamente il 91.3% riteneva le proprie competenze in quel momento non sufficienti per lavorare in autonomia. (Grafico 3 e 4)

Grafico 3.

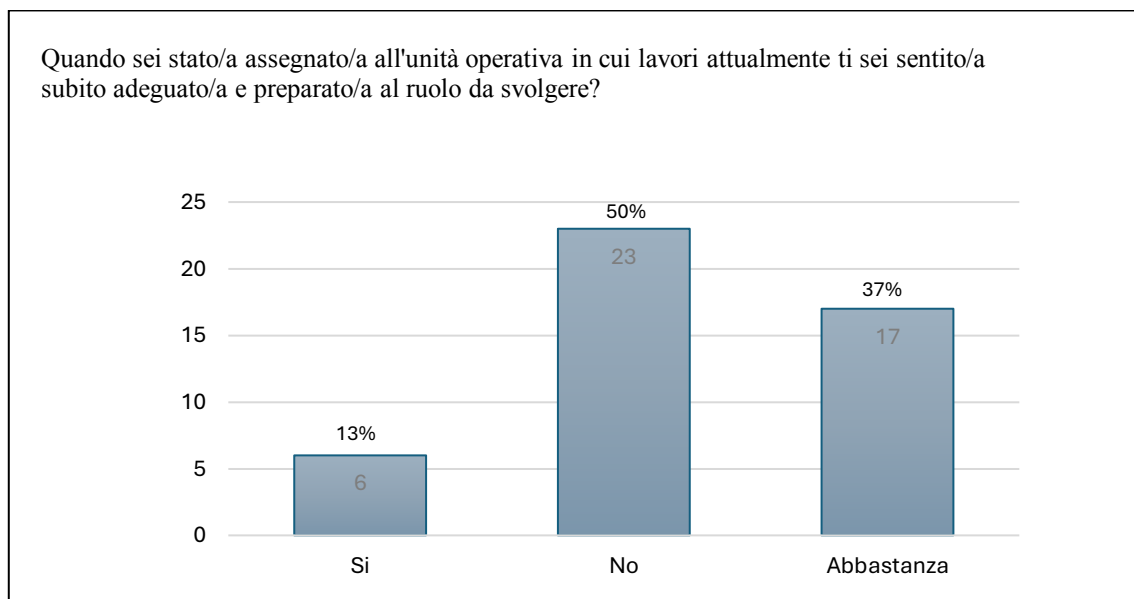
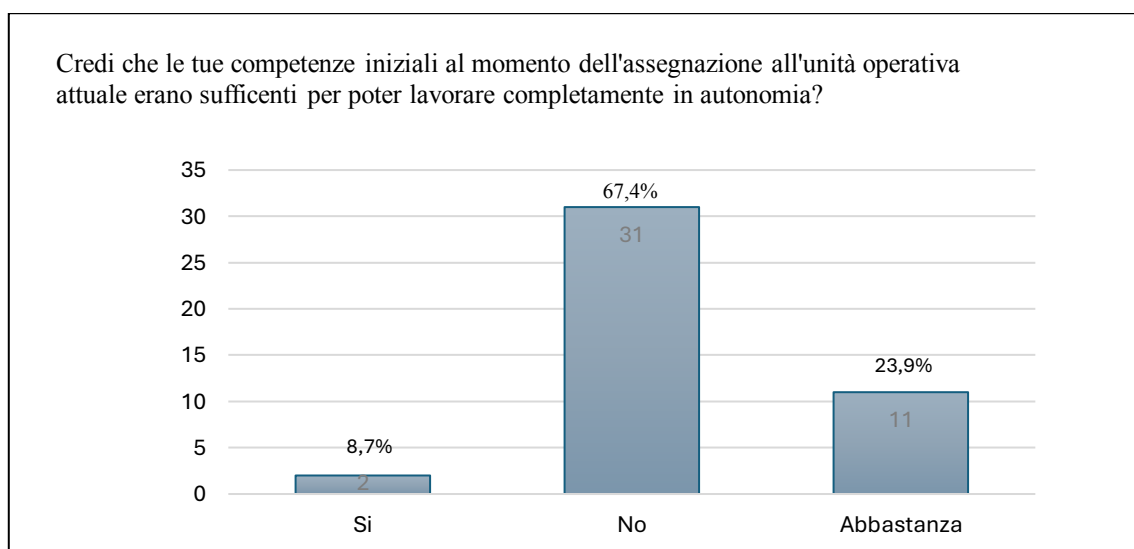
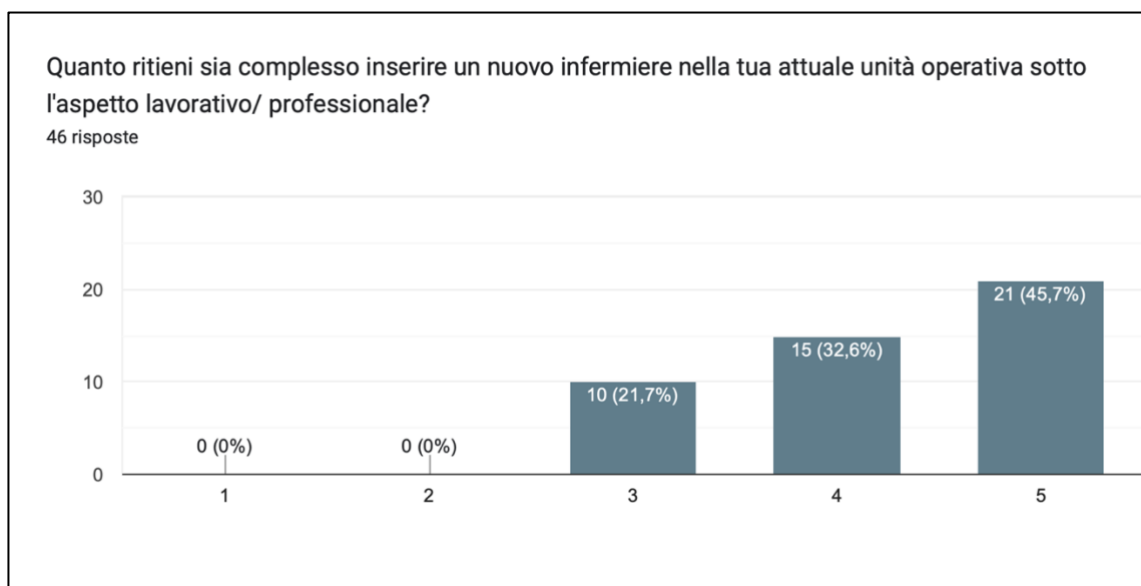


Grafico 4.



Alla domanda “Quanto ritieni sia complesso inserire un nuovo infermiere nella tua attuale unità operativa sotto l'aspetto lavorativo/ professionale?”, in una scala da 1 a 5, dove 1 sta per poco e 5 per molto, 21 dei professionisti intervistati hanno dato un punteggio pari a 5, 15 hanno dato punteggio pari a 4 e il restante punteggio pari a 3. (Grafico 5)

Grafico 5.

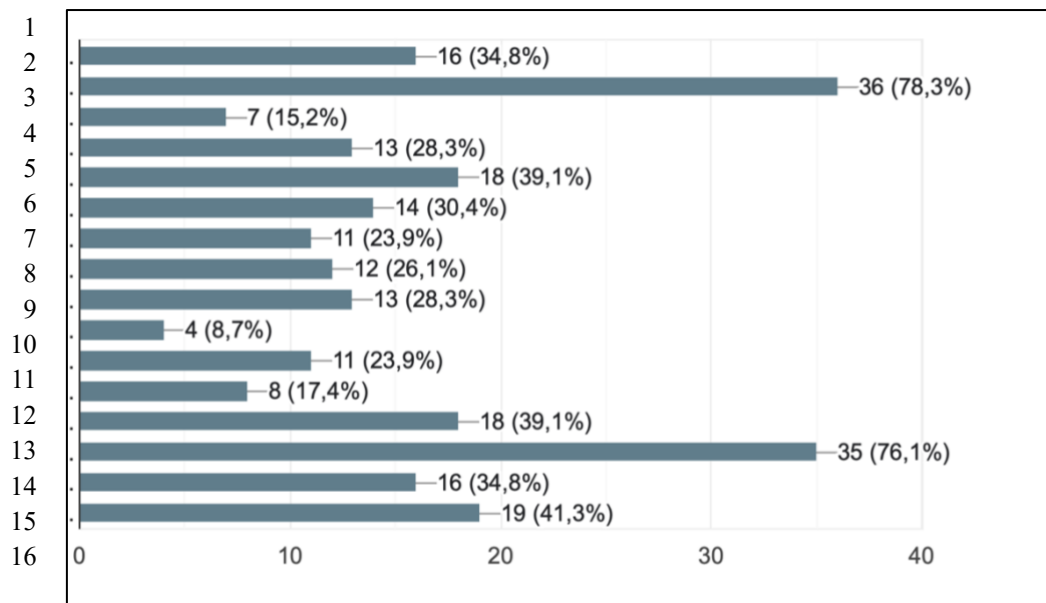


È stata chiesto, inoltre, al campione quali tra le competenze definite dalla Delibera del 22 maggio 2003, precedentemente presentata, sente di aver sviluppato maggiormente.

In questo caso si ha un picco minimo di selezione dell'8.7% ed un picco massimo del 78.3%, rispettivamente per quanto riguarda “conoscenza delle modalità di coordinamento con gli Enti istituzionali dell'emergenza” e “sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica”.

Il resto dei punteggi si aggira intorno al 20-30% come si può vedere dal grafico che segue. (Grafico 6)

Grafico 6. Percezione propria del campione sulle competenze maggiormente sviluppate



- 1: Gestione di triage intra ed extraospedaliero.
- 2: Sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica.
- 3: Conoscenza dei percorsi assistenziali che garantiscono le continuità di cure.
- 4: Conoscenza dell'organizzazione del Servizio Nazionale e Regionale
- 5: Conoscenza dell'organizzazione del sistema di emergenza urgenza.
- 6: Conoscenza delle modalità complessive del trasporto sanitario e della rete regionale.
- 7: Capacità di predisporre e utilizzare i protocolli organizzativi ospedalieri e territoriali.
- 8: Conoscenza e utilizzo dei sistemi di comunicazione e delle tecnologie in uso.
- 9: Conoscenza degli aspetti medico-legali nell'urgenza ed emergenza.
- 10: Conoscenza delle modalità di coordinamento con gli Enti istituzionali dell'emergenza.
- 11: Conoscenza e utilizzo dei protocolli nell'ambito dei grandi eventi e maxi-emergenze.
- 12: Conoscenza dei sistemi di autoprotezione e sicurezza.
- 13: Acquisizione delle capacità di relazione d'aiuto.
- 14: Conoscenza e gestione del lavoro in équipe.
- 15: Gestione dello stress e dei conflitti.
- 16: Acquisizione delle capacità di relazione nella comunicazione tra le diverse componenti della rete dell'emergenza

Infine, i partecipanti hanno valutato l'importanza, nella propria unità operativa, assegnando un punteggio da 1 a 5, di sviluppare capacità nei seguenti ambiti:

1. Presa in carico del paziente - punteggio medio 4.6 (Grafico 8)
2. Gestione del paziente - punteggio medio 4.5
3. Sicurezza - punteggio medio 4.2
4. Relazione - punteggio medio 4.0 (Grafico 7)
5. Evidenze scientifiche - punteggio medio 4.6

Grafico 7. Percezione di importanza di sviluppo capacità relazionali del campione

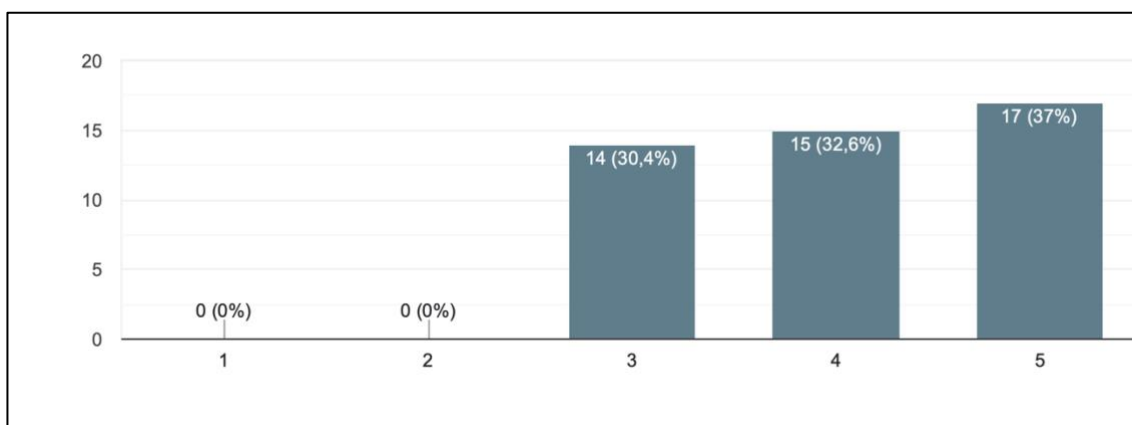
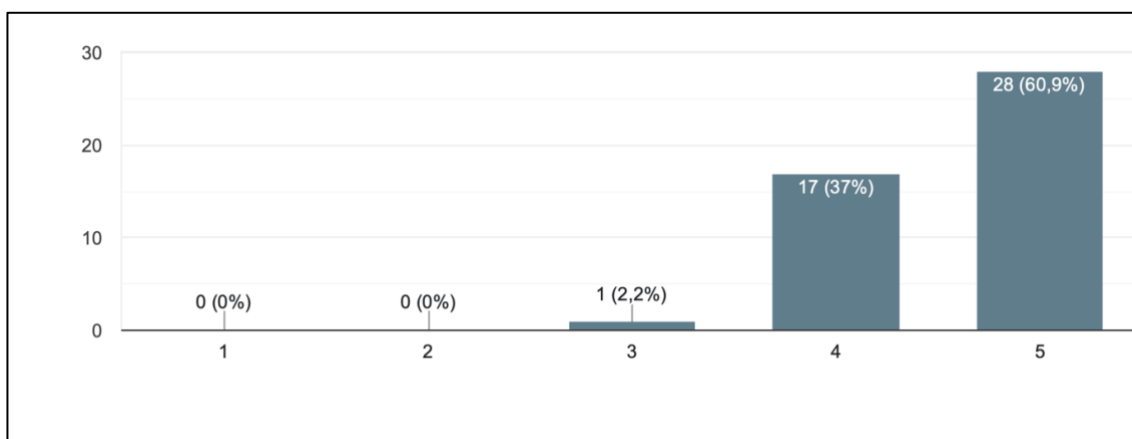


Grafico 8. Percezione di importanza di sviluppo capacità nella presa in carico del paziente del campione



Nella fase successiva di ricerca, al fine di ottenere protocolli di realtà assimilabili a quella fermana, analizzando i dati provenienti dal portale statistico AGENAS, sono stati campionati i seguenti ospedali: (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali, 2022)

- 4 Ospedali in Emilia-Romagna:
 - . Ospedale “B. Ramazzini” di Carpi
 - . Ospedale di Fidenza
 - . Ospedale “Ceccarini” di Riccione
 - . Ospedale “Degli Infermi” di Faenza
- 2 Ospedali nel Lazio:
 - . Polo Ospedaliero di Rieti
 - . Azienda Ospedaliero - Universitaria Sant’Andrea di Roma
- 2 Ospedali per la Lombardia:
 - . Ospedale A. Manzoni di Lecco
 - . Ospedale di San Donato Milanese
- 2 Ospedali in Toscana:
 - . Ospedale San Donato di Arezzo
 - . Ospedale San Giovanni di Dio Torregalli di Firenze
- 1 Ospedale in Veneto:
 - . Ospedale di Feltre
- 2 Ospedali in Piemonte:
 - . Ospedale Cardinal G. Massaia di Asti
 - . Ospedale Sant’Andrea di Vercelli

Si sono ottenuti i protocolli relativi agli ospedali di Riccione, Faenza e Arezzo.

Di seguito, interpellando l’opinione degli esperti, si è giunti alla realizzazione di un percorso di inserimento per il professionista neoassunto o neo-assegnato in pronto soccorso per quanto riguarda l’ospedale Murri di Fermo. (Allegato 2)

Inizialmente è prevista una prima fase di accoglimento da parte del coordinatore, regolamentata da apposita tabella, in cui vengono presentati le varie figure, le strutture, gli ambienti, la turnistica e il percorso stesso. (Tabella 2)

Tabella 2. Checklist iniziale

Check list inserimento personale neoassunto/neo inserito FASE INIZIALE (orientamento)			
	Attività e argomenti trattati	data	Firma (infermiere e coordinatore)
1	Colloquio con il coordinatore e presentazione del tutor		
2	Presentazione U.O., organigramma, e logistica.		
3	Illustrazione dei piani di attività e turnistica di U.O.		
4	Presenza visione protocollo inserimento dipendente neoassunto e relativa scheda di valutazione		
5	Illustrazione del piano di inserimento/ affiancamento e relativi obiettivi e tempi.		

Il documento prevede una formazione specifica sul campo del neofita e la scelta del tutor che affiancherà il professionista per tutto il percorso di apprendimento fino alla sua completa autonomia.

Il tutor verrà selezionato dal coordinatore infermieristico sulla base di 4 criteri principali:

- Esperto, con almeno 5 anni consecutivi di servizio nell'unità operativa.
- Leader, che trasferisce entusiasmo anche nelle attività quotidiane
- Conoscenze approfondite sulla specialità
- Attitudine pedagogiche, didattiche e valutative

Quest'ultimo potrà accettare la responsabilità firmando il documento in questione, così facendo, si caricherà della responsabilità di realizzare il percorso stabilito nella maniera più ottimale possibile.

L'addestramento ha una durata di 2 settimane consecutive effettive, con un rapporto di tutor - neofita di 1:1, il percorso è codificato da 1 schede per ogni settimana con i relativi obiettivi: scheda valutazione intermedia e scheda valutazione finale. (Tabella 3 e 4)

Tabella 3. Scheda valutazione intermedia

OBIETTIVO DI APPRENDIMENTO	PUNTEGGIO	Non valutabile
1. Conosce ed utilizza dispositivi di protezione individuale	___/4	
2. Utilizza ausili e presidi in modo appropriato	___/4	
3. Valuta il grado di autonomia del paziente e le priorità assistenziali	___/4	
4. Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico – terapeutiche	___/4	
5. Conosce e gestisce la documentazione infermieristica	___/4	
6. Monitorare, valutare e documentare, secondo il trend dei parametri vitali gli effetti terapeutici dei trattamenti farmacologici, rilevando precocemente segni e sintomi di effetti collaterali immediati e tardivi.	___/4	
7. Corretta esecuzione ECG e posizionamento CVP e CV	___/4	
8. Eseguire in maniera corretta un prelievo arterioso/venoso per esami ematochimici ed emogasanalisi ed emocoltura e urinocoltura	___/4	
9. Eseguire in modo corretto medicazioni di base	___/4	
10. Conoscenza ed utilizzo dei sistemi di comunicazione	___/4	
11. Conoscenza dei vari ambienti ed individua i ruoli degli operatori presenti.	___/4	
12. Identifica l'ubicazione del materiale e delle attrezzature	___/4	
	Totale ___/48	LAP ____%

Tabella 4. Scheda valutazione finale

OBIETTIVO DI APPRENDIMENTO	PUNTEGGIO	Non valutabile
1. Capacità di gestire strumenti e tecnologie a disposizione	___/4	
2. Sostegno di base delle funzioni vitali nell'adulto	___/4	
3. Riconoscere segno e sintomi di instabilità emodinamica, controllando il livello di coscienza, le pupille, il colore della cute, la temperatura e la diuresi.	___/4	
4. Sostegno di base del paziente traumatizzato	___/4	
5. Corretta gestione di situazioni di emergenza, effettuando le tecniche rianimatorie e della defibrillazione precoce	___/4	
6. Conoscenza dell'organizzazione del sistema emergenza - urgenza	___/4	
7. Conoscenza delle modalità di trasporto sanitario della rete regionale emergenza	___/4	
8. Conoscenza degli aspetti medico legali dell'emergenza - urgenza	___/4	
9. Conoscenza di protocolli organizzativi e assistenziali, attivati nell'ambito di maxi-emergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali	___/4	
10. Conoscenza dei percorsi assistenziali che garantiscono la continuità di cure	___/4	
11. Conoscenza e gestione del lavoro di equipe	___/4	
12. Comunicazione con la persona assistita / famiglia in modo opportuno	___/4	
13. Acquisizione delle capacità di relazione nella comunicazione tra le diverse componenti della rete dell'emergenza	___/4	
14. Gestione dello stress e dei conflitti	___/4	
15. Interazione con l'equipe facilitando i rapporti e favorendo l'informazione integrata multiprofessionale	___/4	
	Totale ___/56	LAP ____%

Il tutor sarà responsabile dell'apprendimento e della valutazione del neofita, attraverso tali schede, sotto la supervisione del coordinatore, e riceverà come da normativa regionale gli ECM per tale addestramento.

Il neoassunto o neo-assegnato sarà valutato per ogni obiettivo previsto con un punteggio da 1 a 4 dove si andrà a toccare sia la sfera clinico assistenziale sia quella organizzativa che quella relazionale come in tabella che segue:

Tabella 4. Valutazione obiettivi apprendimento

GRADO 1: NON ADEGUATO	Obiettivo non rispondente agli standard o alle attese
GRADO 2: MIGLIORABILE	Obiettivo solo parzialmente rispondente agli standard o alle attese
GRADO 3: ADEGUATO	Obiettivo in linea agli standard o alle attese
GRADO 4: ECCELLENTE	Obiettivo ampiamente raggiunto

In entrambe le schede il neoassunto o neo-assegnato dovrà raggiungere un LAP (livello accettabile di performance) del 75%.

Se entrambe le valutazioni saranno positive allora il nuovo professionista sarà definitivamente assegnato al pronto soccorso mentre con solo una valutazione negativa delle due, invece, verrà assegnato ad altro reparto.

5. DISCUSSIONE

Nel progettare il futuro dell'infermieristica d'emergenza è importante tenere conto dei temi e delle tendenze significative precedentemente descritte.

La rapida immersione nel nuovo lavoro e il senso di inadeguatezza portano molti neoassunti o neo-assegnati a sentirsi sopraffatti, non supportati e delusi.

L'ambiente ad alto carico di stress e dal ritmo serrato caratteristico dell'emergenza, spingono il neofita a rivalutare tali unità operative.

A tal proposito la predisposizione di programmi di tutoraggio ben strutturati posso essere d'aiuto al fine di migliorare l'impatto con la nuova realtà così complessa.

Il primo passo effettuato è stato quello di analizzare la variabile socio anagrafica e le percezioni proprie sul tema, del personale interessato all'interno dell'ospedale Murri di Fermo.

Dalle caratteristiche del campione si denota una certa esperienza del personale in termini di servizio prestato come infermiere (13.4 anni in media) con una netta maggioranza di contratti a tempo indeterminato (86.9%).

Gli infermieri neoassunti o inseriti, definiti da un massimo di 3 anni di servizio nell'attuale unità operativa, sono risultati 12 di cui 8 senza nessuna precedente esperienza lavorativa nel servizio di emergenza; una media campionaria di 7.7 anni di servizio all'interno dell'attuale unità operativa e di 9.4 anni di servizio nel dipartimento di emergenza.

In MCAU, nello specifico, dei 42 infermieri in organico, 30 hanno più di 5 anni e 12 meno di 3 anni di esperienza all'interno dell'unità stessa.

Secondo Patricia Benner (1982), una delle maggiori teoriche dell'infermieristica riguardo alle competenze, un infermiere esperto è un professionista in possesso di almeno 5 anni di lavoro, dotato di un importante bagaglio di esperienza che gli permette di svincolarsi dal contesto analitico e di operare valutando le situazioni in profondità.

I dati precedentemente descritti sottolineano un'importante presenza di personale esperto in grado di poter favorire l'inserimento e accompagnare la crescita di un infermiere neoassunto.

Quasi la totalità degli infermieri intervistati reputa il proprio reparto molto responsabilizzante e al tempo stesso stressante sinonimo di un carico di lavoro molto alto e di un peso specifico elevato in termini di outcome sull'utente.

Altro dato interessante è quello relativo alla percezione dei professionisti in questione al momento della assegnazione all'unità operativa in cui attualmente lavorano, solo il 13 % di questi si sentivano adeguati e preparati al ruolo da svolgere mentre più del 90 % dei professionisti riteneva le capacità e le competenze al momento dell'assegnazione non sufficienti per le attività da svolgere.

Questi due dati confermano la sensazione che un infermiere neoassunto può avere al momento dell'assegnazione in reparti di emergenza che combinati con la situazione storica che viviamo in tali ambienti, disegna il dipartimento di emergenza come uno scoglio insormontabile.

Sottolineano, di conseguenza, l'importanza di un percorso di inserimento mirato con lo scopo di condurre gradualmente a un buon livello di efficacia ed autonomia nell'esecuzione del lavoro, alla consapevolezza della cultura aziendale favorendo l'inserimento nell'équipe e nel contesto organizzativo.

Il campione intervistato ha riconosciuto, l'importanza di tutte le 5 macroaree precedentemente trattate, valutandole come capacità utili nelle proprie unità operative.

I punteggi più alti sono stati assegnati alle capacità che si possono definire di natura tecnica ovvero gestione del paziente, presa in carico del paziente e alle evidenze scientifiche.

Leggermente più bassi i punteggi relativi alle capacità di relazione e di sicurezza anche se nel contesto attuale possono essere di grande aiuto soprattutto nella gestione del fenomeno sovraffollamento, dello stress lavorativo e di eventuali situazioni conflittuali o ad alto impatto emotivo.

Nel questionario è stata aggiunta anche una domanda riguardante le competenze, che chiedeva nello specifico, quali fossero le competenze maggiormente sviluppate tra quelle previste dall'Accordo Stato Regione del 2003.

Buoni i risultati per quanto riguarda la componente clinico-assistenziale dove il 77 % dichiara di aver fatto proprie capacità nel sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali e di conoscere e saper gestire il lavoro in equipe, componenti indispensabili in tali ambiti.

Risultato considerevole anche per le capacità di triage intra ed extra ospedaliero dove il 34.8% reputa di avere sviluppato.

Anche se prioritari nell'ambito dell'emergenza, le competenze di tipo relazionale e di sicurezza sono risultate meno sviluppate, solo il 17.4% infatti dichiara di avere competenze nell'ambito dei sistemi di autoprotezione e solo il 34.8% nella gestione dello stress e dei conflitti.

L'ambito organizzativo è quello nel quale gli infermieri partecipanti percepiscono di avere meno competenze dove i punteggi medi si aggirano intorno al 20%.

Entrambe le domande risultavano utili per capire quale siano le competenze che durante l'esperienza lavorativa, nei reparti di emergenza intervistati, venivano maggiormente sviluppate e che di fatto risultano necessarie.

Si sono rilevate spunto importante per ipotizzare, successivamente, gli obiettivi formativi da inserire nel percorso di inserimento del neoassunto o neo-assegnato.

Di seguito, vista la mancanza di un protocollo d'inserimento per un infermiere in pronto soccorso nell'ospedale Murri di Fermo, si è pensato di ricercarli in realtà simili per caratteristiche a quella fermana.

Il Murri è un DEA di primo livello, un centro spoke, con accessi annui relativi all'anno 2022 di esattamente 35.258, in aumento negli ultimi anni arrivando a circa 40.000.

Alle realtà campionate, precedente descritte, è stato chiesto di condividere il loro percorso di inserimento relativo al neoassunto o neo-assegnato in pronto soccorso, dopo aver dettagliatamente descritto le motivazioni, lo scopo e lo studio da realizzare.

Di quest'ultimi, il 50% non ha voluto prendere parte al lavoro mentre il 20% non aveva una procedura formalizzata di inserimento specifica per l'infermiere di pronto soccorso.

Avere un percorso di inserimento, in questo millennio, in cui tutti gli ospedali faticano a fidelizzare gli infermieri, è necessario per affrontare tale problematica (Block, Claffey, Korow, McCaffrey, 2005).

Di fatti, attuare tutti gli interventi necessari, per prolungare quanto più possibile, la permanenza del neoassunto deve rappresentare un reale proposito delle aziende ospedaliere.

Gli ospedali di Riccione, Faenza e Arezzo possedevano tali percorsi basati sulle loro esigenze aziendali e mirati alla valorizzazione della risorsa umana.

I documenti ottenuti da tali ospedali combinati con le competenze ricercate nel questionario sono risultati un'ottima base da cui partire al fine di creare un protocollo ex novo ad hoc per MCAU dell'ospedale Murri di Fermo.

Per creare un percorso utile e su misura alle esigenze aziendali è stata di fondamentale importanza l'opinione del pool di esperti con esperienze di inserimento pregresse, un lavoro prodotto o comunque revisionato dal gruppo che dovrà sostenere gli inserimenti, sarà più facilmente accettato, condiviso e sostenuto dal gruppo stesso.

Di fatti, un percorso di inserimento e di formazione dei nuovi assunti per essere efficace non può essere elaborato da un singolo, ma richiede l'intervento di un gruppo di progetto per connotarsi nella maniera più eterogena possibile.

Negli incontri organizzati si è dibattuto sui vari aspetti del percorso esaltando le straordinarie competenze sul tema dei professionisti intervistati con esperienze all'interno dell'unità operativa che andavano dai 7 anni fino ad oltre i 25.

Tutto il team ha partecipato con grande interesse, impegno e professionalità, rivelandosi una risorsa preziosissima per questo lavoro.

L'intento era quello di creare un protocollo utile, sia al professionista che a tutta l'equipe, cercando di aiutarlo ad essere "inserito" rapidamente nel contesto lavorativo.

Proprio questo è stato il tema più discusso negli incontri, il timing era discordante tra le effettive necessità per un professionista e le esigenze aziendali.

Per un completo inserimento all'interno di unità complessa come quella del pronto soccorso sono necessari mesi di lavoro, mentre il protocollo è stato basato su due settimane sia per l'importanza delle prime settimane di un neofita sia per le difficoltà di carattere tecnico organizzativo dell'azienda che molto spesso non riesce a garantire affiancamenti più lunghi.

Gli stessi obiettivi, infatti, sono stati ragionati su due settimane, con la consapevolezza, di formare un neoassunto o neo-assegnato per postazioni da codice minore fino a rivalutazione del coordinatore infermieristico, che si impegnerà nel frattempo ad assicurare al neofita una turnistica con presenza di almeno un professionista esperto per potenziali dubbi, perplessità o difficoltà.

La letteratura sostiene l'importanza di predisporre l'organico in modo da garantire al nuovo infermiere una continua fonte educativa, costante ed uniforme per rendere quel "novizio" sempre più esperto, di fatti, mantenere l'infermiere neoassunto o neo-assegnato nello stesso turno del proprio tutor per l'intero turno può essere vantaggioso e stimolante per la coppia. (Benner, 1982; Hayes, Scott, 2007; Valdez, 2008)

Un'altra importante considerazione è stata fatta su questo tema.

Al gruppo di esperti è stato da subito proposto di responsabilizzare un solo ed unico tutor per il singolo neofita al fine di poter assicurare quel rapporto 1:1 che garantisce l'assegnazione di crediti ECM al tutor in questione e al neoassunto.

Un evento formativo del genere, infatti, prevende l'assegnazione di crediti all'obiettivo, sulla base dell'impegno per un totale di 1,5 credito per ogni ora (non frazionabile).

La normativa vigente definisce un training individualizzato (FSC) come quella attività in cui è necessaria la presenza di un formatore presenzialmente nel rapporto singolo tutor-neofita - 1:3 e comunque non oltre 1:5 (ASR n.274, 2017).

Considerate però, le eventuali difficoltà del tutor a seguire il turno come da programma o l'eventuale malattia di quest'ultimo, si è concordato di aggiungere all'interno del documento una seconda figura esperta che fungerà da sostituto in una di queste situazioni non ricevendo però nessun credito previsto.

Nel percorso creato, la valutazione aspetta al tutor, su supervisione della funzione organizzativa e avviene tramite le apposite schede di valutazione in cui vengono riportati i vari obiettivi necessari, concordati con tutto il team di esperti.

Gli obiettivi proposti rispecchiano le necessità di un nuovo infermiere inserito in tempi brevi al fine di non essere "divorato" dalla complessità dell'unità operativa.

Gli obiettivi sono separati in due momenti distinti, ovvero prima e seconda settimana, nella prima gli obiettivi sono più generici per poi andare in obiettivi più specifici nella seconda settimana.

Per facilitare la valutazione degli stessi, durante gli incontri si è pensato di creare un sistema che possa essere più elastico e garantire al tutor di essere il più preciso possibile. In corrispondenza di ogni obiettivo, il valutatore può assegnare un punteggio da 1 a 4 secondo la tabella precedentemente descritta, ma può anche dichiarare, che quel determinato obiettivo non è valutabile quando lo specifico obiettivo previsto non si sia verificato durante il periodo di inserimento.

Per ogni obiettivo non valutabile è necessario togliere 4 punti al punteggio totale e assegnare 0 punti all'obiettivo in questione.

Alla fine di ogni scheda di valutazione si ottiene il totale realizzato sommando i punteggi dei singoli obiettivi, da cui facendo un calcolo proporzionale si ottiene il Livello Accettabile di Performance (LAP).

Si è concordato durante gli incontri che il target da raggiungere, ovvero LAP, per ogni singola scheda di valutazione fosse del 75%.

Al termine del percorso si eseguirà una valutazione finale che verterà su “ASSEGNAZIONE DEFINITIVA”, “ASSEGNAZIONE AD ALTRO REPARTO” in caso di mancato raggiungimento del LAP in una delle due schede o “PROLUNGAMENTO ADDESTRAMENTO” nel caso in cui più di 4 obiettivi presentati risultino non valutabili.

Il percorso descritto ha come scopo quello di definire gli obiettivi di apprendimento e le figure responsabili con relativa valutazione per il superamento del periodo di addestramento del professionista neoassunto o neo inserito in MCAU di Fermo.

6. CONCLUSIONI

Il percorso di inserimento per un infermiere deve essere considerato un percorso obbligato e necessario specialmente in una struttura operativa notoriamente complessa e ad elevata criticità come il pronto soccorso.

L'ingresso di una nuova risorsa umana è fondamentale per tutta l'organizzazione quindi quest'ultima ha il dovere di accogliere ed inserire il prima e meglio possibile il nuovo elemento.

Si tratta di una fase estremamente delicata che può determinare o meno una sintonia tra le aspettative, attitudini e potenzialità del neo inserito e l'organizzazione stessa.

Il percorso appena realizzato può essere utilizzato al fine di accompagnare il neofita nelle prime due settimane di attività nell'intricato inserimento all'interno del pronto soccorso dell'ospedale Murri di Fermo.

Un programma completo di inserimento prevederà sicuramente alcuni mesi ma questo strumento è pensato al fine di essere utile, nelle fasi iniziali, alla nuova risorsa e a tutta l'unità operativa.

È uno strumento ideato, progettato e creato dopo il confronto con altre realtà e dopo aver messo sul tavolo le esigenze formative combinate alle esigenze aziendali al fine di creare un percorso pratico e da subito applicabile ma che potrà in seguito essere integrato per realizzare un progetto formativo a lungo termine.

La realizzazione e la futura applicazione, del percorso di inserimento in pronto soccorso, potranno contribuire a migliorare la qualità e sicurezza delle cure prestate ma anche a valorizzare e tutelare la risorsa umana appena inserita rendendola al tempo stesso rapidamente produttiva.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Accordo Stato Regione del 22 maggio 2003, “Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza”.
2. Accordo Stato Regione n.274 del 2 febbraio 2017. “La formazione continua nel settore Salute”. Criteri assegnazione crediti ECM.
3. Accessi al Pronto Soccorso (2022). Portale Statistico AGENAS, Ministero della Salute. Disponibile in: <https://stat.agenas.it>
4. American College of Emergency Physicians. Crowding. (2006). *Annals of Emergency Medicine*, (47), 585.
5. Associazione Nazionale Infermieri di area critica (ANIARTI), (2018), *Aniartiinbreve*, aniarti.it. Disponibile in: <https://www.aniarti.it/wp-content/uploads/2020/11/ANIARTI-IN-BREVE-2018-DEF.pdf>.
6. Benner, P. (1982) From novice to expert. *Am J Nurs*; 82; 402-7.
7. Block, LM., Claffey C., Korow MK. & McCaffrey R. (2005). The value of mentorship within nursing organizations. *Nurs Forum*. Oct-Dec;40(4):134-40. doi: 10.1111/j.1744-6198.2005.00026.x. PMID: 16371124.
8. Calamandrei, C., Pennini, A. et al. (2006). *La leadership in campo infermieristico*. Mc Graw Hill.
9. Calamandrei, C. et al. (2019). *La gestione del personale*. In: *Manuale di management per le professioni sanitarie*. 4/e. Mc Graw Hill, 407.
10. Decreto Ministero della Sanità n.739 del 14 settembre 1994, “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”.
11. Decreto Ministeriale n.70 del 2 aprile 2015. “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.
12. Decreto Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia n.1395 del 17 novembre 2016, “Profilo delle competenze dell’infermiere impiegato nell’emergenza territoriale”.
13. FIASO, Federazione italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere. (2019). *La gestione delle risorse umane in sanità. Strategie di intervento per le Aziende sanitarie*. Franco Angeli.

14. Gamberoni, L., Marmo, G., Bozzolan, M., Loss, C. (2009). La formazione sul campo. In: Apprendimento clinico, riflessività e tutorato. Napoli, Edises.
15. Gazaway, SB., Schumacher, AM., Anderson, L. et al. (2016). Mentoring to retain newly hired nurses. Nurs Management.
16. Hayes, JM. & Scott, AS. (2007). Mentoring partnerships as the wave of the future for new graduates. Nurs Educ Perspect. Jan-Feb;28(1):27-9. PMID: 17380958.
17. Jaana Peltokoski, RN., Katri, Vehvilhainen, Merja, Miettinen et al. (2013). Newly hired nurses' and physicians' perceptions of the comprehensive health care orientation process: a pilot study. J Nursing Management.
18. Misure per pronto soccorso, professioni sanitarie e medici a “gettone”, (2023). Ministero della Salute. Disponibile in: https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6203.
19. Michela Ferro. (2008) Percorso per l’inserimento dell’infermiere neoassunto in pronto soccorso. ANIARTI, 25-29.
20. Quotidianolasanità, (18 luglio 2023). Emergenza-Urgenza. Puntare su valorizzazione dei servizi e sostenibilità del sistema, Disponibile in: https://www.quotidianosanita.it/lavoroeprofessioni/articolo.php?articolo_id=114913.
21. Sasso L., Lotti, A., Gamberoni, L., (2015). Tutor e tutorato nella formazione e nell’università italiana. In: Il tutor per le professioni sanitarie. Roma, Carocci Faber.
22. SIMEU, (18 luglio 2022). Sempre più medici e infermieri in fuga dai pronto soccorso italiani: l’allarme dal Congresso, simeu.it. Disponibile in: <https://www.simeu.it/w/#>.
23. Valdez, AM. (2008). Transitioning from novice to competent: what can we learn from the literature about graduate nurses in the emergency setting? J Emerg Nurs. Oct;34(5):435-40. doi: 10.1016/j.jen.2007.07.008. Epub 2008 May 15. PMID: 18804717.

8. ALLEGATI

Allegato 1. Questionario

Indagine conoscitiva per rilevare le competenze degli infermieri che lavorano in MCAU e POTES 118

Salve, mi chiamo Frattali Massimo studente del I anno CDL magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche dell'Università Politecnica delle Marche.

Ho elaborato questo questionario al fine di rilevare informazioni su quelle che sono le competenze utili e necessarie per gli infermieri, dipendenti dell'AST di Fermo, che lavorano nelle UOC MCAU e POTES 118.

Il presente questionario è anonimo, ai sensi dell'articolo del Regolamento UE (Regolamento generale sulla protezione dei dati, o "GDPR"). La registrazione delle vostre risposte non contiene alcuna informazione personale.

Ringrazio anticipatamente per aver contribuito al mio progetto.

Sesso *

☐ M

☐ F

Età *

Testo risposta breve

Anni di servizio come infermiere/a? *

Testo risposta breve

...

Che tipo di contratto possiedi? *

- ☐ Tempo determinato
- ☐ Tempo indeterminato

Da quanti anni lavori nell'attuale unità operativa? *

Testo risposta breve

Da quanto tempo lavori nel dipartimento di emergenza?

Testo risposta lunga

...

Qual'è il tuo livello di formazione? (risposta multipla) *

- ☐ Laurea triennale o titolo equiparato
- ☐ Laurea Magistrale
- ☐ Master in Area Critica

Quanto reputi responsabilizzante il lavoro nella tua unità operativa? *

	1	2	3	4	5	
poco	☐	☐	☐	☐	☐	molto

Quanto reputi stressante il lavoro nella tua unità operativa? *

	1	2	3	4	5	
poco	☐	☐	☐	☐	☐	molto

Quanto ritieni sia complesso inserire un nuovo infermiere nella tua attuale unità operativa sotto l'aspetto lavorativo/ professionale? *

	1	2	3	4	5	
molto facile	☐	☐	☐	☐	☐	difficile

...

Quando sei stato/a assegnato/a all'unità operativa in cui lavori attualmente ti sei sentito/a subito adeguato/a e preparato/a al ruolo da svolgere? *

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Abbastanza

Credi che le tue competenze iniziali al momento dell'assegnazione all'unità operativa attuale erano sufficienti per poter lavorare completamente in autonomia? *

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Abbastanza

Quanto ritieni importante, nella tua unità operativa, sviluppare capacità della sfera relazionale? *
(gestire le relazioni, individuando e superando gli elementi di stress anche in situazioni ad elevato impatto emotivo)

	1	2	3	4	5	
poco	☐	☐	☐	☐	☐	molto

Quanto ritieni importante, nella tua unità operativa, sviluppare capacità della sfera sicurezza? *
(gestire in sicurezza i processi lavorativi, gli ambienti e le attrezzature a disposizione)

	1	2	3	4	5	
poco	☐	☐	☐	☐	☐	molto

Quanto ritieni importante, nella tua unità operativa, sviluppare una pratica basata sulle evidenze? (utilizzare la ricerca per introdurre cambiamenti e migliorare la pratica) *

	1	2	3	4	5	
poco	☐	☐	☐	☐	☐	molto

...

Quanto ritieni importante, nella tua unità operativa, sviluppare capacità nella presa in carico del paziente? (contribuire al processo di accoglimento, codifica delle richieste e di gestione dei relativi interventi di cura) *

	1	2	3	4	5	
poco	☐	☐	☐	☐	☐	molto

Quanto ritieni importante, nella tua unità operativa, sviluppare capacità di gestione del paziente? (analizzare i bisogni di assistenza, effettuare la diagnosi clinico-assistenziale, pianificare e applicare il processo assistenziale) *

	1	2	3	4	5	
poco	☐	☐	☐	☐	☐	molto

...

Quali tra queste competenze definite ritieni di aver sviluppato maggiormente? (risposta multipla) *

- ☐ Gestione di triage intra ed extra ospedaliero
- ☐ Sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica
- ☐ Conoscenza dei percorsi assistenziali che garantiscono la continuità di cure

- ☐ Conoscenza dell'organizzazione del servizio sanitario nazionale e regionale
- ☐ Conoscenza dell'organizzazione del sistema di emergenza urgenza e dei relativi protocolli
- ☐ Conoscenza delle modalità complessive del trasporto sanitario della rete dell'emergenza
- ☐ Capacità di predisporre e utilizzare protocolli operativi, organizzativi, assistenziali, ospedalieri e territor...
- ☐ Conoscenza e utilizzo dei sistemi di comunicazione e delle tecnologie in uso
- ☐ Conoscenza degli aspetti medico legali nell'urgenza ed emergenza
- ☐ Conoscenza delle modalità di coordinamento con enti istituzionali preposti all'emergenza non sanitaria
- ☐ Conoscenza e utilizzo di protocolli organizzativi e assistenziali, attivati nell'ambito di maxi-emergenze, ...
- ☐ Conoscenza di sistemi di autoproduzione e sicurezza
- ☐ Acquisizione delle capacità di relazione d'aiuto
- ☐ Conoscenza e gestione del lavoro di equipe
- ☐ Gestione dello stress e dei conflitti
- ☐ Capacità di relazione nella comunicazione tra le diverse componenti della rete dell'emergenza

PERCORSO INSERIMENTO
INFERMIERE NEOASSUNTO O NEOASSEGNAO
IN PRONTO SOCCORSO

COGNOME _____	NOME _____
Matr. _____	

- ☐ Neoassunto
☐ Neoassegnato (reparto: _____)

Durata del periodo addestramento dal _____ al _____

PREMESSA

Nell'organizzazione, la risorsa umana, costituisce uno degli elementi fondanti per il buon andamento della stessa, è una risorsa chiave in quanto rappresentano la principale ricchezza produttiva che condiziona la qualità e la quantità dei servizi forniti.

Il ruolo dell'infermiere in questo ambito è molto delicato e richiede conoscenze e abilità che gli permettano di valutare il paziente, prendere decisioni corrette e metterle in atto in tempi brevi.

Di conseguenza, l'inserimento all'interno di un'unità come questa rappresenta una fase fondamentale.

Un buon inserimento è un elemento essenziale per garantire che l'assistenza infermieristica prestata ai pazienti sia adeguata, uniforme e sicura da parte di tutti gli infermieri nel momento in cui questi sono ritenuti idonei, da parte di esperti appartenenti alla stessa professione, a svolgere la loro attività con competenza ed autonomia.

SCOPO

Il presente documento ha come scopo quello di definire gli obiettivi di apprendimento e le figure responsabili con relativa valutazione per il superamento del periodo di addestramento del professionista neoassunto o neoinserito nel Pronto Soccorso.

OBIETTIVI

1. Gestione accurata e valorizzazione della risorsa umana
2. Garantire in maniera sistematica l'uniformità e l'omogeneità del percorso di accoglienza, inserimento, addestramento e valutazione del neoassunto o neoinserito.
3. Favorire l'integrazione del neoassunto / neoinserito all'interno della delicata struttura organizzativa al fine di valorizzare le capacità e potenzialità del professionista secondo un programma prestabilito.

MODALITÀ

Il neoassunto o neoinserito inizierà il suo percorso con una prima fase di orientamento che comprenderà una serie di attività presentative descritte nella tabella che segue - checklist fase iniziale – con il coordinatore infermieristico.

Il compito di identificare l'infermiere appropriato a svolgere il ruolo di tutor, è del coordinatore infermieristico, che collaborerà attivamente con il professionista scelto affinché il percorso avvenga nel modo più ottimale possibile.

Requisiti del tutor:

- Esperto, almeno 5 anni consecutivi di servizio nell'unità operativa
- Leader, che trasferisce entusiasmo anche nelle attività quotidiane
- Conoscenze approfondite sulla specialità in cui opera
- Attitudine pedagogiche, didattiche e di valutazione

Il tutor sarà responsabile dell'apprendimento e della valutazione del neofita attraverso lo strumento che segue -scheda di valutazione- sotto la supervisione del coordinatore, e riceverà come da normativa regionale gli ECM relativi a tale addestramento.

In caso di assenza improvvisa del tutor scelto verrà selezionato un secondo sostitutivo che verrà anch'esso inserito nel presente documento.

In 2 settimane di lavoro effettive e consecutive il professionista dovrà completare il percorso di inserimento ed essere valutato per ogni obiettivo previsto con un punteggio da 1 a 4 dove si andrà a toccare sia la sfera clinico assistenziale sia quella organizzativa che quella relazionale.

Viene effettuata una prima valutazione intermedia dopo la prima settimana per capire l'andamento del percorso (scheda 1) ed una seconda valutazione al termine del percorso (scheda 2).

In entrambi i casi il neofita dovrà raggiungere un LAP del 75%.

Al termine delle singole valutazioni riportare ogni volta l'esito della valutazione con un giudizio positivo o negativo sulla base del LAP raggiunto.

Per entrambe le valutazioni positive il neoassunto è definitivamente assegnato a tale reparto, con una delle due valutazioni negative il neoassunto sarà assegnato ad un altro reparto.

N.B: Nel caso di obiettivo non valutabile togliere 4 punti al totale al fine di valutare correttamente il nuovo professionista. In caso di più di 4 obiettivi non valutabili è possibile prolungare l'addestramento su indicazione del coordinatore responsabile.

Check list inserimento personale neoassunto/neoinserito FASE INIZIALE (orientamento)			
	Attività e argomenti trattati	data	Firma (infermiere e coordinatore)
1	Colloquio con il coordinatore e presentazione del tutor		
2	Presentazione U.O., organigramma, e logistica.		
3	Illustrazione dei piani di attività e turnistica di U.O.		
4	Presa visione protocollo inserimento dipendente neoassunto e relativa scheda di valutazione		
5	Illustrazione del piano di inserimento/ affiancamento e relativi obiettivi e tempi.		

Tutor responsabile	
	Cognome e Nome
Tutor di inserimento	
Tutor di inserimento	

Firma neoassunto/ neoinserito _____

Firma tutor _____

Firma coordinatore _____

LEGGENDA

GRADO 1: NON ADEGUATO	Obiettivo non rispondente agli standard o alle attese
GRADO 2: MIGLIORABILE	Obiettivo solo parzialmente rispondente agli standard o alle attese
GRADO 3: ADEGUATO	Obiettivo in linea agli standard o alle attese
GRADO 4: ECCELLENTE	Obiettivo ampiamente raggiunto

1. SCHEDA VALUTAZIONE (1° settimana)

OBIETTIVO DI APPRENDIMENTO	PUNTEGGIO	Non valutabile
1. Conosce ed utilizza dispositivi di protezione individuale	___/4	
2. Utilizza ausili e presidi in modo appropriato	___/4	
3. Valuta il grado di autonomia del paziente e le priorità assistenziali	___/4	
4. Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico – terapeutiche	___/4	
5. Conosce e gestisce la documentazione infermieristica	___/4	
6. Monitorare, valutare e documentare, secondo il trend dei parametri vitali gli effetti terapeutici dei trattamenti farmacologici, rilevando precocemente segni e sintomi di effetti collaterali immediati e tardivi.	___/4	
7. Corretta esecuzione ECG e posizionamento CVP e CV	___/4	
8. Eseguire in maniera corretta un prelievo arterioso/venoso per esami ematochimici ed emogasanalisi ed emocoltura e urinocoltura	___/4	
9. Eseguire in modo corretto medicazioni di base	___/4	
10. Conoscenza ed utilizzo dei sistemi di comunicazione	___/4	
11. Conoscenza dei vari ambienti ed individua i ruoli degli operatori presenti.	___/4	
12. Identifica l'ubicazione del materiale e delle attrezzature	___/4	
	Totale ___/48	LAP ___%

2. SCHEDA VALUTAZIONE (2° settimana)

OBIETTIVO DI APPRENDIMENTO	PUNTEGGIO	Non valutabile
1. Capacità di gestire strumenti e tecnologie a disposizione	___/4	
2. Sostegno di base delle funzioni vitali nell'adulto	___/4	
3. Riconoscere segno e sintomi di instabilità emodinamica, controllando il livello di coscienza, le pupille, il colore della cute, la temperatura e la diuresi.	___/4	
4. Sostegno di base del paziente traumatizzato	___/4	
5. Gestione corretta delle situazioni di emergenza, effettuando le tecniche rianimatorie e della defibrillazione precoce	___/4	
6. Conoscenza dell'organizzazione del sistema emergenza - urgenza	___/4	
7. Conoscenza delle modalità di trasporto sanitario della rete regionale emergenza	___/4	
8. Conoscenza degli aspetti medico legali dell'emergenza - urgenza	___/4	
9. Conoscenza di protocolli organizzativi e assistenziali, attivati nell'ambito di maxi-emergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali	___/4	
10. Conoscenza dei percorsi assistenziali che garantiscono la continuità di cure	___/4	
11. Conoscenza e gestione del lavoro di equipe	___/4	
12. Comunicazione con la persona assistita / famiglia in modo opportuno	___/4	
13. Acquisizione delle capacità di relazione nella comunicazione tra le diverse componenti della rete dell'emergenza	___/4	
14. Gestione dello stress e dei conflitti	___/4	
15. Interazione con l'equipe facilitando i rapporti e favorendo l'informazione integrata multiprofessionale	___/4	
	Totale ___/56	LAP ___%

	POSITIVA	NEGATIVA
ESITO VALUTAZIONE INTERMEDIA		
ESITO VALUTAZIONE FINALE		

ASSEGNAZIONE DEFINITIVA	ASSEGNAZIONE ALTRO REPARTO	PROLUNGAMENTO ADDESTRAMENTO
----------------------------	-------------------------------	--------------------------------

Firma neoassunto/ neoinserito _____

Firma tutor _____

Firma coordinatore _____