

Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

**OBIETTIVI GENERALI di TIROCINIO**

***1° Anno di Corso***



# OBIETTIVI GENERALI 1° anno C.L.I.

## **1 - Orientarsi nella realtà socio-sanitaria e nello specifico contesto di tirocinio**

- 2 - Identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona
- 3 - Pianificare e gestire l'assistenza infermieristica alla persona
- 4 - Erogare gli interventi di competenza infermieristica
- 5 - Valutare l'assistenza infermieristica alla persona
- 6 - Applicare le procedure diagnostiche e terapeutiche
- 7 - Garantire l'appropriatezza di esercizio professionale
- 8 - Acquisire competenze relazionali ed educative
- 9 - Acquisire competenze per lo sviluppo professionale

**Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

**OBIETTIVO GENERALE n. 1**

**Orientarsi nella realtà socio-sanitaria  
e nello specifico contesto di tirocinio.**



## OBIETTIVO INTERMEDIO 1.a:

“Individuare le caratteristiche della realtà socio-sanitaria nazionale, regionale e locale (Azienda Socio Sanitaria Locale).”

### Obiettivi specifici:

- 1.a.1** Descrivere la struttura di base dell’Azienda Socio Sanitaria Locale.
- 1.a.2** Descrivere la tipologia di risposte alla domanda di salute in riferimento alle strutture erogatrici del Servizio Sanitario Nazionale.
- 1.a.3** Descrivere finalità e struttura organizzativa del Servizio infermieristico.

## OBIETTIVO INTERMEDIO 1.b:

“Individuare le caratteristiche e le finalità del servizio o dell’unità operativa sede di tirocinio.”

### Obiettivi specifici:

- 1.b.1** Descrivere le finalità dell’Unità Operativa (U.O.)/Servizio.
- 1.b.2** Descrivere la tipologia degli utenti dell’U.O./Servizio.
- 1.b.3** Descrivere i modelli funzionali di salute alterati rispetto alle principali patologie presenti.
- 1.b.4** Descrivere l’organizzazione dell’U.O./Servizio e dell’attività infermieristica.
- 1.b.5** Descrivere le caratteristiche e l’utilizzo dei diversi ambienti che costituiscono l’U.O./Servizio.
- 1.b.6** Descrivere i principali presidi e sussidi utilizzati nella U.O./Servizio.
- 1.b.7** Descrivere il sistema informativo presente nella U.O./Servizio riguardante l’assistenza infermieristica all’utente.
- 1.b.8** Descrivere le modalità di accesso all’U.O./Servizio.



**OBIETTIVO INTERMEDIO 1.c:**

“Individuare i servizi collegati all’Unità Operativa presenti nella struttura sanitaria sede di tirocinio.”

**Obiettivi specifici:**

**1.c.1** Elencare i servizi collegati all’U.O.

**1.c.2** Descrivere le modalità di accesso ai servizi.



## OBIETTIVO INTERMEDIO 1.d:

“Identificare il ruolo e le funzioni del personale che compone l'équipe dell'Unità Operativa/Servizio.”

### Obiettivi specifici:

- 1.d.1** Descrivere le figure professionali presenti nell'U.O./Servizio.
- 1.d.2** Descrivere il ruolo delle figure individuate.
- 1.d.3** Sulla base dei dati raccolti per l'obtv 1.b e 1.d lo studente sa esprimere e motivare riflessioni rispetto al proprio ruolo e alle risposte ai bisogni dell'assistito.

Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

Obiettivo Generale n. 1

Recuperiamo la **TEORIA dei SISTEMI**  
applicata nell'organizzazione





## VISIONE SISTEMICA dell'ORGANIZZAZIONE

Se si ragiona in una **visione sistemica** quando si pensa ad un'organizzazione, si comprende come essa, essendo **un'entità organica**, dove il tutto è funzione del legame dinamico delle sue parti, non può essere letta e affrontata con ottiche parziali.

Un'analogia chiarificazione si può trovare nell'impossibilità di capire l'organismo umano usando approcci parziali, quindi solo di tipo fisiologico: neurologici, cardiologici, chirurgici, psicologici, ecc. e non di tipo psicologico e sociologico.

# VISIONE SISTEMICA dell'ORGANIZZAZIONE

## DEFINIZIONE di SISTEMA

“L'insieme di elementi tra loro legati da un rapporto di interdipendenza dinamica ed organizzati per il raggiungimento di uno scopo.”

L'approccio sistemico applicato a realtà complesse, agevola una visione globale e ordinata dei fenomeni, aiuta a cogliere i nessi esistenti tra gli elementi del sistema e tra il sistema e il proprio contesto.

# VISIONE SISTEMICA dell'ORGANIZZAZIONE

## IMPIANTO di un'ORGANIZZAZIONE

“E’ la formula organizzativa che permette di controllare, fronteggiare, influenzare al meglio i fattori in ingresso, amministrandoli e modificandoli adeguatamente all’interno del sistema, al fine di raggiungere gli **SCOPI** che lo stesso sistema si prefigge e che si concretizzano nei suoi beni/servizi (fattori in uscita).”

# SVILUPPO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DELL'OBIETTIVO GENERALE n. 1

Orientarsi nella realtà socio-sanitaria e nello specifico contesto di tirocinio



In REGIONE VENETO ci sono:  
 - n. 18 ASL (Aziende Socio-Sanitarie Locali)  
 - n. 2 Aziende Ospedaliere

## Definizione di **ORGANIZZAZIONE**

*“Presenza di un’**attività finalizzata**, svolta da più parti di un insieme coordinato.”*

(A. Rugiadini, 1979)

*“Il complesso di modalità secondo le quali viene effettuata la divisione del lavoro in compiti, e viene poi realizzato il coordinamento fra tali compiti.”*

(H. Mintzberg, 1985)

Ogni essere umano, quindi, che svolge un’attività deve, per realizzare un’adeguata organizzazione, integrare la sua prestazione con quella di altri al fine di raggiungere un **determinato risultato**. In tal senso ogni attività umana organizzata, fa sorgere due esigenze fondamentali ed opposte: la divisione del lavoro in vari atti da eseguire e il coordinamento di tali atti per raggiungere il traguardo desiderato.

## Definizione di **ORGANIZZARE**

*“Coordinare i vari elementi che costituiscono un insieme in modo che, integrandosi reciprocamente, concorrano alla realizzazione di un **fine comune.**”*

(Il grande dizionario Garzanti della lingua italiana, 1993)

*“Dare una determinata struttura, un certo ordine a qualcosa, armonizzando tra loro i vari elementi che la compongono.”*

(Dizionario Sandron della Lingua italiana, 1981)

L'esito dell'organizzazione diventa una **struttura organizzata** o meglio un'ORGANIZZAZIONE.

Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

Obiettivo specifico 1.a.1

Descrivere la struttura di base dell'Azienda Socio Sanitaria Locale.

## Descrizione della struttura di base dell'A.S.S.L.

- Direzioni
  - Generale
    - Sanitaria
    - Amministrativa
    - Servizi Sociali
- Servizi amministrativi
  - Dipartimenti
    - Unità operative complesse
    - Unità operative semplici
- Strutture sanitarie operative

**OSPEDALE – DISTRETTI – DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

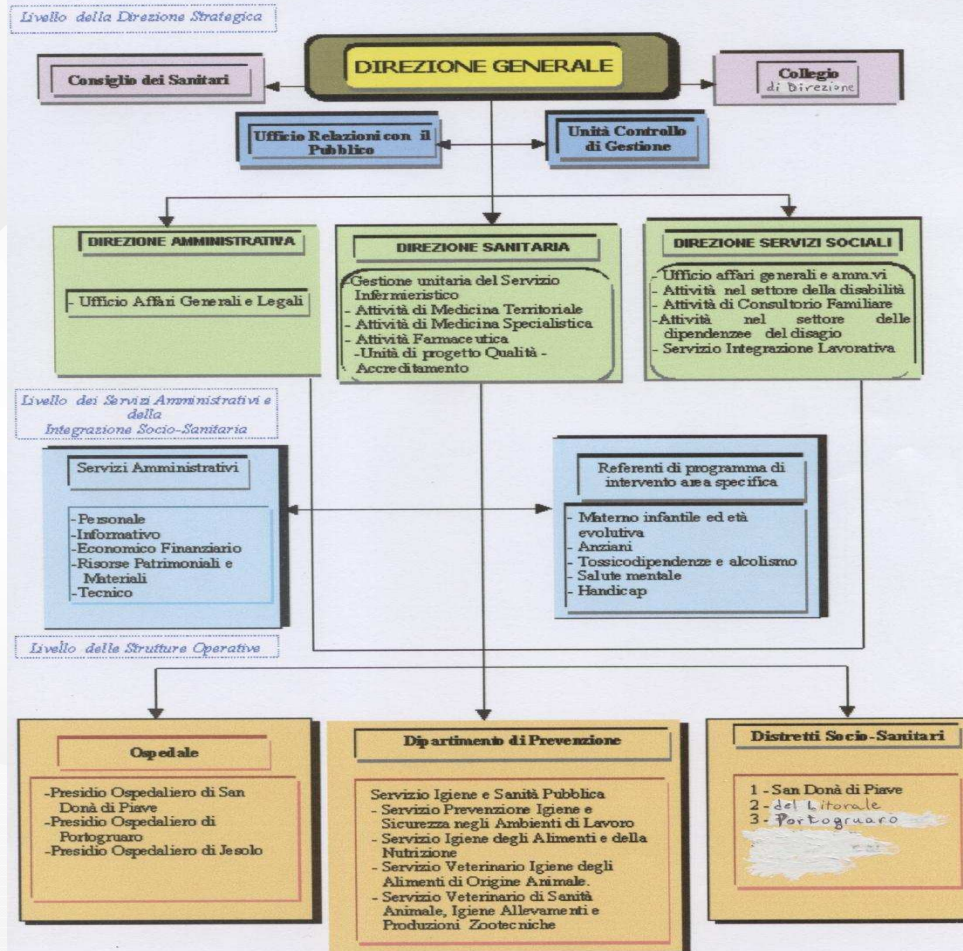
Suddivisi in:

- Dipartimenti
  - Unità operative complesse
  - Unità operative semplici



# Descrizione della struttura di base dell'A.S.S.L. (ORGANIGRAMMA)

## ORGANIGRAMMA DELL'AZIENDA ASSL 10 "VENETO ORIENTALE"



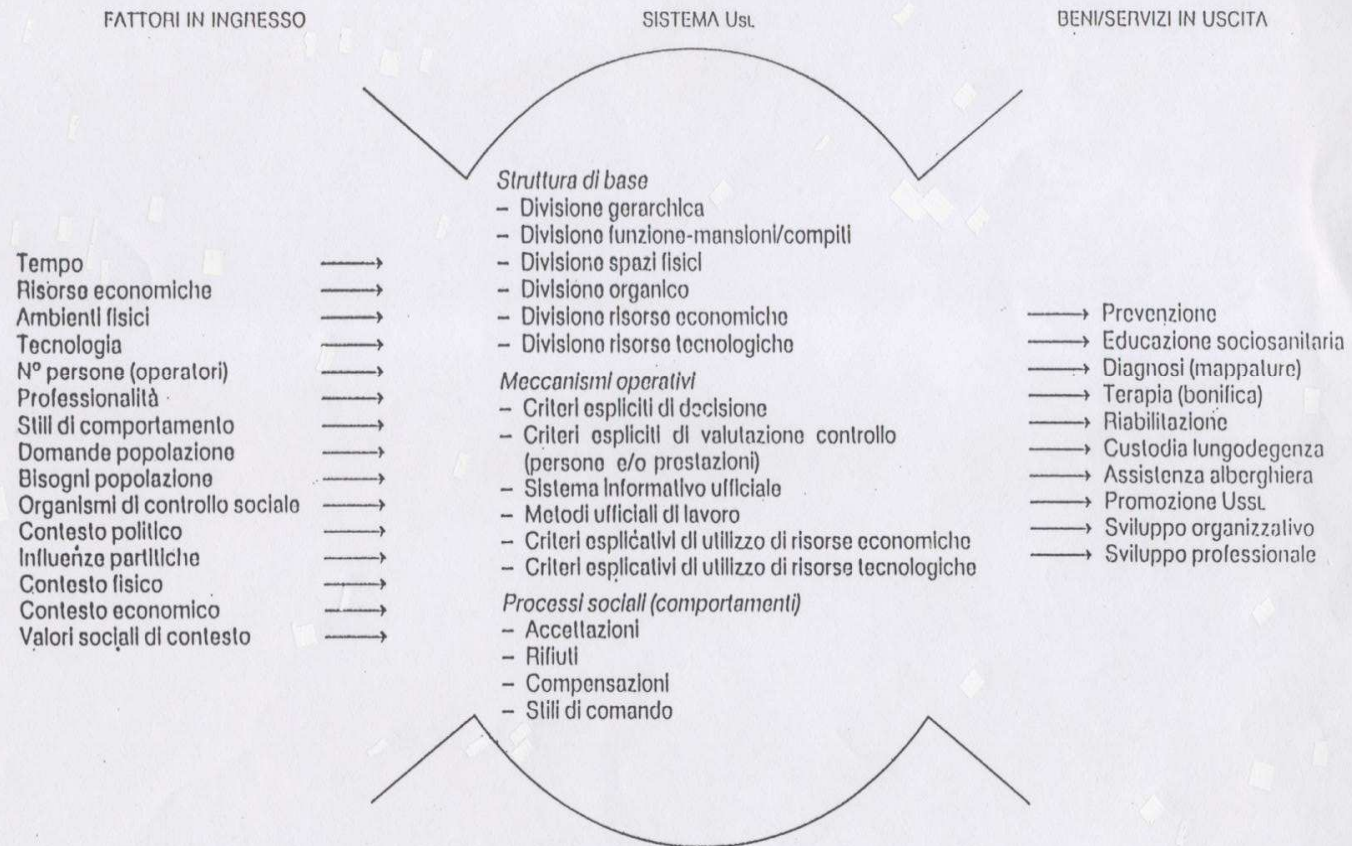
dr.ssa Elsa Labelli

a.a. 2008/2009

17

# Modello di ANALISI ORGANIZZATIVA SISTEMICA

FIGURA 7  
Categorio di anallsi sistemica



Roberto Vaccani "La sanità incompiuta"

Proposte ed esperienze di organizzazione del lavoro in sanità,

NIS, Napoli, 1991, pagg. 18-57

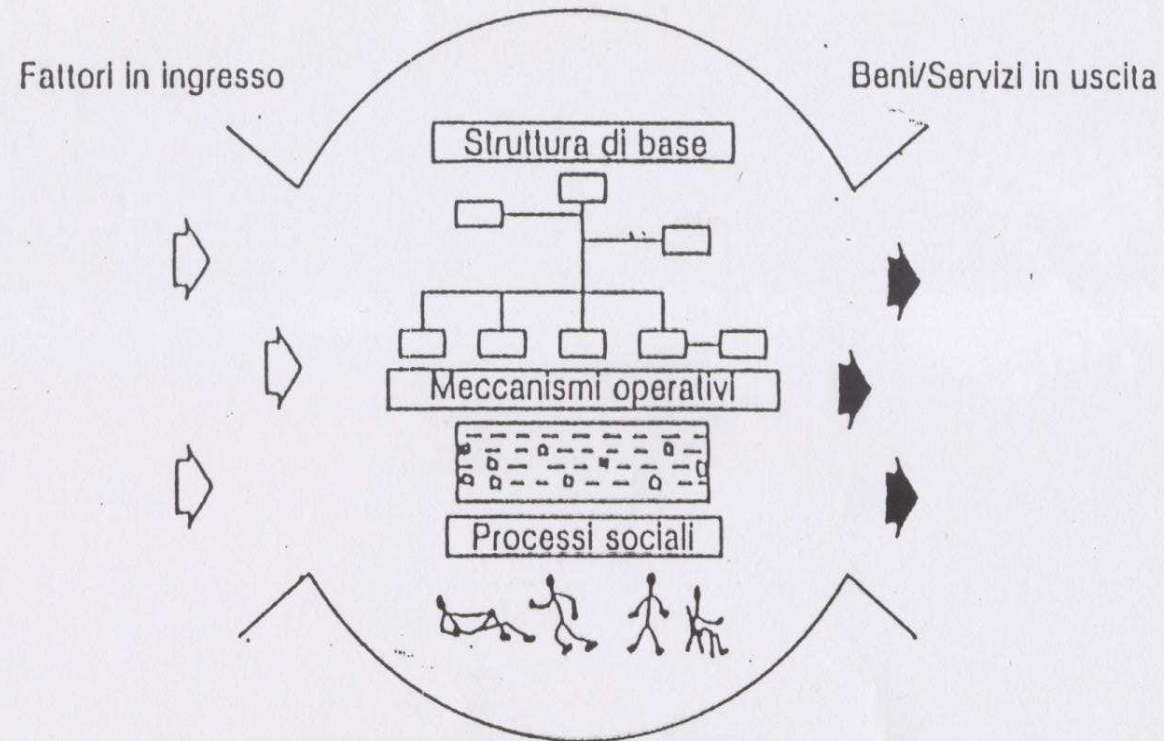
dr.ssa Elsa Labelli

a.a. 2008/2009

18

# Modello di ANALISI ORGANIZZATIVA SISTEMICA

FIGURA 3  
Metafora del modello sistemico



**Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

**Obiettivo specifico 1.a.2**

Descrivere la tipologia di risposte alla domanda di salute in riferimento alle strutture erogatrici del Servizio Sanitario Nazionale.

(incontro con la dr.ssa Rita Finotto – Direttore d'Ospedale)

## Tipologia di risposte alla domanda di salute in riferimento alle strutture erogatrici del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

### STRUTTURE EROGATRICI del SSN

(D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502: "Riordino della disciplina in materia a norma dell'art. 1 della L 23 ottobre 1992, n. 421")

- **Presidio Ospedaliero**
- **Distretto Socio-Sanitario di Base**
- **Dipartimento di Prevenzione**

### RISPOSTE alla DOMANDA di SALUTE in riferimento alle strutture del SSN

- **Promozione della salute** (Distretto SSB)
- **Prevenzione delle malattie** (Dipartimento di Prevenzione – Distretto SSB)
- **Diagnosi** (Ospedale)
- **Cura/Trattamento degli eventi patologici acuti e cronici** (Ospedale – Distretto SSB (Medicina Generale - Assistenza domiciliare))
- **Riabilitazione** (Ospedale – Distretto SSB)

# L'OSPEDALE

L'ospedale è essenzialmente un insieme di flussi di persone e cose che si devono intersecare e connettere secondo regole prestabilite sia come localizzazione che come procedure.

(C. Melino – L'ospedale, 2001)

**Legge 23 dicembre 1978, n. 833**

**"Istituzione del servizio sanitario nazionale"**

*(Pubblicata in G. U. 28 dicembre 1978, n. 360, S.O.)*

**TITOLO I**

**Il Servizio Sanitario Nazionale**

**Capo I - Principi ed obiettivi**

**1. (I principi).** - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

**La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.**

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla **promozione**, al **mantenimento** ed al **recupero** della salute fisica e psichica di tutta la popolazione **senza distinzione di condizioni individuali o sociali** e secondo modalità che assicurino **l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio**. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

**TITOLO I**  
**Il Servizio Sanitario Nazionale**  
**Capo I - Principi ed obiettivi**

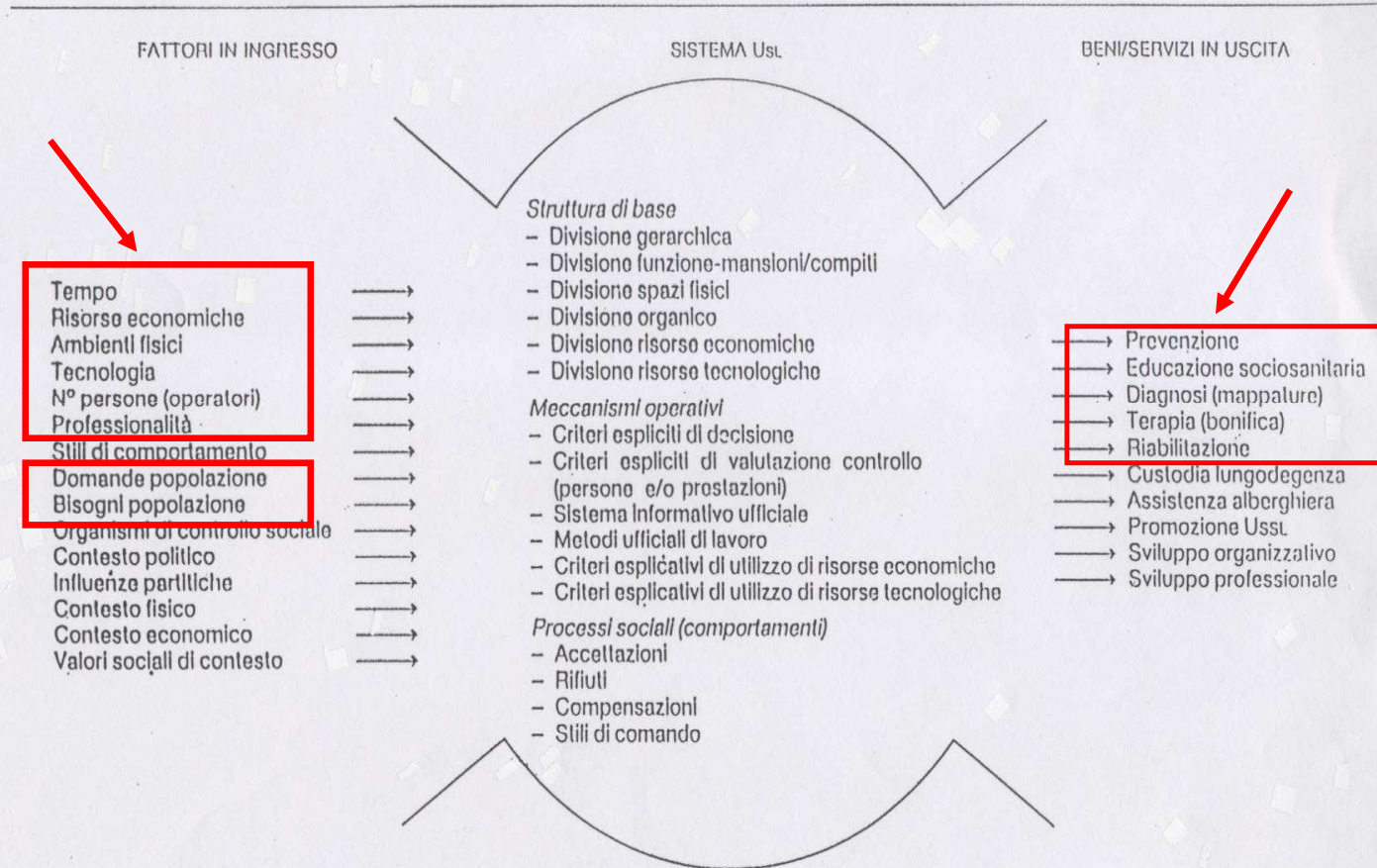
2. **(Gli obiettivi)**. – Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo assicurato mediante:

- 1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità (**promozione della salute**);
- 2) la **prevenzione delle malattie** e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;
- 3) la **diagnosi** e la **cura** degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;
- 4) la **riabilitazione** degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
- 5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
- 6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;
- 7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;
- 8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.



# Modello di ANALISI ORGANIZZATIVA SISTEMICA

FIGURA 7  
Categorio di anallsi sistemica



Roberto Vaccani "La sanità incompiuta"

Proposte ed esperienze di organizzazione del lavoro in sanità,

NIS, Napoli, 1991, pagg. 18-57

dr.ssa Elsa Labelli

a.a. 2008/2009

25

**Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

**Obiettivo specifico 1.a.3**

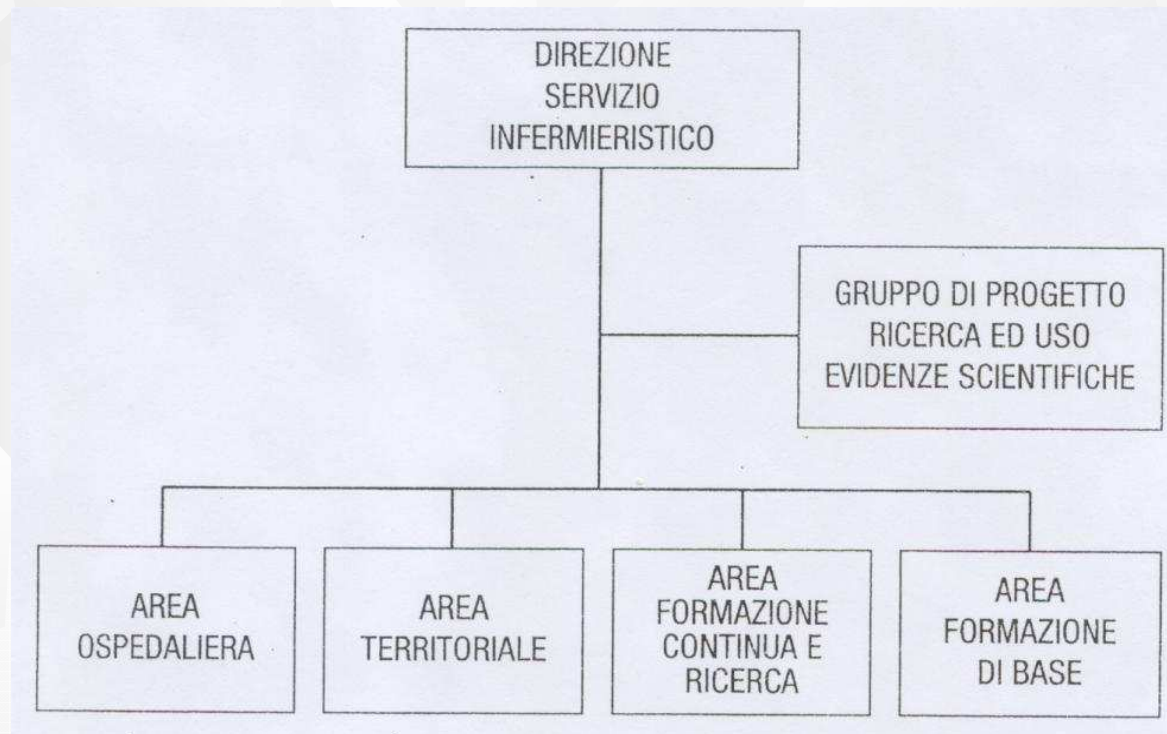
Descrivere finalità e struttura organizzativa del  
Servizio Professioni Sanitarie (ex Servizio Infermieristico).  
(incontro con il dr. Mauro Filippi)

Descrivere finalità e struttura organizzativa del Servizio Professioni Sanitarie.

FINALITA':

- Creare le condizioni affinché sia garantita la continuità assistenziale;
- Contribuire alla realizzazione degli obiettivi aziendali, nell'ambito e nello svolgimento delle funzioni proprie del Servizio Professioni Sanitarie.

Descrivere finalità e struttura organizzativa del Servizio Professioni Sanitarie (ex Servizio Infermieristico).



**Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia**

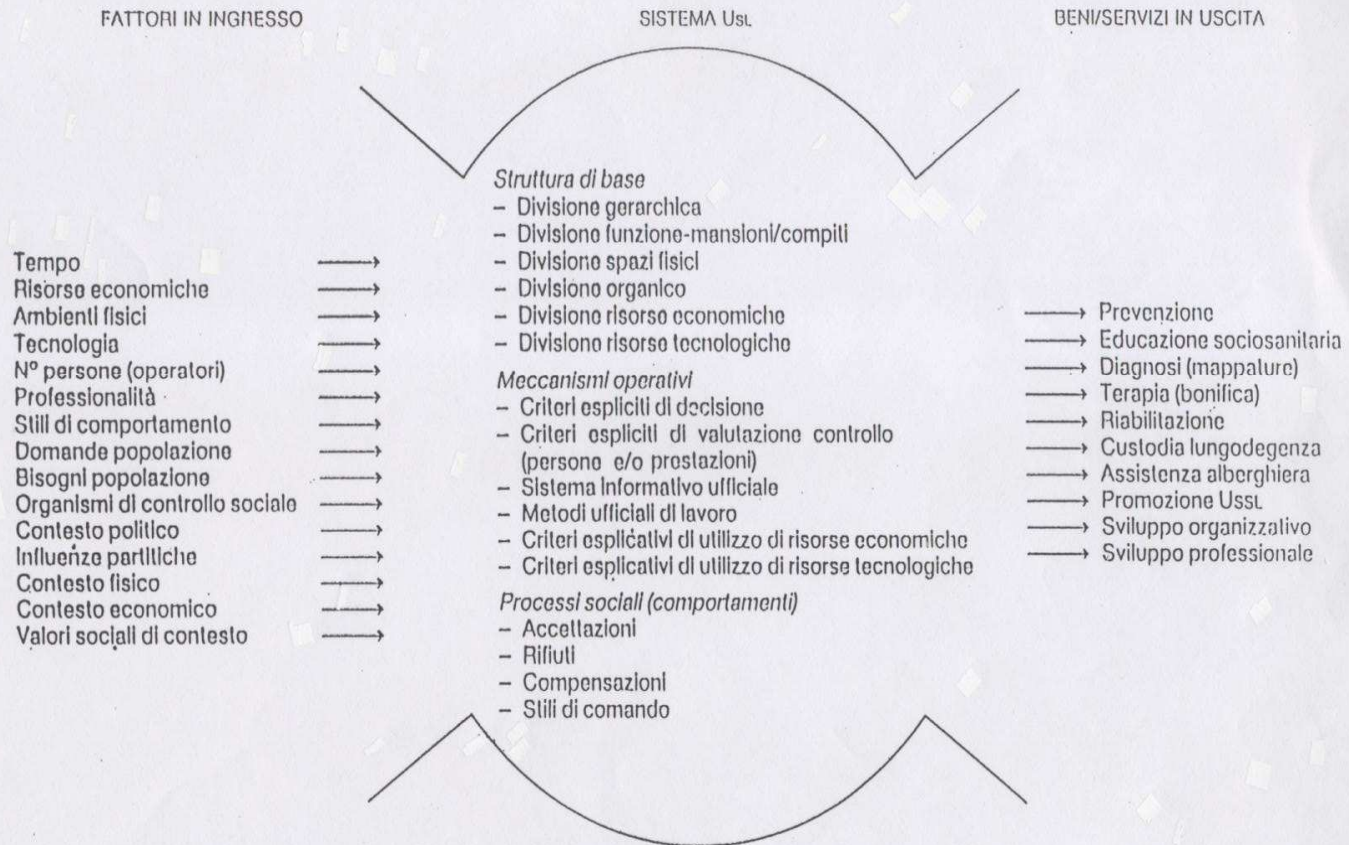
**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

**Obiettivo specifico 1.b.1**

Descrivere finalità dell'Unità Operativa (U.O.) / Servizio.

# Modello di ANALISI ORGANIZZATIVA SISTEMICA

FIGURA 7  
Categorio di anallsi sistemica



Roberto Vaccani "La sanità incompiuta"

Proposte ed esperienze di organizzazione del lavoro in sanità,

NIS, Napoli, 1991, pagg. 18-57

dr.ssa Elsa Labelli

a.a. 2008/2009

30

# FATTORI IN ENTRATA

## INPUT (Fattori in ingresso)

### FINALITA'

- Mission e Vision dell'Unità Operativa (sede di tirocinio) – (vedere la Carta dei Servizi)

### MODALITA' per PERSEGUIRLE

Si deve tener conto di:

- Risorse economiche assegnate
- Contesto economico
- Contesto fisico
- Influenze partitiche
- Valori sociali di contesto
- .....

## MISSION (obiettivi/finalità/scopi): **esempio.**

### **Mission dell'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) di Geriatria**

- Consiste nella **tutela della salute** dell'Anziano, in termini di **prevenzione**, **diagnosi** e **cura**, secondo una logica di approccio globale e integrato che consideri l'U.O. interfacciata con una rete di servizi territoriali.
- Per la natura ospedaliera dell'U.O., l'Utenza primaria è rappresentata dagli anziani con **patologia acuta** o **cronica** riacutizzata, ancor più se in condizioni di co-morbilità o a rischio di squilibrio poli-organico (anziano fragile), con l'eccezione delle condizioni acute che richiedono a breve termine soluzioni chirurgiche o di alta specializzazione.
- L'U.O. è aperta a processi favorevoli i flussi dell'Utenza generale, relativamente alle competenze specialistiche presenti al suo interno, attraverso il qualificato impiego delle proprie risorse umane e strumentali.

## VISION (obiettivi di proiezione futura): **esempio.**

### **Vision dell'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) di Geriatria**

- **Migliorare** l'umanizzazione e la **personalizzazione degli interventi assistenziali** a favore dei pazienti anziani.



Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

Obiettivo specifico 1.b.2

Descrivere la tipologia degli utenti dell'Unità Operativa/Servizio.

## TIPOLOGIA DI UTENTI:

La tipologia degli utenti deve essere descritta in rapporto a:

- ~ caratteristiche antropologiche (razza, etnia, fasce d'età, sesso, ...)
- ~ area geografica di provenienza
- ~ condizioni socio-economiche e culturali prevalenti
- ~ livello di dipendenza maggiormente riscontrato negli utenti dell'U.O. dichiarando lo strumento di valutazione utilizzato
- ~ principali patologie predominanti presenti
- ~ ....

Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

Obiettivo specifico 1.b.3

Descrivere i modelli funzionali di salute alterati rispetto alle principali patologie presenti in unità operativa sede di tirocinio.

## I MODELLI FUNZIONALI (di Marjory Gordon)

1. Modello di percezione e mantenimento della salute
2. Modello di attività - esercizio
3. Modello nutritivo metabolico
4. Modello di eliminazione
5. Modello del sonno e riposo
6. Modello cognitivo - percettivo
7. Modello di percezione e concetto di sé
8. Modello di ruoli e relazioni
9. Modello di coping e gestione dello stress
10. Modello di sessualità e riproduzione
11. Modello di valori e credenze

# I **MODELLI FUNZIONALI** (di Marjory Gordon)

## 1. **MODELLO di PERCEZIONE e MANTENIMENTO della SALUTE**

1.a Sicurezza

1.b Mantenimento della salute

1.c Assistenza domiciliare

## 2. **MODELLO di ATTIVITA' - ESERCIZIO**

2.a Cura e igiene personale

2.b Biomeccanica e mobilità

2.c Ossigenazione: respirazione

2.d Ossigenazione: funzionalità cardiaca e perfusione dei tessuti

# I MODELLI FUNZIONALI (di Marjory Gordon)

## 3. MODELLO NUTRIZIONALE METABOLICO

- 3.a L'equilibrio idroelettrolitico e acido-base
- 3.b La nutrizione
- 3.c L'integrità della cute e la guarigione delle ferite
- 3.d Le difese corporee contro le infezioni
- 3.e La termoregolazione

## 4. MODELLO di ELIMINAZIONE

- 4.a Eliminazione urinaria
- 4.b Eliminazione intestinale

## 5. MODELLO del SONNO e RIPOSO

- 5.a Sonno e riposo

# I MODELLI FUNZIONALI (di Marjory Gordon)

## 6. MODELLO COGNITIVO - PERCETTIVO

- 6.a Percezione del dolore e comfort
- 6.b Percezione sensoriale
- 6.c Processi cognitivi

## 7. MODELLO di PERCEZIONE e CONCETTO di SE'

- 7.a Concetto di sé

## 8. MODELLO di RUOLI e RELAZIONI

- 8.a Comunicazione: i rapporti sociali
- 8.b Le famiglie e le loro relazioni
- 8.c Perdita e afflizione

# I MODELLI FUNZIONALI (di Marjory Gordon)

## 9. MODELLO di COPING e GESTIONE dello STRESS

9.a Stress, coping e adattamento

## 10. MODELLO di SESSUALITA' e RIPRODUZIONE

10.a Sessualità umana

## 11. MODELLO di VALORI e CREDENZE

11.a Salute spirituale





**Elencare i PROBLEMI ASSISTENZIALI dichiarati  
come più frequenti e gestiti dall'équipe infermieristica**

Esempio:

- Compromissione della mobilitazione
- Alterata integrità cutanea
- Sindrome da immobilizzazione
- Sindrome da deficit nella cura di sé
- .....



**Elencare le PATOLOGIE dichiarate come più frequenti e gestite in collaborazione al medico dall'équipe infermieristica**

Esempio:

- Polmonite
- Asma
- Demenza senile
- Diabete
- Ipertensione
- Tumore al polmone (... , al colon, allo stomaco, ...)
- Scompenso cardiaco
- Fibrillazioni cardiache
- .....

Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

Obiettivo specifico 1.b.4

Descrivere l'organizzazione dell'U.O./Servizio e dell'attività infermieristica.

**“I MODELLI ORGANIZZATIVI  
delle CURE INFERMIERISTICHE.”**

## I MODELLI ORGANIZZATIVI di erogazione dell'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

### TIPI DI MODELLI ORGANIZZATIVI nell'ambito del nursing

#### 1 – Modelli ORGANIZZATIVI di erogazione dell'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

- **Modello Funzionale** (Functional Nursing)
- **Modello di Team Care** (Team Nursing)
- **Primary Care** (Primary Nursing)
- **Case Management** (Patient focused Nursing)

Il **MODELLO ORGANIZZATIVO** rappresenta il modo di lavorare che gli infermieri scelgono e adottano, per erogare il proprio servizio, che dipende dai **principi** e dalla **filosofia assistenziale** che hanno scelto.

Le **VARIABILI di CONTESTO**, di cui l'infermiere tiene conto, lo portano a realizzare una precisa scelta anche sulla tipologia di modello organizzativo da implementare per l'espletamento delle sue funzioni.

#### 2 – Modelli PROFESSIONALI di erogazione dell'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

- **Nursing case management** (NCM)
- **Assistenza infermieristica differenziata in base alle competenze**
- **Governo condiviso** (Shared governance)
- **Modelli di assistenza infermieristica specializzata/esperta** (Advanced Practice Nursing)

Il **MODELLO PROFESSIONALE** è **orientato al professionista**, riceve particolare attenzione attualmente perché viene utilizzato negli ospedali *magnete*, e sono basati su una filosofia comune: coinvolgere e condividere le scelte organizzative con gli infermieri.

# I MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

**Modello Funzionale**  
(Tecnico per compiti)

Esecuzione di  
prestazioni

**Modello di Team Care**  
(Modello per settori - Modello per piccole équipes)

**Primary Care**  
(Family Nursing)

**Case Management**

Pianificazione dell'assistenza  
Monitoraggio del processo  
e valutazione del risultato

## I MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

- **Modello Funzionale** (Tecnico per compiti):  
è un modello che aspira all'efficienza, è orientato più alla **quantità** che alla qualità, agli **atti** più che al processo, all'**esecuzione** più che alla pianificazione, al **particolare** più che al generale (giro terapia, giro prelievi, giro rilievo parametri vitali, ecc.). Ad esso sottende un **modello concettuale di assistenza infermieristica parcellizzata e standardizzata**, in cui non c'è una risposta personalizzata individuale, ma una sommatoria di interventi che producono risposte tecniche, senza alcuna attenzione CENTRALE all'individuo.
- **Modello di Team Care**  
(Modello per piccole équipes - Modello per settori)  
è un modello che si costruisce su un **modello concettuale di assistenza che prevede la presa in carico globale ed unitaria dell'individuo**, per il quale la pianificazione e realizzazione degli obiettivi assistenziali avviene attraverso l'erogazione del servizio da parte di un **gruppo di diversi professionisti**, coordinati da uno di loro.

## I MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

- **Primary Care** (Family Nursing)

si costruisce su un modello concettuale di assistenza che prevede la presa in carico globale ed unitaria dell'individuo e pone al centro il recupero del benessere della persona, la sua partecipazione attiva e completa secondo le sue capacità residue, la sua personalità, la sua cultura, i suoi problemi. Tutto ciò viene realizzato da un unico infermiere individuato come esclusivo riferimento per il malato che rimane responsabile delle cure erogate sulle 24 ore.

- **Case Management**

è un sistema composto da strutture e metodologie di funzionamento dell'organizzazione che ha lo scopo istituzionale di erogare servizi sanitari per processi in modo efficiente ed efficace. Si costruisce su un modello concettuale di assistenza che prevede la presa in carico globale ed unitaria dell'individuo e si è sviluppato in risposta alla necessità di contenere i costi sanitari, per ricomporre la frammentazione di erogazione dei servizi e rispondere ai bisogni sanitari del cittadino con servizi di qualità. Tutto ciò viene coordinato da un unico professionista appartenente al gruppo multiprofessionale, individuato come esclusivo riferimento per il caso.

**I MODELLI ORGANIZZATIVI dell'ASSISTENZA INFERMIERISTICA**  
**applicati per realizzare le CURE INFERMIERISTICHE**

<b>MODELLO ORGANIZZATIVO</b>	<b>VANTAGGI</b>	<b>SVANTAGGI</b>
<p><b>Modello Funzionale</b>                      (Tecnico per compiti):</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- efficienza operativa nel realizzare una serie di atti</li> <li>- semplicità gestionale nell'attuazione dell'organizzazione (per linee di produzione)</li> <li>- velocità di esecuzione, nella gestione ordinata delle attività e nel numero di atti compiuti</li> <li>- dotazione organica contenuta rispetto ad altri modelli organizzativi</li> <li>- facile e veloce accompagnamento /inserimento degli operatori neoassunti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- esclusiva attenzione al singolo atto</li> <li>- riduce al minimo lo spessore del sapere da applicare nella risoluzione di situazioni complesse</li> <li>- spersonalizzazione dell'assistenza per la realizzazione di attività standardizzate</li> <li>- comporta una sempre più diffusa tendenza alla deresponsabilizzazione sul risultato d'insieme perché si perde il riconoscimento di chi e quando ha realizzato le azioni che hanno portato ad ottenere i risultati</li> <li>- espressa insoddisfazione da parte dei cittadini che hanno delle aspettative sul servizio che gli deve essere erogato, perchè non c'è una presa in carico globale</li> <li>- demotivazione dei professionisti che non vedono un approccio per processo clinico-assistenziale</li> </ul>



**I MODELLI ORGANIZZATIVI dell'ASSISTENZA INFERMIERISTICA**  
**applicati per realizzare le CURE INFERMIERISTICHE**

MODELLO ORGANIZZATIVO	VANTAGGI	SVANTAGGI
<p><b>Modello di Team Care</b>                      (Modello per piccole équipes – Modello per settori):</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- centralità del malato</li> <li>- globalità della risposta assistenziale</li> <li>- la responsabilizzazione del personale</li> <li>- lavorare secondo una pianificazione assistenziale</li> <li>- maggiore motivazione del personale infermieristico</li> <li>- elevata integrazione dell'attività d'équipe</li> <li>- diminuzione dello stress per il singolo professionista per l'opportunità di condividere la responsabilità decisionale sul caso da assistere</li> <li>- maggiore continuità assistenziale ai singoli malati.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- necessaria ristrutturazione organizzativa/logistica</li> <li>- suddivisione dello spazio (logistica dell'U.O.) in un certo numero di settori, ciascuno dei quali diventa la zona di attività di un'équipe, al quale viene assegnato un gruppo di malati</li> <li>- esigenza dell'uso di un sistema informativo valido, sicuro ed efficace, utilizzato in modo omogeneo</li> <li>- diminuzione dell'efficienza per necessità di tempi più lunghi per prendere decisioni sul caso, perché vanno condivise</li> <li>- necessità di più risorse umane che il modello funzionale</li> <li>- necessità di competenze relazionali spiccate per lavorare in gruppo e con le famiglie</li> </ul>

**I MODELLI ORGANIZZATIVI dell'ASSISTENZA INFERMIERISTICA**  
**applicati per realizzare le CURE INFERMIERISTICHE**

<b>MODELLO ORGANIZZATIVO</b>	<b>VANTAGGI</b>	<b>SVANTAGGI</b>
<p><b>Modello di Primary Care</b>                      (Family Nursing):</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>presa in carico della pianificazione assistenziale personalizzata e globale</b></li> <li>- studio e realizzazione di interventi assistenziali centrati sulla persona</li> <li>- riconoscibilità delle azioni e dei risultati riconducibili ad un unico professionista responsabile</li> <li>- aumentata soddisfazione del cittadino e del professionista che segue e vede i risultati del processo assistenziale della persona assistita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- difficile applicazione del modello per l'estensione temporale richiesta</li> <li>- inevitabile separazione tra la pianificazione delle attività e la realizzazione di alcune di esse, attribuibili a personale di supporto</li> <li>- necessità un maggior numero di infermieri come dotazione organica</li> <li>- necessità di competenze e formazione elevata sia nell'ambito delle competenze cliniche, che gestionali</li> <li>- rischio di isolamento professionale per mancanza di costante confronto con altri colleghi e professionisti</li> </ul>

**I MODELLI ORGANIZZATIVI dell'ASSISTENZA INFERMIERISTICA**  
 applicati per realizzare le CURE INFERMIERISTICHE

MODELLO ORGANIZZATIVO	VANTAGGI	SVANTAGGI
<p><b>Modello di Case Management</b>                      (Modello per progetti terapeutici)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- porta a modificare il comportamento clinico</li> <li>- permette di eliminare i trattamenti inappropriati</li> <li>- autorizza i trattamenti necessari</li> <li>- basato sulla logica di coordinamento delle risorse attiva il miglioramento dell'assistenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- si concentra maggiormente sul processo organizzativo necessario per realizzare l'assistenza più che sull'esclusività clinica che ogni singolo professionista può mettere in campo</li> <li>-Influenzata gestione del caso in base alle competenze cliniche ed organizzative del singolo case manager</li> <li>- rischio di allontanamento dalla clinica per il notevole impegno gestionale che questo modello richiede</li> </ul>

## BIBLIOGRAFIA

- P.A. Potter, A.G. Perry “*Infermieristica generale-clinica.*”, Edizioni Sorbona, Milano, 2006.
- A. Santullo “*L’infermiere e le innovazioni in sanità. Nuove tendenze e strumenti gestionali*”, Edizioni McGraw-Hill, Milano, 2004.
- P. Chiari, A. Santullo “*L’infermiere case manager.*”, Edizioni McGraw-Hill, Milano, 2001.
- M. Cantarelli, G. Pontello “*Principi amministrativi applicati alla professione*” introduzione al management infermieristico, Collana dei quaderni dell’infermiere n. 26, 3<sup>a</sup> edizione, Casa Editrice Masson, Milano, 1995.
- M. Campagnolo, G. Pelissero, M. Zavatta “*Principi amministrativi e gestionali per la professione infermieristica.*”, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1992.



## Organizzazione dell'attività infermieristica

- Elencare le attività infermieristiche che si svolgono nell'U.O., secondo il Piano di Lavoro presente, di cui è responsabile il Coordinatore Infermieristico.
- Descrivere le principali attività infermieristiche svolte dal personale nelle 24 ore.
- Elencare le procedure e i protocolli presenti e utilizzati nell'ambito dell'U.O. sede di tirocinio per l'orientamento ed attuazione dell'assistenza infermieristica.

Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

Obiettivo specifico 1.b.5

Descrivere le caratteristiche e l'utilizzo dei diversi ambienti che costituiscono l'Unità Operativa/Servizio.



## **CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA**

- **Scelta dell'area ospedaliera** (si basa su Decreto del 1939)
- **Struttura edilizia e sue tipologie**
- **Classificazione ed assetti organizzativi degli ospedali**
- **Ordinamento interno** (servizi igienico organizzativi – servizi di diagnosi e cura – servizi amministrativi e generali)
- **Benessere termoigrometrico** (temperatura – umidità – irraggiamento - ventilazione)

# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

## Elementi generali e requisiti costruttivi

D.C.G. 20 luglio 1939 “*Istruzioni per le costruzioni ospedaliere.*”

- **La scelta dell'area ospedaliera deve tener conto di:**
  - dati metereologici della località: temperature minime e massime dell'anno ed escursioni termiche giornaliere, umidità
  - natura, stabilità, andamento altimetrico e planimetrico del terreno, direzione e velocità dei venti dominanti, durata dell'insolazione media in ciascun mese dell'anno, presenza e caratteri delle eventuali acque superficiali, profondità della falda freatica
  - presenza di possibili inquinamenti dell'aria per la vicinanza di industrie, di officine, ecc.
  - presenza di fonti produttori rumori o altri disturbi
  - ampiezza dell'area in relazione al tipo di ospedale che si deve costruire (in nessun caso inferiore a 75 m<sup>2</sup> per posto letto)
  - .....



# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

## Struttura edilizia e sue tipologie

- La **struttura edilizia** dipende dalle caratteristiche dell'area sulla quale viene ubicata, dagli eventuali vincoli di tipo paesaggistico ed urbanistico, dal tipo di attività sanitaria si intende praticare, nonché dalle scelte dei progettisti. Fondamentalmente i servizi e locali di base possono essere i seguenti:
  - a) servizio di accettazione e di pronto soccorso
  - b) camere di degenza
  - c) locali di soggiorno e di attesa
  - d) locali per la direzione sanitaria ed amministrativa
  - e) servizio di radiodiagnostica
  - f) servizio di laboratorio analisi
  - g) emoteca
  - h) blocco operatorio e sala parto
  - i) locali per neonatologia
  - j) centri di rianimazione e terapie intensive
  - k) servizi per il pubblico e per i ricoverati
  - l) servizi per l'assistenza religiosa
  - m) servizi di lavanderia, cucina, dispensa, guardaroba, sterilizzazione
  - n) servizio farmaceutico, servizio mortuario e di diagnosi anatomico-patologica
  - o) locali per l'attività didattica e di ricerca
  - p) .....

# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

## Struttura edilizia e sue tipologie

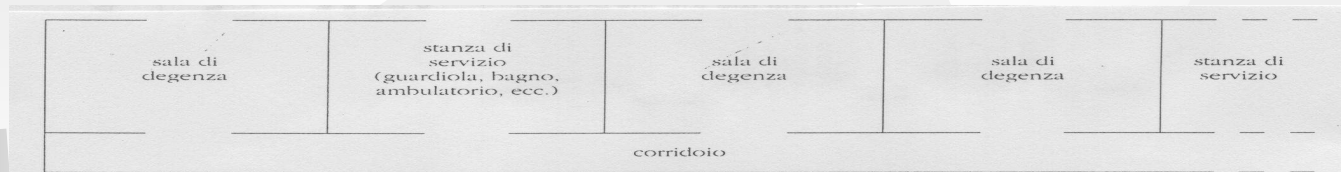


Figura 2-1. Doppio corpo di fabbrica.

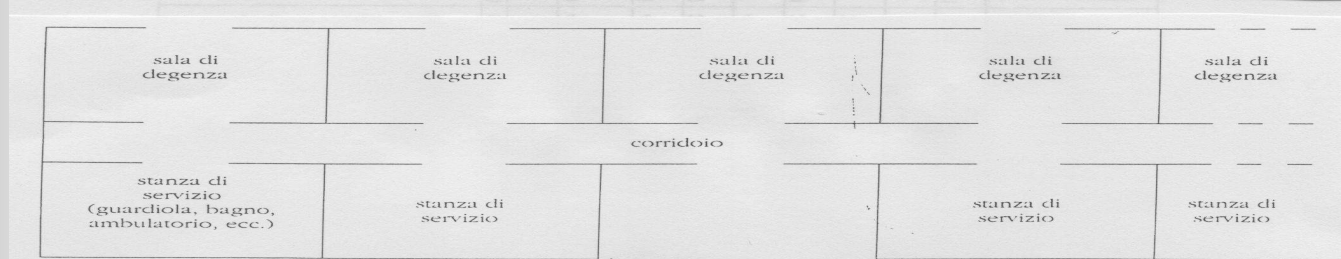


Figura 2-2. Corpo di fabbrica parzialmente triplo.

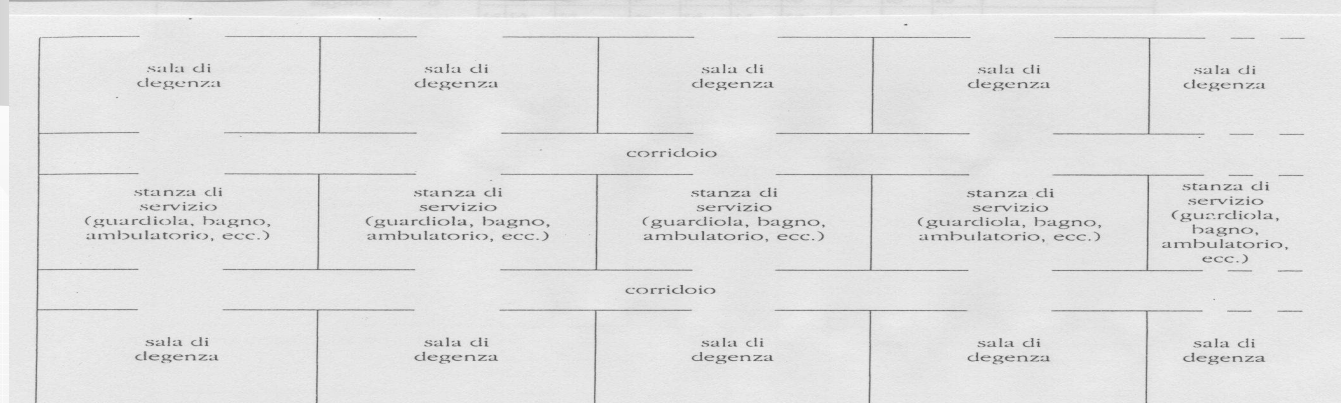


Figura 2-3. Corpo di fabbrica quintuplo.

# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

## Struttura edilizia e sue tipologie

- La **struttura edilizia** comprende:
  - **OSPEDALI A PREVALENTE SVILUPPO VERTICALE**
    - Ospedali a torre semplice su piastra
    - Ospedali a torre complessa su piastra
    - Ospedali a torre radiale su piastra
    - Ospedale a blocchi articolati su piastra
    - Ospedale monolito verticale
  - **OSPEDALI A PREVALENTE SVILUPPO ORIZZONTALE**
    - Ospedali a blocchi indipendenti collegati
    - Ospedali a padiglioni con collegamento dorsale
    - Ospedale a cortile (esteso)
    - Ospedale a cortile (compatto)
    - Ospedale monolito orizzontale
  - **OSPEDALI A SVILUPPO CIRCOLARE**

# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

## Struttura edilizia e sue tipologie

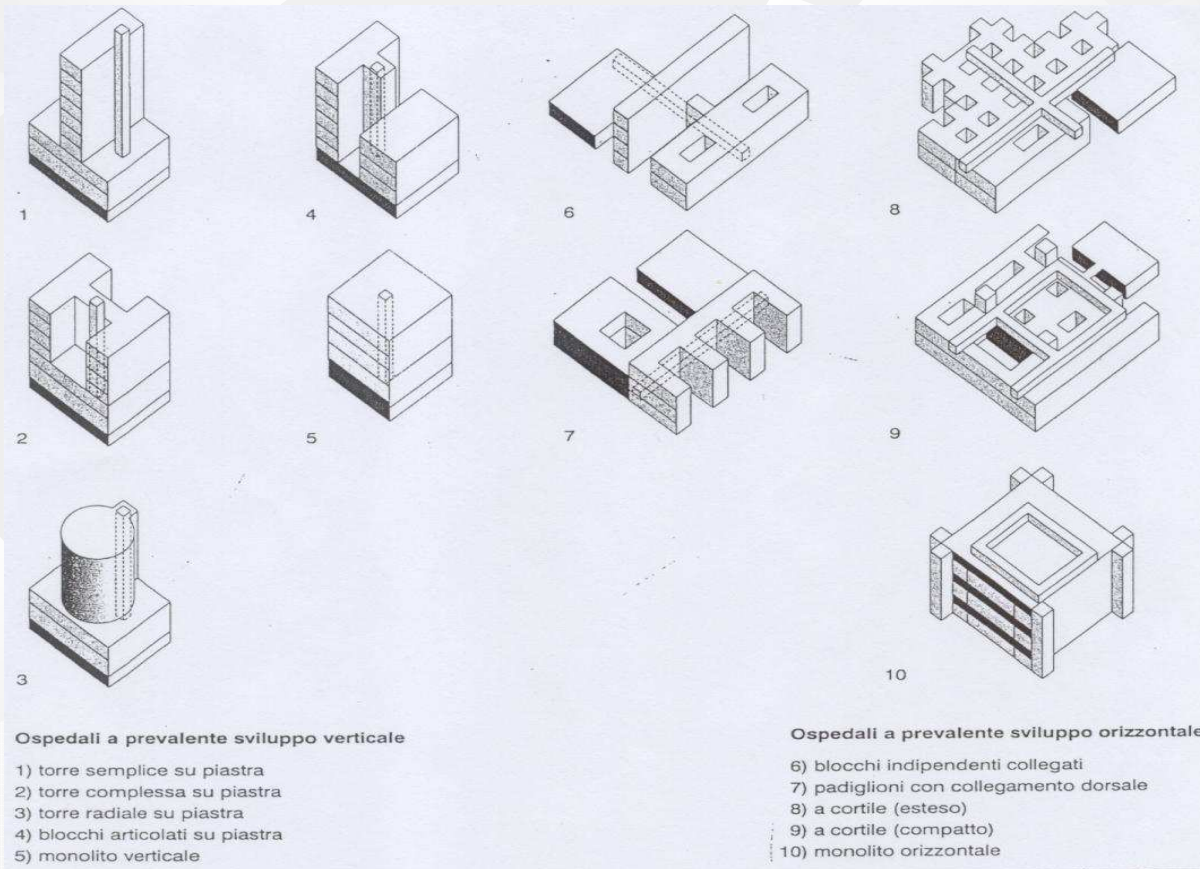


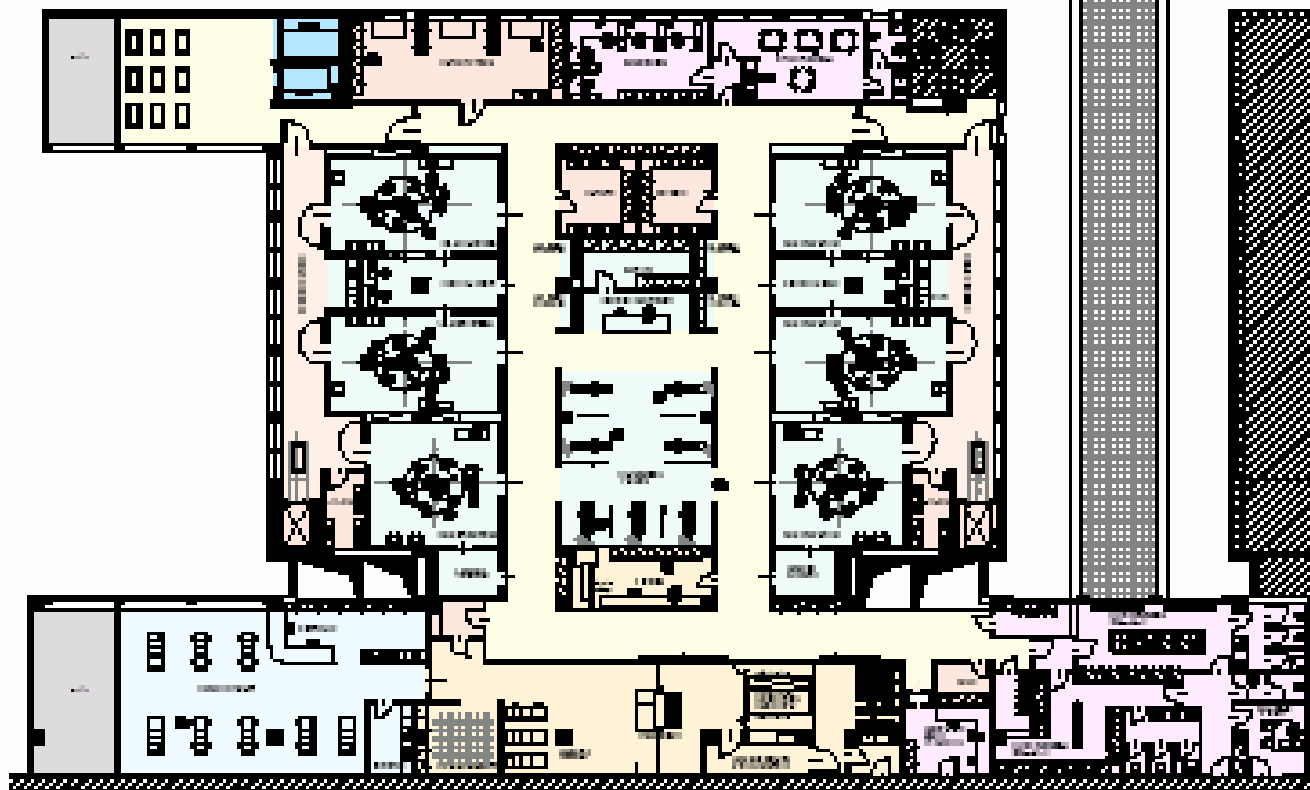
Figura 2-4. Esempi di tipologie edilizie ospedaliere moderne (da W.P. James, W. Tatton-Brown, *Hospitals: design and development*. The Architectural Press, Londra 1986).

# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

Struttura edilizia e sue tipologie

## Nuovo ospedale di Udine

ILGRUPPO OPERATORIO

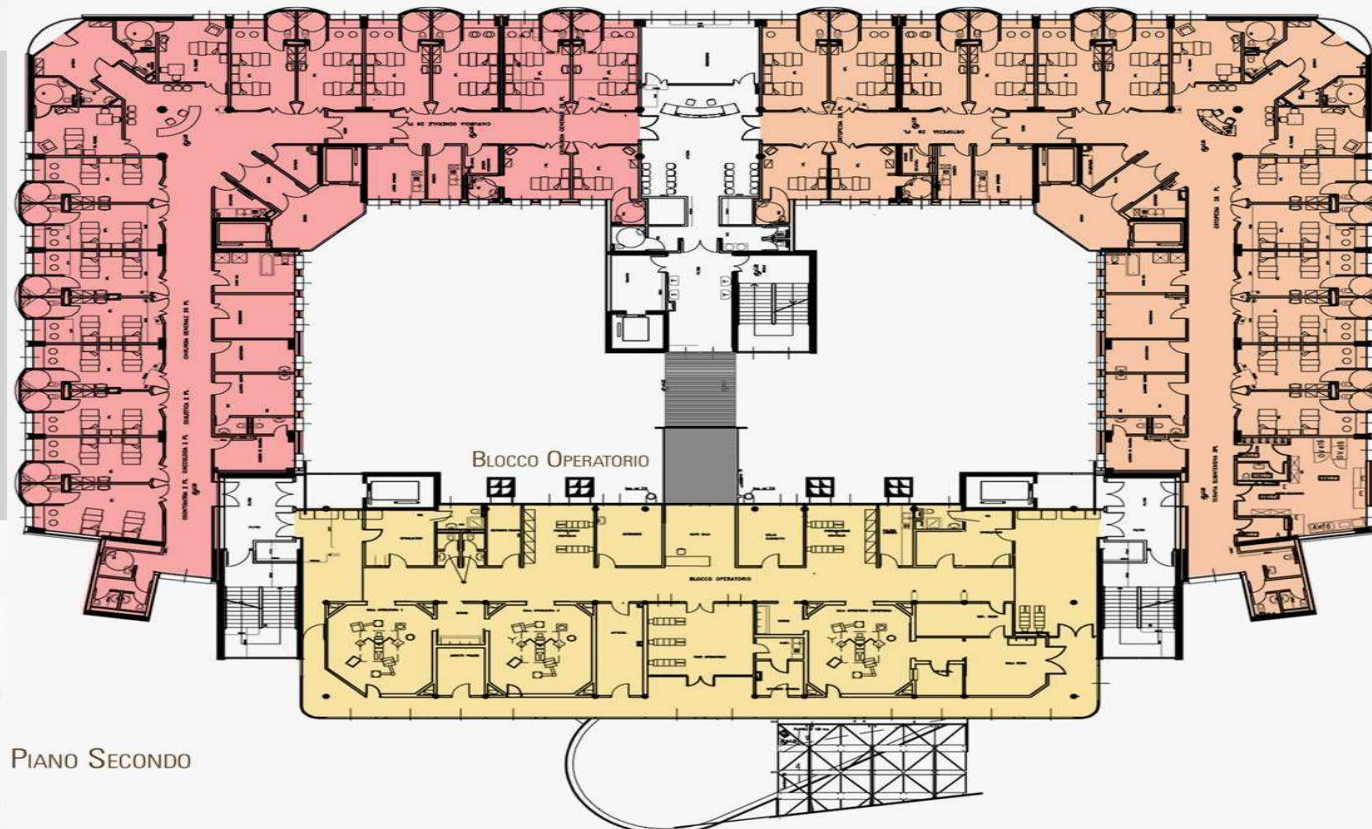




# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

Struttura edilizia e sue tipologie

## Nuovo ospedale di Val di Chiana



PIANO SECONDO

dr.ssa Elsa Labelli

a.a. 2008/2009

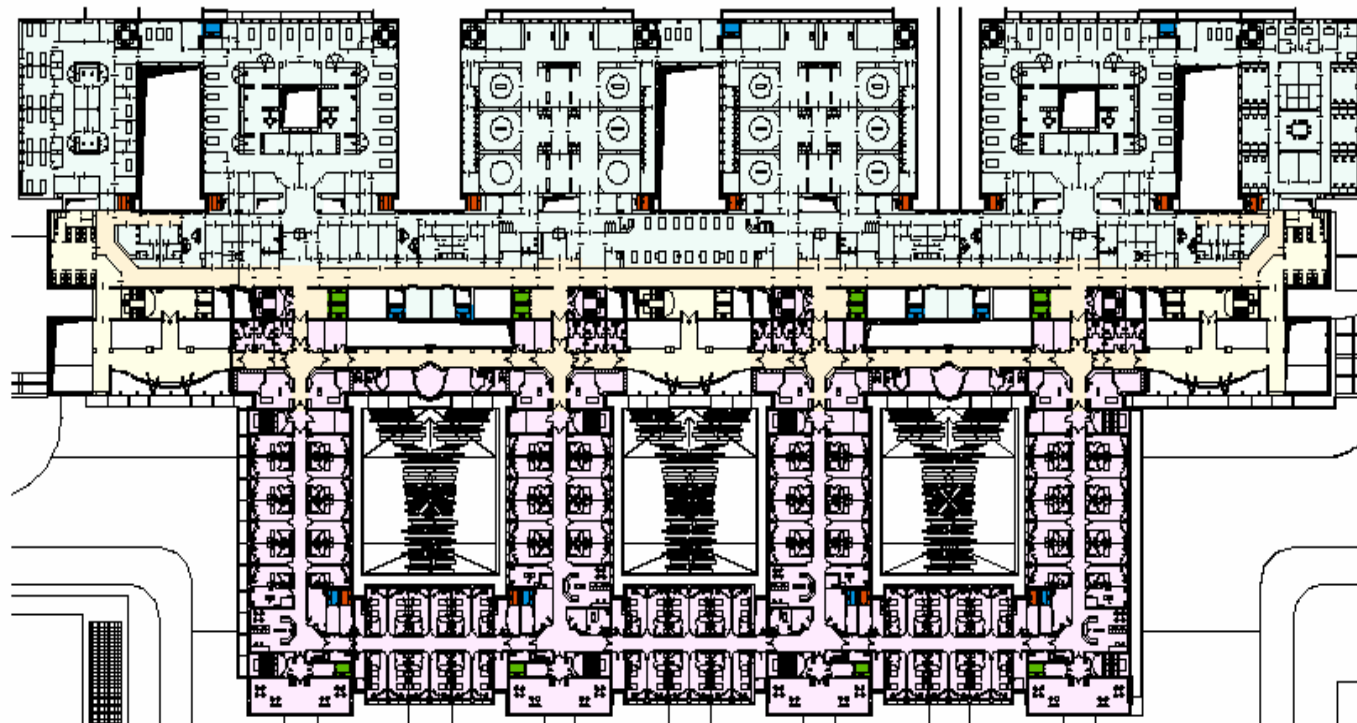
63

# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

Struttura edilizia e sue tipologie

## Nuovo ospedale di Udine

PIANO SECONDO



dr.ssa Elsa Labelli

a.a. 2008/2009

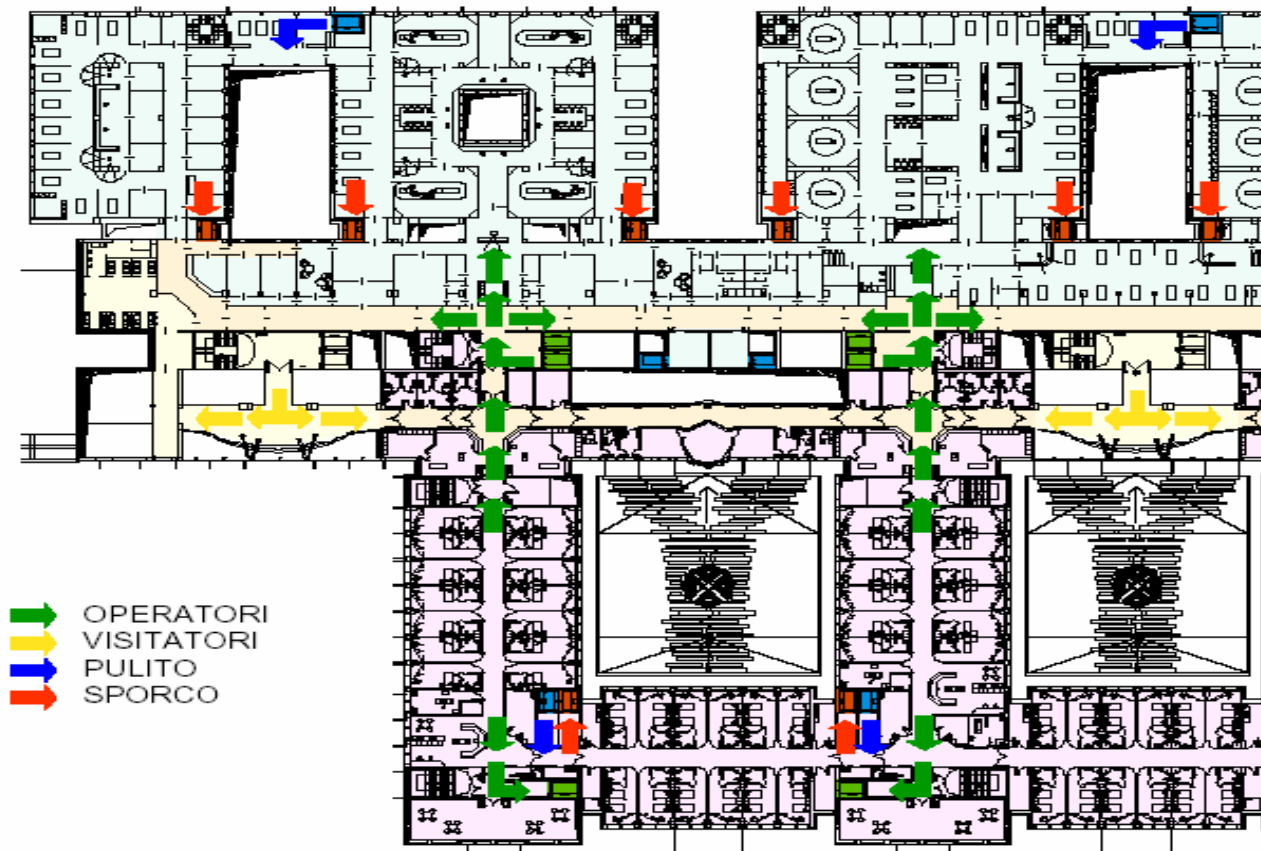
64



# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

Struttura edilizia e sue tipologie

## Nuovo ospedale di Udine



dr.ssa Elsa Labelli

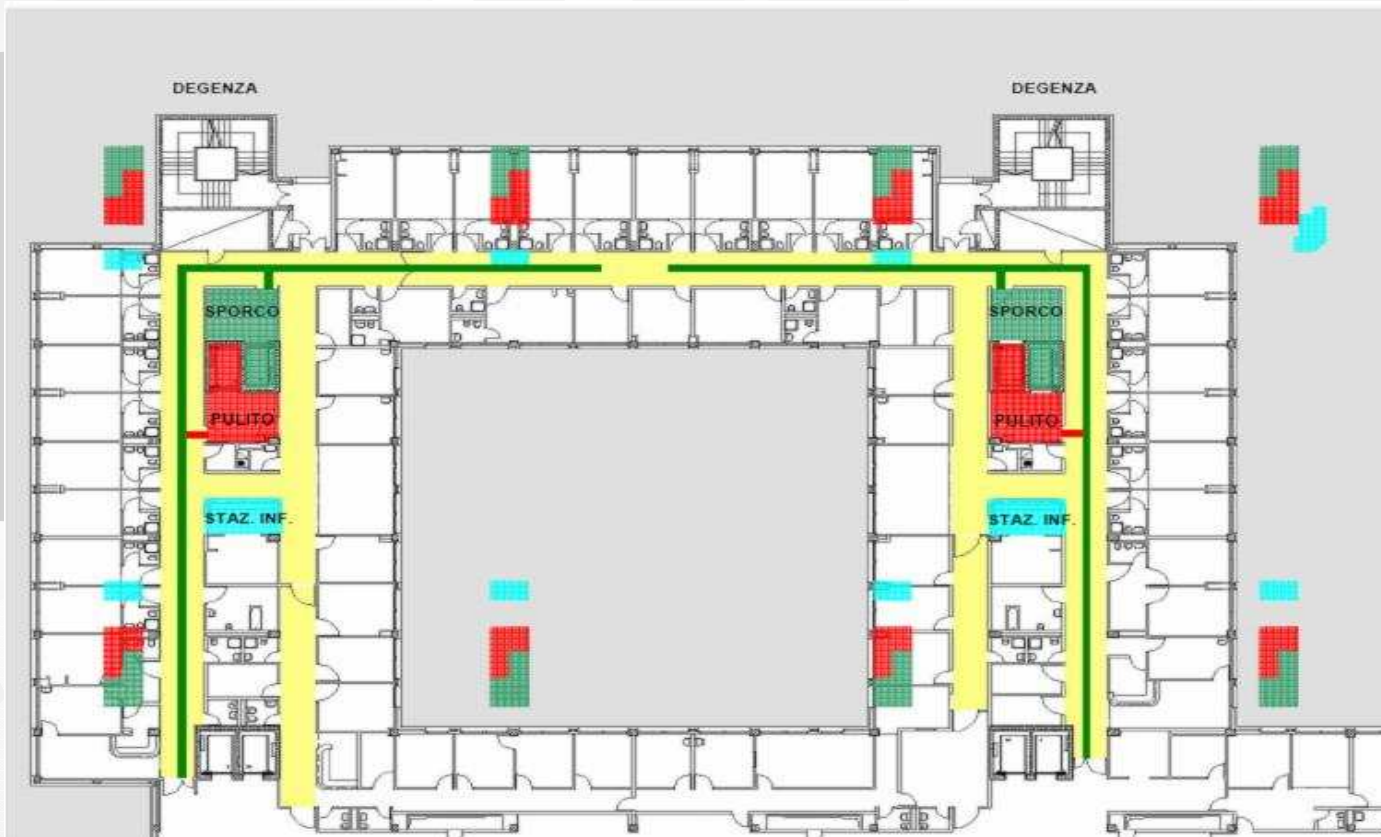
a.a. 2008/2009

65

# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

Struttura edilizia e sue tipologie

## Nuovo ospedale di Lecco



dr.ssa Elsa Labelli

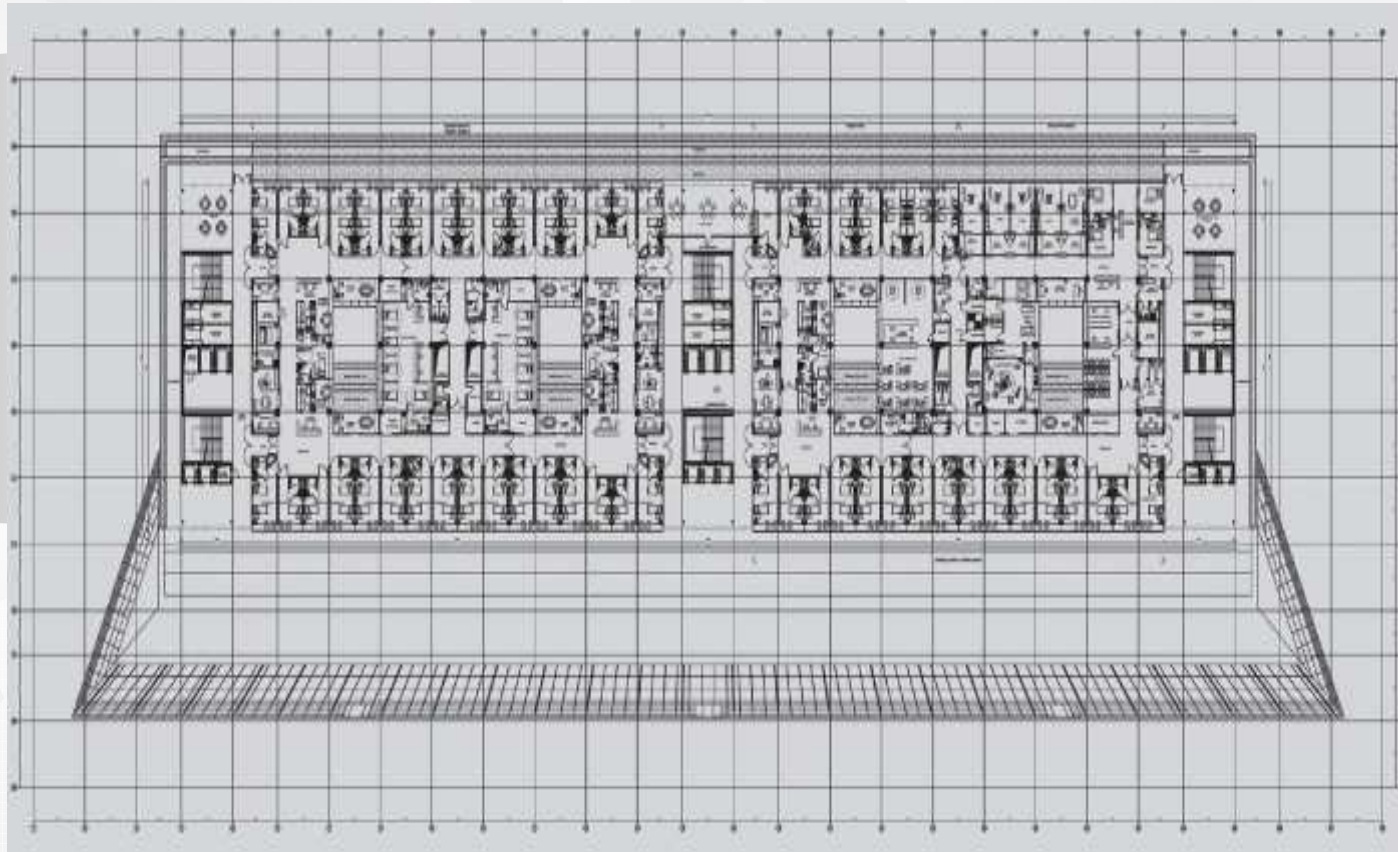
a.a. 2008/2009

66

# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

Struttura edilizia e sue tipologie

## Nuovo ospedale di Mestre



dr.ssa Elsa Labelli

a.a. 2008/2009

67

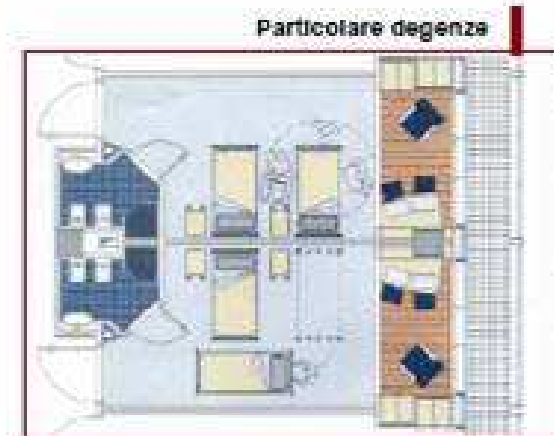
# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

Struttura edilizia e sue tipologie

## Nuovo ospedale Borgo Trento di Verona



Sezione



Particolare degenza

dr.ssa Elsa Labelli

a.a. 2008/2009

68

# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

## Classificazione ed assetti organizzativi degli ospedali

*(D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502: "Riordino della disciplina in materia a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421")*

- Aziende Ospedaliere: sono costituite da ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione (sono considerati tali gli ospedali che dispongono di almeno tre strutture di alta specialità secondo le specificazioni del D.M. 29 gennaio 1992 e i policlinici universitari), a tutte le aziende ospedaliere è stata attribuita totale autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.
- Aziende Sanitarie Locali (tutte le altre regioni d'Italia) : sono costituite dall'ospedale, o dagli ospedali, che sono ubicati nell'ambito territoriale dell'ASSL e compongono il "presidio ospedaliero".
- Aziende Socio-Sanitarie Locali (Regione Veneto e Regione Emilia Romagna): sono costituite dall'ospedale, o dagli ospedali, e dal distretto, o dai distretti, che sono ubicati nell'ambito territoriale dell'ASSL.

A tutti i presidi ospedalieri è stata attribuita una notevole autonomia economico-finanziaria.

# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

## Classificazione ed assetti organizzativi degli ospedali

(D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502: "Riordino della disciplina in materia a norma dell'art. 1 della L 23 ottobre 1992, n. 421" )

- La rete ospedaliera si compone dunque di:
  - *Ospedali di rilievo nazionale* e di alta specializzazione, caratterizzati dalla presenza di funzioni a più rara frequenza di ricovero, a più elevata complessità tecnico-funzionale e con ambito geografico di riferimento identificabile nell'intero territorio regionale e con funzioni anche di ricerca scientifica e di didattica universitaria.
  - *Ospedali di rilievo regionale*, caratterizzati oltre che dalla presenza di servizi e funzioni tali da garantire livelli adeguati di sicurezza nel trattamento di pazienti acuti, dalla presenza di funzioni specialistiche che possono costituire riferimento anche per altri ospedali.
  - *Ospedali di rete*, caratterizzati dalla presenza di servizi e funzioni tali da garantire livelli adeguati di sicurezza nel trattamento di pazienti acuti e dell'eventuale presenza diversificata di funzioni aggiuntive, correlate al bacino di utenza ottimale di ciascuna funzione, per le quali costituiscono riferimento anche per altri ospedali.

# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

## Ordinamento interno degli ospedali

(D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502: "Riordino della disciplina in materia a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421")

- L'assetto organizzativo delle realtà operative è fondato su:
  - **Dipartimenti**: insieme di strutture (U.O.), attrezzature, servizi e personale ordinati ed organizzati in comune per lo svolgimento di attività nel campo assistenziale, della didattica e della ricerca; tutto ciò allo scopo di elevare il livello della prestazione e di realizzare per quanto è possibile economie delle spese di impianto e di esercizio. La costituzione dei dipartimenti avviene in funzione del tipo e numero di aree funzionali omogenee presenti nei presidi ospedalieri.

A titolo esemplificativo possono essere individuati dipartimenti:

    - chirurgico
    - medico
    - materno infantile
    - psichiatrico
    - geriatrico
    - d'urgenza emergenza
    - .....
  - **Unità Operative** (U.O.): strutture dotate di posti letto dedicati alle specialità o sub-specialità in misura non standardizzata, ma commisurate alla domanda presente nelle singole situazioni, che convergono nelle aree funzionali omogenee (*unità operative clinico assistenziali, unità operative di servizi diagnostici e/o terapeutici*).

# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

## Benessere termoigrometrico degli ospedali

[\(Circolare Ministeriale LL.PP. 13011 del 22.11.1974\)](#)

### AMBIENTE (definizione):

Secondo l'O.M.S. l'ambiente è l'insieme dei fattori positivi e negativi che hanno un effetto sulle condizioni di salute e malattia dei singoli e della popolazione.

All'interno dell'ospedale gli **obiettivi di salubrità** da raggiungere sono in estrema sintesi due:

- il benessere termoigrometrico di chi è ospitato, lavora o reca visita;
- la qualità dell'aria intesa sia come purezza intrinseca che come impossibilità di contaminazione crociata.

La sensazione di benessere o malessere soggettivo è data in modo determinante dalle variabili microclimatiche. Il **MICROCLIMA** è la risultante di alcuni fattori ambientali:

- la temperatura
- l'umidità
- l'irraggiamento (il calore radiante)
- la ventilazione (velocità dell'aria)



# CARATTERISTICHE della STRUTTURA OSPEDALIERA

## Benessere termoisgrometrico degli ospedali

(Circolare Ministeriale LL.PP. 13011 del 22.11.1974)

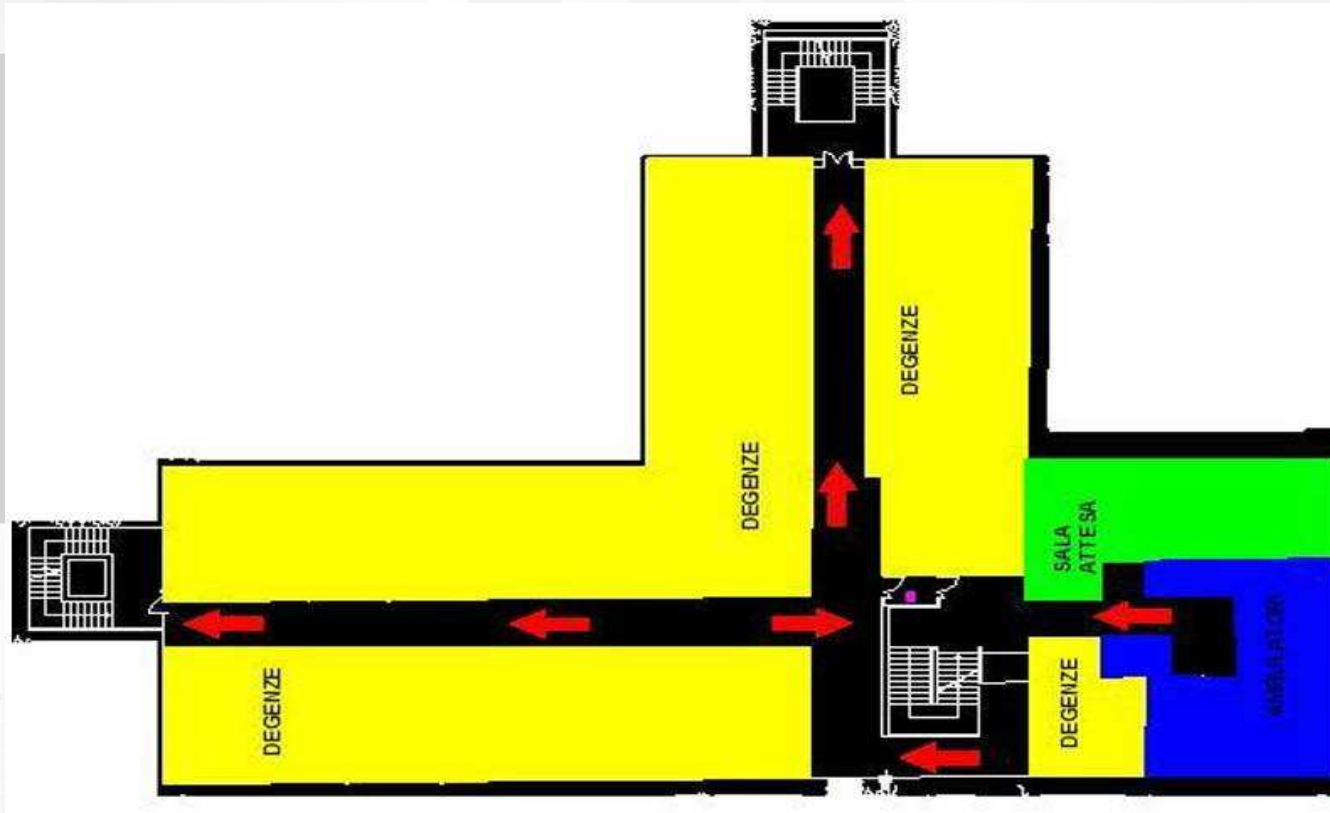
Il **MICROCLIMA** è la risultante di alcuni fattori ambientali, che devono possedere determinate caratteristiche rientranti in precisi valori di range:

- la **temperatura** ambientale: valori fra i 18°C e i 20°C, misurati con vari termometri
- l'**umidità** dell'aria: valori di umidità relativa pari al 40% con tolleranza di + o - 5% durante il periodo invernale, misurabili con vari sistemi, quali sensori igroscopici, a condensazione o psicometrici
- l'**irraggiamento**: valori compresi tra 0.04 e 0.12 m/s, durante il periodo invernale, mentre durante l'estate si può arrivare ai valori di 0.40-0.50 m/s, misurabili con gli anemometri
- la **ventilazione**: valori di 32 m<sup>3</sup> di aria pura sono quelli necessari ad individuo a riposo per ora, ciò consente di impedire che il contenuto di CO<sub>2</sub> superi l'1%, tali valori sono misurabili con il globotermometro

## CARATTERISTICHE AMBIENTALI dell'U.O. sede di tirocinio clinico

- elenca le principali tipologie di ambienti che compongono l'U.O. sede di tirocinio, individuando:
  - locali di degenza e locali accessori per la permanenza dell'utente (sala pranzo, soggiorno, servizi igienici, ecc.) e locali per deposito di materiali e presidi.
  - locali per l'attività sanitaria (ambulatori, sale operatorie, sala di medicazione, ecc.)
  - locali per il personale (studi, sala riunioni, biblioteca)
  - locali per attività amministrative (segreteria, ecc.)
- descrive le caratteristiche dei diversi ambienti rispetto le esigenze dei fruitori (utenti, visitatori, operatori)

# CARATTERISTICHE AMBIENTALI dell'U.O. sede di tirocinio clinico (**PLANIMETRIA**)



dr.ssa Elsa Labelli

a.a. 2008/2009

75



## BIBLIOGRAFIA

- A. Cavicchioli, P. Casson e altri “*Elementi di base dell’assistenza infermieristica.*”, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1999.

Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

Obiettivo specifico 1.b.6

Descrivere i principali presidi e sussidi (oggi Dispositivi Medici) utilizzati nell'Unità Operativa/Servizio.

## Definizione di: **DISPOSITIVO MEDICO**

Si definisce **dispositivo medico** qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione, compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento, e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di:

- diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia;
- diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap;
- studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico;
- intervento sul concepimento,

la cui azione principale voluta nel o sul corpo umano non sia conseguita con mezzi farmacologici nè immunologici né mediante metabolismo, ma la cui funzione possa essere assistita da tali mezzi.

(Direttiva 93/42CEE 14 giugno 1993)

L'immissione in commercio dei dispositivi medici è regolamentata su base comunitaria; pertanto essa, in tutto il mercato interno dei 27 Paesi dell'Unione Europea nonché, in base ad accordi commerciali, nei Paesi dello spazio economico europeo (EFTA) avviene secondo il medesimo sistema, definito "nuovo approccio"<sup>3</sup>.

Il "nuovo approccio" è stato adottato dall'Unione Europea con la risoluzione del Consiglio EU 7 maggio 1985<sup>4</sup>, allo scopo di rimuovere ostacoli tecnici agli scambi nel mercato interno.

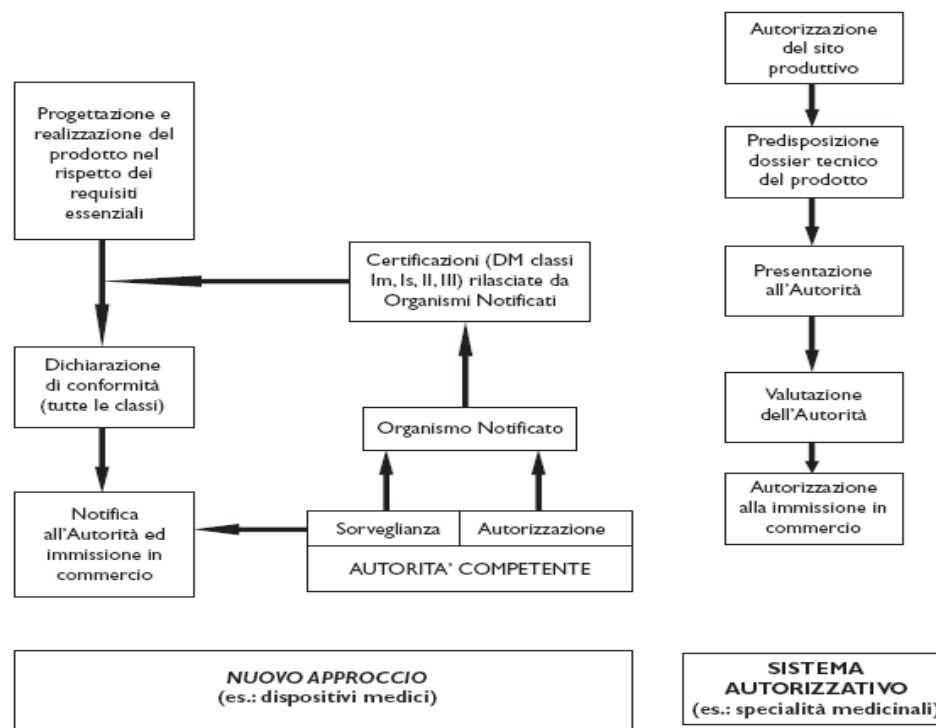


Figura I - Comparazione tra sistema tradizionale e "nuovo approccio", ai fini dell'immissione in commercio.

La “conformità” ai requisiti previsti nelle direttive viene dimostrata dalla presenza sul prodotto del marchio CE (fig. 2) e dall’emanazione, da parte del fabbricante, della dichiarazione di conformità alla/e direttiva/e applicabile/i.

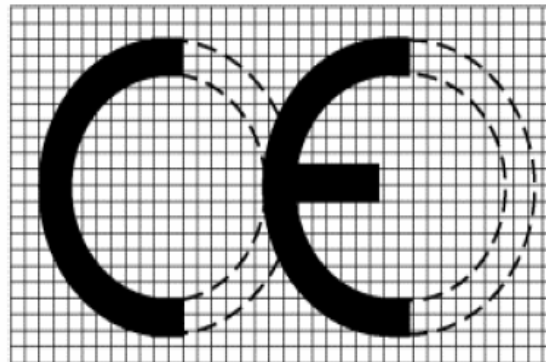


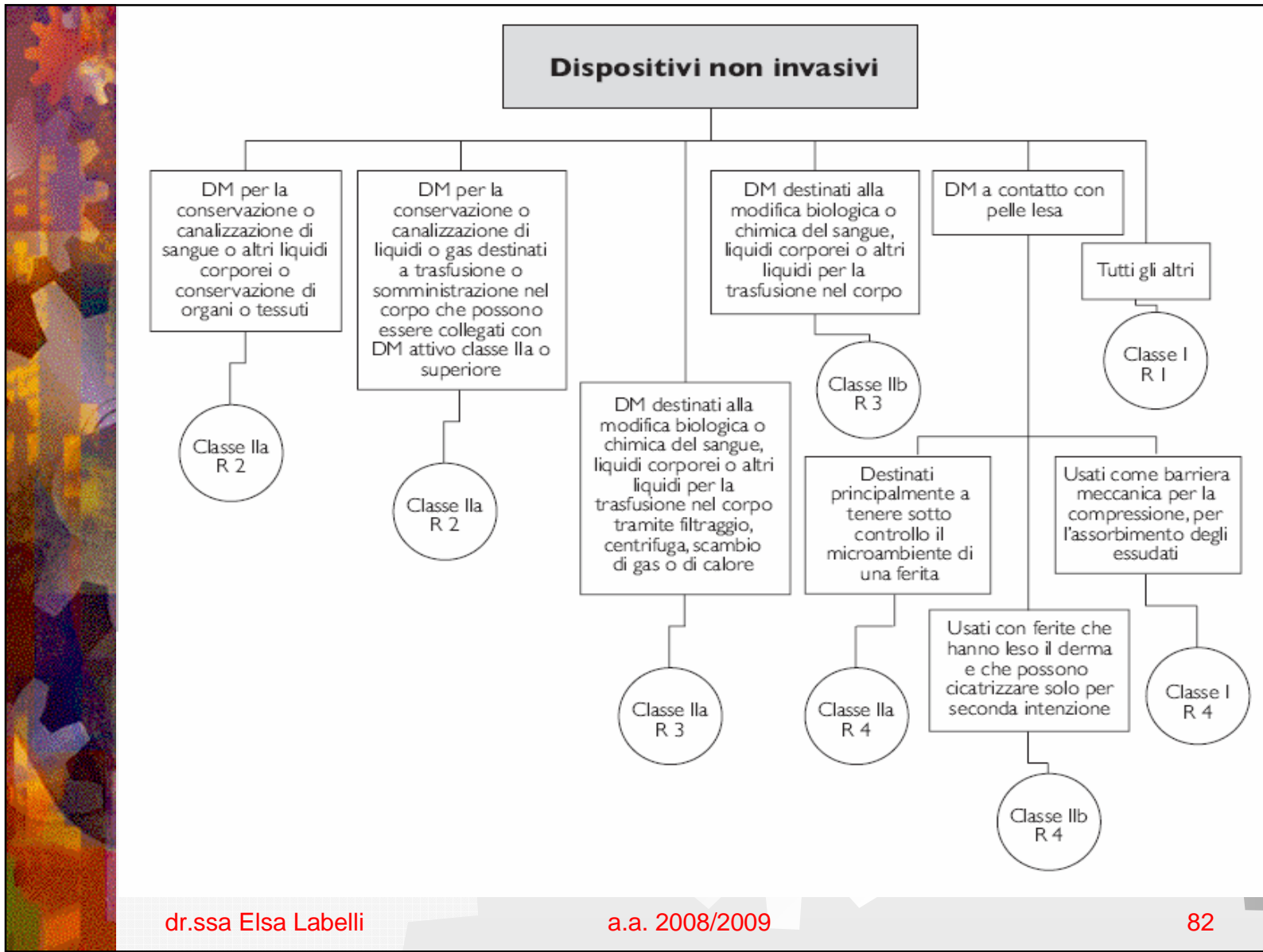
Figura 2 - Il marchio CE



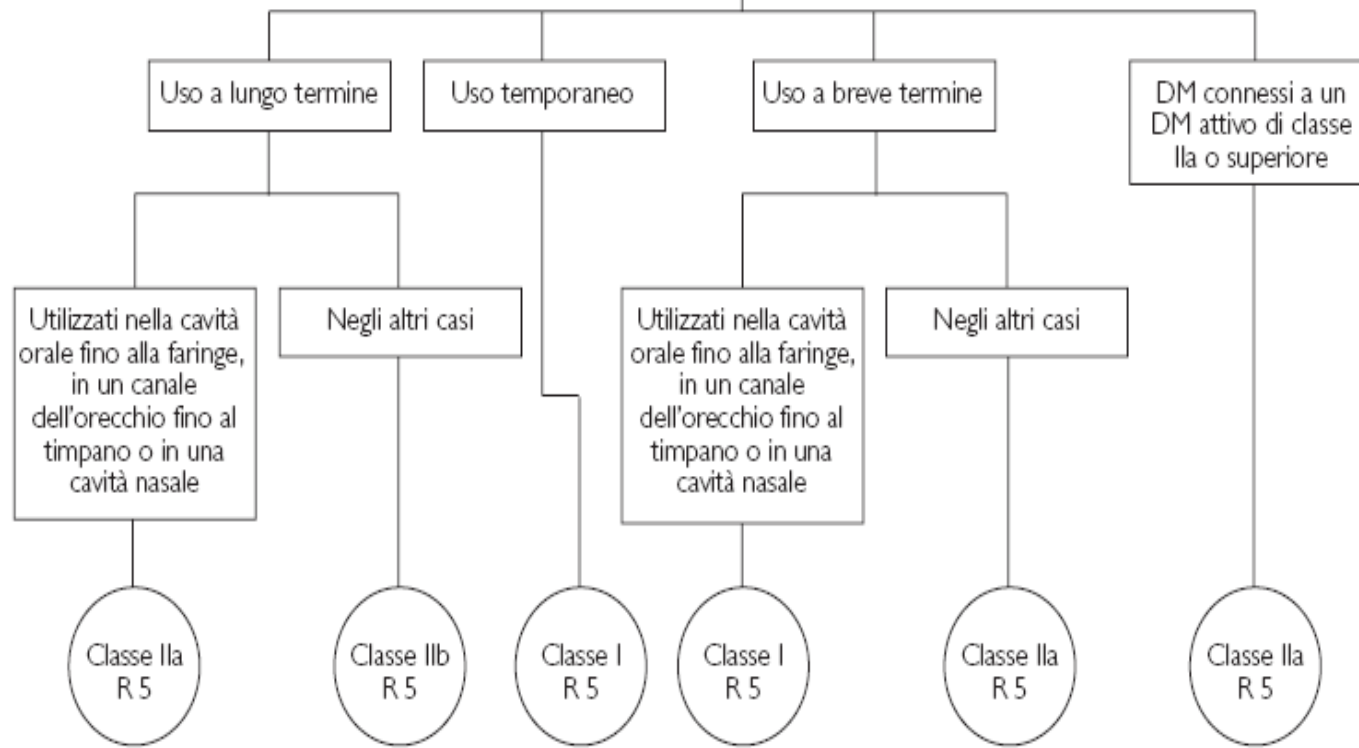


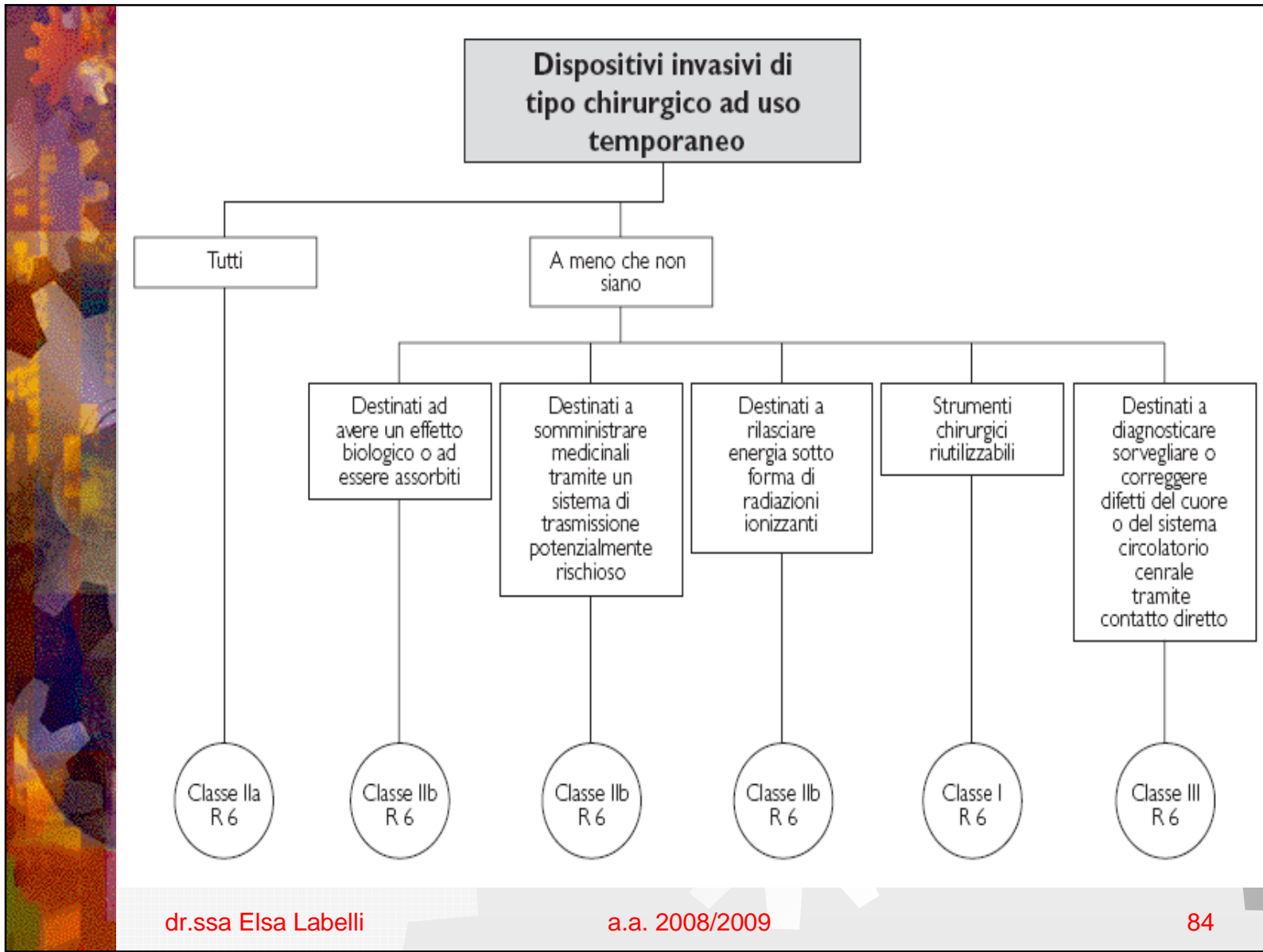
## I dispositivi medici sono classificati in quattro classi di rischio crescente:

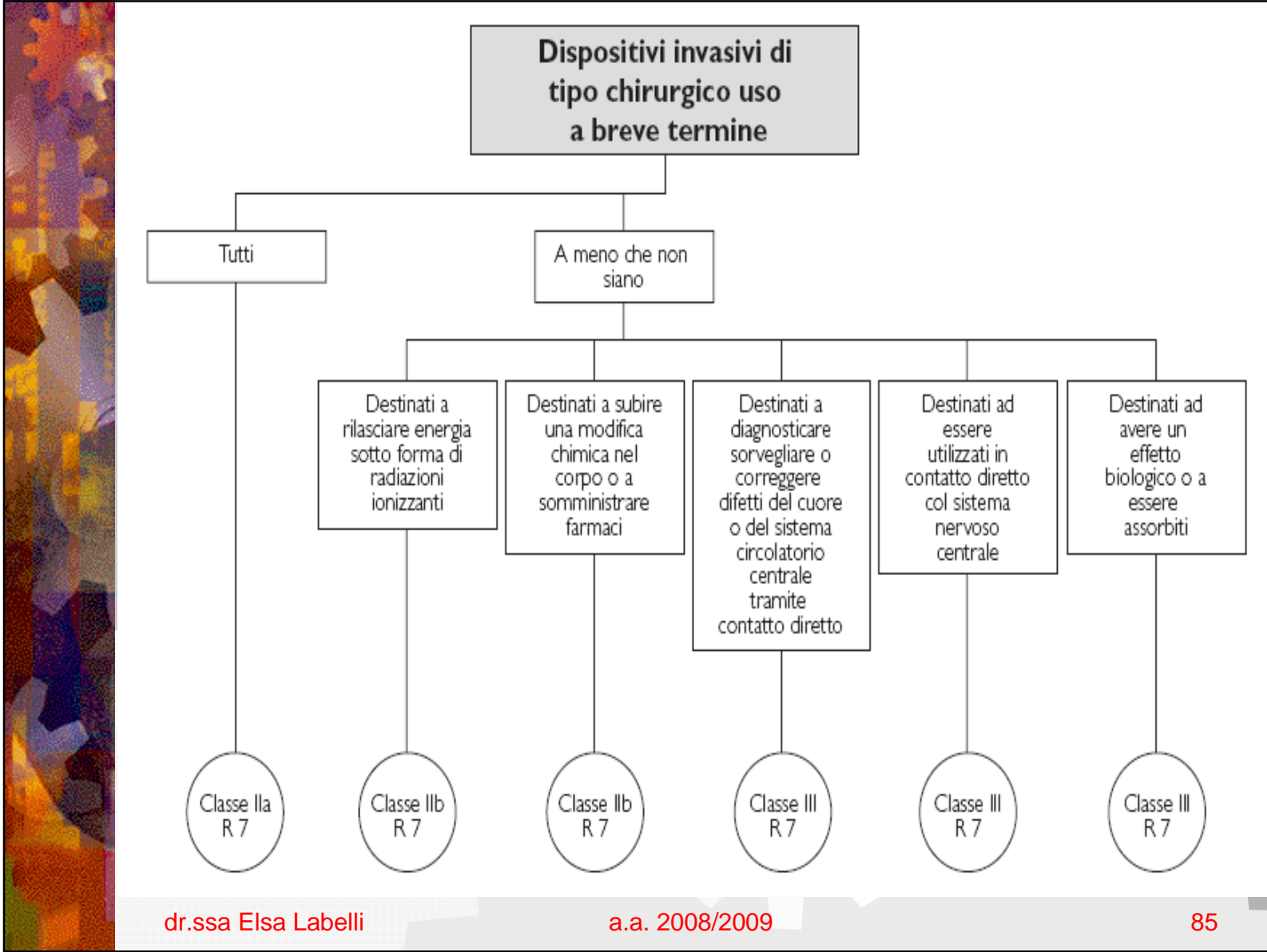
- ~ **Classe I.** Dispositivi meno critici, quali la gran parte di quelli non attivi e non invasivi.
  - All'interno di detta classe sono individuabili anche due sottoclassi:
    - Classe Is: dispositivi di classe I forniti allo stato sterile
    - Classe Im: dispositivi di classe I che svolgono una funzione di misura.
- ~ **Classe IIa.** Dispositivi a rischio medio, quali alcuni dispositivi non attivi (invasivi e non) e dispositivi attivi che interagiscono con il corpo in maniera non pericolosa.
- ~ **Classe IIb.** Dispositivi a rischio medio/alto, quali alcuni dispositivi non attivi (specie invasivi) e i dm attivi che interagiscono con il corpo in maniera pericolosa.
- ~ **Classe III.** Dispositivi ad alto rischio, quali gran parte dei dispositivi impiantabili, quelli contenenti farmaci o derivati animali ed alcuni dispositivi che interagiscono sulle funzioni di organi vitali.

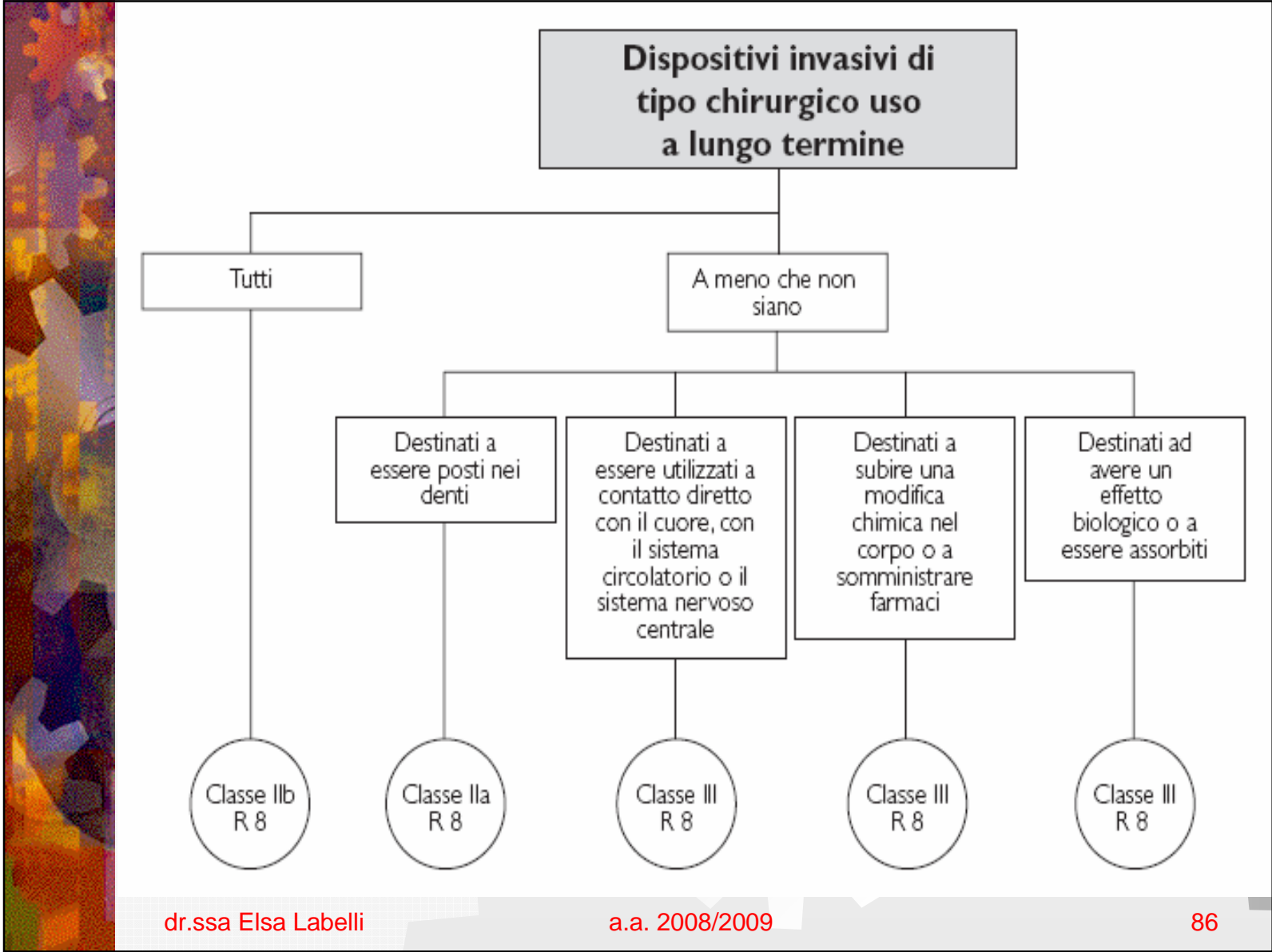


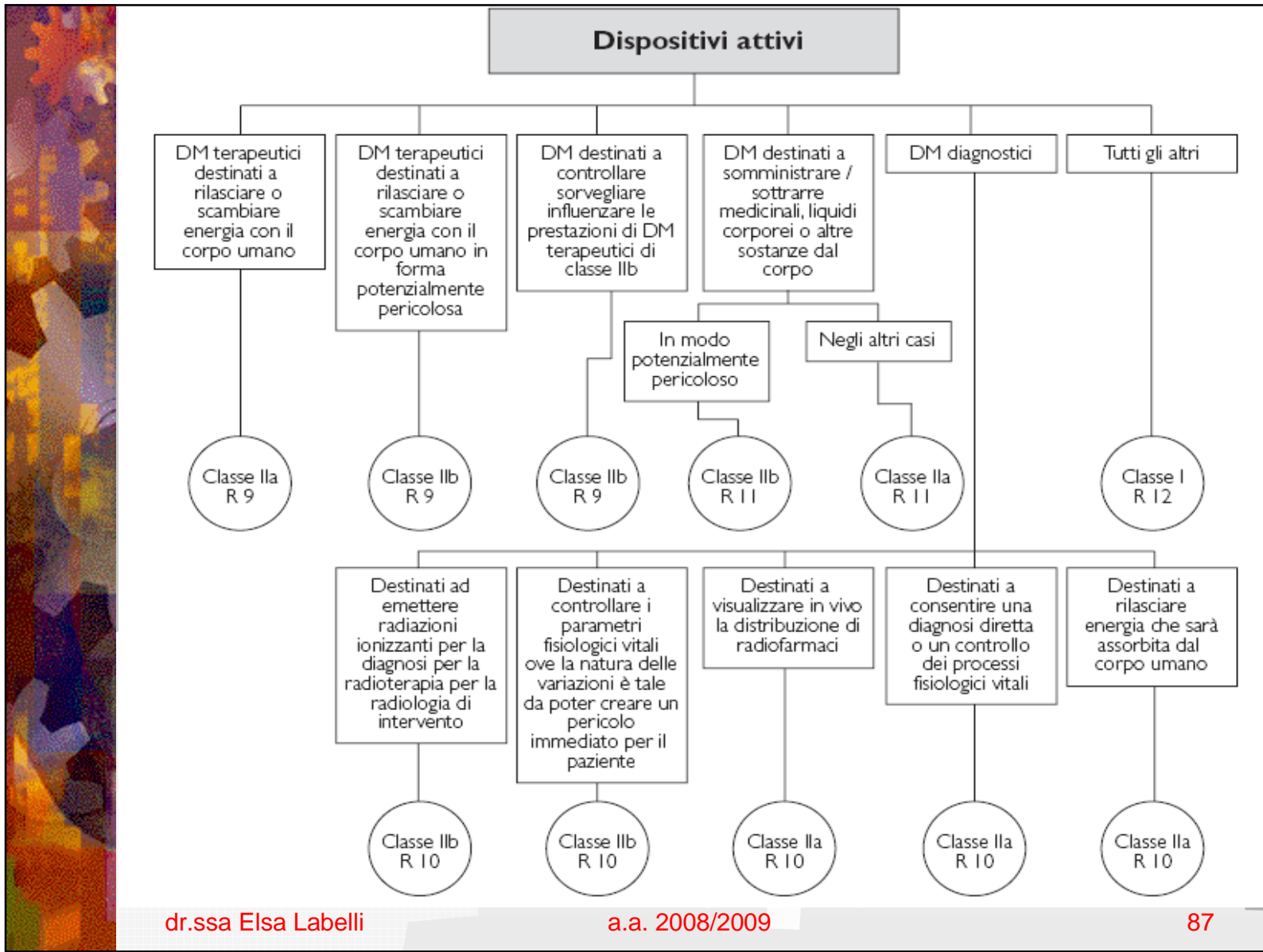
## Dispositivi invasivi in relazione con orifizi







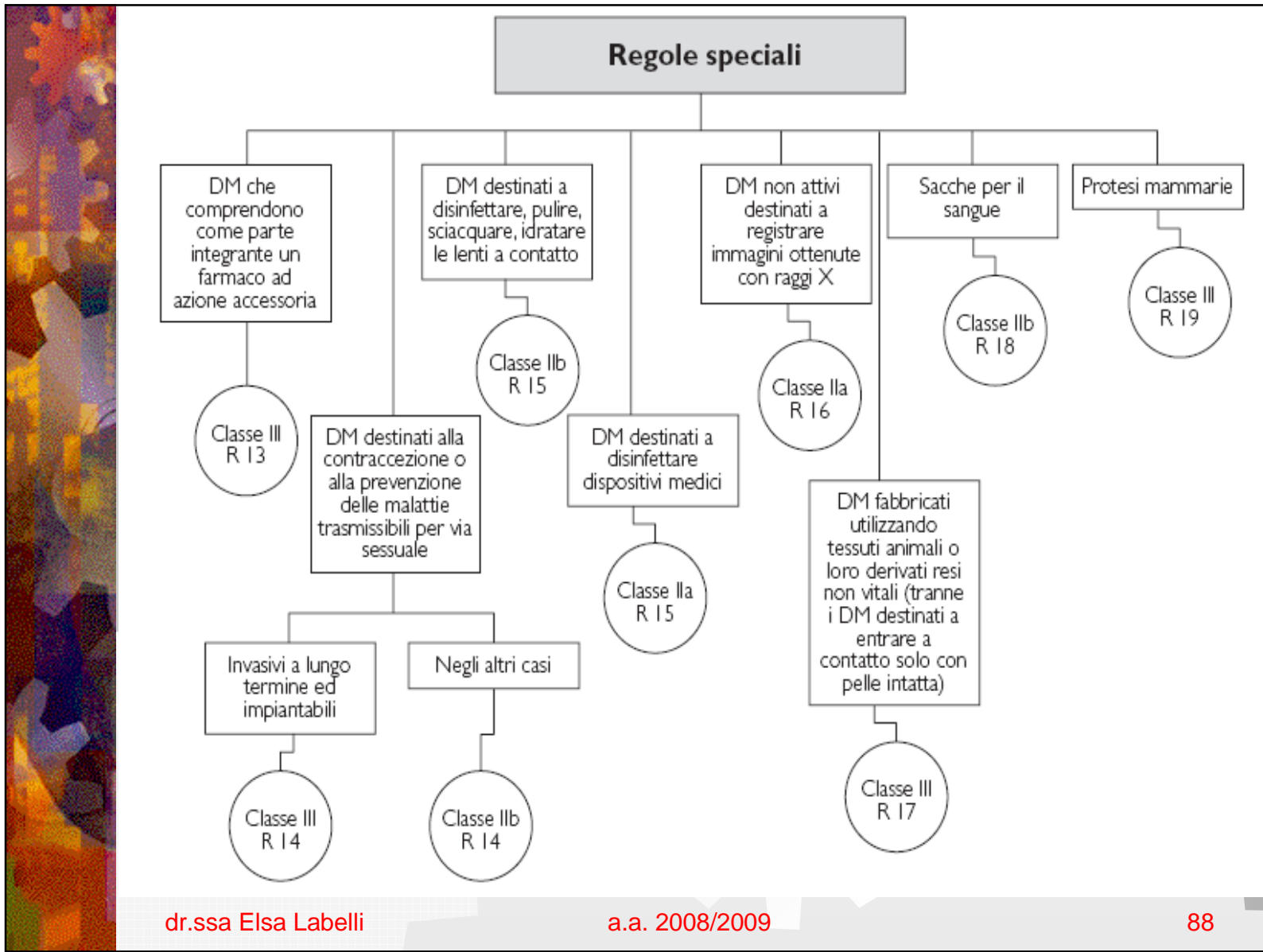




dr.ssa Elsa Labelli

a.a. 2008/2009

87





Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND) - Approvata con DM 20.02.2007  
- CATEGORIE -

Categoria CND	Descrizione categoria CND
<b><u>A</u></b>	<b>DISPOSITIVI DA SOMMINISTRAZIONE, PRELIEVO E RACCOLTA</b>
<b><u>B</u></b>	<b>DISPOSITIVI PER EMOTRASFUSIONE ED EMATOLOGIA</b>
<b><u>C</u></b>	<b>DISPOSITIVI PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO</b>
<b><u>D</u></b>	<b>DISINFETTANTI, ANTISETTICI E PROTEOLITICI (D. Lgs. 46/97)</b>
<b><u>E</u></b>	<b>DISPOSITIVI PER DIALISI</b>
<b><u>G</u></b>	<b>DISPOSITIVI PER APPARATO GASTROINTESTINALE</b>
<b><u>H</u></b>	<b>DISPOSITIVI DA SUTURA</b>
<b><u>J</u></b>	<b>DISPOSITIVI IMPIANTABILI ATTIVI</b>
<b><u>K</u></b>	<b>DISPOSITIVI PER CHIRURGIA MINI-INVASIVA ED ELETTROCHIRURGIA</b>
<b><u>L</u></b>	<b>STRUMENTARIO CHIRURGICO PLURIUSO O RIUSABILE</b>
<b><u>M</u></b>	<b>DISPOSITIVI PER MEDICAZIONI GENERALI E SPECIALISTICHE</b>
<b><u>N</u></b>	<b>DISPOSITIVI PER SISTEMA NERVOSO E MIDOLLARE</b>
<b><u>P</u></b>	<b>DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTABILI E PRODOTTI PER OSTEOSINTESI</b>
<b><u>Q</u></b>	<b>DISPOSITIVI PER ODONTOIATRIA, OFTALMOLOGIA E OTORINOLARINGOIATRIA</b>
<b><u>R</u></b>	<b>DISPOSITIVI PER APPARATO RESPIRATORIO E ANESTESIA</b>
<b><u>S</u></b>	<b>PRODOTTI PER STERILIZZAZIONE</b>

Approvazione CUD - 29 novembre 2006

pag. 168/319

Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND) - Approvata con DM 20.02.2007  
- CATEGORIE -

Categoria CND	Descrizione categoria CND
<b>I</b>	<b>DISPOSITIVI DI PROTEZIONE E AUSILI PER INCONTINENZA (D. Lgs. 46/97)</b>
<b>U</b>	<b>DISPOSITIVI PER APPARATO UROGENITALE</b>
<b>V</b>	<b>DISPOSITIVI VARI</b>
<b>W</b>	<b>DISPOSITIVI MEDICO-DIAGNOSTICI IN VITRO (D. Lgs. 332/2000)</b>
<b>Y</b>	<b>SUPPORTI O AUSILI TECNICI PER PERSONE DISABILI</b>
<b>Z</b>	<b>APPARECCHIATURE SANITARIE E RELATIVI COMPONENTI ACCESSORI E MATERIALI</b>

Approvazione CUD - 29 novembre 2006

pag. 160/319

Codice ramo CND	Descrizione ramo CND	Nota	Rifer. CIVAB	Livello	Livello finale
<b>A</b>	<b>DISPOSITIVI DA SOMMINISTRAZIONE, PRELIEVO E RACCOLTA</b>			1	N
<b>A01</b>	<b>AGHI</b>			2	N
<b>A0101</b>	<b>AGHI E KIT PER INFUSIONE E PRELIEVO</b>			3	N
A010101	AGHI IPODERMICI			4	S
A010102	AGHI A FARFALLA			4	S
A010103	AGHI E KIT PER SISTEMI IMPIANTABILI			4	S
A010104	AGHI E SISTEMI PER PRELIEVO DA FLACONE			4	S
A010105	AGHI PER PRELIEVO SOTTO VUOTO			4	S
A010199	AGHI E KIT PER INFUSIONE E PRELIEVO - ALTRI			4	S
<b>A0102</b>	<b>AGHI E KIT PER BIOPSIA</b>			3	N
A010201	AGHI E KIT PER BIOPSIA ISTOLOGICA E CITOLOGICA DI TESSUTI MOLLI			4	N
A01020101	AGHI TRACCIANTI E KIT			5	S
A01020102	AGHI ASPIRANTI E KIT			5	S
A010202	AGHI E KIT PER BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE			4	N
A01020201	AGHI E KIT PER BIOPSIA ILIACO-STERNALE			5	S
A01020202	AGHI E KIT PER ESPIANTO MIDOLLARE			5	S
A01020203	AGHI E KIT PER BIOPSIA VERTEBRALE O PARAVERTEBRALE			5	S
A010203	AGHI E PUNCH PER BIOPSIA CUTANEA			4	S
A010204	AGHI E KIT PER AMNIOCENTESI			4	S
A010299	AGHI E KIT PER BIOPSIA - ALTRI			4	S
<b>A0103</b>	<b>AGHI E KIT PER ANESTESIA</b>			3	N
A010301	AGHI E KIT PER ANESTESIA SPINALE E PERIDURALE			4	N
A01030101	AGHI E KIT PER ANESTESIA SPINALE			5	S
A01030102	AGHI E KIT PER ANESTESIA PERIDURALE			5	S
A01030103	AGHI E KIT PER ANESTESIA COMBINATA PERIDURALE E SPINALE			5	S
A010302	AGHI E KIT PER BLOCCO DI PLESSO			4	S
A010399	AGHI E KIT PER ANESTESIA - ALTRI			4	S
<b>A0104</b>	<b>AGHI PER DIALISI</b>			3	N
A010401	AGHI FISTOLA ARTERO-VENOSI			4	S
A010499	AGHI PER DIALISI - ALTRI			4	S
<b>A0105</b>	<b>AGHI PER OFTALMOLOGIA</b>			3	N
A010501	AGHI DA CAMERA ANTERIORE			4	S
A010502	AGHI PER IRRIGAZIONE OCULARE			4	S
A010503	AGHI PERIBULBARI			4	S
A010504	AGHI RETROBULBARI			4	S
A010599	AGHI PER OFTALMOLOGIA - ALTRI			4	S
<b>A0106</b>	<b>AGHI E KIT PER ODONTOIATRIA</b>			3	N
A010601	AGHI CARPULA			4	S
A010699	AGHI E KIT PER ODONTOIATRIA - ALTRI			4	S
<b>A0180</b>	<b>AGHI - ACCESSORI</b>			3	N
A018001	CAPPUCCI PER AGHI			4	S

Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND) - Approvata con DM 20.02.2007

Codice ramo CND	Descrizione ramo CND	Note	Rifer. CIVAB	Livello	Livello finale
A018002	GUIDE PER AGHI			4	S
A018003	INTRODUTTORI PER AGHI			4	S
A018099	AGHI - ACCESSORI ALTRI			4	S
<b>A0190</b>	<b>AGHI PER PROCEDURE VARIE</b>			3	N
A019001	AGHI BOTTONUTI			4	S
A019002	AGHI PER AGOPUNTURA			4	S
A019003	AGHI PER ALCOOLIZZAZIONE			4	S
A019004	AGHI PER COLANGIOGRAFIA A CIELO APERTO			4	S
A019005	AGHI PER GALATTOGRAFIA			4	S
A019006	AGHI PER MESOTERAPIA			4	S
A019007	AGHI PER SCLEROTERAPIA			4	S
A019008	AGHI PER TATUAGGIO NON ENDOSCOPICO			4	S
A019009	AGHI PER DRENAGGIO			4	S
A019010	AGHI PER ANGIOGRAFIA			4	S
A019011	AGHI PER INFUSIONE OSSEA E VERTEBROPLASTICA			4	S
A019012	AGHI E SISTEMI PER LOCALIZZAZIONE DEI NODULI MAMMARI			4	S
A019013	AGHI PER INTRODUZIONE PERCUTANEA			4	S
A019099	AGHI PER PROCEDURE VARIE - ALTRI			4	S
<b>A0199</b>	<b>AGHI - ALTRI</b>			3	S
<b>A02</b>	<b>SIRINGHE</b>			2	N
<b>A0201</b>	<b>SIRINGHE MONOUSO</b>			3	N
A020101	SIRINGHE A PERDITA DI RESISTENZA			4	S
A020102	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO			4	N
A02010201	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO CON CONO LUER			5	N
A0201020101	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO CON CONO LUER A DUE PEZZI			6	N
A020102010101	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO CON CONO LUER A DUE PEZZI CON AGO			7	S
A020102010102	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO CON CONO LUER A DUE PEZZI SENZA AGO			7	S
A0201020102	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO CON CONO LUER A TRE PEZZI			6	N
A020102010201	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO CON CONO LUER A TRE PEZZI CON AGO			7	S
A020102010202	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO CON CONO LUER A TRE PEZZI SENZA AGO			7	S
A02010202	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO CON CONO LUER LOCK	COMPRESIVO DELLE SIRINGHE DEDICATE A POMPE INFUSIONALI		5	N
A0201020201	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO CON CONO LUER LOCK A TRE PEZZI			6	N
A020102020101	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO CON CONO LUER LOCK A TRE PEZZI CON AGO			7	S
A020102020102	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO CON CONO LUER LOCK A TRE PEZZI SENZA AGO			7	S
A02010203	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO CON CONO CATETERE			5	S
A02010204	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO SENZA CONO CON AGO FISSO			5	S
A02010205	SIRINGHE DA INFUSIONE ED IRRIGAZIONE MONOUSO CON SISTEMA DI SICUREZZA			5	S
A020104	SIRINGHE PER INIETTORE			4	S
A020199	SIRINGHE MONOUSO - ALTRE			4	S
<b>A0202</b>	<b>SIRINGHE PLURIUSO</b>			3	N
A020201	SIRINGHE DA INFUSIONE PLURIUSO			4	S
A020202	SIRINGHE DA IRRIGAZIONE PLURIUSO			4	S
A020203	SIRINGHE PER TUBOFIALA			4	S
A020299	SIRINGHE PLURIUSO - ALTRE			4	S
<b>A0280</b>	<b>SIRINGHE - ACCESSORI</b>			3	S

Codice ramo CND	Descrizione ramo CND	Note	Rifer. CIVAB	Livello	Livello finale
M030506	FERULE			4	S
M030559	SISTEMI E PRODOTTI PER IMMOBILIZZAZIONE - ALTRI			4	S
M0399	BENDAGGI - ALTRI (collari, tutori ecc. vedi Ortesi categoria Y06)			3	S
M04	MEDICAZIONI SPECIALI			2	N
M0401	MEDICAZIONI PREPARETE			3	N
M040101	MEDICAZIONI ADESIVE CON COMPRESSA ASSORBENTE			4	N
M04010101	MEDICAZIONI IN TNT ADESIVO CON COMPRESSA ASSORBENTE			5	S
M04010102	MEDICAZIONI IN POLIURETANO O ALTRO MATERIALE PLASTICO ADESIVO CON COMPRESSA ASSORBENTE			5	S
M040102	MEDICAZIONI DI FISSAGGIO CATETERI ED ALTRE			4	N
M04010201	MEDICAZIONI DI FISSAGGIO CATETERI ED ALTRO IN TNT			5	S
M04010202	MEDICAZIONI DI FISSAGGIO CATETERI ED ALTRO IN POLIURETANO			5	S
M04010209	MEDICAZIONI DI FISSAGGIO CATETERI ED ALTRO - ALTRE			5	S
M0402	MEDICAZIONI ASSORBENTI NON ADESIVE			3	N
M040201	MEDICAZIONI ASSORBENTI CON TAMPONE IN CELLULOSA ED INVOLUCRO IN TNT			4	S
M040202	MEDICAZIONI ASSORBENTI IN TNT E ALLUMINIO			4	S
M040203	MEDICAZIONI TRACHEOSTOMICHE			4	S
M040204	MEDICAZIONI ASSORBENTI ANTIADERENT			4	S
M040299	MEDICAZIONI ASSORBENTI NON ADESIVE - ALTRE			4	S
M0403	MEDICAZIONI OFTALMICHE			3	N
M040301	COMPRESSE OCULARI IN COTONE O IN TNT			4	S
M040302	BASTONCINI OFTALMICI			4	S
M040303	CEROTTI PER TERAPIA ORTOTTICA			4	S
M040399	MEDICAZIONI OFTALMICHE - ALTRE			4	S
M0404	MEDICAZIONI PER FERITE, PIAGHE E ULCERE			3	N
M040401	MEDICAZIONI A CONTENUTO SALINO			4	S
M040402	MEDICAZIONI IN ALGINATO			4	S
M040403	MEDICAZIONI IN IDROCOLLOIDI			4	S
M040404	MEDICAZIONI IN IDROFIBRA			4	S
M040405	MEDICAZIONI IN GEL IDROFILO			4	S
M040406	MEDICAZIONI IN POLIURETANO			4	S
M040407	MEDICAZIONI IN SILICONE			4	S
M040408	MEDICAZIONI IN ARGENTO			4	S
M040409	MEDICAZIONI IN CARBONE ATTIVO			4	S
M040410	MEDICAZIONI IN COLLAGENE DI ORIGINE ANIMALE			4	S
M040499	MEDICAZIONI PER FERITE, PIAGHE E ULCERE - ALTRE			4	S
M0405	EMOSTATICI			3	N
M040501	MEDICAZIONI EMOSTATICHE IN CELLULOSA			4	S
M040502	MEDICAZIONI EMOSTATICHE IN COLLAGENE DI ORIGINE ANIMALE			4	S
M040503	MEDICAZIONI EMOSTATICHE IN SPUGNA DI GELATINA			4	S
M040504	MEDICAZIONI EMOSTATICHE AL PERCLORURO FERRICO			4	S
M040599	EMOSTATICI - ALTRI			4	S
M0406	MEDICAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE ADERENZE POST-OPERATORIE			3	N
M040699	MEDICAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE ADERENZE POST-OPERATORIE - VARIE			4	S
M0407	TAMPONI SPECIALI			3	S
M0499	MEDICAZIONI SPECIALI - ALTRE			3	S

Codice ramo CND	Descrizione ramo CND	Nota	Rifer. CIVAB	Livello	Livello finale
<b>C02</b>	<b>DISPOSITIVI PER ARITMOLOGIA</b>			2	N
C0201	DISPOSITIVI PER ELETTROFISIOLOGIA CARDIACA E MAPPAGGIO			3	N
C0202	DISPOSITIVI PER ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA TEMPORANEA (CON PRINCIPIO ATTIVO E SENZA)			3	N
C0203	DISPOSITIVI PER ABLAZIONE DI FOCI ARITMOGENI			3	N
C0204	DISPOSITIVI PER CARDIOVERSIONE E DEFIBRILLAZIONE ESTERNA			3	N
C0205	DISPOSITIVI PER DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA			3	N
C0280	DISPOSITIVI PER ARITMOLOGIA - ACCESSORI			3	S
C0299	DISPOSITIVI PER ARITMOLOGIA - ALTRI			3	S
<b>C03</b>	<b>DISPOSITIVI PER CARDIOCHIRURGIA E TRAPIANTO DI ORGANO</b>			2	N
C0301	DISPOSITIVI PER CIRCOLAZIONE EXTRACORPOREA ED ASSISTITA			3	N
C0380	DISPOSITIVI PER CARDIOCHIRURGIA E TRAPIANTO DI ORGANO - ACCESSORI ALTRI			3	S
C0390	DISPOSITIVI PER CARDIOCHIRURGIA E TRAPIANTO DI ORGANO - VARI			3	N
C0399	DISPOSITIVI PER CARDIOCHIRURGIA E TRAPIANTO DI ORGANO - ALTRI			3	S
<b>C04</b>	<b>GUIDE PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO</b>			2	N
C0401	GUIDE CORONARICHE			3	N
C0402	GUIDE VASCOLARI PERIFERICHE			3	N
C0480	GUIDE PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO - ACCESSORI			3	S
C0499	GUIDE PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO - ALTRE			3	S
<b>C05</b>	<b>INTRODUTTORI PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO</b>			2	N
C0501	INTRODUTTORI NON VALVOLATI PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO			3	S
C0502	INTRODUTTORI VALVOLATI PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO			3	S
C0503	INTRODUTTORI PEEL-AWAY PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO			3	S
C0504	SET PER INTRODUZIONE ARTERIOSA			3	S
C0580	INTRODUTTORI PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO - ACCESSORI			3	S
C0599	INTRODUTTORI PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO - ALTRI			3	S
<b>C90</b>	<b>DISPOSITIVI PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO - VARI</b>			2	N
C9001	VALVOLE E SISTEMI PER EMOSTASI			3	N
C9002	DILATATORI VASCOLARI E FASCIALI			3	S
C9003	SENSORI PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO			3	N
C9004	FONENDOSCOPI			3	S
C9005	STETOSCOPI			3	S
<b>C99</b>	<b>DISPOSITIVI PER APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO - ALTRI</b>			2	S
<b>D</b>	<b>DISINFETTANTI, ANTISETTICI E PROTEOLITICI (D. Lgs. 46/97)</b>	Utilizzati su Dispositivi Medici		1	N

Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND) - Approvata con DM 20.02.2007  
- SINTESI CND al 3° livello -

Codice ramo CND	Descrizione ramo CND	Note	Rifer. CIVAB	Livello	Livello finale
<b>D01</b>	<b>ALDEIDI</b>			2	N
D0101	ALDEIDE GLUTARICA E ASSOCIAZIONI			3	N
D0199	ALDEIDI - ALTRE			3	S
<b>D02</b>	<b>BIGUANIDI</b>			2	N
D0201	CLOREXIDINA E ASSOCIAZIONI			3	N
D0299	BIGUANIDI - ALTRE			3	S
<b>D03</b>	<b>CLORODERIVATI</b>			2	N
D0301	IPOCLORITI E ASSOCIAZIONI			3	N
D0302	DICLOROISOCIANURATI			3	S
D0303	CLORITI DI SODIO E ASSOCIAZIONI			3	N
D0399	CLORODERIVATI - ALTRI			3	S
<b>D04</b>	<b>IODODERIVATI</b>			2	N
D0401	IODOPOVIDONE E ASSOCIAZIONI			3	N
D0499	IODODERIVATI - ALTRI			3	S
<b>D05</b>	<b>OSSIGENOPRODUTTORI</b>			2	N
D0501	ACIDO PERACETICO E ASSOCIAZIONI			3	N
D0599	OSSIGENOPRODUTTORI - ALTRI			3	S
<b>D06</b>	<b>FENOLI PER DISINFEZIONE DI DISPOSITIVI MEDICI</b>			2	N
D0601	POLIFENOLI E ASSOCIAZIONI			3	N
D0699	FENOLI - ALTRI			3	S
<b>D07</b>	<b>ALCOLI</b>			2	N
D0701	ALCOOL ETILICO			3	S
D0702	ALCOOL ISOPROPILICO			3	S
D0799	ALCOLI - ALTRI			3	S
<b>D08</b>	<b>PROTEOLITICI</b>			2	N
D0801	PROTEOLITICI ENZIMATICI			3	S
D0899	PROTEOLITICI - ALTRI			3	S
<b>D99</b>	<b>DISINFETTANTI E ANTISETTICI - ALTRI</b>			2	S
<b>F</b>	<b>DISPOSITIVI PER DIALISI</b>			1	N
<b>F01</b>	<b>FILTRI PER DIALISI</b>			2	N
F0106	FILTRI PER EMODIALISI, EMOFILTRAZIONE, EMODIAFILTRAZIONE			3	N
F0107	FILTRI PER EMOPERFUSIONE			3	N
F0108	FILTRI E COLONNE PER ASSORBIMENTO			3	N
F0199	FILTRI PER DIALISI - ALTRI			3	S

Approvazione CUD - 20 novembre 2008

pag. 145/119

dr.ssa Elsa Labelli

a.a. 2008/2009

95

Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

Obiettivo specifico 1.b.7

Descrivere il Sistema Informativo presente nell'Unità Operativa/  
Servizio riguardante l'assistenza infermieristica all'utente.



## **SISTEMA INFORMATIVO**

**presente nell'Unità Operativa riguardante l'assistenza infermieristica all'utente**

### DEFINIZIONE:

“Per **SISTEMA INFORMATIVO** si intende **l'insieme delle persone**, delle **tecnologie** e dei **meccanismi operativi** il cui compito è di **produrre le informazioni che servono all'attività dell'Azienda e della sua gestione.**”

In altri termini, scopo del *sistema informativo* è quello di fornire a ogni componente dell'organizzazione tutte le informazioni di cui ha bisogno per il migliore svolgimento del suo mandato.

# SISTEMA INFORMATIVO

presente nell'U.O. riguardante l'assistenza infermieristica all'utente

## QUALITA' delle INFORMAZIONI

è rilevante perché sulla base delle informazioni si assumono delle **decisioni** ed è rappresentata da:

- Completezza
- Accuratezza ed esattezza
- Tempestività
- Selettività
- Destinazione

Il Sistema Informativo di **supporto alle attività assistenziali quotidiane** si basa i su processi di seguito indicati:

### **Processo del Sistema Informativo INTERNO**

- compilazione della cartella infermieristica, per agevolare il passaggio delle consegne
- compilazione della grafica, per la trasmissione delle prescrizioni terapeutiche
- aggiornamento della cartella medica
- utilizzo della modulistica per richiesta di indagini diagnostiche
- utilizzo delle linee guida/protocolli/procedure per orientare ed omogeneizzare l'assistenza da erogare

### **Processo del Sistema Informativo ESTERNO**

- compilazione della documentazione necessaria per l'approvvigionamento di materiali sanitari
- compilazione della documentazione necessaria per l'approvvigionamento dei farmaci
- referti delle indagini realizzate al paziente nei diversi servizi (radiologia, laboratorio, ambulatorio, ...)

L'obiettivo del sistema informativo è di minimizzare il numero di errori e di aumentare la costante trasmissione/passaggio delle informazioni ai fini assistenziali e/o organizzativi

# SISTEMA INFORMATIVO

presente nell'U.O. riguardante l'assistenza infermieristica all'utente

## NATURA delle INFORMAZIONI:

- **Informazioni nelle attività operative (assistenziali)** sono quelle che servono allo svolgimento quotidiano delle attività di erogazione dell'assistenza (dati sui pazienti: individuazione delle diagnosi infermieristiche presenti nei pazienti, parametri vitali, prestazioni varie realizzate, tassi di occupazione posti letto, n. di pazienti allettati, ...)
- Informazioni nelle attività gestionali
- Informazioni nelle attività di pianificazione strategica
- Informazioni sul consumo di risorse e costi di produzione

## MEZZI e STRUMENTI per il passaggio delle INFORMAZIONI:

- Cartella Infermieristica
- Cartella Medica
- Grafica
- Modulistica di richiesta indagini diagnostiche/esito delle indagini
- Blocco per richiesta materiale economale (materiale sanitario)
- Blocco per richiesta di farmaci (internamente o esternamente all'ospedale)
- .....



## BIBLIOGRAFIA

- R. Vaccani “*La sanità incompiuta.*”, Proposte ed esperienze di organizzazione del lavoro in sanità, Edizioni NIS (La Nuova Italia Scientifica), Napoli, 1991.
- C. Calamandrei, C. Orlandi “*La dirigenza infermieristica*”, Manuale per la formazione dell’infermiere dirigente e del caposala, Edizioni McGraw-Hill, Milano, 2001.

Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

Obiettivo specifico 1.b.8

Descrivere le modalità di accesso all'Unità Operativa/Servizio.

# TIPI DI RICOVERO

## Esistono vari tipi di ricovero:

- ricovero urgente (o d'urgenza ed emergenza)
- ricovero ordinario (o programmato)
- ricovero diurno (Day Hospital - Day Surgery)
- pre-ricovero
- ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.)
- ospedalizzazione domiciliare

# Tipi di RICOVERO

## RICOVERO D'URGENZA

E' predisposto, dopo gli opportuni accertamenti, per pazienti che giungano nell'area dell'emergenza e del Pronto Soccorso con mezzi propri o con ambulanza (per il soccorso sanitario di emergenza telefonare al 118). In caso di mancanza di posti letto specifici, il Medico di guardia può disporre il trasferimento protetto del malato in un'altra struttura ospedaliera.

La risposta all'emergenza sanitaria viene assicurata dal Servizio di Pronto Soccorso. L'Ospedale sede di Pronto Soccorso garantisce oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza, il primo accertamento diagnostico clinico, strumentale e di laboratorio, gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché il trasporto protetto nel caso in cui il ricovero non sia possibile o siano necessarie cure presso altro istituto.

Il ricovero urgente è attivato chiamando il numero telefonico 118 attivo nelle 24 ore in tutta la provincia (è gratuito e si può fare da qualsiasi tipo di telefono, compresi cellulari e telefoni pubblici per i quali non è necessario inserire il gettone), che garantisce l'intervento dei mezzi di soccorso entro 10 minuti nell'area urbana e 20 minuti nell'area extraurbana.

Al momento della chiamata il SUEM provinciale, valutata l'urgenza, attiva il mezzo di intervento più idoneo oppure tramite: Guardia Medica trasporto assistito accesso diretto.

# Tipi di RICOVERO

## RICOVERO ORDINARIO

(o programmato, o “ricovero di elezione”)

Il ricovero ordinario, o programmato, si attua per patologie non urgenti.

Tale ricovero può essere proposto dal:

- medico di medicina generale
- medico della guardia medica territoriale
- medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale (degli ambulatori poli-specialistici interni ed esterni all'Ospedale).

La proposta deve essere presentata al medico dell'Unità Operativa preposto all'accettazione che, valutata la reale necessità e la disponibilità di posti letto dispone il ricovero.

Solitamente il giorno d'ingresso viene comunicato con una telefonata dall'Infermiera Coordinatrice dell'Unità Operativa dove deve avvenire il ricovero stesso.



# Tipi di RICOVERO

## **RICOVERO ORDINARIO in DAY HOSPITAL**

### **(o “ricovero ordinario a ciclo diurno”)**

Si tratta di un ricovero (o di cicli di ricoveri) programmato su indicazione del medico specialista di Unità Operativa.

Ha la durata inferiore a una giornata, durante la quale vengono erogate prestazioni multiprofessionali e pluri-specialistiche.

## **RICOVERO ORDINARIO in DAY SURGERY**

### **(o “ricovero ordinario a ciclo diurno”)**

Si tratta di un ricovero (o di cicli di ricoveri) programmato su indicazione del medico specialista di Unità Operativa per pazienti che necessitano di un intervento chirurgico.

Ha la durata inferiore a una giornata, durante la quale vengono erogate prestazioni multiprofessionali e pluri-specialistiche comprensive di un intervento chirurgico.

# Tipi di RICOVERO

## PRE-RICOVERO

E' un accesso ambulatoriale programmato per sottoporre il paziente a degli esami propedeutici al ricovero, generalmente finalizzato all'effettuazione di un intervento chirurgico.

Viene eseguito di norma entro trenta giorni precedenti all'intervento chirurgico.

## RICOVERO per TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (T.S.O.)

Viene disposto dal Sindaco del Comune di residenza del paziente (solitamente per malattie infettive, o patologie psichiatriche, ...), su segnalazione medica a tutela dell'incolumità della persona e della collettività.

Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

Obiettivo specifico 1.c.1 – 1.c.2

1.c.1 Elencare i servizi collegati all'U.O.

1.c.2 Descrivere le modalità di accesso ai servizi.

## **Elencare i servizi collegati all'U.O. sede di tirocinio:**

- **servizi di diagnosi e cura** (es.: laboratorio analisi, radiologia, ...)
- **servizi dell'area alberghiera** (es.: cucina, lavanderia, igiene e sanificazione ambientale, ...)
- **servizi amministrativi** (es.: centro unico di prenotazione (CUP), cassa, ...)
- **servizi tecnici** (es.: servizio termico, idraulico, servizio di gestione del condizionamento d'aria, ....)

## **Elencare il tipo di prestazioni erogate dai servizi collegati all'U.O. sede di tirocinio:**

- **elenca il tipo di prestazioni erogate dai servizi individuati servizi collegati all'U.O.**

## **Descrivere le modalità di accesso ai servizi.**

- **descrive i sistemi di comunicazione, tempi, criteri** (urgente, non urgente) **e modalità di trasporto utilizzate**

**Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

**Obiettivo specifico 1.d.1**

Descrivere le figure professionali presenti nell'Unità Operativa/Servizio.

(incontro con la dr.ssa Isabella Zanco  
– Infermiera Coordinatrice U.O. di Chirurgia Ospedale di Portogruaro)

## Le figure professionali presenti nell'Unità Operativa ospedaliera:

### **PERSONALE INFERMIERISTICO**

- Infermiere Coordinatore
- Infermieri
- Infermieri Generici



### **PERSONALE MEDICO**

### **PERSONALE TECNICO**

- Operatori Socio Sanitari

### **PERSONALE AMMINISTRATIVO**

- Collaboratore Amministrativo
- Assistente Amministrativo



## Decreto 14 settembre 1994, n. 739

*Gazzetta Ufficiale* 9 gennaio 1995, n. 6

### “Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.”

#### Il ministro della Sanità

**Visto** l'articolo 6, comma 3, del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", nel testo modificato dal D. Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517;

**Ritenuto** che, in ottemperanza alle precitate disposizioni, spetta al ministro della Sanità di individuare con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili, relativamente alle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione;

**Ritenuto** di individuare con singoli provvedimenti le figure professionali;

**Ritenuto** di individuare la figura dell'infermiere;

**Ritenuto** di prevedere e disciplinare la formazione complementare;

**Visto** il parere del Consiglio superiore di sanità, espresso nella seduta del 22 aprile 1994;

**Ritenuto** che, in considerazione della priorità attribuita dal piano sanitario nazionale alla tutela della salute degli anziani, sia opportuno prevedere espressamente la figura dell'infermiere geriatrico addetto all'area geriatrica anziché quella dell'infermiere addetto al controllo delle infezioni ospedaliere, la cui casistica assume minor rilievo;

**Udito** il parere del Consiglio di Stato espresso nell'adunanza generale del 4 luglio 1994;

**Vista** la nota, in data 13 settembre 1994, con cui lo schema di regolamento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, al presidente del Consiglio dei ministri;

**Adotta il seguente regolamento:**

## Articolo 1

**1 - E' individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.**

**2 - L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.**

**3 - L'infermiere:**

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali; per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

**4 - L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.**

**5 - La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:**

- sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
- pediatria: infermiere pediatrico;
- salute mentale-psichiatria: infermiere psichiatrico;
- geriatria: infermiere geriatrico;
- area critica: infermiere di area critica.

**6 - In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del ministero della Sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.**



## Articolo 1

7 - Il percorso formativo viene definito con decreto del ministero della Sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che non costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.

## Articolo 2

1 - Il diploma universitario di infermiere, conseguito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo Albo professionale.

## Articolo 3

1 - Con decreto del ministro della Sanità di concerto con il ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'articolo 2 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.

# D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225

Publicato nella Gazz. Uff. 18 giugno 1974, n. 157.

**“Modifiche al R.D. 2 maggio 1940, numero 1310,  
sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici.”**

## IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 87 della Costituzione; Visti gli articoli 99, 137 e 140 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265; Vista la legge 19 luglio 1940, n. 1008; Visto l'art. 1 della legge 27 febbraio 1971, numero 124; Visto l'art. 6 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4; Sentito il Consiglio superiore di sanità; Udito il parere del Consiglio di Stato; Sentito il Consiglio dei Ministri; Riconosciuta l'opportunità di aggiornare l'elenco delle mansioni di rispettiva competenza degli infermieri professionali e degli infermieri generici di cui al regio decreto 2 maggio 1940, numero 1310; Riconosciuta l'opportunità di aggiungere a tale mansionario anche indicazioni relative alle competenze degli infermieri professionali specializzati in anestesia e rianimazione, delle vigilatrici di infanzia e degli assistenti sanitari; Sulla proposta del Ministro per la sanità di concerto con quello per la pubblica istruzione;

### Decreta:

**E' approvato l'unito regolamento riguardante le mansioni dell'infermiere professionale, della vigilatrice d'infanzia, dell'infermiere professionale specializzato, dell'assistente sanitario e dell'infermiere generico.**

### TITOLO V - Mansioni dell'infermiere generico

**6. L'infermiere generico coadiuva l'infermiere professionale in tutte le sue attività e su prescrizione del medico provvede direttamente alle seguenti operazioni:**

- assistenza completa al malato, particolarmente in ordine alle operazioni di pulizia e di alimentazione, di riassetto del letto e del comodino del paziente e della disinfezione dell'ambiente e di altri eventuali compiti compatibili con la qualifica a giudizio della direzione sanitaria;
- raccolta degli escreti;
- clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi, rettoclisi;
- bagni terapeutici e medicati, frizioni;
- medicazioni semplici e bendaggi;
- pulizia, preparazione ed eventuale disinfezione del materiale sanitario;
- rilevamento ed annotazione della temperatura, del polso e del respiro;
- somministrazione dei medicinali prescritti;
- iniezioni ipodermiche ed intramuscolari;
- sorveglianza di fleboclisi;
- respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno; manovre emostatiche di emergenza.

Gli infermieri generici che operano presso istituzioni pubbliche e private sono inoltre tenuti:  
a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo per finalità di aggiornamento professionale e di organizzazione del lavoro;  
a svolgere tutte le attività necessarie per soddisfare le esigenze psicologiche del malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie.

## CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO PROVVEDIMENTO 22 febbraio 2001

Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per **l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario** e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.

Gazzetta Ufficiale n. 91 del 19-04-2001

### LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Visto l'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che prevede che Governo, regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione e nel perseguimento di obiettivi di funzionalità, economicità ed efficacia dell'azione amministrativa, possano concludere in questa Conferenza accordi al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

Visto l'art. 3-octies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, che dispone che, con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della solidarietà sociale, sono individuati, sulla base di parametri e criteri generali definiti dalla Conferenza unificata, di cui all'art. 8 del richiamato decreto legislativo n. 281 del 1997, i profili professionali dell'area socio-sanitaria;

Visto il comma 5 del richiamato art. 3-octies che prevede che le figure professionali operanti nell'area socio-sanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare in corsi a cura delle regioni, siano individuate con regolamento del Ministro della sanità di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, sentita questa Conferenza e siano definiti i relativi ordinamenti didattici;

Visto il decreto del 18 febbraio 2000 del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale con il quale, in conformità ai criteri stabiliti dalla Conferenza unificata (rep. atti n. ....), è stata individuata la figura, il profilo professionale e l'ordinamento didattico dei corsi di formazione dell'operatore socio-sanitario;

Considerato che la Corte dei conti, con ordinanza n. 3/2000, nella adunanza del 21 settembre 2000, ha deliberato di sospendere ogni pronuncia e di rimettere gli atti alla Corte costituzionale, ritenuta la non manifesta infondatezza e la rilevanza, ai fini del decidere, di questioni di legittimità costituzionale in relazione all'art. 3-octies, comma 5, del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni;

Vista la proposta di accordo trasmessa con nota del 15 febbraio 2001 dal Ministero della sanità che, in pari data, è stata inviata alle regioni e province autonome, con il quale si propone in attesa della decisione della Corte costituzionale, che la figura dell'operatore socio-sanitario e il relativo ordinamento siano individuati tramite un accordo tra i Ministri della sanità e della solidarietà sociale e le regioni e province autonome;

Vista la nota del 15 febbraio con la quale la regione Veneto, a nome del coordinamento tecnico interregionale dell'area sanità e servizi sociali, ha avanzato alcune richieste di emendamento alla proposta di accordo, precisando che in caso di accoglimento delle stesse, da parte delle regioni, si intendeva reso il parere a livello tecnico;

Vista la nota del 16 febbraio 2001 con la quale il Ministero della sanità, a cui sono state inoltrate le suddette richieste emendative avanzate dalle regioni, ha comunicato di non avere rilievi da formulare in merito;

Acquisito l'assenso del Governo, delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano;

Sancisce

il seguente accordo, nei termini sottoindicati tra il Ministro per la sanità, il Ministro per la solidarietà sociale, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;

Ritenuto non più differibile la istituzione di una specifica figura di operatore socio-sanitario che svolga attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario, ed a favorire il benessere e l'autonomia dell'utente;

Considerata la conseguente necessità di attivare immediatamente i relativi corsi di formazione;

ritenuto che, in attesa della decisione della Corte costituzionale, la disciplina sulla figura di detto operatore e sul relativo ordinamento possa essere adottata tramite un accordo fra i Ministri della sanità e della solidarietà sociale e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Ritenuto, in attesa della decisione della Corte costituzionale sulle questioni di legittimità costituzionale sollevate dalla Corte dei conti con ordinanza n. 3/2000 in merito al decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della solidarietà sociale 18 febbraio 2000, concernente la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e la definizione dell'ordinamento didattico, necessario ed urgente attivare i corsi di formazione di operatore socio-sanitario, restando impregiudicate le ulteriori autonome determinazioni delle amministrazioni interessate a seguito ed in conformità della sentenza della Corte costituzionale;

Convengono quanto segue:

in attesa della decisione della Corte costituzionale sulla legittimità costituzionale dell'art. 3-octies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni, e con salvezza delle ulteriori autonome determinazioni dello Stato e delle regioni a seguito ed in conformità alla sentenza della Corte costituzionale, la figura, il

**profilo professionale** ed il relativo ordinamento didattico **dell'operatore socio-sanitario** sono, provvisoriamente, disciplinati in conformità ai contenuti degli articoli da 1 a 13 del decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della solidarietà sociale, 18 febbraio 2000, e relativi allegati, con la precisazione che il contenuto dell'art. 12 va modificato al comma 3 e comma 4, nel testo che qui di seguito si riproduce:

dr.ssa Elsa Labelli

a.a. 2008/2009

115

**CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE  
AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO PROVVEDIMENTO 22 febbraio 2001**

Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per **l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario** e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.

Gazzetta Ufficiale n. 91 del 19-04-2001

**Art. 1.**

**Figura e profilo**

E' individuata la figura dell'operatore socio-sanitario.

L'operatore socio-sanitario e' l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a:

- soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;
- favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

**Art. 2.**

**La formazione**

La formazione dell'operatore socio-sanitario è di competenza delle regioni e province autonome, che provvedono alla organizzazione dei corsi e delle relative attività didattiche, nel rispetto delle disposizioni del presente decreto.

Le regioni e le province autonome, sulla base del proprio fabbisogno annualmente determinato, accreditano le aziende UU.SS.LL. e ospedaliere e le istituzioni pubbliche e private, che rispondono ai requisiti minimi specificati dal Ministero della sanità e dal dipartimento degli affari sociali con apposite linee guida, alla effettuazione dei corsi di formazione.

**Art. 3.**

**Contesti operativi**

L'operatore socio-sanitario svolge la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario, in servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente.

**Art. 4.**

**Contesto relazionale**

L'operatore socio-sanitario svolge la sua attività in collaborazione con gli altri **operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria** e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multi-professionale.

**Art. 5.**

**Attività**

Le attività dell'operatore socio-sanitario sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita:

- a) assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero;
- b) intervento igienico-sanitario e di carattere sociale;
- c) supporto gestionale, organizzativo e formativo.

Le attività di cui al comma 1 sono riassunte nell'allegata **tabella A** che forma parte integrante del presente decreto.

**Art. 6.**

**Competenze**

Le competenze dell'operatore di assistenza sono contenute nell'allegata tabella B che forma parte integrante del presente decreto.

... ommissis ...

dr.ssa Elsa Labelli

a.a. 2008/2009

116

**CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE  
AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO PROVVEDIMENTO 22 febbraio 2001**

Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per **l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario** e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.

Gazzetta Ufficiale n. 91 del 19-04-2001

**ALLEGATO A**

**ELENCO DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' PREVISTE PER L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO**

**Assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero:**

- assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale;
- realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico;
- collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale;
- realizza attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi;
- coadiuva il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente;
- aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita;
- cura la pulizia e l'igiene ambientale.

**Intervento igienico sanitario e di carattere sociale:**

- osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente;
- collabora alla attuazione degli interventi assistenziali;
- valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre;
- collabora alla attuazione di sistemi di verifica degli interventi;
- riconosce ed utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione-relazione appropriati in relazione alle condizioni operative;
- mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale ed il mantenimento e recupero della identità personale.

**Supporto gestionale, organizzativo e formativo:**

- utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio;
- collabora alla verifica della qualità del servizio;
- concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione;
- collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione frequenta corsi di aggiornamento;
- collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione di attività semplici.

**CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE  
AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO PROVVEDIMENTO 22 febbraio 2001**

Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per **l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario** e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.

Gazzetta Ufficiale n. 91 del 19-04-2001

**ALLEGATO B**

**COMPETENZE DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO**

**COMPETENZE TECNICHE**

In base alle proprie competenze ed in collaborazione con altre figure professionali, sa attuare i piani di lavoro.

E' in grado di utilizzare metodologie di lavoro comuni (schede, protocolli ecc.).

E' in grado di collaborare con l'utente e la sua famiglia:

- nel governo della casa e dell'ambiente di vita, nell'igiene e cambio biancheria;
- nella preparazione e/o aiuto all'assunzione dei pasti;
- quando necessario, e a domicilio, per l'effettuazione degli acquisti;
- nella sanificazione e sanitizzazione ambientale.

E' in grado di curare la pulizia e la manutenzione di arredi e attrezzature, nonché la conservazione degli stessi e il riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti.

Sa curare il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare.

Sa garantire la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario, e dei campioni per gli esami diagnostici, secondo protocolli stabiliti.

Sa svolgere attività finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto nella deambulazione, all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette.

In sostituzione e appoggio dei famigliari e su indicazione del personale preposto e' in grado di:

- aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso;
- aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie;
- osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.);
- attuare interventi di primo soccorso;
- effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesse;
- controllare e assistere la somministrazione delle diete;
- aiutare nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, il recupero ed il mantenimento di capacità cognitive e manuali;
- collaborare ad educare al movimento e favorire movimenti di mobilitazione semplici su singoli e gruppi;
- provvedere al trasporto di utenti, anche allettati, in barella-carrozzella;
- collaborare alla composizione della salma e provvedere al suo trasferimento;
- utilizzare specifici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente, riducendo al massimo il rischio;
- svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche;
- accompagnare l'utente per l'accesso ai servizi.

**CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE  
AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO PROVVEDIMENTO 22 febbraio 2001**

Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per **l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario** e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.

Gazzetta Ufficiale n. 91 del 19-04-2001

**ALLEGATO B**

**COMPETENZE DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO**

***COMPETENZE RELATIVE ALLE CONSOGENE RICHIESTE***

- Conosce le principali tipologie di utenti e le problematiche connesse.
- Conosce le diverse fasi di elaborazione dei progetti di intervento personalizzati.
- Riconosce per i vari ambiti, le dinamiche relazionali appropriate per rapportarsi all'utente sofferente, disorientato, agitato, demente o handicappato mentale ecc.
- E' in grado di riconoscere le situazioni ambientali e le condizioni dell'utente per le quali e' necessario mettere in atto le differenti competenze tecniche.
- Conosce le modalità di rilevazione, segnalazione e comunicazione dei problemi generali e specifici relativi all'utente.
- Conosce le condizioni di rischio e le più comuni sindromi da prolungato allettamento e immobilizzazione.
- Conosce i principali interventi semplici di educazione alla salute, rivolti agli utenti e ai loro famigliari.
- Conosce l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e quella delle reti informali.

***COMPETENZE RELAZIONALI***

- Sa lavorare in équipe.
- Si avvicina e si rapporta con l'utente e con la famiglia, comunicando in modo partecipativo in tutte le attività quotidiane di assistenza; sa rispondere esaurientemente, coinvolgendo e stimolando al dialogo.
- E' in grado di interagire, in collaborazione con il personale sanitario, con il malato morente. Sa coinvolgere le reti informali, sa rapportarsi con le strutture sociali, ricreative, culturali dei territori.
- Sa sollecitare ed organizzare momenti di socializzazione, fornendo sostegno alla partecipazione ad iniziative culturali e ricreative sia sul territorio che in ambito residenziale.
- E' in grado di partecipare all'accogliimento dell'utente per assicurare una puntuale informazione sul servizio e sulle risorse.
- E' in grado di gestire la propria attività con la dovuta riservatezza ed eticità.
- Affiancandosi ai tirocinanti, sa trasmettere i propri contenuti operativi.

**Università degli Studi di Padova  
Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**CORSO di LAUREA in INFERMIERISTICA**

**Obiettivo specifico 1.d.2**

Descrivere il ruolo delle figure individuate.



## Definizione di **ORGANIGRAMMA**

*“L’organigramma è una rappresentazione grafica della struttura organizzativa di un ufficio, un ente, un’azienda e similari, che può descrivere anche le linee di relazione gerarchica tra le figure componenti la struttura stessa.”*

(Il grande dizionario Garzanti della lingua italiana, 1993)



## Tipologia di **RELAZIONI ORGANIZZATIVE**

La divisione gerarchica stabilisce la linea di comando (chi comanda su chi) e quindi i diversi livelli deputati a prendere decisioni di tipo organizzativo.

### **LINE:**

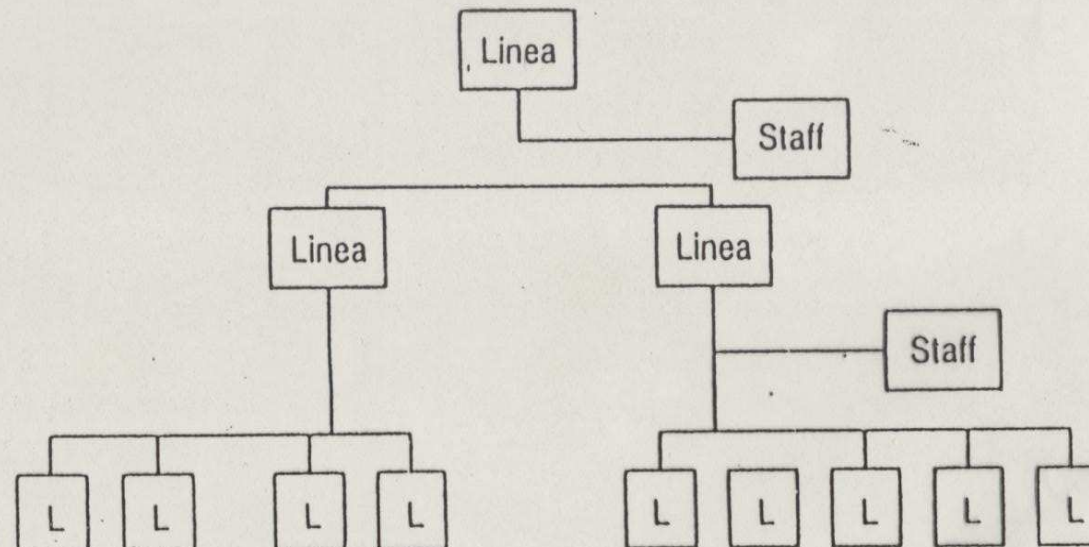
ha responsabilità decisoria diretta sull'attività organizzativa

### **STAFF:**

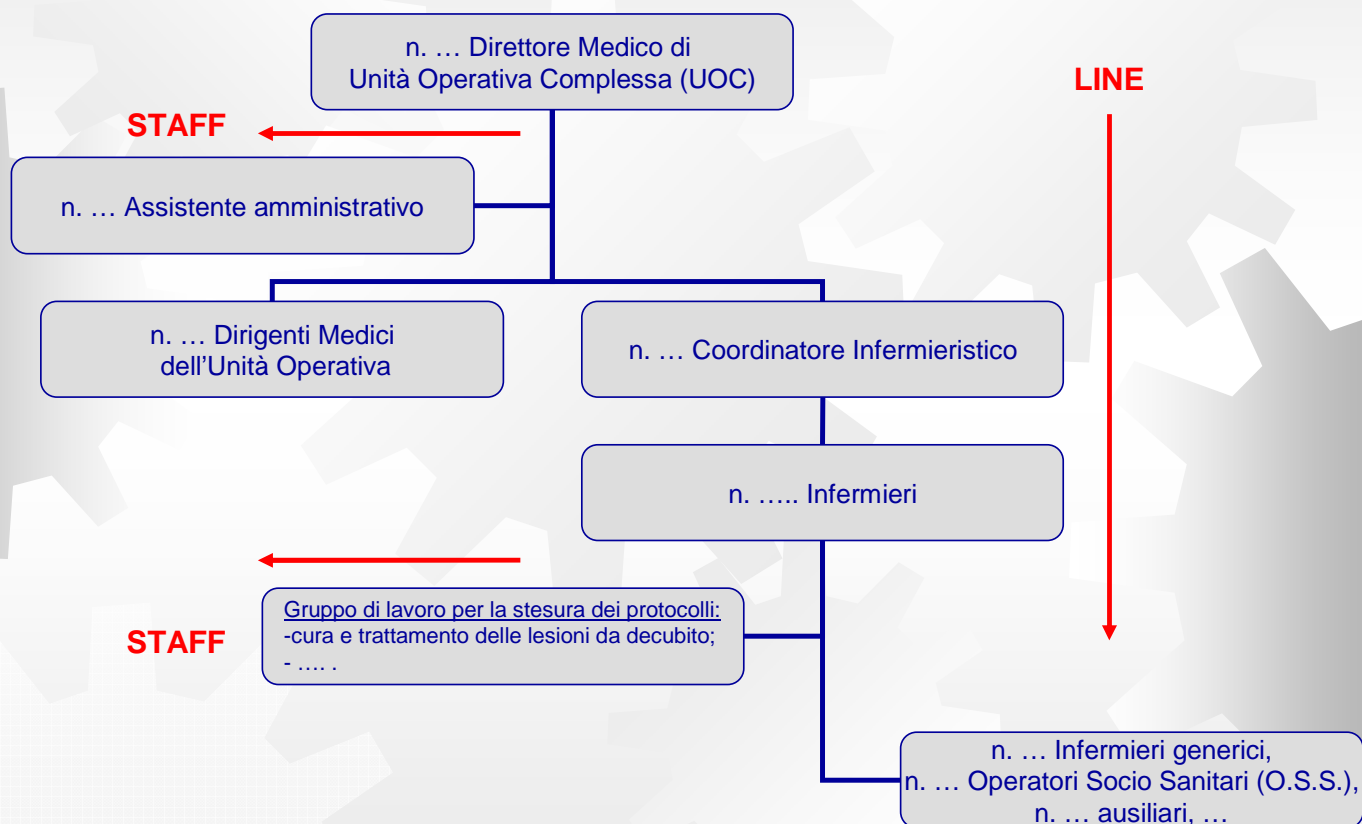
non hanno diretta responsabilità decisoria, bensì responsabilità di elaborare e istruire dati utili per permettere alla line di prendere decisioni (es.: Comitato per la stesura del protocollo sulla gestione del percorso nascite, Gruppo di lavoro per l'elaborazione delle Linee Guida sull'assistenza al paziente politraumatizzato, ecc.)

**Rappresentazione delle linee di RELAZIONI GERARCHICHE tra le figure professionali presenti nell'Unità Operativa ospedaliera:**

FIGURA 4  
Esempio di organigramma



## Rappresentazione delle linee di **RELAZIONI GERARCHICHE** tra le figure professionali presenti nell'Unità Operativa ospedaliera (esempio):





## Descrivere il ruolo delle figure individuate.

Partendo dall'organigramma e dai i profili che la normativa ha definito è possibile:

- descrivere le funzioni svolte dal personale infermieristico
- descrivere le funzioni svolte del personale medico
- descrivere le funzioni svolte dal personale tecnico

L'analisi successiva che può essere realizzata è legata al confronto tra ciò che prevede la norma e ciò che avviene nella realtà, cioè:

- descrivere le principali differenze tra ruolo agito e quello normato;
- descrivere le relazioni gerarchiche esistenti tra le diverse figure.

## **FUNZIONI svolte dall'INFERMIERE.**

Le principali FUNZIONI svolte dall'infermiere, secondo quanto dispone il **Decreto 14 settembre 1994, n. 739** "*Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*" sono le seguenti:

- prevenzione delle malattie;
- l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età;
- l'educazione sanitaria.