

SCIENZE DELLA PREVENZIONE

Definizioni:

Riduzionismo biologico: il benessere psicologico rischia di diventare un'ossessione (è normale avere dei momenti in cui non si sta al 100%, come il lunedì mattina), questo non significa non essere in salute.

Ottimismo totale nella clinica: affidarsi completamente alla medicina, preoccupandosi per ogni genere di malattia, anche non grave e passeggera.

Salute: “Stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia” OMS (Organizzazione mondiale della Sanità) 1948. Secondo la definizione dell'OMS, lo spettro di fattori che modificano lo stato di salute non è solo di aspetto sanitario, e quindi l'infermiere spesso non può modificarle, se pur deve tenerle in considerazione.

Prevenzione: insieme di attività volte a prevenire l'insorgenza della malattia ma anche ad arrestarne l'evoluzione.

Promozione: processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e migliorarla.

Educazione della salute: insieme delle opportunità di apprendimento volte migliorare le proprie conoscenze sulla salute, in modo da influire positivamente sulla salute individuale e della comunità.

Health literacy(alfabetizzazione sanitaria): livello in cui si colloca la capacità degli individui di ottenere e comprendere le informazioni per/sulla salute per accedere correttamente ai servizi sanitari e adottare uno stile di vita sano.

Teach-Back: controllo della chiarezza della comunicazione verso il paziente, con l'intento di non mettere a disagio, mettendo in discussione quindi la nostra capacità di spiegare e mai la comprensione degli assistiti.

Asepsi: insieme di procedure atte al mantenimento della sterilità.

Decontaminazione: procedura che permette di eliminare o inibire i microrganismi presenti su superfici o substrati inerti per ridurre la quantità a livello di sicurezza.

MDRO: Multi Drug Resistant Organism (Microrganismi multiresistenti), microrganismi resistenti all'azione di due o più classi di antibiotici.

Ergonomia: disciplina scientifica che si occupa dei problemi relativi al lavoro svolto

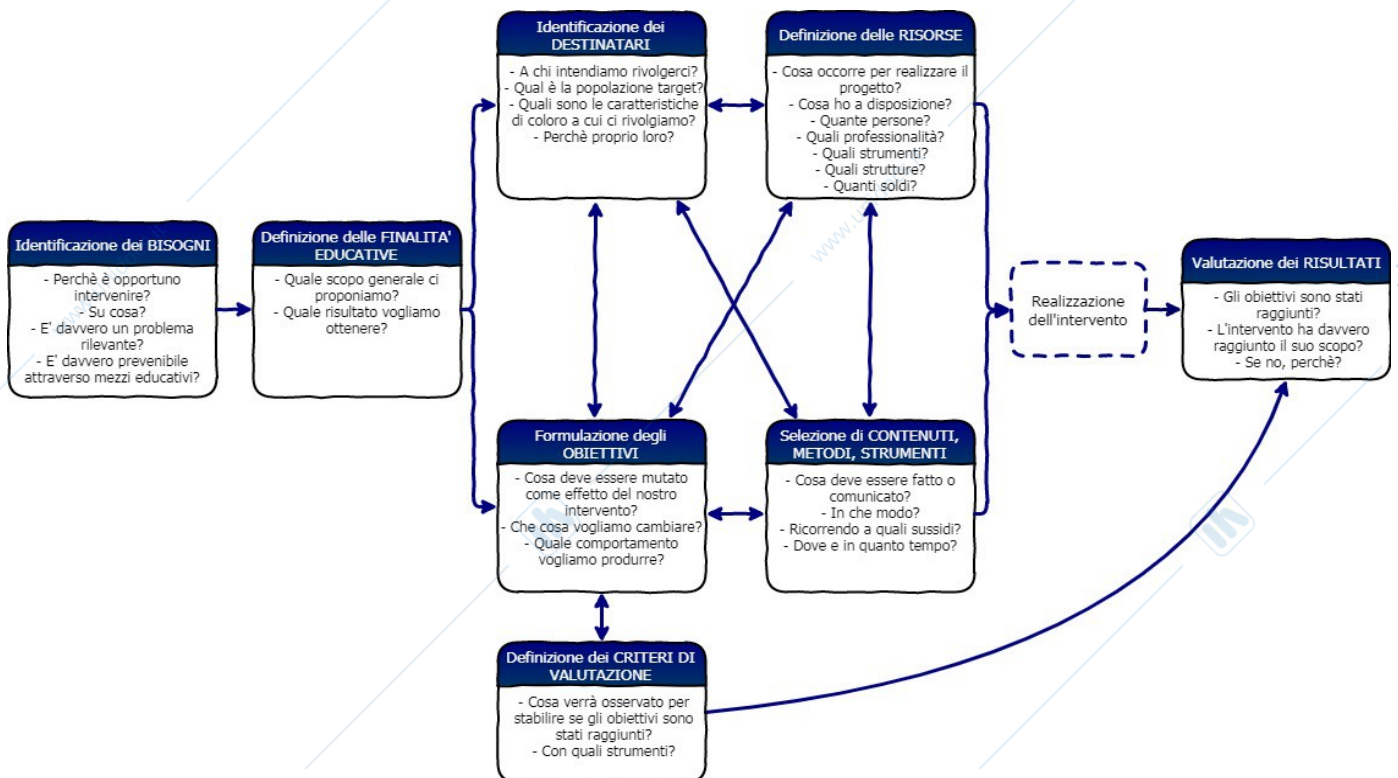
dall'uomo e che, elaborando e integrando le ricerche e soluzioni offerte da varie discipline, tende a realizzare un adattamento ottimale del sistema uomo-macchina-ambiente di lavoro, nei limiti psicofisici dell'uomo.

Dichiarazione di Alma Ata (1978): Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria con l'obiettivo di portare la salute a tutto il mondo entro il 2000 attraverso l'assistenza sanitaria primaria.

Conferenza di Ottawa (1986): a supporto dell'obiettivo di Alma Ata, la promozione deve quindi essere un punto centrale nell'agenda dello sviluppo mondiale e una responsabilità prioritaria di tutti i Governi.

Art.32 Costituzione della Repubblica Italiana: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti"

Fasi della programmazione di un intervento di educazione sanitaria



1_ Identificazione dei bisogni

Presupposto necessario alla realizzazione di un intervento di educazione alla salute è la presenza del bisogno.

2_ Identificazione dei destinatari

-Gruppo di soggetti a cui l'intervento intende rivolgersi

-I destinatari NON sempre coincidono necessariamente con le persone di cui intendiamo tutelare o promuovere la salute (es: iniziative sul tema degli incidenti in età pediatrica e sulle vaccinazioni obbligatorie che tutelano la salute dei bambini ma sono rivolte ai genitori).

3_ Definizione delle finalità educative

Cosa vogliamo ottenere con il nostro intervento? (scopo)

Da un medesimo bisogno possono scaturire numerose finalità educative (dalla sensibilizzazione alla modifica dei comportamenti e delle abitudini).

4_ Formulazione degli obiettivi

Descrive il comportamento, osservabile nei destinatari, che la finalità educativa dovrebbe produrre

Deve essere:

- Attuabile (realistico)
- Specifico (concentrato su un singolo risultato finale)
- Misurabile
- Verificabile
- Tempo-correlato (periodo realistico in cui deve essere valutato)

5_ Identificazione delle risorse e degli strumenti disponibili e loro selezione

Solitamente si tratta di una mediazione tra esigenze e mezzi disponibili

- Risorse umane
- Risorse materiali

6_ Valutazione dei risultati

Quanto più chiari e specifici sono gli obiettivi iniziali tanto più facile sarà la scelta degli indicatori da osservare.

Alfabetizzazione sanitaria

Paziente → Utente come estraneo in un luogo estraneo

L'alfabetizzazione sanitaria è molto bassa, per questo motivo comunicare informazioni al paziente con un linguaggio più semplice, e verificando (in maniera adeguata, cioè senza mettere a disagio il paziente) la comprensione del messaggio, rende il trattamento sanitario più efficace a tutti i pazienti

Assistenza sanitaria primaria → dipende dal contesto sociale, politico ed economico in cui si vive.

DISINFEZIONE E ANTISEPSI

-Disinfezione: processo che comporta l'eliminazione di microrganismi patogeni,

escluse gran parte delle spore, presenti su superfici con l'obiettivo di impedirne la persistenza e la trasmissione a soggetti suscettibili.

-Antisepsi: operazione che permette l'inibizione della crescita di agenti patogeni presenti su tessuti viventi. Le sostanze usate come antisettici devono essere prive di tossicità ed azione irritante nei confronti dei tessuti su cui vengono applicati.

La disinfezione può avvenire con agenti:

- **Fisici:** calore umido, sotto forma di acqua calda (> 70°C per >30')
raggi ultravioletti, quando i substrati non possono essere trattati convenzionalmente (es. vaccini, acqua)
- **Chimici:** disinfettanti
 - Caratteristiche del prodotto e delle modalità di impiego
 - Spettro di attività (diversità di microrganismi)
 - Concentrazione d'uso
 - Tempo di contatto
 - Caratteristiche del microrganismo
 - Quantità
 - Qualità (tipologia di microrganismi)
 - Condizioni ambientali
 - pH
 - temperatura
 - presenza di materiale organico (es. pus, sangue)
 - Natura del substrato che ospita i microrganismi
 - Irregolarità
 - Fessurazioni

Livello di attività:

- Alto (eliminazione di tutti i microrganismi e di parte delle spore batteriche)
- Intermedio (più frequentemente utilizzati)
- Basso

Classificazione di Spaulding

Presidi critici → strumenti che vengono in contatto diretto con tessuti sterili o con il sistema vascolare

- Rischio infettivo: elevato
- Requisito richiesto: sterilità

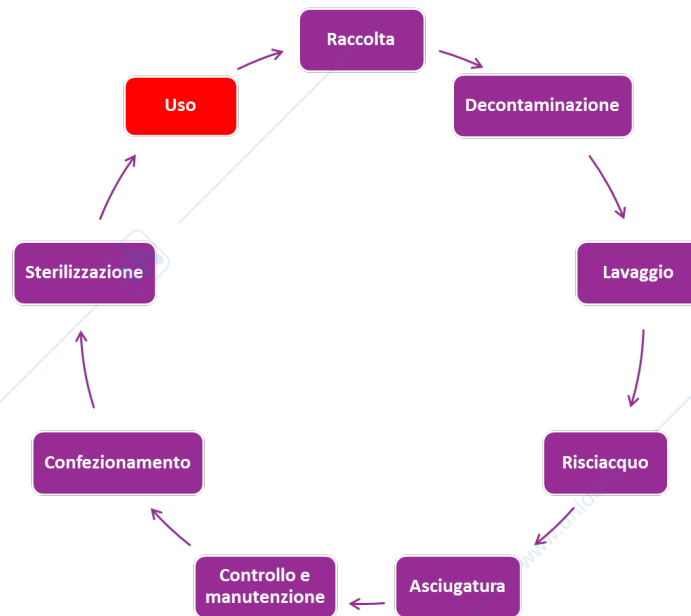
Presidi semi-critici → strumenti che vengono in contatto diretto con mucose o cute non integra (endoscopi, tubi endotracheali...)

- Rischio infettivo: elevato/intermedio
- Requisito richiesto: sterilità desiderabile, disinfezione di alto livello

Presidi non critici → materiali o oggetti che vengono a contatto con la pelle integra del paziente (termometri, fonendoscopi...) oppure superfici ambientali.

- Rischio infettivo: basso
- Requisito richiesto: disinfezione di basso livello/detersioni.

Fasi del processo di sterilizzazione



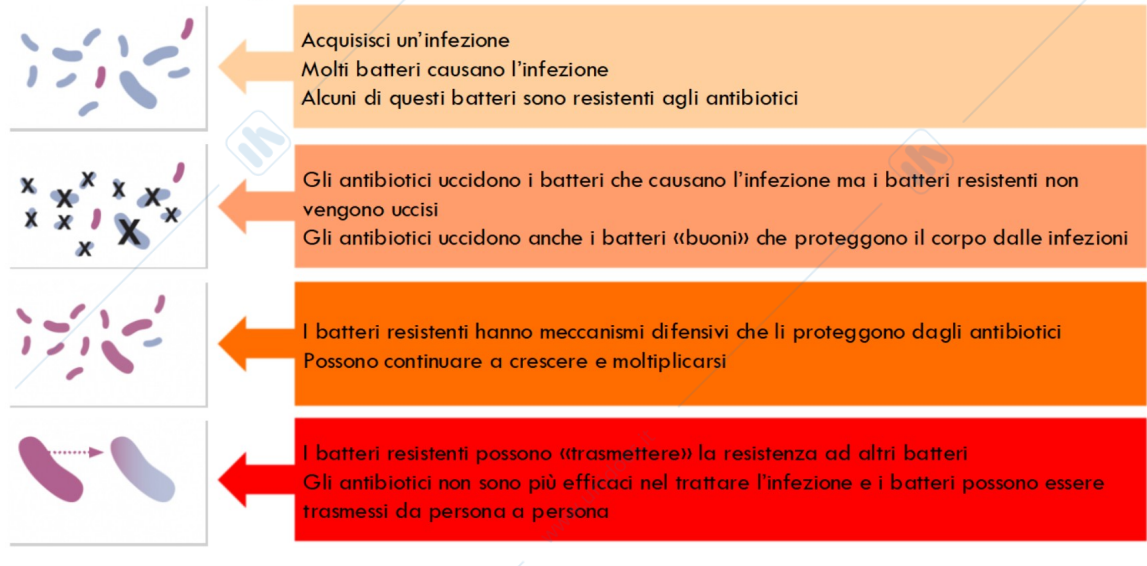
Infezione: trasmissione di un ospite dopo aver eluso o superato i meccanismi di difesa, con conseguente proliferazione e invasione dell'organismo all'interno dei tessuti ospiti.

Le **Infezioni correlate all'assistenza (ICA)** sono infezioni acquisite in ospedale o in altri ambiti assistenziali, interessano prevalentemente i pazienti, ma più raramente possono interessare anche gli operatori sanitari. Queste infezioni possono causare il prolungamento della degenza, consumi di risorse economiche aggiuntive e malattie più severe, nei peggiori casi anche delle morti evitabili.

CDC - Center for Disease Control and Prevention



Come si sviluppano le resistenze?



Per interrompere la catena di trasmissione delle ICA si attuano diverse strategie di prevenzione validate e standardizzate.

Precauzioni standard:

- Uso di DPI (guanti, camici, mascherine, occhiali...)
- Collocazione del paziente
- Pulizia ambiente
- Presidi per l'assistenza e attrezzature sanitarie
- Gestione della biancheria

USO DEI GUANTI

- Indossare i guanti quando si prevede il contatto sangue o con altri materiali potenzialmente infetti, mucose, cute non integra o potenzialmente contaminata.
- Rimuovere i guanti dopo aver assistito il paziente e dopo aver toccato superfici ambientali in prossimità del paziente (inclusa attrezzatura sanitaria, computer...) e sostituirli per assistere un paziente differente, o durante l'assistenza ad uno stesso paziente se si passa da siti corporei contaminati ad alcuni puliti e viceversa.
- Non lavarli e/o riutilizzarli, indossarli per ultimi in caso di utilizzo combinato con altri DPI e dopo la rimozione lavarsi SEMPRE le mani.

L'UTILIZZO DEI GUANTI NON SOSTITUISCE L'IGIENE DELLE MANI!!

IGIENE DELLE MANI

Le mani sono il veicolo più frequente implicato nella trasmissione di microrganismi, per questo l'igiene delle mani è la misura più efficace per ridurre le ICA

Si effettua mediante:

- Lavaggio con acqua e sapone, quando le mani sono visibilmente sporche o quando non è disponibile un prodotto a base alcolica.
- Frizione con una soluzione a base alcolica (azione rapida, attività ad ampio spettro, non richiedono l'accesso all'acqua o a punti di lavaggio, caratteristiche che aumentano l'adesione al lavaggio delle mani da parte di più personale.

Come frizionare le mani ?

**USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI!
LAVALE CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!**

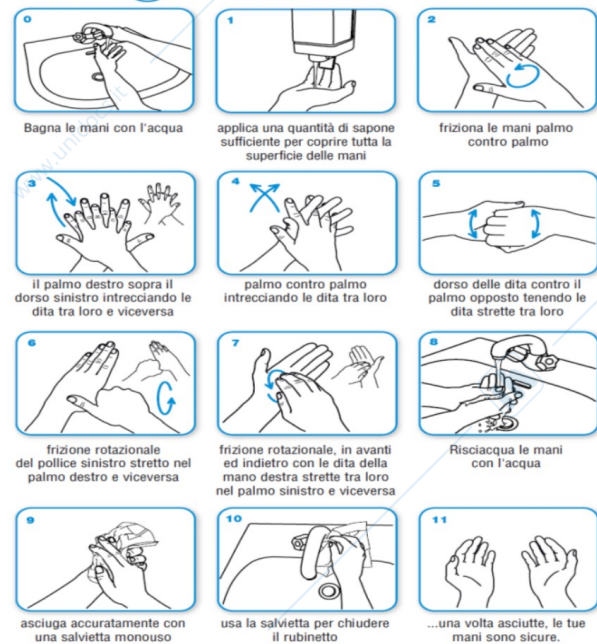
Durata dell'intera procedura: 20-30 secondi



Come lavarsi le mani?

LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!

Durata dell'intera procedura: 40-60 secondi



CAMICI/SOVRACAMICI

Indossare durante procedure che prevedono l'esposizione con sangue, liquidi corporei e altro materiale potenzialmente infetto. Lavare le mani dopo la rimozione.

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

In camera singola i pazienti potenziali fonti di infezione (isolamento da contatto, per via aerea o droplet)

MODALITA' DI TRASMISSIONE

- **Per contatto**

Queste infezioni possono essere trasmesse tramite:

- Contatto diretto: direttamente da una persona infetta ad una suscettibile.
- Contatto indiretto: trasferito da una persona infetta o contaminata ad una suscettibile mediante una persona o un oggetto contaminato (strumentazioni non adeguatamente pulite, mani degli operatori non igienizzate da un paziente all'altro)

Precauzioni:

Stanza singola, segnaletica che indichi l'isolamento da contatto e ricordi quali precauzioni adottare, limitare movimenti e trasporti ai soli scopi clinicamente essenziali, strumenti monouso.

DPI: guanti e sovracamici (indossare quando si entra nella stanza e si prevede di entrare a diretto contatto con il paziente o superfici/oggetti potenzialmente contaminati, rimuoverli e procedere all'igiene delle mani prima di uscire)

- **Tramite droplet**

Goccioline respiratorie di dimensioni $>$ ai 5 micrometri parlando, tossendo o starnutendo, distanza non maggiore di 1 metro circa

Precauzioni:

Stanza singola, segnaletica che indichi l'isolamento da droplet e ricordi quali precauzioni adottare, limitare movimenti e trasporti ai soli scopi clinicamente essenziali, assicurarsi che indossi una mascherina chirurgica.

DPI: mascherina chirurgica, guanti, sovracamici, se necessario schermo facciale

- **Per via aerea**

Goccioline respiratorie di dimensioni minore o uguale a 5 micrometri

Modalità di trasmissione delle goccioline \rightarrow 5 micrometri non rappresenta (ovviamente) un limite assoluto e preciso

Precauzioni:

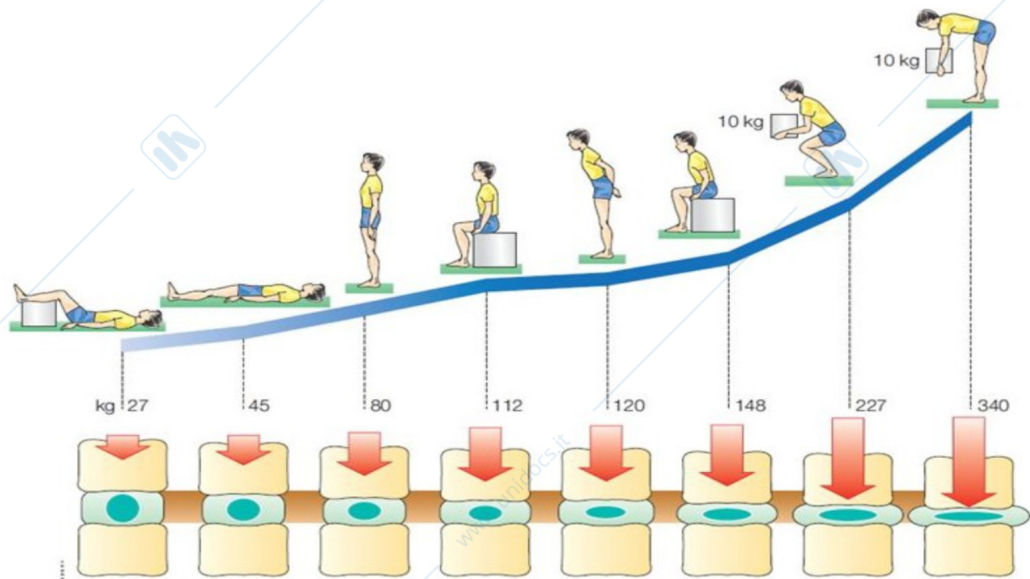
Stanza per isolamento aereo, prevedere almeno 6 ricambi di aria all'ora, mantenere la stanza in pressione negativa

DPI: filtrante facciale FFP2 (Filtering facepieces), guanti, sovracamici, protezioni oculari se necessario

PROTEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

- **Mascherina chirurgica:** utilizzata come barriera fisica, utilizzata come protezione per il paziente o del personale nel caso di droplet.
- **Filtrante facciale FFP2:** fattore di protezione 95%, ovvero in grado di filtrare circa il 95% delle particelle aeree
- **Filtrante facciale FFP3:** fattore di protezione 99%, ovvero in grado di filtrare circa il 99% delle particelle aeree

APPLICAZIONE DELLA MECCANICA CORPOREA



Pressione sui dischi intervertebrali della colonna a seconda delle posizioni assunte. Bisogna fare attenzione alle posizioni che si assumono normalmente. La colonna è soggetta a una pressione di circa 25-27 kg quando si è sdraiati; 70-80 kg in posizione eretta; 120 kg piegandosi in avanti e 148 kg quando si è seduti scorrettamente con il busto flesso leggermente in avanti (i dati sono relativi a una persona di peso medio).

L'equilibrio è tanto più stabile quanto più ampia è la base di appoggio e quanto più basso è il baricentro. Nell'essere umano, in posizione eretta, il baricentro risulta lievemente anteriore alla S1, e la base d'appoggio è l'area compresa tra le linee che uniscono i talloni, la punta dei piedi e i loro margini laterali.

MANOVRA MANUALE DI ROTAZIONE IN DECUBITO LATERALE DEL PAZIENTE

- Fase 1
 - Posizionamento del paziente con le gambe incrociate (la gamba più distante, rispetto alla posizione dell'operatore, accavallata sull'altra), il braccio più vicino all'operatore abdotto e l'altro sull'addome
 - l'operatore, posto dal lato verso il quale avviene la rotazione, effettua la presa a livello del bacino e della scapola



MANOVRA MANUALE DI ROTAZIONE IN DECUBITO LATERALE DEL PAZIENTE

- Fase 2
 - Rotazione del paziente controbilanciandone il peso con il peso del proprio corpo



MANOVRA MANUALE DI SPOSTAMENTO VERSO LA TESTATA DEL LETTO IN PAZIENTE NON COLLABORANTE

- Fase 1
 - gli operatori sono posti ai lati del paziente, appoggiano il dorso della mano caudale (distale rispetto alla testa del paziente) dietro la sua spalla, facendola passare sotto l'ascella
 - appoggiano la mano craniale (prossimale rispetto alla testa del paziente) sul letto
 - sollevano il paziente facendo forza sugli arti inferiori e sul braccio craniale



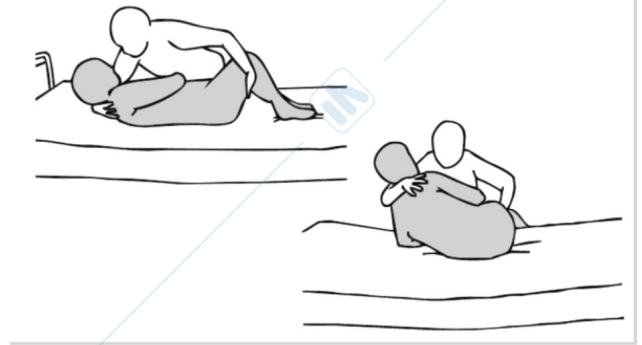
MANOVRA MANUALE DI SPOSTAMENTO VERSO LA TESTATA DEL LETTO IN PAZIENTE NON COLLABORANTE

- Fase 2
 - gli operatori, posti ai lati del paziente, appoggiano un ginocchio sul letto, dietro il suo bacino
 - mettono il paziente a braccia "conserte"
 - effettuano la "presa crociata" afferrando saldamente con una mano entrambi gli arti superiori
 - con l'altra mano effettuano la presa sotto la coscia
 - sollevano e spostano il paziente verso la testata del letto



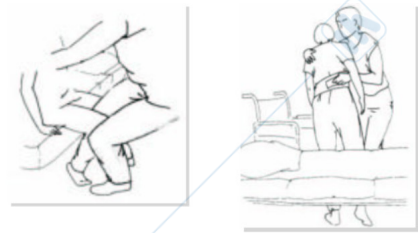
MANOVRA MANUALE DI TRASFERIMENTO LETTO/CARROZZINA IN PAZIENTE PARZIALMENTE COLLABORANTE

- Fase 1
 - Posizionamento di letto, carrozzina ed eventuali ausili
- Fase 2
 - Vedi manovra manuale di rotazione in decubito laterale del paziente
- Fase 3
 - l'operatore agevola lo spostamento delle gambe e del tronco del paziente e lo invita a fare pressione con l'avambraccio sul letto; posiziona la mano craniale dietro il tronco del paziente con presa avvolgente e la mano caudale nel cavo popliteo



MANOVRA MANUALE DI TRASFERIMENTO LETTO/CARROZZINA IN PAZIENTE PARZIALMENTE COLLABORANTE

- Fase 4
 - il paziente assume la posizione eretta coadiuvato dall'operatore che guida il movimento del tronco in avanti se necessario fissando le ginocchia del paziente con le proprie gambe e/o utilizzando ausili tipo cintura ergonomica
 - l'operatore accompagna il movimento di raddrizzamento in sincronia con la residua azione motoria del paziente
 - il paziente esegue piccoli passi (in alternativa utilizzare pedana girevole) per portare il bacino in corrispondenza della seduta della carrozzina
 - quando è girato e pronto per sedersi, porta in avanti il tronco e si siede
 - l'operatore si sposta in sincronia ai movimenti del paziente e, sempre con la stessa posizione delle mani, ne frena e guida la discesa verso la carrozzina



MANOVRA MANUALE DI TRASFERIMENTO LETTO/CARROZZINA IN PAZIENTE NON COLLABORANTE (MODALITÀ 1)

- Fase preliminare
 - Adattare, se possibile, l'altezza del piano letto portandolo allo stesso livello della seduta della carrozzina
- Fase 1
 - Far assumere al paziente la posizione seduta (vedi fase 1 - manovra manuale di spostamento verso il cuscino)



MANOVRA MANUALE DI TRASFERIMENTO LETTO/CARROZZINA IN PAZIENTE NON COLLABORANTE (MODALITÀ 1)

- Fase 2
 - Il primo operatore sostiene il paziente ed effettua la presa crociata
 - Il secondo operatore posiziona la carrozzina, ben frenata, a fianco del letto, la direziona con lo schienale alla testa del paziente. Se possibile ne rimuove il bracciolo dal lato del trasferimento ed i poggiatesta
 - Il secondo operatore afferra le gambe del paziente in prossimità delle ginocchia e, sincronizzando i movimenti, i due effettuano il trasferimento



MANOVRA MANUALE DI TRASFERIMENTO LETTO/CARROZZINA IN PAZIENTE NON COLLABORANTE (MODALITÀ 2)

- Questa modalità è da considerare meno sovraccaricante se il letto non è regolabile in altezza
- Fase 1
 - Far assumere al paziente la posizione seduta (vedi fase 1 - manovra manuale di spostamento verso il cuscino)



MANOVRA MANUALE DI TRASFERIMENTO LETTO/CARROZZINA IN PAZIENTE NON COLLABORANTE (MODALITÀ 2)

- Fase 2
 - Il primo operatore afferra da dietro, con presa avvolgente, le spalle e il bacino del paziente, mentre il secondo operatore, posto lateralmente al paziente, ne afferra le gambe
 - Muovendosi in sincronia, effettuano una rotazione del paziente di 90° posizionandolo seduto sul bordo del letto
- Fase 3
 - I due operatori effettuano la "presa a sgabello":
 - dopo aver messo il paziente a braccia conserte, effettuano la presa crociata, appoggiando un ginocchio sul letto
 - pongono la mano libera nel cavo popliteo del paziente e, sollevandolo di peso, con movimento in sincronia, lo trasferiscono sulla carrozzina
 - la carrozzina deve essere posizionata, ben frenata, non troppo vicina al letto



MANOVRA MANUALE DI TRASFERIMENTO LETTO/BARELLA IN PAZIENTE NON COLLABORANTE

- Fase 1
- La barella viene posizionata, ben frenata, nello spazio in fondo al letto, non tra i letti. I tre operatori, tutti dallo stesso lato del paziente, posizionano le mani rispettivamente sotto le spalle, sotto il bacino e a livello delle ginocchia del paziente che viene spostato al bordo del letto con un movimento in sincronia
- Fase 2
- Gli operatori, con movimento in sincronia, effettuano il trasferimento del paziente sulla barella



Contatto: Rimoldi.matteo@asst-fbf-sacco.it (padiglione 51 scala di destra 4° piano)