

Università degli Studi di Torino

Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie

Corso di Laurea in Infermieristica

PROGETTO DI APPRENDIMENTO CLINICO NELL'AMBITO DELLE CURE DOMICILIARI

SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI E NDCC- ASL TO 5

OFFERTA FORMATIVA

SEDE DI TIROCINIO E STRUTTURA

L'ASL TO 5 comprende un territorio di 40 comuni, distribuiti su 79.467 km² ed è suddiviso in 4 distretti (raggruppati in due Strutture Complesse):

S.C. DISTRETTO DI CHIERI-DISTRETTO DI CARMAGNOLA

S.C. DISTRETTO DI MONCALIERI-DISTRETTO DI NICHELINO

Presso ciascun Distretto sono collocati i locali con funzione di riferimento organizzativo. L'attività assistenziale del Servizio di Cure Domiciliari viene svolta al domicilio delle persone assistite.

I territori dei Distretti sono raggruppati in macroaree suddivise in base a logiche di percorso e confini.

MODELLO ORGANIZZATIVO

L'assistenza domiciliare è l'insieme degli interventi medici, riabilitativi e assistenziali in forma integrata erogati al domicilio degli utenti che per particolari condizioni cliniche o di non autosufficienza non possono recarsi presso le strutture sanitarie.

L'assistenza domiciliare si propone di migliorare la prognosi e la qualità di vita dell'assistito, di ridurre i ricoveri impropri e di facilitare le dimissioni precoci dell'ospedale. Tra gli obiettivi principali rientra anche quello di rendere autonoma la famiglia nella gestione assistenziale del problema di salute. Infatti, è un requisito

indispensabile, per la buona riuscita dell'assistenza domiciliare, la partecipazione attiva dei familiari con i quali verrà stilato un vero e proprio contratto di collaborazione. Assistere al domicilio presuppone da parte di tutti gli operatori coinvolti il rispetto delle preferenze e delle scelte del paziente nella gestione della sua malattia.

Presupposti per l'attivazione delle Cure Domiciliari sono:

1. Residenza con scelta del medico o domicilio sanitario del paziente presso l'asl di competenza.
2. Presa in carico da parte del medico di medicina generale per le problematiche sanitarie accertate.
3. Presenza di un supporto familiare e/o di una rete di aiuto formale-informale.
4. Idonea condizione abitativa
5. Compatibilità delle condizioni cliniche con la permanenza al domicilio.
6. Firma del consenso informato da parte del paziente e della sua famiglia.

Il modello operativo per l'erogazione delle cure è assimilabile ai seguenti modelli organizzativi: primary nursing,

Patient centered medical home (PCMH)

Il territorio è suddiviso in macroaree che raggruppano Paesi limitrofi, in cui viene identificato un infermiere referente dei casi il cui domicilio è ubicato all'interno della zona assegnata.

Il modello operativo prevede la presa in carico globale e continuativa dell'assistito, la rilevazione dei problemi di salute ed una proposta di piano assistenziale condiviso tra utente, famiglia, infermiere, medico di medicina generale ed eventuali ulteriori figure professionali coinvolte nel progetto di assistenza.

UTENZA E TIPLOGIA DI PRESA IN CARICO

- **Età dell'utenza afferente al servizio** (in ordine di prevalenza):
 - over 65 anni
 - 40 – 60 anni
 - Inferiore a 40 anni
 - Età pediatrica

- **Tipologia di presa in carico:**

- **ADI** (assistenza domiciliare integrata): utenti che presentano un medio/ alto livello di complessità assistenziale; tipologia assistenziale in cui è prevista l'integrazione tra diverse figure professionali sanitarie.
- **SID** (servizio infermieristico domiciliare): utenti a basso livello di complessità assistenziale sanitaria, talvolta con problematiche sociali importanti; questa tipologia di presa in carico prevede accessi domiciliari infermieristici, accessi degli operatori di supporto, laddove presenti e, occasionalmente, del medico di medicina generale.
- **ADI-UCP** (cure palliative gestite dall'équipe ASL o gestite dalla ONLUS FARO): utenti ad alta complessità assistenziale; tipologia assistenziale rivolta ai pazienti terminali in cui è prevista l'integrazione tra figure professionali sanitarie diverse che concorrono alla promozione della qualità della vita residua. Questa tipologia di presa in carico prevede un'elevata frequenza di accessi domiciliari di medici ed infermieri.

- **Problemi Prioritari di salute prevalenti:**

(FREQUENZA: + PRESENTE SALTUARIAMENTE; ++ MOLTO PRESENTE; +++ PERESENZA QUASI ESCLUSIVA)

M.CARDIOVASCOLARI +++

M.CEREBROVASCOLARI +++

M.RESPIRATORIE +++

M. SISTEMA NERVOSO +++

M.TUMORALI +++

M. UROLOGICHE +++

LESIONI CUTANEE DI VARIA NATURA +++

PROBLEMI DI SALUTE DELL'ANZIANO (COMPRESA LA SINDROME DA ALLETTAMENTO) +++

M. INFETTIVE ++

M. DISMETABOLICHE ++

POSTUMI DI FRATTURE IN PAZIENTI ANZIANI ++

M.GASTROENTERICHE +

NEFROPATIE +

DISAGIO MENTALE +

CORE COMPETENCE DELL'INFERMIERE IN CURE DOMICILIARI

Nel profilo di competenza dell'infermiere del servizio di cure domiciliari viene espresso il concetto secondo cui “l'esercizio del ruolo nell'ambito delle cure domiciliari richiede agli infermieri un alto grado di autonomia professionale, un'elevata capacità di lavorare in équipe multidisciplinari, multiprofessionali, capacità decisionali con assunzione di responsabilità, attenzione ai contenuti del proprio intervento assistenziale, alla consulenza e allo sviluppo professionale”.

L'infermiere dunque:

- Identifica i problemi prioritari di salute della persona assistita, i segni e sintomi relativi alla condizione clinica assistenziale ed i bisogni espressi ed inespressi della famiglia/caregiver.
- Identifica il livello di autonomia della persona assistita.
- Identifica il caregiver da coinvolgere nel progetto assistenziale.
- Fornisce le informazioni necessarie e adotta uno stile comunicativo efficace adattandolo alla persona assistita, al fine di favorire un clima di fiducia delle parti e di creare un rapporto empatico all'interno del nucleo familiare.
- Formula un piano di assistenza infermieristica personalizzato da erogare in autonomia e in collaborazione con altri operatori.
- Identifica gli obiettivi assistenziali sulla base dei problemi di salute identificati.
- Definisce la programmazione degli interventi assistenziali prioritari per raggiungere i risultati attesi, tenendo conto dell'intensità di cura e della complessità assistenziale del caso.
- Definisce il programma di educazione terapeutica rivolto all'utente ed al caregiver con l'obiettivo di renderli autonomi nella gestione del problema di salute, identificando i bisogni educativi, gli obiettivi educativi ed i metodi educativi pertinenti alle esigenze individuate. Pianifica quindi gli interventi educativi personalizzati.

- Stabilisce, quindi, e rivaluta ogni qualvolta necessario, la frequenza delle visite domiciliari da programmare sulla base delle prescrizioni terapeutiche e del livello di affidabilità e collaborazione del caregiver.
- Attua gli interventi assistenziali personalizzati, applicando protocolli procedure e istruzioni operative, rispettando i principi dell'evidence based nursing.
- Identifica le situazioni potenzialmente a rischio di insorgenza complicanze e ne previene o gestisce l'insorgenza richiedendo l'intervento del medico ed erogando gli interventi volti a garantire l'applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.
- Valuta le capacità dell'assistito e del caregiver al fine di poter delegare in sicurezza alcune attività assistenziali.
- Mette in atto il programma di educazione terapeutica addestrando l'assistito e/o il caregiver e facilitando l'acquisizione delle competenze necessarie allo svolgimento delle attività assistenziali ed all'identificazione di segni e sintomi di complicanze per cui si renda necessario avviare con tempestività la chiamata di aiuto.
- Valuta i risultati del percorso educativo e le capacità della famiglia nello svolgimento in autonomia delle attività assistenziali.
- Educa a corretti stili di vita.
- Sostiene la famiglia nella fase terminale di malattia e nel lutto.
- Valuta gli esiti dell'assistenza erogata in rapporto agli obiettivi prefissati.
- Registra gli interventi assistenziali effettuati sulla cartella clinica cartacea presente al domicilio dell'utente e compila in modo completo e corretto la modulistica e le scale di valutazione in uso presso il servizio; registra i dati sugli applicativi informatici di riferimento.
- Provvede alla corretta conservazione della documentazione sanitaria, all'aggiornamento della stessa e dei sistemi informatici di raccolta dati ed al recupero della cartella al termine del percorso assistenziale ai fini dell'archiviazione della stessa.
- Provvede all'approvvigionamento del materiale necessario (farmaci e presidi) e, nell'ambito delle sue competenze, richiede la fornitura degli ausili necessari alla persona assistita.
- Gestisce le risorse materiali e i rifiuti sanitari.
- Collabora all'interno dell'equipe multiprofessionale; mantiene i contatti con il medico di medicina generale e con gli specialisti di riferimento e con altre figure professionali coinvolte; si avvale di consulenze infermieristiche tra pari e della consulenza di infermieri esperti.

- Collabora per l'erogazione di consulenze specialistiche in telemedicina, laddove possibile, oppure si adopera per organizzare il trasporto in ambulanza, se necessario, per l'utente che deve usufruire di prestazioni diagnostico-terapeutiche presso le strutture sanitarie.
- Attiva la rete sociosanitaria per rispondere a specifici bisogni socioassistenziali e per affrontare situazioni sociali problematiche.

Riferimenti legislativi:

DM n. 739 del 14/09/1994

Legge n.42 del 26/02/1999

Legge n.251 del 10/08/2000

Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche

CORE COMPETENCE DELL'INFERMIERE del NDCC

Il personale che opera all'interno dell'NDCC condivide con la persona assistita ed i familiari il possibile percorso assistenziale e le opzioni terapeutiche ed organizza il passaggio da un setting di cura ad un altro. Tra le competenze dell'infermiere rientrano quelle sottoelencate:

- Gestisce le dimissioni dei pazienti ricoverati, segnalati dal NOCC, che si trovano in particolari situazioni di fragilità, le quali non permettono il rientro al domicilio e richiedono l'attuazione di percorsi assistenziali alternativi (DIMISSIONI PROTETTE).
- Collabora con i servizi aziendali presenti sul territorio: Centro di Salute Mentale, Servizio per le Dipendenze, Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta, S.S. Cure Palliative, Servizio di Cure Domiciliari, Consorzio dei Servizi Socioassistenziali, Servizio professionale sociale e aziendale, Ufficio Tutele ecc., per la condivisione della presa in carico dei pazienti segnalati.
- Collabora con il Medico di Distretto, il Geriatra, gli assistenti sociali dell'ente gestore, il MMG per il percorso UVG (Unità di Valutazione Geriatrica) e predispone il progetto assistenziale personalizzato della persona anziana, non autosufficiente, ultrasessantacinquenne, o assimilabile ad anziana che ne faccia richiesta. Per l'elaborazione del progetto occorre identificare le

specifiche problematiche come, ad esempio, diagnosi complesse, assenza di familiari, scarsità di risorse economiche e socioculturali e/o multi-problematicità sociali.

- Il progetto assistenziale personalizzato potrà essere attivato per mezzo di una residenzialità temporanea (ricovero di sollievo) o definitiva (convenzione in RSA) domiciliare o semiresidenziale (centri diurni).
- Fa parte della commissione UVG nella quale porta il suo contributo essenziale svolgendo la valutazione sanitaria ed analizzando i bisogni della persona, partecipando dunque alla realizzazione del progetto.
- fa parte della commissione UMVD (unità multidisciplinare valutazione disabili), che si riunisce a cadenza periodica.
- L'NDCC nomina i referenti sociali ed assistenziali di ciascun caso segnalato e collabora alla valutazione multidimensionale al fine di predisporre gli interventi assistenziali e educativi. collabora con le figure professionali che compongono la commissione (Neuropsichiatra infantile, Medico Psichiatra, Medico di Medicina Generale, assistente sociale. Medico del Distretto); raggruppa i progetti da discutere in commissione affinché vengano autorizzati ed attivati. Verifica la compilazione della documentazione in uso per la realizzazione dei progetti presentati e li monitora nel tempo.
- La commissione discute i progetti individuali delle persone minori ed adulte, presentati dai referenti sociali e sanitari e procede alle eventuali autorizzazioni degli stessi.
- Predisporre e controllare le cartelle individuali poste in archivio cartaceo ed informatico.

In riferimento all'attivazione di un progetto CAVS (continuità assistenziale a valenza sanitaria) l'infermiere dell'NDCC:

- Gestisce con il NOCC la presa in carico e l'attivazione del ricovero di persone le cui condizioni sanitarie e socioassistenziali non consentono il rinvio al domicilio in seguito alle dimissioni ospedaliere.
- Gestisce con il MMG l'attivazione del ricovero e la presa in carico del paziente proveniente dal domicilio che non necessita di ricovero ospedaliero, ma presenta particolari situazioni clinico assistenziali che non consentono la permanenza presso la propria abitazione.
- Gestisce l'attivazione del ricovero in CAVS Ad indirizzo neuropsichiatrico del paziente segnalato dal Centro di Salute Mentale.
- Valuta l'appropriatezza della richiesta.
- Richiede l'autorizzazione al Medico/Direttore del Distretto.

- Contatta la struttura convenzionata per la disponibilità del posto letto.
- Invia la documentazione alla struttura ospitante per la presa in carico dell'assistito.
- Registra la presa in carico su piattaforma web.
- Verifica la durata del ricovero ed il rientro al domicilio del paziente dopo 30 giorni, prorogabili a 60 in caso di motivati bisogni clinico assistenziali sopraggiunti. Tale proroga dovrà essere nuovamente autorizzata dal Medico del Distretto.

Riferimenti legislativi:

DGR 27-3628 del 28/03/2012

DGR 14-5999 del 2013

DGR 45-4248 del 2012

APPRENDIMENTO CLINICO

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO RELATIVI ALLA FUNZIONE ASSISTENZA

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI (PERFORMANCE ATTESA)	OPPORTUNITA' FORMATIVE
1. Stabilire una relazione con la persona assistita e con le persone di riferimento adattando la comunicazione, tenendo conto delle loro reazioni al problema di salute, al trattamento, ai contesti di cura astenendosi da giudizi di valore.	1.1 Comunicare con la persona assistita e con le persone di riferimento esercitando l'osservazione e l'ascolto attivo; facilitando l'espressione di ciò che vivono e di ciò che pensano, astenendosi dal giudizio. 1.2 Fornire alla persona assistita e alle persone di riferimento informazioni e risposte precise utilizzando un linguaggio semplice e comprensibile sulle modalità di presa in carico e sul piano assistenziale.	Collaborare con l'infermiere di riferimento nella presa in carico della persona al proprio domicilio, collaborare nell'instaurare un clima di fiducia e rispetto ed un'alleanza con l'assistito e con il caregiver. Osservazione e sperimentazione (con supervisione dell'infermiere guida) di strategie che favoriscono il processo d'aiuto all'interno della relazione con la persona assistita e con i familiari/ caregiver nel

	1.3 Riconoscere le reazioni e le emozioni della persona assistita e delle persone di riferimento in rapporto al problema di salute e al trattamento e alle prospettive di vita. 1.4 Fornire alla persona assistita risposte adattate alle sue condizioni, alla sua cultura, al suo livello di responsività, utilizzando quindi modalità comunicative adeguate.	contesto abitativo, con particolare attenzione alla creazione di un setting favorente il comfort della persona, alla comunicazione non verbale e all'utilizzo dell'ascolto attivo, alla riformulazione e all'utilizzo di domande esplorative che facilitino l'espressione di preoccupazioni. Rielaborazione delle esperienze relazionali vissute attraverso l'utilizzo del diario. Confronto con il tutor e con l'infermiere guida di tirocinio
2. Identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona assistita, valutandone il livello di autonomia in rapporto al problema di salute, al percorso diagnostico e terapeutico, alla prognosi al suo progetto di vita.	2.1. Identificare, attraverso un'anamnesi infermieristica mirata, le informazioni significative sul contesto socio-famigliare, sulla cultura, sulla storia e sulle abitudini di vita della persona assistita. -Condurre l'intervista utilizzando spazi e tempi adeguati. -utilizzare l'osservazione, l'intervista, l'esame fisico e la consultazione della documentazione clinica per effettuare l'accertamento. 2.2 Reperire dalla documentazione sanitaria le informazioni cliniche significative. 2.3 Valutare, anche attraverso l'utilizzo di specifiche scale di valutazione, i livelli di autonomia della persona assistita e delle persone di riferimento nell'igiene, nell'alimentazione e nella mobilitazione e le loro necessità di aiuto in relazione al quadro clinico, alla prognosi e alla dimissione.	Esecuzione dell'accertamento infermieristico mirato attraverso l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e dell'esame obiettivo. Rilevazione dei parametri vitali (PAO, Saturazione d'ossigeno, temperatura, frequenza cardiaca, glicemia e dolore). Raccolta e riorganizzazione dei dati mediante la compilazione dell'accertamento infermieristico presente all'interno della cartella e delle scale di valutazione in uso presso il servizio (Braden, NRS). Identificazione dei problemi prioritari di salute e dei bisogni educativi e compilazione della cartella cartacea al domicilio. Collaborazione alla valutazione delle capacità

	2.4 Formulare l'enunciato diagnostico in modo pertinente alle valutazioni effettuate. 2.5 Stabilire in base alle valutazioni effettuate le priorità assistenziali della persona assistita ed i bisogni educativi dell'assistito/caregiver.	dell'assistito e/o del caregiver e del livello di autonomia al fine di predisporre un progetto educativo da condividere con la famiglia e con le altre figure professionali coinvolte.
3. Definire gli obiettivi assistenziali e stabilire il relativo programma di interventi infermieristici.	3.1. Programmare gli interventi assistenziali standard e quelli personalizzati, tenendo in considerazione le condizioni della persona ed eventuali variabili connesse al percorso diagnostico-terapeutico. 3.2 Prevedere i possibili miglioramenti nella gestione dello stato di autonomia della persona assistita in base alle sue condizioni cliniche, alla prognosi e alle sue potenzialità. 3.3 Identificare in collaborazione con l'équipe gli obiettivi ed i relativi interventi personalizzati all'interno del programma assistenziale tenendo in considerazione le prove di efficacia, le risorse disponibili ed i principi etico deontologici. 3.4 Condividere, per quanto possibile, con la persona assistita e con le persone di riferimento i risultati attesi ed il programma degli interventi.	Progettazione di piani assistenziali personalizzati e di progetti educativi. Discussione e confronto con i membri dell'equipe riguardo agli obiettivi e agli interventi pianificati. Identificazione di obiettivi assistenziali realizzabili, raggiungibili e misurabili. Condivisione con il medico di medicina generale e con gli altri professionisti coinvolti nell'assistenza del progetto clinico assistenziale in collaborazione con l'infermiere guida di tirocinio. Partecipazione alle occasioni di confronto tra operatori e persona assistita, per quanto possibile, e con il caregiver per condividere gli obiettivi e le strategie identificate contribuendo alla creazione di un setting favorente la collaborazione, la fiducia e l'apprendimento. Utilizzo del piano assistenziale individualizzato come strumento operativo per l'assistenza delle persone assistite a domicilio in collaborazione con l'infermiere guida di tirocinio

4. Realizzare gli interventi assistenziali adattandoli alla persona assistita e rispettando la sicurezza, gli standard di qualità, i principi etico deontologici	4.1 Informare la persona assistita sull'intervento da effettuare e ricercarne il consenso. 4.2 Eseguire le tecniche di propria competenza rispettando le regole di sicurezza e gli standard di qualità. 4.3 Erogare le prestazioni rispettando le procedure, i protocolli, le norme di sicurezza, i principi etici e deontologici. 4.4 Erogare, in base alle priorità evidenziate, le attività assistenziali personalizzate ricercando la collaborazione dell'assistito e del caregiver e favorendone l'autonomia, laddove possibile. 4.5 Identificare le difficoltà che la persona assistita ed il caregiver possono incontrare durante lo svolgimento delle attività assistenziali e mettere in atto i necessari adattamenti.	Applicare le tecniche previste in osservanza delle seguenti fasi metodologiche: informazione, preparazione del materiale e dell'ambiente, preparazione della persona assistita e dell'operatore, attuazione della tecnica, controllo e verifica delle reazioni della persona assistita, riordino e smaltimento dei rifiuti, registrazione in cartella integrata. Svolgere le attività assistenziali rispettando le regole di sicurezza per sé, per la persona assistita e per l'ambiente, rispettando la privacy ed il comfort della persona assistita. Collaborazione con l'infermiere guida di tirocinio ed affiancamento fino al raggiungimento dell'autonomia nell'attuazione delle varie tecniche di propria competenza. Acquisizione e consolidamento di competenze riguardo a: -esecuzione prelievi venosi ed erogazione di informazioni corrette all'utenza, - Medicazione e utilizzo di accessi vascolari, -somministrazione di terapie endovenose e sottocutanee prescritte, -assistenza a pazienti portatori di catetere vescicale a permanenza sostituzione del presidio e educazione terapeutica, -valutazione, medicazione e monitoraggio di lesioni cutanee di diversa natura, - confezionamento di bendaggi in pazienti con insufficienza venosa e/o linfatica, -assistenza del paziente allettato e educazione terapeutica al caregiver, con particolare riferimento alle cure igieniche,
---	--	--

		alla mobilitazione e alla sicurezza dell'ambiente, -assistenza al paziente stomizzato e educazione terapeutica, per il raggiungimento dell'autonomia, -somministrazione di nutrizione parenterale e nutrizione enterale ed addestramento del caregiver, -assistenza al paziente in fase terminale di malattia, somministrazione delle terapie prescritte, addestramento e supporto ai familiari.
5. Valutare il raggiungimento degli obiettivi assistenziali, documentare l'assistenza e rielaborare il programma di interventi	5.1 Registrare le informazioni nella documentazione sanitaria in modo preciso, sintetico e utilizzando un linguaggio appropriato. 5.2 Valutare i risultati delle prestazioni infermieristiche e il raggiungimento degli obiettivi assistenziali e educativi concordati. 5.3 Monitorare le reazioni e l'evoluzione delle condizioni della persona assistita evidenziando segnali di scarsa aderenza agli interventi e relative cause 5.4 Rielaborare, se necessario, il programma di interventi sulla base della valutazione dei risultati raggiunti	Aggiornare la cartella clinica cartacea presente a domicilio riportando le informazioni raccolte e le attività infermieristiche svolte. Utilizzo e compilazione delle schede di monitoraggio allegate alla cartella in uso presso il servizio (scheda di monitoraggio accessi venosi, scheda di valutazione lesioni cutanee, scheda di gestione catetere vescicale, scheda addestramento caregiver). Compilazione e discussione con il tutor di piani assistenziali individualizzati e e periodica rivalutazione degli stessi Collaborazione e partecipazione nella formulazione di piani di educazione terapeutica
6. Programmare e attuare le prescrizioni diagnostiche e terapeutiche	6.1 Applicare le prescrizioni diagnostiche e terapeutiche utilizzando le procedure, i protocolli e le tecnologie	Acquisizione o approfondimento delle conoscenze relative alle terapie prescritte (farmaci, via di somministrazione, dosaggi,

	6.2 Informare la persona assistita ed il caregiver anche in collaborazione con il MMG e con altri professionisti, sulle finalità e modalità di attuazione delle prescrizioni terapeutiche, verificandone la comprensione ed il consenso. 6.3 Programmare le attività relative alle prescrizioni terapeutiche tenendo conto delle modalità e dei tempi stabiliti, delle esigenze della persona assistita e delle variabili del contesto organizzativo.	indicazioni, controindicazioni, possibili effetti collaterali) Conoscenza ed approfondimento dei protocolli e delle procedure in uso presso il servizio. Affiancamento nell'utilizzo dei vari dispositivi e nell'attuazione delle prestazioni assistenziali fino al raggiungimento della completa autonomia nel rispetto degli standard di sicurezza. Programmazione in collaborazione con l'infermiere guida di tirocinio dei tempi e delle modalità di intervento domiciliare, tenendo in considerazione i bisogni dell'assistito, le priorità assistenziali, le variabili legate alle dinamiche familiari e all'ubicazione del domicilio dell'assistito. Addestramento del caregiver riguardo alla sorveglianza in relazione alla somministrazione delle terapie ed all'esecuzione in autonomia di terapie prescritte e al bisogno attraverso le diverse vie di somministrazione.
7. Monitorare gli effetti dei trattamenti effettuati, rilevando segni e sintomi di eventuali effetti collaterali, situazioni critiche o complicanze e adottando i necessari provvedimenti.	7.1 Rilevare e segnalare segni e sintomi indicatori di malessere della persona assistita connessi alla patologia o al trattamento. 7.2 Rilevare e segnalare effetti terapeutici attesi o indesiderati, anche critici, dei trattamenti, insorgenza di	Conoscenze teoriche in merito a patologie ed eventuali complicanze; farmaci in uso ed eventuali effetti collaterali. Rilevazione con la supervisione dell'infermiere guida di tirocinio dell'alterazione dello stato

	complicanze e adottare i necessari provvedimenti	emotivo della persona assistita. Rilevazione dei parametri vitali. Rilevazione con la supervisione dell'infermiere guida di tirocinio di segni e sintomi di eventuali alterazioni delle funzioni vitali (stato di coscienza, attività respiratoria, funzionalità cardiocircolatoria). Collaborazione nell'esecuzione delle tecniche di BLS se necessario. Tempestiva segnalazione al MMG o, se necessario, al servizio di emergenza territoriale.
--	---	--

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO RELATIVI ALLA FUNZIONE ORGANIZZAZIONE

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI (PERFORMANCE ATTESA)	OPPORTUNITA' FORMATIVE
8. Organizzare le attività assistenziali in base alle esigenze delle persone assistite, al contesto organizzativo specifico e all'utilizzo ottimale delle risorse disponibili.	8.1 Programmare e realizzare le proprie attività tenendo conto delle esigenze della persona assistita, del caregiver e delle variabili del contesto organizzativo. 8.2 Valutare le priorità assistenziali delle persone affidate. 8.3 Programmare il proprio piano di lavoro giornaliero in relazione alle priorità	Conoscenza del contesto organizzativo, delle figure professionali presenti e delle risorse disponibili. Conoscenza della rete dei servizi. Confronto con il tutor e con l'équipe.

	assistenziali, alle risorse e ai vincoli del contesto. organizzativo 8.4 Verificare lo svolgimento delle attività programmate e apportare se necessario correttivi al piano di lavoro. 8.5 Identificare situazioni di criticità organizzativa pertinenti alle attività di sua competenza.	
9. Attribuire al personale di supporto, sulla base della valutazione della complessità assistenziale delle persone assistite, le attività conformi al loro profilo.		Obiettivo non sperimentabile in questo contesto.
10. Interagire attivamente con i diversi membri dell'équipe apportando il proprio contributo.	10.1 Fornire informazioni e riflessioni utili per comprendere e analizzare con l'équipe problematiche assistenziali, etico deontologiche, organizzative. Analizzare con l'équipe situazioni connesse alla qualità dell'assistenza e ricercare soluzioni appropriate.	Partecipazione attiva ai momenti di condivisione intra e interprofessionale per lo scambio di informazioni relative al percorso clinico assistenziale delle persone assistite o relative alle dinamiche organizzative. Confronto con il tutor e con l'infermiere guida di tirocinio circa l'analisi dell'organizzazione, l'individuazione di problematiche emergenti e la ricerca di possibili soluzioni realizzabili.

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO RELATIVI ALLA FUNZIONE FORMAZIONE E AUTOAPPRENDIMENTO/STUDIO GUIDATO

OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI (PERFORMANCE ATTESA)	OPPORTUNITA' FORMATIVE
11. Autovalutare il proprio livello di competenza professionale e	11.1 Autovalutare le proprie conoscenze in rapporto a quanto richiesto dal contesto	Riconoscere e descrivere i propri bisogni formativi utilizzando come strumenti di

segnalare i propri bisogni formativi.	assistenziale e ricercare il confronto con il tutor e con la letteratura scientifica pertinente. 11.2 Identificare i propri punti di forza e di debolezza in relazione al livello di competenza raggiunto rispetto ai risultati attesi e al contesto.	riferimento l'offerta formativa, il contratto formativo e la scheda di valutazione. Confronto con il tutor riguardo al contratto formativo compilato ed individuazione degli obiettivi specifici di apprendimento. Incontri settimanali di debriefing con il tutor.
12. Realizzare attività di autoformazione utilizzando le risorse disponibili e documentando il percorso di apprendimento svolto.	12.1 Identificare in autonomia e/o in collaborazione con il tutor clinico attività finalizzate al miglioramento delle proprie performance professionali. 12.2 Documentare il percorso di apprendimento svolto attraverso l'elaborazione di specifici report. 12.3 Confrontare in modo critico il proprio agire professionale con gli standard esistenti in letteratura.	Approfondimento di aspetti teorici emersi durante la pratica clinica. Elaborazione e discussione con il tutor di piani assistenziali personalizzati e di piani di educazione terapeutica. Realizzazione di un'attività di studio guidato concordata, sulla base di una domanda emersa durante l'attività assistenziale. I report richiesti sono da elaborare utilizzando la metodologia richiesta dall'Università, secondo specifici standard di riferimento scientifico. Al termine del tirocinio lo studente presenterà il proprio lavoro di studio guidato al tutor ed agli infermieri guida di tirocinio.
13. Realizzare attività di guida di tirocinio di altri studenti.		Attività non proponibile, in quanto non sussistono i presupposti organizzativi.