

EFFICIENTAMENTO DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE IN SALA OPERATORIA

Autore: Lisa Signorelli (Varese, 11/02/2021)

L'innalzamento dell'età media della popolazione, l'incremento costante degli interventi chirurgici, il contenimento delle liste d'attesa, i rapidi progressi della tecnologia, sono un insieme di fenomeni che possono rappresentare una criticità sull'organizzazione delle aree chirurgiche, in particolare dei Blocchi Operatori (B.O.). Gli obiettivi sono principalmente di garantire un bilanciamento tra domanda e capacità produttiva dell'Azienda Sanitaria. Questo si può ottenere incrementando la produttività degli operatori all'interno delle Unità Operative (U.O.), accrescendo la motivazione del personale, puntando sull'addestramento e sull'aggiornamento per raggiungere una competenza multipla, migliorando così la qualità dei servizi erogati all'utente.

All'interno della nostra Azienda Sanitaria sono presenti sette Blocchi Operatori con differenti caratteristiche strutturali e con diverse intensità di prestazioni erogate. Nella programmazione mensile delle sedute operatorie vengono suddivisi gli spazi chirurgici a seconda delle necessità delle liste d'attesa, questo ha portato alla decentralizzazione di alcune specialità.

Il personale infermieristico proprio in questo momento di pandemia, ha dimostrato la propria propensione alla flessibilità all'interno delle proprie U.O., alla disponibilità di trasferimenti temporanei anche in U.O. al di fuori dal presidio di appartenenza. La scrivente è un'infermiera dedicata alla strumentazione del monoblocco dal 2008 e nell'ultimo anno ha avuto la possibilità di partecipare alla creazione della CBO (Centrale Blocco Operatorio), da questa esperienza nasce lo stimolo a progettare un piano di rotazione del personale infermieristico afferente ai diversi B.O. dell'ASST Sette Laghi, che va ad integrarsi al progetto già messo in atto dalla DAPSS dell'interscambiabilità dei ruoli all'interno del quartiere di appartenenza. La rotazione infermieristica permetterebbe di far emergere ed acquisire nuove competenze professionali e valorizzare la figura infermieristica come professionista. Altro vantaggio della rotazione infermieristica sarebbe l'interscambiabilità del personale in caso di malattie o di necessità di implementazione di attività chirurgica in un determinato B.O..

L'attività chirurgica, come sappiamo è una delle attività più complesse svolte dalle Aziende Sanitarie, è fondamentale per la vita stessa dell'Ospedale che su di essa e sui suoi livelli di efficienza fonda gran parte del suo esistere.

Il B.O. a sua volta rappresenta una delle realtà più complesse dal punto di vista organizzativo presenti nel mondo sanitario. Questo, infatti è un settore caratterizzato da elevata tecnologia, forte interazione tra i vari professionisti coinvolti nel processo di cura, elevata complessità assistenziale dovuta sia all'instabilità delle funzioni vitali della persona, ma anche all'intensità, alla complessità, alla tempestività ed alla continuità di prestazioni erogate. Per una migliore razionalizzazione delle risorse e per maggior efficacia del percorso assistenziale della persona assistita e appropriatezza delle prestazioni erogate, tutte le attività chirurgiche vengono centralizzate nei B.O.. Per questo motivo si dovrebbe attuare un'integrazione organizzativa prevedendo buoni strumenti di coordinamento e di standardizzazione dei processi comuni ai differenti B.O. aziendali.

All'interno del B.O. si possono osservare importanti turn-over del personale infermieristico, che potrebbe indicare la presenza di fattori di stress e pressioni lavorative che rischierebbero di diminuire il livello di sicurezza e la qualità delle prestazioni erogate.

È ormai culturalmente acquisito il concetto che le Risorse Umane rappresentano il fattore centrale dei sistemi organizzativi. Questo dato acquista ancora più rilevanza all'interno delle Aziende Sanitarie, per le quali la qualità del servizio reso viene fortemente condizionata dalla competenza dei professionisti che vi operano.

Ora la moderna visione e analisi della letteratura ci insegna a guardare con occhi nuovi alle qualità dell'infermiere di sala operatoria. Le virtù richieste e la nuova sfera di competenze devono andare al di là dell'*expertise* tecnica, vanno prese in considerazione delle capacità particolari come le *skill* e le *non-technical skills*.

La competenza è una parte integrante e duratura della personalità di un individuo, del quale può predire il comportamento in un'ampia gamma di situazioni e di comportamenti di lavoro.

Cinque connotati di competenza: la motivazione (schemi mentali), i tratti (caratteristiche fisiche), l'immagine di sé (atteggiamenti e valori), la conoscenza che è una competenza complessa e le *skills* che sono le capacità (abilità) di eseguire un determinato compito.

I primi tre sono sommersi, per questo motivo le conoscenze e le *skills* sono parti su cui è possibile intervenire dal punto di vista della formazione professionale.

Le motivazioni e i tratti, invece, sono più facili da acquisire attraverso il processo di selezione del personale.

La competenza è la capacità di rispondere a esigenze individuali e sociali, o di svolgere efficacemente un'attività o un compito. Ogni competenza comporta dimensioni cognitive, abilità, attitudini, motivazione, valori, emozioni e altri fattori sociali e comportamentali.

Le competenze infermieristiche avanzate come pratica infermieristica avanzata si realizzano attraverso l'esperienza clinica e percorsi di formazione di secondo livello (master di specializzazione come i master di sala operatoria), che consentono agli infermieri non solo di acquisire abilità e conoscenze specialistiche superiori, ma anche di estendere le loro competenze cliniche, attraverso lo sviluppo di capacità di ragionamento e di gestione dei problemi di assistenza ad elevata complessità.

Le competenze si suddividono in quelle di superficie più facili da sviluppare e quelle profonde, modificabili attraverso il "*training*", anche se occorre più tempo e si va incontro a maggiori difficoltà.

Le *non-technical skills* (competenze non tecniche) sono raggruppate in: cognitive o abilità mentali, processo decisionale, pianificazione, consapevolezza della situazione, abilità sociali o interpersonali, lavoro di squadra, comunicazione e *leadership*. Tali abilità possono essere identificate attraverso marcatori comportamentali, ossia comportamenti considerati indicatore di una abilità. Essi sono osservabili e quindi rilevabili e servono per delineare la competenza espressa dal professionista ed identificare i bisogni di formazione e costruire i relativi programmi di addestramento, al fine di migliorare la propria competenza, l'organizzazione ed il lavoro in *équipe*.

La cognitività entra di diritto e completa il professionista protagonista completo, produttore di qualità, sentinella indiscussa della buona riuscita del prodotto finale, quale la seduta chirurgica.

La valutazione delle competenze sarà quindi fondamentale nella fase di colloquio con l'infermiere, neo-assunto o proveniente da altre realtà, che intende intraprendere un'esperienza lavorativa all'interno di un B.O..

In questo momento l'iperspecializzazione e la parcellizzazione delle competenze fanno sì che il personale sia diviso per discipline e tenda ad occuparsi solo di alcune attività di sua competenza. Questo inficia la flessibilità necessaria per rispondere ai bisogni, alle variazioni dei tempi e degli spazi e al volume di attività di un B.O.. Diversamente una gestione più integrata delle risorse umane come la *job rotation*, cioè la rotazione delle mansioni del personale all'interno della S.O. di uno stesso B.O. e successivamente estesa al personale afferente a tutti i B.O. dell'ASST Sette Laghi, permetterebbe di acquisire quella che viene definita "competenza multipla". Gli obiettivi progettuali che si vorrebbero attuare sono un maggior coordinamento, una razionalizzazione dei percorsi, un'integrazione graduale delle competenze tra operatori di diverse specialità e di diverse mansioni nell'ambito della stessa specialità, la stesura di strumenti operativi e procedurali (protocolli, linee guida, etc), l'organizzazione di un sistema formativo per le attività chirurgiche e la stesura di piani di attività.

Il progetto per essere messo in pratica necessita una pianificazione dei periodi di affiancamento e di scambio di personale tra i vari B.O.. Dovranno essere stesi piani di lavoro condivisi e attuare la

standardizzazione dei processi comuni così da favorire l'interscambio. Al fine di avere piena adesione da parte del personale, si dovrà renderlo parte integrante del progetto istituendo dei gruppi di lavoro.

In ogni B.O., sarà individuato un gruppo di personale esperto che svolgerà il compito di *tutor*. Verranno, quindi, nominati degli infermieri guida (*tutor*) per ogni disciplina, che si assumeranno la responsabilità dell'addestramento del personale proveniente dalle altre U.O. e dei neo-assunti, per accompagnarli a misurarsi gradualmente con le specifiche competenze e responsabilità, al fine di garantire una sorta di "inserimento protetto". Il *tutor* a sua volta dovrà seguire un adeguato e mirato percorso formativo, così da avere un obbiettivo comune e un percorso d'inserimento condiviso.

La fase dell'inserimento andrebbe suddivisa in due parti: la prima svolta a sviluppare le conoscenze e le abilità riferite all'ambiente ed agli strumenti operativi, alla tipologia di paziente e di intervento chirurgico (infermiere di sala); la seconda riguardante l'apprendimento specifico di attività e tecniche atte a garantire competenza e professionalità (infermiere dedicato all'anestesia e alla strumentazione).

L'interscambiabilità è un concetto nobile e molto interessante che permette di avere una visione olistica da parte del professionista sul proprio lavoro svolto in S.O. e anche sulla gestione della persona assistita, permettendo di non fossilizzarsi sulle proprie conoscenze specifiche del singolo ambito, ma questo deve avvenire con un periodo di affiancamento adeguato, dettato oltre che dalla specialità chirurgica anche dalle esigenze del singolo professionista. È sbagliato pensare a queste tre figure come identità distinte tra di loro in quanto esse come abbiamo visto collaborano all'interno dell'*équipe* chirurgica per il bene della persona assistita ed è giusto pensare a questi ruoli come interscambiabili.

Si rende necessario in questo percorso di formazione l'introduzione di uno strumento, il *portfolio*, per lo sviluppo professionale e la valutazione delle competenze, finalizzato ad aiutare il soggetto a definire con precisione le proprie capacità, attitudini e aspirazioni professionali al fine di progettare e mettere in atto percorsi professionali soddisfacenti. Tale strumento permetterà la valutazione e la certificazione delle competenze, che accompagnano la persona nel lavoro e nella formazione. Una sorta di "accreditamento dei professionisti" in virtù del quale saranno autorizzati ad operare soddisfacendo standard predefiniti, cioè avere "la competenza". Il bilancio prevede la ricostituzione di una storia di vita del professionista con particolare riferimento alle sue esperienze lavorative, nonché all'individuazione e alla descrizione delle sue competenze. I principali strumenti utilizzati sono: il colloquio, l'autovalutazione, test attitudinali.

Il ruolo del coordinatore è importante, sarà colui che sovrintende le vicende lavorative e le professionalità del gruppo e del singolo. Deve essere una figura di riferimento che sa creare i giusti stimoli, sa valorizzare il personale; sempre pronto al confronto e ad appianare i contrasti. Al coordinatore viene chiesto di adottare una *leadership* adeguata al gruppo di lavoro e alle caratteristiche ambientali lavorative. Deve saper dimostrare di essere *super partes*, di essere un motivatore, saper equamente distribuire i carichi di lavoro, saper comprendere i fattori di fatica e di stress, favorire la comunicazione all'interno del gruppo di lavoro. Deve favorire il *briefing* e il *de-briefing* prima e dopo le attività chirurgiche. Promuovere incontri di gruppo dove si possono mettere in luce problematiche relative all'attività chirurgica, al modello organizzativo e a tutto quello che può creare dissenso e difficile gestione.

Importante risulta quindi la promozione della comunicazione interna per coinvolgere tutti gli operatori così da prevenire comportamenti ostruzionistici. Il cambiamento dell'assetto organizzativo deve avvenire con gradualità, evitando cambiamenti repentini che rischierebbero di intimorire gli operatori.