

Progetto POR Puglia 2000-2006 Misura 3.2 Azione a) Avviso n° 1/2009 codice POR09032aOSS143 approvato con D.D. n. 541 del 21/04/2009 finanziato da Regione Puglia – Ministero del Lavoro - Fondo Sociale Europeo

Operatore Socio Sanitario

Progetto POR Puglia 2000-2006 Misura 3.2 Azione a)
Avviso n° 1/2009 codice POR09032aOSS143
approvato con D.D. n. 541 del 21/04/2009
finanziato da Regione Puglia - Ministero del Lavoro - Fondo Sociale Europeo

Operatore Socio Sanitario

Finalità del corso
Formare operatori che avranno la possibilità di inserirsi in strutture sanitarie pubbliche e private e che siano in grado, sia in un contesto sociale che sanitario, di:

- soddisfare i bisogni primari delle persone assistite;
- favorire il benessere e l'autonomia dell'utente;
- saper svolgere l'attività in collaborazione con gli altri operatori professionali.

Iscrizioni ed ammissioni
La domanda di partecipazione potrà essere ritirata e consegnata presso la sede dell'Associazione o scaricata dal sito www.hominesnovi.it. Le domande dovranno pervenire entro e non oltre il **28 maggio 2009** a mezzo fax o consegnata a mano presso la sede dell'Associazione Homines Novi.

Certificazione
Al termine del percorso formativo sarà rilasciato un attestato di qualifica professionale valido su tutto il territorio nazionale.

Modalità di selezione:
La selezione avverrà sulla base dei requisiti di accesso e test attitudinali/motivazionali e si terrà in data **3 e 4 giugno 2009 alle ore 08:30** presso la sede della Homines Novi.

Destinatari
Il corso è rivolto a 18 disoccupati, residenti in Puglia, in possesso di diploma di scuola dell'obbligo e compimento del 17° anno di età alla data di iscrizione.

Indennità di frequenza
Il corso, completamente gratuito, prevede per ciascun allievo un'indennità di frequenza pari a € 1,50/h più rimborso spese viaggio.

Durata del Percorso Formativo
Totale n. 1000 ore di cui:

- 550 ore di formazione d'aula;
- 450 ore di tirocinio presso strutture sanitarie autorizzate.

Sede di svolgimento
Associazione HOMINES NOVI O.N.L.U.S.
Via Alto Adige, 27 - 74100 Taranto

Il Presidente
Gianluigi Palmisano

Per informazioni rivolgersi a:
Associazione Homines Novi O.N.L.U.S., Ente di formazione professionale, accreditato Regione Puglia per lo svolgimento di azioni formative con D.G.R. n° 1503 del 28 ottobre 2005.

Sede operativa: Via Alto Adige n° 27 - 74100 Taranto - Tel. 099 7328847 - fax 099 7328839

info@hominesnovi.it - www.hominesnovi.it

Associazione **HOMINES NOVI** O.N.L.U.S.
Ente di formazione manageriale avanzata

Relazione di fine corso

Allieva: **Monica Nitti**

INDICE

1	Presentazione personale e motivazioni riguardo la scelta di diventare Operatore Socio Sanitario.....	3
2	La figura professionale dell'O.S.S.	5
3	Svolgimento del corso	5
3.1	Primo modulo (550 ore di formazione d'aula)	5
3.1.1	Lavori di gruppo	10
3.2	Secondo modulo (450 ore di tirocinio presso strutture sanitarie)	11
3.2.1	Reparto chirurgia	11
3.2.2	Reparto medicina	14
3.2.3	Reparto Pronto Soccorso Ospedaliero	17
3.2.4	Reparto ortopedia	21
3.2.5	Servizi territoriali	23
4	Corso di B.L.S.D.....	27
5	Considerazioni finali	28

Allegato 1 : La dipendenza dal fumo

Allegato 2 : Il valore della vita e quali iniziative proporresti per promuovere la vita

1. Presentazione personale e motivazioni riguardo la scelta di diventare Operatore Socio Sanitario

Ci sono situazioni, episodi e percorsi che, nel corso della nostra esistenza, aiutano a capire quali siano le nostre attitudini e ci orientano verso quelle che sono le nostre reali aspirazioni.

Ritengo che, nella vita, la cultura della donazione sia un fattore fondamentale per dare il nostro sostegno a chi ne ha bisogno: da sempre questo elemento è presente in me.

Per questo, nel corso degli anni, dopo aver conseguito il diploma di perito chimico industriale, ho cercato di dare il mio contributo alla società, prestando una parte del mio tempo libero nel campo del volontariato.

Sono iscritta all'A.I.D.O. (Associazione Italiana Donazione Organi) dal 1997 e, proprio qualche mese fa, ho seguito un corso di formazione-informazione sulla cultura della donazione degli organi, acquisendo concetti più precisi, che mi hanno fatto capire ancora di più quanto la generosità sia innata e radicata nella mia personalità.

Sono iscritta all'A.V.I.S. (Associazione Volontari Italiani Sangue ed ho il gruppo sanguigno 0 negativo, raro e molto ricercato nelle richieste di donazioni) e partecipo da oltre 5 anni, intensamente, alle attività della Protezione Civile (attualmente sono impegnata nel progetto *"Emergenza caldo"*, di supporto principalmente alle persone anziane, come operatrice call-center, volontaria della Protezione civile).

E, sempre nell'ottica della donazione, nell'ambito del volontariato, partecipo da febbraio ad un percorso regionale dal titolo *"Percorso di condivisione di buone prassi"* all'interno del progetto *"Sportello d'ascolto antiviolenza donna"*, che dovrebbe prendere vita entro l'anno corrente.

L'aver prestato assistenza nell'ultimo mese della sua vita ad un caro parente malato di cancro polmonare, il conseguimento dell'attestato di B.L.S, basic life support (nozioni di primo pronto soccorso) e, non per ultimo, il mio recente impegno in un gruppo di volontari, *"Mister sorriso"* che, tramite la Clownterapia, regala un sorriso ai malati costretti negli ospedali, mi hanno portato, dopo essermi scrupolosamente documentata sugli aspetti professionali inerenti la figura dell'O.S.S., a rimettermi in gioco a quarant'anni e ad intraprendere, con grande entusiasmo e incurante dei sacrifici che comporta il conciliare la frequenza di un corso così impegnativo con il ruolo di mamma attenta e presente, il corso di formazione professionale per diventare Operatore Socio Sanitario.

Alla fine di questo lungo percorso, cominciato il 15 giugno 2009, mi viene spontaneo trarre delle considerazioni: ritengo l'esperienza vissuta finora una splendida avventura, ed il coinvolgimento è stato profondo. L'aver approfondito gli aspetti etici, tecnici e professionali propri della figura dell'O.S.S. ha risvegliato in me la convinzione, oggi più che mai, che una professione non può e non deve essere considerata esclusivamente uno strumento per il sostentamento economico ma deve rappresentare il mezzo per soddisfare le proprie attitudini e aspirazioni, appagandole cercando di esercitare un lavoro per il quale si è predisposti.

Le motivazioni di carattere personale che mi hanno indotto ad intraprendere questo corso sono quindi legate alla cultura della donazione. Ritengo che non sia sufficiente avere la volontà di aiutare: occorre saperlo fare. Interagire correttamente con i malati è fondamentale, e bisogna esserne in grado, eticamente, tecnicamente e psicologicamente. Le nozioni teoriche e le esercitazioni pratiche proposte dal piano formativo ci hanno fornito gli elementi necessari per essere degli O.S.S. professionalmente preparati.

E' fondamentale, per un'allieva O.S.S., imparare a lavorare in équipe, in collaborazione con il personale sanitario (medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, educatori) e con il malato. Questo lavoro richiede doti di riservatezza ed etica professionale.



Eccomi in alcuni momenti della mia vita sociale: nel ruolo di volontaria della Protezione Civile, con la divisa arancione indossata da noi partecipanti al corso per diventare O.S.S., con il camice coloratissimo e il naso rosso, divisa usata dai volontari di "Mister sorriso" nell'ambito della clownterapia praticata nell'ospedale pubblico della città.

2. La figura professionale dell'O.S.S.

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 e a favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

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

3. Svolgimento del corso

Il corso, di 1000 ore, si è sviluppato in due fasi, distinte in due moduli:

- primo modulo (550 ore di formazione d'aula);
- secondo modulo (450 ore di tirocinio presso strutture sanitarie).

3.1 Primo modulo (550 ore di formazione d'aula)

La finalità della prima parte del corso è stata quella di far acquisire a noi allievi gli elementi di base utili per individuare i bisogni delle persone e le più comuni problematiche relazionali; distinguere i sistemi organizzativi socio-assistenziali e la rete dei servizi; conoscere i fondamenti dell'etica, i concetti generali che stanno alla base della sicurezza e della salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro, nonché i principi che regolano il rapporto di dipendenza del lavoratore (doveri, responsabilità, diritti); conoscere i concetti di base dell'igiene e i criteri attraverso i quali mantenere la salubrità dell'ambiente; riconoscere e classificare i bisogni ed interpretare le problematiche assistenziali derivanti in relazione alle principali caratteristiche del bambino, del ragazzo, dell'adulto, della persona anziana, della persona con problemi psichiatrici, con handicap, in situazioni di pericolo o malati terminali; identificare tutti gli elementi necessari alla pianificazione dell'assistenza, collaborando con le figure professionali preposte; riconoscere le principali alterazioni delle funzioni vitali al fine di attivare altre competenze e/o utilizzare tecniche comuni di primo intervento.

Le ore di lezione teoriche svolte in aula sono state 550.

Inizialmente, durante le prime lezioni tenute da una psicologa, ci è stato chiesto spesso il motivo, la spinta che ci ha fatto decidere di partecipare alle selezioni per accedere a questo corso, per ben comprendere la nostra propensione a poterlo seguire.

Le materie di insegnamento sono state articolate nelle seguenti aree disciplinari:

- area socio culturale, istituzionale e legislativa;
- area psicologica e sociale;
- area igienico sanitaria;
- area tecnico operativa.

Ho cercato di apprendere, attraverso gli argomenti studiati, il maggior numero di elementi per cercare di acquisire, una volta formatami e aver sostenuto l'esame finale, una elevata professionalità. Abbiamo approfondito tanti aspetti relativi al nostro meraviglioso corpo, abbiamo imparato la funzione dei vari organi e le patologie loro correlate, i trattamenti per migliorare la qualità della vita utili ad alleviare le sofferenze fisiche e i metodi e gli ausili di supporto, abbiamo approfondito le tecniche per cercare di capire psicologicamente ogni singolo paziente, per porsi nel giusto modo nei suoi confronti, come animare la degenza ospedaliera, gli elementi di etica professionale e la morale, la sicurezza e il diritto del lavoro.

L'area di insegnamento che ha catalizzato la mia attenzione per l'importanza dei contenuti è stata quella psicologica.

I vari docenti che si sono alternati ci hanno fatto capire che in ogni operatore sanitario si devono sviluppare certezze e consapevolezze dell'essere umano e che non ci si può prendere cura di un ammalato se non si è sereni con se stessi e non si conoscono i propri bisogni personali.

Alcuni concetti sono rimasti ben impressi nella mia mente: partendo dalla comunicazione, passando attraverso le relazioni interpersonali si arriva all'empatia, concetto fondamentale per un operatore socio sanitario; altro concetto interessante riguarda la *piramide di Maslow*.

La comunicazione è la condizione più importante nei rapporti sociali, perché è su di essa che si basano le relazioni umane, in quanto l'uomo vive una serie di attività che lo mettono in relazione e in comunicazione con gli altri.

L'emozione, i sentimenti, la simpatia o l'antipatia possono giocare un ruolo importante nelle comunicazioni.

La comunicazione avviene attraverso sei elementi fondamentali, che sono:

- L'emittente: è colui che fa la comunicazione, che invia il messaggio.
- Il messaggio: è qualunque elemento, suono o immagine, atto a comunicare al destinatario ciò che la fonte si è prefissa.
- Il codice: un sistema di segni e regole. Il messaggio passa attraverso un codice convenzionale che deve essere comune a chi parla e a chi ascolta.
- Il canale di comunicazione: è il mezzo, la strada attraverso la quale passa il messaggio. E' il ponte di collegamento tra l'emittente ed il destinatario, la via seguita dal messaggio per raggiungere il ricevente.
- Il ricevente (destinatario): è colui che riceve il messaggio. Il modo in cui lo riceve non dipende soltanto da come il messaggio viene trasmesso ma anche dalle sue condizioni al momento della ricezione.
- Il contesto: luogo e dallo spazio temporale nel quale avviene la comunicazione.

Un altro strumento per comunicare è il linguaggio. I linguaggi non verbali provengono direttamente dall'anima, cioè dalla parte più intima ed emozionale di noi, mentre i linguaggi verbali provengono dalla mente, cioè dalla nostra componente razionale che tende a rivedere e costruire i contenuti senza preoccuparsi di verificare se il razionale e l'emotivo coincidono.

La comunicazione non verbale si basa solitamente sui movimenti espressivi del corpo, del volto, delle mani e degli occhi.

La relazione interpersonale fa comprendere gli aspetti comunicativi dello stare insieme. Bisogna sottolineare che la relazione tra un operatore e un utente è prima di tutto una relazione profondamente umana fra una persona che ha bisogno di aiuto e un'altra che fa di tutto per darglielo.

La relazione interpersonale tra un infermiere, un operatore e un medico è essenzialmente una relazione di aiuto che si costruisce e si modifica giorno per giorno sulla base delle esperienze affrontate da posizione diverse ma collegate intimamente tra loro.

L'empatia riguarda la comprensione dei sentimenti, la capacità di compenetrarsi nell'altro oltre ogni valutazione individuale, positiva o negativa. E' il tentativo di riprodurre in proprio i sentimenti altrui al fine di comprendere l'altra persona. Essere empatici nel lavoro sociale significa possedere le capacità di interagire emotivamente con l'utente pur mantenendo le distanze adeguate.

Entrare in empatia non significa rispondere alla sofferenza unicamente con i propri saperi, con i propri metodi e con le tecniche. In questo modo l'utente verrebbe considerato esclusivamente l'espressione di un problema e di una patologia, mentre in

realtà è una persona con i propri sentimenti, con le proprie emozioni e con il proprio vissuto.

L'empatia diventa mezzo per aiutare l'altro a capire ciò che gli succede senza però interferire sui suoi sentimenti, sulle sue concezioni ideologiche, sul suo vissuto, sulle sue emozioni.

L'operatore che si serve dell'empatia entra ed esce dalla vita del soggetto senza mai lasciare traccia di sé: egli vi entra a scopo terapeutico, per fluidificare la comunicazione, senza lasciarvi i propri valori.

Sul piano della comunicazione occorre adottare modi comportamentali differenti a seconda della tipologia di paziente, a seconda delle sue esigenze e dei suoi bisogni.

Se dovessimo comunicare con dei bambini occorrerà privilegiare i canali del gioco e della conversazione. Converrà procedere lentamente, senza far troppe domande, rimanendo sul vago, senza entrare nel profondo del vissuto del bambino, mettendosi in situazione di ascolto e predisponendosi verso la comunicazione.

Con l'adolescente ci sono, generalmente, molti più problemi dovuti alla caratteristica fase di crescita e di crisi nelle scelte che la accompagnano. Ma quello che più fa riflettere è che l'adolescente manifesta la sua rabbia e il suo disagio quasi esclusivamente sul piano della comunicazione, usando termini scurrili e parole ingiuriose per tentare di scandalizzare gli operatori, cercando di mettersi alla prova e volendo farsi accettare in questo modo.

Quando gli adolescenti non si sentono capiti, bloccano la comunicazione con il mondo degli adulti.

Con l'adulto è consigliabile non pretendere la comunicazione immediata, avere pazienza e lasciar decidere a lui quando far cadere le proprie "difese". Sarà un gran segnale di incoraggiamento un nostro sorriso discreto, quando ci presenteremo al soggetto.

Con l'anziano dobbiamo tener conto di alcune patologie legate all'età quali l'alterazione della voce o dell'udito che potrebbero rendere ancora più difficoltosa la comunicazione.

Bisognerà evitare situazioni di disturbo o rumori di sottofondo, adeguando il tono della voce dell'operatore alle reali esigenze dell'utente. L'anziano inoltre ha un gran bisogno di comunicare perché non ama sentirsi solo e cerca in tutti i modi di catturare l'attenzione di chi lo circonda, affinché si interessi a lui.

Nasce spontaneo chiedersi: chi è la persona malata? Cosa avverte davanti alla malattia? Quali atteggiamenti assume?

La prima cosa che un operatore deve tenere presente è che la dignità della persona, seppur ammalata deve rimanere tale e che la cura prestata non deve essere solo fisica, ma occorre tener conto dell'aspetto psicologico ed emotivo.

E soprattutto bisogna capire che ogni persona è un essere unico ed irripetibile, vale per ciò che è e non per quel che fa o che ha.

Quali sono i bisogni dell'ammalato? E cos'è un bisogno? Il bisogno viene definito come l'esigenza di un bene necessario alla vita. Molti studiosi hanno cercato di classificare distinguendo i bisogni in base alla loro importanza, lo psicologo Maslow è quello che più è seguito in quanto ci suggerisce una piramide di bisogni.

Bisogni fisiologici, legati alla sopravvivenza quali il bisogno di cibo, di acqua, di aria, di riposo. Quando l'uomo soddisfa questi bisogni, avverte sicuramente un altro bisogno che è il bisogno di sicurezza, cioè di stabilità, di protezione.

Soddisfatte queste esigenze, l'uomo ha altri bisogni come quello di appartenenza e di attività sociale, la richiesta cioè di essere accettato dagli altri, di scambiare amicizia e affetto, senso di appartenenza a un gruppo. Queste esigenze le ritroviamo anche in ambito lavorativo.

Continuando nella piramide, il bisogno di autostima e di raggiungere un adeguato status sociale convergono nell'esprimere il bisogno dell'uomo di definire la sua identità, di stimarsi e di essere stimato.

L'ultimo bisogno, quello di autorealizzazione, viene posto da Maslow all'ultimo posto, ed è la condizione in cui un uomo soddisfa la sua vocazione, e interviene di solito nelle scelte importanti di vita come lo studio, il lavoro e si soddisfa nell'espressione delle capacità personali.

Per l'operatore sanitario la valutazione dei bisogni è una premessa indispensabile per una corretta realizzazione professionale. Gli operatori socio sanitari non costituiscono una vera e propria professione, ma il loro lavoro può a tutti gli effetti essere considerato professione sanitaria, in quanto integra e completa il lavoro del personale infermieristico e medico per garantire all'utente una buona qualità di cura e assistenza.

Un operatore, per prendersi cura di un ammalato, deve prendere coscienza del fatto che sta assistendo una persona. Prendersi cura richiede anche aiutare la persona a comprendere la propria situazione, il senso della sua storia, che passa attraverso la malattia. Bisogna che l'operatore faccia superare all'ammalato sia il senso di solitudine che accompagna ogni situazione di questo tipo, sia la dipendenza dagli altri, facendogli capire che non bisogna vivere il momento con senso di inferiorità, ma come particolare situazione e non per questo il valore della sua persona diminuisce.

E' importante altresì che si superi l'anonimato che spesso caratterizza l'essere ammalato, identificando l'uomo come numero o con il nome della sua malattia. L'uomo resta uomo e la debolezza e la fragilità che spesso comporta la malattia devono essere un forte richiamo a un maggior rispetto da parte di chi assiste.

3.1.1 Lavori di gruppo

Durante il corso, su iniziativa di alcuni docenti, ci siamo trovati a lavorare in gruppo. Con tale modalità abbiamo realizzato un focus group sulla famiglia e una ricerca su molte dipendenze che colpiscono la popolazione, tra cui droga, alcool, disturbi alimentari, tabagismo. Quest'ultima dipendenza ha riguardato il lavoro che è stato eseguito da cinque corsisti, me compresa.

Lo scopo della ricerca, oltre che approfondire le tematiche inerenti all'argomento in questione, è stato quello di abituarci a lavorare in gruppo, confrontando le informazioni in possesso di ciascuno di noi, facendo nascere discussioni costruttive. Il lavoro, sotto forma di slide in formato Power Point, (Allegato 1) è stato da me presentato al resto dei corsisti e al docente stesso.

Lavorando in gruppo abbiamo trattato "etica e deontologia professionale", approfondendo tantissimi argomenti come l'eutanasia, l'accanimento terapeutico, l'aborto, la donazione degli organi, il valore della vita.

Abbiamo sviluppato un tema dal titolo: *"Il valore della vita e quali iniziative proporresti per promuovere la vita"* (Allegato 2).

Altro argomento che ritengo molto interessante, tra tutti quelli trattati, è quello che riguarda il paziente terminale e le cure palliative. Ma cosa sono? L'OMS definisce la cura palliativa quella cura totale prestata alla persona affetta da una malattia che non risponde più alle terapie utilizzate per raggiungere la guarigione. Le cure palliative non allungano né abbreviano l'esistenza dell'ammalato; provvedono al sollievo del dolore e degli altri sintomi, aiutano la famiglia dell'ammalato a convivere con la malattia e poi con il lutto. Le cure palliative trattano quindi i pazienti in fase terminale. Il malato terminale è un paziente affetto da una malattia a prognosi infausta e per il quale la morte risulta inevitabile in tempi relativamente brevi. In questa fase ogni intervento terapeutico diventa inefficace.

Altre materie interessanti, approfondite e ben spiegate, sono state la sicurezza sul lavoro, il diritto del lavoro, la legislazione inerente alle leggi che tutelano la salute e tutto il sistema sanitario, e le materie che tecnicamente ci spiegavano l'assistenza infermieristica, i parametri vitali, ecc..

3.2 Secondo modulo (450 ore di tirocinio presso strutture autorizzate)

La finalità del secondo modulo è stata quella di applicare le conoscenze acquisite per: mantenimento di un ambiente terapeutico adeguato - cura della persona - mantenimento delle capacità residue - recupero funzionale; conoscere ed applicare le diverse metodologie operative presenti nelle sedi di tirocinio; conoscere i principali aspetti psico-sociali dell'individuo e del gruppo al fine di sviluppare abilità comunicative adeguate alle diverse situazioni relazionali degli utenti e degli operatori nonché conoscere le caratteristiche, le finalità e le prestazioni di assistenza sociale allo scopo di concorrere, per quanto di competenza, al mantenimento dell'autonomia e dell'integrazione sociale dell'utente.

A tal fine, al termine delle 550 ore di teoria relative al corso di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.), il 2 novembre è cominciata la fase che ha previsto un tirocinio di 450 ore (stage pratico) presso l'Ospedale "San Marco" di Grottaglie , nella nostra provincia.

3.2.1 Reparto chirurgia

Il reparto in cui ho effettuato la prima fase di tirocinio, durata 3 settimane, è stato quello di Chirurgia, uomo e donna.

Inizialmente ero un po' tesa, in quanto legavo quel reparto al concetto di sofferenza fisica. E' lì che infatti soggiornano i pazienti che sono sottoposti a interventi chirurgici, anche importanti. Ma una volta entrata nel mio ruolo tutti i timori si sono dissipati.

Il primo impatto è stato positivo. Mi sono sentita subito a mio agio grazie all'accoglienza e alla professionalità del personale medico e infermieristico che mi ha consentito di integrarmi pienamente nell'équipe. Ho sempre desiderato di poter lavorare in una struttura ospedaliera: la voglia di essere utile è, come ho già scritto, una delle motivazioni che mi ha spinto a intraprendere questo genere di professione.

Nel corso dello stage ho avuto modo di approfondire gli aspetti pratici relativi alla professione dell'O.S.S. e mi sono personalmente resa conto del tipo di organizzazione che vige in un reparto ospedaliero.

Il reparto Chirurgia donne è strutturato in sei stanze, con numerazione progressiva dalla 1 alla 6. Il reparto Chirurgia uomini va dalla 7 alla 13. La Caposala, una donna molto preparata professionalmente, gestisce egregiamente l'organizzazione del reparto coordinando il personale e l'aspetto clinico assistenziale.

Anche nel reparto di Chirurgia dell'Ospedale "San Marco" di Grottaglie si eseguono il day hospital, il day surgery, il pre-ricovero e il ricovero programmato.

Il day hospital è una modalità organizzativa di assistenza ospedaliera che permette al paziente di rimanere nella struttura il tempo strettamente necessario per accertamenti, esami o terapie (al massimo una giornata), senza occupare un posto letto. Tutto questo a vantaggio di un' economia di gestione. È praticata soprattutto nella preparazione agli interventi chirurgici e nella chirurgia di piccola e media entità (day surgery).

Il day surgery permette di effettuare interventi o altre procedure diagnostiche o terapeutiche su pazienti che vengono dimessi nella stessa giornata di ammissione nel reparto. Si evitano così le lunghe degenze, si ammortizzano i costi e si evitano affollamenti dei reparti.

Il pre-ricovero ha come obiettivo la preparazione del paziente all'intervento chirurgico, mediante l'esecuzione di esami diagnostici e strumentali, che sono stabiliti da appositi protocolli. La decisione di eseguire esami di laboratorio, indagini strumentali o visite specialistiche supplementari prima di procedure richiedenti l'intervento di un medico anestesista deve essere presa dal medico anestesista stesso valutando ogni singolo caso e sulla base di indicazioni cliniche che includono, ma non sono limitate all'età del paziente, la sua storia clinica, i fattori di rischio presenti e tipo di procedura. Attualmente i pazienti che accedono al pre-ricovero chirurgico vengono sottoposti ad un screening standard che prevede:

- Emocromo
- PT
- PTT
- Sodiemia
- Potassiemia
- Cloremia
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Transaminasi GOT
- Transaminasi GPT
- CPK
- CHE
- Proteine totali
- Albuminemia
- Esame urine completo
- Rx torace
- ECG

Dopo aver valutato l'esito di tutte queste indagini, l'équipe medica programma il ricovero per eseguire l'intervento.

Una delle procedure più importanti tra quelle studiate durante le lezioni teoriche è stata il lavaggio delle mani, in quanto questa tecnica è fondamentale per prevenire le infezioni ospedaliere. Proprio per questo, dopo averla studiata, all'arrivo in reparto ho potuto constatare la sua reale importanza.

Il lavaggio delle mani, è di tre tipi e sono il lavaggio sociale; il lavaggio antisettico; il lavaggio chirurgico (pre-operatorio).

Prima dell'inizio della procedura del lavaggio delle mani è essenziale togliere tutti i monili, orologi, anelli, bracciali, che possono essere veicolo di trasmissione delle infezioni. Il lavaggio sociale delle mani è quello più usato e va effettuato: sia all'inizio e alla fine del turno di lavoro, sia prima e dopo l'uso dei servizi igienici che dopo aver rifatto i letti; inoltre prima di ogni attività assistenziale pulita che richieda contatto con il paziente e dopo ogni contatto tra paziente e operatore. Questa operazione si esegue con acqua e detergente liquido per un tempo che può andare dai 30 ai 60 secondi. E' importante lavare mani e avambracci, e l'asciugatura va fatta con salviette monouso o con sistemi automatici ad aria calda.

Il lavaggio antisettico va usato solo in alcune situazioni e va effettuato: sia dopo essere venuti a contatto con sangue, vomito, escreti e secreti, sia prima di collaborare con l'infermiere per l'esecuzione di medicazioni, cateterismi vescicali; inoltre in tutte le procedure indicate per il lavaggio sociale quando il paziente sia immunodepresso e si esegue con acqua e detergente-disinfettante per un tempo di circa 2 minuti. E' importante lavare mani e avambracci, e, come per il lavaggio sociale, l'asciugatura va fatta con salviette monouso o con sistemi automatici ad aria calda.

Il lavaggio chirurgico (pre-operatorio) delle mani va usato solo in preparazione all'intervento chirurgico da parte degli operatori interessati: medici e infermieri strumentisti e va effettuato immediatamente prima della vestizione all'inizio dell'intervento chirurgico e si esegue con acqua e detergente-disinfettante per un tempo di circa 5 minuti. Dopo questo tipo di lavaggio, non ci si devono asciugare mani e avambracci con i comuni sistemi monouso, ma solo con telini sterili.

E' importante sottolineare che nel lavaggio sociale NON si usa sapone solido in quanto rappresenta un pericoloso ricettacolo di microrganismi, mentre nei lavaggi antisettico e pre-operatorio è opportuno usare detergenti-disinfettanti già pronti. Ultimo consiglio che ci hanno insegnato è quello di non mescolare mai detergenti con disinfettanti perchè il prodotto che si ottiene NON è l'equivalente dei prodotti già preparati!

Dopo aver messo in pratica il lavaggio sociale delle mani, un'altra delle prime procedure che ho attuato è stata la preparazione del letto per i pazienti, con l'esecuzione dell'angolo. In seguito ho sperimentato il cambio lenzuola con i pazienti allettati,

operazione delicata che prevede una sequenza di passi molto tecnici, sempre con l'affiancamento di un infermiere professionale.

Ho attuato le procedure per eseguire l'igiene personale del paziente, sempre con l'affiancamento di un'infermiera professionale, assistendola nella detersione delle parti intime di pazienti allettate, attenendomi attentamente alle nozioni teoriche studiate. Al reparto di chirurgia è annessa la stanza di endoscopia, in cui si eseguono indagini diagnostiche come la gastroscopia, la colonscopia, la rettoscopia. Spesso ho accompagnato i pazienti che dovevano eseguire queste indagini e mi sono trovata ad assisterli, tranquillizzandoli il più possibile, cercando di mettere scrupolosamente in atto tutta la parte teorica-psicologica che mi era stata spiegata nei mesi precedenti.

Nel corso di questa esperienza mi sono resa conto sul campo dell'importanza di saper relazionare correttamente con i pazienti, sempre mantenendo il rispetto e non invadendo la loro sfera privata.

Abbiamo coauditato inoltre il personale infermieristico nell'inventario e nella sistemazione dei farmaci, prestando particolare attenzione a quelli che vanno conservati a temperatura frigorifera, nelle apposite celle, e nella conseguente formazione degli ordini dei medicinali mancanti nella farmacia dell'ospedale, operazione svolta quotidianamente.

Identica operazione è stata svolta per il materiale di supporto che viene utilizzato nel reparto.

La permanenza nel reparto è stata proficua. Ho avuto modo di mettere in atto le nozioni apprese durante le lezioni in aula e approfondire gli aspetti tecnico-pratici inerenti la professione di Operatore Socio Sanitario.

3.2.2 Reparto medicina

La seconda parte del tirocinio relativo al corso di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.), si è svolta nel reparto di Medicina dell'Ospedale "San Marco" di Grottaglie. Questa fase è durata tre settimane e si è svolta sia nel reparto donne che in quello uomini.

Dopo il primo breve momento di ambientazione mi sono integrata nel nuovo staff di reparto, formato da personale infermieristico, medico e da una fisioterapista che, anche se prestava servizio in un altro reparto, la lungodegenza, era spesso chiamata per far fare fisioterapia ai pazienti allettati da troppo tempo.

Nel corso di queste tre settimane ho avuto ancora più modo di approfondire gli aspetti pratici relativi alla professione dell'O.S.S. e mi sono personalmente resa conto del tipo di organizzazione che vige in quest'altro reparto, potendo fare anche un confronto.

Il reparto di medicina donna è strutturato in 6 stanze, con numerazione progressiva che va dall'1 al 6, per un totale di 15 posti letto, anche se qualche volta capita comunque che si formino 1 o 2 letti bis.

Il reparto di medicina uomini invece è formato da 5 stanze, con numerazione progressiva che va dal 7 all'11, per un totale di 16 posti letto.

Il gestore del personale infermieristico, dei turni, della farmacia, dei trasferimenti dei pazienti, colui che ha la responsabilità del reparto è il caposala, un uomo molto preciso e dinamico.

I posti letto sono occupati spesso da pazienti che hanno bisogno, dopo essere stati ricoverati, di indagini strumentali, come la gastroscopia, la colon-rettosopia, di consulenze di altri medici che hanno competenze più specifiche dell'internista, di eseguire T.a.c. o raggi X per controllare gli organi interni compromessi. In questo reparto ho continuato ad approfondire la competenza delle materie studiate, continuando ad esercitarmi sempre con il cambio letto, sia con pazienti deambulanti, sia con pazienti allettati. Di pari passo ho attuato l'igiene intima dei ricoverati, preparando il carrello e attenendomi scrupolosamente alle linee guida del protocollo previsto, evitando operazioni igienicamente non corrette che potrebbero causare infezioni; infatti l'ospedale deve essere considerato un ambiente a particolare rischio per quanto riguarda le infezioni perché:

- vi è un'alta concentrazione nello stesso ambiente di molti individui, fra cui tanti malati, e quindi un'elevata presenza di fonti di infezione;
- le attività possono favorire la trasmissione;
- la pressione selettiva dei disinfettanti e degli antibiotici porta allo sviluppo di resistenze batteriche in maniera esponenziale.

Sono definite ospedaliere le infezioni che si manifestano durante l'ospedalizzazione. Anche le infezioni che insorgono dopo la dimissione sono considerate ospedaliere se i patogeni infettanti si considerano acquisiti durante l'ospedalizzazione. Le infezioni che si sviluppano nelle prime 48 ore dal ricovero sono considerate di comunità, mentre quelle che si sviluppano dopo le prime 48 ore sono considerate ospedaliere. I microrganismi più coinvolti nelle infezioni ospedaliere sono rappresentati da:

- batteri, di cui i principali sono rappresentati da gram positivi come Stafilococchi e Streptococchi, e da gram negativi come Salmonelle, Escherichia coli, Klebsiella e Pseudomonas;
- miceti;
- virus;

- protozoi/parassiti.

Nelle infezioni ospedaliere l'agente eziologico può essere costituito da qualsiasi microrganismo patogeno o meno. L'oggetto delle infezioni è un individuo malato, ricoverato per altre affezioni, spesso per una compromissione delle difese immunitarie. La sorgente delle infezioni è fondamentalmente l'uomo, in particolare l'uomo malato, ma anche i visitatori e il personale sanitario.

Un'altra fonte di infezione può essere costituita dall'ambiente. La principale via di trasmissione è il contatto diretto; le mani del personale sanitario e di assistenza rivestono un ruolo preminente. L'infezione può trasmettersi per via indiretta tramite veicoli. Veicolo è tutto l'ambiente che circonda il soggetto ricoverato (ferri chirurgici, strumenti endoscopici, cateteri, ecc.) che, se non correttamente sterilizzati, possono determinare l'entrata di germi nell'organismo malato. L'aria costituisce un tramite fondamentale attraverso il quale si propaga il contagio. Esistono infezioni ospedaliere la cui origine è endogena, cioè sostenuta da microrganismi provenienti dalla flora batterica del soggetto. La localizzazione delle infezioni ospedaliere è rappresentata dalle vie urinarie, seguita dalle basse vie respiratorie e dalle ferite chirurgiche.

Dopo la detersione delle parti intime, nei pazienti allettati si usa spesso il pannollone. Spesso ho anche cambiato la busta del catetere vescicale, controllando il quantitativo di urina e riportandolo in cartella clinica, appesa sulla spalliera del letto.

Ho anche distribuito la colazione e il pranzo, controllando attentamente i nomi dei pazienti e le loro patologie, perchè spesso vi erano pazienti diabetici o dializzati che non potevano assumere determinati cibi.

Ho seguito quotidianamente il lavoro dell'équipe medica collaborando con il personale medico-infermieristico secondo le istruzioni impartite. Nel dettaglio nel corso di questa fase ho eseguito il controllo delle feci dei pazienti, comunicandone le condizioni al medico. Ho accompagnato i pazienti che dovevano eseguire delle indagini in altri reparti e mi sono trovata ad assisterli, tranquillizzandoli il più possibile. Infatti nel corso di questa esperienza mi sono sempre più resa conto sul campo di quanto sia importante saper relazionare correttamente con i pazienti, rispettando il loro privato.

Come già avvenuto nel reparto di chirurgia, ho coauditato il personale infermieristico nella sistemazione dei farmaci, prestando particolare attenzione a quelli che vanno conservati a temperatura frigorifera, nelle apposite celle, e nella conseguente formazione degli ordini dei medicinali mancanti nella farmacia dell'ospedale, operazione svolta due volte a settimana, il martedì e il venerdì. Identica operazione è stata svolta per il materiale di supporto che viene utilizzato nel reparto, traverse e pannoloni monouso, mascherine, deflussori, buste vescicali, ecc..

Qualche volta ho inserito il materasso ad aria antidecubito, per prevenire le piaghe da decubito a pazienti allettati, un male spesso riscontrato nelle persone che sono costrette a stare coricati nel letto per un lungo periodo di tempo.

La permanenza in questo reparto è stata molto utile per la mia crescita professionale in quanto ho continuato ad apprendere sempre più le materie di competenza di un O.S.S. e di acquisire sempre più dimestichezza con il lavoro di reparto.

Ci sono due episodi che ricorderò sempre: uno riguarda una paziente malata oncologica di particolare gravità, dializzata e terminale con melena, feci con presenza di sangue rosso-scuro-nerastro e dall'odore tipico che non si dimentica facilmente, che purtroppo è deceduta e che mi ha insegnato l'importanza della volontà del malato di lottare. Mai le ho sentito dire che stava morendo, anzi pensava al suo rientro a casa e a come avrebbe dovuto organizzarsi perchè era in una nuova condizione, di disabilità sicuramente, che le impediva di camminare. Non rifiutava le cure, aveva tanta voglia di vivere ancora.

Il secondo episodio riguarda un'emergenza respiratoria. Avevo finito il turno con la mia collega Francesca Pulpo, con la quale ho condiviso questo lungo percorso, sia in aula essendo stata la mia compagna di banco, sia nella fase di tirocinio, essendo stata la mia collega nei reparti visitati, ma nonostante tutto, essendoci capitata l'emergenza abbiamo deciso di restare nell'équipe e dare il nostro contributo nel portare le provette in laboratorio analisi, nel correre a prendere l'aspiratore, nel portare il prelievo arterioso dopo aver effettuato l'emogas su una paziente che si cercava di strappare alla morte perchè in quel momento c'era bisogno anche di noi.

Mi sono resa conto che la tempestività, in moltissimi casi, può salvare una vita umana. E una vita umana è un bene preziosissimo e bisogna fare l'impossibile per preservarla.

3.2.3 Reparto Pronto Soccorso Ospedaliero

La terza parte del tirocinio relativo al corso di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.), si è svolta nel reparto Pronto Soccorso dell'Ospedale "San Marco" di Grottaglie. Questa fase è durata 14 giorni, in due settimane distinte tra loro.

Il reparto dispone di 4 posti letto (barelle) ed è presente al suo interno l'osservazione breve intensiva, cioè l'astenteria, in cui in due stanze distinte, uomini e donne, ci sono 2 letti.

Il reparto P.S.O. rappresenta probabilmente, all'interno dell'organizzazione ospedaliera, uno dei punti di maggiore criticità per un insieme di ragioni. E' qui uno dei settori che richiede la massima efficienza organizzativa nella gestione dei casi. Ad esempio:

- sul piano tecnico-scientifico e della professionalità richiesta agli operatori, per l'estrema varietà dei quadri clinici da trattare, e per la gravità di molti di essi;
- sul piano della relazione col paziente in quanto l'andare in P.S.O. è spesso un'esperienza vissuta con un grande coinvolgimento emotivo e talora con profonda angoscia;
- sul piano medico-legale, per le implicazioni che possono avere gli accertamenti svolti nel P.S.O. a fini assicurativi, di giustizia civile e penale;
- sul piano organizzativo, perché il funzionamento del P.S.O. richiede il contributo delle risorse umane e strumentali di tutti i reparti e di tutti i servizi clinico-diagnostici dell'Ospedale e, a sua volta, ne condiziona il funzionamento dal momento che il P.S.O. rappresenta la principale "porta d'entrata" in Ospedale e nei diversi reparti;
- sul piano finanziario perché, come principale "porta d'entrata" in Ospedale, il P.S.O. condiziona i rapporti tra Ospedale e territorio, influisce sull'appropriatezza dei ricoveri e sulla corretta ripartizione delle patologie da trattare tra i diversi servizi e presidi sanitari presenti in una certa area geografica.

Ho avuto modo di vedere applicare le procedure che si attuano all'arrivo del paziente (triage). Con questo termine s'intende la valutazione della gravità delle condizioni del paziente che accede al P.S.O.: un infermiere esperto e specificamente formato, sulla base dei segni e dei sintomi del paziente, attribuisce un codice che, per gravità crescente, va da bianco a rosso, essendo quest'ultimo riservato al paziente molto critico, con priorità massima per la grave compromissione di funzioni vitali e necessità di immediato accesso alle cure.

Una volta che i pazienti sono stati valutati, inizia la fase di attesa per quelli che non hanno il codice rosso. Nel P.S.O., anche essendo un ospedale di piccole dimensioni, attese di alcune ore, per i codici di minor gravità, non sono affatto eccezionali. Questo solo elemento definisce la criticità di questa fase, i malumori e gli inconvenienti cui può dar luogo (mugugni, proteste fino alla rissa).

Segue l'esame clinico del paziente che è una fase i cui contenuti e la cui durata possono essere molto variabili; a seconda delle situazioni cliniche, l'esame clinico viene svolto anche parallelamente o addirittura successivamente all'effettuazione di accertamenti strumentali, e può essere più o meno sovrapposta ad alcune forme di trattamento.

Altra fase è l'esecuzione degli accertamenti strumentali (esami ematochimici, radiologici, etc.) con annesso parere specialistico (esami da refertare da parte dei medici). La necessità di spostare i pazienti richiede un grande impegno di personale; tutto ciò può

risultare, sul piano organizzativo, estremamente impegnativo soprattutto per l'allungamento dei tempi diagnostici che ne deriva e per la necessità di gestire in contemporanea diversi pazienti.

I trattamenti praticati in pronto soccorso, grossolanamente suddivisibili nei due generali campi dei trattamenti medici e di quelli chirurgici, sono estremamente differenziati in relazione alla varietà estrema dei quadri clinici. Dal punto di vista dei profili di rischio, va ricordato la possibile contaminazione da agenti biologici, in quanto nei reparti i pazienti arrivano già con un primo quadro clinico, mentre il P.S.O. è la prima porta d'accesso per stilare una diagnosi.

La degenza in osservazione è una fase a bassa intensità per quel che riguarda le cose da fare ma che si rivela non di rado estremamente delicata per quel che riguarda la gestione del paziente (insorgenza di complicanze, rivelarsi di aspetti non sufficientemente valutati del quadro clinico, pressioni dei familiari, difficoltà a reperire un posto in ospedale, etc.).

La decisione sull'esito finale del percorso diagnostico-terapeutico svolto in P.S.O. è di evidente rilievo, sia per quanto riguarda il destino del paziente e le attese sue e dei suoi accompagnatori, sia per le implicazioni che può avere sul piano della responsabilità medica (soprattutto in caso di mancato ricovero, o di difficoltà a reperire un posto per un ricovero ritenuto necessario), sia per l'impatto sul sistema sanitario, in caso di ricovero. Queste sono le fasi principali che percorre un paziente che arriva in un pronto soccorso. Ma qual'è il ruolo dell'O.S.S. in questo reparto?

In pronto soccorso l'O.S.S. prepara il letto e i lettini (barelle) sul quale vengono adagiati i pazienti.

Ne esegue il trasporto, per l'esecuzione di esami diagnostici o consulenze oppure verso il reparto di destinazione se viene ritenuto opportuno il ricovero e tutto ciò avviene con ritmi spesso e volentieri frenetici.

L'O.S.S. esegue il trasporto di materiale biologico verso il laboratorio analisi (prelievo di sangue, urine ecc) e cura la pulizia e il rifacimento dei letti e lettini utilizzati. Inoltre può preparare ferri chirurgici per la sterilizzazione.

Durante il mio stage ho eseguito scrupolosamente tutto ciò che è previsto dal mansionario dell'O.S.S., sotto la direzione del personale medico e infermieristico.

L'accoglienza avuta in reparto è stata eccezionale, il personale infermieristico e medico mi ha coinvolto pienamente, spiegando l'andamento di reparto, l'uso degli strumenti, il monitoraggio di un elettrocardiogramma, il rilevamento della pressione arteriosa con lo

sfigmanometro elettronico, il rilevamento della temperatura corporea con il termometro auricolare, la deterzione e la sterilizzazione dei ferri chirurgici.

Infatti in un P.S.O. spesso capita che il medico debba mettere dei punti di sutura per cui, una volta usati, i ferri necessitano di esser resi nuovamente disponibili.

Occorre ricordare che i presidi riutilizzabili devono dopo l'uso essere immediatamente immersi in un disinfettante chimico di riconosciuta efficacia sull'HIV prima delle operazioni di smontaggio o pulizia, da effettuare come preparazione per la sterilizzazione. Questa pratica, che si definisce decontaminazione, ha per scopo quello di rimuovere i microrganismi patogeni per evitare i rischi al personale durante gli interventi di deterzione.

Dopo aver deterso e immerso i ferri nel disinfettante chimico in cui non si ha la totale distruzione ma una grossa riduzione di tutti i microrganismi che sostengono degli stati infettivi e che, per questo, sono pericolosi per la salute dell'uomo, si passa alla sterilizzazione, che vuole la distruzione di ogni forma di vita microbica.

La sterilizzatrice usata in questo reparto è l'autoclave a vapore per materiali termoresistenti, molto pratica, più efficace e più diffusa dove vengono trattati a 121° i materiali in gomma o plastica e a 134° i materiali tessili, gli strumenti e le vetrerie. Gli infermieri, con tanta pazienza e voglia di renderci partecipi del lavoro, mi hanno dato la possibilità di seguire ogni fase del lavoro, spiegandomi ogni loro movimento.

In P.S.O. sono fondamentali la velocità e la dinamicità di intervento. Nessuno si può permettere di essere lento o inefficiente, ogni secondo potrebbe essere fatale per il paziente che necessita dell'assistenza immediata di operatori di un pronto soccorso. La casistica è molto varia: semplici doloretto articolari, infarti, punti di sutura in varie parti del corpo, incidenti domestici e sul lavoro.

Il gestore del personale infermieristico, dei turni, della farmacia, dei trasferimenti dei pazienti, del materiale cartaceo, colui che ha la responsabilità del reparto è la caposala. Nel reparto in cui ho svolto il tirocinio si tratta di una donna molto precisa e dinamica, che più di una volta ho apprezzato per la sua intransigenza.

Ancora una volta ho coadiuvato il personale infermieristico nella sistemazione dei farmaci, prestando particolare attenzione a quelli che vanno conservati a temperatura frigorifera, nelle apposite celle, e ho approfondito le modalità di formazione degli ordini dei medicinali mancanti nella farmacia dell'ospedale, operazione svolta dalla caposala due volte a settimana, il lunedì e il giovedì. Identica operazione è stata svolta per il materiale di supporto che viene utilizzato nel reparto, traverse e pannoloni monouso, mascherine, deflussori, buste vescicali, aghi cannula per l'inserimento di farmaci via endovenosa, ecc. La mia permanenza in questo reparto è stata molto utile per la mia crescita professionale

in quanto, seppur diverso dal lavoro degli altri reparti, mi ha dato la possibilità di continuare ad apprendere sempre più le materie di competenza di un O.S.S. e prendere maggiore dimestichezza in un lavoro di équipe.

Inoltre mi sono resa conto che il lavoro in un P.S.O. mi piace proprio tanto, mi è molto dispiaciuto lasciare il reparto, tanto che in me si fa sempre più strada il desiderio di far parte del servizio del 118.

Un'episodio che ricorderò sempre è quello accaduto l'ultimo giorno di permanenza nel reparto: è arrivato un ragazzo, giovanissimo, che purtroppo era caduto da un'impalcatura di circa tre metri ed aveva subito lesioni gravi, probabilmente anche alla colonna vertebrale. I dolori erano lancinanti, vedevo che soffriva, gli ho asciugato le lacrime. Ho provato tanto dispiacere, ma ho capito che, anche in quei momenti, è fondamentale, nell'interesse del paziente, l'aspetto professionale.

Non è semplice non far emergere le emozioni, ma ho la consapevolezza che è indispensabile per il paziente perché sarebbe controproducente dal punto di vista psicologico. E sinceramente ritengo che la mia professionalità sia fondamentale perché ho premura che i pazienti possano contare sul mio operato.

3.2.4 Reparto ortopedia

Un'altra parte del tirocinio relativo al corso di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.), molto interessante e proficua dal punto di vista dell'apprendimento, l'ho svolta nel reparto di Ortopedia dell'Ospedale "San Marco" di Grottaglie. Questa fase è durata tre settimane.

Nel corso di questo periodo ho avuto modo di mettere in pratica ciò che avevo appreso e studiato durante le lezioni frontali.

Il reparto di ortopedia dell'Ospedale "San Marco" di Grottaglie si trova al primo piano e gli spazi sono ripartiti tra il settore uomini (due stanze da sei posti letto) e il settore donne (tre stanze da sei posti letto). In più, c'è una stanza per ciascun settore, dotata di un letto singolo per i casi che necessitano di cure particolari.

La presenza di una stanza in più nel settore femminile non è casuale ed è dovuta all'alta percentuale di donne che, in età senile, si fratturano il femore.

All'interno del reparto sono inoltre ubicate due sale d'attesa per i pazienti ed i parenti, delle quali una all'interno, vicino alla sala gessi, e una all'esterno del reparto. Questo per evitare il sovraffollamento dell'androne di accesso ai due settori, uomini e donne.

Inoltre c'è una sala che funge sia da sala gessi che da sala medicazioni, una camera per il Medico di Guardia, una camera del Primario, due camere destinate allo smaltimento dei

rifiuti e deposito delle attrezzature destinate alla pulizia, un bagno per i degenti (con doccia, water, e due lavandini ubicati nell'antibagno), due ripostigli per le attrezzature di supporto, una stanza della caposala con annesso bagno per il personale medico e infermieristico.

I servizi igienici dei ricoverati sono in comune, tranne che per le camere singole, che dispongono di servizi riservati.

Ogni posto letto è dotato dell'unità del paziente, che comprende un letto, un armadietto personale, un comodino articolato plurifunzionale, una sedia, un punto luce, un campanello, una presa per la TV.

Il personale del reparto è composto dal Primario, medici chirurghi ortopedici, un neurochirurgo, due fisioterapisti, due gessisti, tre infermieri per turno, una caposala. L'attività svolta nel reparto è rivolta principalmente al trattamento dei pazienti traumatizzati e politraumatizzati, provenienti anche dal pronto soccorso in urgenza.

In questo reparto, come in quello di chirurgia, si attua il day hospital, il day surgery, il prericovero.

Dopo aver valutato l'esito delle indagini preliminari, l'équipe medica programma il ricovero per eseguire l'intervento.

I pazienti con interventi programmati (protesi delle anche e del ginocchio, profilo pre-operatorio) vengono avvisati dalla segreteria prenotazioni, oppure dal capo sala di reparto e arrivano in reparto dotati di una documentazione clinica e la richiesta di ricovero da parte del medico curante. In qualche caso è necessario approntare in regime di ricovero indagini supplementari di tipo morfologico funzionale, se persistono dubbi sulla indicazione chirurgica.

I posti letto sono occupati da pazienti che hanno bisogno di cure continue perché il più delle volte sono pazienti che devono subire interventi chirurgici in seguito a cadute incidentali o incidenti automobilistici o motociclistici.

La movimentazione dei pazienti è uno dei principali compiti dell'operatore socio-sanitario; spesso ho dovuto spostare il paziente verso la testiera oppure verso il centro del letto e c'è una procedura che si esegue: dopo aver piegato le ginocchia del paziente, ogni operatore mette un braccio sotto le spalle di questi, afferrando quello del collega, e l'altro braccio alla radice delle cosce afferrando l'altro corrispondente braccio del collega; durante lo spostamento del paziente verso la testiera è importante trasferire il peso del corpo dell'operatore sulla gamba più vicina alla testiera stessa; se invece è capitato di roteare verso un lato l'ammalato, abbiamo posto il paziente al centro del letto, dopodiché l'infermiera ha posto una mano in corrispondenza della spalla del paziente e l'altra in

corrispondenza del cavo popliteo (rotula) e ha girato verso di sé il paziente. E' importante che davanti al paziente girato vi sia l'operatore, in quanto ciò rappresenta la sicurezza di "non cadere dal letto".

Spesso dopo il ricovero, e prima dell'intervento chirurgico, i pazienti vengono sottoposti ad ingessatura, perché la zona interessata dalla frattura si presenta gonfia. Prima di ogni intervento chirurgico perciò si eseguono i seguenti trattamenti: rimozione della valva gesso – tricotomia – igiene della parte che deve subire l'intervento. Dopo tutto ciò si aiuta il paziente ad indossare il camiciotto monouso e la cuffietta che ricopre i capelli, tutto per arrivare, in sala operatoria, in condizioni di igiene ottimale. Ho coadiuvato, come già avvenuto in altri reparti, il personale infermieristico nella sistemazione dei farmaci, prestando particolare attenzione a quelli che vanno conservati a temperatura frigorifera, nelle apposite celle, e nella conseguente formazione degli ordini dei medicinali mancanti nella farmacia dell'ospedale, operazione svolta due volte a settimana, il martedì e il venerdì. Identica operazione è stata svolta per il materiale di supporto che viene utilizzato nel reparto, traverse e pannoloni monouso, mascherine, deflussori, buste vescicali, ecc..

Inoltre ho supportato il personale infermieristico nell'igiene dei pazienti, la maggior parte allettati. Spesso ho accompagnato in sala operatoria gli operandi con la barella, ho accompagnato con la sedia a rotelle i pazienti in sala raggi o sala gessi. Qualche volta ho distribuito il pranzo, pulito i tavoli, sistemato il carrello dell'igiene.

Spesso ho sistemato e chiuso i ROT, contenitori di cartone nel quale vengono introdotti rifiuti ospedalieri trattati. Su ogni cartone dopo aver compilato la provenienza di reparto, di luogo, va introdotto anche un codice che è il 180103.

L'esperienza in questo reparto mi ha aiutato ancor più a migliorare le mie conoscenze riguardo l'attività di O.S.S. dal punto di vista umano mi ricorderò sempre di una paziente che era stata investita da un'auto e che era politraumatizzata (frattura della clavicola, del gomito, e del ginocchio). Tutto ciò la rendeva immobile nel letto e io, insieme al personale medico e infermieristico, ci siamo molto dedicati a lei.

3.2.5 Servizi territoriali

Le ultime 50 ore, a completamento delle 450 ore di stage svolto nei vari reparti dell'Ospedale "San Marco" di Grottaglie, sono state destinate ai servizi territoriali, presso il distretto sanitario di Via Alcide De Gasperi, sempre nel comune di Grottaglie.

Le 50 ore sono state suddivise in A.D.I. (assistenza domiciliare integrata), ambulatorio, e P.U.A. (punto unico d'accesso).

L'Assistenza Domiciliare Integrata è una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze quasi esclusivamente degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti, aventi necessità di un'assistenza continuativa, che può variare da interventi esclusivamente di tipo sociale (pulizia dell'appartamento, invio di pasti caldi, supporto psicologico, disbrigo di pratiche amministrative, ecc.) ad interventi socio-sanitari (attività riabilitative, assistenza infermieristica, interventi del podologo, ecc.).

Il suo obiettivo è quello di erogare un servizio di buona qualità, lasciando al proprio domicilio l'ammalato, consentendogli di rimanere il più a lungo possibile all'interno del suo ambiente di vita domestico e diminuendo notevolmente, in questo modo, anche i costi dei ricoveri ospedalieri.

L'A.D.I. fornisce svariate prestazioni a contenuto sanitario, quali prestazioni mediche da parte dei medici di medicina generale, prestazioni infermieristiche, compresi prelievi ematici da parte di personale qualificato, prestazioni di medicina specialistica da parte degli specialisti dell'Azienda Sanitaria Locale dipendenti o in convenzione, prestazioni riabilitative e di recupero psico-fisico, erogate da terapisti della riabilitazione o logopedisti, supporto di tipo psicologico, purché finalizzato al recupero socio-sanitario.

Le prestazioni di carattere socio-assistenziale offerte dall'A.D.I., perlopiù nel caso in cui l'utente abbia un reddito minimo o comunque che sussistano le condizioni economiche disagiate, sono: igiene e cura della persona, aiuto domestico e preparazione dei pasti, disbrigo di pratiche burocratiche e altre commissioni esterne, rapporti con l'Azienda Sanitaria Locale e il medico curante, aiuto alla socializzazione, accompagnamento per commissioni esterne, aiuto economico.

Generalmente si accede all'Assistenza Domiciliare Integrata attraverso una segnalazione al Centro di Assistenza Domiciliare dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, da parte del medico di base o del sanitario del reparto ospedaliero di dimissione del paziente, da parenti o amici, dalle associazioni di volontariato, dagli altri servizi dell'Azienda Sanitaria Locale. A seconda delle necessità, verranno stabiliti gli interventi domiciliari da garantire all'utente che si trova in stato di bisogno.

Il servizio è gratuito e di solito, viene erogato per almeno 5 giorni la settimana.

Le patologie che consentono l'avvio dell'Assistenza Domiciliare Integrata sono: incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (per esempio forme acute respiratorie), dimissioni protette da strutture ospedaliere, piaghe da decubito o ulcere su base vascolare gravemente invalidanti.

Per la parte sanitaria, le prestazioni erogate da parte dell'assistenza domiciliare integrata pubblica sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per la parte sociale, le prestazioni sono gratuite per le persone con reddito inferiore ai limiti definiti nel luogo di residenza. Tuttavia, alcuni Comuni prevedono il pagamento di un ticket che varia a seconda del reddito del nucleo familiare per l'erogazione di questi servizi.

Il medico di base resta il punto di riferimento primario per la copertura sanitaria domiciliare dell'anziano non autosufficiente ed a lui competono le decisioni in ordine agli interventi terapeutici a domicilio e nelle strutture residenziali per anziani autosufficienti o ad esigenze di ricovero ospedaliero e l'attuazione del programma consigliato dall'Unità Operativa Geriatrica e della sua componente valutativa, l'Unità Valutativa Geriatrica (UVG). Quest'ultima è composta da personale dell'Azienda Sanitaria Locale e del Comune e provvede ad effettuare la valutazione a casa dell'utente, contattare il medico di base, elaborare un piano di intervento indicando le prestazioni tecnico-professionali necessarie, le modalità di accesso e il periodo di assistenza, valutare periodicamente le eventuali variazioni del piano, stabilire il termine dell'assistenza del paziente. E' comunque sempre il medico di base ad avere la responsabilità unica e complessiva del paziente. Nelle mie uscite territoriali ho affiancato sia una fisioterapista che un'infermiera, passando dalla fisioterapia dei malati del morbo di Alzheimer alle piaghe di decubito dei pazienti allettati.

Queste ultime sono lesioni che si determinano a causa, principalmente, della prolungata immobilità del soggetto che porta alla riduzione della quantità di sangue e del relativo nutrimento nelle aree sottoposte a pressione; in seguito, se non si effettuano costantemente correzioni e variazioni di posizione, si vanno inevitabilmente ad

interessare gli altri tessuti tra il derma e l'osso. Maggiore è il tempo di permanenza su ogni singola area e maggiore sarà il danno ai tessuti, fino alla loro morte. Si crea così una lesione cutanea chiamata ulcera o piaga da decubito che non ha la tendenza, che hanno tutte le ferite, a guarire spontaneamente. La gravità è compresa tra un livello minimo (arrossamento) e un livello massimo, caratterizzato da crateri profondi che possono raggiungere, come si è detto, il muscolo e l'osso. Ho potuto vedere da vicino queste piaghe, a qualche paziente era addirittura allo stadio 4, vedendo l'osso mentre l'infermiera medicava.

Sono entrata anche in una casa di riposo, e qui ho conosciuto delle realtà un po' tristi. Dopo aver percorso l'androne e la reception, sono entrata in un grandissimo salone dove seduti in cerchio c'erano una ventina di anziani, che aspettavano di essere chiamati per il

pranzo. I loro sguardi si sono soffermati su me, quasi meravigliati di vedere una persona nuova accedere alla struttura.

Non so cosa abbia prevalso in me, credo tristezza nel rendermi conto da vicino cosa vuol dire una casa di riposo per anziani, e mi sono resa conto che il lavoro dell'operatore socio sanitario è molto utile in queste strutture.

Mentre aspettavo la paziente con la fisioterapista, un'altra ha attratto la mia attenzione: era in piedi, immobile davanti alla finestra, guardava oltre il vetro con uno sguardo fisso. Ho cercato di raggiungerla facendo rumore con i tacchi delle mie scarpe, pensavo di suscitare curiosità nell'andare vicino, ma nulla; l'ho oltrepassata e poi sono tornata indietro. Ho cercato un approccio, le ho chiesto cosa stesse pensando e guardando, ma con uno sguardo spento ha scrollato le spalle e mi ha risposto "nulla". Chissà cosa pensava davvero!

Siano andate nella stanzetta della paziente che doveva svolgere la fisioterapia. Questa era arredata con un lettino, un comodino con telefono, un armadietto, un tavolo, una sedia, niente televisione, niente radio. Ciò che ho dedotto è che queste strutture sono molto di aiuto a quei tanti figli che non hanno tempo da dedicare ai propri genitori, ma soprattutto non hanno le competenze giuste per curarli e assisterli. Alcuni anziani colpiti da malattie degenerative, hanno bisogno di assistenza continua e questo solo in tipi di strutture simili è possibile. Ho visto però la contentezza sui volti di qualche paziente quando li hanno fatto visita i parenti, o quando li hanno prelevati per portarli alle loro case.

Ho svolto alcune ore di tirocinio affiancando l'infermiere e il medico nelle visite specialistiche. Sono stata con il medico oculista, con il medico pneumologo, con il medico cardiologo, con il medico dentista, con il medico chirurgo. Ho compilato il registro protocollando le ricette e inserendo i codici che identificano le prestazioni, ma anche aiutato nella visita specialistica a seconda del medico che affiancavo.

Un altro posto in cui ho svolto tirocinio è la P.U.A., che rappresenta il punto di riferimento per il paziente e i suoi familiari che hanno necessità di formulare una domanda di assistenza. Il Punto Unico d'Accesso è il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere qualsiasi informazione che riguarda le prestazioni erogate, le modalità e tempi di accesso. Rivolto in particolare a persone anziane e con disabilità, è gestito da uno staff di operatori che ascoltano e analizzano i bisogni dell'utente e dei familiari, individuano con loro il percorso terapeutico più adatto, li accompagnano in ogni fase.

Il Punto Unico d'Accesso rappresenta un nuovo modello d'assistenza, basato sulla cosiddetta "presa in carico", frutto del passaggio dal concetto del "curare" a quello del

"prendersi cura" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto di riferimento.

Anche qui ho inserito le ricette in un registro, protocollandole, le quali contenevano la richiesta del medico curante all'ASL di appartenenza di ausili adatti a pazienti anziani o disabili, come materassi ad acqua od aria per piaghe da decubito, pannoloni, traverse, garze, cerotti per medicazioni. Ma anche apparecchi acustici, scarpe ortopediche, busti per scoliosi.

Anche in questo tipo di lavoro ho potuto imparare praticamente ciò che in classe avevo studiato nelle lezioni frontali, acquisendo la consapevolezza che l'operatore socio sanitario è davvero una figura professionale molto utile in un'équipe socio-sanitaria.

4. Corso di B.L.S.D.

Alla fine delle ore teoriche, prima di iniziare il tirocinio pratico, il nostro ente di formazione, Homines novi onlus, ci ha dato la possibilità di seguire un corso di B.L.S.D., (basic life support defibrillation), durante il quale abbiamo appreso le nozioni di primo pronto soccorso introducendo anche l'uso del defibrillatore automatico.

Personalmente ho apprezzato molto questa possibilità offertaci dalla scuola: questo corso è stato il naturale proseguimento di uno precedente, col quale avevo conseguito un primo attestato, il B.L.S., utile in assoluto, ma indispensabile in quanto operatrice volontaria della Protezione Civile. Infatti sono del parere che ogni cittadino dovrebbe essere a conoscenza delle prime manovre di pronto soccorso, perchè può essere d'aiuto nella vita quotidiana qualora si presentino delle situazioni di emergenza. Spesso si sentono notizie di morti incidentali come l'ostruzione delle vie aeree per ingestione di cibo che si blocca nelle vie respiratorie. La manovra che si potrebbe applicare è quella di Heimlich, in cui si esercita una compressione addominale tra lo sterno e l'ombelico. Se tutti fossero a conoscenza di questa manovra, credo che l'incidenza di mortalità potrebbe abbassarsi di tanto.

Ci è stata spiegata la differenza tra urgenza ed emergenza, uno dei concetti fondamentali del primo pronto soccorso. Per urgenza medica s'intende una situazione nella quale non vi è immediato pericolo di vita, mentre per emergenza medica s'intende una situazione da affrontare con tempestività e risolutezza per evitare la morte immediata del soggetto. Se ci troviamo di fronte un soggetto apparentemente senza vita, bisogna immediatamente valutare lo stato d'incoscienza. Si eseguono una serie di sequenze A-B-C-airways in cui vi è l'iperstensione del capo per liberare le vie di respirazione; breathing, valutazione della respirazione spontanea, circulation, valutazione di attività circolatoria

tastando il polso carotideo, quello più usato in casi in cui la pressione arteriosa è troppo bassa.

Dopo essersi accertati che vi è in corso un arresto cardiaco, la RCP (rianimazione cardiopolmonare) è la prima tecnica che si applica, in cui vi è un rapporto di 30:2 dove il valore 30 sta ad indicare i massaggi cardiaci e 2 le insufflazioni di aria, detta respirazione artificiale, attuata o dal bocca a bocca o con il pallone ambu.

Per un soccorritore è importante la salvaguardia personale durante il soccorso di un individuo come, ad esempio, nel caso di persone ritrovate dopo esser state folgorate da scariche elettriche.

Ho imparato anche i codici che usano i mezzi di soccorso quando escono e quando rientrano alla base operativa. Si esce con un codice bianco, non critico, verde, poco critico, giallo, mediamente critico, e rosso, molto critico. Una volta arrivati sul posto il medico codifica la situazione sanitaria assegnando un codice numerico questa volta. Si parte dallo 0, in cui non necessitano di intervento, 1, in cui ci sono lesioni lievi, 2 in cui ci sono lesioni gravi, 3, in cui ci sono compromissione delle funzioni vitali. e 4 in cui vi è un paziente deceduto. Ovviamente anche la sirena si attiene scrupolosamente al numero o colore di codice assegnato, partendo dall'essere taxi, arrivando a sirena spiegata e velocità sostenuta al codice 3 e rosso.

Il defibrillatore automatico può essere usato anche dai laici, i semplici cittadini che non sono sanitari, e questo è quello che ci hanno insegnato su un manichino. L'ho trovato davvero interessante e a completamento di quella professionalità che sto cercando di conseguire.

5. Considerazioni finali

Dopo aver relazionato su come è stato strutturato questo corso di formazione professionale, sui contenuti, sugli argomenti trattati che più hanno attratto il mio interesse, concludo dicendo che questo periodo di studio mi ha insegnato tanto.

Il piano didattico e culturale è stato ampiamente assimilato. Mi sento arricchita soprattutto sul piano umano. Il modo di comportarmi con chi mi circonda, l'approccio con i malati, con i miei familiari, con i miei amici, hanno assunto in me valore aggiunto. Mi soffermo molto più a cercare di analizzare ogni mio gesto, cercando di capire se ci sono richieste di aiuto nei rapporti interpersonali che instaurò. Cerco di vivere molto più empaticamente i miei rapporti con gli altri.

"Prendersi cura dell'ammalato, lasciando inalterata la sua dignità, rispettando la sua persona, cercando di soddisfare i suoi bisogni momentanei, considerandolo persona e

non un numero": questi valori li considero fondamentali per la mia crescita professionale. Non potrei mai essere una brava operatrice sanitaria se venisse a mancare anche uno solo di questi valori.

Il corso mi ha fornito perciò tutti gli elementi indispensabili per svolgere questo lavoro, formandomi e dandomi la possibilità di rivestire questo ruolo in ambito socio-sanitario, centrando l'obiettivo che mi ero prefissata in quanto è proprio la figura dell'O.S.S. che potrebbe farmi realizzare professionalmente nella vita.



Alcune foto di gruppo, con i miei colleghi corsisti. La coesione di un gruppo è molto importante quando si lavora in équipe.