



25/170/CR5ter/C1-C7

PIANO STRATEGICO PER L'INTRODUZIONE DELL'ASSISTENTE INFERMIERE NEI SETTING DI CURA PUBBLICI E PRIVATI

Roma, 27 novembre 2025

Indice

Premessa	4
Piano strategico per l'introduzione dell'Assistente Infermiere nei setting di cura pubblici e privati	5
Appendice - Cronoprogramma del Piano strategico	
Allegati	12
Allegato 1 - Linee di indirizzo sull'attuazione del DPCM 28 febbraio 2025 in relazione agli adempimenti in capo alle Regioni e PA	13
Appendice - Saperi minimi del modulo teorico propedeutico aggiuntivo (art. 6, comma 2 DPCM 28 febbraio 2025)	20
Allegato 2 - Linee di indirizzo sull'introduzione guidata dell'Assistente Infermiere nei contesti di cura pubblici e privati	22
Allegato 3 - Documento tecnico per la gestione dei corsi di Assistente Infermiere	27
Allegato 4 - Linee di indirizzo per lo svolgimento dell'esame di qualifica dei corsi di Assistente Infermiere	31
Allegato 5 - Glossario minimo relativo ad aspetti della relazione professionale tra Infermiere e Assistente Infermiere	35

Premessa

Il presente documento prende spunto dall'analisi di aspetti da presidiare e di potenziali criticità collegati all'attuazione del DPCM 28 febbraio 2025 relativo all'istituzione del profilo di Assistente Infermiere (AI), individuate in maniera congiunta da FNOPI, Ministero della salute, Coordinamento del Tavolo tecnico interregionale Area Risorse umane, formazione e fabbisogni della Commissione Salute, AGENAS, Conferenza permanente delle Lauree delle Professioni Sanitarie e SIDMI.

L'elaborato, si configura come un piano strategico per l'introduzione della nuova figura professionale di AI nei contesti sanitari e socio-sanitari pubblici e privati focalizzato sulle tematiche relative al percorso formativo e all'introduzione della figura dell'Assistente Infermiere nei luoghi di cura, corredata da documenti di indirizzo su tematiche specifiche, di seguito elencate:

- Linee di indirizzo sull'attuazione del DPCM 28 febbraio 2025 in relazione agli adempimenti in capo alle Regioni e PA;
- Linee di indirizzo sull'introduzione guidata dell'Assistente Infermiere nei contesti di cura pubblici e privati;
- Documento tecnico per la gestione dei corsi di Assistente Infermiere;
- Linee di indirizzo per lo svolgimento dell'esame di qualifica dei corsi di Assistente Infermiere;
- Glossario minimo relativo ad aspetti della relazione professionale tra Infermiere e Assistente Infermiere.

PIANO STRATEGICO

PER L'INTRODUZIONE DELL'ASSISTENTE INFERMIERE NEI SETTING DI CURA PUBBLICI E PRIVATI

IL DPCM 28 febbraio 2025, istituisce quale operatore di interesse sanitario, l'assistente infermiere (AI) delineandone competenze, abilità minime (d'ora in poi "attività") e conoscenze essenziali, e gli standard formativi; il nuovo operatore risulta essere un componente dell'equipe assistenziale, opera nei confronti di persone adulte e anziane, il cui bisogno assistenziale abbia determinato una presa in carico infermieristica e siano in condizioni di stabilità clinica, con attività a bassa discrezionalità decisionale ed elevata standardizzazione in collaborazione, coadiuvazione o con la supervisione dell'infermiere, attenendosi alle sue indicazioni o alla pianificazione assistenziale.

Il DPCM, pur definendo standard formativi e ambito di attività dell'AI, contempla alcuni ambiti di discrezionalità applicativa in capo a Regioni e PA per quanto riguarda la definizione del fabbisogno formativo e professionale e nulla indica rispetto alle modalità di inserimento della figura nei contesti di cura.

A partire dall'analisi del DPCM istitutivo dell'AI sono state individuati i punti potenzialmente critici per l'elevato rischio di disomogeneità applicative.

Il presente documento definisce una proposta di piano strategico, elaborato a partire dalle principali criticità rilevate, aggregate in due aree: corsi di formazione e introduzione dell'AI nei contesti di cura per adulti/anziani.

Il piano, che viene illustrato di seguito, ha uno sviluppo biennale, individua azioni principali e target a cui sono rivolte, obiettivi, owner, tempistiche (vedi cronoprogramma in *appendice*) e risultati attesi e indicatori di verifica.

CORSI DI FORMAZIONE

Criticità

1. Segnalazione di rilascio di **autorizzazioni ad agenzie formative accreditate per la formazione professionale** in contrasto con le indicazioni del DPCM 28 febbraio 2025 (art. 2, c. 3) che prevede "*Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano autorizzano le aziende sanitarie, gli altri enti del Servizio sanitario regionale, gli enti regionali-provinciali/strumentali di formazione, le agenzie regionali-provinciali di formazione, gli enti di formazione partecipati dalle regioni e dalle province autonome e gli Enti che operano nell'ambito socio-sanitario specificatamente autorizzati in base alle disposizioni adottate da ciascuna regione/PA allo svolgimento delle attività formative, assicurando opportune forme di partenariato con enti pubblici o privati autorizzati o accreditati per garantire il tirocinio nell'ambito sanitario.*"
2. Potenziale **disomogeneità di interpretazione delle indicazioni relative alla formazione** contenute nel DPCM 28 febbraio 2025; il DPCM pur indicando standard formativi e disciplinando aspetti generali e di dettaglio relativi alla formazione, lascia margini di discrezionalità in merito ad alcuni temi che si ritengono cruciali:

- Modulo teorico propedeutico, aggiuntivo, finalizzato all’acquisizione di abilità logico matematiche, comprensione del testo, scrittura sintetica, conoscenze in ambito scientifico-biologico, della durata di almeno 100 ore (art. 6, c. 2);
 - Titoli pregressi e valutazione di crediti formativi (art. 18, c. 1)
 - Prove di ammissione ai corsi (art. 7);
 - Aggiornamento delle competenze degli operatori con qualifica equipollente con corsi di almeno 30 ore (art. 20, c.2)
 - Studio/approfondimento guidato (art. 11, c. 3)
 - Criteri per la costituzione delle prove d’esame (art.16, c.6)
 - Elenco degli attestati di qualifica (art. 2, c. 4);
 - Definizione annuale del fabbisogno formativo e professionale (art 2, c. 1);
 - Quota di iscrizione ai corsi.
3. Rischio di **non integrazione della nuova figura professionale nella filiera professionale infermieristica**: la criticità presenta una connotazione professionale e organizzativa; si ritiene che tra le azioni di contrasto vada considerata la strutturazione di una filiera formativa che produca contiguità tra corsi di formazione per AI e corsi di laurea triennale di infermieristica, con l’intento di massimizzare l’integrazione della nuova figura con gli infermieri fin dalla sua formazione.
4. La dispersione nel corso di laurea infermieristica risulta storicamente elevata, con un numero di abbandoni che raggiunge il 30% nel triennio; la punta massima di abbandoni riguarda gli studenti iscritti al primo anno (circa il 15%): si ritiene che, allo scopo di diminuire l’impatto di tali abbandoni, sia urgente l’attuazione di quanto previsto all’art. 21, c. 4 del DPCM 28 febbraio 2025, in merito alla **definizione dell’ordinamento didattico di corsi di formazione per l’acquisizione della qualifica di assistente infermiere in assenza di qualifica di operatore socio-sanitario**, promuovendo il riconoscimento di crediti formativi acquisiti nel percorso di infermiere ai fini della acquisizione della qualifica di AI. Si ritiene altresì opportuno che le Regioni e PA procedano nella progettazione e realizzazione del percorso formativo di AI in concorso con le Università allo scopo di facilitare eventuali proseguimenti degli studi, successivi alla qualifica di AI, verso il corso di laurea in infermieristica, attraverso il riconoscimento di crediti formativi maturati nel percorso di AI.

Obiettivi

- intercettare precocemente difformità prima del rilascio di attestati di qualifica conseguiti con percorsi formativi non rispondenti agli standard definiti nel DPCM
- garantire massima omogeneità nell’erogazione della formazione per assistente infermiere
- promuovere contiguità tra i corsi di AI e i corsi di laurea in infermieristica

Azioni principali

- A. breve termine: **Ministero della salute**; nota indirizzata agli assessorati interessati alla tematica di formazione dell’AI (riconducibili alla Commissione Salute e alla Commissione Lavoro e

Istruzione della Conferenza delle Regioni e PA) in relazione alla previsione dell'art. 2, c. 3 che individua per lo svolgimento dei corsi per Assistente infermiere le aziende sanitarie, altri enti del Servizio sanitario regionale, gli enti regionali-provinciali/strumentali di formazione, le agenzie regionali-provinciali di formazione, gli enti di formazione partecipati dalle regioni e dalle province autonome e gli Enti che operano nell'ambito socio-sanitario specificatamente autorizzati in base alle disposizioni adottate da ciascuna regione/PA, con esclusione, pertanto, delle agenzie formative accreditate ai fini della formazione professionale;

- B. entro 31-12-2025: **FNOPI**; indicazioni per rappresentanti degli OPI nominati nelle Commissione d'esame.
- C. entro 31-12-2025: **Conferenza delle Regioni e PA**: Linee di indirizzo sull'attuazione del DPCM 28 febbraio 2025 in relazione agli adempimenti in capo alle Regioni e PA
- D. entro 31-12-2025: **FNOPI/Conferenza delle lauree delle professioni sanitarie**: Documento tecnico per la gestione dei corsi di AI
- E. entro 30-3-2026: erogazione FAD asincrona 100 ore propedeutiche corsi AI (art. 6, c. 2 DPCM 28 febbraio 2025)
- F. lungo termine: **FNOPI** Proposta di modifica L. n. 3/2018 in merito all'istituzione di elenchi speciali per AI.
- G. entro 30-6-2026: **Conferenza delle Regioni e PA**: proposta di Accordo relativo alla definizione dell'ordinamento didattico di corsi di formazione per l'acquisizione della qualifica di assistente infermiere in assenza di qualifica di operatore sociosanitario.

Risultati attesi e indicatori

Vengono di seguito individuati alcuni risultati attesi e suggeriti indicatori utili al monitoraggio dell'area tematica "corsi di formazione":

Area Corsi di formazione			
Risultati attesi	Indicatori	Fonte dati	Scadenza monitoraggio
Completamento dei corsi AI	% studenti AI che superano esame di qualifica	Elenco attestati Regioni/Province Autonome	Annuale
	Tasso di abbandono studenti iscritti ai corsi di AI		
Contiguità della formazione di AI con filiera formativa infermieristica	% AI iscritti successivamente a Corsi di Laurea in infermieristica	Rilevazioni ad hoc	Annuale
	% studenti che abbandonano i Corsi di Laurea in infermieristica si iscrivono al corso AI		

INTRODUZIONE DELL'ASSISTENTE INFERMIERE NEI CONTESTI DI CURA PER ADULTI/ANZIANI

Criticità

1. **Potenziale resistenza da parte della professione infermieristica all'introduzione dell'AI;** considerata la situazione di generale criticità che investe la professione infermieristica, si ritiene che l'introduzione della figura di AI possa ulteriormente inasprire posizioni di arroccamento professionale.
2. Necessità di **definire ulteriormente la terminologia utilizzata nel DPCM per descrivere la relazione tra AI e Infermiere;** si ritiene che, considerato l'ambito di responsabilità della nuova figura di AI e la relazione con i professionisti infermieri, sia necessario chiarire e rinforzare la conoscenza di concetti relativi alle modalità di tale relazione come ad esempio: attribuzione, indicazioni infermieristiche (scritte e verbali), supervisione, coadiuvazione e collaborazione; e concetti relativi alle caratteristiche degli assistiti su cui l'AI può intervenire come: stabilità clinica dell'assistito e complessità assistenziale;
3. Rischio di **diminuzione dei livelli di sicurezza e di qualità dell'assistenza erogata;** si ritiene che una introduzione dell'AI in contesti di cura non oculatamente selezionati per tipologia di pazienti, il cui personale (medici, infermieri, OSS) non sia adeguatamente preparato e motivato al cambiamento e nei quali i processi e strumenti assistenziali non siano stati adattati all'impiego condiviso con l'AI, possa esporre gli assistiti a rischi evitabili e con buona probabilità generare il disconoscimento della figura stessa.
4. L'introduzione dell'AI comporta **maggior complessità organizzativa**, il cui governo richiede che il **management infermieristico possegga forti competenze di *change management*, di leadership positiva e di orientamento all'innovazione;**
5. L'introduzione dell'AI comporta riorganizzazione dei processi assistenziali e ridistribuzione delle attività, con rischio di **parcellizzazione del lavoro e incremento degli approcci assistenziali funzionali;**
6. **Urgenza di disponibilità di AI per l'ambito socio-sanitario,** privato accreditato; tale necessità, correlata alla cronica carenza di personale nelle strutture del socio-sanitario che soffrono di una ancora minore capacità attrattiva nei confronti dei professionisti sanitari e operatori, va contemplata con la parallela esigenza di garantire una introduzione prudente della nuova figura professionale nei contesti di cura, sia per garantire il mantenimento degli standard di sicurezza per gli assistiti, sia per permettere la maturazione del cambiamento organizzativo necessario ad una buona integrazione dell'AI nella filiera assistenziale infermieristica.

Va inoltre sottolineato che la definizione del fabbisogno formativo da parte delle Regioni e PA è condizionato dalla determinazione di quello professionale. Quest'ultima definizione di fabbisogno (ndr. professionale), da parte delle Regioni e PA, a sua volta è condizionata dai modelli organizzativi che prevederanno l'impiego dell'AI e dalla successiva rimodulazione degli standard di personale, definiti dal Ministero della Salute e dei requisiti di accreditamento che le Regioni e PA dovranno adeguare per gli ambiti di competenza.

Obiettivi

- garantire standard di sicurezza e livelli dell'assistenza di qualità
- promuovere l'integrazione dell'AI nelle equipe assistenziali
- promuovere il progressivo riconoscimento della nuova figura nella filiera assistenziale infermieristica

Azioni principali

- A. entro 30-12-2025 **FNOPI** diffusione di un glossario minimo relativo ad aspetti della relazione professionale tra Infermiere e Assistente Infermiere; nello specifico sulla terminologia impiegata nel DPCM come: Gravità clinica dell'assistito; Stabilità clinica dell'assistito; Delega; Attribuzione; Indicazioni infermieristiche (scritte e verbali); Supervisione; Coadiuvare; Collaborare;
- B. entro 30-12-2025 **Conferenza delle Regioni e PA**: approvazione Linee di indirizzo per l'introduzione guidata dell'Assistente Infermiere nei contesti di cura pubblici e privati;
- C. entro 31-3-2026 **FNOPI**: piano informativo concertato con principali stakeholder finalizzato a sensibilizzare gli infermieri e i manager infermieristici (middle e high);
- D. entro 30-9-2026: **Regioni e PA e OPI provinciali**: avvio corsi di formazione e qualificazione AI;
- E. settembre 2026 – marzo 2027: **Regioni e PA e OPI provinciali** introduzione guidata dell'AI;
- F. Lungo termine: **Ministero della Salute e Regioni/PA**: Definizione di standard di personale per setting di cura specifici in cui si è stata testata l'introduzione dell'AI, revisione dei requisiti di accreditamento per strutture sociosanitarie e socioassistenziali.

Risultati attesi e indicatori

Vengono di seguito individuati alcuni risultati attesi e suggeriti indicatori utili al monitoraggio dell'area "introduzione guidata dell'AI":

Area Introduzione guidata AI nei contesti di cura			
Risultati attesi	Indicatori	Fonte dati	Scadenza monitoraggio
Adozione linee di indirizzo nazionali/Regionali/Province Autonome	N. Regioni/PA che attuano le linee di indirizzo	Delibere regionali/provinciali	Annuale
Inserimento guidato nei setting selezionati	N. strutture che inseriscono AI in setting selezionati	Report Regioni/Province Autonome	Entro ottobre 2027
	N. di AI inseriti in setting selezionati in rapporto al N. infermieri		

Area Introduzione guidata AI nei contesti di cura			
Risultati attesi	Indicatori	Fonte dati	Scadenza monitoraggio
Skill mix dei team	N. AI e OSS rispetto al N. Infermieri	Conto annuale	Annuale
Definizione standard nazionali per setting di cura e indirizzi sui requisiti di accreditamento	Standard AI e OSS sul N. infermieri e indirizzi requisiti di accreditamento approvato	Ministero Salute e Regioni/PA	Entro 2027

Appendice - Cronoprogramma del Piano strategico

Azioni	Owner	dic-25	mar-26	giu-26	set-26	dic-26	mar-27	giu-27	set-27	dic-27
Invio nota indirizzata agli assessorati interessati alla tematica di formazione dell'AI	Ministero della Salute									
Predisposizione Manuale per rappresentanti degli OPI nominati nelle Commissione d'esame	FNOPI									
Approvazione Linee di indirizzo sull'attuazione del DPCM 28 febbraio 2025 in relazione agli adempimenti in capo alle Regioni e PA	Conferenza delle Regioni/PA									
Diffusione Documento tecnico per la gestione dei corsi di Assistente Infermiere	FNOPI									
Diffusione Glossario minimo relativo ad aspetti della relazione professionale tra Infermiere e Assistente Infermiere	FNOPI									
Approvazione Linee di indirizzo sull'introduzione guidata dell'Assistente Infermiere nei contesti di cura	Conferenza delle Regioni/PA									
Accordo relativo alla definizione dell'ordinamento didattico di corsi di formazione per l'acquisizione della qualifica di assistente infermiere in assenza di qualifica di operatore socio-sanitario (art. 21,c. 4 DPCM 28-2-2025)	Conferenza delle Regioni/PA									
Erogazione FAD asincrona di 100 ore propedeutiche corsi AI (art 6, c.2)	Ente da individuare									
Definizione di piano informativo finalizzato a sensibilizzare gli infermieri e i manager infermieristici (middle e high)	FNOPI									
Avvio di corsi di formazione e qualifica AI	Regioni/PA e OPI provinciali									
Introduzione guidata dell'AI	Regioni/PA e OPI provinciali									
Modifica L. 3 /2018 elenchi speciali per AI	FNOPI									
Definizione standard di personale per setting di cura specifici in cui si è stata testata l'introduzione dell'AI e indirizzi sui requisiti di accreditamento	Ministero della Salute e Regioni/PA									

ALLEGATI

Allegato 1

Linee di indirizzo sull’attuazione del DPCM 28 febbraio 2025 in relazione agli adempimenti in capo alle Regioni e PA

Premessa

Con il DPCM 28 febbraio 2025 *Recepimento dell’Accordo stipulato il 3 ottobre 2024 tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 176/CSR), concernente l’istituzione del profilo professionale di assistente infermiere, come modificato dall’Accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 18 dicembre 204 (Rep. Atti n. 262/CSR)* si conclude l’iter con cui è stato istituito il nuovo operatore di interesse sanitario denominato “Assistente Infermiere” (AI).

L’atto istitutivo pur indicando il profilo di competenze, le abilità minime e le conoscenze essenziali dell’AI, disciplina gli standard formativi e lascia margini di discrezionalità in merito all’attuazione di alcuni temi che risultano essere in capo alle Regioni e Province autonome. Allo scopo di garantire omogeneità attuativa vengono di seguito esplicite linee di indirizzo relative alle seguenti tematiche:

- Modulo teorico propedeutico, aggiuntivo, finalizzato all’acquisizione di abilità logico matematiche, comprensione del testo, scrittura sintetica, conoscenze in ambito scientifico-biologico, della durata di almeno 100 ore (art. 6, c. 2);
- Titoli pregressi e valutazione di crediti formativi (art. 18, c. 1)
- Prove di ammissione ai corsi (art. 7);
- Aggiornamento delle competenze degli operatori con qualifica equipollente con corsi di almeno 30 ore (art. 20, c.2)
- Studio/approfondimento guidato (art. 11, c. 3)
- Criteri per la costituzione delle prove d’esame (art.16, c.6)
- Elenco degli attestati di qualifica (art. 2, c. 4);
- Definizione annuale del fabbisogno formativo e professionale (art 2, c. 1);
- Quota di iscrizione ai corsi.

Nella parte che segue per ogni tematica affrontata viene riportato in corsivo il testo del DPCM con riferimento agli articoli di interesse.

Modulo teorico propedeutico, aggiuntivo, finalizzato all’acquisizione di abilità logico matematiche, comprensione del testo, scrittura sintetica, conoscenze in ambito scientifico-biologico, della durata di almeno 100 ore (art. 6, c. 2)

1. Per l’accesso ai corsi di assistente infermiere è richiesta la qualifica di operatore socio-sanitario o titoli equipollenti, ai sensi della normativa vigente, il possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado di durata quinquennale o di altro titolo di studio di pari livello conseguito all’estero ed esperienza professionale come operatore sociosanitario di almeno ventiquattro mesi.

2. In deroga a quanto previsto al comma 1, possono accedere ai corsi di assistente infermiere, operatori in possesso della qualifica di OSS, privi del diploma di scuola secondaria di secondo grado di durata quinquennale o di altro titolo di studio conseguito all’estero, con cinque anni di esperienza lavorativa nella qualifica di OSS, maturati negli ultimi otto anni; per tali operatori è previsto un modulo teorico propedeutico aggiuntivo, finalizzato all’acquisizione di abilità logico matematiche,

comprendere del testo, scrittura sintetica, conoscenze in ambito scientifico-biologico, della durata di almeno cento ore.

Allo scopo di rendere uniforme, l'offerta del modulo propedeutico aggiuntivo di 100 ore per gli operatori in possesso della qualifica di OSS, con 5 anni di esperienza lavorativa nella qualifica, maturati negli ultimi 8 anni, non in possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado, si propone di affidare ad un unico Ente, da individuare, l'erogazione in FAD asincrona del modulo succitato.

I saperi minimi del modulo teorico propedeutico aggiuntivo sono individuati nella tabella descritta nell'*appendice* al presente documento.

Al modulo, erogato in FAD asincrona secondo le modalità indicate dall'Ente individuato potranno iscriversi gli operatori in possesso dei requisiti previsti, previa valutazione degli stessi da parte delle Regioni e PA.

La quota di iscrizione sarà determinata sulla base dei costi sostenuti dall'Ente organizzatore.

Titoli pregressi e valutazione di crediti formativi (art. 18, c. 1)

1. *Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono valutare i titoli pregressi ed esami sostenuti nell'ambito di percorsi formativi, ai fini del riconoscimento di crediti formativi che consentono di ridurre la durata del corso di formazione per il conseguimento dell'attestato di qualifica di assistente infermiere.*

Qualora gli aspiranti ai corsi di qualifica per AI, siano in possesso, oltre alla qualifica di OSS, di attestati di qualifica di altro profilo di operatore di interesse sanitario, o titoli relativi a professioni sanitarie, o attestazioni di esami sostenuti e superati nell'ambito di percorsi di studio per l'acquisizione del titolo di professioni sanitarie, si raccomanda di definire procedure per la loro valutazione e il successivo riconoscimento di crediti formativi, basati sui seguenti criteri:

- 1) coerenza/attinenza dei contenuti al programma di studio e abilità previste per l'acquisizione della qualifica di AI
- 2) presenza documentata di valutazione certificativa.
- 3) obsolescenza in relazione all'evoluzione scientifico- culturale degli ultimi anni e comunque non oltre 6 anni.

Nel caso in cui l'aspirante al corso, in possesso di qualifica di altro profilo di operatore di interesse sanitario, o titoli relativi a professioni sanitarie, abbia svolto attività lavorativa relativa alla qualifica professionale negli ultimi 6 anni, non viene applicato il criterio 3, relativo all'obsolescenza in relazione all'evoluzione scientifico- culturale.

Il riconoscimento massimo del credito formativo non potrà superare, di norma, il 50% del monte ore complessivo del corso per l'acquisizione della qualifica di AI. Si rinvia ad un successivo approfondimento la definizione dei crediti formativi riconoscibili.

Prove di ammissione ai corsi (art. 7)

1. *Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano definiscono i criteri per lo svolgimento delle prove di ammissione ai corsi.*

Una volta definito il fabbisogno formativo e autorizzato il numero di corsi idoneo al suo soddisfacimento, si raccomanda che ogni Ente autorizzato dalla Regione o PA effettui prove di ammissione ai corsi funzionali a verificare la presenza di attitudini, motivazioni, orientamento al ruolo

e alla creazione di una eventuale graduatoria istituendo apposite commissioni costituite dal Coordinatore del corso, dal tutor e un rappresentante dell'OPI; le commissioni possono essere integrate con ulteriori figure che siano ritenute necessarie per le finalità su esposte.

Si raccomanda di privilegiare l'ammissione ai corsi del personale dipendente del Servizio Sanitario pubblico e del privato accreditato, anche attraverso la riserva di posti.

Ciascuna Regione e PA disciplinerà l'eventuale compenso dei componenti della commissione di ammissione con riferimento alle prove di ammissione di cui all'art.7 e della commissione d'esame di qualifica, di cui all'art. 16, c. 5.

Aggiornamento delle competenze degli operatori con qualifica equipollente con corsi di almeno 30 ore (art. 20, c.2)

1. *L'attestato di operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria, acquisito ai sensi del previgente Accordo stipulato in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 16 gennaio 2003, è equipollente alla qualifica acquisita ai sensi del presente accordo.*

2. *Le Regioni e PA definiscono gli indirizzi formativi e organizzativi per garantire l'aggiornamento delle competenze degli operatori sociosanitari in possesso dell'attesto di formazione complementare in assistenza sanitaria, acquisito ai sensi dell'Accordo stipulato in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 16 gennaio 2003, con corsi di almeno trenta ore da erogare entro tre anni dalla data di entrata in vigore del DPCM 28 febbraio 2025.*

Il c. 1 dell'art.20 stabilisce l'equipollenza tra l'attestato di operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria, acquisito ai sensi del previgente Accordo stipulato in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 16 gennaio 2003, alla qualifica di AI acquisita ai sensi del DPCM 28 febbraio 2025, tuttavia il c. 2 pone in capo alle Regioni e PA la definizione di aspetti organizzativi e formativi per garantire l'aggiornamento delle competenze di quanti sono in possesso dell'attesto di OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria. La lettura coordinata delle due indicazioni normative presuppone che l'aggiornamento sia rivolto a quanti intendono avvalersi dell'equipollenza prevista, ai fini lavorativi, ovverossia intendano partecipare a procedure selettive per AI.

Si raccomanda, che tali corsi di aggiornamento siano finalizzati prioritariamente all'acquisizione di competenze tecnico-pratiche introdotte con il nuovo profilo di AI (proposta in tabella 1); per tale finalità si raccomanda l'impiego prevalente di metodologie didattiche atte allo sviluppo delle abilità tecnico operative come lo skill-lab, che consente ai partecipanti di esercitarsi in ambiente didattico attrezzato, per l'acquisizione di competenze pratiche (skills) attraverso l'uso di simulatori, manichini e tecnologie, in modo sicuro, e ripetuto, opportunamente integrato con alcune ore di aggiornamento teorico. Si ritiene inoltre che tali corsi possano essere rivolti agli operatori, in possesso dei requisiti previsti, che manifestino la volontà di aggiornarsi e siano gestiti dagli stessi Enti autorizzati all'erogazione dei corsi di formazione per AI.

La partecipazione all'aggiornamento potrà essere oggetto di valutazione nell'ambito delle procedure concorsuali per posti di assistente infermiere.

Tabella 1 – Programma dei corsi di aggiornamento di almeno 30 ore per OSS in possesso dell'attestato di formazione complementare in assistenza sanitaria con riferimento alle competenze 1 e 2 del profilo di assistente Infermiere (DPCM 28 febbraio 2025)

Abilità	Teoria ore	Skill-lab ore
Misure di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)		2
Rilevare e registrare segni vitali: (pressione arteriosa, saturazione di Ossigeno, applicazione di scale di valutazione del dolore)	1	2
Rilevare parametri attraverso puntura capillare, predisposizione provette per prelievi e raccolta campioni biologici colturali con modalità non invasiva		1
Eseguire ECG		1
Somministrare la nutrizione enterale in condizioni di stabilità clinica		1
Esecuzione di microclisma		1
Effettuare la medicazione della gastrostomia stabilizzata		1
Effettuare l'aspirazione delle secrezioni, la medicazione e la pulizia della cannula tracheostomica in assistiti clinicamente stabili		3
Effettuare la pulizia e la cura della cute di stomie stabilizzate e la sostituzione dello specifico sistema di raccolta		1
Aggiornamenti in relazione alla terapia non iniettiva, per vie naturali e tramite accessi enterali e farmaci di uso frequente da somministrare in sicurezza per via intramuscolare o sottocutanea (applicazione delle 5 G di sicurezza)	4	5
Applicare cannule nasali, maschere facciali per la somministrazione di ossigeno	2	2
Collaborare nell'adottare interventi integrati e interdisciplinari per facilitare la libertà di movimento e evitare la contenzione	3	
Totale ore parziale	10	20
Totale ore		30

Esercitazioni/simulazioni (art. 9, c. 2)

2. Il corso è strutturato in moduli didattici teorici di almeno duecento ore, tirocinio di minimo duecentottanta ore, e almeno venti ore di esercitazioni/simulazioni.

Ai fini dell'erogazione di almeno 20 ore di esercitazioni/simulazioni si propongono i contenuti illustrati in tabella 2, da sviluppare con modalità didattica skill-lab (lo skill lab consente ai partecipanti di esercitarsi in ambiente didattico attrezzato, per l'acquisizione di competenze pratiche (skills) attraverso l'uso di simulatori, manichini e tecnologie, in modo sicuro, e ripetuto, opportunamente integrato con alcune ore di aggiornamento teorico).

Tabella 2 – Programma delle esercitazioni/simulazioni di almeno 20 ore dei corsi di AI

Abilità	Skill-lab ore
Misure di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	2
Rilevare e registrare segni vitali: frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, pressione arteriosa, saturazione di ossigeno applicazione di scale di valutazione del dolore	2
Eseguire ECG	1
Somministrare la nutrizione enterale in condizioni di stabilità clinica ed effettuare la medicazione della gastrostomia stabilizzata	2

Effettuare l'aspirazione delle secrezioni, la medicazione e la pulizia della cannula tracheostomica in assistiti clinicamente stabili	3
Effettuare la pulizia e la cura della cute di stomie stabilizzate e la sostituzione dello specifico sistema di raccolta	1
Esecuzione di microclisma	1
Preparare e far assumere farmaci in sicurezza per via naturale e tramite accessi enterali (applicazione delle 5 G di sicurezza)	2
Tecnica di aspirazione e preparazione e somministrazione in sicurezza di farmaci per via intramuscolare o sottocutanea ed eseguire la puntura capillare (applicazione delle 5 G di sicurezza)	5
Applicare cannule nasali, maschere facciali per la somministrazione di ossigeno	1
Totale ore	20

Studio/approfondimento guidato (art. 11, c. 3)

3. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere modalità di studio/approfondimento guidato, finalizzate a facilitare l'apprendimento degli studenti, fino ad un massimo del 10% del monte ore di teoria.

Nel percorso dell'Assistente infermiere, il DPCM prevede che fino al 10% del monte ore di teoria possa essere destinato ad attività di studio e approfondimento guidato, pari a un massimo di 20 ore complessive. Questa tipologia di attività è collegata alla formazione teorica e ha l'obiettivo di facilitare l'apprendimento, permettendo di consolidare le conoscenze di base e favorire la comprensione dei contenuti affrontati in aula.

Si raccomanda che lo studio guidato sia condotto dal tutor o dal docente della materia oggetto di approfondimento, attraverso modalità che stimolano la partecipazione attiva e la riflessione critica, come ad esempio:

- attività di recupero e rinforzo di prerequisiti teorici per l'attività di laboratorio o concetti complessi, guidate da domande stimolo;
- utilizzo di piattaforme finalizzate al coinvolgimento immediato degli studenti nel corso della conduzione dell'attività didattica frontale. Tali strumenti interattivi, che consentono di porre quesiti, raccogliere risposte e discutere in tempo reale i risultati, facilitano l'interazione del pubblico, mantenendo viva l'attenzione e consentendo al docente di coinvolgere il pubblico avendo riscontri immediati sulla partecipazione alla lezione;
- applicazione di metodiche di aula capovolta (*flipped classroom*), intesa come anticipazione di contenuti tramite predisposizione di materiali, a cui segue in aula una fase di confronto guidato su domande o casi applicativi.

In tal modo lo studio guidato diventa parte integrante della didattica teorica, sostenendo lo studente nel consolidamento delle conoscenze e nel raggiungimento degli obiettivi formativi previsti.

Criteri per la costituzione delle prove d'esame (art.16, c.3 e 6)

3. L'esame di qualifica consiste in una prova teorica e una prova pratica finalizzate a verificare rispettivamente l'apprendimento delle conoscenze e l'acquisizione di abilità pratiche e tecniche previste dal profilo, nel rispetto della normativa vigente.

[...]

6. Le regioni e le province autonome provvedono alla definizione dei criteri per la costituzione delle prove di esame e l'esame si intende superato qualora entrambe le prove risultino positive.

In relazione alla costituzione delle prove si raccomanda quanto segue: la prova teorica, finalizzata alla verifica dell'apprendimento delle conoscenze, può essere orale e/o scritta e vertere sui contenuti delle materie di insegnamento, con particolare riguardo agli aspetti relativi alla responsabilità e alle relazioni professionali con l'infermiere; nel caso la prova sia scritta, è preferibile l'utilizzo di domande a risposta breve; la prova pratica, finalizzata a verificare l'apprendimento delle abilità pratiche e tecniche, consiste in simulazioni che permettano di valutare il raggiungimento del livello minimo accettabile di padronanza di tecniche, nella loro interezza o per parti, con particolare riguardo a quelle relative alla competenza 2 “collaborare con gli infermieri nello svolgimento di attività assistenziali a carattere sanitario”.

Elenco degli attestati di qualifica (art. 2, c. 4)

4. Ogni regione e provincia autonoma istituisce e pubblica con fini conoscitivi nell'ambito del settore socio-sanitario l'elenco degli attestati di qualifica rilasciati nel proprio territorio.

Si raccomanda che l'elenco degli attestati di qualifica, sia oggetto di manutenzione corrente e siano esplicitati i seguenti elementi minimi: nome, cognome, data di nascita, data del conseguimento della qualifica, ente che ha rilasciato la qualifica, estremi dell'atto regionale o provinciale con cui è stato autorizzato il corso.

Definizione del fabbisogno formativo e professionale (art 2, c. 1)

1. Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano definiscono annualmente il fabbisogno formativo e il fabbisogno professionale di assistente infermiere, previa informativa regionale alle organizzazioni sindacali rappresentative, nonché provvedono all'organizzazione dei corsi di formazione nel rispetto delle disposizioni del presente accordo.

La definizione annuale del fabbisogno formativo di AI deve necessariamente basarsi sulla stima di fabbisogno professionale di tale figura per i contesti di cura sanitari e socio-sanitario, pubblici e privati, nei quali vi siano pazienti adulti/anziani, in condizioni di stabilità clinica, per i quali si ritenga utile l'adozione di un modello organizzativo che preveda l'inserimento della figura nei team assistenziali.

Ai fini della determinazione dei setting di cura e di indicazioni utili all'introduzione dell'AI nei team assistenziali si rimanda allo specifico documento **“Linee di indirizzo per l'introduzione guidata dell'Assistente Infermiere nei contesti di cura pubblici e privati”** (allegato 2).

Sulla base di quanto su esposto, in fase di prima attuazione del DPCM, si raccomanda, in via prudentiale, di determinare un fabbisogno formativo minimo proporzionato all'introduzione guidata della nuova figura di AI in contesti di cura selezionati e di riservare ad una fase successiva all'introduzione guidata, la diffusione progressiva di modelli organizzativi con skill mix di infermieri e AI calibrati sulle caratteristiche dell'utenza, la conseguente determinazione del fabbisogno professionale e quello formativo.

Si raccomanda che la fase di autorizzazione dei corsi, successiva alla determinazione del fabbisogno formativo, sia calibrata in relazione alla disponibilità formativa degli enti individuati allo scopo, in modo da garantire gli standard organizzativi e formativi previsti.

Quota di iscrizione ai corsi (art. 23, c.2)

2. *I corsi di formazione vengono attuati nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente oppure con oneri a carico dei soggetti fruitori degli stessi o con entrambe le modalità.*

Considerato che i corsi hanno una durata minima di 500 ore, di cui almeno 200 di teoria, 280 di tirocinio e 20 di esercitazioni, si propone una quota di iscrizione non superiore a euro 1000. Si raccomanda inoltre di valutare l'erogazione di voucher per i partecipanti attraverso il ricorso al Fondo Sociale Europeo.

Appendice

Saperi minimi del modulo teorico propedeutico aggiuntivo (art. 6, comma 2 DPCM 28 febbraio 2025)

Il DPCM 28 febbraio 2025 prevede all'art. 6, c.2 che possono accedere ai corsi di assistente infermiere, operatori in possesso della qualifica di OSS, privi del diploma di scuola secondaria di secondo grado di durata quinquennale o di altro titolo di studio conseguito all'estero, con cinque anni di esperienza lavorativa nella qualifica di OSS, maturati negli ultimi otto anni; per tali operatori è previsto un modulo teorico propedeutico aggiuntivo della durata di almeno 100 ore.

Di seguito vengono definiti i saperi minimi e la distribuzione delle ore del modulo teorico propedeutico aggiuntivo finalizzato all'acquisizione delle abilità logico matematiche, comprensione del testo, scrittura sintetica e le conoscenze in ambito scientifico biologico.

Abilità logico matematiche	30 ore
Capacità di eseguire calcoli, ragionamento numerico per risolvere problemi semplici e applicare concetti matematici di base a situazioni pratiche.	
Fondamenti matematici di base	
Ripasso dei numeri decimali e delle frazioni Ordine di grandezza e arrotondamenti Operazioni con numeri interi e decimali (addizione, sottrazione, moltiplicazione, divisione) Conversioni tra frazioni, percentuali e decimali	
Unità di misura e conversioni	
Sistema internazionale e unità di misura di massa e volume Conversioni tra grammi, milligrammi (mg), microgrammi (mcg), nanogrammi (ng) Conversioni tra litri, millilitri, centilitri, decilitri Relazioni tra unità di misura e notazione scientifica	
Proporzioni e regole di tre	
Concetto di proporzione e rapporto Applicazioni con la regola del tre semplice e composta Problemi pratici: calcolare dosi, adattare quantità in base al peso o al volume	
Calcoli con le percentuali	
Percentuali di una quantità (es. 5% di 200 ml) Incrementi e riduzioni percentuali Applicazioni: concentrazioni di soluzioni	
Diluizioni e concentrazioni	
Concetto di concentrazione (% peso su peso e % peso su volume e % volume su volume) Formula della diluizione	
Applicazioni di calcolo	
Conversione e calcolo di dosaggi in mg, mcg, ng in base al peso corporeo (mg/kg) Interpretare prescrizioni con unità diverse e trasformarle in quantità utilizzabili Controllo di plausibilità: riconoscere risultati "assurdi" o incompatibili	
Comprendere del testo	15 ore
Capacità di leggere, comprendere e interpretare testi di diversa natura (informativi, descrittivi, regolativi, di studio), individuando le informazioni principali e secondarie.	
Introduzione alla comprensione del testo: differenza tra leggere e comprendere, comprensione come costruzione di significato, attivare conoscenze pregresse prima della lettura	
Individuazione delle informazioni principali	
riconoscere l'idea centrale e i dettagli secondari e significato dal contesto Uso di evidenziazione e sottolineatura mirata Ricostruzione della struttura logica di un testo	
Tipologie testuali	
regolativo: regole, istruzioni, sequenze operative espositivo e informativo: spiegazioni e dati argomentativo: tesi, argomenti, contro-argomenti	
Strategie di lettura e comprensione: <i>skimming e scanning</i> per cogliere informazioni diverse e fare domande al testo per guidare la comprensione	
Uso dei connettivi e coesione testuale: connettivi temporali, logici, causali, avversativi Sinonimi, contrari, campi semantici	
Scrittura sintetica	15 ore

<p>Capacità di produrre testi brevi e chiari, con lessico corretto e strutturazione logica, per comunicare informazioni essenziali anche tramite l'utilizzo di un sistema informatico</p> <p>Che cos'è la scrittura sintetica: differenza tra scrivere tanto e scrivere in modo efficace.</p> <p>Perché è utile: studio, lavoro, comunicazione quotidiana.</p> <p>Fondamenti della scrittura sintetica</p> <ul style="list-style-type: none"> Il concetto di idea principale e idee secondarie Eliminare ridondanze, ripetizioni e dettagli non necessari. Uso di frasi brevi e chiare. Lessico semplice ma preciso. <p>Applicazione nell' evidenziare dalla lettura di un breve testo (scientifico divulgativo) i concetti chiave.</p> <p>Tecniche di sintesi</p> <ul style="list-style-type: none"> Parole-chiave e mappe concettuali come supporto. Schemi e punti elenco. Riassunto, parafrasi e titolo: differenze. <p>Applicazione nel creare di schede riassuntive e sintetizzare un testo di 10 righe in 5 righe</p> <p>Strumenti linguistici</p> <ul style="list-style-type: none"> Connettivi logici per legare frasi senza dilungarsi. Uso di sinonimi e termini specifici al posto di perifrasi. Evitare giri di parole e ripetizioni. <p>Scrivere per scopi diversi</p> <ul style="list-style-type: none"> Sintesi nello studio Sintesi nella vita quotidiana e modalità in relazione allo scopo: messaggi, mail, avvisi, consegne <p>Big data e Intelligenza artificiale</p>	
Conoscenze in ambito scientifico biologico	40 ore
Conoscenze di base relative al corpo umano, agli organismi viventi e ai principi scientifici utili per comprendere i fenomeni biologici fondamentali.	
<p>Elementi di chimica di base</p> <ul style="list-style-type: none"> Cenni Atomi e molecole, numero atomico e massa atomica e ai legami chimici: covalente, ionico, legame idrogeno e interazioni deboli Polarità molecolare e importanza dell'acqua come solvente universale Le soluzioni: proprietà solventi dell'acqua, solubilità, la concentrazione delle soluzioni Osmolarità e tonicità delle soluzioni in ambito biologico (ipotonica, isotonica, ipertonica) Acidità e basicità, pH delle soluzioni <p>Le macromolecole biologiche</p> <ul style="list-style-type: none"> Carboidrati: caratteristiche, funzioni generali, monosaccaridi, disaccaridi e polisaccaridi Lipidi: caratteristiche, funzioni generali, trigliceridi, fosfolipidi, cere e steroidi Proteine: caratteristiche, funzioni generali, aminoacidi, legame peptidico; struttura primaria, secondaria, terziaria e quaternaria Acidi nucleici: caratteristiche generali, struttura chimica del DNA e dell'RNA, differenze tra DNA e RNA <p>Biologia molecolare del gene</p> <ul style="list-style-type: none"> Struttura e organizzazione del DNA negli organismi procarioti ed eucarioti La trascrizione: sintesi dell'RNA messaggero, ruolo di RNA polimerasi Il codice genetico: caratteristiche generali (universalità, ridondanza, triplete) La traduzione: RNA messaggero, RNA di trasporto, ribosomi <p>La cellula e i microrganismi</p> <ul style="list-style-type: none"> La cellula procariotica e la cellula eucariotica: caratteristiche essenziali e differenze Batteri: struttura, modalità di riproduzione, ruolo patogeno e ruolo utile (microbiota) Virus: caratteri generali, differenza da organismi cellulari, ciclo litico e lisogeno, virus a DNA e a RNA, retrovirus, HIV e AIDS <p>Metabolismo</p> <ul style="list-style-type: none"> L'insieme delle reazioni chimiche che avvengono negli organismi. Anabolismo (costruzione, sintesi di molecole complesse) e catabolismo (degradazione, rilascio di energia) <p>Risposta agli stimoli e omeostasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacità delle cellule e degli organismi di percepire stimoli esterni e interni e di rispondere. Mantenimento di condizioni stabili (pH, temperatura, equilibrio idrico-salino) attraverso meccanismi di autoregolazione. <p>Evoluzione e adattamento</p> <ul style="list-style-type: none"> Variabilità genetica, selezione naturale, adattamenti morfologici e funzionali. 	
totale	100 ore

Allegato 2

Linee di indirizzo per l'introduzione guidata dell'Assistente Infermiere nei contesti di cura pubblici e privati.

Premessa

Il DPCM 28 febbraio 2025 *Recepimento dell'Accordo stipulato il 3 ottobre 2024 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 176/CSR), concernente l'istituzione del profilo professionale di assistente infermiere, come modificato dall'Accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 18 dicembre 204 (Rep. Atti n. 262/CSR)* pone in capo alle Regioni e PA la definizione del fabbisogno formativo e professionale.

La definizione annuale del fabbisogno formativo di AI deve necessariamente basarsi sulla stima di fabbisogno professionale di tale figura per i contesti di cura sanitari e socio-sanitario, pubblici e privati, nei quali vi siano pazienti adulti/anziani, in condizioni di stabilità clinica, per i quali si ritenga necessario l'adozione di un modello organizzativo che preveda l'inserimento della figura nei team assistenziali con la finalità di ottimizzare l'impiego del personale infermieristico garantendo al contempo standard dell'assistenza di qualità e sicurezza per gli assistiti.

Tra i risultati attesi dall'introduzione sistematica dell'AI si prospetta una riduzione delle attività assistenziali standardizzate da parte degli infermieri e il "farsi carico" dell'area delle cure compromesse soprattutto nell'ambito della comunicazione-relazione-educazione con gli assistiti; questo risultato potrebbe favorire, l'impiego dell'intero range di competenze professionali, orientando l'agire infermieristico verso le attività che mettono in campo prioritariamente capacità di valutazione, progettazione, discrezionalità e personalizzazione.

Allo scopo di mantenere gli standard di qualità dell'assistenza e sicurezza per gli assistiti si raccomanda di far precedere l'introduzione sistematica dell'AI da una introduzione guidata con cui possano essere definiti punti di forza e criticità relativi ai diversi contesti di cura, ai processi di integrazione della figura nei team assistenziali, al processo di attribuzione e supervisione e agli output.

Di seguito vengono descritte alcune azioni preliminari all'introduzione sistematica dell'AI che potrebbero contribuire al raggiungimento dei risultati attesi.

1. Coordinamento a livello regionale e provinciale delle iniziative di introduzione guidata dell'AI

L'introduzione della nuova figura professionale di AI richiede un processo di cambiamento organizzativo che va governato, negli enti interessati, a più livelli, dirigenziale e operativo.

Si raccomanda di attivare, a livello regionale, modalità di coordinamento con il coinvolgimento degli attori aziendali, datoriali e portatori di interesse (dirigenti delle professioni sanitarie, rappresentanze degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, coordinatori dei corsi per la qualifica di AI e altre figure che ricoprono ruoli direttivi nei diversi enti) finalizzato a garantire un approccio omogeneo all'introduzione dell'AI nei diversi setting (sanitario- sociosanitario).

Per massimizzare i risultati dell'introduzione guidata dell'AI si propone di condividere tra Regioni e PA interessate una comune progettualità atta a individuare su più ampia scala modelli organizzativi condivisi, punti di forza e criticità.

4. Individuazione dei setting di cura

L'identificazione dei contesti per l'inserimento dell'Assistente Infermiere deve soddisfare i criteri degli artt. 3 e 4 e dell'Allegato 1 – art. A del DPCM 28 febbraio 2025, con particolare riferimento alla stabilità clinica dell'utenza di riferimento, basandosi inoltre sulla valutazione congiunta dell'intensità di cura e della complessità assistenziale richiesta e presentata dalla casistica tipica o prevalente del setting, nonché sulle attività derivanti dalla relative pianificazioni infermieristiche (per le definizioni di intensità di cura e complessità assistenziale si veda il glossario - allegato 5) .

Si ritiene opportuno raccomandare, l'utilizzo sistematico di strumenti di classificazione rapida del rischio clinico e di allerta precoce (es. NEWS2), che consentono di definire puntualmente e monitorare la stabilità clinica dell'utenza di riferimento e, quindi, di supportare le decisioni infermieristiche in merito all'attribuzione di attività all'AI, come specificato nel paragrafo successivo.

Poiché l'operatività dell'AI richiede integrazione e dipendenza funzionale dall'Infermiere, risulta critica l'adeguata definizione dello skill-mix dell'équipe, assicurando un apporto infermieristico tale da garantire invarianza della qualità e sicurezza dei processi assistenziali. A tal fine, nella riprogettazione dei processi assistenziali e dei relativi staff-mix, è raccomandato l'impiego di strumenti di misurazione della complessità e del carico assistenziale.

Al fine di procedere all'introduzione guidata dell'AI, si suggerisce di privilegiare, in via prioritaria, setting che presentino la combinazione più favorevole delle caratteristiche sopra descritte, in particolare, quelle e che per loro caratterizzazione rispondono a bisogni assistenziali di persone adulte/anziane, in condizioni di stabilità clinica e situazioni a bassa discrezionalità decisionale ed elevata standardizzazione e i cui staff prevedono la presenza dell'infermiere.

La successiva Tabella 1 riporta, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, le principali tipologie di setting potenzialmente eleggibili per la prima fase di introduzione dell'AI (a partire dai riquadri in verde), riconducibili in via orientativa a diversi livelli di intensità di cura e complessità assistenziale.

Per ridurre il rischio di parcellizzazione dell'assistenza, si raccomanda inoltre di privilegiare setting in cui le modalità di approccio assistenziale risultino centrate sul paziente e presentino una organizzazione del lavoro per compiti residuale.

Tabella 1 – Classificazione dei setting per complessità assistenziale e intensità di cura (a titolo esemplificativo e non esaustivo)

		COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE		
		Bassa	Moderata	Alta
INTENSITÀ DI CURA	Bassa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strutture residenziali per anziani ▪ Centri diurni (anziani/disabilità) ▪ Comunità per adulti ▪ Case della Comunità ▪ Aree poliambulatoriali ▪ Servizi e Assistenza domiciliare di base ▪ Servizi e residenze Salute Mentale e Dipendenze ▪ Sanità penitenziaria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Residenze socio Sanitarie (RSA) ▪ Ospedale di Comunità ▪ Lungodegenza estensiva ▪ Area di riabilitazione motoria e specialistica ▪ Ambulatori specialistici ▪ Servizi per disabilità 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospice ▪ Setting residenziali ad alta dipendenza, anche Salute Mentale, Dipendenze, Sanità penitenziaria
	Media	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aree mediche/chirurgiche, ciclo one day e week ▪ Day Hospital e Day Service medici e chirurgici, anche specialistici 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aree mediche/chirurgiche di degenera ordinaria anche con accesso in urgenza ▪ Cure intermedie ▪ Aree di lungodegenza ospedaliera post-acuti ▪ Servizi disabilità complesse ▪ REMS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aree geriatriche e ortogeriatriche ▪ UUOO di riabilitazione specialistiche di 3° livello e gravi disabilità ▪ Piattaforme mediche/chirurgiche a media intensità di cura ▪ UUOO di Oncologia medica e cure palliative ▪ UUOO domiciliari di cure palliative ▪ Hospice ▪ Setting residenziali Salute Mentale -Dipendenze ad alta intensità
	Alta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aree di accoglienza/recovery post-procedurale, diagnostiche ed interventistiche – compatti operatori e di anestesia non in Sala operatoria (NORA) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UUOO degenza cardiologica ▪ Aree mediche/ chirurgiche ad elevata intensità di cura 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UUOO Terapia sub-intensiva/intensiva ▪ UUOO Pronto Soccorso ▪ Sale operatorie

5. Strumenti e metodi per la profilazione degli assistiti in base alla stabilità clinica

La **stabilità clinica** è la condizione in cui i parametri vitali e gli indicatori clinici di una persona restano entro limiti di sicurezza, senza variazioni rapide o rischi imminenti. Il paziente è stabile quando il quadro è prevedibile e controllato, non richiede decisioni complesse o interventi urgenti e presenta una terapia e un decorso costanti nel tempo.

Per intercettare precocemente i pazienti che possono andare incontro a instabilità clinica e al fine di standardizzare il processo di identificazione dei pazienti in deterioramento e l'escalation delle cure la letteratura raccomanda l'utilizzo di strumenti standardizzati che permettono di tradurre i segni clinici in punteggi e profili di rischio, come il sistema di allerta rapido NEWS2 (NEWS2, Royal College of Physicians, 2017), oggi riferimento internazionale per la rilevazione e il monitoraggio del deterioramento clinico, grazie alla sua capacità di individuare tempestivamente i primi segnali di instabilità.

La profilazione degli assistiti in base alla stabilità clinica è essenziale per pianificare risorse, definire intensità assistenziali e garantire appropriatezza delle cure e, in ogni caso, richiede un approccio integrato e multiparametrico.

Oltre alla stabilità clinica può essere utile integrare la valutazione con:

- valutazioni infermieristiche focalizzate su “segnali soft” di deterioramento clinico considerati primi segnali di instabilità nelle persone fragili, soprattutto negli anziani con più comorbidità:

- cambiamenti sottili, come ad es. confusione, ridotto appetito, comportamento insolito, modifica della mobilità e dell’interazione sociale. Questi elementi, frutto della prossimità dell’infermiere al paziente, completano la lettura dei dati strumentali;
- valutazione multidisciplinare: il coinvolgimento di diverse professionalità (medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologi) consente di integrare la prospettiva clinica, assistenziale e socio-relazionale, restituendo un quadro più realistico della stabilità complessiva dell’assistito.

6. Sensibilizzazione e formazione rivolta a tutti componenti dei team

I team assistenziali, nella maggior parte dei casi costituiti da infermieri e OSS, rappresentano la maggior parte del personale impegnato nelle attività di cura; l’introduzione dell’AI ha un impatto che va oltre la costituzione del team assistenziale, incidendo sulla riorganizzazione del lavoro e sui processi di erogazione dell’assistenza, motivi per i quali tutte le figure implicate nei processi di cura (Coordinatori, Medici, infermieri, OSS, altre figure) con diverso grado di coinvolgimento devono essere inserite in un programma di sensibilizzazione-informazione-formazione relativo alla conoscenza del profilo di AI, alle competenze proprie, alle relazioni professionali con il personale infermieristico e agli strumenti di integrazione professionale di cui si intende avvalersi.

Va posto un particolare accento nel rinforzare la consapevolezza da parte del personale infermieristico rispetto alle funzioni professionali proprie, che spazia dalle funzioni di prevenzione e promozione della salute, all’area delle cure fondamentali (comunemente denominate “di base”), fino a quelle specifiche per problemi/diagnosi infermieristiche, finalizzata a evitare la parcellizzazione eccessiva dell’erogazione delle cure e il diffondersi dell’approccio assistenziale “funzionale o per giri”.

Ulteriori aspetti da presidiare sono: il rafforzamento preliminare delle competenze di *change management*, di leadership e di riprogettazione organizzativa da parte dei dirigenti e coordinatori, delle competenze relative all’esercizio delle funzioni infermieristiche (pianificazione, educazione) e delle attività di attribuzione e supervisione.

7. Strumenti organizzativi

Allo scopo di agevolare i processi di riorganizzazione si raccomanda l’introduzione di strumenti di supporto gestionale per la schedulazione oraria, anche con supporto dell’intelligenza artificiale, che permettono di collegare le informazioni relative alla complessità assistenziale contestuale, con il profilo di competenze di ogni lavoratore (*skill mix*), con le esigenze di copertura oraria del turno e la situazione oraria del personale.

8. Adeguamento degli strumenti di integrazione professionale

Assumono particolare rilievo, considerata la riorganizzazione dei team e la revisione dei piani di lavoro, gli strumenti di integrazione professionale come i piani infermieristici individuali, i piani standard, con particolare riguardo al diario del paziente e alla fase di handover infermieristico.

Particolare attenzione deve essere posta all’integrazione dell’AI nel team assistenziale e all’analisi dei processi assistenziali e redistribuzione degli stessi; si raccomanda che nei team gli AI siano associati agli infermieri e non assegnati a gruppi di pazienti/utenti e che vengano adottati modelli di presa in carico degli assistiti con i quali si riduca al minimo la parcellizzazione dell’assistenza (*primary nursing*, piccole equipe, per settori).

L'introduzione dell'AI richiede che gli strumenti di integrazione professionale vengano resi fruibili per le parti di competenza dell'AI, permettendo la registrazione diretta delle attività svolte.

Vanno affinate le modalità di supervisione diretta e gli strumenti per quella indiretta, compresi quelli di *connected care* che consentono la supervisione a distanza.

9. Individuazione di infermieri-guida per l'inserimento dell'AI nei team assistenziali

Si raccomanda di guidare l'inserimento dell'AI nei singoli contesti organizzativi attraverso l'individuazione di infermieri competenti (con esperienza professionale nel contesto di almeno 2 anni) che fungano da supervisore e guidino gli AI facilitando il processo di inserimento nel team. Per lo svolgimento di tale funzione sarà necessario prevedere opportuna formazione finalizzata alla conoscenza approfondita del profilo dell'AI, alle strategie di attribuzione e supervisione all'interno del piano assistenziale, alle relazioni e responsabilità, al progetto specifico di inserimento della figura nel team e altre tematiche specifiche collegate alla riorganizzazione.

Allegato 3

Documento tecnico per la gestione dei corsi di Assistente Infermiere

Il presente documento ha l'obiettivo di orientare aspetti operativi relativi alla gestione dei corsi di assistente infermiere.

Struttura Organizzativa del Corso

Coordinatore del Corso: requisiti e funzioni

Il DPCM prevede che il Coordinatore del corso sia un infermiere in possesso della laurea magistrale, o di titolo equipollente o riconosciuto equivalente secondo la normativa vigente, con esperienza professionale di almeno tre anni negli ultimi cinque in ambito sanitario o sociosanitario. A tale figura è attribuita la responsabilità di garantire la realizzazione delle attività didattiche, la progettazione del tirocinio e delle attività di studio guidato, nonché l'integrazione tra formazione teorica e tirocinio.

Si suggerisce il seguente profilo di responsabilità del Coordinatore:

- garantire la coerenza del processo formativo e la sua aderenza al profilo professionale e all'ordinamento didattico;
- garantire la progettazione, il coordinamento e la valutazione delle attività formative teoriche e di tirocinio, in conformità agli indirizzi regionali e nazionali, in collaborazione con docenti e tutor;
- promuovere e verificare la qualità complessiva del sistema formativo;
- fornire consulenza per l'attività didattica dei docenti e dei conduttori di laboratorio;
- garantire un servizio di tutorato agli/alle studenti/esse, avvalendosi dei tutor e del supporto formativo del corpo docente;
- individuare le strutture qualificate come sedi di tirocinio e, in collaborazione con tutor e responsabili dei servizi, identificare gli infermieri cui attribuire il ruolo di guida di tirocinio;
- promuovere e assicurare processi di valutazione formativa e certificativa del tirocinio in collaborazione con i tutor;
- collaborare e facilitare l'integrazione tra formazione professionale, corso di laurea in infermieristica e strutture/contesti di pratica, nonché i futuri ambiti lavorativi dell'Assistente infermiere.

Si suggerisce/raccomanda inoltre alla struttura formativa di individuare il Coordinatore tramite un avviso che valorizzi l'esperienza lavorativa maturata all'interno del corso di laurea in infermieristica, al fine di agevolare l'integrazione e favorire lo sviluppo professionale lungo la filiera formativa infermieristica.

Docenti del corso

Il DPCM stabilisce che l'affidamento della docenza avviene sulla base della valutazione del curriculum professionale e scientifico, individuando requisiti essenziali di accesso all'incarico.

In coerenza con la natura del profilo e con la collaborazione e supervisione diretta dell'infermiere, si raccomanda alla struttura formativa di considerare per l'individuazione dei docenti e delle attività esercitative il titolo di infermiere come requisito per le aree disciplinari: area della rilevazione dei

parametri, segni e funzioni; area della rilevazione del dolore e delle cure di fine vita, area della preparazione e assunzione di prescrizioni terapeutiche.

Si suggerisce inoltre di definire i doveri dei docenti, precisando che è richiesto di:

- partecipare alle riunioni di programmazione didattica e di coordinamento interdisciplinare;
- garantire l'insegnamento dei contenuti previsti dal piano di studio, assicurandone la coerenza con gli obiettivi formativi complessivi;
- proporre testi di riferimento e/o predisporre materiali didattici di supporto allo studio;
- assicurare momenti di ricevimento e supporto agli/alle studenti/esse;
- adottare metodologie didattiche che favoriscano l'apprendimento attivo e l'interazione sia tra studenti/esse sia tra studenti/esse e docenti;
- garantire la valutazione degli apprendimenti, attraverso verifiche predisposte con modalità coerenti con obiettivi, contenuti e metodologie didattiche.

Tutor e guide di tirocinio

Il DPCM prevede che l'organizzazione e la supervisione dei tirocini sia affidata a un tutor, individuato tra i professionisti sanitari appartenenti al profilo di infermiere, con almeno due anni di esperienza professionale in ambito sanitario o sociosanitario.

Il tutor è responsabile delle attività di rielaborazione delle esperienze di tirocinio, finalizzate alla sistematizzazione e all'integrazione delle conoscenze apprese. Tali attività sono comprese nel monte ore complessivo del tirocinio e possono variare da 10 a 20 ore.

Si raccomanda alla struttura formativa di individuare i tutor in possesso della laurea triennale in infermieristica, o titolo equipollente o riconosciuto equivalente, sulla base della valutazione del curriculum. Le principali funzioni del tutor sono già definite dal DPCM; ai fini dell'individuazione della figura si suggerisce di considerare, come elementi di valutazione:

- esperienze documentate di tutorato clinico;
- partecipazione a percorsi formativi nell'ambito della didattica e della metodologia tutoriale;
- attività svolte in contesti formativi universitari o professionali;
- capacità di conduzione di sessioni tutoriali (briefing, debriefing, simulazioni, esercitazioni);
- competenze organizzative e di collaborazione nella progettazione formativa del corso.

Il DPCM prevede che l'attività di tirocinio sia svolta con il ricorso a guide di tirocinio, individuate tra il personale già operante presso le strutture nelle quali si svolge il tirocinio, purché adeguatamente formato, qualificato e competente nelle attività che devono essere apprese dallo studente/ssa.

Si raccomanda alla Struttura formativa di individuare le guide di tirocinio nel tramite del Coordinatore del Corso congiuntamente ai responsabili delle Strutture ospitanti- Direttori delle professioni sanitarie, tra gli infermieri in servizio nelle strutture stesse, al fine di garantire la coerenza formativa con il profilo dell'Assistente infermiere.

Attività didattica teorico-pratica del corso

Il DPCM prevede che l'attività didattica sia di norma svolta in presenza, al fine di favorire l'apprendimento mediante un approccio interattivo, che integri costantemente le conoscenze teoriche con quelle pratiche. È previsto inoltre che ogni modulo formativo si concluda con una prova di valutazione

dell'apprendimento, garantendo così una progressiva e continua verifica delle competenze acquisite. Le lezioni afferenti all'area delle relazioni professionali possono essere realizzate anche in modalità FAD.

Si raccomanda/ suggerisce alle strutture formative di prevedere nel progetto complessivo indicazioni relative a

- a) adottare metodologie didattiche interattive e contestualizzate, che pongano lo studente in una posizione attiva rispetto all'acquisizione dei contenuti;
- b) introdurre misure compensative e di adattamento ragionevole per gli studenti in condizione di disabilità certificata ai sensi della L. 104/92, o con disturbo specifico dell'apprendimento (DSA) diagnosticato e certificato ai sensi della L. 170/2010. Tali misure non possono comportare la riduzione delle competenze ritenute irrinunciabili, né l'eliminazione delle performance tecniche necessarie all'esercizio della professione.

Le metodologie didattiche devono essere variate e coerenti con i contenuti formativi, in particolare quando si trattano abilità pratiche e tecnico-operative. Oltre alle tradizionali lezioni frontali di inquadramento, è opportuno valorizzare i contenuti nelle lezioni teoriche, con l'utilizzo di:

- dimostrazione concettuale: illustrazione passo per passo di procedure o abilità, integrata da supporti visivi (slide, schede operative, video dimostrativi), seguita da discussione.
- apprendimento basato su specifiche situazioni concrete di pratica
- uso di supporti multimediali: video tutorial, schede check-list e materiali digitali che traducono la teoria in sequenze operative osservabili e ripetibili.

Tirocinio

Il DPCM fornisce indicazione relative alla propedeuticità delle esercitazioni al tirocinio. Indica inoltre che il tirocinio sia guidato e finalizzato all'apprendimento delle attività descritte nel suo allegato e con il coinvolgimento diretto dei tirocinanti nelle attività previste.

L'organizzazione del percorso di tirocinio deve prevedere massimo tre esperienze, presso gli enti pubblici e/o privati autorizzati e/o accreditati in modo da garantire l'acquisizione delle competenze previste. Il personale che già opera in contesti sanitari, socio-sanitari, socio-assistenziali e/o scolastici può svolgere il tirocinio, fino ad un massimo del 30% del monte ore complessivo, presso la medesima struttura, purché le attività svolte siano coerenti con le competenze previste e vengano attivate le procedure relative al tirocinio curricolare nel rispetto della normativa vigente.

Si raccomanda alle strutture formative di elaborare un progetto di tirocinio che documenta e presenta agli studenti/esse

- i laboratori propedeutici necessari ad affrontare in sicurezza e con adeguata preparazione i tirocini;
- gli obiettivi formativi generali e specifici, collegati agli standard professionali di riferimento;
- gli standard attesi di competenza, le attività da sperimentare;
- gli strumenti di supporto, quali sistemi di rilevazione e certificazione delle frequenze, con l'indicazione del monte ore atteso;
- le modalità di recupero di eventuali assenze e, se necessario, le procedure per richiedere e svolgere tirocini supplementari finalizzati al raggiungimento degli obiettivi;

- le modalità di valutazione, tramite schede di valutazione formative ad uso delle guide di tirocinio, che garantiscano il valore educativo-formativo dell'esperienza.

Si raccomanda inoltre che siano previsti monitoraggi periodici al fine di verificare la coerenza dell'organizzazione del tirocinio con gli obiettivi individuati e il monitoraggio delle sedi di tirocinio in riferimento agli affiancamenti in equipe nonché l'utilizzo di metodologie didattiche favorenti l'apprendimento nell'adulto.

Al termine del percorso formativo è effettuata in modo collegiale - dal Coordinatore del Corso e tutor - una valutazione certificativa che accerta i livelli raggiunti nelle competenze professionali attese. Tale valutazione riflette la sintesi delle valutazioni formative delle esperienze di tirocinio e il livello di performance dimostrata all'esame di tirocinio.

Allegato 4

Linee di indirizzo per lo svolgimento dell'esame di qualifica dei corsi di Assistente Infermiere

Premessa

Il presente documento ha come obiettivo quello di mettere in evidenza il contributo dei rappresentanti designati dagli Ordini delle Professioni Infermieristiche (OPI), in qualità di Commissari, nello svolgimento dell'esame finale per il conseguimento della qualifica di Assistente Infermiere. Gli OPI rivestono infatti un ruolo fondamentale nella fase di validazione del percorso formativo degli studenti, come previsto dal comma 5 dell'art. 16 del DPCM in parola.

Il percorso formativo normato, infatti, si conclude con un esame finale di qualifica, al quale sono ammessi gli studenti che al termine del percorso formativo abbiano riportato valutazioni positive in tutte le materie di insegnamento e nel tirocinio.

Commissione per l'esame di qualifica

La Commissione per l'esame di qualifica è nominata dall'azienda sanitaria o ente del Servizio sanitario regionale o provinciale sede del corso ed è composta come segue:

- un rappresentante della Regione o della Provincia autonoma di Trento e di Bolzano con funzione di presidente della commissione;
- due infermieri, esterni all'organizzazione del corso e designati dall'Ordine professionale territorialmente competente;
- il coordinatore del corso o un tutor;
- un docente del corso.

Ulteriori componenti possono essere individuati dalle regioni e dalle province autonome.

Esame di qualifica

Il DPCM prevede l'ammissione all'esame di qualifica degli/delle studenti/esse che al termine del percorso formativo hanno frequentato almeno il 90% delle attività formative e riportato valutazioni positive in tutte le materie di insegnamento e nel tirocinio. Ai fini della validità del titolo è obbligatorio che le attività formative, teoriche e pratiche, si svolgano interamente nel territorio della regione o della Provincia autonoma in cui è stato autorizzato il corso, così come il relativo esame finale.

L'esame di qualifica deve essere organizzato e gestito secondo principi di trasparenza e tracciabilità delle procedure; consiste in una prova teorica e una prova pratica finalizzate a verificare rispettivamente l'apprendimento delle conoscenze e l'acquisizione di abilità pratiche e tecniche previste dal profilo. Le Regioni e le Province autonome provvedono alla definizione dei criteri per la costituzione delle prove di esame e l'esame si intende superato qualora entrambe le prove risultino positive.

Si suggerisce che la prova teorica, finalizzata a verificare il possesso dei contenuti essenziali delle materie di insegnamento previste, con particolare riguardo agli aspetti relativi alla responsabilità e alle relazioni professionali con l'infermiere, sia preferibilmente in forma scritta e costituita da domande teoriche a risposta breve.

Si raccomanda che la prova pratica sia finalizzata a valutare l'acquisizione delle abilità tecnico-operative e pratiche attraverso simulazioni che permettano di valutare il raggiungimento del livello

minimo accettabile di padronanza di tecniche, nella loro interezza o per parti, con particolare riguardo a quelle relative alla competenza 2 “collaborare con gli infermieri nello svolgimento di attività assistenziali a carattere sanitario”, di seguito riportata. Tali attività dovranno essere adeguatamente apprezzate e certificate in sede d'esame, con riferimento ad almeno due abilità minime.

La prova pratica non può ridursi alla discussione di elaborati scritti o di casi, ma deve accettare concretamente le capacità psico-motorie, la logica operativa e l'autonomia di esecuzione dell'operatore rispetto alle competenze previste e la capacità di comprendere indicazioni e applicare procedure.

COMPETENZA 2	
Collaborare con gli infermieri nello svolgimento di attività assistenziali a carattere sanitario	
ABILITÀ MINIME	CONOSCENZE ESSENZIALI
Somministrare la nutrizione entrale in condizioni di stabilità clinica. Effettuare la medicazione della gastrostomia stabilizzata.	Vie di somministrazione della nutrizione entrale: sondino nasogastrico (SNG), gastrostomia (PEG), digiunostomia (PEJ). Principali miscele nutritive e modalità di somministrazione. Posizionamento dell'assistito, sorveglianza, rilevazione e segnalazione di complicanze. Procedure per la medicazione della gastrostomia stabilizzata, principali alterazioni.
Effettuare l'aspirazione delle secrezioni oro-faringee, naso-faringee. Effettuare, in assistiti con tracheostomia stabilizzata e clinicamente stabili, l'aspirazione delle secrezioni, la medicazione, la pulizia della cannula tracheostomica.	Anatomia delle prime vie respiratorie; principali alterazioni della cute peristomale. Le cannule tracheostomiche e loro pulizia. Procedure per l'aspirazione oro-faringea, naso-faringea e da tracheostomia stabilizzata. La medicazione della tracheostomia .
Effettuare la pulizia e cura della cute di stomie stabilizzate e la sostituzione dello specifico sistema di raccolta.	Cenni di anatomia del colon-retto e sistema urinario. Tipologie di stomie, sistemi di raccolta. Igiene e cura della cute peristomale. Osservazione della stomia e prevenzione di complicanze. Procedura per la medicazione delle enterostomie e urostomie.
In situazioni di stabilità clinica e trattamenti cronici, preparare e far assumere farmaci per via naturale (orale e sublinguale, topica: transdermica, cutanea, otologica, oftalmica, nasale, inalatoria, vaginale, rettale), tramite accessi enterali stabilizzati. Previa valutazione dell'infermiere delle condizioni clinico-assistenziali e con la sua supervisione somministra farmaci per via intramuscolare, sottocutanea.	Preparare e fare assumere terapia non iniettiva: <ul style="list-style-type: none"> - definizione di farmaco e forme farmaceutiche (gocce, compresse, capsule, sciroppi,..); - le vie di assunzione: caratteristiche - calcoli del dosaggio e unità di misura - caratteristiche di una indicazione prescrittiva: nome farmaceutico, dosaggio, via, orario, a stomaco vuoto/pieno, possibilità di polverizzazione/triturazione - ambiti di competenza del medico/infermiere/OSS, - modalità di manipolazione di un farmaco e modalità di assunzione, - criteri di sicurezza nell'assunzione della terapia. Modalità di preparazione e inoculazione di farmaci tramite sonda entrale: tipologia e quantità di acqua, sequenza e posizione.
	Collaborare con gli infermieri nella somministrazione per via sottocutanea e intramuscolare in soggetti individuati sulla base delle condizioni clinico-assistenziali: caratteristiche anatomiche dei siti di inoculazione, tipologia di farmaci di uso frequente (anticoagulanti, insulina, antidolorifici), dosaggi e unità di misura, controllo della cute e alterazioni cutanee da segnalare, completezza della prescrizione di un trattamento sottocutaneo/intramuscolare, segnali di allerta.

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

In particolare, occorre selezionare le abilità minime - attività attribuibili assicurando:

- un equilibrato campionamento delle abilità da certificare affinché siano esemplari della pratica attesa dell'Assistente Infermiere, evitando enfasi sui dettagli;
- una chiara esplorazione non solo sull'ambito tecnico operativo, ma anche sul grado di autonomia e connessa responsabilità, intrinseche al ruolo di figura di supporto, in relazione al professionista sanitario.

È opportuno considerare di progettare prove con un grado di standardizzazione che esponga ogni candidato:

- ad un livello di complessità comparabile;
- ad una prova in cui il livello dell'esito atteso sia predefinito e condiviso dalla Commissione per ridurre la variabilità di giudizio dei valutatori.

Ulteriori Raccomandazioni

Si raccomanda di **agli Ordini delle Professioni Infermieristiche** di:

- a) individuare un gruppo di professionisti possibili Rappresentanti della Commissione:
 - di profilo infermiere (art. 16, comma 5 del DPCM in parola);
 - con adeguato curriculum, preferibilmente in possesso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Oste-triche.
 - con comprovata esperienza nei setting di particolare impiego dell'Assistente Infermiere, così come individuati dall'art. 3 ("L'assistente infermiere opera nei contesti territoriali e ospedalieri, sanitari, socio-sanitari e sociali, presso servizi e strutture residenziali, semi-residenziali e diurne, a domicilio della persona, nelle strutture specificatamente dedicate alla disabilità, servizi ambulatoriali e in altri ambiti di intervento che in ragione dell'evoluzione delle organizzazioni e delle necessità assistenziali possono necessitare dell'inserimento di assistente infermiere");
 - esterni all'organizzazione del corso (art. 16, comma 5 del DPCM in parola);
 - che condividono la visione che la FNOPI esprime rispetto all'Infermieristica e all'Infermieristica Pediatrica. A tal fine, sono raccomandate iniziative di formazione specifica sul ruolo di rappresentante dell'OPI, sulle finalità e caratteristiche dell'esame di qualifica.
- a) comunicare al Coordinatore del corso i professionisti individuati in modo da creare collaborazione e partecipazione ad iniziative formative o di progettazione delle prove;
- b) promuovere iniziative di collaborazione con i Coordinatori dei corsi di formazione di riferimento territoriale, per condividere la visione dell'Infermieristica e dell'Infermieristica Pediatrica, anche in ottica di evoluzione dei modelli organizzativi;
- c) attivare strategie di confronto tra gli Ordini delle Professioni Infermieristiche, anche in seno ai coordinamenti regionali sulle competenze, metodologie e strumenti adottati a livello locale negli esami di qualifica;
- d) partecipare e contribuire attivamente alla valutazione durante la sessione d'esame;
- e) elaborare un feedback costruttivo da analizzare e discutere con i coordinatori dei corsi di formazione, rispetto alla modalità, al livello richiesto, alla congruenza con le competenze/abilità attese e agli esiti della prova pratica, per attivare strategie di miglioramento;
- f) garantire, una mappatura inerente alle attività svolte nei corsi di formazione (n. corsi, n. candidati, n. esami superati, tipologia prove, ecc.), anche attraverso un flusso di rendicontazione alla FNOPI.

Si raccomanda ai **Coordinatori dei corsi di formazione** di:

- a) valorizzare l'importanza dell'esame di qualifica, la sua finalità e specificità e richiamando la sua rilevanza lungo l'intero percorso formativo;
- b) offrire un percorso di preparazione all'esame di qualifica rendendo trasparenti gli standard attesi e offrendo linee guida/documenti di indirizzo;
- c) assicurare un feedback tempestivo delle aree di competenza, particolarmente per le attività attribuibili più critiche;
- d) promuovere iniziative di collaborazione con gli Ordini delle Professioni Infermieristiche di riferimento per condividere la visione dell'Infermieristica e le criticità nell'implementazione della figura di supporto, sia nei confronti dell'Infermiere, che dell'organizzazione e dell'Assistente Infermiere stesso, per discutere periodicamente gli esiti degli esami di qualifica e per attivare strategie di miglioramento;
- e) attivare strategie di confronto con i corsi di formazione limitrofi, a livello provinciale e regionale al fine di armonizzare le competenze finali attese;
- f) attivare confronti sistematici con i Direttori / Dirigenti dei Servizi infermieristici e gli Infermieri Coordinatori delle realtà coinvolte al fine di sviluppare politiche di integrazione, acquisire dati utili al monitoraggio delle competenze valutate;
- g) valutare sistematicamente la proporzione di successo e insuccesso all'esame di qualifica, anche in riferimento alle performance raggiunte dagli studenti nei tirocini.

Allegato 5

Glossario minimo relativo ad aspetti della relazione professionale tra Infermiere e Assistente Infermiere

Attribuzione. Assegnazione, a seguito di valutazioni specifiche e puntuali su uno o più specifici casi assistenziali, in relazione ai compiti alle attività previste dal profilo di riferimento o dettagliate nei piani di lavoro di uno specifico contesto operativo, rientranti nelle competenze di un operatore, che possono essere svolte in autonomia o in collaborazione. L'attribuzione richiede conoscenza del perimetro di autonomia e responsabilità professionale, oltre a processi di valutazione e *decision making* che si sviluppano nel tempo attraverso la pratica, sia rispetto all'individuazione delle attività attribuibili, sia rispetto alle abilità possedute da uno specifico operatore.

La letteratura evidenzia come i neolaureati e infermieri novizi non hanno ancora sviluppato competenze di leadership per attribuire in modo efficace.

Bassa discrezionalità decisionale. Situazione in cui l'operatore dispone di un margine molto limitato di scelta o autonomia nell'agire, perché le azioni sono già predefinite da procedure. L'operatore non valuta alternative ma applica condotte già stabilite. Il potere decisionale individuale è ridotto a favore della coerenza e della sicurezza.

Coadiuvare significa collaborare attivamente, con ruolo di supporto, alle attività cliniche e assistenziali svolte da altri professionisti, secondo un approccio multidisciplinare. Implica partecipazione, condivisione di conoscenze e svolgimento di compiti complementari.

Collaborare significa operare insieme con altri operatori, appartenenti allo stesso o diversi profili professionali, contribuendo con l'opera propria per il conseguimento degli obiettivi assistenziali e terapeutici. Condizione fondamentale per la collaborazione fra diversi soggetti è il rispetto delle competenze, delle logiche, delle culture e dei linguaggi differenti che deve guidare le relazioni tra i gruppi professionali; un rispetto che si esprime nell'accettazione e nel riconoscimento del ruolo, del valore e del contributo dell'altro. Si basa sulla comunicazione, la condivisione delle informazioni e il rispetto reciproco delle competenze.

Complessità assistenziale. È un concetto ampio che racchiude tutti i bisogni assistenziali del paziente, valutando quanto l'assistenza richiesta sia multifattoriale, cioè non solo basata su aspetti clinici, ma includendo dimensioni quali la dipendenza funzionale, condizioni psicologiche, la gravità/instabilità clinica, la quantità di tempo e lavoro infermieristico necessario, il carico delle procedure, la tecnologia richiesta, le competenze professionali, le relazioni familiari/sociali, e il contesto ambientale.

In termini operativi, la complessità assistenziale misura quanto impegno, risorse umane, competenze, tempo, vigilanza e organizzazione sono necessari per soddisfare i bisogni di un paziente garantendo un'assistenza sicura e appropriata.

È espressione non solo della severità clinica ma anche del livello di dipendenza dell'assistito dalle cure, della necessità di interventi multidisciplinari, della variabilità dei bisogni e della prevedibilità del decorso. La complessità assistenziale richiede un'attenta pianificazione, un'elevata integrazione

professionale e l'impiego di strumenti di valutazione validati (es. indici di complessità assistenziale, sistemi di classificazione dei pazienti) che permettono di graduarla su livelli crescenti (bassa, moderata, alta). Tale valutazione guida la pianificazione del personale necessario, l'organizzazione dei team, la distribuzione dei carichi di lavoro, l'allocazione delle risorse, la definizione delle dotazioni organiche, degli standard assistenziali e l'adattamento del setting di cura alle effettive necessità.

Elevata standardizzazione. Elevato grado di uniformità nelle modalità operative, ottenuto attraverso regole, procedure, e sistemi di controllo che garantiscono che un compito venga svolto nello stesso modo da operatori diversi. I processi sono altamente formalizzati, con obiettivo di minimizzare la variabilità ed elevare l'affidabilità delle prestazioni. (Mitzberg, 1979)

Fornire specifiche indicazioni. È l'atto attraverso il quale il professionista trasferisce ad un altro operatore in modo chiaro e circoscritto, le istruzioni necessarie all'esecuzione di una determinata attività assistenziale. L'elemento qualificante è la direzionalità: il professionista (infermiere) mantiene la responsabilità del processo ed esiti, mentre l'assistente esegue compiti espressamente delimitati, rispetto all'esecuzione dei quali è responsabile. Si riferisce quindi ad un processo di orientamento, guida e delimitazione dell'azione che permette all'assistente di operare in sicurezza e nel rispetto del piano assistenziale. Implica l'utilizzo di eventuali strumenti/mezzi da utilizzare (schede di rilevazione, procedure, documentazione sanitaria, piani assistenziali), una chiara contestualizzazione alla situazione (es. tempi, durata, modalità), definizione dei limiti di intervento. Le indicazioni verbali vengono comunicate direttamente durante turni o briefing, sempre nel rispetto delle procedure operative.

Gravità e stabilità clinica dell'assistito. La gravità clinica identifica il livello di criticità delle condizioni del paziente attraverso una valutazione sistematica di sintomi, parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria, temperatura, stato di coscienza, saturazione di ossigeno) e anamnesi. Può essere classificata come lieve, moderata o grave in funzione delle potenziali conseguenze sulla salute, come morte, disabilità permanente o temporanea, oppure disturbi limitati. È fondamentale nella stratificazione dei percorsi di cura e nell'allocazione delle risorse assistenziali. L'infermiere utilizza scale specifiche, come MEWS (Modified Early Warning Score) e NEWS2 (National Early Warning Score), per attribuire il grado di severità clinica e priorità di intervento. Questa valutazione consente di stratificare i pazienti in categorie basate sulla necessità di cura: a basso rischio (monitoraggio routionario), rischio medio (necessità di osservazione e valutazione medica urgente), rischio alto (emergenza, necessità di intervento rianimatorio o monitoraggio intensivo). Nel triage infermieristico, la gravità clinica è codificata a partire dai sintomi principali, dai parametri vitali e dalla possibilità di complicanze.

La Stabilità clinica riguarda il grado di mantenimento o variazione delle condizioni cliniche di una persona, considerando il rischio di aggravamento o miglioramento. È la condizione del paziente in cui i parametri vitali e gli indicatori clinici sono entro limiti di sicurezza, senza rapidi cambiamenti o rischi immediati di deterioramento. La stabilità è sempre oggetto di rivalutazione e monitoraggio (ogni 12h, 4-6h, ora per ora o continuo): l'infermiere può disporre frequenza di controllo diverso in base al punteggio ottenuto con uno strumento validato in grado di rilevare variazioni cliniche. La valutazione di stabilità o instabilità guida l'allocazione del paziente nel setting più adeguato e la tempestività degli interventi assistenziali.

È stabile il paziente in stato prevedibile e controllato, che non richiede decisioni complesse o interventi urgenti (NEWS2, Royal College of Physicians, 2017) o non presenta peggioramenti o flussi acuti o una terapia stabile nel tempo, ad esempio da alcuni giorni, o che rimarrà stabile per alcuni giorni.

Intensità di cura. Rappresenta la quantità di risorse, tempo e competenze necessarie a garantire in sicurezza l'assistenza ad una persona in relazione al suo stato clinico e alla complessità dei bisogni. È direttamente correlata al livello di vigilanza richiesto, alla frequenza dei controlli, alla tipologia e numerosità degli interventi assistenziali e terapeutici da erogare in un determinato arco temporale. Può essere classificata su livelli (bassa, media, alta intensità) e varia in funzione sia della stabilità clinica sia della complessità assistenziale. L'intensità di cura costituisce un parametro organizzativo utile alla definizione dello skill mix, alla programmazione dei turni e alla scelta del setting di cura più adeguato.

Intervento assistenziale infermieristico. Gli interventi infermieristici pianificati rappresentano una prescrizione ovvero un'istruzione sulle modalità e comportamenti da mettere in atto. Una prescrizione di intervento correttamente formulata contiene i seguenti elementi: il ruolo del paziente e l'azione dell'infermiere che è espressa con un verbo (ad esempio: agire per, supportare, coinvolgere, addestrare, istruire, informare, dimostrare), le caratteristiche dell'azione dal punto di vista temporale, quando iniziare l'attività e con quale frequenza, la durata dell'intervento e come va effettuato.

Piano di assistenza. Contiene il progetto di cura infermieristica e contempla i problemi o le diagnosi infermieristiche, i risultati attesi e gli interventi da eseguire. Il piano assistenziale è parte integrante della documentazione sanitaria.

È strumento fondamentale di comunicazione tra infermieri, altri operatori sanitari, paziente e famiglia, garantendo sicurezza, qualità e personalizzazione dell'assistenza erogata. I piani possono essere personalizzati o standardizzati.

Supervisione. È il processo attraverso il quale un professionista più esperto controlla, guida e verifica le attività svolte da altri operatori per garantirne la correttezza e la sicurezza. Può essere diretta (presenza fisica) o indiretta (monitoraggio e revisione documentale) o a distanza (presenza da remoto), assicurando che gli standard di assistenza siano rispettati.

Riferimenti bibliografici

Shore CB, Maben J, Mold F, Winkley K, Cook A, Stenner K. Delegation of medication administration from registered nurses to non-registered support workers in community care settings: A systematic review with critical interpretive synthesis. Int J Nurs Stud. 2022 Feb;126:104121. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104121. Epub 2021 Oct 29. PMID: 34896760; PMCID: PMC8803545.

Crevacore C, Jacob E, Coventry LL, Duffield C. Integrative review: Factors impacting effective delegation practices by registered nurses to assistants in nursing. J Adv Nurs. 2023 Mar;79(3):885-895. doi: 10.1111/jan.15430. Epub 2022 Sep 5. PMID: 36062891.

Walker, F. A., Ball, M., Cleary, S., & Pisani, H. (2021). Transparent teamwork: The practice of supervision and delegation within the multi-tiered Nursing team. *Nursing Inquiry*, e12413.

Mcgilton K.S., Chu C.H., Shaw A.C., Wong R. & Ploeg J. (2016) Journal of Nursing Outcomes related to effective nurse supervision in long-term care homes: an integrative review Management 24, 1007–1026.

Brennan CW, Daly BJ. (2009) Patient acuity: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1114–26.

Burgos-Esteban A, Gea-Caballero V, Marín-Maicas P, Santillán-García A, Cordón-Hurtado MV, Marqués-Sule E, Giménez-Luzuriaga M, Juárez-Vela R, Sanchez-Gonzalez JL, García-Criado J, Santolalla-Arnedo I. Effectiveness of Early Warning Scores for Early Severity Assessment in Outpatient Emergency Care: A Systematic Review. *Front Public Health*. 2022 Jul 14;10:894906. doi: 10.3389/fpubh.2022.894906. PMID: 35910902; PMCID: PMC9330632.

Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP, 2017.

National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). National Guidelines for Nursing Delegation. *Journal of Nursing Regulation*. 2016;7(1):5–14.

Nissinboim N. et al. Process standardization and error reduction: a revisit from a choice approach. *Safety Science*. 2018; 103: 43-50.

Saiani L., Brugnoli A. Trattato di cure infermieristiche 3Edt 2021 Idelson Gnocchi Napoli.

Mintzberg H. *The Structuring of Organizations*. 1979 Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.