# ***COOPERATIVA SOCIALE CO.SER.ARL***

## *Progetto "STEP UP"*

***Avviso 43 del 20/03/2019***

## ***Corso: "OPERATORE SOCIO-SANITARIO"***

# Moduli formativi:

**I° Modulo: Gestione degli interventi igienico-sanitari**

**II° Modulo: Interagire con il contesto organizzativo**

**III° Modulo: Assistenza in contesto residenziale**

**IV° Modulo: La cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro**

# I° Modulo: Gestione degli interventi igienico-sanitari

**L'Operatore Socio-Sanitario** è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a:

- soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;
- favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.
- L'operatore socio-sanitario svolge la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario, in servizi di tipo socio-assistenziale e sociosanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente.

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

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

1. assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero;
2. intervento igienico-sanitario e di carattere sociale;
3. supporto gestionale, organizzativo e formativo

Elenco delle principali attività previste per l'operatore socio-sanitario:

**1. Assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero**:

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

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

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

**3.Supporto gestionale, organizzativo e formativo:**

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

**Competenze tecniche dell'operatore socio-sanitario**

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

- è in grado di utilizzare metodologie di lavoro comuni (schede, protocolli ecc.);
- è in grado di collaborare con l'utente e la sua famiglia: nel governo della casa e dell'ambiente di vita, nell'igiene e cambio biancheria; nella preparazione e/o aiuto all'assunzione dei pasti; quando necessario, e a domicilio, per l'effettuazione degli acquisti; nella sanificazione e sanitizzazione ambientale;
- è in grado di curare la pulizia e la manutenzione di arredi e attrezzature, nonché la conservazione degli stessi e il riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti;
- sa curare il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare;
- sa garantire la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario, e dei campioni per gli esami diagnostici, secondo protocolli stabiliti;
- sa svolgere attività finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto nella deambulazione, all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette.

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

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

**Competenze relative alle conoscenze richieste**

- Conosce le principali tipologie di utenti e le problematiche connesse;
- conosce le diverse fasi di elaborazione dei progetti di intervento personalizzati;
- riconosce per i vari ambiti, le dinamiche relazionali appropriate per rapportarsi all'utente sofferente, disorientato, agitato, demente o con handicap mentale ecc.;
- è in grado di riconoscere le situazioni ambientali e le condizioni dell'utente per le quali è necessario mettere in atto le differenti competenze tecniche;
- conosce le modalità di rilevazione, segnalazione e comunicazione dei problemi generali e specifici relativi all’utente;
- conosce le condizioni di rischio e le più comuni sindromi da prolungato allettamento e immobilizzazione;

- conosce i principali interventi semplici di educazione alla salute, rivolti agli utenti e ai loro famigliari;
- conosce l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e quella delle reti informali.

**Competenze relazionali**

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

## La comunicazione

Comunicare vuol dire condividere, mettere in comune e scambiare informazioni. La comunicazione è uno processo grazie al quale si trasmette, da persona a persona, una serie di concetti contenuti in un messaggio, in modo che il ricevente riesca a comprendere il significato del messaggio inviato dal mittente.
Nella comunicazione tra le persone si utilizzano:

- **messaggi verbali**: ciò che si dice con le parole
- **messaggi non verbali**: sguardo, espressione del viso, postura, gesti, distanza-vicinanza, contatto corporeo, ecc…
- **messaggi paraverbali**: intonazioni e modulazioni della voce (timbro, volume), inflessioni, pause, ritmi, silenzi, ecc ...

Per imparare a comunicare in modo funzionale ed efficiente è necessario avere:

- una **buona auto-consapevolezza** della propria comunicazione interpersonale (verbale, non verbale e paraverbale) e di quella intrapsichica (stati d'animo, intenzioni, ecc…)
- **una buona consapevolezza** dell'altro del suo punto di vista e delle sue emozioni (ponendo domande aperte, sviluppando empatia, ecc…).

Le competenze del buon comunicatore si possono dunque così enunciare:

- **ascolto attivo**: un processo dinamico in cui una persona ascolta un messaggio, lo interpreta e comunica la sua percezione al mittente;
- **empatia**: comprensione delle esperienze dell'altro come se fossero le proprie;
- **stile assertivo**: comunicazione chiara, diretta, sincera dei propri diritti e posizioni, tenendo conto e rispettando i diritti e le posizioni altrui.

**La relazione di aiuto**

Prima di parlare della comunicazione/relazione che intercorre tra OSS e persona assistita è opportuno fare una breve premessa sui concetti di salute, disagio e malattia.

**L'O.M.S.** definisce la salute come uno "stato di benessere fisico e psichico dell'organismo umano, derivante dal buon funzionamento di tutti gli organi e gli apparati", introducendo il concetto di qualità della vita. Per l'O.M.S., essendo la salute **un diritto fondamentale di ogni essere umano senza distinzione di razze, religione, credo politico, condizione economica e sociale, è necessario:**

- Assicurare alle popolazioni l'equità nei confronti della salute;
- Aggiungere vita agli anni quindi salute alla vita;
- Aggiungere anni alla vita aumentandone la speranza di vita media.

Il **disagio è privazione**, sofferenza; scarsità o mancanza di cose necessarie.

La **malattia** è uno stato patologico della funzione di un organo o di tutto l'organismo; dunque un'alterazione dello stato di salute. L'esperienza della malattia è una delle più critiche per una persona in quanto non ne controlla i fattori scatenanti, ne riduce la libertà e l'autonomia, avvicina all'esperienza del dolore e della sofferenza, prefigura la possibilità della morte. La malattia, dunque, non è qualcosa che interessa principalmente un organo o un apparato ma un **evento che interessa l'uomo nel suo insieme.**

**La relazione d'aiuto** si sviluppa a partire da una domanda di aiuto alla base della quale c'è una condizione di disagio, sofferenza e limitazione ed è caratterizzata da asimmetria di ruolo, diverso grado di responsabilità e reciprocità.
Si ha una relazione di aiuto quando vi è un incontro fra due persone di cui

- una si trova in condizioni di sofferenza, confusione, conflitto, disabilità, malattia rispetto a una determinata situazione o a un determinato problema
- l'altra invece è dotata di un grado "superiore" di adattamento, competenze e abilità, rispetto alla stessa situazione o problema.

Se fra queste due persone si riesce a stabilire una **relazione** (un contatto) che sia effettivamente di aiuto, allora è probabile che la persona in difficoltà inizi un qualche movimento di maturazione, miglioramento e apprendimento, che lo porti ad avvicinarsi all'altra persona o comunque a rispondere in modo più soddisfacente al proprio ambiente e alle proprie esigenze.

La comparsa di una malattia determina una crisi nell'esistenza della persona colpita e di chi lo assiste. Si tratta di conseguenze psicologiche e sociali (depressione, disperazione, carenza di motivazione al tipo di cura ...), spesso trascurate da chi è impegnato a dare il massimo sul versante delle cure tecnico-sanitarie e che influiscono negativamente sui risultati del trattamento.
Le moderne unità di riabilitazione comprendono, nel loro team interprofessionale, la figura dello psicologo, deputato a fornire un sostegno specifico ai pazienti e alle famiglie in difficoltà. Ma non basta. Occorre che tutto il setting riabilitativo sia orientato a sostenere emotivamente il paziente e i caregivers (famiglia, amici, parenti, ecc ...).

Per questo sarà compito di tutti gli operatori professionali improntare il proprio approccio al malato instaurando una *relazione d'aiuto.*

L' **Operatore Socio-Sanitario** può giocare nella relazione col paziente un importante ruolo in quanto deve saper svolgere attività di aiuto non solo attraverso interventi igienico-sanitari ma anche di carattere sociali al fine di evitare o ridurre il disagio fisico e psichico.

**Funzioni e competenze dell'OSS nella relazione di aiuto**

- Strumento protesico: situazioni di riaddestramento allo svolgimento delle attività quotidiane.
- Fonte d'informazione: collocazione nel tempo, spazio e storia personale.
- Fonte di stimolazione: in presenza di inerzia, apatia, demotivazione, scarso interesse per l'ambiente circostante da parte del paziente.
- Capace di prevenire, valutare e contenere sintomi comportamentali quali aggressività, agitazione psicomotoria, che ostacolano il processo di autonomia.
- Capace di: prendere decisioni, proponendo alternative rispetto alle scelte stereotipate del paziente.
- Fonte di feed-back se il paziente non è capace di valutare le ripercussioni sugli altri delle proprie manifestazioni.
- Fonte di gratificazione/frustrazione: in un rapporto educativo in cui il paziente è riaddestrato a riacquisire la maggiore autonomia possibile.

**Il comportamento dell'OSS verso la persona**

- L'osservazione dell'operatore non si focalizza sui deficit, ma sulle capacità residue in modo da potenziarle e rafforzarle;
- crea un clima positivo e sereno con lo scopo di incoraggiare gli sforzi, i tentativi di progredire, favorendo l'iniziativa in modo da rendere la persona parte attiva e partecipe;
- non crea illusioni;
- considera e accetta la persona per quella che è e non per quella che dovrebbe essere;
- pone la persona nelle condizioni migliori per raggiungere l'autonomia nel rispetto e nella considerazione del suo disagio.

**Per instaurare una corretta "relazione d'aiuto" l'OSS deve:**

- orientarsi sull'Altro, sul sè e sulla Relazione;
- avere un atteggiamento empatico (mettersi nei panni e comprendere il vissuto emotivo dell'Altro);
- modulare l'asimmetria ("insieme possiamo trovare alcune soluzioni al problema");
- usare messaggi diretti, sollecitanti, ma mai minacciosi;
- avere una comunicazione chiara, completa e congruente;
- indurre curiosità, aprire questioni, accettare e stimolare punti di vista diversi;
- ricercare le differenze e riconoscere nel disequilibrio l'inizio di nuovi equilibri;
- responsabilizzare l'Altro;
- avere autoironia;
- sollecitare l'Altro al protagonismo;
- ascoltare rispettando i sentimenti dell'Altro senza giudicare;
- essere fermo e autorevole essere leali e sinceri
- conoscere i propri limiti: non si può avere conoscenza di tutti i problemi essere consapevole che si commetteranno degli errori
- chiedere aiuto quando non sa cosa fare
- sapere che non si potrà "salvare" tutti e che vi saranno sempre situazioni che causeranno forti reazioni emotive.

**L'individuo come unità inscindibile Bio-psìco-socìale**

Si può definire la persona come una unità, un essere costituito ontologicamente da tre dimensioni inscindibili e interdipendenti: quella biologica, quella psicologica e quella sociale.

1. La **dimensione biologica** comprende ogni parte del corpo e sue funzionalità, il patrimonio genetico, assolutamente unico e irripetibile;

2. La **dimensione psicologica** comprende i processi cognitivi (percezione, apprendimento, memoria, linguaggio, pensiero, intelligenza) la vita affettiva (stati d'animo, emozioni, sentimenti, tono dell'umore), l'inconscio (la dimensione psichica che sfugge al nostro controllo e alla nostra conoscenza); la dimensione spirituale;

3. La **dimensione sociale** che significa innanzitutto riconoscere l'aspetto delle relazioni nella vita individuale (e implica anche l'ambiente) in tutte le sue accezioni: contesto, clima e tutti gli aspetti fisici del luogo in cui ci troviamo a vivere;

Da queste analisi emerge che ogni persona è un essere determinato da una tale quantità e complessità di fattori che con si potranno mai comprendere ed esaurire, né mai ripetere nello stesso modo (neanche per i fratelli gemelli). Inoltre ogni evento che avviene in una delle dimensioni della persona, che sia quella biologica, psicologica o sociale, coinvolge inevitabilmente la persona nella sua interezza e ha ripercussioni anche nelle altre sue dimensioni.

**I bisogni dell'uomo**

**Il bisogno** è la manifestazione di uno squilibrio, uno stato di necessità in cui l'equilibrio ha subìto una rottura, è inteso anche come una lacuna (mancanza di qualcosa) che se non colmata fa scaturire un problema o uno stato di disagio.
Uno dei più famosi teorici per lo studio dei bisogni è stato **Maslow** che elaborò una piramide gerarchica chiamata **Piramide dei Bisogni**

La piramide dei bisogni Maslow (1954)

Partendo dalla base della **Piramide Motivazionale** (o dei Bisogni) ci sono:

- i bisogni **FISIOLOGICI** fame, sete, sonno, termoregolazione, ecc. Sono i bisogni connessi alla sopravvivenza fisica dell'individuo;
- i bisogni di **SICUREZZA**: protezione, tranquillità, prevedibilità, soppressione delle preoccupazioni e ansie, ecc. Devono garantire all'individuo protezione e tranquillità;
- i bisogni di **APPARTENENZA**: essere amato e amare, far parte di un gruppo, cooperare, partecipare, ecc.;
- i bisogni di **STIMA**: essere rispettato, approvato, riconosciuto, ecc.
- i bisogni di **AUTOREALIZZAZIONE:** realizzare la propria identità in base ad aspettative e potenzialità, occupare un ruolo sociale, ecc. Si tratta dell'aspirazione individuale a essere ciò che si vuole essere sfruttando le nostre facoltà mentali e fisiche.

Il concetto della scala gerarchica dei bisogni è applicato agli esseri umani e sostiene che ogni bisogno di livello inferiore (prevalente) deve essere soddisfatto prima di poter passare alla considerazione del bisogno successivo. I bisogni primari sono quelli fisiologici e sono quelli che garantiscono la sopravvivenza. Poi in ordine di precedenza si crea una serie di bisogni legati alla sicurezza e alla difesa personale. Una volta che l'individuo si è assicurato i bisogni primari e si sente protetto e al sicuro, può concentrarsi su altri bisogni legati all'amore e al possesso, seguiti dal bisogno del rispetto per se stessi e per gli altri sino ad arrivare all'autorealizzazione.

Naturalmente, com'è giusto che sia, **La Piramide dei Bisogni di Maslow** è stata sottoposta a critiche, ma ancora oggi è fortemente degna di considerazione.

I bisogni di una persona che deve essere assistita non si manifestano in modo uguale per tutti ma sono in

relazione a età, temperamento, ambiente sociale, ambiente familiare e ambiente lavorativo.

Ogni bisogno fondamentale viene considerato sotto tre dimensioni: - **biologica** (patrimonio genetico, età, sesso, funzionamento degli organi e anatomia); **psicologica** (influenza delle emozioni: carattere, sentimenti e umore); **socio-culturale** (strutture sociali, interazioni e fenomeni sociali, famiglia e gruppi, cultura corrispondente alle strutture sociali).

**Le priorità nell'assistenza**

I bisogni dell'uomo sono classificabili secondo una gerarchia e questa implica che è necessario fissare delle priorità. La scala dei bisogni può essere utilizzata per organizzare bene l'assistenza di una persona, valutando le esigenze e stabilendo le opportune priorità e il piano di supporto più adatto a far fronte ai problemi. Nella valutazione del soddisfacimento dei bisogni di una persona assistita è opportuno ricordare che mentre l'appagamento dei bisogni fisiologici è misurabile oggettivamente, quello dei bisogni psicologici rappresenta un valore molto soggettivo. Se una persona ha bevuto in un giorno due litri di acqua, a meno di patologie fortemente disidratanti, si può oggettivamente ritenere di avere soddisfatto il suo bisogno di liquidi. Ma se una persona, pur circondata da affettuose cure, lamenta di non essere sufficientemente amata, allora la valutazione diventa molto soggettiva e il problema va affrontato mettendo in discussione, con serenità ed equilibrio, il rapporto fra assistente e assistito in modo da giungere a una soluzione che tenga conto del bisogno inappagato e della concreta possibilità di soddisfarlo maggiormente

**Il ruolo della comunicazione**

Nell'assistenza della persona nulla è peggio del silenzio, spesso messo in atto quando la malattia è grave. Le persone che assistono un malato - medici, infermieri, congiunti - devono informare l'assistito con estrema chiarezza e fino al punto oltre il quale sapere può essere dannoso per il suo equilibrio psico-emotivo o inutile ai fini di un miglioramento del suo stato d'animo. Quello che è veramente importante è che la comunicazione fra chi assiste e chi viene assistito, oltre che essere chiara e comprensibile, deve essere anche espressione di una sostanziale serenità ambientale e di una reciproca fiducia: quando queste mancano, l'assistenza diventa difficile e disorganizzata, con danno sia dell'uno che dell'altro. Serenità e reciproca fiducia sono importanti nel processo di adattamento alla malattia e nella salvaguardia di un valore fondamentale per ogni essere umano: la dignità. Si deve comprendere quanto la dignità di una persona sia a rischio quando questa si trova in stato di bisogno, spesso nella necessità di essere assistita nelle funzioni più riservate, manipolata nelle parti più intime del corpo. Non basta saper eseguire in modo tecnicamente corretto le operazioni necessarie; occorre saperlo fare con il rispetto indispensabile per non offendere la sensibilità dell'assistito. Molto spesso, chi assiste una persona nelle sue funzioni più riservate pensa di superare il disagio psicologico che le operazioni di aiuto comportano assumendo un atteggiamento scherzoso, talvolta ridicolizzando tutta la situazione. Questo atteggiamento è sostanzialmente irrispettoso, può essere molto irritante e sortire un effetto diverso da quello atteso. E' pertanto opportuno che le procedure vengano effettuate con serietà e gentilezza.

**Mai troppo zelo**

Bisogna saper distinguere fra i bisogni reali di assistenza da quelli percepiti da chi assiste, ma non necessariamente da chi è assistito. E' opportuno incoraggiare il più possibile l'indipendenza, la libertà di decisione e di azione. Quando una persona viene fatta dipendere eccessivamente, si corre il rischio di innescare un processo di regressione verso sentimenti e comportamenti infantili che aumentano ed enfatizzano le richieste di assistenza, sottoponendo chi assiste a un sovraccarico ingiustificato di lavoro. Incoraggiare l'indipendenza molto frequentemente significa ridurre i problemi dell'assistenza.

**I bisogni spirituali**

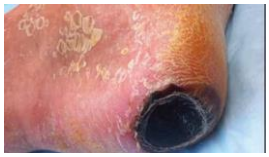
Per ultimo è necessario tenere conto dei bisogni spirituali delle persone che hanno bisogno di assistenza. In una società come quella moderna, si può incorrere nell'errore di sottovalutare le esigenze spirituali e i convincimenti religiosi delle persone assistite; queste non solo vanno rispettate, ma anche incoraggiate, senza evitare di fronteggiare le richieste più difficili, prima fra tutte il desiderio di parlare e di confrontarsi con la morte. Molto spesso, la tendenza a evitare l'argomento morte da parte di chi assiste nasconde non il desiderio di alleggerire le condizioni psicologiche dell'assistito, bensì la paura della morte di chi assiste.

**L'assistenza alla persona allettata**

Gli utenti devono essere controllati ogni 2 ore e cambiati se bagnati. Per eseguire questa operazione far assumere alla persona la posizione ginecologica, eventualmente mantenendo l'arto plegico in posizione con la propria gamba e sostituire il presidio; in alternativa è possibile far ruotare la persona sul fianco ed effettuare la stessa manovra. Il dispositivo a condom è fatto come un preservativo cui viene attaccata una cannuccia con un sacchetto raccogli urine; va quindi posizionato dopo aver eseguito un'accurata igiene intima. Assicurare il condom alla cute tramite l'apposita striscia adesiva e connetterlo alla sacca. E' consigliabile utilizzare questo dispositivo solo durante la notte in quanto non deve rimanere in sede per più di 8-12 ore; in alternativa si suggerisce l'utilizzo del pannolone, tenendo conto, però, che il pannolone può favorire la macerazione della cute, specie se sporco di feci e di urine, e lasciato in situ, quando ci sono già le piaghe da decubito (!). Se la persona è portatrice di catetere vescicale si deve porre maggior attenzione nell'esecuzione dell'igiene intima da effettuare almeno due volte al giorno con acqua (cfr rischio di infezioni urinarie); il tubo di connessione deve poggiare sopra l'arto inferiore per evitare la formazione delle piaghe da decubito, il sacchetto raccogli urine deve essere a caduta. A seconda del tipo di catetere consultare il medico di base o l'infermiere professionale domiciliare per la sostituzione. Se la persona è stitica può essere necessaria la somministrazione di tisane o farmaci lassativi o l'effettuazione di un clistere evacuativo, dopo consulto medico. La stipsi che dura più di tre giorni è da considerarsi preoccupante.

**Prevenzione delle piaghe da decubito**

La prevenzione delle piaghe da decubito si basa su una corretta alimentazione, con un apporto equilibrato di proteine, zuccheri e grassi; su un'adeguata igiene, soprattutto nella zona genito- peritoneale per evitare fenomeni di macerazione e/o abrasione; sulla prevenzione della compressione di zone quali scapole, osso sacro, talloni, notoriamente più a rischio di sviluppare piaghe. Si consiglia l'utilizzo degli appositi ausili (materassino, archetto). Fondamentale è d'altronde praticare regolari cambi posturali. In sostanza il paziente deve essere ruotato ogni due ore; l'arto paralizzato posto in scarico e posizionato su di un cuscino morbido.



**La nutrizione**

Una corretta alimentazione è la base necessaria ad evitare l'insorgenza di complicanze ma anche di malattie, è utile quindi seguire un'alimentazione equilibrata. Altrettanto importante è l'idratazione: si consiglia di bere almeno 1 litro d'acqua. Tuttavia occorre prestare attenzione a quei pazienti con restrizione idrica, per esempio i cardiopatici con scompenso cardiaco congestizio e gli epatopatici. Nel caso in cui la persona presenti disfagia, cioè un difetto del transito del cibo dalla bocca allo stomaco, si consiglia di mantenere una posizione seduta o semiseduta per l'alimentazione; la consistenza del cibo deve essere semisolida e omogenea; è utile chiedere alla persona di trattenere il respiro prima della deglutizione e di concluderla con un colpo di tosse per facilitare i meccanismi di difesa delle vie aeree.

**Il posizionamento dell'infermo**

Con "posizionamento" si intende l'insieme di tutte le posizioni o posture che vengono assunte dal capo, dagli arti superiori, dal tronco e dagli arti inferiori, sia nel letto che in carrozzina. Il corretto posizionamento del paziente emiplegico è una modalità assistenziale ed un atto terapeutico estremamente utile e necessario per la prevenzione dei cosiddetti "danni terziari" (fra quali piaghe da decubito, limitazioni muscolo-tendinee e articolari, problemi respiratori e vescicali), e per eliminare quegli atteggiamenti viziati che tendono a facilitare l'aumento del tono muscolare, ad esempio la spinta del piede contro il letto.

Per l'attuazione di un efficace posizionamento può essere necessario l'utilizzo di ausili, quali per esempio:

- materassi antidecubito, (ad acqua o ad aria a pressione alternata)
- cuscini antidecubito (gel di silicone, silicone, bolle d'aria comunicanti, cuscini normali, sacchetti di sabbia di varie dimensioni, archetto, per il peso delle coperte, cuscini di forme particolari, es. a cuneo.

Spesso può capitare che a causa della lesione, il paziente perda coscienza non solo dell'emicorpo leso, ma anche di tutto lo spazio che si trova da quella parte (eminattenzione). Il paziente con questo disturbo è incapace di esplorare lo spazio controlaterale alla lesione, ignora le persone che gli si rivolgono dalla parte colpita, tralascia parti del cibo nel piatto, ignora gli ostacoli a sinistra e legge solo parte di un testo, perdendo la capacità di comprenderlo. Proprio per questo motivo anche la stanza dovrebbe essere sistemata in modo che il lato plegico riceva la maggior stimolazione possibile: il letto dovrebbe essere disposto in modo che il lato colpito non sia verso il muro, ma in modo che tutte le attività abbiano luogo da quel lato; anche il comodino e il televisore dovrebbero essere dalla parte del lato leso per incoraggiare il paziente a girare la testa esplorando così anche quello spazio. Analogamente i familiari o gli amici che lo assistono, dovrebbero stimolare il paziente ponendosi sempre dalla parte del lato plegico, invitandolo a voltare lo sguardo verso di loro durante le manovre di assistenza o la conversazione.

**Spostamenti e trasferimenti**

Per spostare il paziente verso la testata del letto, se è in grado di collaborare, si fanno flettere gli arti inferiori (appoggiando la pianta del piede al letto) aiutandolo e sostenendolo dal lato plegico e si chiede, afferrando con l'arto superiore sano la testata del letto o eventuale maniglia (giraffa), di tirarsi verso l'alto spingendosi con le gambe. Per effettuare questo spostamento è importante controllare e mantenere, da parte di chi lo assiste, la flessione dell'arto plegico, sia questo flaccido o ipertonico, per evitare che si scatenino movimenti patologici o, a causa della caduta dell'arto per debolezza, che si verifichino microtraumi articolari. Lo spostamento è meglio che sia attuato con due persone; talora il paziente si sposta da un lettino alla barella, sollevandolo con una traversa in quattro persone, facendo attenzione a dare colpi o sbattere il bacino che è a rischio di lesioni cutanee.

**Il cambio della biancheria da letto**

Procedere al cambio della biancheria del letto: scalzare le lenzuola e sostituirle facendo ruotare il paziente prima su un lato e poi sull'altro. Per quanto riguarda l'igiene del cavo orale è importante che venga effettuata dopo ogni pasto. Se la persona è in grado far lavare i denti con spazzolino e dentifricio; in alternativa eseguire sciacqui con un collutorio. Nel caso in cui la persona non sia in grado provvedere all'igiene orale con garze imbevute di acqua e collutorio: fasciarsi il dito indice e medio con una garza imbevuta di acqua e collutorio e procedere alla pulizia di lingua, palato, pareti bucali e denti. E' importante rimuovere ed eseguire la pulizia quotidiana della dentiera. Una corretta igiene del cavo orale pennette di conservare integre la mucosa orale e la lingua evitando l'insorgere di afte e infezioni. E' necessario aiutare la persona o sostituirsi ad essa nella cura delle mani e delle unghie in modo tale da mantenerle pulite. Per quanto riguarda il taglio delle unghie si consiglia di mettere a bagno le mani in acqua saponata e di procedere al taglio utilizzando un tronchesine. Per la pulizia delle unghie si può utilizzare l'apposito spazzolino.

**Igiene della persona al letto**

Occorre posizionare tutto l'occorrente nei pressi del letto, su di un ripiano comodo: due manopole o spugne, una per il viso e una per le parti intime, sapone neutro, asciugamani: uno per il viso e uno per la zona genitale, biancheria di ricambio, brocca e catino con acqua tiepida (43-46°), ed eventualmente pannoloni, cerate e/o salva-letto monouso, prodotti per la cura di pelle (deodorante, talco, crema ecc).

- Chiudere le finestre e le porte per eliminare le correnti d'aria.
- Lavarsi le mani.
- Sollevare la testata del letto. Alzare e bloccare le sponde laterali del letto sul lato opposto dal quale si intende a fare l'igiene.
- Togliere il lenzuolo, la coperta, copriletto; togliere i vestiti e stendere il telo da bagno sull'assistito.
- Prendere la prima manopola/spugna e bagnarla. Pulire gli occhi solo con l'acqua, procedendo dall'interno verso l'esterno. Usare un angolo diverso della spugna per ciascun occhio. Poi lavare il viso, il collo e le orecchie con la spugna bagnata e insaponata. Evitare di lasciare la saponetta nel catino, perché l'acqua diventerà troppo insaponata per risciacquare il paziente.
- Togliere il telo da bagno dal braccio - lavare, sciacquare e asciugare in direzione dalle dita della mano verso l'ascella. Pulire ed asciugare bene tra le dita. La stessa cosa fare con l'altro braccio. Applicare un prodotto deodorante o talco, secondo le preferenze dell'assistito, evitare un uso eccessivo di questi prodotti.
- Controllare la temperatura dell'acqua e se serve cambiarla.
- Abbassare il telo dal torace dell'assistito fino all'ombelico. Lavare il torace, l'addome, compiendo movimenti rapidi e ampi. Porre particolare attenzione alla zona sotto-mammaria e ombelicale, soprattutto nelle persone obese, allo scopo di prevenire la candidosi cutanea. Procedere in modo di lavare, sciacquare ed asciugare tamponando. Asciugare bene le pliche. Applicare un poco di talco sotto il seno e tra le pliche cutanee.
- Aiutare ad indossare gli indumenti puliti.
- Esporre le gambe dalle coperte. Coprire le parti intime e la gamba opposta alla gamba su quale si pensa di agire. Sotto la gamba si mette l'asciugamano, Lavare, sciacquare e asciugare l'arto usando i movimenti rapidi cominciando dalla caviglia verso la coscia. Poi lavare il piede con attenzione agli spazi interdigitali. Ripetere la procedura con l'altra gamba.
- Aiutare alla persona di girarsi sul fianco. Indossare i guanti monouso. Stendere l'asciugamano lungo la schiena e i glutei per evitare di bagnare le lenzuola. procedere al lavaggio del dorso e della regione lombosacrale. Massaggiare la schiena con la lozione.
- Aiutare il paziente mettersi supino e procedere all'igiene delle parti intime. Negli uomini non circoncisi, il prepuzio deve essere retratto per la pulizia del glande e si procede: la coscia, il pene e lo scroto. Per le donne, invece: la coscia, grandi labbra, piega tra le grandi labbra e piccole labbra. Nelle femmine è importante procedere dal pube verso coccige, cioè in direzione dai genitali verso lo sfintere anale. Evitando, così la contaminazione della vagina e l'uretra con i microbi intestinali. Poi facendo girare al paziente sul fianco si procede con l'igiene dei glutei mantenendo la direzione dalla parte inferiore della linea che separa i glutei verso l'alto. Quindi lavare, sciacquare, asciugare tamponando delicatamente.

**Cambio del pannolone nel paziente allettato**

Il pannolone deve essere usato solo nei casi di necessità: paziente incontinente, completamente dipendente ed altri, perché l'uso del pannolone favorisce la macerazione della pelle e l'insorgenza delle lesioni da decubito.
Da fare possibilmente in 2 persone. Far ruotare di fianco il paziente e distendere sul letto il pannolone, successivamente far girare il paziente supino e appoggiarlo al pannolone steso. Infine adattare il pannolone intorno al corpo del paziente e fissare correttamente gli adesivi, controllando che non sia troppo stretto né troppo largo. In presenza del catetere vescicale va posizionato in corrispondenza alla coscia e non verso l'ombelico.
Bisogna porre molta attenzione in presenza di cateteri vescicali, irritazioni, lesioni e arrossamenti. Per cambiare la biancheria al paziente si fa ruotare da un lato, sistemando la biancheria dal lato opposto, poi si fa ruotare dall'altro lato. Se lo si fa da soli alzare la sponda al lato dove è girato il paziente.
Le operazioni attività da svolgere sul paziente devono essere indicate dall'IP e a tal proposito l'operatore socio sanitario deve predisporre il carrello per le cure igieniche con il materiale da utilizzare seguendo delle procedure ben precise.

**Quale materiale deve essere presente sul carrello**

Iniziamo col dire che la preparazione va fatta su appositi spazi e non in luoghi improvvisati, durante le operazioni di pulizia esso va tenuto in corridoio e alla fine di tutto va disinfettato così come tutto il materiale usato. Tutto il materiale presente deve essere sterile e pulito, in particolare ci devono essere:

- ☐ guanti e prodotti per detersione e antisettici
- ☐ biancheria, pannoloni e contenitori per l'acqua
- ☐ sacche per la diuresi e condom
- ☐ sacchetti per i rifiuti e contenitori per materiali provenienti da medicazioni

Per una corretta esecuzione dell'operazione devono essere rispettate nel dettaglio le procedure di intervento, a cominciare dall'igiene e in particolare dalle mani dell'OSS che devono essere lavate prima di iniziare ogni intervento.
Vediamo quali sono le procedure da seguire nel caso di sollevamento del paziente verso la testiera del letto.
L'operazione può essere fatta da uno o due OSS viene fatta in contesti operativi che vanno dall'ospedale all'assistenza domiciliare. Vediamo i due casi nel dettaglio:

**1.Intervento svolto da un operatore socio sanitario**

- spiegare al paziente cosa si deve fare e cercare di renderlo collaborativo;
- alzare il piano del letto, se possibile, per poter lavorare in maniera comoda;
- abbassare lo schienale del letto, togliere i cuscini se presenti posandoli sulla testiera del letto in modo da evitare possibili traumi al malato (battere la testa sulla testiera, ecc.);
- posizionarsi di lato rispetto al letto, aprendo e flettendo leggermente le gambe;
- appoggiare un ginocchio al traverso del letto per rendere l'equilibrio più stabile ed avere più spinta e inserire un braccio sotto la spalla del paziente ed un braccio sotto le cosce;
- chiedere al paziente, appena pronti, di spingere verso l'alto con le piante dei piedi sul materasso per aumentare la spinta esercitata dall'OSS;
- arrivare alla posizione desiderata;
- sistemare i cuscini ed eventuale schienale e chiede al paziente se si sente comodo ed eventualmente, riabbassare il piano del letto e sistemare la posizione accertandosi della presenza del campanello se necessario.

**2.Intervento svolto da due operatori socio sanitari**

- spiegare al paziente cosa si deve fare e cercare di renderlo collaborativo;
- alzare il piano del letto, se possibile, per poter lavorare in maniera comoda;
- abbassare lo schienale del letto, togliere i cuscini se presenti posandoli sulla testiera del letto;
- ciascun operatore deve porsi ad un lato del letto assumendo la posizione con gambe divaricate e flesse e ginocchio sul traverso del letto;
- posizionare il paziente a braccia conserte;
- ciascun OSS deve mettere un braccio sotto l'ascella del malato fino ad afferrare con una mano le braccia del paziente e con l'altra mano l'arto inferiore all'altezza della coscia
- in maniera sincronizzata, sollevare il paziente e spingerlo verso la testiera.

**N.B**.: se ci sono delle traverse la manovra va fatta in questo modo: dopo aver tolto da sotto il materasso i lembi delle traverse ed averle arrotolate fino a formare una maniglia, ciascun OSS dal proprio lato del letto afferra il paziente al livello delle spalle e in contemporanea esercita una spinta verso la testiera del letto.

**L'alimentazione**

La dieta occupa un posto estremamente importante quando si pensa alle persone che sono comprese nella cosiddetta "terza età", sempre più numerose; una appropriata alimentazione infatti è un ingrediente essenziale per conservare un buono stato di salute a tutte le età ma specialmente in età avanzata. Si pensi che le carni sono pericolose per i reni e per la pressione, il sale nocivo per il cuore, i grassi producono l'arteriosclerosi, il latte causa disturbi digestivi, le verdure gonfiano l'addome, per non parlare dei legumi che sarebbero indigesti. E' da sottolineare che in natura non esiste un "alimento completo" capace di soddisfare tutti i nostri bisogni nutrizionali; occorre perciò imparare a combinare tra loro i diversi alimenti. Secondo l'Istituto Nazionale della Nutrizione, gli alimenti possono essere suddivisi in tre grandi categorie, che a loro volta contengono sette gruppi alimentari.

**I principi nutritivi o nutrienti che vengono forniti dagli alimenti sono distinguibili in:**

- proteine o protidi
- glucidi, carboidrati o zuccheri
- lipidi o grassi
- fibre alimentari
- vitamine
- Sali minerali
- Acqua

Le *protein*e o *protidi* sono sostanze costituite da elementi piccoli, denominati amminoacidi. Gli aminoacidi sono numerosissimi e si distinguono in essenziali e non essenziali. Le funzioni svolte delle proteine possono essere distinte in:

- **funzione plastica**: hanno il compito di formare tessuti nuovi o riparare quelli preesistenti, per cui rappresentano il materiale di costruzione per la cellula.
- **funzione energetica**: gli aminoacidi che non vengono utilizzati, perché in eccesso, vengono convertiti attraverso un processo chimico, in grassi o in glucosio.

La presenza di ciascun gruppo, oltre che di liquidi, può essere rappresentata in quelle che gli esperti della nutrizione hanno chiamato la *piramide degli alimenti e la piramide dell'idratazione*.
All'interno delle strutture ospedaliere infatti, alla persona che non ha restrizioni dietetiche, viene offerta la possibilità di scegliere una varietà di alimenti allo scopo di favorire l'assunzione di tutti i nutrimenti.
La soddisfazione del bisogno di alimentazione e idratazione può richiedere, a seconda del livello di salute di cui gode la persona, un intervento di aiuto parziale o totale da parte dell'operatore socio sanitario (OSS). Preparare una persona all'assunzione del cibo significa in primo luogo, aiutarla a lavare le mani e i denti, ed è preferibile, se compatibile con le condizioni della persona, che il pasto venga consumato in posizione seduta, in poltrona, sulla sedia o seduta sul

letto. Assumere gli alimenti in altri posizioni (supina o in decubito laterale) non è fisiologico e aumenta, soprattutto se la persona è anziana, il rischio di aspirazione di alimenti di liquidi nelle vie aeree con conseguenze talvolta molto gravi, come per esempio polmoniti e soffocamento. Aiutare a consumare il pasto ha valenze diverse a seconda del livello di difficoltà presentato dalla persona. Assicurare l'assunzione dei pasti può semplicemente significare: sistemare i piatti in modo che i cibi siano facilmente raggiungibili della persona assistita; preparare i cibi per la consumazione tagliando la carne, aprendo le confezioni, versando l'acqua nel bicchiere; usare il cucchiaio al posto della forchetta in quanto con i lembi della stessa si possono provocare lesioni alla mucosa del cavo orale; rispettare i tempi di deglutizione della persona assistita; alternare i cibi solidi ai cibi liquidi. Nella persona anziana si manifesta un rallentamento delle funzioni che si ripercuote naturalmente anche sull' apparato digerente, un rallentamento nella motilità intestinale e un'alterazione della masticazione; spesso la persona anziana, per abitudini, carenza di conoscenze, comodità, mancanza di interesse, solitudine, difficoltà e altro ancora, tende a bere poco e consumare sempre gli stessi alimenti non rispettando il fabbisogno calorico giornaliero. È utile quindi seguire un'alimentazione equilibrata, povera di grassi e nel caso di *diabete*, anche di zuccheri. L'importante è l'idratazione: si consiglia 1 litro di acqua meglio oligominerale, e se la persona non è in grado di bere da sola, farle bere almeno 5 bicchieri d'acqua nell'arco della giornata.

**Patologie e Alimentazione**

Il **DIABETE** è una malattia metabolica caratterizzata dalla presenza nel sangue di una quantità di ***glucosio*** superiore alla norma. Può essere di 2 tipi:

- Diabete di tipo 1 (insulinodipendente) può riguardare l'età giovanile o l'infanzia.
- Diabete di tipo 2 (non insulinodipendente) interessa la fascia d'età adulta avanzata.

Un'alimentazione razionale, con il corretto apporto di calorie e qualitativamente equilibrata rappresenta l'elemento fondamentale nella terapia del diabete.

- FRAZIONARE L'ALIMENTAZIONE IN PIU' PASTI NELL'ARCO DELLA GIORNATA
- INTRODURRE AMIDI IN MANIERA CONTROLLATA (pasta, pane, patate e legumi)
- INTRODURRE FIBRA ATTRAVERSO VERDURE, LEGUMI, CEREALI, PREFERIBILMENTE INTEGRALI
- RIDURRE L'APPORTO DI ZUCCHERI E ALIMENTI CHE LI CONTENGONO (ELIMINARE ZUCCHERO, MARMELLATE, GELATI E DOLCI)
- DIETA PERSONALIZZATA DOVE RICHIESTO
- STIMOLARE IL PAZIENTE A SPENDERE DI PIU' NEL MOVIMENTO FISICO PER CONTRIBUIRE AL MIGLIORAMNETO CORPOREA EPER UN MAGGIORE CONTROLLO DELLA GLICEMIA.

**Insufficienza Renale**

Il **RENE** controlla i liquidi del nostro corpo, svolge *un'azione depurativa* controllando sia l'eliminazione delle *Scorie Azotate* derivanti dalle *proteine* sia quella dei *sali minerali* introdotti con l'alimentazione.
In caso di ***insufficienza renale*** s'instaura un'incapacità del rene ad eliminare le *Scorie Metaboliche* prodotte dalla digestione degli alimenti. Si dovranno dunque ridurre le *proteine* dando preferenza a quelle ad alto valore biologico

(CARNE, PESCE, UOVA). Ed anche opportuno ridurre il *fosforo* ed il *sodio* per l'incapacità del rene di eliminarli.

**Malattia Da Reflusso Esofageo**

Le più comuni patologie dello *stomaco* sono:

- **GASTRITE** (Infiammazione della mucosa gastrica) Ci sono vari tipi: -ACUTA, –CRONICA.
- **ULCERA**: può variare da una semplice EROSIONE della mucosa fino alla completa PERFORAZIONE.
- **MALATTIA DA REFLUSSO ESOFAGEO:** dovuta all'incapacità dello sfintere inferiore dell'esofago di impedire il reflusso di succo gastrico che svolge un'azione irritante e lesiva nei confronti della mucosa esofagea.
- **ESOFAGITI** infiammazione ACUTA e CRONICA della MUCOSA dell'ESOFAGO

L'obiettivo principale della dieta nel paziente affetto da queste patologie infiammatorie è fare attenzione all'introduzione degli alimenti che possono provocare IRRITAZIONE DELLA MUCOSA.

**Malattie Dell'intestino**

Le *malattie dell'intestino* comprendono varie patologie tra cui INFIAMMAZIONI ACUTE E CRONICHE dell'intestino con difficoltà di ASSORBIMENTO.
Le più comuni sono:

- COLON IRRITABILE
- DIVERTICOLOSI
- COLITE ULCEROSA
- MORBO DI CROHN

Lo scopo della dieta nei pazienti affetti da queste patologie nella FASE ACUTA è quello di evitare l'assunzione di alimenti che possono provocare *irritazione della mucosa intestinale*

- CIBI CONTENENTI MOLTA FIBRA (verdure, legumi, frutta, cereali integrali);
- SPEZIE E CIBI CUCINATI IN MODO ELABORATO E QUINDI DI PIU'DIFFICILE DIGESTIONE;
- ALCOLICI E BEVANDE GASSATE;
- LATTE E LATTICINI.

In caso di diarrea è indicata una dieta astringente senza scorie. E' inoltre importante controllare l'idratazione del paziente. Tra le bevande preferire acqua, thè, caffè d'orzo, camomilla o infusi limitando la quantità di zucchero aggiunto.

**Morbo Celiaco**

E' una patologia caratterizzata da un'INTOLLERANZA PERMANENTE della GLIADINA (PROLAMMINA) PROTEINA DEL GLUTINE.
L'esposizione alla GLIADINA causa una reazione infiammatoria, che porta al TRONCAMENTO
dei VILLI che rivestono l'intestino tenue, chiamata ATROFIA dei VILLI. Alla biopsia si presenta un appiattimento dei villi, una iperplasia delle cripte e l'infiltrato linfocitario.
L'unico trattamento efficace conosciuto è una permanente DIETA PRIVA DI GLUTINE.

La PREPARAZIONE DEGLI ALIMENTI per questi pazienti richiede particolare attenzione, deve essere molto accurata per evitare che possa realizzarsi una CONTAMINAZIONE attraverso stoviglie, posate o piani di lavoro utilizzati per le preparazioni di cibi comuni. I SINTOMI della celiachia sono:

- DIARREA CRONICA
- DOLORI ADDOMINALI 'CRAMPI'
- GONFIORE (distensione addominale)

**Epatopatie**

Le EPATOPATIE comprendono malattie che colpiscono la STRUTTURA e/o FUNZIONI svolte dal FEGATO.

- EPATITE ACUTA E CRONICA;
- STEATOSI EPATICA (fegato grasso);
- CALCOLOSI DELLA COLECISTI;
- CIRROSI.

Escludere il consumo di alcool, caffeina e teina. Limitare il consumo di grassi saturi (panna, salse, maionese, dolci con creme, gelati alle creme, salsiccia, burro). Evitare cotture elaborate e cibi fritti. Favorire l'introduzione di frutta fresca, verdure, fibre e sostanze antiossidanti.

**Principali patologie**

Tra le più note malattie neurodegenerative:

- la malattia di Alzheimer;
- la malattia di Parkinson;
- la malattia di Huntington;
- la sclerosi laterale amiotrofica (SLA);
- la paralisi sopranucleare progressiva;

**La malattia di Alzheimer**-Perusini, detta anche morbo di Alzheimer, è la forma più comune di demenza degenerativa progressivamente invalidante con esordio prevalentemente in età presenile (oltre i 65 anni). Nel DSM-5 viene nominata *come disturbo neurocognitivo maggiore o lieve* dovuto a malattia di Alzheimer.
Il sintomo precoce più frequente è la difficoltà nel ricordare eventi recenti. Con l'avanzare dell'età possiamo avere sintomi come: afasia, disorientamento, cambiamenti repentini di umore, depressione, incapacità di prendersi cura di sé, problemi nel comportamento. Ciò porta il soggetto inevitabilmente a isolarsi nei confronti della società e della famiglia. A poco a poco, le capacità mentali basilari vengono perse. Anche se la velocità di progressione può variare, l'aspettativa media di vita dopo la diagnosi è dai tre ai nove anni. A livello preventivo, sono state proposte diverse modificazioni degli stili di vita personali come potenziali fattori protettivi nei confronti della patologia, ma non vi sono adeguate prove di una correlazione certa tra queste raccomandazioni e la riduzione effettiva della degenerazione. Stimolazione mentale, esercizio fisico e una dieta equilibrata sono state proposte sia come modalità di possibile prevenzione, sia come modalità complementari di gestione della malattia.

**La malattia di Parkinson** sovente definita come **morbo** di Parkinson, è una malattia neurodegenerativa. I sintomi motori tipici della condizione sono il risultato della morte delle cellule che sintetizzano e rilasciano la dopamina.
La causa che porta alla loro morte è sconosciuta. All'esordio della malattia, i sintomi più evidenti sono legati al movimento, ed includono tremori, rigidità, lentezza nei movimenti e difficoltà a camminare. In seguito, possono insorgere problemi cognitivi e comportamentali, con la demenza che si verifica a volte nelle fasi avanzate. La malattia di Parkinson è più comune negli anziani; la maggior parte dei casi si verifica dopo i 50 anni.
I moderni trattamenti sono efficaci per gestire i sintomi motori precoci della malattia, grazie all'uso di agonisti della dopamina e del levodopa. Col progredire della malattia, i neuroni dopaminergici continuano a diminuire di numero, e questi farmaci diventano inefficaci nel trattamento della sintomatologia e, allo stesso tempo, producono una complicanza, la discinesia, caratterizzata da movimenti involontari. Una corretta alimentazione e alcune forme di riabilitazione hanno dimostrato una certa efficacia nell'alleviare i sintomi. La chirurgia e la stimolazione cerebrale profonda vengono utilizzate per ridurre i sintomi motori come ultima risorsa, nei casi più gravi in cui i farmaci

risultano inefficaci.

**La malattia di Huntington** è una malattia genetica neurodegenerativa che colpisce la coordinazione muscolare e porta a un declino cognitivo e a problemi psichiatrici. Esordisce tipicamente durante la mezza età; è la più frequente malattia a causa genetica nei quadri clinici neurologici con movimenti involontari anomali. I primi sintomi sono spesso sottili problemi di umore o cognitivi a cui segue una generale mancanza di coordinazione e un'andatura instabile. Con l'avanzare della malattia i movimenti non coordinati del corpo diventano sempre più evidenti e sono accompagnati da un calo delle capacità mentali e problemi comportamentali e psichiatrici. Le complicanze, come la polmonite, le malattie cardiache e i danni fisici da cadute, riducono l'aspettativa di vita a circa 20 anni a partire dall'esordio dei sintomi. Non esiste una cura per la condizione e un'assistenza a tempo pieno diventa necessaria nelle fasi più avanzate della malattia. I trattamenti sono solo farmacologici e non possono alleviare molti dei suoi numerosi sintomi.

La **sclerosi laterale amiotrofica, o SLA,** colpisce selettivamente i motoneuroni, sia centrali sia periferici.
La SLA è caratterizzata da rigidità muscolare, contrazioni muscolare e graduale debolezza a causa della diminuzione delle dimensioni dei muscoli. Ciò si traduce in difficoltà di parola, della deglutizione e, infine, della respirazione.
Non esiste una cura nota per la SLA. Un farmaco chiamato *riluzolo* può prolungare l'aspettativa di vita di circa due o tre mesi. La ventilazione artificiale può comportare sia una migliore qualità, sia una maggiore durata della vita. La malattia di solito incomincia intorno all'età di 60 anni e, nei casi ereditati, circa una decina di anni prima.

La **paralisi sopranucleare progressiva** (PSP) o sindrome di *Steele-Richardson-Olszewski* è una malattia neurodegenerativa. La neurodegenerazione comporta atrofia a livello del mesencefalo e di altre strutture cerebrali tra cui il nucleo subtalamico, il globus pallidus, i nuclei del ponte e la sostanza nera. Il nome della malattia descrive la localizzazione sopranucleare (con riferimento ai nuclei oculomotori del mesencefalo) delle alterazioni patologiche. Il termine 'nucleo' si riferisce al gruppo di neuroni da cui hanno origine i nervi cranici oculomotori che connettono mesencefalo e muscoli estrinseci dell'occhio. Mentre una paralisi dei nervi oculomotori può essere causata da lesioni dei nervi stessi o da lesioni a livello dei nuclei, nel caso della PSP la causa è localizzata nel cervello, al di sopra di quelle strutture. La terapia è soprattutto di supporto ed è indirizzata a garantire un'alimentazione sufficiente anche in presenza di disfagia, specie quando è necessaria la gastrostomia endoscopica percutanea, praticata per ridurre il rischio di aspirazione di contenuto gastrico nelle vie respiratorie. Sono inoltre importanti le eventuali misure atte a prevenire le cadute come il supporto con un girello e l'uso della sedia a rotelle.

**Conservazione dei farmaci e loro smaltimento**

L'OSS conosce tutte le tipologie di rifiuti sanitari, i contenitori per la loro raccolta, le modalità di trasporto e i DPI, ovvero i dispositivi di protezione individuale da usare (scarpe antinfortunistica, occhiali e maschera protettiva, tuta o divisa, ecc.)
Partiamo da cosa l'OSS si trova a gestire:

- **rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo** (garze, guanti, cannule, drenaggi, cateteri, fleboclisi, mascherine, aghi, lame e siringhe, altri rifiuti contaminati da feci e urine infette, ecc);
- **rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo** (liquidi come soluzioni acquose di lavaggio, miscele di solventi e reagenti scaduti, ecc);
- **rifiuti sanitari non pericolosi**, ovvero assimilabili agli urbani (resti di pasti provenienti dai reparti non infettivi, materiale riciclabile non infetto di carta, plastica e vetro, ecc);
- **rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione** (farmaci scaduti o inutilizzabili, sostanze stupefacenti, organi e parti anatomiche non riconoscibili, ecc).

I rifiuti sanitari devono essere gestiti in modo da diminuirne la pericolosità, da favorirne il reimpiego, il riciclaggio e il recupero e da ottimizzarne la raccolta, il trasporto e lo smaltimento. A tale fine devono essere incentivati:

1. l'organizzazione di corsi di formazione del personale delle strutture sanitarie sulla corretta gestione dei rifiuti sanitari, soprattutto per minimizzare il contatto di materiali non infetti con potenziali fonti infettive e ridurre la produzione di rifiuti a rischio infettivo;
2. la raccolta differenziata dei rifiuti sanitari assimilati agli urbani prodotti dalle strutture sanitarie;
3. l'ottimizzazione dell'approvvigionamento e dell'utilizzo di reagenti e farmaci per ridurre la produzione di rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo e di rifiuti sanitari non pericolosi;
4. l'ottimizzazione dell'approvvigionamento delle derrate alimentari al fine di ridurre la produzione di rifiuti alimentari;
5. l'utilizzo preferenziale, ove tecnicamente possibile, di prodotti e reagenti a minore contenuto di sostanze pericolose;
6. l'utilizzo preferenziale, ove tecnicamente possibile, di plastiche non clorurate;
7. l'utilizzo di tecnologie di trattamento di rifiuti sanitari tendenti a favorire il recupero di materia e di energia.

**Rifiuti sanitari non pericolosi**

Sono i rifiuti costituiti da materiale metallico non ingombrante, da materiale metallico ingombrante, vetro per farmaci e soluzioni privi di deflussori e aghi, gessi ortopedici. Tali rifiuti denunciabili con il codice CER 180104 e, per gli oggetti da taglio, con il codice CER 180101, qualora non presentino condizioni di pericolosità da un punto di vista infettivo, devono essere recuperati. Sono inoltre rifiuti sanitari non pericolosi le parti anatomiche ed organi incluse le sacche per il plasma e le sostanze per la conservazione del sangue (codice CER 180102). Appartengono a questa categoria ancora i farmaci scaduti (codice CER 180105) ed i rifiuti provenienti dai laboratori dei servizi sanitari che non presentano caratteristiche di pericolosità.

**Rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani**

I seguenti rifiuti sanitari, qualora non rientrino tra quelli classificati come pericolosi, sono assoggettati al regime giuridico e alle modalità di gestione dei rifiuti urbani:

1. i rifiuti derivanti dalla preparazione dei pasti provenienti dalle cucine delle strutture sanitarie;
2. i rifiuti derivanti dall'attività di ristorazione e i residui dei pasti provenienti dai reparti di degenza delle strutture sanitarie, esclusi quelli che provengono da pazienti affetti da malattie infettive per i quali sia ravvisata clinicamente, dal medico che li ha in cura, una patologia trasmissibile attraverso tali residui;
3. vetro, carta, cartone, plastica, metalli, imballaggi in genere, materiali ingombranti da conferire negli ordinari circuiti di raccolta differenziata, nonché altri rifiuti non pericolosi che per qualità e per quantità siano assimilati agli urbani ai sensi dell'articolo 198, comma 2, lettera g), del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152;
4. la spazzatura;
5. indumenti e lenzuola monouso e quelli di cui il detentore intende disfarsi;
6. i rifiuti provenienti da attività di giardinaggio effettuata nell'ambito delle strutture sanitarie;
7. i gessi ortopedici e le bende, gli assorbenti igienici anche contaminati da sangue esclusi quelli dei degenti infettivi, i pannolini pediatrici e i pannoloni, i contenitori e le sacche utilizzate per le urine (se non considerati rifiuti pericolosi).

**Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo**

Tutti i rifiuti che provengono da ambienti di isolamento infettivo nei quali sussiste un rischio di trasmissione biologica aerea, nonché da ambienti ove soggiornano pazienti in isolamento infettivo affetti da patologie causate da agenti biologici di gruppo 4, di cui all'allegato XI del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni; i rifiuti che presentano almeno una delle seguenti caratteristiche:

a) provengano da ambienti di isolamento infettivo e siano venuti a contatto con qualsiasi liquido biologico secreto od escreto dei pazienti isolati;
b) siano contaminati da:

- sangue o altri liquidi biologici che contengono sangue in quantità tale da renderlo visibile;
- feci o urine, nel caso in cui sia ravvisata clinicamente dal medico che ha in cura il paziente una patologia trasmissibile attraverso tali escreti;
- liquido seminale, secrezioni vaginali, liquido cerebro-spinale, liquido sinoviale, liquido pleurico, liquido

peritoneale, liquido pericardico o liquido amniotico.

a) i rifiuti provenienti da attività veterinaria, che:
- siano contaminati da agenti patogeni per l'uomo o per gli animali;
- siano venuti a contatto con qualsiasi liquido biologico secreto od escreto per il quale sia ravvisato, dal medico veterinario competente, un rischio di patologia trasmissibile attraverso tali liquidi.

**Recupero di materia dai rifiuti sanitari**

Ai fini della riduzione del quantitativo dei rifiuti sanitari da avviare allo smaltimento, deve essere favorito il recupero di materia delle seguenti categorie di rifiuti sanitari, anche attraverso la raccolta differenziata;

- contenitori in vetro di farmaci, di alimenti, di bevande, di soluzioni per infusione privati di cannule o di aghi ed accessori per la somministrazione, esclusi i contenitori di soluzioni di farmaci antiblastici o visibilmente contaminati da materiale biologico, che non siano radioattivi ai sensi del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230, e non provengano da pazienti in isolamento infettivo;
- altri rifiuti di imballaggio in vetro, di carta, di cartone, di plastica, o di metallo, ad esclusione di quelli pericolosi;
- rifiuti metallici non pericolosi;
- rifiuti di giardinaggio;
- rifiuti della preparazione dei pasti provenienti dalle cucine delle strutture sanitarie;
- liquidi di fissaggio radiologico;
- oli minerali, vegetali e grassi;
- batterie e pile;
- toner;
- mercurio;
- pellicole e lastre fotografiche.

**Sterilizzazione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo**

Il processo di sterilizzazione consiste nell'abbattimento della carica microbica tale da garantire un S.A.L. (Sterility Assurance Level) non inferiore a 10-6. La sterilizzazione è effettuata secondo le norme UNI 10384/94, parte prima, mediante procedimento che comprenda anche la triturazione e l'essiccamento ai fini della non riconoscibilità e maggiore efficacia del trattamento, nonché della diminuzione di volume e di peso dei rifiuti stessi. Possono essere sterilizzati unicamente i rifiuti sanitari pericolosi a solo rischio infettivo. La sterilizzazione dei rifiuti sanitari a rischio infettivo è una facoltà esercitabile ai fini della semplificazione delle modalità di gestione dei rifiuti stessi.
La sterilizzazione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo è effettuata in impianti autorizzati ai sensi degli articoli 208 e 209 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, e successive modificazioni. Gli impianti di sterilizzazione localizzati all'interno del perimetro della struttura sanitaria non devono essere autorizzati ai sensi degli articoli 208 e 209 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, a condizione che in tali impianti siano trattati esclusivamente rifiuti prodotti dalla struttura stessa. A tali fini si considerano prodotti dalla struttura sanitaria dove è' ubicato l'impianto di sterilizzazione anche i rifiuti prodotti dalle strutture sanitarie decentrate ma organizzativamente e funzionalmente collegate con la stessa. L'attivazione degli impianti di sterilizzazione localizzati all'interno delle strutture sanitarie deve essere preventivamente comunicata alla provincia ai fini dell'effettuazione dei controlli periodici.
Il direttore o il responsabile sanitario o i soggetti pubblici istituzionalmente competenti devono procedere alla convalida dell'impianto di sterilizzazione prima della messa in funzione degli stessi. La convalida deve essere ripetuta ogni ventiquattro mesi, e comunque ad ogni intervento di manutenzione straordinaria dell'impianto, e la relativa documentazione deve essere conservata per cinque anni presso la sede della struttura sanitaria o presso l'impianto e deve essere esibita ad ogni richiesta delle competenti autorità.
Gli impianti di sterilizzazione sono sottoposti ad adeguati controlli periodici da parte delle autorità competenti.
Fatto salvo l'obbligo di tenuta dei registri di carico e scarico presso l'impianto di sterilizzazione deve essere tenuto un registro con fogli numerati progressivamente nel quale, ai fini dell'effettuazione dei controlli, devono essere riportate le seguenti informazioni:

- numero di identificazione del ciclo di sterilizzazione;
- quantità giornaliera e tipologia di rifiuti sottoposti al processo di sterilizzazione;
- data del processo di sterilizzazione.

Rifiuti ospedalieri Rifiuti ospedalieri sterilizzati

**Smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo**

I rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo devono essere smaltiti mediante termodistruzione in impianti autorizzati ai sensi del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, con le modalità qui sotto riportate. I rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo che presentano anche altre caratteristiche di pericolo di cui all'Allegato I del decreto legislativo n. 152 del 2006, devono essere smaltiti solo in impianti per rifiuti pericolosi. I rifiuti sanitari pericolosi a solo rischio infettivo possono essere smaltiti, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto del Ministro dell'ambiente 19 novembre 1997, n. 503, e successive modificazioni:

- in impianti di incenerimento di rifiuti urbani e in impianti di incenerimento di rifiuti speciali. Essi sono introdotti direttamente nel forno, senza prima essere mescolati con altre categorie di rifiuti. Alla bocca del forno è ammesso il caricamento contemporaneo con altre categorie di rifiuti;
- in impianti di incenerimento dedicati

Le operazioni di caricamento dei rifiuti al forno devono avvenire senza manipolazione diretta dei rifiuti; per manipolazione diretta si intende una operazione che generi per gli operatori un rischio infettivo.

**Smaltimento dei rifiuti sanitari sterilizzati**

I rifiuti sanitari sterilizzati:

a) possono essere avviati in impianti di produzione di CDR o direttamente utilizzati come mezzo per produrre energia;
b) nel rispetto delle disposizioni del decreto del Ministro dell'ambiente 19 novembre 1997, n. 503, e successive modificazioni, possono essere smaltiti in impianti di incenerimento di rifiuti urbani o in impianti di incenerimento di rifiuti speciali alle stesse condizioni economiche adottate per i rifiuti urbani;
c) qualora nella regione di produzione del rifiuto non siano presenti, in numero adeguato al fabbisogno, né impianti di produzione di CDR, ne' impianti che utilizzano i rifiuti sanitari sterilizzati come mezzo per produrre energia, ne' impianti di termodistruzione, previa autorizzazione del presidente della regione, possono essere sottoposti al regime giuridico dei rifiuti urbani e alle norme tecniche che disciplinano lo smaltimento in discarica per rifiuti non pericolosi. L'autorizzazione del presidente della regione ha validità temporanea sino alla realizzazione di un numero di impianti di trattamento termico adeguato al fabbisogno regionale.

**Farmaci scaduti**

I farmaci sono prodotti chimici di sintesi sulle cui confezioni compare sempre una data di scadenza. Trascorso il termine ultimo indicato dalla casa farmaceutica, i medicinali non sono più utilizzabili e devono essere smaltiti correttamente. La parte del prodotto pericolosa è quella costituita dai principi attivi. In discarica, mischiati alla spazzatura domestica, possono dar luogo ad emanazioni tossiche e possono inquinare il percolato (il liquido che si accumula sul fondo della discarica). La presenza di antibiotici nei rifiuti può favorire la selezione di ceppi di microbi e virus assai pericolosi. E' per questo motivo che i farmaci scaduti non devono essere gettati nei normali cassonetti, ma collocati negli appositi contenitori presso le farmacie e le isole ecologiche.
Lo smaltimento dei farmaci scaduti avviene attraverso la termodistruzione, oppure attraverso la loro inertizzazione in contenitori ermetici.

# II° Modulo: Interagire con il contesto organizzativo

**Legislazione e organizzazione dei servizi sociali e sanitari**

La storia degli OSS dagli anni sessanta ad oggi. Da tuttofare prevalentemente impiegato nel riordino e nelle pulizie a operatore socio sanitario inserito a pieno titolo nelle equipe multiprofessionali del sanitario e del sociale. Riassumiamo brevemente oltre quarant'anni di evoluzione del personale di supporto ospedaliero in Italia. In ordine cronologico riportiamo dunque le leggi e una piccola descrizione della qualifica professionale istituita. Ragionando su ciò che è stato fatto in passato, spesso si riesce a chiarire la situazione attuale e a prevedere meglio le alternative ed i possibili sbocchi futuri. Procediamo con ordine:

***Ausiliario o Portantino istituito col D.P.R. 128/69***
La figura dell'Ausiliario Portantino è stata storicamente presente negli Ospedali ed ha sempre svolto mansioni molto semplici e di carattere meramente esecutivo. Consistevano prevalentemente in: Pulizia degli ambienti - Trasporto Materiali - Prestazioni Manuali.

***Ausiliario Socio Sanitario ASS previsto dal CCNL del 1979***
Nel 1979 con il nuovo contratto collettivo nazionale, venne introdotta la distinzione precisa di: "addetto esclusivamente alle mansioni di pulizia" e l'ausiliario socio sanitario venne inquadrato al 1° livello retributivo.

***Ausiliario Socio Sanitario Specializzato ASSS istituito dal D.P.R. 348/83 - d.m. 1984***
Con un ulteriore corso di addestramento gli vennero ampliate le competenze e fu inquadrato al 3° livello.

***Operatore Tecnico addetto all'Assistenza OTA istituito dal D.P.R. 384/90 - d.m. 295/91***
Si rende evidente la necessità di avere a disposizione personale di supporto maggiormente qualificato in modo da potergli affidare alcune mansioni semplici e poter impiegare in modo più efficace le competenze e la professionalità del personale infermieristico.

***Operatore Socio Sanitario OSS***

Istituito con accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 nasce la figura e il relativo profilo professionale dell'operatore socio sanitario in breve OSS. Dopo un lungo e travagliato dibattito, con un provvedimento definito: "necessario ed urgente" viene emanato l'accordo tra il Ministro della Salute il Ministro per la Solidarietà Sociale le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo Profilo Professionale dell'Operatore Socio Sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei relativi corsi di formazione (Accordo Stato Regioni del 22/02/2001). La nuova figura venutasi a creare in virtù di questo accordo, denominata Operatore socio sanitario in breve OSS racchiude di fatto il vecchio Operatore Socio Assistenziale OSA e il vecchio Operatore Tecnico Addetto all'assistenza. In pratica un nuovo operatore versatile e con mansioni quindi di carattere sociale e sanitario ovvero un operatore in grado di lavorare appunto nel contesto sociale e/o sanitario.

***Operatore Socio Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria OSSS istituito con l'accordo Stato-Regioni del 16 gennaio 2003***

Con Accordo Stato Regioni del 16 gennaio 2003 si disciplina la formazione complementare in assistenza sanitaria della figura dell'OSS al fine di consentire allo stesso di collaborare con l'Infermiere professionale (oggi si chiama solo Infermiere) e/o l'ostetrica anche nella esecuzione di alcune manovre di tipo infermieristico e di svolgere alcune mansioni assistenziali in base alla organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e in conformità delle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica o ostetrica e sotto la supervisione della stessa.

**Organizzazione Dei Servizi Socio Sanitari**

Sono servizi offerti da comuni al fine di ridurre le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e famigliare derivati da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia (legge328/2000). Nei comuni di grande dimensioni tali servizi fanno capo al Comune stesso.
Fra i servizi socio sanitari si possono trovare:

**LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI** (RSA) sono istituti di ricovero, una volta denominate Case di riposo o strutture protette, che accolgono anziani non autosufficienti. La RSA offre agli ospiti ricoveri temporanei o a tempo indeterminato, e una sistemazione pari alle loro esigenze domestiche, rispettando il bisogno individuale di riservatezza e di privacy in relazione a tutti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi.

**L'ASSISTENZA DOMICILIATA (ADI)** è l'aggiornamento dei livelli assistenziali di assistenza (LEA), in cui le cure domiciliari vengono messe in atto a livello di trattamenti medici infermieristici e riabilitativi prestati da personale qualificato, direttamente a domicilio.

**LA COMUNITA' ALLOGGIO**: è la soluzione residenziale alla quale si ricorre quando, per persone in particolari condizioni esistenziali, sia impraticabile o improponibile l'ambiente famigliare di appartenenza e ove non sia necessario il ricorso a soluzioni residenziali particolarmente protette. La C.A. è da considerarsi ambiente positivo e strutturato di vita temporaneo, caratterizzato da un clima di relazioni che permetta la manifestazione di comportamenti differenziati o autonomi -ancorati a motivazioni personali o di gruppo nonché di progetti articolati e realistici, riguardanti l'organizzazione della vita di ognuno.

In tale ambiente strutturato è necessaria la presenza di un certo numero di operatori su cui contare, che condividono necessità e bisogni, all'interno della Comunità, ma anche e soprattutto nei rapporti col territorio.

**Il CENTRO DIURNO SOCIO-EDUCATIVO**: si configura quale servizio semiresidenziale a carattere comunicativo, rivolto a soggetti diversamente abili, che svolgono la loro attività in collaborazione con la famiglia e in collegamento con tutti gli altri servizi territoriali. Tale struttura ha, pertanto, lo scopo di svolgere una funzione socio-educativa sul singolo individuo, mirata a recuperare le capacità fisico-intellettuali residue per potenziare e migliorare le capacità relazionali e i legami che l'individuo instaura con la comunità. Il servizio offerto dal CENTRO DIURNO deve garantire l'organizzazione di una vita comunitaria dignitosa, rispettosa delle condizioni e delle esigenze di tutti gli ospiti assicurando loro il soddisfacimento dei bisogni.

**La Carta dei Servizi nel settore sanitario si basa su alcuni principi fondamentali:**

a) **uguaglianza:** l'accesso ai servizi sanitari deve essere garantito senza alcuna distinzione per motivi di sesso, razza, religione ed opinioni politiche;
b) **imparzialità:** la prestazione dei servizi sanitari deve avvenire senza alcuna tipo di favoritismo;
c) **continuità**: l'erogazione dei servizi sanitari deve essere continua e regolare. In caso di funzionamento irregolare debbono essere adottate misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile;
d) **partecipazione**: i cittadini, direttamente o tramite le Associazioni che li rappresentano, devono sempre poter esprimere le proprie opinioni sui servizi che li riguardano, prevedendo appositi strumenti di partecipazione e coinvolgimento. E ad esse deve essere prestata massima attenzione nell'ottica di migliorare qualità del servizio stesso;
e) **efficacia ed efficienza**: il servizio deve essere erogato secondo gli obiettivi prefissati e in modo tale da non disperdere le risorse umane ed economiche a disposizione;
f) **diritto di scelta**: il cittadino ha diritto di scegliere, tra i soggetti che erogano servizi sul territorio, quelli di cui ha necessità.

in particolare:

- il principio cardine della Carta dei Servizi Sanitari è quello secondo cui l'ente erogatore adotta standard di quantità e di qualità del servizio di cui è tenuto ad assicurare il rispetto;
- l'ente erogatore pubblicizza gli standard adottati di cui informa il cittadino;
- l'ente erogatore verifica il rispetto degli standard e il grado di soddisfazione degli utenti;
- garantisce il rispetto dello standard adottato, assicurando al cittadino la specifica tutela, attraverso forme di rimborso nei casi in cui sia possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore, per qualità e tempestività, allo standard pubblicato.

Nello spirito della Carta dei servizi, gli standard della qualità del servizio devono riguardare l'intera esperienza del cittadino che viene a contatto con le strutture sanitarie (per esempio, l'ospedale o il poliambulatorio specialistico).

**Il territorio e le reti formali e informali**

Il **concetto di rete** sottende all'idea che l'uomo è un soggetto in integrazione con gli altri**,** capace di influenzarli. Nel 1996 Ferrario ha identificato il **lavoro di rete** come l'insieme di interventi di connessione di risorse e strategie tese a produrre relazioni significative e a migliorare il benessere delle persone e della collettività. Le reti si distinguono:

- **Reti Informali:** (familiari, amici, colleghi, vicini etc..), si basano reciprocità e affettività, svolgendo una funzione protettiva e di sostegno all'identità.
- **Reti Formali:** (istituzioni, enti pubblici) che producono servizi e prestazioni in sostegno dei bisogni espressi.

**I vantaggi e gli svantaggi delle reti sociali**

| VANTAGGI | SVANTAGGI |
|---|---|
| **-fornisce aiuti materiali**<br>**-fornisce sostegno emotivo**<br>**-mantiene integra l'identità**<br>**-fa circolare le informazioni**<br>**Fornisce sostegno alle fasi complesse** | -si creano dipendenze<br>-rafforza lo stigma sociale di atteggiamenti devianti<br>-crea stress |

L'interazione tra ***attori formali e attori informali*** genera un nuovo sapere comune a tutti:
-maggiore conoscenza del disagio
-comprensione dei comportamenti sociali
-conoscenza delle risorse disponibili
-maggiore conoscenza territoriale
-creazione di più reti di supporto

***Collaborare*** significa lavorare con utenza, colleghi, e risorse della comunità. Secondo la Campanini è importante considerare l'altro come soggetto che presenta delle potenzialità, ed è in grado di autodeterminarsi, che viene ad essere coinvolto come possibile attore di un progetto comune.

***L'organizzazione***

Un'organizzazione si ha quando un'attività o un ente corrisponde in modo sistematico alle esigenze di funzionalità ed efficienza. Le *risorse* sono componenti essenziali dell'organizzazione, servono a sopperire a certe necessità. Quindi ogni individuo attraverso le risorse ha la capacità di risolvere un determinato problema sociale attraverso sostegni di varia natura.
L'approccio professionale del servizio sociale, deve tener conto di queste condizioni:

1. **Persona-territorio:** devono considerarsi più che utenti, protagonisti dell'intervento sociale;
2. **Contesto socio-ambientale**: è un fattore determinante dei bisogni e del campo di intervento;
3. **Gli operatori sociali**: devono intendersi come agenti di cambiamento in grado di stimolare la comunità territoriale.

**Le variabili organizzative** sono le modalità con cui si realizzano le relazioni di connessione tra gli elementi del sistema, delineandole specifici attributi funzionali ai risultati organizzativi.

**Strumenti per leggere un'organizzazione**

**Funzionigramma**: è una rappresentazione grafica delle funzioni dell'ente.

**Organigramma:** è una rappresentazione grafica dell'articolazione della struttura organizzativa (delle norme).
Qualsiasi tipo di organizzazione deve saper coltivare in modo equilibrato un'efficace capacità organizzativa, una forza organizzativa di tipo conservativo (coniugando il massimo dell'efficacia e dell'efficienza) e una forza di tipo imprenditoriale. La prima forza è legata al grado di integrazione e di funzionamento degli elementi organizzativi, al coordinamento, alle regole e alle motivazioni dei partecipanti. La forma imprenditoriale dipende invece dalla capacità di intuire la via per ottenere il risultato che si vorrà raggiungere. La coesistenza delle due forze ed il loro equilibrio costituiscono le basi della vitalità organizzativa. L'obiettivo principale di un'organizzazione è quello di salvaguardare ciò che già esiste e tendere all'innovazione e al miglioramento.

**Scopo e Obiettivo**

La Legge 328/2000 intitolata "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" è la legge per l'assistenza, finalizzata a promuovere interventi sociali, assistenziali e sociosanitari che garantiscano un aiuto concreto alle persone e alle famiglie in difficoltà. Scopo principale della legge è, oltre, la semplice assistenza del singolo, anche il sostegno della persona all'interno del proprio nucleo familiare. La qualità della vita, la prevenzione, la riduzione e l'eliminazione delle disabilità, il disagio personale e familiare e il diritto alle prestazioni sono gli obiettivi della 328. Per la prima volta, altresì, viene istituito un fondo nazionale per le politiche e gli interventi sociali, aggregando e ampliando i finanziamenti settoriali esistenti e destinandoli alla programmazione regionale e degli enti Dal titolo si può osservare che si tratta di una legge quadro, pertanto la relativa applicazione è delegata all'emanazione di decreti da parte del governo, ministeri, regioni, ecc.

**Soggetti Destinatari**

La legge in esame stabilisce che hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali, con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonchè gli stranieri, individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Ai profughi, agli stranieri ed agli apolidi sono garantite le misure di prima assistenza, di cui all'articolo 129, comma 1, lettera h), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La legge 328 intende superare ulteriormente il concetto assistenzialistico dell'intervento sociale, nel senso che considera il cittadino non come passivo fruitore, ma come soggetto 2 attivo e in quanto tale portatore di diritti, a cui devono essere destinati interventi mirati alla rimozione di situazioni di disagio psico-sociale e di marginalità.

***Servizi previsti*** Il capo III elenca le disposizioni relative alla realizzazione di particolari interventi sociali e più esattamente a favore di persone disabili, anziani non autosufficienti, famiglie. Sono previsti infatti:

**Progetti individuali per le persone disabili:** i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale. Il progetto individuale comprende:

- la valutazione diagnostico-funzionale;
- le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale;
- i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale;
- le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale.

Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare. L'interessato indicherà nella tessera sanitaria, con modalità stabilite con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, i dati relativi alle condizioni di non autosufficienza o di dipendenza per accedere ai servizi ed alle prestazioni sociali.

S**ostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti**: il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto, emanato di concerto con i Ministri della sanità e per le pari opportunità, determina annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta. Una quota dei finanziamenti di cui al primo comma è riservata ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare secondo gli indirizzi indicati dalla presente legge.

**Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari**: il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie e valorizza i molteplici compiti che le famiglie svolgono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello sviluppo della vita quotidiana. Al fine di migliorare la qualità e l'efficienza degli interventi, gli operatori coinvolgono e responsabilizzano, inoltre, le persone e le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi. Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali sono inoltre previsti i seguenti servizi:

a) l'erogazione di assegni di cura e altri interventi a sostegno della maternità e della paternità responsabile, da realizzare in collaborazione con i servizi sanitari e con i servizi socio - educativi della prima infanzia;
b) politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura, promosse anche dagli enti locali ai sensi della legislazione vigente;
c) servizi formativi e informativi di sostegno alla genitorialità, anche attraverso la promozione del mutuo aiuto tra le famiglie;
d) prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;
e) servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, ed in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro;
f) servizi per l'affido familiare, per sostenere, con qualificati interventi e percorsi formativi, i compiti educativi delle famiglie interessate.

Per sostenere le responsabilità individuali e familiari e agevolare l'autonomia finanziaria di nuclei monoparentali, di coppie giovani con figli, di gestanti in difficoltà, di famiglie che hanno a carico soggetti non autosufficienti con problemi di grave e temporanea difficoltà economica, di famiglie di recente immigrazione che presentino gravi difficoltà di inserimento sociale, i comuni, in alternativa a contributi assistenziali in denaro, possono concedere prestiti sull'onore, consistenti in finanziamenti a tasso zero secondo piani di restituzione concordati con il destinatario del prestito.
I comuni possono prevedere, altresì, agevolazioni fiscali e tariffarie rivolte alle famiglie con specifiche responsabilità di cura e deliberare ulteriori riduzioni dell'aliquota 4 dell'imposta comunale sugli immobili (ICI) per la prima casa, nonché tariffe ridotte per l'accesso a più servizi educativi e sociali.

**Soggetti Erogatori**

La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge. Alle Regioni e ai

Comuni spettano alcuni compiti importanti, ma anche lo Stato è chiamato a fare la sua parte:

Lo **Stato** ha il compito di: fissare un Piano sociale nazionale che indichi i livelli uniformi e di base delle prestazioni, stabilire i requisiti che devono avere le comunità-famiglie e i servizi residenziali nonché i profili professionali nel campo sociale ed infine ripartire le risorse del Fondo sociale nazionale e controllare l'andamento della riforma.

Le **Regioni** dovranno programmare e coordinare gli interventi sociali, spingere verso l'integrazione degli interventi sanitari, sociali, formativi e di inserimento lavorativo, stabilire i criteri di accreditamento e vigilare sulle strutture e i servizi sia pubblici che privati, costituire un albo dei soggetti autorizzati a svolgere le funzioni indicate dalla normativa, stabilire la qualità delle prestazioni, determinare i livelli di partecipazione alla spesa da parte degli utenti, finanziare e programmare la formazione degli operatori
In ultima analisi non bisogna dimenticare come questa legge abbia riconosciuto una centralità al ruolo dei Comuni che, per questo motivo, sono gli interlocutori privilegiati, con i quali bisogna tracciare politiche di intervento.

I **Comuni** sono gli organi amministrativi che gestiscono e coordinano le iniziative per realizzare il "sistema locale della rete di servizi sociali". In questo, i Comuni devono coinvolgere e cooperare con le strutture sanitarie, con gli altri enti locali e con le associazioni dei cittadini.
Dai Comuni **dipende:**

• la determinazione dei parametri per la valutazione delle condizioni di povertà, di limitato reddito e di incapacità totale o parziale per inabilità fisica e psichica, e le relative condizioni per usufruire delle prestazioni;
• l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza sui servizi sociali e sulle strutture residenziale e semiresidenziali pubbliche e private;
• il garantire il diritto dei cittadini a partecipare al controllo di qualità dei servizi. Le azioni, gli obiettivi e le priorità degli interventi comunali sono definiti nei Piani di Zona. I Comuni devono anche realizzare ed adottare la Carta dei servizi sociali che illustra le opportunità sociali disponibili e le modalità per accedervi.

**L'art. 14** della **legge** in esame contiene importanti disposizioni per la realizzazione di **Progetti individuali** per le **persone disabili**. In particolare, viene stabilito che "per realizzare la piena integrazione delle **persone disabili** ossia di coloro che, ai sensi dell'art. 3 Legge 104/1992, presentano minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, stabilizzate o progressive, che sono causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tali da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione", i Comuni, d'intesa con le Aziende Sanitarie locali, predispongano **Progetti individuali**. Per la sua delicatezza e complessità, il **Progetto individuale** può essere definito e attuato grazie all'apporto di figure professionali specifiche che cooperino al fine di garantire la continuità del percorso di sostegno, soprattutto in occasione di fasi avvertite come particolarmente critiche nella vita del disabile.

**L'art. 15** della legge in esame contiene tutte le indicazioni riguardanti il sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti. L'art in questione stabilisce che la quota del **Fondo Nazionale per le Politiche Sociali** riservata ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, viene utilizzata dalle regioni per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare.

**L'art 24**: il Governo è delegato ad emanare, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, nel rispetto del principio della separazione tra spesa assistenziale e spesa previdenziale. Il reddito minimo per la disabilità totale serve a rimuovere le limitazioni personali, familiari dei portatori di disabilità.
Le forme di sostegno economico sono le seguenti:

- **reddito minimo per la disabilità totale** a cui fare afferire pensioni e assegni che hanno la funzione di integrare, a seguito della minorazione, la mancata produzione di reddito.
- **reddito minimo per la disabilità parziale**, a cui fare afferire indennità e assegni concessi alle persone con diversi gradi di minorazione fisica e psichica per favorire percorsi formativi
- **indennità per favorire la vita autonoma** e la comunicazione, commisurata alla gravità, nonché per consentire assistenza e sorveglianza continue a soggetti con gravi limitazioni dell'autonomia.
- **indennità per l'autonomia** di disabili gravi o pluriminorati, concessa a titolo della minorazione;
- **indennità di cura e di assistenza** per ultrasessantacinquenni totalmente dipendenti;
- **Agevolazioni e trattamenti** per tutti coloro i quali non percepiscono la pensione;

**Diritto al lavoro dei disabili**

**ART. 1** la presente legge ha come finalità la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato. Esso implica:

a) alle persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai portatori di handicap intellettivo;
b) alle persone invalide del lavoro
c) alle persone non vedenti o sordomute;
d) alle persone invalide di guerra;

# III° Modulo: Assistenza in contesto residenziale

**Sanificare e sanitizzare ambienti secondo protocolli stabiliti**

**Igiene degli ambienti**

La pulizia e la sanificazione degli ambienti sanitari rivestono un ruolo importante non solo per il significato che assumono nell'ambito del confort alberghiero ma soprattutto per le implicazioni di ordine igienico-sanitario che influiscono sulla qualità delle cure erogate e sull'insufficienza ed efficacia dell'organizzazione dei servizi.
La pulizia dell'ambiente è un aspetto primario per la prevenzione delle infezioni e per il confort del paziente. La pulizia è un'operazione preliminare perché lo sporco, costituito da sostanze organiche e inorganiche, è spesso ricco di microorganismi che si moltiplicano attivamente.
**I materiali, i metodi e gli obiettivi della pulizia assumono caratteristiche diverse a seconda delle finalità e dell'intensità della metodologia adottata.**

- ☐ Pulizia
- ☐ Sanificazione
- ☐ Sanitizzazione

**Pulizia**

Le operazioni di pulizia assumono particolari particolare rilevanza nelle strutture sanitarie dove dalla corretta ed efficace esecuzione di esse può dipendere il risultato di una prestazione sanitaria complessa e di conseguenza la salute del malato.
Il DM 7/7/1997, n°274 "il regolamento di attuazione per la disciplina delle attività di pulizia, di disinfezione e di derattizzazione" definisce le attività di pulizia come "*quelle che riguardano il complesso di procedimenti e operazioni atti a rimuovere polveri, materiale non desiderato o sporcizia da superfici, oggetti, ambienti confinati ed aree di pertinenza".*

**Sanificazione**

Sanificare significa rendere igienicamente sano l'ambiente e gli strumenti in modo da arrestare la diffusione microbica.
La tecnica della sanificazione comprende: la pulizia e la detersione.
**Sanificazione metodica** che si avvale dell'uso di detergenti, allo scopo di ridurre il numero di contaminanti batterici e consente di mantenere per un tempo relativo il livello di sicurezza per la contaminazione da germi su oggetti e superfici.
**Sanificazione**, il termine mutuato ed appropriatamente traslato dall'inglese "sanitation"; si applica in tutti quei contesti in cui le operazioni di pulizia assurgono ad una posizione di primaria importanza.
Si arriva così ad una definizione più completa: la sanificazione ambientale viene intesa come attività che riguarda il complesso di operazioni e procedimenti di ordine pratico e sanitario atto a rendere salubre un determinato ambiente mediante l'attività di pulizia e detergenza e/o di successiva disinfezione.

**Sanitizzazione**

Metodica utilizzata per ridurre la carica microbica su oggetti o superfici sino ad un "livello di sicurezza".
Si ottiene mediante l'uso di detergenti, seguito dall'uso di disinfettanti. Se è vero che la sola "pulizia", nella maggior

parte dei casi, se operata con criteri corretti, è sufficiente ad assicurare buoni standard igienici per tutto quello che non resta ad intimo e prolungato contatto con pazienti suscettibili di contrarre infezioni, è vero anche che, nella routine ospedaliera, alcune procedure di pulizia devono integrarsi con interventi di disinfezione.
Occorre però tenere bene presente che la disinfezione non può nè deve mai sostituirsi alla pulizia, poiché residui di contaminazione su una superficie possono contribuire a rendere inefficace il successivo processo di disinfezione.

**Le aree del rischio**

Lo spazio ospedaliero si suole suddividere, nell'ottica di una corretta gestione dell'igiene, in aree a *basso, medio* ed *alto rischio.*
Fatte salve le immancabili differenze strutturali da caso a caso e da edificio ad edificio, ciascuna di queste aree comprende tipologie di vani con caratteristiche affini e modalità di intervento di pulizia/sanificazioni assimilabili.
La struttura ospedaliera è stata idealmente divisa in tre zone e raggruppata in settori aventi caratteristiche affini e modalità di intervento simili. Si distinguono quindi:

- ☐ **Zone a basso rischio**
- ☐ **Zone a medio rischio**
- ☐ **Zone ad alto rischio**

Per ogni zona deve essere previsto un protocollo indicante il tipo di trattamento da effettuare. Sono considerate zone:
- a basso rischio: gli uffici, i corridoi, le sale d'attesa, gli altri, etc.
- medio rischio: le aree di degenza, i poliambulatori, la radiologia, il laboratorio etc.
- ad alto rischio: le camere operatorie, la rianimazione, l'unità coronarica, la centrale di sterilizzazione etc.

Nelle zone ad alto rischio, le operazioni di sanificazione prevedono l'uso di sostanze disinfettanti, e anche le operazioni di pulizia sono condotte con maggiore frequenza, poiché i degenti possono avere beneficio da una riduzione massiva, quantunque temporanea, della carica microbica.
Per le altre aree è possibile provvedere ad una corretta sanificazione pur senza l'uso di disinfettanti: per le aree a medio e basso rischio è sufficiente, in linea generale, una corretta detersione.
Le differenze tra i vari interventi nelle zone a rischio sono:
- ☐ La frequenza;
- ☐ L'intensità e il maggior ricorso ai disinfettanti;
- ☐ La diversità delle norme comportamenti degli operatori;

Le metodologie sono invece comuni così come anche i principi generali della pulizia.

**Gli interventi di pulizia si distinguono in:**

- **Pulizia di mantenimento:** interventi diretti a mantenere il pulito a livelli adeguati alla tipologia di impiego del locale.
- **Pulizia di risanamento:** interventi diretti a eliminare qualsiasi tipo di sporco, raggiugendo il massimo livello di pulito.

**Inoltre, si usa classificare gli interventi di pulizia in relazione alla frequenza di effettuazione (pulizia giornaliera, periodica e straordinaria).**

**Pulizia**

La pulizia consta di una serie di operazioni quali: spolveratura, scopatura e detersione. La polvere che si accumula è composta da polveri atmosferiche insieme a polvere generalmente provocata dagli abitanti a ausa di frammenti di pelle, unghie, e fibre dei vestiti.
Le particelle più grandi della polvere cadono a terra in poche ore, quelle più piccole possono restare nell'are anche più di una settimana. Il naso riesce a bloccare polveri più grosse di 0,01mm.

**La polvere: danni dovuti al batterio abrasivo**

Con un granello di polvere di 1/10 di millimetro sotto il piede si ha teoricamente la pressione di 700.000 atmosfere.
La polvere: il primo nemico della pulizia. Unita allo sporco "grasso" rende più difficile il lavaggio.

**Spolveratura**

Si intende la rimozione delle superfici dei vari tipi di polveri con mezzi atti a non sollevarla. In generale, in area assistenziale, è preferibile utilizzare metodologie di pulizia ad umido (con prodotto ad azione antistatica in forma spray su un panno) che danno maggiori garanzie di non immettere polveri nell'ambiente. In caso, di utilizzo di un aspiratore prevedere microfiltro e rispetto della normativa in termine di immissioni rumorose.

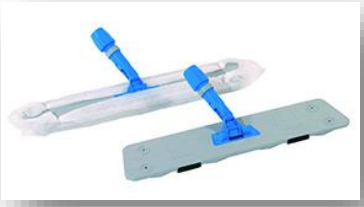
**Scopatura ad umido**

Rispetto alla scopatura "tradizionale" la quantità di polvere sollevata è 10 volte inferiore. **Scopa in setole:** 85.000 particelle per cm3. **Scopa ad umido**: 7.500 particelle per cm3.

**Scopatura**

Prima di ogni lavaggio deve essere effettuata una accurata depolveratura delle pavimentazioni, esistono **4 metodi:**

1. **Il metodo a setole:** produce una grandissima quantità di polveri in aria, l'attrezzo non sostituibile trasporta polveri da un'ambiente ad un altro con grave rischio di contaminazione, ha scarsissima efficacia e uno sforzo fisico considerevole.
2. **Il metodo con frange rilavabili:** polveri sollevate ridotte, aumento delle frange da lavare con conseguente consumo di acqua detergenti e energia elettrica, se non viene sostituita la frangia in ogni ambiente rischio di contaminazione.
3. **Il metodo con panni monouso:** polveri sollevate assenti e produzione di rifiuto.
4. **Il metodo con aspirapolvere:** scarsa produzione di rumore, consumo di energia elettrica, formazione di vortici d'aria, scomodità e scarsa sicurezza per via del cavo di alimentazione ed efficacia.



**Con panni monouso** **con frange rilavabili**

Il metodo di scopatura più efficace in termini qualitativi risulta essere quello con l'utilizzo di panni impregnati monouso.

- L'impatto ambientale è ridottissimo ed oggi mitigato dal fatto che esistono in commercio panni impregnati con etichettatura ambientale.
- Dal punto di vista dello sforzo fisico risulta essere il meno impegnativo per le operatrici.

**Scopatura: scopa a trapezio, e veline TNT preumidificato,**

- ☒ *Proseguire dalle aree perimetrali a quella centrale;*
- ☒ *Non va sollevato dal pavimento;*
- ☒ *Cambiare la velina almeno ogni 25 mq;*

**Detersione**

Per detersione si intende **l'asportazione di sostanze estranee da una superficie (polveri, secreti, escreti, residui alimentari) perché possono veicolare microorganismi oppure costituire un ottimo terreno per la loro proliferazione.**
La detersione è sempre condizione preliminare ed indispensabile per una corretta esecuzione di successive operazioni di disinfezione e sterilizzazione.

I tipi dei detergenti maggiormente utilizzati nella sanificazione ospedaliera sono: detergenti neutri a base alcolica,

sgrassanti e disincrostanti.

- ☐ I prodotti a base alcolica vengono utilizzati per la pulizia di mantenimento di superfici poco sporche per la rimozione di impronte e di sporco solubile in alcool
- ☐ Prodotti sgrassanti devono essere diluiti alle opportune concentrazioni e vengono utilizzati per la pulizia di mantenimento delle superfici, qualora sia presente sporco grasso, e per la pulizia di risanamento.

Oggi si parla non più dei detergenti in genere ma del **sistema di detergenza. Esso è composto da più elementi:**

- **IL SUBSTRATO**
- **LO SPORCO**
- **IL DETERGENTE**
- **L'ACQUA**
- **L'AZIONE MECCANICA**

**Il substrato**

Esso rappresenta la superficie da pulire. I substrati possono essere di varia natura e in base alla loro origine e struttura sono classificati in:

- Substrati duri
- Substrati non duri
- Substrati non rigidi

**Lo sporco**

Per sporco si intende l'insieme delle sostanze che devono essere rimosse da un substrato sia per ragioni estetiche che igieniche. In genere lo sporco è formato da componenti solide insolubili (pulviscolo, detriti organici) e componenti solide solubili quali i grassi, le proteine, i Sali minerali solubili, le sostanze organiche.

**Il detergente**

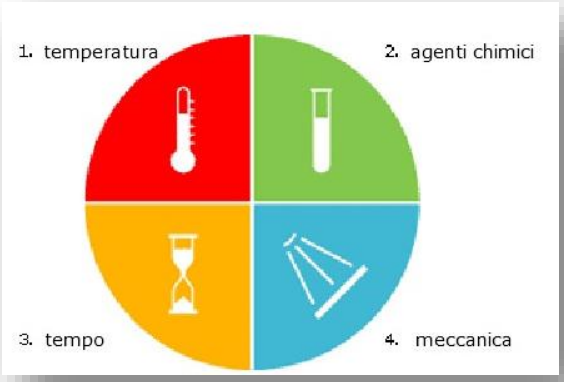
Normalmente si definisce detergente una sostanza tensioattiva che abbassa la tensione superficiale, stacca lo sporco dal substrato e lo tiene sospeso nell'acqua. Si possono distinguere tensioattivi sintetici e i saponi. Di norma sullo sporco di tipo organico (residui di cibo, etc..) sono impiegati detergenti alcalini mentre sullo sporco minerale sono impiegati i detergenti acidi (calcare, incrostazioni).
I **componenti principali di un detergente** sono:

- Tensioattivi per emulsionare lo sporco
- Sequestranti per addolcire l'acqua
- Candeggianti per sbiancare
- Enzimi per decomporre lo sporco
- Solventi come etanolo, isopropanolo o ammoniaca

**L'acqua**

È un solvente nei confronti di molte tipologie di sporco e l'aggiunta in acqua di un detergente ha lo scopo di agire su molti tipi di sporco, tenerlo in sospensione ed eliminarlo. Spesso durante il lavaggio, specie se eseguito con macchine, l'acqua viene impiegata a temperature elevate in quanto lo sporco costituito da grassi risulta più facile da esportare.

**Azione meccanica**



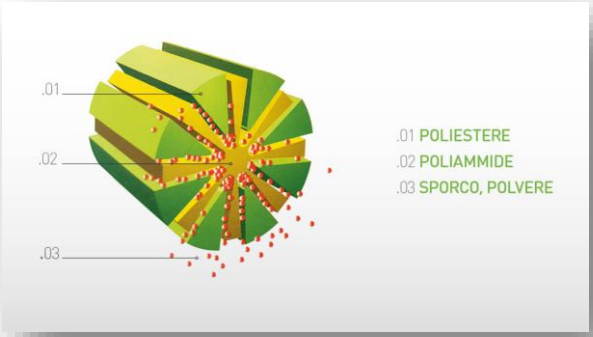

L'azione meccanica completa l'azione portando al distacco completo dello sporco. Le proprietà detergenti dipendono quindi dalla possibilità di formare emulsioni in cui le molecole del sapone racchiudono particelle di sporco nelle micelle ovvero aggregati di molecole in fase colloidale.

**Detersione manuale dei pavimenti**

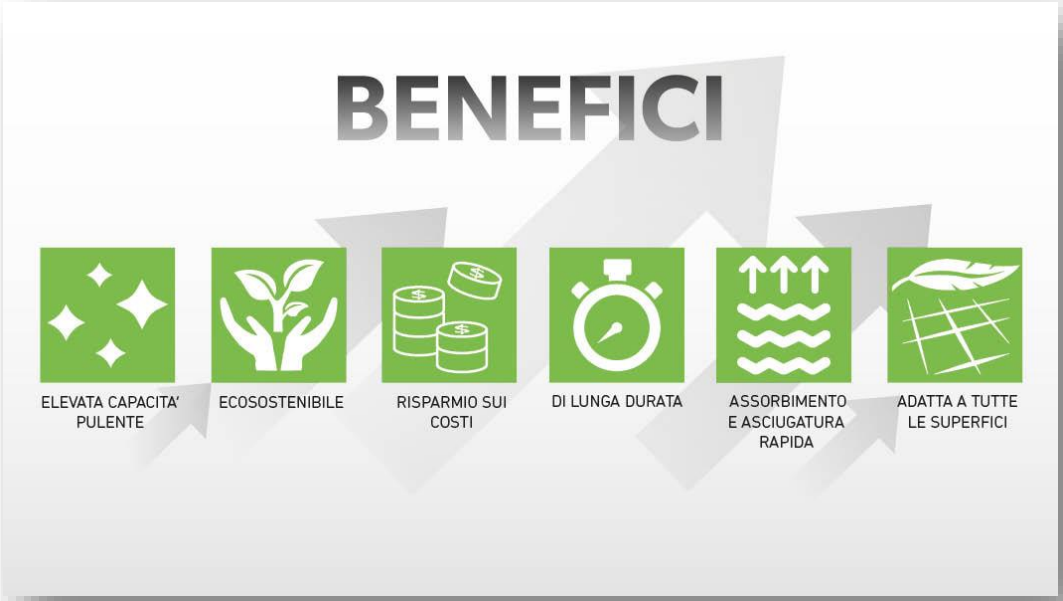
*Sistema a frangia lunga detto "Duo-Mop"*

*Sistema a frangia corta detto "Twix"*

**La microfibra: i vantaggi**




La microfibra è un tessuto sintetico frutto di tecnologie all'avanguardia, dallo spessore 100 volte inferiore a quello di un capello umano (il diametro della fibra è un micrometro = 1 / 1.000.000esimo di metro). Realizzato in poliestere e poliammide, il tessuto in microfibra è in grado di raccogliere anche lo sporco microscopico molto più facilmente di qualsiasi altro tessuto. Oltre ad avere un'elevata capacità detergente, la microfibra ha un eccellente potere assorbente dell'umidità. La sua capacità di assorbimento è molto più rapida rispetto a quella dei prodotti di cotone generici. Questo perché dotata di pori sottili che la rendono molto simile alla struttura di una spugna.
I prodotti in microfibra hanno una carica elettrostatica positiva, il che significa che attraggono lo sporco e il grasso di carica negativa. Queste caratteristiche consentono di rimuovere contaminanti e sostanze pericolose nella pulizia delle superfici senza far ricorso a detergenti chimici. Si preserva così l'ambiente e allo stesso tempo si evita che la pelle umana subisca possibili irritazioni da contatto.



**Detersione meccanica:** Attrezzature a batteria, lo schema attuale è quello indicato in figura.

**Aspiraliquidi**

**Monospazzola**

**Lavasciuga**

**PRINCIPI GENERALI**

- Le pulizie devono iniziare dalla zona meno sporca verso quella più sporca
- Nel caso di oggetti che non vanno a diretto contatto con il paziente, dopo la disinfezione non risciacquare
- Evitare il rabboccamento dei contenitori (sia detergente che disinfettante)
- Rispettare la diluizione dei prodotti indicata dalla casa produttrice
- Segnalare le zone bagnate con apposita segnaletica
- Per le aree di passaggio (atrii e corridoi) effettuare il lavaggio in due tempi successivi, in modo da mantenere sempre una metà asciutta, per permettere il passaggio

- Utilizzare sempre idonei dispositivi di protezione individuale (D.P.I) durante le procedure di pulizia, che sono svolte sotto la diretta responsabilità dei capo sala, che devono dare precise disposizioni in merito, fornire adeguati D.P.I., vigilare sul corretto utilizzo degli stessi da parte degli operatori
- Dopo l'uso tutte le attrezzature, compreso il carrello delle pulizie, devono essere detersi ed asciugati. L'umidità e la temperatura ambiente sono ottimi terreni di cultura per il proliferare di germi.
- Allo stesso modo ogni panno, spugna, sistema Mop ecc dopo l'uso deve essere lavato, disinfettato e lasciato asciugare.
- La presenza di materiale organico può ridurre o inattivare l'azione del disinfettante, perciò è necessario sempre effettuare una decontaminazione con detersione e poi disinfezione

**Cicli della biancheria**

Un tempo il ciclo completo della biancheria (raccolta, deposito, pulizia e conservazione) veniva svolto tutto all'interno della struttura ospedaliera. Oggi, a causa dei costi notevoli necessari per le attrezzature di pulizia, una parte delle operazioni viene esternalizzata ad imprese del settore per cui L'OSS è interessato solo da alcune fasi del circuito della biancheria, cioè quelle che avvengono all'interno della struttura.

I processi più importanti sono sicuramente la raccolta e cernita della biancheria. Questi rappresentano le prime fasi del circuito ed una cattiva gestione più compromettere tutto lavoro successivo. Il **circuito della biancheria** è diviso in due cicli:

- ☐ Ciclo della biancheria sporca
- ☐ Ciclo della biancheria pulita

**Ciclo della biancheria sporca**

inizia con la fase di raccolta fatta con carrelli metallici idonei a contenere i sacchi. I sacchi per la raccolta sono bloccati sul carrello e chiusi da un coperchio apribile mediante pedaliera. I sacchi sono di diversi colori in base alla tipologia di biancheria. La raccolta si fa direttamente sul posto (letto, bagno, ecc.) e la biancheria va posizionata subito nei sacchetti colorati. La suddivisione può essere fatta in base al tipo di materiale (lana, cotone, ecc.) e/o al tipo biancheria (coperte, lenzuola, federe, ecc.). Per una cernita efficace è necessario adottare un codice colore ed una etichettatura dei sacchi con il codice del reparto di provenienza. La raccolta differenzia può essere fatta con due metodi: metodo monouso e metodo pluriuso. Il primo prevede l'uso di sacchetti di polietilene colorato mentre per il secondo metodo si usano sacchetti di tela o tessuti resistenti per consentirne lo svuotamento. Il primo metodo è molto pratico ma causa la produzione di una maggiore quantità di rifiuti. Il secondo metodo è più ecologico (tutto si riutilizza) ma non consente un controllo visivo in caso di errore nella cernita della biancheria soprattutto commistione tra capi bianchi e colorati. Nel caso di biancheria proveniente da reparti con pazienti che presentano malattie infettive si possono utilizzare sacchetti impermeabili ed idrosolubili che vanno messi direttamente nella lavatrice senza estrarne il contenuto.

**Ciclo della biancheria pulita**

Inizia con il processo di lavaggio e disinfezione. Questo processo avviene ormai all'esterno degli ospedali. La biancheria viene lavata e disinfettata mediante temperature ad 80°C ed uso di additivi chimici. Dopo il lavaggio la biancheria viene asciugata mediante presse e stirata. Anche il vapore usato per la stiratura contribuisce alla disinfezione dei capi. Si fanno poi la piegatura ed il confezionamento (questi processi sono tutti automatizzati). Nel guardaroba, poi, in caso di strappi vengono eseguiti i rammendi e vengono applicate le etichette di identificazione. A questo punto la biancheria viene trasferita ai agli ospedali. Questo passaggio va eseguito con estrema cura perché possono avvenire contaminazioni. Pertanto bisogna utilizzare mezzi di trasporto chiusi e puliti. All'interno dei reparti la biancheria deve essere suddivisa per tipologie e chiusa in armadi. E' buna abitudine fare anche un controllo di qualità sulla biancheria lavata. Questa non deve avere macchie, umidità, corpi estranei e deve essere morbida. Negli ultimi anni si è diffuso l'uso di biancheria, soprattutto coperte, fatte con materiali sintetici detti TNT (tessuto non tessuto) che sono molto resistenti, pratici e soprattutto sono monouso. Con questi materiali vengono fatti i camici protettivi degli operatori socio sanitari.

## CONCETTO DI STERILIZZAZIONE

Il concetto di sterilizzazione si è modificato nel corso del tempo con l'avanzamento della tecnologia e con l'acquisizione di nuove conoscenze scientifiche. Inizialmente la sterilizzazione veniva definita come un processo attraverso il quale "venivano distrutte tutte le forme di vita possibili, comprese le spore" e si riteneva che il passaggio dei materiali all'interno della camera dell'autoclave potesse garantire l'assenza di proliferazione di germi. Gli studi hanno evidenziato che il risultato di sterilità veniva di fatto, molto influenzato da come i materiali venivano preparati prima del processo di sterilizzazione e del buon funzionamento delle apparecchiature utilizzate. Alla luce delle nuove conoscenze, la sterilizzazione può essere definita come il risultato finale di un processo che ricorre alla tecnologia avanzata e che tende a garantire la condizione in cui la sopravvivenza dei microrganismi è altamente improbabile. Poiché dal punto di vista statistico non si può affermare che ci sia certezza di sterilità, diventa indispensabile codificare tutte le procedure che intervengono nel trattamento del materiale al fine di ridurre il più possibile il rischio di alterazione del risultato. Le normative internazionali (esempio EN 556) indicano che una popolazione di oggetti può essere considerata STERILE quando vi è la probabilità di trovare UN oggetto NON STERILE (con uno o più microrganismi ancora vivi su di esso) su un milione di oggetti. Questa probabilità è chiamata SAL (Sterility Assurance Level). Quindi un insieme di oggetti è considerato sterile quando 1 su un milione è contaminato (= alla conta batterica 10-6).

## FATTORI CHE INFLUENZANO LA STERILIZZAZIONE

***Fattori fisici***

Occorre raggiungere e mantenere i parametri di sterilizzazione in modo da ottenere un corretto processo di sterilizzazione. Normalmente sono riferiti alle apparecchiature.

***Qualità e quantità della carica batterica***

Per diminuire la carica batterica iniziale sulle superfici da sterilizzare è necessario eseguire correttamente il lavaggio e l'asciugatura del materiale Presenza di sporco e materiale organico su un oggetto non perfettamente pulito può costituire una protezione per i microrganismi e quindi rendere inefficace la sterilizzazione. La carica batterica presente sugli strumenti prima della sterilizzazione è denominata Bioburden e può essere di lieve, media o grave entità. Per questa ragione deve essere rimossa efficacemente attraverso la decontaminazione e il lavaggio. Più si abbassa il bioburden iniziale, più garanzie si hanno sul buon esito della sterilizzazione. Un accorgimento che facilita la rimozione dello sporco dalle superfici lasciarle in ammollo in soluzione liquida fino al momento del lavaggio.

***Struttura dell'oggetto da sterilizzare***

L'agente sterilizzante deve poter raggiungere tutte le superfici dell'oggetto da sterilizzare. Alcuni materiali presentano una struttura liscia e ben esposta, altri sono molto più articolati e quindi presentano maggiori problemi di gestione.

***Conservazione degli oggetti sterilizzati***

Si considerino il tipo di imballaggio, la corretta conservazione degli oggetti sterilizzati, l'integrità dell'involucro ed il rispetto delle scadenze al fine di evitare eventuali contaminazioni. Anche il corretto deposito/stoccaggio del materiale è di fondamentale importanza.

**Distinzione Delle Fasi Di Lavoro**

La preparazione corretta degli strumenti e dei presidi è fondamentale per il raggiungimento ed il mantenimento della sterilità. Le fasi di lavoro possono essere così schematizzate:

1. Raccolta
2. Decontaminazione
3. Lavaggio
4. Risciacquo
5. Asciugatura
6. Selezione
7. Confezionamento

**RACCOLTA**
Recuperare, entro breve tempo dall'utilizzo, il materiale da trattare e procedere alla verifica che tutto il materiale utilizzato sia effettivamente presente. Tecnicamente questa operazione rappresenta la "Conta degli strumenti" e deve essere riportata su una scheda lavoro del personale ferrista. Quindi procedere nel modo seguente:

- sistemarlo in un contenitore metallico o plastico, comunque autoclavabile (se il materiale deve essere trasportato è raccomandato l'utilizzo di un contenitore a chiusura ermetica)
- il materiale ed il contenitore che lo contiene deve essere appoggiato esclusivamente sull'area di trattamento del materiale contaminato.

**DECONTAMINAZIONE**
La decontaminazione è una procedura volta alla salvaguardia degli operatori ed ha lo scopo di ridurre la carica batterica sugli strumenti.

- Il materiale va posto in contenitori autoclavabili muniti di griglia interna e di coperchio;
- utilizzare un disinfettante/detergente, attivo anche su HIV, seguendo le istruzioni d'uso per quanto riguarda la diluizione, il tempo di contatto ed il tempo di conservazione della soluzione; (cloroderivati, fenoli, ossigeno attivo, acido peracetico)
- immergere completamente gli strumenti ed assicurarsi che tutte le superfici degli strumenti stessi vengano a contatto con la soluzione;
- trascorso il tempo di contatto necessario, rimuovere la griglia dal contenitore e sciacquare con acqua corrente.

**3 LAVAGGIO**

- Indipendentemente dal tipo di lavaggio scelto (manuale o meccanico), immediatamente dopo l'uso lo strumentario deve essere posizionato in vaschette provviste di griglia che facilita le operazioni successive di trasporto e immissione nella lavaferri. E' utile che gli strumenti vengano immessi nella vaschetta contenente la soluzione detergente (disinfettante aperti per aumentare la superficie d'azione del prodotto e permettere un'efficace rimozione dello sporco
- Aprire gli strumenti, smontarli se necessario, assicurarsi che le estremità delle strutture cave siano pervie;
- separare lo strumentario dai presidi non metallici.

Per evitare che si verifichino ferite a livello delle mani o contatti con materiale organico e prodotti detergenti, gli operatori devono indossare robusti guanti protettivi durante tutte le operazioni di pulizia: lavaggio a mano, lavaggio meccanico e a ultrasuoni, risciacquo e asciugatura.

**4 RISCIACQUO**
Gli strumenti sottoposti sia a lavaggio manuale che ad ultrasuoni devono essere sottoposti a risciacquo con acqua corrente; il risciacquo deve asportare ogni traccia di detergente. E' consigliato il risciacquo con acqua demineralizzata in quanto riduce il deposito di calcare.

**5 ASCIUGATURA**
Tutto il materiale lavato deve essere asciugato in modo da togliere tutti i residui di acqua, perché la presenza della stessa può compromettere il successivo processo di sterilizzazione. Per asciugare l'interno di strumenti cavi, occorre introdurre aria compressa o con siringa o schizzettone. Dopo l'asciugatura è buona norma verificare la funzionalità del presidio medicochirurgico.

**6 SELEZIONE**

- Selezionare il materiale a seconda del metodo di sterilizzazione da impiegare;
- suddividere il materiale secondo la tipologia di confezionamento: buste, container, carta, ecc.;
- La selezione corretta del materiale riduce i tempi di confezionamento.

**7 CONFEZIONAMENTO**
L'operatore dovrà scegliere il materiale di confezionamento idoneo alla sterilizzazione a vapore ed al mantenimento della sterilità. Il tempo di mantenimento della sterilità è condizionato sia dal tipo di imballo, sia dalle caratteristiche del luogo di stoccaggio, che dal modo in cui il materiale viene manipolato. Per procedere al confezionamento è necessario: controllare che il materiale sia pulito, integro e asciutto togliere tappi e coperchi e dividere le parti smontabili degli strumenti. proteggere le punte di aghi e taglienti posizionare strumenti di plastica e gomma in modo tale da conservare la loro forma originale; se lo consentono, arrotolare i tubi e i presidi molto lunghi, senza creare strozzature.

**TABELLA RIASSUNTIVA DEI TEMPI DI STERILIZZAZIONE**

| TIPO DI CONFEZIONE | DURATA GG/HH |
|---|---|
| Cestelli con fori laterali | Non considerare questo come sistema di sterilizzazione |
| Busta di carta | 30 gg |
| Busta semplice termosaldata | 30 gg |
| Busta doppia termosaldata | 30 gg |
| Carta medical grade doppia | 30 gg |
| Containers con filtro | 30 gg |
| Containers con valvola | 30 gg |

**MODALITA' DI STERILIZZAZIONE A VAPORE SOTTOVUOTO**

**Apparecchio usato**: Autoclave a vapore
**Principio:** La sterilizzazione a vapore si ottiene mediante l'intervento combinato di quattro fattori:

- PRESSIONE
- TEMPERATURA
- TEMPO
- UMIDITA'

La **temperatura del vapore** sottoposto a pressione aumenta progressivamente in proporzione alla pressione del vapore; durante la fase di sterilizzazione, la temperatura e la pressione devono mantenersi a livelli stabiliti e standardizzati. I cicli devono essere individuati a seconda del materiale da sterilizzare.

| MATERIALE | TEMP.C° | TEMPO IN MINUTI | PRESSIONE IN BAR |
|---|---|---|---|
| **Tessili , strumenti e vetrerie confezionati** | **134** | **7** | **2.1** |
| **Strumenti e vetrerie non confezionati** | **134** | **4** | **2.1** |
| **Materiale in gomma o plastica autoclavabile** | **121** | **15** | **1.1** |

**SI DEVONO STERILIZZARE A VAPORE**:
- Ferri chirurgici, vetrerie, strumenti metallici
- Materiale tessile di medicazione
- Materiale di gomma non termolabile
- Teleria e materiale tessile per campo sterile

**NON E' POSSIBILE STERILIZZARE A VAPORE:**
- Attrezzatura di endoscopia escluso le camicie degli endoscopi in acciaio
- Sostanze non idrosolubili (sostanze oleose, polveri)
- Materiali termolabili

**VANTAGGI E SVANTAGGI DELLA STERILIZZAZIONE A VAPORE**

**VANTAGGI**

- Rapidità del processo
- Efficacia del processo
- Facilità ed efficacia dei controlli
- Non tossico
- Economico

**SVANTAGGI**

- Degradazione del materiale plastico
- Alterazione, con il tempo, del materiale metallico
- Impossibilità di sterilizzare grassi e polveri.

**IL CARICAMENTO DELL'AUTOCLAVE**

Deve essere effettuato in modo che il vapore possa circolare liberamente e penetrare in ogni pacco Il carico dell'autoclave deve essere uniformemente distribuito e non deve toccare le pareti interne. Gli articoli da sterilizzare devono essere disposti in modo tale che ogni superficie sia esposta all'agente sterilizzante per la temperatura ed il tempo previsti. Sistemare le buste ed i pacchi di carta nelle apposite griglie in posizione tale da essere paralleli al fluire del vapore, non pressarli, le superfici in polietilene delle buste devono essere abbinate tra loro, i pacchi piccoli sopra a quelli più grandi. Particolari strumenti quali recipienti, tubi, ecc. devono essere disposti con l'apertura verso il basso onde evitare che si raccolga l'acqua di condensa, e si formino bolle d'aria. I tubi non devono essere chiusi ai lati o piegati. I guanti di gomma devono essere disposti distesi.

**UTILIZZO DELLE AUTOCLAVI A VAPORE PER LA STERILIZZAZIONE**

La buona pratica di sterilizzazione dei DMR si inserisce nel governo clinico e nella qualità. All'avvio dell'attività di sterilizzazione sull'autoclave si prevede l'esecuzione di un ciclo di riscaldamento allo scopo di ripristinare le condizioni di efficacia sia del vapore sia della temperatura, seguito da vuoto test e test per la verifica della penetrazione del vapore routinari come ad esempio:

- **Vuoto test**: serve a verificare la tenuta della camera di sterilizzazione assicurando che non entri aria durante le fasi di vuoto
- **Test per verifica della penetrazione del vapore**: dopo il test di verifica del vuoto, bisogna verificare che il vapore penetri
- **Test Bowie & Dick**: permette di verificare se la rimozione dell'aria si mantiene efficace e se il vapore è ancora in grado di penetrare all'interno della confezione di materiale da sterilizzare
- **Helix Test**: la capacità di rimozione dell'aria dai corpi cavi deve essere determinata utilizzando un dispositivo di prova per carichi cavi (PCD) più comunemente chiamato Helix test.

**SISTEMI DI CONTROLLO DELLA STERILIZZAZIONE**

Il controllo del processo di sterilizzazione rappresenta un metodo per la valutazione dei risultati e, a tutti gli effetti, costituisce la memoria storica del singolo processo di lavoro. I controlli sull'avvenuta sterilizzazione devono tenere conto del fatto che la sterilizzazione avviene ad opera dei seguenti fattori: ***pressione, temperatura, tempo e umidità*** e sono quindi diversificati in base al parametro che si intende valutare. Va comunque precisato che il controllo dell'apparecchiatura (autoclave) rappresenta senza dubbio il punto di partenza: un'autoclave mal funzionante non può garantire un risultato sicuro così come una inefficace asciugatura dovuta ai tempi troppo brevi può compromettere l'esito finale. Oltre alla verifica dell'apparecchiatura, per la sterilizzazione con autoclave a vapore, sono previsti i seguenti controlli:

- controlli sul funzionamento dell'autoclave
- controlli fisici
- controlli attraverso gli indicatori chimici di processo
- controlli attraverso gli indicatori chimici di sterilizzazione
- controlli attraverso indicatori biologici di sterilizzazione.

Tra i metodi/sistemi comunemente utilizzati per la **sterilizzazione** in ambito sanitario ricordiamo:

- Con vapore saturo

- Con ossido di etilene
- Con perossido di idrogeno
- Mediante soluzione di acido peracetico

**STERILIZZAZIONE CON VAPORE SATURO**

È una tecnica che sfrutta l'azione del vapore fluente (pentola di Koch) o saturo (autoclave); elimina i microrganismi mediante denaturazione di loro proteine e altre biomolecole. La sterilizzazione mediante autoclave è quella più diffusa essendo poco costosa e non tossica e data la sua buona capacità di penetrazione.
La temperatura (T) di sterilizzazione normalmente impiegata è di 134°C alla P di 2,1 bar. Il tempo, come esposizione minima dei dispositivi, risulta essere dai 5 ai 7 min.
Oppure 121°C alla P di 1,1 bar. Il tempo, per questo ciclo (definito anche ciclo gomma), è dai 15 ai 20 min.
**Sterilizzazione con mezzi chimici**

L'unico mezzo chimico ancora in uso per sterilizzare è **l'Ossido di etilene o etossido (EtO)**. È usato soprattutto in ambito ospedaliero data la sua pericolosità: è infatti un gas esplosivo e infiammabile.
L'ETO è incluso nella Legislazione dei gas tossici; la sua detenzione e il suo utilizzo sono regolamentati dal RD 147 del 1927 e dalle circolari del Ministero della Sanità del 1981 e del 1983.
L'etossido ha la caratteristica di impregnare a lungo gli oggetti trattati; per evitare danni all'organismo, dunque, prima di usare questi oggetti è necessario riporli in ambienti aerati o in armadi ventilati fino alla completa eliminazione dello sterilizzante. Il meccanismo d'azione è dovuto all'alchilazione, (cioè alla sostituzione di un atomo di idrogeno con un gruppo alchilico) di gruppi sulfidrilici, aminici, carbossilici, fenolici ed idrossilici delle spore e delle cellule vegetative. Tale processo porta alla morte del microorganismo.

Le controindicazioni di questo metodo sono:

- Limiti legati al costo
- Alla sua tossicità
- Tempi lunghi di sterilizzazione e di aerazione
- Deve essere installata in un locale appropriato
- Personale dotato di patente per la manipolazione di gas tossici
- Deve essere riservata a tutti quei materiali sterilizzabili che rispondono ai requisiti di compatibilità (modificazione di tipo fisico/ livelli gas residuo). Non è eseguibile la ri-sterilizzazione dei materiali processati in precedenza con raggi gamma (formazione di etilenclorina).

Tali vincoli hanno indotto le Aziende Ospedaliere ad una gestione esterna della sterilizzazione ad ETO.
Un altro mezzo chimico usato è **l'acido peracetico**. La formaldeide è stata utilizzata in passato come sterilizzante chimico, ma il suo uso è stato fortemente limitato per legge avendo mostrato indizi di essere cancerogeno.

**STERILIZZAZIONE CON PEROSSIDO DI IDROGENO**

Lo si può utilizzare sotto forma di gas plasma o vapore. Con questo metodo si possono trattare materiali plastici, metalli, fibre ottiche, componenti elettroniche e strumenti molto delicati (microchirurgia). Non possono essere utilizzati materiali in grado di assorbire il perossido quali ad esempio la cellulosa (carta e teleria), i liquidi e le polveri. Rappresenta una delle tecniche più avanzate per la sterilizzazione: consiste nell'applicazione di perossido di idrogeno allo stato gassoso in presenza di un forte campo elettrico. Questo porta il perossido allo stato di plasma strappandone gli elettroni e generando radicali liberi. I radicali hanno un'alta capacità germicida andando a danneggiare notevolmente le membrane cellulari.
Il vantaggio è dovuto al fatto che si può **preservare la sterilità fino a 12 mesi**. Il gas plasma è molto promettente in quanto: assolutamente non tossico (genera solo acqua e ossigeno); ha una temperatura operativa molto bassa, intorno ai 40-45 °C; può essere utilizzato praticamente su ogni materiale, tranne alcune stoffe e composti in grado di assorbire il perossido.

**STERILIZZAZIONE CON ACIDO PERACETICO**

È un potente agente ossidante. Questa caratteristica gli consente di avere proprietà antimicrobiche anche a minime concentrazioni. I prodotti di degradazione inoltre non sono tossici e si dissolvono facilmente in acqua.
Questo sistema è elettivo, ad esempio, per tutti gli strumenti utilizzati in campo endoscopico (endoscopi flessibili) per i quali è richiesta la sterilizzazione tra un utilizzo e l'altro.

**RESPONSABILITÀ DELL'OPERATORE NEL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE**

Le norme specifiche di ogni ospedale regolano l'utilizzo e la sicurezza dei presidi di sala operatoria. Tutti gli operatori dovrebbero essere a conoscenza di ogni presidio, delle sue modalità di utilizzo e dei potenziali rischi per garantire la sicurezza sia del paziente sia del team operatorio. Gli operatori devono controllare il materiale prima che venga utilizzato, valutare il corretto funzionamento, identificare eventuali problemi ed eseguire le corrette istruzioni per garantire la manutenzione e provvedere alla riparazione in caso di malfunzionamento. È necessario stabilire dei parametri per un sicuro utilizzo dei presidi da parte degli operatori e questi devono sempre fare riferimento alle linee guida fornite dalla casa produttrice. Le istruzioni per l'assemblaggio, per l'utilizzo e per la manutenzione dei presidi dovrebbero essere specificate per iscritto nelle norme interne del dipartimento o riferirsi al manuale d'uso fornito dalla casa produttrice. Gli operatori non dovrebbero adoperare materiali di cui non conoscono le corrette modalità di utilizzo e le istruzioni per l'uso; questo infatti rappresenta un pericolo per gli infermieri, per altro personale, ma soprattutto per il paziente.

**COMPETENZE DI ASSISTENZA DIRETTA ALLA PERSONA**

L'operatore socio - sanitario svolge le attività previste in questo ambito di competenza inserito in équipe, in collegamento funzionale e in collaborazione con gli operatori professionalmente preposti, rispettivamente all'assistenza sanitaria e a quella sociale. Il suo intervento si caratterizza nella specificità e si differenzia per livelli di responsabilità e per aree di autonomia in rapporto al livello di complessità della situazione dell'assistito e all'organizzazione definita nell'ambito del servizio.

**Spetta all'operatore socio - sanitario:**

RILEVARE LE NECESSITÀ ASSISTENZIALI

- rilevare i bisogni assistenziali, le risorse e le condizioni di rischio della persona da assistere, della sua famiglia e dell'ambiente in cui vive;
- collaborare nella valutazione del grado di autonomia, anche attraverso l'uso di griglie predisposte.

ATTUARE INTERVENTI ASSISTENZIALI

- svolgere attività finalizzate alla cura e all'igiene personale e all'espletamento delle funzioni fisiologiche;
- stimolare la persona assistita al movimento per prevenire rischi e conseguenze da ridotta attività fisica, garantendo il mantenimento delle capacità psicofisiche e, se necessario, l'aiuto nella deambulazione;
- svolgere attività finalizzate all'apprendimento e/o al mantenimento, da parte dell'assistito, di posture corrette e di posizioni terapeutiche su indicazione di operatori professionalmente preposti, anche utilizzando presidi, ausili ed attrezzature;
- svolgere attività finalizzate al trasferimento della persona assistita fuori dal letto utilizzando ausili idonei;
- assistere e sorvegliare le condizioni della persona durante il trasferimento da un servizio all'altro;
- collaborare alla prevenzione dei più comuni problemi della sindrome da immobilizzazione;
- stimolare ad un'alimentazione equilibrata e corretta;
- predisporre i pasti;
- curare il comfort ambientale e personale e aiutare la persona ad alimentarsi nel rispetto delle indicazioni dietetiche e riferire le osservazioni all'operatore professionalmente preposto;

- rilevare i più comuni segni di alterazione delle diverse funzioni di vita o modificazioni della situazione della persona assistita e riferire, in tempi e modalità appropriate, agli operatori di competenza;
- garantire, durante ogni intervento assistenziale, sicurezza e comfort;
- collaborare alla composizione della salma e provvedere al suo trasferimento.

VALUTARE GLI INTERVENTI

- valutare l'efficacia degli interventi attuati in ordine al raggiungimento degli obiettivi assistenziali di competenza, considerando anche il grado di soddisfazione espresso dalla persona assistita.

**COMPETENZE DI ASSISTENZA ALLA PERSONA DI SPECIFICO CARATTERE SANITARIO**

L'operatore socio-sanitario collabora nella attuazione delle seguenti attività di assistenza alla persona di carattere sanitario che devono essere specificate, per iscritto, nella pianificazione delle cure e nella relativa documentazione da parte dell'équipe:

- rilevazione dei parametri vitali;
- controllo del peso;
- raccolta campioni biologici che non richiedono manovre invasive;
- cambio medicazioni e fasciature semplici;
- preparazione dell'assistito e dei materiali per specifiche procedure medico-assistenziali (cateterismo vescicale, enteroclisma, campo sterile, prelievo venoso, medicazioni complesse e altre procedure definite e protocollate a livello del servizio);
- rilevazione della glicemia e della glicosuria attraverso stick;
- aiuto per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso secondo protocollo;
- aiuto per la corretta assunzione della terapia, prescritta e programmata, con la supervisione del personale sanitario competente (medico – infermiere), esclusa la terapia per via iniettiva (i/m - s/c - e/v).

L'operatore socio - sanitario è altresì in grado di attuare misure di primo soccorso e di pronto intervento che non abbiano carattere di invasività: posizione anti - shock e posizione di sicurezza, tecniche di supporto alle funzioni vitali (massaggio cardiaco esterno e respirazione artificiale), manovra di Heimlich, tecniche di primo soccorso nei traumi e nelle ferite, uso del pallone di Ambu e posizionamento canula di Mayo.
L'operatore socio-sanitario svolge le attività indicate con la supervisione di un'équipe responsabile di monitorare con continuità le condizioni della persona assistita, in un contesto organizzativo dove sono definiti gli ambiti di competenza e di responsabilità dei vari operatori e dove l'integrazione e la verifica sono processi costantemente presidiati da figure di coordinamento.

**COMPETENZE DI RELAZIONE CON LA PERSONA DA ASSISTERE, LA FAMIGLIA, L'ÉQUIPE**

L'operatore socio - sanitario attiva la relazione professionale come strumento del processo di aiuto messo in atto per consentire alla persona da assistere di mantenere, potenziare, valorizzare le proprie risorse.
Nel rapporto operatore – persona assistita, la relazione richiede, da parte dell'operatore socio - sanitario, competenze nel:

- collaborare nell'accoglienza della persona e della sua famiglia per favorire il loro orientamento ed inserimento nei servizi residenziali, nei centri diurni e in ospedale;
- accompagnare la persona non autosufficiente e disorientata per l'utilizzo dei servizi;
- favorire il mantenimento dei rapporti parentali e amicali;
- attuare interventi volti a favorire la vita di relazione dell'assistito, tenendo conto dei suoi bisogni e confrontandosi con gli altri operatori del servizio;
- mettere in atto una relazione professionale con l'assistito e la famiglia favorevole a creare un clima di fiducia e consenso;
- collaborare nella relazione di aiuto che coinvolga la persona, la famiglia ed altre persone - risorsa nella realizzazione dell'intervento assistenziale e nello sviluppo dell'autonomia;
- adottare modalità relazionali orientate al confronto e alla collaborazione con il gruppo di lavoro, con altri operatori e/o servizi;
- collaborare e realizzare attività di animazione rivolte ai singoli e a gruppi.

**COMPETENZE DI COMFORT, DI IGIENE E DI SICUREZZA NELL'INTERVENTO SUGLI AMBIENTI DI VITA, ASSISTENZIALI E DI CURA DELLA PERSONA DA ASSISTERE**

L'operatore socio-sanitario sa:

- mantenere confortevoli gli ambienti di vita e di cura della persona assistita, applicando protocolli definiti dal servizio e, a domicilio, secondo modalità concordate con lo stesso;
- adottare comportamenti per prevenire le infezioni e per promuovere la sicurezza negli ambienti di lavoro;
- curare il riordino e la pulizia degli ambienti di vita e di cura della persona assistita scegliendo strumenti, prodotti e metodi secondo procedure concordate;
- predisporre e suggerire interventi di adattamento dell'ambiente alle esigenze dell'assistito per favorirne l'autonomia e garantirne la sicurezza;

- assicurare la pulizia, la disinfezione e la conservazione di utensili, apparecchi, presidi usati dall'assistito e dal personale per fini assistenziali;
- eseguire tutte le fasi di preparazione del materiale da inviare in sterilizzazione e mettere in atto le misure idonee alla sua corretta conservazione;
- collaborare nella cura della biancheria e del vestiario;
- garantire la raccolta e lo stoccaggio dei rifiuti nel rispetto della normativa vigente;
- assicurare il trasporto del materiale biologico sanitario secondo protocolli stabiliti.

**COMPETENZE DI ORGANIZZAZIONE, DI VERIFICA DELLE PROPRIE ATTIVITÀ E DI INTEGRAZIONE CON ALTRI OPERATORI E SERVIZI**

L'operatore socio - sanitario sa**:**

- attuare gli interventi assistenziali tenendo conto delle finalità e degli obiettivi del servizio di appartenenza valutando, per l'area di propria competenza, gli interventi più appropriati da proporre;
- realizzare gli interventi di competenza, perseguendo gli obiettivi del piano assistenziale elaborato con l'équipe;
- gestire le proprie attività, secondo priorità, utilizzando in modo ottimale le risorse disponibili, nel rispetto dei vincoli e dei principi etici enunciati negli orientamenti deontologici dell'operatore socio - sanitario;
- partecipare attivamente alle riunioni del gruppo di lavoro e ai momenti formali di passaggio delle consegne;
- utilizzare gli strumenti informativi in uso per la registrazione/trasmissione di informazioni per la continuità assistenziale;
- utilizzare metodologie di lavoro comuni con le équipe del servizio;
- segnalare a chi di competenza i problemi incontrati durante la propria attività richiedendo, se necessario, la consulenza e l'intervento di altri operatori di specifica professionalità;
- selezionare le informazioni da riferire agli altri operatori dell'équipe perché utili all' inserimento e al progetto assistenziale;
- collaborare nelle attività di verifica degli interventi di propria competenza, in funzione della qualità del servizio;
- collaborare alla definizione dei propri bisogni di formazione, partecipare ai corsi di aggiornamento, disponibile a trasferire innovazioni e cambiamenti nel proprio contesto operativo;
- informare l'utente sulle opportunità offerte dai servizi del territorio, aiutandolo, nel disbrigo di semplici adempimenti burocratici;
- concorrere, rispetto agli operatori dello stesso profilo, al tutorato dei tirocinanti e dei neoassunti;
- collaborare all'organizzazione di attività di socializzazione sostenendo la partecipazione degli utenti ad iniziative culturali e ricreative sia sul territorio che in ambito residenziale.

**PRINCIPI DEONTOLOGI**

Principi
L'operatore socio - sanitario svolge la propria attività rispettando il principio del valore della persona, nella sua dignità ed unicità;

- L'operatore socio - sanitario assiste tutte le persone attribuendo loro pari diritto e considerazione indipendentemente dall'età, sesso, nazionalità, religione, minorazione o da qualsiasi altra caratteristica personale, dalle condizioni economiche e sociali, dalle specifiche cause di inabilità e malattia;
- L'operatore socio - sanitario svolge la propria attività non esprimendo giudizi di valore sulle persone e sui loro comportamenti.

**RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA**

L'operatore socio - sanitario valorizza l'autonomia della persona, la sua soggettività, la sua capacità di prendere decisioni, la sostiene nell'uso delle risorse proprie, la stimola a usufruire delle risorse sociali, evitando, per quanto possibile, l'insorgere di condizioni di dipendenza;

- Assiste la persona non autosufficiente utilizzando, qualora sussista la necessità di tutela della persona stessa, misure di controllo solo secondo prescrizione medica;
- Qualora le condizioni psicofisiche della persona assistita lo consentono, l'operatore socio - sanitario chiede il consenso dell'interessato all'effettuazione delle prestazioni assistenziali di sua competenza;
- Informa la persona delle azioni che svolge, motivandone le ragioni, la coinvolge nel processo assistenziale, tenendo in considerazione quanto da essa manifestato;
- Osserva il segreto professionale ed il segreto d'ufficio come risposta alla fiducia che l'assistito e

l'organizzazione/servizio ripongono in lui.

**RAPPORTI CON COLLEGHI E ALTRI OPERATORI**

- Rispetto al progetto assistenziale l'operatore socio-sanitario ha diritto di essere informato e coinvolto, assicurando la riservatezza delle informazioni relative alla persona;
- Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è pertinente al progetto di aiuto;
- Garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi;
- Collabora con colleghi e altri operatori di cui riconosce e rispetta lo specifico professionale, intrattenendo rapporti improntati a correttezza, lealtà, condivisione degli obiettivi;
- Riferisce a persona competente e/o ai superiori qualsiasi circostanza che possa pregiudicare l'assistenza o la qualità delle cure, con particolare riguardo agli effetti sulla persona.

**RAPPORTI CON L'ORGANIZZAZIONE DI LAVORO**

- L'operatore socio-sanitario ha il dovere di tenersi aggiornato professionalmente al fine di poter erogare prestazioni assistenziali di qualità;
- Non accetta compensi o regali di valore;
- Concorre alla piena applicazione delle procedure assistenziali e al loro miglioramento in relazione al contesto organizzativo;
- Assume la responsabilità del proprio operato in conformità al proprio ruolo professionale tenendo conto del mandato affidatogli, accettando di sottoporre il proprio operato alla verifica da parte degli operatori preposti.

# IV°Modulo: La Cultura della Sicurezza nei Luoghi di lavoro

## 1.PREMESSA

L'evoluzione della legislazione, in materia di **igiene e sicurezza del lavoro**, si è costantemente sviluppata nel tempo, adeguandosi alla crescita tecnologica e scientifica che ha caratterizzato la nostra produzione industriale.
I sistemi e le modalità della suddetta produzione, sempre più sofisticati, applicano tutte le innovazioni tecnologiche dell'ingegneria, dalla robotica, all'informatica, alle recenti nanotecnologie, impongono al datore di lavoro una costante attenzione alla sicurezza, a difesa dell'integrità psicologica e fisica.
Il legislatore, dagli anni 50 ad oggi, ha disposto una serie di norme dettate dall'assetto istituzionale, che man mano si è andato sviluppando.

Il "**DIRITTO ALLA SALUTE**" occupa oggi i posti nella scala gerarchica dei diritti contenuti in molte delle costituzioni moderne occidentali.
Anche i vari organismi interinazioni, ai quali l'Italia ha dato la propria adesione, hanno individuato il diritto alla salute quale caposaldo di carte internazionali di riconoscimento dei diritti fondamentali della persona.
L'art. 2087 del Codice di procedura Civile, impone all'imprenditore il Principio della massima sicurezza tecnologicamente possibile, ovvero "di adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro".
L'etica professionale di un ingegnere coinvolge concetti come coscienza morale, onestà, deontologia professionale, responsabilità, cooperazione, ecc. e riguarda la salute pubblica, la sicurezza e il benessere sociale largamente inteso.

## 2. CENNI STORICI

Gli infortuni sul lavoro cominciano ad essere oggetto di discussione giuridica già negli ultimi decenni del 1800.
Le disposizioni di legge comuni garantivano il lavoratore infortunato con le stesse modalità previste per il cittadino nei confronti dei comuni pericoli della vita quotidiana.
L'infortunio sul lavoro, interpretato come l'evento che lede e compromette le capacità lavorative del soggetto, era di fatto considerato al pari di un illecito comune e conseguentemente sottoposto alle regole generali del sistema.
All'infortunato spettava l'onere della prova ed anche la dimostrazione di colpevolezza del datore di lavoro.
Non era previsto risarcimento quando l'evento dannoso fosse imputabile al caso fortuito o a forza maggiore.
La compensazione del pericolo era giustificata dalla retribuzione.
La Legge 1898/80 introdusse l'obbligo per i datori di lavoro dell'industria di assicurarsi per la responsabilità civile.
L'assicurazione poteva essere stipulata con istituti assicuratori privati.
Successivamente il Regio Decreto 264/33 riservò la gestione ad un apposito ente definito I.N.A.I.L. Le disposizioni inerenti l'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali sono recepite nel Testo Unico del 1965

## INFORTUNIO SUL LAVORO E MALATTIA PROFESSIONALE

### Infortunio

Non esiste a termini di legge una precisa definizione di infortunio sul lavoro.
***Il DPR 30 Giugno 1965 n. 1124 "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali"***, all'art. 2, riprendendo quanto già riportato nel Regio Decreto 1765/35, ne precisa gli estremi stabilendo che l'assicurazione "***comprende tutti i casi di infortunio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o una inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero una inabilità temporanea assoluta, che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni".***
Pertanto gli estremi che fanno ritenere l'evento un infortunio sono:

a) **la causa violenta**
b) **l'evento dannoso**
c) **l'esistenza di una occasione di lavoro**

La **causa violenta** è qualunque azione, operante in danno altrui, tale da produrre lesioni all'organismo umano.

**L'evento dannoso** è rappresentato da una lesione che altera l'organismo fisio-psichico del lavoratore, tale da pregiudicare la sua capacità lavorativa.
L'evento, per essere indennizzato, deve comportare:

a) **l'inabilità parziale permanente**
b) **l'inabilità assoluta permanente o temporanea**
c) **la morte**

Con l'espressione **occasione di lavoro** il legislatore ha inteso tutelare il lavoratore nei confronti di qualunque rischio avente causalità diretta o indiretta dal lavoro.

L'interpretazione più ampia porterebbe alla configurazione di un infortunio sul lavoro ogni qualvolta si possa ritenere che, senza ragione di lavoro, l'evento indesiderato non si sarebbe prodotto.

### Malattia professionale

Il Regio Decreto 1765/35 all'art. 3 definisce come malattia professionale la malattia contratta nell'esercizio ed a causa delle operazioni cui il lavoratore è addetto.
La malattia professionale, al contrario dell'infortunio, è caratterizzata da una causa ad azione molto lenta e non violenta.
Il legislatore ha compilato uno specifico elenco di malattie che danno automaticamente il diritto al trattamento assicurativo.

## RESPONSABILITA'

Per responsabilità s'intende la possibilità che al comportamento di un individuo sia ricollegabile un dato evento che violi una determinata disposizione di legge.
Tutte le volte che si verifica un infortunio sul lavoro si deve accertare la responsabilità, civile o penale.

### Responsabilità civile

Il responsabile del danno è tenuto al risarcimento in base all' art. 2043 del Codice Civile: - ***"qualunque fatto doloso o colposo, che cagioni ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno ".***
Per **fatto doloso** si intende un fatto voluto o previsto da colui che lo ha commesso come conseguenza della sua azione od omissione.
Per **fatto colposo** si intende un fatto non cagionato intenzionalmente, ma verificatosi a causa di negligenza,

imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline da colui che lo ha commesso come conseguenza della sua azione od omissione.

**L'art 2087 del Codice civile** - "**l'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro**" - impone al datore di lavoro di fare quanto è possibile ai fini della tutela del lavoratore, adottando tutte quelle misure di sicurezza, in base alla particolarità del lavoro ed all'esperienza maturata nello svolgerlo.

**Responsabilità penale**

L'art 27 comma 1 della Costituzione sancisce il **principio della personalità della responsabilità penale,** nel senso che l'individuo risponde innanzi alla legge penale esclusivamente del fatto commesso.
Mentre la responsabilità civile, a causa di un infortunio o di una malattia professionale, grava sul datore di lavoro, la responsabilità penale può essere ricondotta anche a tutti quei soggetti che siano tenuti ad assolvere precisi compiti (dirigenti e preposti)

**LEGISLAZIONE ANTINFORTUNISTICA ITALIANA PRECEDENTE IL D.Lgs. 09 aprile 2008, n. 81 (Testo Unico Sicurezza)**

La legislazione inerente gli infortuni sul lavoro si sviluppa in Italia con la Legge n. 51/55, con la quale il Parlamento delegava il Governo in carica all'emanazione di norme a tutela della sicurezza e dell'igiene sul lavoro.

**Le figure di legge**

- **Il Datore di lavoro**
- **Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione**
- **Gli Addetti al Servizio di Prevenzione e protezione**
- **Il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza**
- **Il Medico competente**

Come avvenne per il DPR 547/55 anche in questo caso i soggetti principali destinatari della norma erano i lavoratori ed il datore di lavoro.

**Definizioni**

**Datore di Lavoro**

Soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività, ha la responsabilità dell'organizzazione stessa o dell'unità produttiva in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa.
Nelle pubbliche amministrazioni per datore di lavoro si intende il dirigente al quale spettano i poteri di gestione, ovvero il funzionario non avente qualifica dirigenziale, nei soli casi in cui quest'ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale.

**Dirigente**

Persona che, in ragione delle competenze professionali e di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, attua le direttive del datore di lavoro organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa.

**Preposto**

Persona che, in ragione delle competenze professionali e nei limiti di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, sovrintende alla attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa;

**Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione**

Persona in possesso delle capacità e dei requisiti professionali, designata dal datore di lavoro, a cui risponde, per coordinare il servizio protezione dai rischi.

**Medico Competente**

Medico in possesso di specifici titoli e requisiti formativi e professionali, che collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria.

**Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza**

Persona eletta o designata per rappresentare i lavoratori per quanto concerne gli aspetti della salute e della sicurezza durante il lavoro;

**Salute**
**Stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità;**

**Valutazione dei rischi**

Valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza;

**Pericolo**
Proprietà o qualità intrinseca di un determinato fattore avente il potenziale di causare danni;

**Rischio**
Probabilità di raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego o di esposizione ad un determinato fattore o agente oppure alla loro combinazione;

**Lavoratore**
Persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari.
Al lavoratore così definito è equiparato: il socio lavoratore di cooperativa o di società, anche di fatto, che presta la sua attività per conto delle società e dell'ente stesso;

**Obblighi**

**Obblighi e doveri del Datore di lavoro**

Negli art 17 e 18 del D.lgs. 81/2008 c.m. dal D.lgs. 106/09, si evidenziano gli obblighi del datore di lavoro, fra i quali, i principali sono:

- **Valutare i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori in relazione alla natura ed all'attività dell'azienda**
- **Elaborare una relazione sulla valutazione dei suddetti rischi, nella quale vengano specificati i criteri adottati per la valutazione stessa**
- **Individuare le misure di prevenzione e protezione ed i dispositivi di protezione individuali, conseguentemente alla valutazione dei rischi**
- **Definire il programma delle misure più opportune per garantire il miglioramento nel**
- **tempo dei livelli di sicurezza**

- ☐ **Designare il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione all'interno o all'esterno dell'azienda (RSPP)**

- ☐ **Designare gli addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione all'interno o all'esterno dell'azienda**

- ☐ **Designare gli addetti incaricati alle misure di prevenzione e lotta antincendio, all'emergenza e al primo soccorso**

- ☐ **Nominare il Medico Competente, nei casi previsti**

**Adottare le misure necessarie per la sicurezza e la salute dei lavoratori**

**L'art 17 impone al Datore di lavoro** l'ineleggibilità delle attività di valutazione di tuti i rischi con la conseguente elaborazione del documento di valutazione e la designazione del responsabile del Servizio di prevenzione e Protezione dai rischi.
Obblighi del Preposto

a**)** sovrintendere e vigilare sulla osservanza da parte dei singoli lavoratori dei loro obblighi di legge, nonché' delle disposizioni aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuale messi a loro disposizione.

b) verificare affinché' soltanto i lavoratori che hanno ricevuto adeguate istruzioni accedano alle zone che li espongono ad un rischio grave e specifico.
c) richiedere l'osservanza delle misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza e dare istruzioni affinché' i lavoratori, in caso di pericolo grave, immediato e inevitabile, abbandonino il posto di lavoro o la zona pericolosa;
d) informare il più presto possibile i lavoratori esposti al rischio di un pericolo grave e immediato circa il rischio stesso e le disposizioni prese o da prendere in materia di protezione;
e) astenersi, salvo eccezioni debitamente motivate, dal richiedere ai lavoratori di riprendere la loro attività in una situazione di lavoro in cui persiste un pericolo grave ed immediato;
f) segnalare tempestivamente al datore di lavoro o al dirigente sia le deficienze dei mezzi e delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi di protezione individuale, sia ogni altra condizione di pericolo che si verifichi durante il lavoro, delle quali venga a conoscenza sulla base della formazione ricevuta; g) frequentare appositi corsi di formazione

**Obblighi e doveri dei Lavoratori**

L'art. 20 del D.lgs. 81/08 c.m. dal D.lgs. 106/09, dispone che ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro. In particolare i lavoratori debbono:
**a**) contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
b) osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;
c) utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;
d) utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;
e) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi, delle attrezzature e dei dispositivi di protezione, nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità.
f) non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;
g) non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non siano di competenza ovvero che possano compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori; h) partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro; i) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal presente decreto legislativo o comunque disposti dal medico competente.

**Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione RSPP**

Il servizio di prevenzione e protezione è l'organo operativo per l'attuazione della sicurezza in azienda.
Il D.lgs. 81/2008 c.m. dal D.lgs. 106/09 prevede che il servizio possa essere organizzato con l'impiego di personale esterno all'azienda, ovvero con l'affidamento dei compiti a soggetti esterni.
L'organizzazione con l'impiego di personale interno è obbligatoria nei seguenti casi:

- **centrali termoelettriche**
- **impianti e laboratori nucleari**
- **aziende per la fabbricazione ed il deposito separato di esplosivi, polveri e munizioni**
- **aziende industriali con oltre 200 dipendenti**
- **industrie estrattive con oltre 50 dipendenti**
- **strutture di ricovero pubbliche e private**

L'organizzazione interna prevede la designazione, da parte del datore di lavoro, di un responsabile RSPP e dei relativi addetti, scelti fra il personale e tenuto conto sia delle loro capacità che dei loro requisiti professionali
Il **D.lgs. 81/2008** c.m. dal D.lgs. 106/09 prevede che il responsabile del servizio e gli addetti abbiano capacità e requisiti professionali **adeguati alla natura dei rischi presenti sul luogo di lavoro e relativi alle attività lavorative**.
Per lo svolgimento delle funzioni di responsabile e di addetto, i soggetti debbono essere in possesso di:

- un titolo di studio, non inferiore al **diploma d'istruzione secondaria superiore**
- **un attestato di frequenza, con verifica dell'apprendimento,** a specifici corsi di formazione

adeguati alla natura dei rischi presenti sui luoghi di lavoro e relativi alle attività lavorative
In particolare, per il solo responsabile del servizio, il corso specifico in materia di prevenzione e protezione deve essere integrato con l'aggiunta di argomenti riguardanti:

- l'ergonomia
- la psicologia
- l'organizzazione e gestione delle attività tecnico – amministrative
- la comunicazione
- le relazioni sindacali.

I responsabili sono inoltre tenuti alla frequentazione di corsi di aggiornamento secondo gli indirizzi definiti in sede di Conferenza Stato – Regioni, con **cadenza almeno quinquennale**.
Il datore di lavoro può personalmente svolgere i compiti di RSPP in presenza di attività a basso rischio.

**Il Rappresentante per la sicurezza (RLS)**

Il D.Lgs 81/2008 c.m. dal D.Lgs 106/09 prevede che , a secondo del numero di lavoratori impiegati nell'azienda, vengano eletti uno o più rappresentanti per la sicurezza (RLS).
Il rappresentante ha diritto ad una specifica formazione in merito alla sicurezza e salute sul lavoro e:

- **accede liberamente ai luoghi di lavoro**
- **viene consultato per la valutazione dei rischi**
- **riceve le informazioni e la documentazione aziendale sulla valutazione dei rischi**
- **riceve informazioni dai servizi di vigilanza**
- **partecipa alle riunioni periodiche sul tema della sicurezza**
- **può fare ricorso alle competenti autorità qualora ritenga che le misure di prevenzione e protezione non siano idonee a garantire la sicurezza e la salute durante il lavoro.**

Tuttavia, anche se gravato dalle suddette attribuzioni, il rappresentante dei lavoratori non è soggetto a responsabilità né penale né amministrativa.

**Il medico competente**

Al medico competente sono demandati gli importantissimi compiti in materia di controllo sanitario in tutte quelle aziende dove è ritenuta necessaria una sorveglianza medica.
Si tratta di un professionista in grado di avere particolari specializzazioni, al quale sono attribuite delicate funzioni ed ampia potestà decisionale

**L'analisi dei rischi**

L'analisi dei rischi costituisce il vero e proprio cambiamento di filosofia nel trattare il tema della sicurezza in genere e, specificatamente, della sicurezza negli ambienti di lavoro, cambiamento già attuato con il D.lgs. 626/94 e ripreso dal D.lgs. 81/2008 c.m. dal D.lgs. 106/09.
Come in precedenza evidenziato, la normativa preesistente, nata negli anni 1954- 1956, evidenziava il carattere della tassatività, ovvero regolamentava la materia della prevenzione degli infortuni imponendo precise direttive e privando di fatto il datore di lavoro di ogni discrezionalità.
Il D.lgs. 626/94, recependo la nuova filosofia europea, affermò la necessità di considerare nella loro globalità tutti i rischi prodotti dall'attività lavorativa, per poi sviluppare conseguentemente un'efficace pianificazione dei mezzi indispensabili personale per la loro riduzione a livelli accettabili.
Questo nuovo modo di operare, pienamente condiviso dal D.lgs. 81/2008 c.m. dal D.lgs. 106/09, grava totalmente sul datore di lavoro che potrà avvalersi del medico competente e del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, con la partecipazione del rappresentante dei lavoratori.
Da evidenziare che, nonostante questa cooperazione alle operazioni di valutazione del rischio, l'intera attività è sempre sotto la piena ed unica responsabilità del datore di lavoro, che non può delegare ad altri questa funzione primaria.

**L'analisi dei rischi**, effettuata ricorrendo anche a metodologie analitiche, si svolge in due fasi distinte:

**l'identificazione dei fattori di rischio**
**la valutazione del rischio**

All'esito della valutazione potrà essere redatto il documento di sicurezza.
Per essere completo, il documento dovrà contenere:

- **la specificazione dei criteri adottati per la valutazione dei rischi**
- **l'individuazione delle misure di prevenzione e protezione**
- **l'individuazione dei dispositivi di protezione individuale**
- **il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza**