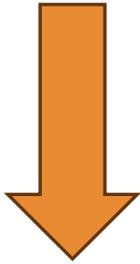


LO SPECIALISTA E L'ASSISTENTE INFERMIERE: FONDAMENTI TEORICI E SFIDE FUTURE

MATTIA ZAMPROGNO, AIOSS

FONDAMENTI TEORICI



TEORIE DEL NURSING

MODELLI GESTIONALI

RUOLO

INFERMIERE
SPECIALISTA



SFIDE FUTURE



ASSISTENTE INFERMIERE

OSS

SPECIALIZZANDI

RAPPORTI

PRINCIPALI TEORIE DEL NURSING

RUOLO INFERMIERISTICO

1. Teoria dei Bisogni di Virginia Henderson

Descrizione:

Henderson definisce l'infermieristica come l'assistenza a individui (malati o sani) per compiere attività che contribuirebbero alla salute, alla guarigione o a una morte serena, attività che essi farebbero senza aiuto se avessero la forza, la volontà o la conoscenza necessaria.

Il suo approccio è centrato sull'individuazione e sulla soddisfazione di **14 bisogni fondamentali** della persona (es. respirare, mangiare, dormire, muoversi, comunicare, esprimere fede).

Presupposti:

- Ogni persona ha bisogni fondamentali da soddisfare per mantenere la salute.
- L'infermiere supporta, sostiene o supplisce temporaneamente la persona fino al recupero dell'autonomia.

Obiettivi:

- Raggiungere o mantenere l'indipendenza del paziente il più possibile.
- Valorizzare la dignità umana e l'autonomia.

Implicazioni nella pratica:

- L'assistenza viene pianificata secondo i bisogni non soddisfatti.
- È utile nei contesti ospedalieri, riabilitativi, domiciliari, e nelle situazioni acute e croniche.

1. Teoria dei bisogni – Virginia Henderson

Ruolo dell'infermiere specialista:

- **Valutazione clinica avanzata:** identifica con precisione i bisogni compromessi (es. respirazione, nutrizione, igiene).
- **Pianificazione personalizzata:** costruisce piani di assistenza complessi orientati al recupero dell'autonomia.
- **Coordinamento interdisciplinare:** lavora con fisioterapisti, dietisti, logopedisti per rispondere in modo integrato ai bisogni fondamentali.
- **Formazione e tutoraggio:** guida altri infermieri nel riconoscimento e nella priorità dei bisogni secondo la scala di Henderson.

2. Teoria del Nursing Olistico di Martha Rogers

Descrizione:

Martha Rogers sviluppa il **Modello dell'uomo unitario**, in cui l'essere umano è visto come un tutto indivisibile, dinamico, in costante scambio energetico con l'ambiente.

L'essere umano non può essere compreso scomponendolo in parti, ma solo osservandone l'integrità e l'interazione con l'ambiente.

Presupposti:

- L'uomo è un campo energetico aperto in continua evoluzione.
- La salute non è solo assenza di malattia, ma equilibrio dinamico tra uomo e ambiente.

Obiettivi:

- Promuovere l'armonia tra i campi energetici del paziente e dell'ambiente.
- Supportare l'evoluzione positiva dell'individuo.

Implicazioni nella pratica:

- Approccio olistico e non riduzionista alla cura.
- Integrazione di terapie complementari e alternative.
- Fondamentale in ambiti come cure palliative, psichiatria, oncologia, geriatria.

2. Teoria del nursing olistico – Martha Rogers

Ruolo dell'infermiere specialista:

- **Promotore del benessere globale:** considera corpo, mente, emozioni e ambiente come un unico sistema dinamico.
- **Innovazione terapeutica:** integra terapie complementari (es. musicoterapia, aromaterapia, mindfulness) in contesti come oncologia o cure palliative.
- **Leadership culturale:** introduce e consolida una cultura assistenziale più umana e globale all'interno delle strutture sanitarie.
- **Valutazione non convenzionale:** utilizza strumenti per valutare anche benessere emotivo, qualità della vita e armonia relazionale.

✂ 3. Teoria del Deficit di Autocura di Dorothea Orem

Descrizione:

Secondo Orem, **la cura è necessaria quando un individuo non è più in grado di prendersi cura di sé** a causa di malattia, disabilità o età.

La teoria si basa su tre concetti chiave:

1. Autocura – le attività che una persona compie per il proprio benessere.

2. Deficit di autocura – la mancanza di capacità a soddisfare questi bisogni.

3. Sistemi di assistenza infermieristica – modalità con cui l'infermiere supplisce o supporta:

- **Sistema totalmente compensativo**

- **Sistema parzialmente compensativo**

- **Sistema di supporto-educazione**

Presupposti:

- Ogni individuo ha responsabilità verso la propria salute.

- L'infermiere interviene quando il paziente non può prendersi cura di sé.

Obiettivi:

- Ripristinare l'autonomia del paziente.

- Promuovere l'autogestione delle malattie croniche o condizioni disabilitanti.

Implicazioni nella pratica:

- Utilissima nell'educazione sanitaria, nella riabilitazione, nel lavoro con pazienti cronici o anziani.

- Fondamento per i percorsi di patient empowerment e self-management.

3. Teoria del Deficit di Autocura – Dorothea Orem

Ruolo dell'infermiere specialista:

- **Strutturazione di percorsi educativi:** crea programmi di formazione per pazienti e caregiver sull'autogestione di patologie croniche.
- **Valutazione del grado di autonomia:** definisce se il paziente è in fase totalmente o parzialmente compensativa, o se necessita solo supporto.
- **Empowerment del paziente:** guida il paziente nel recupero progressivo delle capacità di autocura, anche con strumenti tecnologici (telemonitoraggio, app, ecc.).
- **Rete territoriale:** facilita dimissioni protette e collegamenti con servizi domiciliari per garantire continuità assistenziale.

4. Modello di Adattamento di Callista Roy

Descrizione:

Roy considera la persona come un **sistema adattivo** in costante interazione con l'ambiente.

L'essere umano possiede meccanismi di coping biologici, psicologici e sociali per rispondere ai cambiamenti.

La salute è la capacità di adattarsi in modo positivo ai mutamenti.

Presupposti:

- L'uomo risponde a stimoli interni ed esterni attraverso meccanismi di adattamento.
- L'infermiere valuta lo stato di adattamento e guida l'individuo a una risposta positiva.

Obiettivi:

- Favorire l'adattamento in quattro modalità:
 - Fisiologica
 - Autoconcetto
 - Funzione di ruolo
 - Interdipendenza

Implicazioni nella pratica:

- Rilevante in ambiti come la riabilitazione, le malattie croniche, la salute mentale.
- L'infermiere identifica stimoli focali (es. diagnosi) e contestuali (es. famiglia, ambiente) e interviene per facilitare l'adattamento.

4. Teoria dell'Adattamento – Callista Roy

Ruolo dell'infermiere specialista:

- **Promotore di resilienza:** aiuta i pazienti a riorganizzare la propria vita dopo eventi critici (traumi, amputazioni, malattie degenerative).
- **Pianificazione adattiva:** sviluppa interventi mirati al miglioramento dell'adattamento fisiologico, emotivo e relazionale.
- **Supporto psicologico:** collabora con psicologi per affrontare resistenze o crisi di adattamento.
- **Monitoraggio dinamico:** osserva in tempo reale i segnali di adattamento (vitali, comportamentali, comunicativi) e interviene in modo mirato.

5. Teoria della Cura di Jean Watson

Descrizione:

Jean Watson propone un approccio **umanistico ed esistenziale**, in cui la **cura** diventa l'elemento centrale dell'assistenza infermieristica.

Sottolinea la dimensione relazionale, spirituale ed emotiva, oltre che quella fisica.

La teoria è costruita attorno ai **10 “Carative Factors”**, elementi fondamentali della relazione di cura (come l'empatia, la fiducia, la presenza, l'ascolto attivo).

Presupposti:

- L'essere umano ha bisogno di connessione, amore e relazioni autentiche per guarire.
- La cura è un atto spirituale e morale, non solo tecnico.

Obiettivi:

- Favorire un ambiente di cura che promuova il benessere globale e la dignità.
- Trasformare la relazione infermiere-paziente in un incontro autentico e curativo.

Implicazioni nella pratica:

- Centrale nelle cure palliative, oncologiche, ostetriche e psichiatriche.
- Promuove il concetto di “cura compassionevole” anche in ambiti altamente tecnologici come la terapia intensiva.

5. Teoria della Cura – Jean Watson

Ruolo dell'infermiere specialista:

- **Costruttore di relazioni terapeutiche profonde:** valorizza l'empatia, l'ascolto e la presenza autentica.
- **Modello per il team:** trasmette una visione centrata sulla persona e non solo sul problema clinico.
- **Gestione del fine vita:** utilizza la relazione e il significato della cura come strumenti nei percorsi di accompagnamento alla morte.
- **Approccio spirituale e relazionale:** integra dimensioni spirituali, rituali o simboliche nella cura quotidiana.

Teoria dell'Interazione e della Cura – Renzo Zanotti – Salute e Armonia

La teoria di Renzo Zanotti si basa su un concetto chiave: **l'interazione assistenziale** tra infermiere e persona assistita. Il modello enfatizza il ruolo centrale della relazione infermiere-paziente, intesa come un processo intenzionale, dinamico e terapeutico.

Principi Fondamentali della Teoria

1.L'interazione come processo dinamico

1. L'assistenza infermieristica non è solo un insieme di azioni tecniche, ma un **processo comunicativo e relazionale**.
2. L'infermiere costruisce con il paziente una relazione di cura **basata sull'ascolto, il dialogo e l'empatia**.

2.La co-costruzione della cura

1. L'infermiere non è solo un esecutore di procedure, ma un mediatore nella costruzione di un percorso assistenziale **personalizzato e condiviso** con il paziente.
2. La persona assistita partecipa attivamente, e la cura diventa un processo **negoziato e adattato ai suoi bisogni e valori**.

3.La centralità della comunicazione

1. L'interazione è efficace solo se supportata da una comunicazione chiara, autentica e orientata al supporto.
2. Vengono utilizzate tecniche di **ascolto attivo**, validazione delle emozioni e coinvolgimento attivo.

4.Il concetto di "cura" come dimensione globale

1. La cura non riguarda solo l'aspetto biologico, ma anche **quello psicologico, sociale ed emozionale**.
2. Si integra perfettamente con l'approccio **umanistico e olistico** all'assistenza infermieristica.

Salute:

- Stato influenzato da **cause endogene** (potenzialità individuali) ed **esogene** (ambiente, professionisti della salute).
- La salute è mutabile e vulnerabile, minacciata sia dal caos interno (emozioni, mancanza di consapevolezza) sia esterno.

Persona:

- Il paziente è il **protagonista della propria cura**, capace di modulare salute e malattia attraverso pensieri e azioni.
- È soggetto non solo delle cure, ma anche delle proprie scelte e responsabilità.

Ambiente:

- Può creare squilibri, ma non determina da solo lo stato di salute.



Obiettivi della Teoria di Zanotti

- ✓ Costruire un'**alleanza terapeutica** tra infermiere e paziente
- ✓ Favorire la partecipazione attiva della persona nella gestione della propria salute
- ✓ Migliorare la qualità della relazione assistenziale
- ✓ Integrare il **fattore umano e relazionale** nell'assistenza quotidiana
- ✓ Promuovere un **ambiente di cura empatico e partecipativo**



Applicazioni nella Pratica Clinica

◆ Infermieristica ospedaliera e territoriale:

L'infermiere non si limita a eseguire procedure, ma instaura una relazione di fiducia con il paziente, migliorando l'adesione alle cure e il benessere psicologico.

◆ Cure palliative e domiciliari:

L'approccio relazionale è essenziale per accompagnare i pazienti e le loro famiglie in momenti delicati, riducendo ansia e sofferenza.

◆ Infermieristica pediatrica e geriatrica:

L'interazione è fondamentale per rispondere ai bisogni emozionali di bambini e anziani, creando un **ambiente assistenziale rassicurante**.

◆ Riabilitazione e percorsi di educazione terapeutica:

Il modello favorisce l'empowerment del paziente, aiutandolo a sviluppare **autonomia e capacità decisionali** sulla propria salute.

Ruolo dell'Infermiere Specialista nella Teoria Salute e Armonia

1. Mediatore di Significati

- L'infermiere specialista **aiuta la persona a dare senso alla propria esperienza di salute o malattia**, attraverso l'ascolto e il dialogo.
- Favorisce **processi di consapevolezza e accettazione**, soprattutto in condizioni croniche, terminali o di cambiamento.

2. Facilitatore di Armonia

- Promuove **l'equilibrio tra corpo, mente, emozioni e contesto sociale**.
- Integra tecniche cliniche avanzate con approcci comunicativi ed empatici, garantendo **una cura che abbracci l'interezza della persona**.

3. Professionista riflessivo

- Utilizza **competenze avanzate** per analizzare situazioni complesse, ma si interroga costantemente sul proprio agire.
- Si basa su **una pratica riflessiva**, in cui teoria e esperienza si fondono per migliorare l'efficacia e l'etica della cura.

4. Promotore della co-costruzione del percorso di cura

- Coinvolge attivamente la persona e, quando necessario, la famiglia o la rete sociale, nella **scelta e realizzazione degli interventi assistenziali**.
- Lavora per **rendere il paziente protagonista** del proprio percorso di salute, sostenendo la sua autonomia.

5. Leader relazionale e formativo

- Forma e guida il team infermieristico verso **una pratica basata su valori relazionali e umanistici**.
- Favorisce **ambienti assistenziali armonici**, centrati sulla cura e sul rispetto reciproco.

PRINCIPALI MODELLI GESTIONALI

RUOLO INFERMIERISTICO

Modello Funzionale (Functional Nursing)

Descrizione: Questo modello suddivide l'assistenza in compiti specifici assegnati a diversi membri del team infermieristico. Ogni professionista è responsabile di determinate attività o procedure, favorendo l'efficienza attraverso la specializzazione delle mansioni.

Ruolo dell'Infermiere Specialista:

- **Supervisione e Coordinamento:** L'infermiere specialista monitora l'esecuzione delle procedure, garantendo che siano conformi agli standard qualitativi.
- **Formazione Continua:** Offre supporto formativo al personale, promuovendo l'aggiornamento sulle migliori pratiche e tecniche avanzate.
- **Gestione della Qualità:** Valuta gli esiti delle cure, implementando strategie per migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza.

Modello per Piccola Équipe (Team Nursing)

Descrizione: L'assistenza è organizzata in piccoli gruppi multidisciplinari, ciascuno responsabile di un gruppo di pazienti. Questo favorisce la collaborazione e una visione olistica delle necessità assistenziali.

Ruolo dell'Infermiere Specialista:

- **Leadership Clinica:** Guida il team nell'elaborazione e attuazione di piani assistenziali personalizzati, basati su evidenze scientifiche.
- **Consulenza Specialistica:** Fornisce pareri esperti su casi complessi, supportando il team nelle decisioni cliniche.
- **Facilitazione della Comunicazione:** Promuove una comunicazione efficace tra i membri del team e con altri professionisti sanitari, assicurando un approccio integrato alla cura.

Modello di Assistenza Primaria (Primary Nursing)

Descrizione: Un infermiere è assegnato come responsabile principale dell'assistenza di un paziente durante tutto il periodo di cura, garantendo continuità e personalizzazione delle cure.

Ruolo dell'Infermiere Specialista:

- **Gestione Completa del Caso:** L'infermiere specialista assume la responsabilità dell'intero percorso assistenziale del paziente, coordinando interventi e risorse necessarie.
- **Educazione del Paziente:** Fornisce informazioni dettagliate e supporto educativo al paziente e alla famiglia, facilitando l'autogestione della salute.
- **Valutazione degli Esiti:** Monitora e valuta continuamente l'efficacia del piano assistenziale, apportando modifiche basate sulle necessità emergenti.

Modello per Moduli o Settori (Modular Nursing)

Descrizione: Simile al team nursing, ma il personale è assegnato a specifiche aree o moduli all'interno dell'unità operativa, migliorando la familiarità con i pazienti e le loro condizioni.

Ruolo dell'Infermiere Specialista:

- **Esperto di Settore:** Offre competenze avanzate specifiche per l'area assegnata, migliorando la qualità delle cure in quel contesto.
- **Mentorship:** Supporta lo sviluppo professionale dei colleghi all'interno del modulo, condividendo conoscenze e abilità specialistiche.
- **Ottimizzazione dei Processi:** Analizza e migliora i flussi di lavoro e le procedure all'interno del modulo, aumentando l'efficienza operativa.

Modello di Case Management

Descrizione: Un professionista sanitario, spesso un infermiere, coordina l'intero percorso di cura del paziente, soprattutto in presenza di condizioni croniche o complesse, assicurando l'integrazione tra diversi servizi e setting assistenziali.

Ruolo dell'Infermiere Specialista:

- **Coordinamento Interdisciplinare:** Facilita la collaborazione tra vari specialisti e servizi, garantendo un approccio coerente e integrato alla cura.
- **Advocacy per il Paziente:** Agisce come punto di riferimento per il paziente, assicurando che le sue esigenze e preferenze siano rispettate nel piano di cura.
- **Gestione delle Risorse:** Ottimizza l'utilizzo delle risorse sanitarie, bilanciando efficacemente qualità delle cure e sostenibilità economica.

Modello per Intensità di Cura

Descrizione: I pazienti sono assegnati alle unità operative in base alla gravità e complessità delle loro condizioni, permettendo un'assistenza mirata e l'allocazione efficiente delle risorse.

Ruolo dell'Infermiere Specialista:

- **Valutazione Avanzata:** Conduce valutazioni approfondite per determinare il livello di intensità assistenziale necessario per ciascun paziente.
- **Gestione delle Crisi:** Interviene prontamente in situazioni critiche, applicando competenze specialistiche per stabilizzare le condizioni del paziente.
- **Formulazione di Piani Assistenziali Dinamici:** Adatta continuamente i piani di cura in base all'evoluzione dello stato clinico del paziente, garantendo interventi tempestivi e appropriati.

RUOLO INFERMIERISTICO IN ITALIA

LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO



DM 739/1994

1. Definizione del ruolo dell'infermiere

1. L'infermiere è un **professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica generale**.
2. L'assistenza infermieristica comprende **prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione**, rivolgendosi a individui, famiglie e comunità.

2. Autonomia e responsabilità

1. L'infermiere è **autonomo** nella gestione del processo assistenziale, valutando i bisogni di salute e pianificando interventi adeguati.
2. È responsabile della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche fornite dai medici e da altri professionisti sanitari.

3. Competenze e attività

1. Identificare i bisogni di salute della persona e della collettività.
2. Pianificare, attuare e valutare l'assistenza infermieristica.
3. Garantire la corretta applicazione delle terapie prescritte.
4. Educare il paziente e la famiglia alla gestione della salute.
5. Collaborare con il team sanitario e svolgere attività di prevenzione e promozione della salute.

4. Ambiti operativi

1. L'infermiere può lavorare in strutture sanitarie pubbliche e private, sul territorio, negli ospedali, nelle residenze sanitarie assistite (RSA) e a domicilio.
2. Può svolgere la sua attività anche in **libera professione**.

5. Formazione e aggiornamento

1. L'esercizio della professione è subordinato al conseguimento del diploma universitario in scienze infermieristiche (oggi laurea triennale in Infermieristica).
2. L'infermiere ha l'obbligo di aggiornarsi periodicamente per mantenere e migliorare le proprie competenze professionali.



1. Accordo Stato-Regioni del 2006

- Ha stabilito le **competenze avanzate** degli infermieri in specifici ambiti clinici.
- Ha introdotto il concetto di **infermiere con competenze specialistiche** e di **infermiere con competenze avanzate**, distinguendoli per grado di autonomia e responsabilità.

2. DM 739/1994 (Profilo Professionale dell'Infermiere)

- Pur non menzionando direttamente l'infermiere specialista, ha definito l'autonomia della professione infermieristica, aprendo la strada allo sviluppo di ruoli specialistici.

3. Legge 43/2006

- Ha introdotto le **professioni sanitarie con livelli differenziati**, identificando:
 - **Infermiere** (livello base).
 - **Infermiere specialista** (con formazione post-base, come master di I livello).
 - **Infermiere con competenze avanzate** (spesso identificato con l'**infermiere di pratica avanzata - IPA**, con laurea magistrale o master specialistici).

4. DM 82/2023 (Infermiere di Famiglia e Comunità - IFC)

- Ha definito una prima figura specialistica normata a livello ministeriale, regolando le sue competenze.



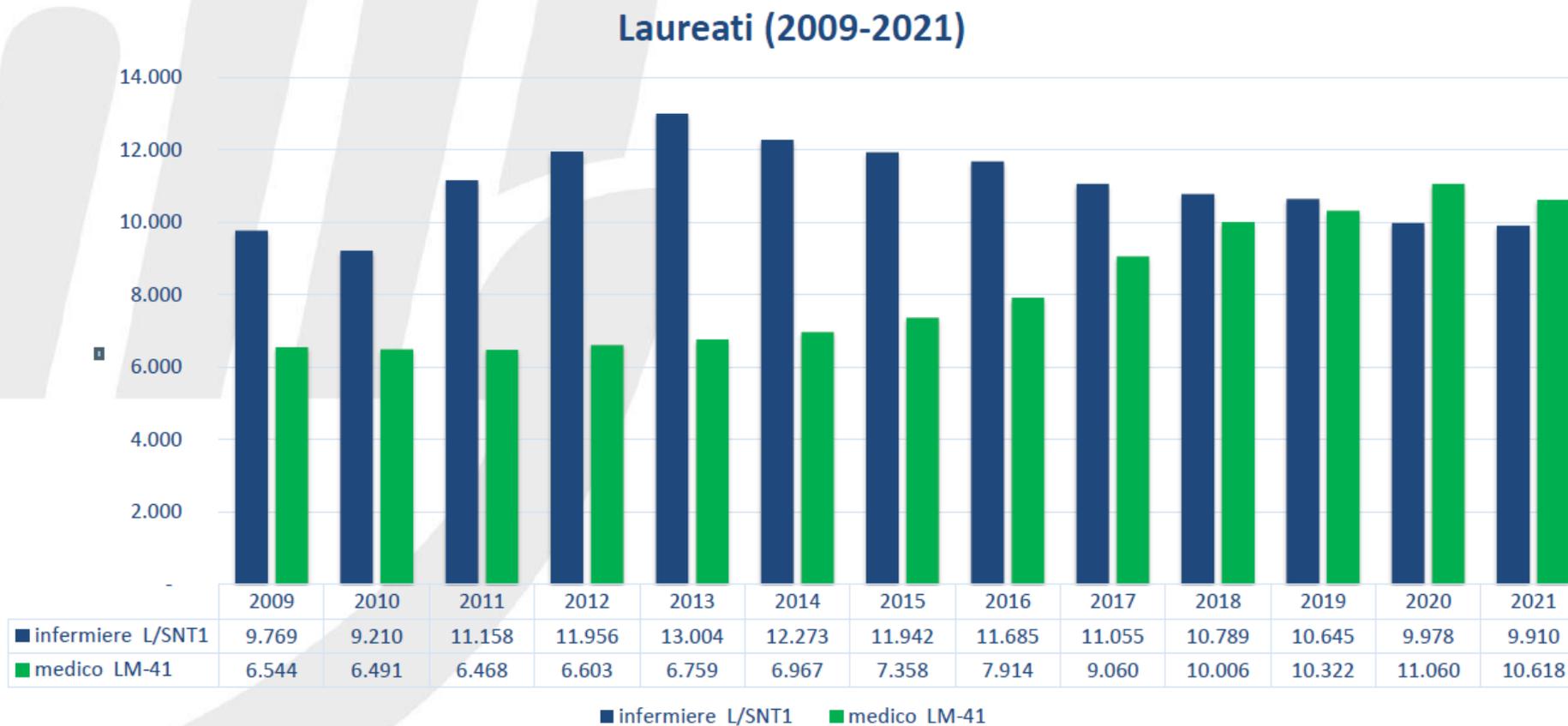
CCNL del 21 Mag 2018

- **incarichi funzionali** sostituisce l'incarico di posizione organizzativa e gli incarichi di coordinamento
- **Incarico di professionista specialista** riservato a coloro che sono in possesso del master specialistico di primo livello
- **incarico di professionista esperto** per ricoprire il quale occorre avere acquisito competenze avanzate tramite percorsi formativi complementari regionali e attraverso l'esercizio di attività professionali riconosciute dalle regioni

I NUMERI DEGLI INFERMIERI IN ITALIA

QUALCHE PUNTO DI VISTA

I laureati in medicina e infermieristica negli ultimi 10 anni



Fonte: Open Data MUR

Calo degli iscritti a Infermieristica

- 211.000 candidati per 20.430 posti disponibili: quasi un rapporto di 1:1.
- **Domande in netto calo** rispetto agli anni precedenti, nonostante l'aumento dei posti disponibili (+377).
- Il calo è ormai **generalizzato in tutta Italia**, anche nel Sud, tradizionalmente più attivo.

Cause del calo

- **Motivazioni economiche** e difficoltà logistiche per studenti e famiglie (soprattutto fuorisede).
- **Incertezza sulle prospettive lavorative** future.
- Scarsa attrattività della carriera infermieristica in Italia.
- Molti infermieri **preferiscono il settore privato o emigrare all'estero**.
- Circa il **20% abbandona del tutto** la professione per cambiare vita.

Situazioni paradossali

- A **Vicenza**, uno studente ha superato il test con solo **1 punto su 100**.
- L'ULSS 8 Berica ha offerto **138 contratti a tempo indeterminato**: solo **60 coperti**.

Critiche al sistema di selezione

- I test sono concepiti per selezionare chi è davvero motivato, ma oggi **perdono di significato**.
- Circa il **30% degli iscritti non conclude** il percorso universitario.
- Serve **riformare il sistema di accesso** e rendere più **flessibili le graduatorie**.

L'ASSISTENTE INFERMIERE IN ITALIA

LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- “la generale necessità di rispondere in maniera differenziata ai crescenti bisogni di salute della popolazione;
- le profonde modificazioni nelle realtà organizzative, clinico-assistenziali e sociali che si sono verificate negli ultimi vent’anni, nonché l’emergenza pandemica da Covid-19, tali per cui il profilo dell’operatore socio-sanitario si rivela insufficiente a rispondere al soddisfacimento dei bisogni attuali;
- le variazioni nella domanda di salute collegate all’invecchiamento della popolazione, all’aumento della multimorbilità e cronicità che richiedono lo sviluppo di nuove competenze e abilità degli operatori che a vario titolo intervengono nel processo di presa in carico, cura e assistenza della persona adulta e anziana;
- la necessità di adottare modelli organizzativi innovativi nei quali integrare operatori qualificati con competenze specifiche che possano collaborare in ambito sanitario e socio-sanitario con la professione infermieristica e ad integrazione équipe multidisciplinari;
- lo scarso impatto sulle organizzazioni derivante dalla formazione di operatori socio-sanitari in applicazione dell’accordo Stato-regioni del 16 gennaio 2003 per la formazione complementare in assistenza sanitaria dell’operatore socio-sanitario e la necessità di aggiornarne i contenuti e le afferenze professionali;
- la necessità di prevedere un percorso formativo che deve garantire uniformità di contenuti a livello nazionale”;

Repertorio atto n. 176/CSR

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano concernente l'istituzione del profilo professionale di Assistente infermiere.

L'Accordo Stato-Regioni del 3 ottobre 2024

- **Obiettivo:** Istituzione del profilo professionale di Assistente Infermiere.
- **Normativa di riferimento:** Accordo ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del D.Lgs. 281/1997.
- **Ruolo:** Supporto all'infermiere nella gestione dell'assistenza diretta e organizzativa.

Chi è l'Assistente Infermiere?

- Operatore di interesse sanitario con **formazione specifica post-OSS**.
- Collabora con l'infermiere nelle attività di assistenza e gestione.
- Opera in ospedali, strutture socio-sanitarie e assistenza domiciliare.

Requisiti di Accesso alla Formazione

- Qualifica di Operatore Socio-Sanitario (OSS) o titoli equipollenti.
- Diploma di scuola secondaria di secondo grado.

Percorso Formativo

- Totale ore: 1000 ore suddivise in:
 - 450 ore di teoria
 - 100 ore di esercitazioni/laboratori
 - 450 ore di tirocinio pratico

Riconoscimento ed Equipollenza

- Gli OSS con Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria (Accordo 2003) sono equiparati alla nuova qualifica.
- **Aggiornamento obbligatorio:** 30 ore di formazione entro 3 anni dall'entrata in vigore dell'Accordo.

COMPETENZA 1

Collaborare con gli infermieri nella rilevazione di parametri, segni e funzioni

| ABILITÀ MINIME | CONOSCENZE ESSENZIALI |
|--|--|
| <p>Rilevare e registrare segni vitali (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, pressione arteriosa).</p> <p>Riconoscere segni di allerta da comunicare tempestivamente.</p> <p>Rilevare la saturazione di ossigeno mediante sensore/pulsiossimetro.</p> <p>Rilevare, registrare e segnalare sede, caratteristiche e grado del dolore, applicando scale di valutazione validate anche in assistiti con problematiche comportamentali e comunicative (come ad esempio PAINAD e NOPPAIN).</p> <p>Eseguire ECG.</p> <p>Rilevare parametri mediante puntura capillare.</p> <p>Utilizzare dispositivi Point-of-Care (POCT) per processare campioni biologici.</p> <p>Rilevare e segnalare la comparsa di alterazioni relativamente alle attività svolte su: cute, mucose e aree peristomali.</p> | <p>Rilevazione di frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea; range di normalità e principali alterazioni.</p> <p>Procedura per la rilevazione della pressione arteriosa; range di normalità e principali alterazioni.</p> <p>Il dolore e la qualità di vita; conseguenze del dolore non trattato.</p> <p>Scale di misurazione del dolore validate.</p> <p>Dispositivi di infusione di uso comune; funzionamento dei dispositivi e segni di dislocazione.</p> <p>La puntura capillare.</p> |

COMPETENZA 2

Collaborare con gli infermieri nello svolgimento di attività assistenziali a carattere sanitario

ABILITÀ MINIME

Somministrare la nutrizione enterale in condizioni di stabilità clinica.

Effettuare la medicazione della gastrostomia stabilizzata.

Effettuare l'aspirazione delle secrezioni oro-faringee, naso-faringee.

Effettuare, in assistiti con tracheostomia stabilizzata e clinicamente stabili, l'aspirazione delle secrezioni, la medicazione, la pulizia della cannula tracheostomica.

Effettuare la pulizia e cura della cute di stomie stabilizzate e la sostituzione dello specifico sistema di raccolta.

CONOSCENZE ESSENZIALI

Vie di somministrazione della nutrizione enterale: sondino nasogastrico (SNG), gastrostomia (PEG), digiunostomia (PEJ).

Principali miscele nutritive e modalità di somministrazione.

Posizionamento dell'assistito, sorveglianza, rilevazione e segnalazione di complicanze.

Procedure per la medicazione della gastrostomia stabilizzata, principali alterazioni.

Anatomia delle prime vie respiratorie; principali alterazioni della cute peristomale.

Le cannule tracheostomiche e loro pulizia.

Procedure per l'aspirazione oro-faringea, naso-faringea e da tracheostomia stabilizzata.

La medicazione della tracheostomia .

Cenni di anatomia del colon-retto e sistema urinario.

Tipologie di stomie, sistemi di raccolta.

Igiene e cura della cute peristomale.

Osservazione della stomia e prevenzione di complicanze.

Procedura per la medicazione delle enterostomie e urostomie.

In situazioni di stabilità clinica e trattamenti cronici, preparare e far assumere farmaci per via naturale (orale e sublinguale, topica: transdermica, cutanea, otologica, oftalmica, nasale, inalatoria, vaginale, rettale), tramite accessi enterali stabilizzati. Previa valutazione dell'infermiere delle condizioni clinico-assistenziali e con la sua supervisione somministra farmaci per via intramuscolare, sottocutanea.

Applicare cannule nasali, maschere facciali per la somministrazione di ossigeno.

Preparare e fare assumere terapia non iniettiva:

- definizione di farmaco e forme farmaceutiche (gocce, compresse, capsule, sciroppi,..);
- le vie di assunzione: caratteristiche
- calcoli del dosaggio e unità di misura
- caratteristiche di una indicazione prescrittiva: nome farmaceutico, dosaggio, via, orario, a stomaco vuoto/pieno, possibilità di polverizzazione/triturazione
- ambiti di competenza del medico/infermiere/OSS,
- modalità di manipolazione di un farmaco e modalità di assunzione,
- criteri di sicurezza nell'assunzione della terapia.

Modalità di preparazione e inoculazione di farmaci tramite sonda enterale: tipologia e quantità di acqua, sequenza e posizione.

Collaborare con gli infermieri nella somministrazione per via sottocutanea e intramuscolare in soggetti individuati sulla base delle condizioni clinico-assistenziali: caratteristiche anatomiche dei siti di inoculazione, tipologia di farmaci di uso frequente (anticoagulanti, insulina, antidolorifici), dosaggi e unità di misura, controllo della cute e alterazioni cutanee da segnalare, completezza della prescrizione di un trattamento sottocutaneo/intramuscolare, segnali di allerta.

Tempi, modalità di somministrazione e caratteristiche dei dispositivi per ossigenoterapia.

Cura del cavo orale nell'assistito con ossigenoterapia e prevenzione di lesioni da dispositivi per ossigenoterapia.

Principali attività di autocura a carattere sanitario.

Autogestione di ausili e dispositivi.



| | |
|--|--|
| <p>Sostenere o sostituirsi alla persona assistita in situazioni di stabilità clinica e ai familiari nello svolgimento di attività di autocura a carattere sanitario.</p> <p>Coadiuvare i professionisti sanitari nelle cure di fine vita.</p> <p>Collaborare nell'adottare interventi integrati e interdisciplinari per facilitare la libertà di movimento e evitare la contenzione.</p> | <p>Gesti di cura e comfort rivolti alla persona morente e alla sua famiglia.</p> <p>Interventi ambientali, individuali e relazionali di prevenzione della contenzione.</p> <p>Azioni alternative alla contenzione.</p> <p>Direttive del Comitato Nazionale per la Bioetica.</p> <p>Significato e definizione di contenzione fisica e emotiva.</p> <p>Rischi e danni associati all'uso dei mezzi di contenzione.</p> <p>Le spondine: mezzo di protezione o di contenzione, la matrice di rischio per l'utilizzo delle sponde.</p> |
|--|--|

| <p style="text-align: center;">COMPETENZA 3</p> <p style="text-align: center;">Svolgere attività di organizzazione e integrazione con altri professionisti e operatori</p> | |
|---|---|
| <p>ABILITÀ MINIME</p> | <p>CONOSCENZE ESSENZIALI</p> |
| <p>Collaborare con i professionisti sanitari rispettando i ruoli.</p> <p>Partecipare attivamente alle riunioni del team</p> <p>Collaborare per la definizione di strumenti operativi per le parti di competenza</p> | <p>La responsabilità dell'Assistente Infermiere nell'esecuzione di attività assistenziali di carattere sanitario.</p> <p>Consenso e rifiuto dei trattamenti da parte dell'assistito.</p> <p>Strumenti di integrazione.</p> <p>Utilizzo di strumenti informativi.</p> <p>Il lavoro in team.</p> <p>Strumenti operativi per la standardizzazione e la personalizzazione dell'assistenza: piani di attività e procedure, PAL, PRI e PEI e altri strumenti di pianificazione in altri ambiti.</p> |

ALLEGATO 2

Obiettivi relativi alle competenze

Il modulo teorico di almeno 200 ore è finalizzato all'apprendimento delle conoscenze specifiche della figura professionale e all'acquisizione degli elementi di base utili per:

- svolgere le attività assistenziali a carattere sanitario;
- svolgere attività di organizzazione e integrazione con altri operatori/servizi.

Materie essenziali suddivise per aree disciplinari

1. area della rilevazione dei parametri, segni e funzioni.
2. area della rilevazione del dolore e delle cure di fine vita
3. area della preparazione e assunzione di prescrizioni terapeutiche
4. area delle relazioni professionali

Area della rilevazione dei parametri, segni e funzioni – minimo 30 ore

Rilevazione di segni vitali

Procedure relative alla rilevazione di parametri e funzioni con impiego di dispositivi elettromedicali

Rilevazione di alterazioni nel funzionamento di dispositivi di infusione

Area della rilevazione del dolore e delle cure di fine vita – minimo 10 ore

Rilevazione del dolore

Cure di fine vita e la qualità di vita

Area della preparazione e assunzione di prescrizioni terapeutiche - minimo 100 ore

Principi per la preparazione di farmaci in sicurezza

Principi generali e farmaci di uso comune

Vie e tecniche di somministrazione naturali, intramuscolare, sottocutanea,

Applicazione di dispositivi per ossigenoterapia

Nutrizione enterale

Procedure relative alla pulizia e mantenimento di dispositivi impiegati nelle stomie

Prevenzione della contenzione

Area delle relazioni professionali - minimo ore 10

Responsabilità dell'Assistente infermiere

Lavoro in team e impiego di strumenti di integrazione

COME SI PONE AIOSS??

QUALE RUOLO GIOCA??

SPAZIO ALLA DISCUSSIONE IN AULA