

Lezione 26/09/2020

Parte 1

La malattia professionale

La malattia professionale è la patologia che il lavoratore contrae a causa del lavoro svolto.

Si differenzia dall'infortunio in quanto è caratterizzata da una graduale, progressiva, lenta azione di fattori presenti nell'ambiente di lavoro che possono compromettere la salute del lavoratore.

I rischi di infezione per la professione OSS sono molteplici ed evidenti; quest' ultimi, infatti, quotidianamente vivono e lavorano in ambienti dove la trasmissione di virus, batteri è molto diffusa.

Tra le varie malattie professionali a cui può andare incontro l'OSS, ricordiamo:

Epatite A, B e C

Epatite A - B - C

Numerosi virus sono in grado di causare un processo infiammatorio del fegato.



Epatite A

Il virus dell'epatite A (periodo medio di incubazione è intorno alle 4 settimane) si trasmette quasi esclusivamente per via oro-fecale (cibo e bevande contaminate da feci umane), mentre del tutto insolita ma possibile è la trasmissione percutanea così come quella sessuale.

Fattori di rischio per infezioni da HAV sono: il consumo di frutti di mare (andati a male o poco cotti), l'abuso di alcolici, bere acqua contaminata o effettuare viaggi in aree a basso standard socio-economico.

Esiste il vaccino

Può essere asintomatica, a grave decorso, fulminante.

Epatite B

Più critica, invece, l'epatite B che rappresenta la più grave forma di epatite, perché può causare l'insorgenza di una forma cronica.

La trasmissione avviene di solito per contatto di un soggetto sano con il sangue o altri liquidi organici (come sperma o il secreto vaginale) di una persona infetta. (Altre vie di trasmissione sono il lavoro in strutture sanitarie, le trasfusioni, la dialisi, i tatuaggi, i viaggi all'estero con comportamenti a rischio).

Si ha un numero alto di contagi in Africa ed Asia, mentre nel mondo Occidentale si acquisisce l'infezione durante l'adolescenza e/o di solito tramite gli aghi infetti di tossicodipendenti.

Esiste il vaccino

Epatite C

Per quanto riguarda invece l'Epatite C una volta penetrato nel fegato, il virus HCV causa una epatite acuta che però, nella maggior parte dei casi, è asintomatica.

Si trasmette per via sessuale o parenterale (tramite aghi infetti, contatto con sangue infetto e lesioni cutanee).

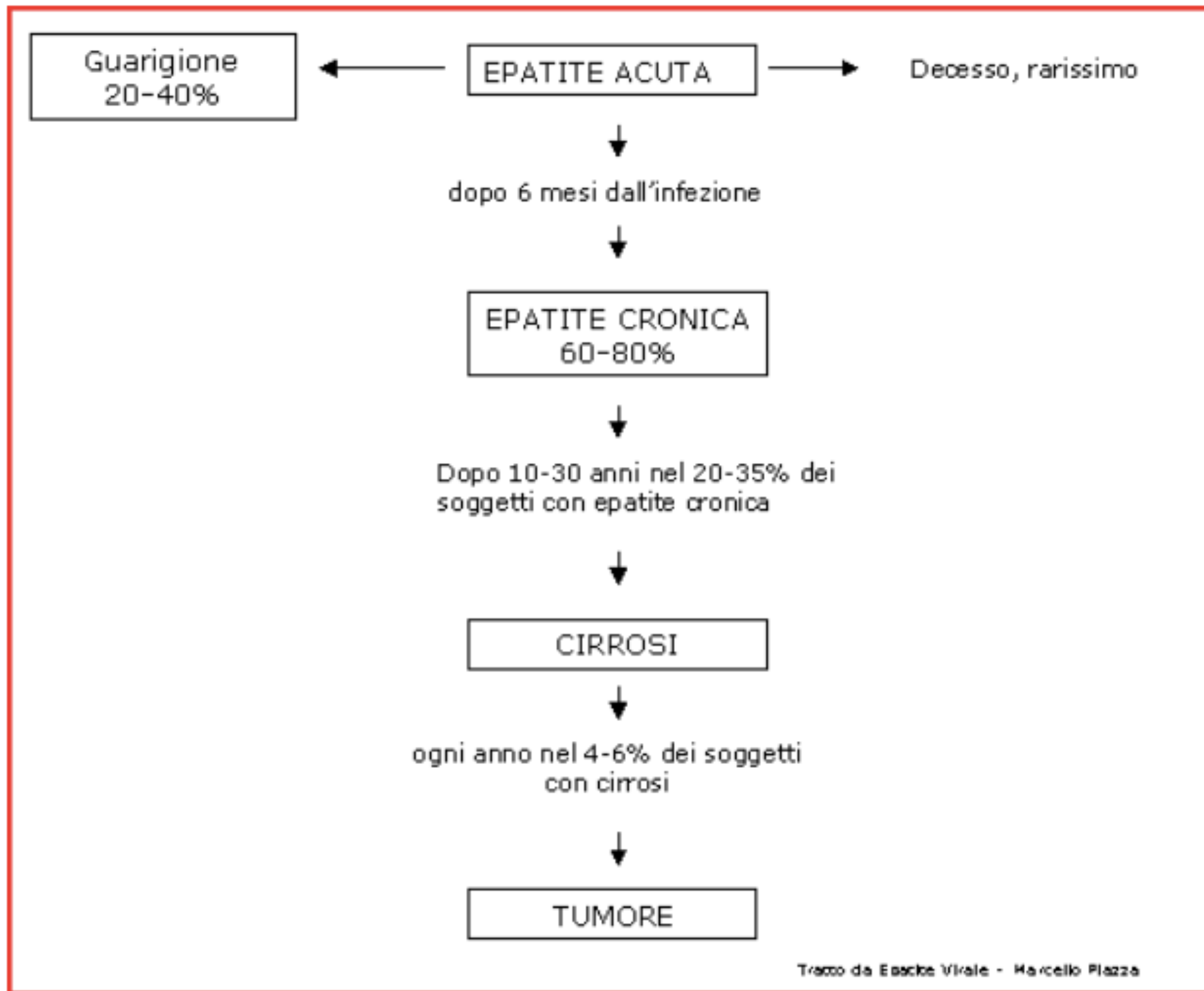
Ciò fa sì che la malattia possa divenire cronica (nell'80% dei casi) senza che il paziente se ne accorga, né possa quindi curarla precocemente.

Generalmente i danneggiamenti al fegato non si presentano se non dopo 10-30 anni dall'infezione. Quando la malattia non si cronicizza, i sintomi che possono manifestarsi sono: affaticamento, perdita di appetito, nausea, debolezza, lievi dolori addominali.

Il virus C si trasmette principalmente se c'è scambio di sangue infetto.

Non esiste il vaccino.

Epatite C



AIDS

AIDS sta per Acquired Immune Deficiency Syndrome, ovvero Sindrome da Immuno Deficienza Acquisita, la malattia è stata scoperta nel 1981 e rappresenta lo stadio clinico terminale dell'infezione da parte del virus dell'immunodeficienza umana (Human Immunodeficiency Virus) ossia l'HIV.

Dopo essere entrati a contatto con il virus la persona diventa sieropositiva, ossia produce degli anticorpi contro il virus HIV dosabili nel sangue. L'essere sieropositivi significa che l'infezione è in atto e che quindi si può trasmettere il virus ad altre persone. Il virus dell'HIV indebolisce il sistema immunitario del soggetto.

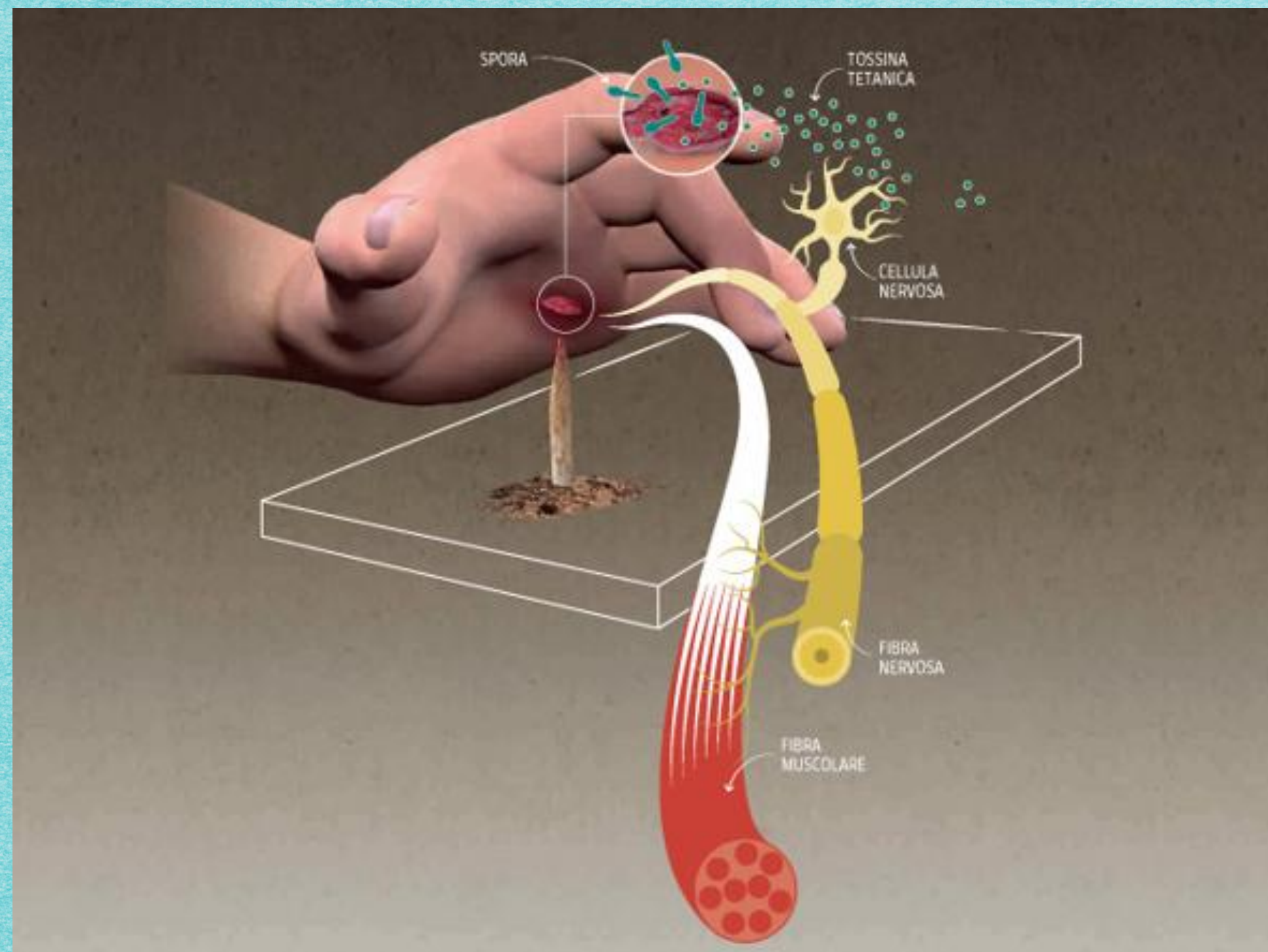
Fra il momento del contagio e la comparsa degli anticorpi contro l'HIV trascorre un tempo che va da quattro settimane a sei mesi, detto “periodo finestra”, durante il quale non è possibile rilevare la sieropositività perché non vengono ancora prodotti gli anticorpi. In questo periodo anche se il soggetto risulta sieronegativo può trasmettere l'infezione.

Le vie di trasmissione del virus HIV sono tre: ematica, sessuale e materno-fetale.

Tetano

Il tetano è una malattia provocata dalla tossina prodotta da un batterio, il *Clostridium tetani*. Si presenta come una paralisi spastica che inizia da viso e collo, per poi procedere in torace e addome, ed alla fine diffondersi anche agli arti.

L'infezione è innescata dalla contaminazione di tagli o ferite.



Burn out

Le professioni sociali sono molto stimolanti per l'operatore sul piano umano, tuttavia lo pongono continuamente in una situazione di stress, per questo è necessario un atteggiamento professionale che implica la necessità di mettersi nei panni dell'altro, ma senza lasciarsi troppo coinvolgere poiché il rischio sarebbe quello di perdere l'obiettività.

L'operatore vive emozioni e sentimenti relativi al contesto nel quale opera ed al vissuto personale riguardo il proprio ruolo professionale. E' in questo quadro che si colloca la sindrome da burn out. Il concetto di burn-out (alla lettera essere bruciati, esauriti, scoppiati) è stato introdotto per indicare una serie di fenomeni di affaticamento, logoramento e improduttività lavorativa registrati nei lavoratori inseriti in attività professionali a carattere sociale.

Questa sindrome è stata osservata per la prima volta negli Stati Uniti, negli anni '70 da Freudenberger che richiamò l'attenzione su una delle possibili manifestazioni dello stress lavorativo, introducendo il termine di "Burnout".

Burn out

Questo termine indica una condizione di disagio rilevata tra lavoratori impegnati nelle cosiddette professioni di aiuto, specialmente nell'area socio-sanitaria: infermieri, medici, insegnanti, assistenti sociali, poliziotti, operatori di ospedali psichiatrici, operatori per l'infanzia.

Freudenberger è stato il primo studioso a usare il termine “burn-out” per indicare un complesso di sintomi, quali logoramento, esaurimento e depressione riscontrati in operatori sociali americani.

Successivamente Cherniss con “burn-out syndrome” definiva la risposta individuale ad una situazione lavorativa percepita come stressante e nella quale l'individuo non dispone di risorse e di strategie comportamentali o cognitive adeguate a fronteggiarla.

Secondo Maslach, il burn-out è un insieme di manifestazioni psicologiche e comportamentali che può insorgere in operatori che lavorano a contatto con la gente e che possono essere raggruppate in tre componenti: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale.

Burn out

Il burnout viene identificato, allora, attraverso questi tre fattori concomitanti:

- l'esaurimento emotivo (svuotamento delle risorse emotive) consiste nel sentimento di essere emotivamente svuotato e annullato dal proprio lavoro, per effetto di un inaridimento emotivo del rapporto con gli altri. E' una sensazione di stanchezza e di affaticamento che si sviluppa via via che le risorse emotive vengono a mancare, sensazione che non si abbia più da offrire a livello psicologico;
- la personalizzazione si presenta come un atteggiamento di allontanamento e di rifiuto (risposte comportamentali negative e sgarbate) nei confronti di coloro che richiedono o ricevono la prestazione professionale, il servizio o la cura. Si riferisce ad atteggiamenti negativi, di distacco, cinismo e/o ostilità nei confronti delle persone con cui e per cui si lavora;
- la ridotta realizzazione personale riguarda la percezione della propria inadeguatezza al lavoro, la caduta dell'autostima ed il sentimento di insuccesso nel proprio lavoro. Riguarda la percezione della propria inadeguatezza al lavoro che implica una caduta dell'autostima ed una attenuazione del desiderio di successo.

Burn out

Il soggetto colpito da burn-out manifesta sintomi aspecifici (irrequietezza, senso di stanchezza ed esaurimento, apatia, nervosismo, insonnia), sintomi somatici (tachicardia, cefalee, nausea, ecc.), sintomi psicologici (depressione, bassa stima di sé, senso di colpa, sensazione di fallimento, rabbia e risentimento, alta resistenza ad andare al lavoro ogni giorno, indifferenza, negativismo, isolamento, sensazione di immobilismo, sospetto e paranoia, rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento, difficoltà nelle relazioni con gli utenti, cinismo, atteggiamento colpevolizzante nei confronti degli utenti).

Tale situazione di disagio molto spesso induce il soggetto ad abuso di alcool o di farmaci. L'insorgenza della sindrome di burn-out negli operatori sanitari segue generalmente quattro fasi.

Burn out - Prima fase

La **prima fase** (entusiasmo idealistico) è caratterizzata dalle motivazioni che hanno indotto gli operatori a scegliere un lavoro di tipo assistenziale: ovvero motivazioni consapevoli (migliorare il mondo e se stessi, sicurezza di impiego, svolgere un lavoro meno manuale e di maggiore prestigio) e motivazioni inconsce (desiderio di approfondire la conoscenza di sé e di esercitare una forma di potere o di controllo sugli altri); tali motivazioni sono spesso accompagnate da aspettative di “onnipotenza”, di soluzioni semplici, di successo generalizzato e immediato, di apprezzamento, di miglioramento del proprio status e altre ancora.

Burn out - Seconda fase

Nella **seconda fase** (stagnazione) l'operatore continua a lavorare ma si accorge che il lavoro non soddisfa del tutto i suoi bisogni. Si passa così da un superinvestimento iniziale a un graduale disimpegno. I risultati del forte impegno iniziale sono via via sempre più inconsistenti.

Si passa così da un superinvestimento iniziale ad un graduale disimpegno dove il sentimento di profonda delusione avanza, determinando nell'operatore una chiusura verso l'ambiente di lavoro ed i colleghi.

Burn out - Terza fase

Nella **terza fase** si assiste alla fase più critica del burn-out, ossia la frustrazione. Il pensiero dominante dell'operatore è di non essere più in grado di aiutare alcuno, con profonda sensazione di inutilità e di non rispondenza del servizio ai reali bisogni dell'utenza; come fattori di frustrazione aggiuntivi intervengono lo scarso apprezzamento sia da parte dei superiori che da parte degli utenti, nonché la convinzione di una inadeguata formazione per il tipo di lavoro svolto. Il soggetto frustrato può assumere atteggiamenti aggressivi (verso se stesso o verso gli altri) e spesso mette in atto comportamenti di fuga (quali allontanamenti ingiustificati dal reparto, pause prolungate, frequenti assenze per malattia).

Burn out - Quarta fase

Il graduale disimpegno emozionale conseguente alla frustrazione, con passaggio dalla empatia alla apatia, costituisce la **quarta fase**, durante la quale spesso si assiste a una vera e propria morte professionale.

Divisione lavoro:

Nell'ambito assistenziale il lavoro tende ad essere diviso in due diversi modi:

Modello funzionale: per compiti, ossia ad ogni operatore è affidato un compito ed è responsabile solo di questa piccola parte del processo produttivo, avendo sempre presente l'obiettivo generale, cioè il benessere della persona assistita;

Piccole équipe: due o più operatori assistono un gruppo limitato di pazienti e ad ogni piccola équipe viene affidato un infermiere responsabile della pianificazione dell'assistenza.

In ogni caso, occorre ricordare che l'OSS si configura come un importante collaboratore e il suo inserimento in team assistenziale deve intendersi in modo dinamico, in un'ottica di lavoro di gruppo, in cui è in grado di prendersi delle specifiche responsabilità relative alle proprie competenze e nei margini della propria autonomia.

Strumenti di lavoro:

Gli strumenti di lavoro utilizzati nell'ambito dell'assistenza e comuni a molte altre organizzazioni o specifici del settore sanitario sono:

Mission: riguarda la definizione dei valori generali di riferimento e gli obiettivi generali che si intendono perseguire da parte dell'organizzazione (valori etici, modelli assistenziali, traguardi qualitativi e quantitativi). La mission essendo pubblica, determina impegno e chiarezza sia verso gli operatori che verso i clienti esterni, rappresentando un elemento di trasparenza;

Briefing: riunione di un gruppo di lavoro dove vengono discussi i problemi legati al piano di attività;

Piani di lavoro: definiscono le attività che si mettono in atto, per cui vanno a pianificare le attività da un punto di vista descrittivo. La stesura di un piano di lavoro consiste nel descrivere le attività da svolgere in rapporto ad un orario di lavoro. Può essere relativo ad una giornata o ad una settimana o a periodi maggiori. Può anche essere sviluppato per singolo operatore;

Strumenti di lavoro:

Piano di Lavoro degli Infermieri (Mattina)

4 Apparecchiature, strumenti e materiali

- Apparecchio per la misurazione della PA
- Elettrocardiografo
- Termometro elettronico
- Carrello emergenza
- Defibrillatore

5 Modalità di lavoro

5.1 Generalità

Le attività infermieristiche nel turno di mattina si articolano nelle seguenti attività:

06.45 – 07.15 Consegne del cambio turno infermieristico;

07,15 – 07.25 Preparazione carrello per rifacimento letti e igiene ai pazienti;

07,25 - 07,30 Compilazione modelli:

- Movimento pazienti
- Rilevazione presenze
- Richiesta diete su apposita modulistica firmata dal richiedente secondo **Procedura “Allegato n° 1”**;

07.25 – 10.00 Rifacimento letti, igiene personale dei pazienti non autosufficienti e/o operati, controllo e registrazione dei drenaggi, SNG, stomie, medicazioni ulcere da decubito, mobilizzazione;

08.30 Ritiro da parte del personale della cucina del modello diete;

08.00 – 09,00 Somministrazione della colazione, OSS o Infermiere con Ausiliario o OTA , e assistenza ai

Strumenti di lavoro:

Protocollo: documento scritto finalizzato al raggiungimento di un obiettivo, relativo allo svolgimento di attività tipiche e prevedibili, pertanto standardizzabili, attraverso cui si elenca la sequenza di azioni ottimali per il raggiungimento dell'obiettivo stesso. Il protocollo indica uno schema di comportamento con sequenze ben definite attraverso cui l'operatore sanitario deve raggiungere gli obiettivi.

Strumenti di lavoro:

PROTOCOLLO IGIENE PULMINO TRASPORTO MALATI		Obiettivo: garantire la sicurezza dei pazienti trasportati. Alla fine dell'intervento non devono risultare elementi e agenti inquinanti	
Personale addetto: Ausiliario Socio Sanitario (una unità)			
- Materiale necessario sul carrello: - Cestello giallo e panni gialli per detergenza - Cestello verde e panni verdi per disinfezione - Cestello azzurro e panni verdi per igiene vetri - Cestello nero per rifiuti panni usati - Cestello soluzione detergente e disinfettante pavimento - Cestello per panni sporchi pavimento		- Soluzione detergente A. 110 - Soluzione disinfettante D. 56 - Soluzione detergente vetri - Soluzione detergente-disinfettante pavimenti D.4 - Scopa in nylon - Guanti gomma per igiene locali - Contenitore per rifiuti	
Azioni		Note e motivazioni	
1. Lavarsi le mani e indossare i guanti 2. Svuotare il pulmino della biancheria esistente 3. Togliere il copri-sedile interno e quello della guida 4. Preparare i cestelli differenziati con le relative soluzioni 5. Igienizzare i vetri internamente 6. Igienizzare le pareti del pulmino, compreso il soffitto, il lettino di trasporto, il sedile interno, il volante di guida 7. Sciacquare e asciugare ognuno degli elementi precedenti 8. Disinfettare ognuno degli elementi precedenti 9. Non asciugare 10. Detergere il pavimento con la relativa soluzione 11. Riposizionare la biancheria pulita sul lettino e relativa traversa assorbente monouso 12. Riposizionare copri sedili. 13. Riposizionare 5 teli di scorta sul ripiano apposito		4. Cestelli e panni sono differenziati per colore al fine di evitare di confondere o mischiare le relative soluzioni al momento del loro utilizzo 5. In caso di presenza di materiale organico, seguire Istruzione Operativa C.I.O. n. B/3 6. Adoperare un panno diverso per ogni elemento 7. Come sopra, punto 6 8. Come sopra, punti 7 e 6 9. Il materiale deve asciugare per conto suo per garantire la massima azione del disinfettante.	
Versione 16/7/2009		Compilazione AFD M.Beta	Approvazione C.I.O. n. 8-09
Documenti riferimento: Schede tecniche soluzioni A. 110 - D. 56 - D.47 Istruzioni operative sulla igienizzazione e disinfezione tetti del C.I.O. n. 21/96		Firma dell'Infermiere Coordinatore	

Strumenti di lavoro:

Procedure: sono composte da una successione dettagliata e logica di azioni tecnico/operative più o meno rigidamente definite. Al loro interno è raccolto un insieme di azioni professionali finalizzate ad un determinato obiettivo che descrivono il “cosa” viene fatto e che sono in grado di ridurre il rischio, in particolar modo nelle attività ad elevata complessità. Sono parte integrante dei protocolli.

Quindi intendiamo la sequenza dettagliata delle azioni che riguardano una determinata procedura.

Procedura: riordino del carrello		Eventuali note	
Eliminare eventuali taglienti dal carrello		Vedi Istruzione Operativa 3 – 05	
Svuotare cestino rifiuti speciali			
Sgombrare il materiale dal ripiano e svuotare le due cassettiere			
Pulire il carrello		Vedi Istruzione Operativa 5 – 05	
Rimettere il materiale sul 1° ripiano		Vedi Istruzione Operativa 7 – 005	
Ricollocare il materiale nelle due cassettiere		Vedi Istruzioni operative 11 – 005 e 12 – 005	
Versione 16/7/2009	Compilazione AFD M.Alfa	Approvazione C.I.O.	n. 12-09

Strumenti di lavoro:

Istruzioni operative: sono documenti che descrivono dettagliatamente un'attività con l'obiettivo di mettere tutti gli operatori nella condizione di eseguirla allo stesso modo.

ISTRUZIONE OPERATIVA N. 5 - 05	
Pulizia dei ripiani di lavoro	
Sequenza operativa	Note
1. Preparare soluzione detergente x e soluzione disinfettante y	Vedi istruzioni operative x 001 e y 005
2. Assicurarsi che non vi sia alcun materiale sul ripiano	
3. Spolverare con un panno pulito umido	Se si usa il carrello multifunzione xzy adoperare i panni color giallo
4. Detergere con soluzione x	Se si usa il carrello multifunzione xzy adoperare i panni color blu
5. Sciacquare con un panno pulito	Se si usa il carrello multifunzione xzy adoperare i panni color giallo
6. Asciugare o far asciugare il piano	Usare panno pulito monouso
7. Disinfettare con soluzione y	Se si usa il carrello multifunzione xzy adoperare i panni color giallo

In sintesi:

<i>PIANO DI ASSISTENZA</i>	Descrive i processi da mettere in atto per la risoluzione dei problemi
<i>PROTOCOLLO</i>	Descrive una parte di un processo o di un'attività complessa
<i>PROCEDURA</i>	Descrive un'attività semplice
<i>ISTRUZIONE OPERATIVA</i>	Definisce lo svolgimento di un compito

Strumenti informativi per la gestione dei dati

Il riconoscimento giuridico di «professione sanitaria» per tecnici di radiologia, ostetriche, infermieri, terapisti della riabilitazione ha visto lo sviluppo di modelli diversi, a secondo delle Regioni, e delle specificità delle singole aziende sanitarie.

Le 3 tipologie generali individuate per garantire la piena autonomia di ognuna delle 4 categorie sono:

- Modello **multiprofessionale**: direzione apicale ad una delle nuove 4 figure alla quale fanno riferimento le direzioni dei vari settori;
- Modello **monoprofessionale**: ogni settore ha la sua autonomia in termini di direzione ed organizzazione;
- Modello **misto**: di convivenza dei due modelli.