

**COMUNITA' SOCIO ASSISTENZIALE
PER IL RECUPERO DI MALATI PSICHIATRICI
(DI ETÀ TRA I 20 E I 50 ANNI)**

CP 2003

SCHEDA DELLA RICERCA

NOME DEL COMPARTO	COMUNITA' SOCIOASSISTENZIALI PER IL RECUPERO MALATI MENTALI
CODICE ISTAT	
ZONA DI RILEVAZIONE	TORINO, BUTTIGLIERA ALTA (TO), LUSERNA S. GIOVANNI (TO)
ANNO DI RILEVAZIONE	2003
ENTE REALIZZATORE DELLA RICERCA	COOPFORM PIEMONTE ENTE BILATERALE DELLA COOPERAZIONE PIEMONTE c. Francia 9 – 10138 Torino
DIRETTORE DELLA RICERCA	GIUSEPPE BAFFERT
RICERCATORE	PAOLO COCITO <i>telefono cellulare</i> 3391292805 <i>e-mail</i> cocito51@libero.it

**SINTESI DEL LAVORO DI RICERCA
NELLE
COMUNITA DI RECUPERO MALATI PSICHIATRICI
DI ETA' TRA I 20 E I 50 ANNI**

Il lavoro di ricerca sul Comparto dei presidi socioassistenziali per il recupero di malati mentali (età tra i 20 e i 50 anni) è stato realizzato in quattro comunità site nella provincia di Torino.

DATI E CARATTERISTICHE DEL LAVORO

Finalità della ricerca	<ul style="list-style-type: none"> - Analizzare condizioni di igiene e sicurezza dei lavoratori addetti nelle comunità - Identificare i pericoli e valutare i rischi - Rilevare le misure di prevenzione e protezione adottate - Evidenziare le proposte dei lavoratori per il miglioramento delle situazioni - Indicare le principali normative di legge di riferimento
Durata del lavoro preparatorio e all'interno delle comunità	6 mesi
Modalità	<ul style="list-style-type: none"> - Incontri con i responsabili delle Cooperative per impostare il lavoro in comunità - Incontri con i responsabili delle comunità per organizzare e programmare il lavoro nelle loro realtà - Sopralluoghi nelle comunità - Riunione con gli staff delle comunità per illustrare il lavoro di ricerca - Interviste ad alcuni dei lavoratori delle comunità selezionati per profilo professionale; registrazione audio dei colloqui; registrazione autografa dei contenuti di tutte le interviste - Rilevazioni fotografiche - Esame di documentazione - Osservazioni ambientali - Elaborazione delle registrazioni audio e autografe dei colloqui e trascrizione con computer - Redazione dei report finali per la pubblicazione della ricerca
Strumenti usati	<ul style="list-style-type: none"> - Registratore audio - Macchina fotografica
Principali difficoltà incontrate	<ul style="list-style-type: none"> - Problemi organizzativi inerenti al tipo di utenza e alla loro causale presenza - Pianificare e calendarizzare gli incontri con il personale - Le numerose assenze del personale con conseguente spostamento delle interviste - Le frequenti emergenze dell'ultimo momento in comunità con conseguente spostamento delle interviste - Non collaborazione di alcuni soggetti incontrati
Risultati	<ul style="list-style-type: none"> - Fotografia della realtà socioassistenziale per il recupero dei malati mentali - Descrizione dell'utente di questo tipo di realtà - Descrizione delle principali patologie mentali, le loro origini e le terapie di riferimento - Identificazione dei profili professionali che operano nella comunità - Descrizione delle varie attività lavorative in una comunità - Identificazione dei pericoli e rischi per i lavoratori addetti nello svolgimento delle loro mansioni con individuazione del danno atteso - Individuazione del danno esterno

COMUNITÀ SOCIO ASSISTENZIALE PER IL RECUPERO DI MALATI PSICHIATRICI

INDICE

- 1 - LA COMUNITA'
 - Descrizione
 - L'utente della comunità
 - Le regole della comunità tipo
 - Un percorso standard di riabilitazione dell'utente
- 2 - ALCUNI CENNI SULLE PATOLOGIE PSICHIATRICHE
 - La psicosi
 - La schizofrenia
- 3 - I FARMACI
- 4 - ORGANICO TIPO DI UNA COMUNITA' PER IL RECUPERO DI MALATI MENTALI
 - L'organico
 - L'orario di lavoro
- 5 - I PROFILI PROFESSIONALI
 - Il coordinatore
 - L'infermiere
 - L'educatore
 - L'adest
 - La colf
- 6 - ATTIVITA' LAVORATIVE
- 7 - PROBLEMI ORGANIZZATIVI
- 8 - FORMAZIONE INFORMAZIONE
- 9 - I FATTORI DI RISCHIO
- 10 - I FATTORI DI RISCHIO RIFERITI AD ALCUNI PRECISI PROFILI PROFESSIONALI (tabelle)
- 11 - PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DEL PERSONALE
- 12 - RIFERIMENTI LEGISLATIVI

1 - LA COMUNITA'

1.1 - Descrizione

La Comunità Terapeutica è una istituzione psichiatrica alternativa al modello dell'ospedale psichiatrico tradizionale; di quest'ultimo la comunità rifiuta gli aspetti aggressivi ed emarginatori e dà invece un grande risalto patogenetico ai rapporti interpersonali. Nella sua organizzazione vengono annullate le stratificazioni gerarchiche, regolamentazioni artificiose favorendo le relazioni interpersonali, le iniziative, il senso di responsabilità e la dignità del paziente.

La Comunità tipo in oggetto svolge una assistenza di tipo riabilitativo, non svolge un supporto di tipo psicoterapeutico; sono ospitati utenti maschi e femmine, di età compresa tra i 22 e i 49 anni e sono affetti da schizofrenia, psicosi maniaco-depressive, depressi cronici e casi borderline (tra nevrosi e psicosi). In questo tipo di comunità possono essere presenti utenti disabili gravi con patologie psichiatriche. Provengono tutti dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl e possono essere inviati anche dai Servizi sociali dei Comuni.

1.2 – L'utente della comunità

L'utente di questo genere di Comunità è una persona con problematiche di tipo psichiatrico, di età abbastanza giovane (media di 30 anni) seguita da tempo dall'ambulatorio di competenza territoriale del Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl, un ambulatorio psichiatrico; vi possono essere anche utenti provenienti da strutture manicomiali (ex Ospedali Psichiatrici).

Segue un percorso della durata temporale non definibile di tipo riabilitativo (riacquisizione di abilità).

L'utente psichiatrico è una delle facce della sofferenza umana che questa nostra società produce; è una persona che soffre di patologie come:

- psicosi
- schizofrenia
- disturbi dell'umore
- sindromi depressive complicate da una sintomatologia di tipo psicotico.

Le caratteristiche di questo utente si possono sintetizzare come segue:

- sono **persone** afflitte da una profondissima sofferenza derivante da situazioni del passato, consapevoli di essere malati
- sono **persone** che pesano parecchio le parole che ascoltano, assorbono molto di ciò che gli viene detto e colgono tutto
- alcuni di questi utenti hanno ottime capacità di analisi
- sono persone molto empatiche e si atteggiano a seconda di come gli altri si comportano con loro
- sono persone fragili, imprevedibili e potenzialmente pericolose: non bisogna mai voltare loro le spalle ed è opportuno tenere sempre le distanze.
- alcuni psicologi li definiscono "invidiosi" della normalità esterna perché consapevoli delle loro condizioni e a volte usano l'operatore come "canale di sfogo"

l'operatore non deve mai dedicare troppo tempo alla stessa persona altrimenti rischia di non essere obiettivo con il pericolo di danneggiarla

- sono persone che fumano molto e bevono molti caffè perché hanno un carico di tensione assai forte; è come se facessero fatica a "stare in questo mondo", se potessero fuggirebbero dalla realtà chiudendosi in se stessi
 - per questi utenti stare nel mondo esterno è faticoso mentre in Comunità si sentono protetti e "possono dare libero sfogo alla loro follia"
 - hanno una buona autonomia, escono da soli, si spostano nella città con mezzi pubblici
 - hanno un discreto livello di abilità e buone prospettive di forte recupero
 - hanno rapporti significativi con la famiglia di origine, dove si fermano anche a dormire
 - hanno rapporti di amicizia con persone esterne
 - hanno talvolta un impegno, un lavoro esterno
- abbiamo esempi di utenti che attualmente studiano o lavorano per periodi limitati o altri ancora occupati all'esterno per degli stages; ricordiamo un caso di una paziente affetta da psicosi maniaco-depressiva che svolge una proficua e apprezzabile attività di pittura, all'interno della comunità di appartenenza dispone di un laboratorio attrezzato appositamente per potere svolgere la sua attività*
- sono persone con patologie cronicizzate

- sono persone che hanno bisogno di parlare, di essere ascoltate, accompagnate nel vivere quotidiano, di essere aiutate a non avere paura e a rapportarsi con gli altri
- sono persone che hanno bisogno di essere accompagnate nel loro vivere quotidiano
- sono persone che devono essere rassicurate, tranquillizzate, aiutate a non avere paura di rapportarsi con gli altri
- chiedono continuamente “relazione” e attenzioni

I pazienti schizofrenici hanno sbalzi d’umore improvvisi, non sono sempre pericolosi per gli altri.

Il paziente psicotico non ha cura del proprio corpo e tende a coinvolgere al massimo gli altri, “fagocita” il prossimo.

Questo tipo di utente è spesso il prodotto di una famiglia “patologica” (anche se non riconosciuta come tale), che oggi è presente ma nel passato è stata gravemente assente: per “patologica intendiamo non necessariamente nel senso di malattia mentale ma in quello di disagio e di violenza. Vi sono molti parenti che non vengono mai a trovare i loro congiunti in Comunità, in genere si fidano del personale.

Alcuni di questi utenti, per nascondere la loro malattia, sono diventati tossicodipendenti da sostanze stupefacenti o alcool. E’ questo il caso della “doppia diagnosi” ovvero di pazienti affetti da malattia mentale piu’ tossicodipendenza da droghe o alcool (copertura della malattia mentale).

Arrivano in comunità non “refertati”, non ben classificati, definiti e descritti nell’aspetto igienico sanitario, non sono accompagnati da una cartella sanitaria individuale. Nel tempo di permanenza in comunità si sottopongono ad accertamenti diagnostici a fronte delle problematiche che si presentano di volta in volta, si costruisce così gradualmente il loro quadro sanitario personale. Se all’arrivo risultano portatori di malattie infettive gravi (epatiti) sono gli stessi interessati a dichiararlo. Nel passato la comunità in oggetto ha ospitato un utente omosessuale Hiv positivo.

Gli ospiti della Comunità di recupero malati mentali hanno provenienze sociali di ogni tipo, da classi sociali disagiate e a basso reddito all’alta borghesia.

1.3 – Le regole della comunità tipo

Andiamo ad esaminare un contesto di comunità non protetta dove gli utenti autorizzati possono anche uscire per un periodo limitato nella giornata, informando gli operatori della destinazione da raggiungere.

Le regole previste nella comunità sono poche e sono definite per scelta. Vengono proposte all’utente al suo ingresso ed è libero di scegliere se accettarle o meno. In caso di dichiarata non accettazione non viene accolto all’interno del presidio socio assistenziale. La trasgressione alle regole viene tollerata fino a quando non crea situazioni ingestibili; in questo caso l’utente viene posto davanti alla scelta di rimanere in comunità secondo i limiti comportamentali previsti oppure andarsene.

Questi sono tutti passaggi concordati, condivisi e discussi, mai imposti in modo autoritario.

Essenzialmente le regole di base sono:

- no all’uso di alcool
- no all’uso di sostanze stupefacenti
- no ad alcuna forma di violenza fisica nei confronti dei compagni o degli operatori
- no sesso

Vi sono spesso situazioni di intimità sessuale tra utenti: fino a un certo punto sono tollerate, ma quando queste diventano o troppo evidenti o troppo coinvolgenti per gli interessati, vengono fermate.

2 - ALCUNI CENNI SULLE PATOLOGIE PSICHIATRICHE

2.1 – La psicosi

La psicosi è una patologia che colpisce l’uomo nella sua totalità, infrangendone la continuità della vita razionale. Si differenzia dalle nevrosi e dai disturbi della personalità (psicopatie) perché insorge in una condizione di sufficiente benessere psichico e la sua sintomatologia non è statica ma ha una evoluzione. Le caratteristiche di inizio, evoluzione e qualità dei sintomi definiscono la psicosi come malattia.

Alcuni tipi di patologia psicotica:

- psicosi endogene
- psicosi organiche

- psicosi sintomatiche

PSICOSI ENDOGENE

A questo gruppo appartengono la schizofrenia e le psicosi maniaco depressive.

PSICOSI ORGANICHE

A questa varietà appartengono quelle patologie dovute a processi che colpiscono in maniera elettiva il cervello quali: varie forme di encefalite, meningoencefalite luetica, traumi cranici di una certa entità e intossicazioni.

PSICOSI SINTOMATICHE

A questa tipologia appartengono le patologie in rapporto con malattie generali di qualsiasi natura:

- tossinfettive,
- microbiche e virali (influenza, salmonellosi, reumatismo articolare acuto ecc.)
- parassitarie (malaria),
- epatopatie, acidosi diabetica, uremia,
- pellagra,
- endocrine (iper-ipotiroidismo),
- sindromi di tipo confusionale (psicosi di tipo reazione esogena): l'amenza, il delirio acuto febbrile e le psicosi puerperali

2.2 – La schizofrenia

La schizofrenia è una psicosi dissociativa costituita da una psicopatologia di disgregazione della personalità psichica: questa condizione comporta gravi disturbi della strutturazione del pensiero, della dinamica affettiva e dei rapporti tra "Io" e l'ambiente circostante. Questa patologia può essere di quattro tipi:

- la schizofrenia semplice
- l'ebefrenia
con aridità affettiva, stolideità nel comportamento
- la schizofrenia paranoide
dove prevalgono i deliri e le allucinazioni
- la catatonia
quando le funzioni psicomotorie sono gravemente compromesse

Non si conoscono completamente le origini di questa malattia mentale, ci sono solo apprezzabili ipotesi dove si parla di "familiarità" (trasmissione ereditaria), di lesione biochimica funzionale, di conseguenza ad una situazione psicoaffettiva logorante. Le ricerche epidemiologiche e di genetica continuano.

La cura di della schizofrenia si basa essenzialmente sui seguenti interventi:

- farmacologico
è la terapia maggiormente utilizzata
- farmacologico in associazione con la psicoterapia
- solo psicoterapia
utile in pochi casi
- terapie di comunità
con risultati molto importanti
- terapie di riabilitazione psicosociale
- terapie da shock
l'elettroscopio, utile in un limitato numero di casi

La terapia farmacologica (psicofarmaci) prevede l'uso di neurolettici maggiori che migliorano effettivamente la vita del malato con i seguenti effetti:

- sospensione delle allucinazioni e dei deliri
- controllo della discordanza e degli squilibri affettivi
- correzione del rapporto del malato con la realtà salvaguardandone la socialità

La terapia farmacologica deve durare per tutto il tempo di presenza dello stato patologico, deve essere oculata, qualitativamente e quantitativamente adeguata, attenta a proteggere dagli effetti collaterali indesiderati abbastanza frequenti.

E' in questo contesto di sofferenza che gli Operatori di comunità si trovano ad operare quotidianamente; essi non vogliono identificare gli utenti per patologia (è un dato costante affermato da tutti gli intervistati), ma considerarli solo come persone, al di là del loro disagio mentale e della sofferenza evidente derivante dalla malattia.

3 - I FARMACI

I farmaci usati in comunità sono sia in pastiglie che in gocce. Solo in casi di emergenza vengono somministrati per via parenterale.

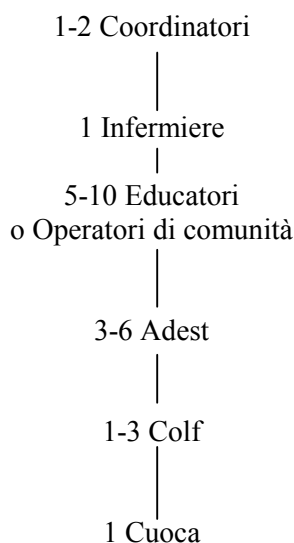
I farmaci per gli psicotici hanno effetto sui sintomi positivi, i deliri e le allucinazioni, con effetti collaterali limitati. I medicinali vengono somministrati direttamente dagli operatori, a vista; l'autosomministrazione è possibile solo quando l'utente dorme fuori della Comunità, perché è in visita a parenti o amici.

Ci sono alcuni farmaci che hanno caratteristiche particolari che necessitano di un uso controllato o con procedure apposite, ad esempio:

- il Leponex necessita del controllo dell'esame Emocrocitometrico periodico; il suo uso può dare al paziente dei danni alla composizione del sangue
- il Depot (farmaco a rilascio lento) viene somministrato per iniezione (ogni 15-30 giorni) solo in Ambulatorio DSM

4 - ORGANICO TIPO DI UNA COMUNITA' PER RECUPERO MALATI MENTALI

4.1 – L'organico



I Coordinatori sono i responsabili organizzativi della Comunità, si suddividono tutti i compiti atti a condurre la struttura; al bisogno si sovrappongono nei ruoli specifici scambiandosi le mansioni.

Gli educatori possono avere come titolo di studio:

- "no professional", con nessun titolo di studio specifico
gradatamente vengono tutti riqualificati
- Scuola professionale di 3 anni per educatori
- Laurea in Psicologia o Scienze dell'Educazione
- Altro titolo superiore

La Colf, l'Addetto alla manutenzione, il Giardiniere e la Cuoca sono spesso lavoratori dipendenti da un'altra Cooperativa.

La comunità fa riferimento a medici esterni, quello di base e lo psichiatra; quest'ultimo partecipa alle riunioni dell'equipe e a quelle del presidio socio assistenziale (operatori + utenti).

Il personale maschile ha un'età media di 30 anni (alcuni anche over 45 anni), quello femminile 28 anni (anche over 40 anni). L'anzianità di servizio varia mediamente dai 2 ai 17 anni.

4.2 – L'orario di lavoro

I Coordinatori sono presenti in comunità con orario normale (8,30/9-17,30/18) per cinque giorni la settimana, dal lunedì al venerdì. Gli operatori hanno orari di lavoro suddivisi su 3 turni generalmente strutturati c.s.:

dal lunedì al venerdì su 3 turni diurni
9,30-14,30 9,30-17,30 12,30-19,30
e 2 turni notturni
17-10 19-10

il sabato e la domenica
(solo 2-3 operatori in contemporanea per il giorno)
9,30-17,30
(1-2 operatori per la notte)
dalle 17 alle 10 del giorno dopo

In comunità sono generalmente presenti:

- nei turni diurni, i 2 Coordinatori e 3-5 operatori
- nel turno di notte 1-2 operatori (1 maschio e 1 femmina, quasi mai 2 femmine)

5 - I PROFILI PROFESSIONALI

5.1 - Il Coordinatore

In comunità il Coordinatore ha un ruolo di responsabile organizzativo della struttura; ha diverse mansioni individuali che alcune possono, al bisogno, essere interscambiate con altri operatori.

I COMPITI DEL COORDINATORE

I compiti del Coordinatore sono:

- gestione della comunità e amministrazione
- organizzazione del lavoro e gestione del personale
- gestione degli utenti

GESTIONE DEGLI UTENTI

- curare le relazioni con gli Ambulatori del Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl di provenienza degli utenti e con le Assistenti Sociali
i colloqui con i medici di riferimento.
- seguire i rapporti con le famiglie degli utenti
è un compito spesso non facile perché l'atteggiamento dei parenti è a volte molto difficile e complicato
- seguire l'aspetto sanitario degli utenti della Comunità
la cartella sanitaria, le visite mediche e accertamenti diagnostici, i medicinali degli utenti
- aggiornare il registro del fabbisogno quotidiano di psicofarmaci degli utenti:
presentare mensilmente agli Ambulatori DSM dell'Asl l'elenco dei farmaci che necessitano agli utenti e ritirarli; la registrazione del carico e scarico dei farmaci⁽¹⁾ (è obbligo di legge per certe tipologie di medicinali: Darkene, Gardenale ecc. ...) viene fatta dall'Ambulatorio
- redigere il "Rapporto della Comunicazione"
è il diario "di bordo" della Comunità, è a disposizione di tutti compresi gli utenti – vengono in esso riportati i fatti importanti successi quotidianamente
- redigere il "Rapporto della Notte"
in questo report, riservato solo al personale della comunità, vengono riportate tutte le informazioni riservate, le osservazioni sugli utenti rilevate durante la giornata in modo che gli operatori del

turno di notte siano al corrente della situazione di ogni utente – in esso c'è anche la raccolta di tutte le informazioni, dati relativi ad ogni utente di medici o infermieri che li hanno seguiti nel passato

- gestire il denaro degli utenti che viene custodito nella “camera blindata”⁽²⁾ (ci sono 2-3 chiavi a disposizione degli operatori)

viene fatta una verifica settimanale delle somme custodite e compilato un registro delle entrate e uscite del denaro

- (1) – *In Comunità vengono somministrati farmaci sia in gocce che pastiglie vengono custoditi in un armadietto blindato le cui chiavi sono in possesso solo dei Coordinatori e di una terza persona, un operatore*
- (2) - *Nella “camera blindata” vengono conservati anche tutti i documenti personali degli utenti, che vengono controllati per la loro scadenza*

LE MOTIVAZIONI DEL COORDINATORE

- Credere in questo tipo di impegno sociale
- non voler più lavorare in un ambiente chiuso tipo ufficio
- voler rapportarsi con le persone, con la loro sofferenza
chi opera a contatto con queste persone soffre molto “per la loro follia”
- avere precisi valori di riferimento che non siano il denaro

Chi lavora in Comunità dà molto ma riceve altrettanto:

- qualità della vita
- gratificazione da ciò che si fa
- sensazione di vivere la vita nel vero senso della parola

CARATTERISTICHE DEL COORDINATORE

- Avere un carattere forte ed equilibrato
- essere diretti, decisi
- avere la capacità di imporsi
- sapere scegliere e decidere per l'altro convinti che è la cosa giusta
il margine di rischio è forte: quando si sbaglia c'è l'immediata reazione dell'utente e bisogna essere anche in grado eventualmente di “chiedere scusa”
- avere intuito e capacità di “anticipare”
- avere una formazione preventiva
- avere una età dai 25 ai 50 anni
- è ininfluente il sesso
- credere in questo tipo di lavoro al di là del riscontro economico (*tutti i lavoratori addetti, di qualsiasi ordine e grado, affermano che le retribuzioni sono insufficienti*)
- avere capacità di sintesi
- quando è necessario farlo, riprendere un collaboratore in modo chiaro e a tu per tu, mai davanti agli altri colleghi
- fare questo lavoro in modo “spontaneo”

Per fare carriera:

- Credere nel posto in cui si lavora, rimanere nel tempo; credere nella Cooperativa di cui sei socio, e provare un “senso di appartenenza”
- avere una visione d'insieme, sapere sempre che cosa accade
- avere esperienza e dedizione per il lavoro
- avere capacità di sintesi
- avere delle doti organizzative e competenze
- credere nella Cooperativa di cui sei socio, “senso di appartenenza”
- i responsabili devono essere “soci” della Cooperativa

5.2 - L'infermiere

Nella comunità tipo, l'infermiere è la persona che su istruzione del medico prepara e somministra le terapie. L'infermiere conosce le patologie dei pazienti ed è in grado, in linea di massima, di fronteggiare una emergenza sanitaria; in caso di emergenza chiama il responsabile sanitario della struttura (medico psichiatra) ed eventualmente il 118. Se il medico dà indicazioni terapeutiche per telefono esegue la somministrazione del medicinale

5.3 - L'Educatore (o Operatore di Comunità)

Nella Comunità, l'Educatore è quella persona che accompagna, nella quotidianità, l'utente per una parte della sua vita; fa le cose con lui e non al suo posto e in certi momenti lo rieduca nel senso stretto del termine facendo emergere le sue risorse. Il percorso terapeutico personale, l'utente lo fa con lo psichiatra di riferimento. È un lavoro molto impegnativo dove l'operatore si rapporta con il malato, con la sua soggettività e non solo per il ruolo dato dal titolo di studio.

Negli anni '80 e '90 gli educatori erano "no professional", senza titoli di studio particolari e questo era una delle caratteristiche più specifiche di questo lavoro. Ora la tendenza è quella di professionalizzare sempre di più i lavoratori della Comunità terapeutica.

Spesso i "no professional" erano assunti per fare un lavoro sociale in un contesto di problematicità del mercato del lavoro, senza avere le caratteristiche adatte; la Comunità diventava quindi uno sbocco occupazionale senza adeguata selezione. Nel tempo, oggi, questo tipo di figura professionale è stata riconosciuta non sufficiente e adeguata al tipo di realtà lavorativa.

Oggi, alcuni esperti del settore affermano che i "no professional" hanno fatto più danni che altro.

Andando verso una professionalizzazione dell'operatore di comunità diventa prioritaria una migliore retribuzione.

L'operatore psichiatrico a volte fa quasi un lavoro di tipo psicoterapeutico, lavora molto a contatto con l'utente e fa moltissime commissioni per la struttura spesso insieme agli utenti: è una figura operativa ed esecutiva.

Ogni Educatore è il riferimento elettivo di uno o più utenti e lavora in "equipe" con i colleghi socializzando tutti i problemi che incontra.

Nelle Comunità dove gli utenti sono malati psichiatrici giovani e quasi del tutto autosufficienti, l'Educatore svolge anche lavori da Adest perché quest'ultima figura professionale non esiste. L'Adest è un tipo di lavoratore presente invece nelle comunità dove gli ospiti sono malati psichiatrici disabili e non autosufficienti. Il riscontro economico rapportato al lavoro eseguito, sia come quantità, qualità e responsabilità connesse, è insufficiente; per quegli operatori che vivono in situazioni di marginalità sociale il riuscire a mantenere una famiglia crea gravi difficoltà. Questa condizione comporta per il personale un forte disagio psicologico ed emotivo.

MOTIVAZIONI E CARATTERISTICHE

- Avere passione e credere in questo lavoro
- capacità di mettersi in gioco
- dare fiducia per averne
- predisposizione per l'impegno sociale e per aiutare le persone che soffrono
- possedere notevoli capacità empatiche
- essere privo di pregiudizi
- essere persone molto equilibrate
- essere molto "limpidi", sinceri e trasparenti con gli utenti, non negare la realtà (sono già fin troppo slegati dal mondo circostante)
- possedere capacità di adattamento
- avere la disponibilità a fare "cose spicciole" di tutti i giorni
- essere disposti, se necessario, a fare anche lavori da Adest
- avere sempre la volontà di aggiornarsi e di cambiare

I COMPITI

- Sorvegliare gli utenti accompagnandoli nella loro vita quotidiana e provvedere alle loro necessità o richieste varie
Il personale consuma i pasti (pranzo e cena) insieme agli ospiti della Comunità; la cena viene cucinata e preparata con la collaborazione di tutti (la cuoca ha già preparato il mattino dei piatti per la sera
- eseguire il passaggio di consegne tra un turno e l'altro;
particolarmente importante e delicato è quello dalla notte al mattino e dura dai 30 ai 45 minuti
- accompagnare gli utenti all'esterno (al mattino)
per visite mediche (medico di base o psichiatra di riferimento), accertamenti diagnostici, anagrafe, ufficio postale ecc.
- accompagnare gli utenti all'esterno per fare una passeggiata
con l'auto di servizio della Comunità; durante la bella stagione questo avviene spesso alla sera dopo cena
- gestire il denaro degli utenti
- eseguire commissioni fisse per la comunità (al mattino)
acquisto alimentari di giornata al dettaglio (pane, latte ecc. ...), sigarette per gli utenti, giornali, pagamento di bollette
- rispondere al telefono
- gestire i rapporti telefonici con Ambulatori DSM o altri soggetti esterni
- medicare gli utenti
- somministrare a vista farmaci agli utenti
le terapie prescritte dai medici dell'Ambulatorio DSM
- partecipare alle riunioni settimanali dell'equipe
- compilare l'Agenda degli appuntamenti, il "Rapporto della Comunicazione" e il "Rapporto della notte"
- aiutare gli utenti nella cura della persona e dell'igiene individuale
fare la barba, tagliare le unghie ecc.
- in caso di crisi, accompagnare gli utenti al ricovero nei "Repartini chiusi" psichiatrici degli ospedali
- programmare il lavoro della giornata
- alla notte essere a disposizione degli utenti per rispondere a loro eventuali richieste o per gestire situazioni impreviste
- aiutare gli utenti a rapportarsi con il loro psichiatra di riferimento
spesso nei colloqui periodici il malato non riesce a spiegarsi sufficientemente in modo chiaro ed esaustivo o tace del tutto ed è in questa situazione che l'operatore subentra

5.4 - L'Adest

Nelle comunità con malati psichiatrici e/o disabili esiste la figura professionale dell'Adest che svolge tutti i compiti riferiti alla cura fisica del paziente, lo assiste e provvede alle sue necessità materiali quali:

- igiene del paziente
- vestizione
- a volte la somministrazione delle terapie
- consegna del pasto
- aiuto nel fare i letti
- cucina (se non c'è il cuoco)
- lavanderia
- collabora con l'Educatore alla sorveglianza del paziente

L'Adest è al corrente (non sempre in modo esauriente e preciso) delle patologie di cui sono affetti i pazienti e delle terapie a cui sono sottoposti. Se non c'è l'Infermiere o l'Educatore effettua anche la somministrazione dei farmaci. Sa cosa fare e come intervenire in caso di attacco epilettico e quali manovre fare di fronte a una crisi da soffocamento; è successo spesso che l'operatrice si facesse male alla schiena per lo sforzo occorso a effettuare tale tipo di intervento.

5.5 - La Colf

Nelle Comunità ci sono le colf, spesso dipendenti di una Cooperativa esterna, che lavorano per 4 ore al giorno, su 1-2 turni e per 5 giorni la settimana.

I loro compiti sono quelli di provvedere all'ordine e alla pulizia della casa.

Non hanno motivazioni particolari, per loro lavorare in comunità è un lavoro come un altro; generalmente non hanno problemi nel contatto con gli utenti e con essi parlano moltissimo. Vengono viste come soggetti con cui sfogarsi e il dialogo è intenso.

Parlando dell'utente la colf ha una precisa percezione, idea che spiega c.s.:

- sono persone che hanno avuto problemi affettivi, sentimentali o di tossicodipendenza
- che vivono una condizione di fortissima sofferenza
- la loro mente non riesce a parlare coerentemente, riesce a ragionare in modo limitato
- hanno allucinazioni uditive e visive
- si comportano come dei bambini
- hanno bisogno di essere ascoltati e seguiti
- non sono sempre autonomi; a volte, quando stanno male, non sono in grado di uscire
- nella cura dell'igiene personale devono essere sempre stimolati

Vediamo in dettaglio cosa fa la colf:

- spolvera gli ambienti, gli arredi usando prodotti quali detergenti appositi, carta a rotoloni ecc.
- lava i pavimenti usando detergenti disinfettanti e stracci ruvidi appositi
- pulisce i servizi igienici usando prodotti specifici, spugna ecc.
- lava la biancheria sporca usando lavatrici per comunità
- stira la biancheria e gli indumenti
- provvede a pulire le camere e a cambiare le lenzuola quando non c'è l'adest

Nel compiere queste operazioni la colf usa sempre i guanti protettivi monouso.

Capita che gli utenti, se è necessario, aiutino la colf nello svolgimento dei lavori.

Le colf richiedono:

- servizi igienici esclusivi per il personale; quando vanno in quelli comuni evitano di sedersi consapevoli che sono usati anche dagli utenti la cui igiene è a volte discutibile
- avere maggiori informazioni sulle patologie degli utenti e sui farmaci da loro usati: gli utenti più problematici sono i maschi che quando vanno in crisi danno come primo segnale indicatore il parlare molto
- fare corsi di formazione che preparino meglio a muoversi nell'ambiente di una comunità

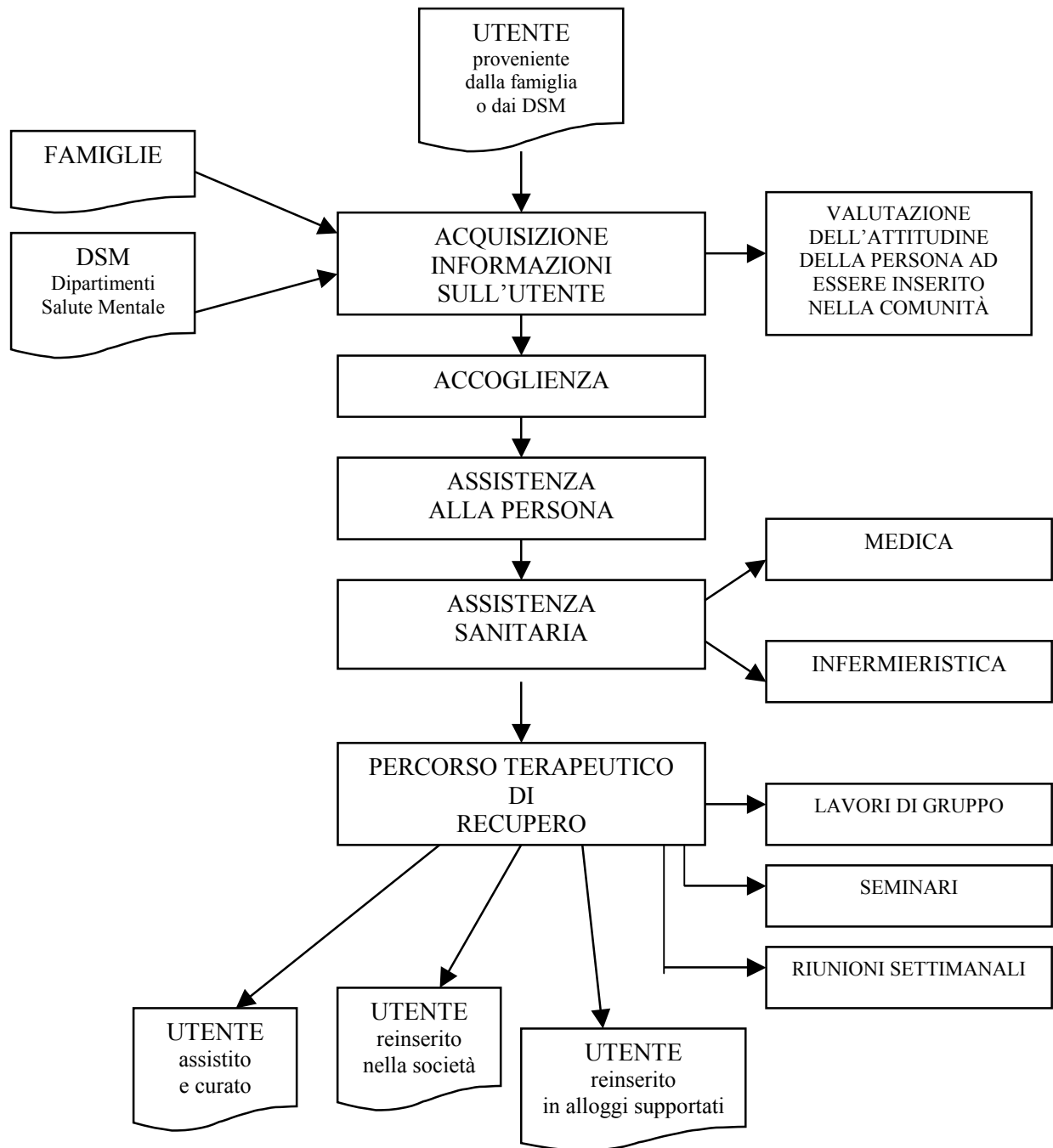
6 - ATTIVITA' LAVORATIVE

6.1 – Le attività lavorative in una comunità

Le principali attività lavorative svolte in una comunità sono:

- gestione della casa
- organizzazione del lavoro
- gestione del personale
- gestione e recupero dell'utente

6.2 – Flowchart dell'attività lavorativa “gestione e recupero dell'utente (malato psichiatrico)”



6.3 - Attività lavorative e profili professionali addetti

ATTIVITA' LAVORATIVA	DESCRIZIONE	PROFILO PROFESSIONALE
Gestione della comunità	<i>Amministrazione</i>	Coordinatori e operatori
Gestione del personale	<i>Organizzazione del lavoro e gestione del personale</i>	Coordinatori
Gestione della casa	<i>Manutenzione e pulizia, cucina</i>	Operatori e colf
Acquisizione informazioni utenti	<i>Acquisizione informazioni (dalle famiglie, medici di riferimento o Dipartimenti Salute Mentale) sull'utente per valutare la sua attitudine ad essere inserito nella comunità</i>	Coordinatori e educatori
Accoglienza utenti	<i>Gli utenti vengono inseriti in comunità</i>	Coordinatori, Educatori, (Operatori)
Assistenza alla persona	<i>Gli utenti vengono accuditi e seguiti in tutte le loro necessità quotidiane</i>	Adest e Educatori (operatori)
Assistenza sanitaria	<i>Gli utenti vengono seguiti sotto il profilo sanitario</i>	Medici (di base e specialisti) e Infermiere
Percorso terapeutico di recupero	<i>Gli utenti vengono, secondo un progetto individuale e di comunità, recuperati ad una condizione psichiatrica migliore</i>	Psicologo, Educatore (operatore)

6.4 – Gestione della comunità

La gestione della comunità viene svolta generalmente dai Coordinatori, con l'aiuto eventuale degli operatori (Educatori). Questa attività consiste in:

- gestione della casa in tutte le suoi aspetti tecnico-funzionali (manutenzione e pulizia)
- amministrazione (acquisti e contabilità)
- organizzazione del lavoro degli operatori addetti
- gestione del personale

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO (O.D.L.)

- programmare la settimana della Comunità (O.d.L.)
impegni, accompagnamenti, contatti esterni ecc.
- aggiornare il registro delle presenze degli utenti
- aggiornare il registro delle visite di parenti o amici agli utenti
- compilare il registro di lavoro settimanale
- partecipare alla riunione settimanale dell'equipe (di solito il lunedì)
preparare piani di lavoro, programmare gli impegni settimanali degli operatori, discutere i casi degli utenti (il comportamento da tenere con ognuno di essi)
- partecipare alla riunione settimanale del Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl.
- gestire i mezzi di trasporto della Comunità
manutenzione, rifornimento carburante, pagamento assicurazione e bollo
- essere eventualmente di supporto agli operatori nel loro lavoro con gli utenti
- curare le relazioni con la Cooperativa
- effettuare il passaggio di consegne dal turno della notte a quello del mattino
è molto delicato e complesso quello tra la domenica notte e il lunedì mattina
- rispondere al telefono

- gestire il budget della Comunità
- gestire il lavoro degli addetti di un'altra cooperativa
le colf e la cuoca sono di una cooperativa esterna
- decidere cosa è utile comprare per la casa

GESTIONE DEL PERSONALE

- controllare, verificare, valutare e supervisionare il lavoro degli operatori
- gestire l'aspetto disciplinare del comportamento degli operatori in Comunità
il che vuol dire dare richiami verbali, proporre altri tipi di sanzioni
- verificare le presenze del personale
- rilevare le presenze degli Operatori (*quali sono gli operatori in ferie, mutua, permesso ecc.*) per potere assegnare il lavoro, programmare il recupero delle ore di straordinario (*queste ore di lavoro non vengono pagate ma recuperate come permessi retribuiti*) e pianificare la concessione delle ferie al personale; raccogliere a fine mese i "fogli ore" (report presenze) compilati dal personale segnalando tutti gli orari di entrata e uscita di ogni giorno (*questo prospetto di rilevazione presenze verrà fatto pervenire all'Ufficio del Personale della Cooperativa*); raccogliere i "fogli kms" degli operatori con la segnalazione dei viaggi fatti con le vetture personali, per i rimborsi.
- gestire i problemi del personale

6.5 – Acquisizione delle informazioni sull'utente e compiti del Coordinatore di comunità

I Coordinatori devono valutare se l'utente è adatto ad essere inserito nella comunità e a questo scopo acquisisce tutte le informazioni necessarie su di esso. Tali dati vengono richiesti a:

- ai medici di riferimento del malato
- al Dipartimento di Salute Mentale (DSM)
- alla famiglia

6.6 - Assistenza alla persona

Gli utenti vengono accuditi e seguiti in tutte le loro necessità quotidiane, che dipendono molto se sono autosufficienti oppure no; le varie operazioni di questa attività sono:

- preparazione e distribuzione dei pasti
- igiene personale
- pulizia della stanza (e ambienti comuni)
- lavaggio e stiratura degli indumenti

Questa attività lavorativa viene svolta solitamente dall'Adest e in un alcuni casi anche dall'Educatore (operatore di comunità).

IGIENE PERSONALE DEL PAZIENTE

La mansione "igiene del paziente" per l'Adest consiste in:

- per gli autosufficienti seguirli nel farsi la doccia e nel lavarsi i denti e far loro la barba con rasoio a lametta; dar loro le istruzioni su come e cosa fare sollecitandoli a farlo, preparare l'acqua del bagno alla giusta temperatura
solo nel caso che l'utente non esegua le istruzioni l'operatore interviene direttamente
- per il non autosufficiente fare loro direttamente la doccia, lavare loro i denti e tagliare loro la barba con rasoio a lametta

Nel caso specifico dell'utente non autosufficiente (deambula ma non è in grado di lavarsi da solo), l'Adest per fargli il bagno esegue le seguenti operazioni:

- prepara l'acqua nella vasca a temperatura ottimale
- aiuta il paziente ad entrare nella vasca
- lo insapona
- lo sciacqua
- lo fa uscire dalla vasca

- lo asciuga
- lo riveste

Queste operazioni durano in genere 15-20 minuti.

I guanti protettivi monouso non sono sufficientemente alti per cui l'acqua a volte entra dentro; sarebbero necessari, come DPI, la mascherina e gli occhiali protettivi: lavando il paziente non autosufficiente, che è una persona sporca di feci e urina, sono numerosi gli schizzi di acqua inquinata che colpiscono l'operatore.

In sintesi, i fattori di rischio per il lavoratore addetto all'igiene del paziente sono:

- alto rischio biologico
sono molti gli schizzi di acqua inquinata che colpiscono l'Adest e il paziente non autosufficiente è di norma sporco di feci e urina! Inoltre facendo la barba c'è il rischio di taglio con la lametta e di venire a contatto con il sangue dell'utente
- rischio di scivolamento o caduta
il pavimento è abbondantemente bagnato, l'Adest mette degli asciugamani sul pavimento per non cadere
- rischio di ustione con l'acqua calda
spesso non c'è il miscelatore acqua calda-acqua fredda
- rischio di aggressività da parte dell'utente
capita a volte che l'utente non sia d'accordo a lavarsi e diventa molto nervoso nel doverlo fare
- rischio di aggressività a sfondo sessuale
l'Adest deve lavare completamente il paziente e quando opera nell'area genitale può esserci una involontaria stimolazione che a volte spinge l'utente a cercare il contatto sessuale

Svolgendo questa mansione l'Adest attiva delle protezioni usando guanti in lattice monouso e abiti appositi (che sono di proprietà dell'Adest e che si porta da casa) che terminato il bagno verranno lavati (a casa) e disinfettati. Gli Adest segnalano la necessità di poter avere mascherine e occhiali protettivi e non sempre la Cooperativa provvede in merito tempestivamente.

Anche i pazienti autosufficienti possono essere sporchi di feci perché, quando vanno al gabinetto, non usano la carta igienica per pulirsi (i servizi igienici ne sono sprovvisti perché la comunità non la fornisce) e quindi lo fanno spesso con le mani che poi non si lavano nel modo adatto. Di conseguenza sono persone inquinate che toccano ovunque e tendono sempre a cercare il contatto fisico con gli operatori (toccando il corpo, i capelli). Non è possibile, per gli operatori, effettuare un controllo tempestivo e continuo sugli utenti che vanno al gabinetto e si defecano o urinano addosso; solitamente gli operatori si rendono conto della situazione quando la persona ha già circolato in vari ambienti toccando dappertutto.

LA VESTIZIONE DELL'UTENTE

Se il paziente è autosufficiente l'Adest porge i vestiti e segue che vengano indossati correttamente; nel caso del non autosufficiente viene completamente vestito compreso il pannolone.

DISTRIBUZIONE DEI PASTI

Quando gli utenti sono autosufficienti, le varie portate del pasto vengono solo consegnate; nel caso invece del non autosufficiente l'operatore interviene in modo diretto nella consumazione degli alimenti.

SOMMINISTRAZIONE DELLE TERAPIE

Quando non c'è l'Infermiere o l'Educatore è l'Adest a somministrare le terapie ai pazienti.

Non si segnalano intolleranze legate al maneggiamento di farmaci. Il problema serio è dovuto alla possibile aggressività del paziente che non vuole assumere il farmaco; questo accade spesso ed è dovuto al fatto che la persona sa che il medicinale lo suda e questo effetto lo infastidisce, oppure non ritiene di avere bisogno di cure e quindi rifiuta l'assunzione. In questo caso l'operatore, valutata la resistenza e opposizione da parte dell'utente, può decidere di soprassedere e rimandare a posteriori la somministrazione della medicina a quel paziente.

AIUTO A FARE I LETTI

Questa mansione consiste nel seguire gli utenti nel farsi i letti al mattino; quando sono autosufficienti gli utenti sono in grado di eseguire questa operazione. E' questo un elemento educativo atto a recuperare il paziente ad una vita quotidiana autogestita.

LAVANDERIA

L'Adest provvede al lavaggio degli indumenti degli utenti; solitamente le lenzuola vengono date ad una ditta esterna.

Questa mansione consiste in:

- raccogliere gli indumenti sporchi in sacchi neri
- trasportare nel piano interrato dove c'è la lavanderia
- svuotare i sacchi
- separare le tipologie di biancheria e indumenti
- sciacquare a mano gli indumenti piu' sporchi
- caricare la lavatrice
- scaricare la lavatrice
- stendere i panni lavati
- raccogliere i panni asciutti che verranno poi stirati dall'operatore del turno di notte

La pericolosità di questa mansione è dovuta a:

- l'operatore maneggia indumenti sporchi di feci e urine (rischio biologico)
- spostamento dei sacchi neri che hanno un certo peso (rischio movimentazione manuale dei carichi)
- contatto con sostanze chimiche pericolose e nocive per il lavaggio (rischio ustione chimica o intossicazione)
- uso di lavatrici che sono attrezzature ad alimentazione elettrica (rischio elettrico)

Le sostanze chimiche usate in questa fase possono essere:

- "Oxyclean 50%" (ossigeno liquido)
è una soluzione a base di acqua ossigenata (codice R34) usate per disinfettare gli indumenti sporchi ed è in confezioni da 30 kg
- "Programmatic 1"
è un detersivo etichettato come "nocivo" in confezioni da 21 kg
- "Eclat"
è un detersivo per prodotti in lana (confezioni da kg 5,1)
- "Tresco soft"
è un ammorbidente in confezioni da 22 kg

SORVEGLIANZA DEL PAZIENTE

Oltre a svolgere tutte le altre mansioni descritte, l'Adest collabora con gli Educatori, se necessario, alla sorveglianza gli utenti.

6.7 – Assistenza sanitaria

Questa attività viene svolta da:

- responsabile sanitario (psichiatra)
- medico di base di riferimento
- altri medici specialisti
- infermiere

Il lavoratore piu' a contatto, quotidianamente, con l'utente nell'assistenza sanitaria è l'infermiere.

L'attività svolta dall'infermiere consiste nelle seguenti mansioni:

- preparazione delle terapie
- somministrazione delle terapie
- eventuali medicazioni

- acquisto dei farmaci
- accompagnamento dei pazienti all'esterno per esami medici o visite specialistiche
- prelievi di sangue
- assistenza generale del paziente (sostituisce l'Educatore o l'Adest in caso di bisogno)
- pulizia degli ambienti (sostituisce la colf in caso di bisogno)

Vediamo ora la descrizione di alcune mansioni svolte dall'infermiere, le seguenti:

- preparazione delle terapie
- somministrazione delle terapie
- accompagnamento dei pazienti all'esterno
- prelievi di sangue
- esame delle urine con cateterizzazione dell'utente

PREPARAZIONE DELLE TERAPIE

I farmaci sono contenuti in un armadio posto nella sala medica della Comunità. Sono ordinati e suddivisi per tipologia; tutti i farmaci psichiatrici sono ordinati e localizzati a parte. Ci deve essere una relativa provvista di medicinali anche se non esiste uno stoccaggio rilevante; per alcune specialità sono tenute più confezioni, si tratta di quelle medicine di più largo consumo (benzodiazepine, psicofarmaci, neurolettici ecc.).

Per il Gardenale (barbiturico), come previsto dalla legge, viene tenuto un Registro di carico e scarico: è l'infermiere che fa il carico nel momento dell'acquisto e ogni mattina fa lo scarico per il medicinale usato.

Per la preparazione delle terapie l'Infermiere svolge le seguenti operazioni:

- lettura delle schede individuali delle terapie
- scelta del medicinale necessario e apertura della confezione
- determinazione della dose
- *i farmaci, solitamente, sono tutti in compresse, quindi l'infermiere conta il numero delle pastiglie per dose*
- la dose contata viene messa in apposito blister nelle tre aree di conservazione: somministrazione del mattino, pomeriggio e sera

I fattori di rischio collegati a questa mansione sono praticamente inesistenti.

Si segnalano casi di dermatite e/o difficoltà respiratorie in Infermieri (o altro personale) che hanno maneggiato il Largactil: è un potente farmaco neurolettico (il principio chimico attivo è la cloropromazina), ed è usato solitamente per sedare il paziente.

SOMMINISTRAZIONE DELLE TERAPIE

Le terapie sono somministrate solitamente in tre momenti della giornata: il mattino, il pomeriggio e la sera. In casi di emergenza, su indicazione e autorizzazione del responsabile sanitario, ci può essere una erogazione di farmaco in altri momenti delle 24 ore. L'infermiere provvede, non essendo presente su tutte le ore del giorno, a una sola somministrazione; alle altre due provvedono l'Adest o l'Educatore.

Nella somministrazione delle terapie, l'Infermiere svolge le seguenti operazioni:

- prepara un bicchierino di carta con l'acqua
- individua il paziente
- dà al paziente il bicchierino con l'acqua e la dose del farmaco
- osserva il paziente deglutire la medicina⁽¹⁾; deve accertarsi che quest'ultimo non la occulti o la elimini in qualche modo
- nel caso il paziente rifiuti di prendere il farmaco, ritenta dopo un breve periodo di tempo e in caso negativo non insiste e segnala la cosa per scritto o verbalmente al medico.

⁽¹⁾ - Terapia a vista: chi somministra il farmaco fissa chi lo riceve perché deve avere la certezza che l'assunzione avvenga realmente

I fattori di rischio legati a questa mansione sono:

- l'aggressività del paziente che rifiuta di assumere il farmaco

ACCOMPAGNAMENTO DEI PAZIENTI ALL'ESTERNO PER ESAMI MEDICI O VISITE SPECIALISTICHE

Periodicamente i pazienti sono sottoposti a esami di laboratorio (rx, ecg ecc.) o, se necessario, a controlli medici di tipo specialistico. In questo caso è il responsabile sanitario a richiederli e l'Infermiere va dal Medico di base di riferimento della comunità per avere l'impegnativa. Dopodiché fa la prenotazione e quindi si reca nella sede dove il paziente sarà sottoposto all'accertamento.

Per svolgere questa mansione l'Infermiere, avendo l'impegnativa, esegue queste operazioni:

- prenotazione presso una farmacia o al Centro Unico Prenotazioni di riferimento
- nel giorno della prenotazione si reca con l'utente, usando un mezzo⁽¹⁾ della comunità, nel luogo dove si svolgerà l'accertamento (laboratorio analisi, ospedale o studio medico)
- attesa dello svolgimento dell'accertamento
- ritorno in comunità.

⁽¹⁾ – il mezzo è sempre guidato da un addetto che non è l'infermiere (educatore o Adest)

Nel caso che il paziente in quel giorno sia agitato, l'accertamento non avrà luogo e quindi l'Infermiere dovrà procedere nuovamente a tutto l'iter per potere avere una altra possibilità per fare l'esame o la visita specialistica: richiesta del responsabile sanitario, impegnativa del medico di base, prenotazione ecc.

I fattori di rischio legati a questa mansione sono:

- l'aggressività del paziente
- rischio di traumi per incidente d'auto

PRELIEVI DI SANGUE

Periodicamente i pazienti sono sottoposti a esami del sangue ed è l'Infermiere che fa il prelievo del liquido ematico per i vari test.

L'infermiere deve avvisare gli Educatori e Adest di tenere a digiuno il paziente e nel giorno stabilito fa il prelievo e quindi porta le provette al laboratorio; alcuni giorni dopo ritirerà gli esiti degli accertamenti

Questa mansione è schematizzabile nelle seguenti fasi:

- richiesta del responsabile sanitario della comunità
- impegnativa del Medico di base
- ritiro aghi e provette "Vacutainer" presso il laboratorio analisi
- *in alcune comunità questi strumenti per il prelievo sono già in dotazione dell'infermeria della struttura*
- prelievo del liquido ematico nel giorno stabilito
- consegna al laboratorio delle provette
- ritiro degli esiti

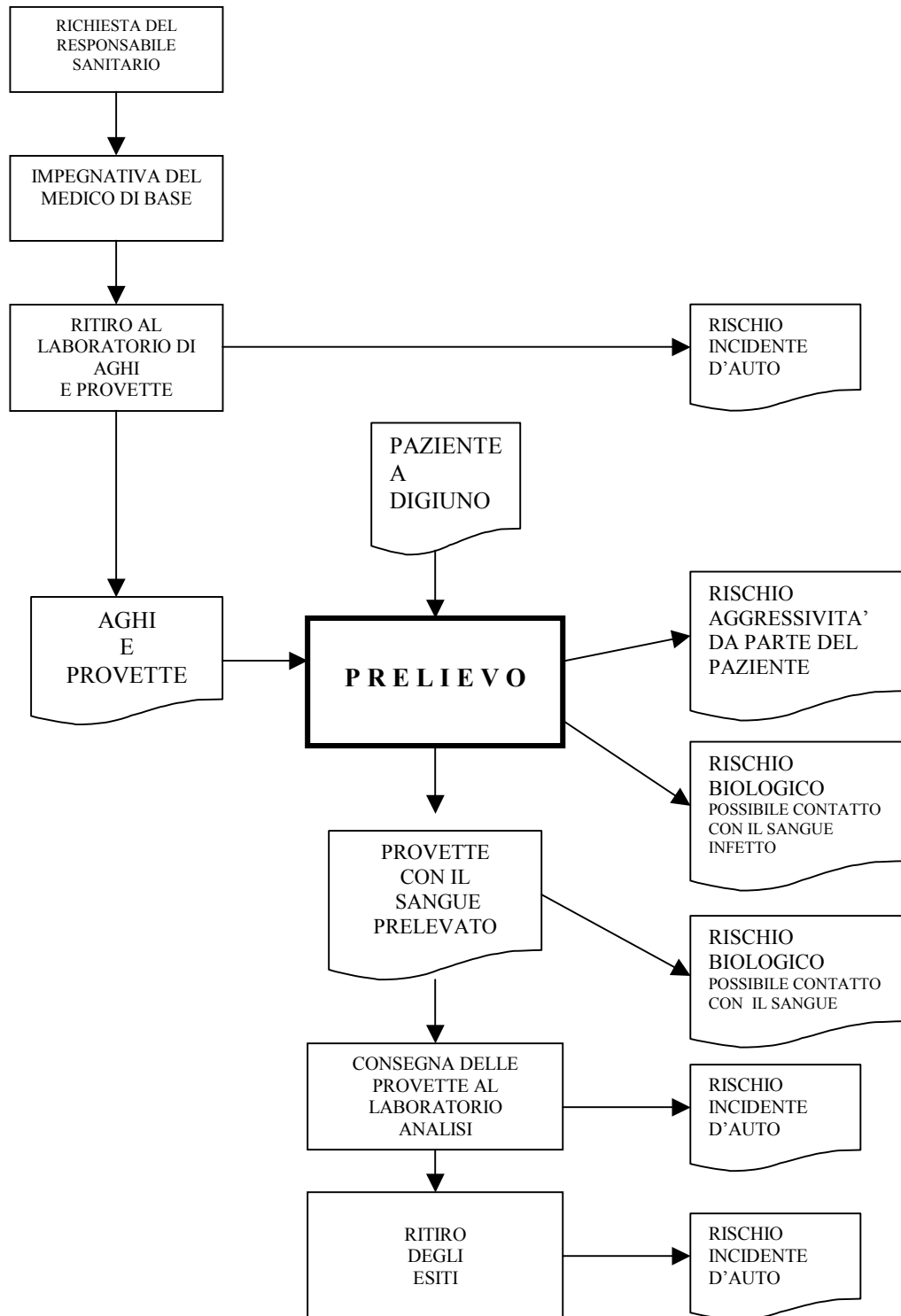
I fattori di rischio legati a questa mansione sono:

- rischio biologico
 - o *la possibilità di pungersi con l'ago durante il prelievo,*
 - o *venire a contatto con il sangue durante le operazioni di prelievo (in comunità ci sono 2 pazienti affetti da epatite B)*
 - o *le condizioni igieniche dello svolgimento di questa mansione non sono ottimali e adatte perché tutte le operazioni del prelievo avvengono nell'ufficio e non in luogo adatto*
- l'aggressività del paziente
- *il paziente all'idea di essere punto dall'ago può rifiutare il prelievo o spaventarsi; durante il prelievo (che avviene nell'ufficio) l'infermiere non è mai solo*

- rischio di traumi per incidente d'auto durante i viaggi da e per il laboratorio analisi lontano

FLOWCHART DEL PRELIEVO DI SANGUE E FATTORI DI RISCHIO

La flowchart dell'operazione "prelievo di sangue" è la seguente:



**RICOSTRUZIONE DEL CICLO E FATTORI DI RISCHIO
DELL'ESAME DELLE URINE**

Per potere effettuare l'esame delle urine, in alcuni casi e nei pazienti disabili è necessario procedere alla catateterizzazione al fine di ottenere il campione del liquido da esaminare.

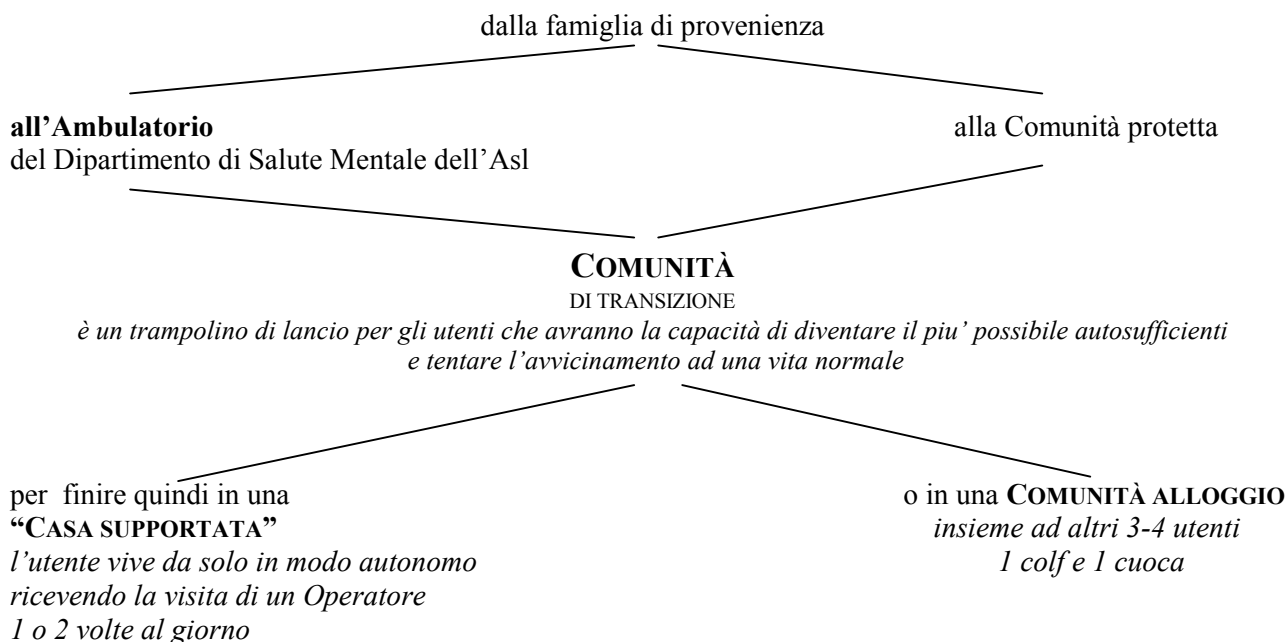
La sequenza delle operazioni per effettuare "l'esame delle urine attraverso catateterizzazione" è la seguente:

<i>OPERAZIONE</i>	<i>STRUMENTI E MATERIALI</i>	<i>FATTORI DI RISCHIO</i>
Preparazione del catetere e di tutti gli accessori necessari al prelievo	catetere, guanti, disinfettante, siringa, garza sterile,	rischio taglio
Creazione di un "campo sterile" stendendo la garza sull'area pubica dell'utente	garza	Rischio aggressività
Posizionare il catetere sull'area sterile facendolo cadere	catetere	
Indossare i guanti in lattice monouso	guanti in lattice	
Posizionare sull'area sterile della garza	garza	
Disinfettare	disinfettante	
Preparare della vaselina bianca sulla garza	vaselina bianca	
L'operatore che assiste l'infermiere lava l'area genitale dell'utente	acqua e sapone	
Se l'utente è una donna, l'operatore deve fare in modo che tenga bene aperte le gambe e allarga le grandi labbra della vagina; se invece è un uomo deve prendere il pene, tenderlo verso l'alto e scoprire il glande		
Disinfettare il meato urinario	disinfettante	
Ungere il catetere di vaselina	vaselina bianca	
Inserire il catetere nell'uretra arrivando fino alla vescica	catetere	
Prelevare l'urina che sta passando automaticamente in un contenitore sterile	provetta sterile	
Sfilare il catetere	catetere	
Isolare il contenitore con l'urina prelevata	provetta	
Raccogliere tutto il materiale usato e metterlo in apposito contenitore	contenitore "rischio infettivo"	
Togliersi i D.P.I. e lavarsi le mani	acqua e sapone	

6.8 – Un percorso standard di riabilitazione dell'utente

Questa Comunità dovrebbe rappresentare per il tipo di utenza seguita solo un punto di transizione, di recupero per poi accedere ad un tipo di vita quasi del tutto autonoma.

In sintesi il percorso dell'utente è questo:



A tutt'oggi quest'ultima fase non è facilmente realizzabile per la difficoltà di reperire delle case e gli Ambulatori DSM non sono poi in grado di fornire gli Operatori di supporto.

In conseguenza di ciò gli utenti si fermano per periodi lunghi in Comunità oppure rientrano in famiglia andando incontro spesso a ricadute o riacutizzazioni della loro patologia.

Caratteristica della "vita comunitaria" e del percorso di riabilitazione individuale è la partecipazione degli utenti ad alcune attività di autogestione della quotidianità.

La gestione responsabile di sé, delle proprie cose e delle cose comuni, diventa verifica del processo terapeutico in merito al rapporto dell'assistito con la realtà. La cura e l'attenzione accurate e tempestive rivolte dal personale alle attività quotidiane, all'ordine e alla pulizia personali e degli ambienti, sono di fatto cure e attenzioni verso gli aspetti del sé dell'utente, verso le sue relazioni d'oggetto e le sue capacità d'instaurare un rapporto di realtà con le persone e oggetti.

Ogni utente viene seguito dal mattino alla sera dagli operatori che lo aiutano a diventare responsabile di sé e della propria vita.

Alla sera tardi, quando gli operatori del turno di notte si ritirano nella loro stanza riservata (si chiudono all'interno a chiave), gli utenti sono da soli e possono circolare liberamente per la casa. Il personale interviene solo in caso di necessità o se chiamato dagli stessi utenti. Essi di solito rimangono svegli fino ad ora molto tarda (spesso anche per tutta la notte perché soffrono di insonnia) per guardare la televisione, prepararsi bevande calde, fumare o parlare tra loro. È un momento potenzialmente rischioso perché si possono creare situazioni di pericolo imprevedibili; gli utenti hanno libero accesso alla cucina (a pian terreno) e in quasi tutti gli ambienti della Comunità, eccetto che ad alcune stanze chiuse a chiave per motivi particolari. Gli operatori, nella loro stanza, solitamente non dormono e sono molto attenti a qualsiasi rumore insolito (esperienza acquisita nel tempo).

A sera per la cena gli utenti eseguono attività di autogestione nel prepararsi il pasto (in parte già cucinato a mezzogiorno dalla cuoca) e nel governo della cucina.

La vita della Comunità è di per sé impostata terapeuticamente. La condivisione e la partecipazione degli spazi fisici e psichici da parte degli operatori e degli ospiti, la precisa attenzione alle necessità e dinamiche in

atto all'interno del gruppo e nei singoli, rendono l'impostazione della Comunità particolarmente adeguata al trattamento delle patologie psichiatriche.

Il contesto cambia completamente per l'utente disabile grave: in questo caso la permanenza in comunità non è transitoria ma può durare lungo tempo.

7 - PROBLEMI ORGANIZZATIVI

I maggiori problemi organizzativi riscontrati nella comunità sono:

- carenza di personale
- la copertura del servizio 24 ore su 24 con la programmazione dei turni
- la distribuzione delle ferie al personale
- concessione di permessi retribuiti
- assenteismo

8 - FORMAZIONE INFORMAZIONE

8.1 – L'informazione

I responsabili della comunità e i colleghi più anziani trasmettono ai nuovi assunti conoscenze, metodi di lavoro e approccio con l'utenza. E' di fatto una informazione che mette in condizioni operative il lavoratore addetto.

8.2 – La formazione

Gli operatori della comunità acquisiscono competenze e abilità con una sorta di "formazione sul posto". Nel campo della formazione abbiamo situazioni molto diverse da comunità a comunità. I casi possibili sono:

- corsi di formazioni gestiti e finanziati dalla comunità stessa all'interno o all'esterno della realtà lavorativa; questi percorsi formativi avvengono solitamente al di fuori dell'orario di lavoro
- corsi di formazione proposti al lavoratore dalla comunità che gli concede il permesso non retribuito; il costo è a carico dell'operatore
- seminari annuali o biennali di aggiornamento
- moduli formativi brevi di 8 ore tenuti da esperti del settore e medici specialisti

In generale, nelle comunità visitate, la formazione non è particolarmente tenuta in considerazione e in ogni caso non è una priorità come strumento di prevenzione per la sicurezza del lavoro. Nei colloqui tenuti con gli operatori, durante i sopralluoghi, è risultata chiara una notevole disinformazione su vari aspetti dell'igiene del lavoro; troppo spesso il lavoratore addetto si comporta e agisce solo secondo il suo "buon senso" soggettivo o la buona norma riconosciuta e corrente. C'è troppa approssimazione.

Quando viene fatta ha la precisa finalità di prevenzione e protezione del lavoratore nel contatto con l'utenza e laddove viene realizzata i risultati positivi in tal senso sono evidenti; si crea maggiore consapevolezza e una diversa percezione del pericolo potenziale.

9 - I FATTORI DI RISCHIO

9.1 – Rischio biologico

Da questo punto di vista la situazione è abbastanza sotto controllo. Gli operatori conoscono bene i gli utenti, le loro patologie, la loro storia personale e sanitaria. Quando arrivano in comunità non sono referati ma nel corso del tempo con accertamenti sanitari periodici, visite mediche e la creazione di una cartella sanitaria individuale si ha un quadro preciso. Da questo punto di vista l'Ambulatorio DSM non dà un supporto sufficiente alla comunità. E' il Coordinatore che fa il possibile per raccogliere tutte le informazioni sull'utente, in modo preventivo.

Solo nel caso dell'utente tossicodipendente (soggetto con "doppia diagnosi"), che è seguito dai Sert, c'è il quadro sanitario già completo all'ingresso in comunità.

Un aspetto sensibile e delicato è quello degli operatori che non hanno alcun tipo di vaccinazione obbligatoria e non sono sottoposti a sorveglianza sanitaria. Ogni iniziativa in questo senso è spontanea e volontaria da parte dell'interessato. Non c'è molta informazione sulla prevenzione sanitaria, si ha l'impressione che i lavoratori addetti abbiano inconsapevolezza, superficialità o disinteresse per i rischi biologici correlati al vivere a contatto con molte persone in un contesto comunitario; tutto viene dato per scontato, c'è sottovalutazione e poca percezione delle situazioni di potenziale pericolo. Trattano i malati come persone normali senza inibizioni al contatto abbassando così eccessivamente il livello di attenzione e di percezione del pericolo.

L'ADEST E IL RISCHIO BIOLOGICO

Per l'Adest questo fattore di rischio è molto alto. I pazienti anziani o disabili con patologie psichiatriche cercano sempre il contatto fisico con l'operatore toccandolo in testa nei capelli o nel corpo.

Nello svolgimento delle sue mansioni, l'Adest viene a contatto con un utente inquinato spesso sporco di feci e urine, perché o è andato al gabinetto e si è pulito usando le mani oppure si è fatto addosso le deiezioni perché incontinente. Un problema sensibile è il fatto che gli utenti non possono disporre di carta igienica nei servizi. Non viene loro fornita perché ne fanno un uso improprio, adoperandone quantità sproporzionate e otturando sistematicamente lo scarico del water, richiedendo frequenti interventi dell'idraulico; è a causa di ciò che la dirigenza della Comunità ha deciso di non fornire più carta igienica. Il problema conseguente è quello di avere utenti non puliti e pericolosi da punto di vista igienico-sanitario, che, una volta defecato, si puliscono con le mani oppure rimangono così sporcando la biancheria intima. In queste condizioni la gestione dell'igiene diventa complicata e delicata. Quando l'Adest deve lavare gli utenti viene a contatto con residui di feci o urine e, dovendo insaponarli o sciacquarli, viene bagnato da schizzi di acqua sporca.

Può capitare, più volte al giorno, che il paziente si urini e defechi addosso anche più volte al giorno; questo è dovuto anche al fatto che periodicamente prende purganti. Di conseguenza questo utente deve essere lavato e cambiato anche 3-4 volte al giorno.

L'Adest, nella mansione di lavanderia (quando questo servizio è gestito all'interno della comunità), deve toccare **gli indumenti degli utenti** imbrattati di feci e urine. Quando gli indumenti sono troppo sporchi vengono sciacquati prima di essere messi dentro la lavatrice o direttamente buttati via.

Le Colf puliscono due volte al giorno gli ambienti, disinfettando pavimenti e servizi.

Per fronteggiare questa situazione di rischio, gli operatori vengono sottoposti a visita medica annuale (il medico è sempre lo stesso) ma non sono sottoposti a vaccinazioni obbligatorie. Alcuni di essi si sono vaccinati volontariamente (contro l'epatite B) per propria iniziativa.

L'Adest è al corrente delle patologie di ogni paziente ma non sempre ne conosce il significato.

L'EDUCATORE E IL RISCHIO BIOLOGICO

- Gli operatori usano, come protezione, i DPI ovvero solo i guanti monouso.
- nel turno del week-end le colf non sono presenti, l'Adest non sempre esiste come figura professionale, quindi sono gli educatori che lavano i servizi igienici se necessario.
- quando è necessario toccano gli indumenti sporchi da lavare degli utenti
- nell'igiene della casa vengono usati detersivi e disinfettanti di tipo industriale per presidi di grosse comunità o ospedali. Le colf lavano e disinfettano gli ambienti tutti i giorni.
- gli operatori consumano i pasti con gli utenti e vengono usate stoviglie normali e non usa e getta. La cucina della casa ha una lavastoviglie con sterilizzatore.
- quando è necessario gli educatori medicano gli utenti.
- nella comunità non esistono servizi igienici esclusivi per il personale. La richiesta di molti è quella di avere bagni riservati ma fino ad ora non è stata accolta; le operatrici quando usano i servizi igienici non si appoggiano sulla tazza del water.
- gli operatori somministrano le terapie agli ospiti in gocce o pastiglie; le iniezioni vengono fatte nell'Ambulatorio DSM da medici o infermieri.
- gli operatori hanno tutti il libretto sanitario individuale per poter intervenire in cucina; la cuoca prepara generalmente solo il pranzo e qualche piatto per la cena. Il rinnovo del libretto è annuale

con una verifica fatta solo di domande, viene definita dagli interessati come una visita medica non approfondita a sufficienza, non “seria”.

Si possono verificare casi di ospiti affetti da epatiti o Hiv positivi.

Si tenga conto che gli utenti più pericolosi dal punto di vista di questo rischio sono quelli passati in più istituzioni: coloro che provengono da una struttura manicomiale (di solito l'utente psichiatrico anziano) è quasi sempre portatore di Tbc ed epatiti. Per gli utenti giovani il quadro sanitario è diverso.

9.2 – Rischio elettrico

L'impianto elettrico è solitamente realizzato sotto intonaco con tubazioni flessibili e comprendente una dotazione di punti luce a soffitto ed a parete in tutti i locali. L'impianto è redatto in conformità e rispondenza alla normativa vigente con relativa messa a terra ed è dotato di interruttori magnetotermici differenziali con dispositivi salvavita dislocati per aree della casa. Tutte le parti attive con conduttori elettrici sotto traccia sono isolate entro canalette o in tubi esterni non in metallo. La manutenzione viene fatta da personale esterno autorizzato.

L'impianto di messa a terra è installato e verificato da personale qualificato e regolarmente denunciato.

Generalmente gli operatori non usano videotermini.

Permane sempre il rischio elettrico connesso ad atteggiamenti pericolosi degli utenti quando usano apparecchiature elettriche.

9.3 – Rischi domestici

In questa categoria di rischio rientrano le possibili cadute, traumi o scivolamenti degli operatori quando percorrono le scale o camminano negli ambienti. Nella struttura non sono state rilevate scale a forte pendenza o pavimenti scivolosi, rotti, sconnessi o con altre anomalie strutturali; sono presenti numerose porte a vetri. Quando vengono lavati i pavimenti risultano bagnati e quindi rischiosi per possibili cadute; solitamente in quei momenti non c'è circolazione di persone.

In sintesi, ecco alcune delle cause:

- scale a forte pendenza
- scale fisse o portatili
- uso di piattaforme, soppalchi attraverso sportelli
- pavimenti scivolosi, rotti, sconnessi o con altre anomalie strutturali
- i pavimenti bagnati quando vengono lavati
in quei momenti non ci dovrebbe essere circolazione di persone
- le porte a vetri
- uso di calzature non adatte alle superfici che si calpestano
- inciampi accidentali su oggetti

9.4 – Rischi specifici della cucina

In cucina è presente il rischio di taglio nell'uso di piccoli utensili (quali coltelli) o di ustione nello svolgimento della preparazione dei pasti.

La notte la cucina non necessariamente rimane chiusa e in questo caso gli utenti la possono usare anche senza la presenza di un operatore.

Nella cucina ci sono apparecchiature ad alimentazione elettrica: forno, forno a microonde, lavastoviglie e frigorifero; i fornelli sono ad alimentazione gas metano.

A queste attrezzature, proporzionato al loro uso, sono riferibili i fattori di rischio elettrico, avvelenamento da gas metano, incendio e esplosione. Solitamente nelle strutture esistono dispositivi di intercettazioni di fumi e fughe di gas metano.

(Vedere tabella riassuntiva dei fattori di rischio della cucina)

9.5 – Il rischio di “immedesimazione”

E' un fattore di rischio che può colpire gli operatori molto giovani (25-30 anni) a contatto con utenti anch'essi giovani (20-40 anni): le situazioni o problematiche esistenziali (di tipo affettivo o relazionale-

familiare) possono essere simili e quindi possono far scattare nell'operatore una forma di immedesimazione destabilizzante. Il malato psichiatrico giovane chiede continuamente relazione preferenziale ed esclusiva, attenzioni, dialogo; pone continuamente quesiti, dubbi, paure, ansie, richieste varie (in modo stressante e ripetitivo). Il rischio può anche essere quello di diventare collusivi (maggiore complicità) con l'utente giovane.

A questo punto, l'operatore conoscendo bene se stesso dovrebbe "difendersi" a livello psicologico nel rendersi conto se è eccessivamente "assorbito" dall'utente.

Questa, quando si verifica, è una situazione che può comportare disorientamento, ansia, depressione e burn-out.

E' per questo fattore che diventa particolarmente importante una supervisione psicologica esterna per il personale.

9.6 - Stress

E' uno dei fattori di rischio più rilevanti del lavoro degli operatori di una comunità ed è caratterizzato da diversi fattori:

- la paura di essere aggrediti verbalmente o fisicamente dall'utente o di assistere ad episodi di violenza tra di essi
- la frustrazione dovuta ai rapporti con l'Ambulatorio DSM; il rapporto non è "fluidò", il medico del dipartimento opera sul "qui e ora" mentre in comunità si deve lavorare sulla prospettiva, progettando e lavorando su linee con obiettivi precisi e ben definiti; gli ambulatori si disinteressano dell'aspetto progettuale curando solo quello terapeutico farmacologico
il medico viene raramente in comunità a visitare gli utenti e spesso dà risposte vaghe e non soddisfacenti alle richieste dell'operatore
- molti problemi da affrontare e non riuscire a risolverli tutti contemporaneamente in modo efficace
- dissidi con i colleghi
- scarso coinvolgimento quando i responsabili accentrano eccessivamente l'organizzazione del lavoro (struttura verticalistica)
- molto impegno mentale
- mancanza di tempo
- dover gestire livelli di responsabilità molto alti
- non riuscire ad effettuare un intervento nei confronti dell'utente in modo efficace e tempestivo
a volte è indispensabile appoggiarsi ad un collega per riuscire a gestire il rapporto con l'utente
- il timore di sbagliare a somministrare i farmaci
- il sentirsi "risucchiato" dal rapporto interpersonale con l'utente
- lo scarso riscontro economico
- il rapporto con gli utenti e le loro patologie
è molto delicato il dover affrontare le crisi d'ansia notturne dell'utente
- non è possibile fare periodi di ferie superiori alle 3 settimane
- l'O.d.L.
i turni del week end di 12 ore sono particolarmente pesanti
- la delicata gestione di utenti con particolari "condizioni giuridiche": alcuni di esso sono "interdetti" con una sentenza di un Giudice
la persona non può compiere atti o operazioni che investano il suo patrimonio in denaro o in beni se non autorizzate dal Giudice tutelare: un tutore (un familiare o un dirigente dell'Asl) garantisce l'integrità del patrimonio del paziente
l'operatore deve stare particolarmente attento ai comportamenti di questo tipo di utenti
- gli operatori non sono mai completamente rilassati durante il lavoro, devono sempre stare attenti a ciò che dicono o fanno

Esiste poi lo stress tipico del Coordinatore dovuto all'aver la responsabilità "finale" di tutto ciò che avviene nella comunità.

Lo stress si manifesta con i seguenti sintomi:

- stanchezza
- insonnia

- depressione
- irritabilità
- disturbi psicosomatici (gastrointestinali, dermatologici, della sfera sessuale ecc.)
- assenteismo significativo

Per contrastare lo stress è necessario porre, definire dei limiti nel rapporto operatore-utente; per fare questo è necessario:

- conoscere i propri limiti
- non portare sul lavoro i problemi personali esterni
- avere molta lucidità e obiettività
- gestire con cautela il “rapporto a due”
- non svolgere un ruolo da psicoterapeuta
non si hanno gli strumenti per porre delle difese psicologiche
- se l’utente diventa psicologicamente troppo “invasivo”, interrompere il dialogo riportando la sua attenzione sui problemi legati al concreto, rimandandolo al medico di riferimento: porre dei confini al contenuto del rapporto oltre i quali il malato non passa
- socializzare la propria esperienza con quella dei colleghi.

9.4 – Burn-out

CHE COS’ È LA SINDROME DEL BURN-OUT

Così la descrive il prof. A. Bellomo specialista in psichiatria e psichiatria forense dell’Università di Foggia:

“Alcuni autori lo identificano con lo stress lavorativo specifico delle helping professions, altri affermano che il burn-out si discosta dallo stress per la depersonalizzazione, cui esso dà luogo, che è caratterizzata da un atteggiamento di indifferenza, malevolenza e di cinismo verso i destinatari della propria attività lavorativa.

Il burn-out può anche essere inteso come una strategia particolare adottata dagli operatori per contrastare la condizione di stress lavorativo determinata da uno squilibrio tra richieste/esigenze lavorative e risorse disponibili. Comunque esso va inteso come un processo multifattoriale che riguarda sia i soggetti che la sfera organizzativa e sociale nella quale operano.

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 in persone che svolgevano diverse professioni d’aiuto: infermieri, medici, insegnanti, assistenti sociali, poliziotti, operatori di ospedali psichiatrici, operatori per l’infanzia.

Attualmente non esiste una definizione universalmente condivisa del termine burn-out. 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. L’esaurimento emotivo consiste nel sentimento di essere emotivamente svuotato e annullato dal proprio lavoro, per effetto di un inaridimento emotivo del rapporto con gli altri. La depersonalizzazione 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. La ridotta realizzazione personale riguarda la percezione della propria inadeguatezza al lavoro, la caduta dell’autostima ed il sentimento di insuccesso nel proprio lavoro.

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.

Gli effetti negativi del burn-out non coinvolgono solo il singolo lavoratore ma anche l'utenza, a cui viene offerto un servizio inadeguato ed un trattamento meno umano.

Dagli studi presenti in letteratura è multifattoriale a determinare il quale concorrono: variabili individuali, fattori socio-ambientali e lavorativi.

Per l'insorgenza del burn-out possono avere importanza fattori socio-organizzativi quali le aspettative connesse al ruolo, le relazioni interpersonali, le caratteristiche dell'ambiente di lavoro, l'organizzazione stessa del lavoro.

Inoltre sono state studiate le relazioni tra variabili anagrafiche (sesso, età, stato civile) e insorgenza del burn-out. Tra queste l'età è quella che ha dato luogo a maggiori discussioni tra i diversi autori che si sono occupati dell'argomento. Alcuni sostengono che l'età avanzata costituisca uno dei principali fattori di rischio di burn-out mentre altri ritengono invece che i sintomi di burnout sono più frequenti nei giovani, le cui aspettative sono deluse e stroncate dalla rigidità delle organizzazioni lavorative.

Tra gli specialisti quelli più a rischio per il burn-out sono quelli che operano nell'ambito della medicina generale, della medicina del lavoro, della psichiatria, della medicina interna e dell'oncologia.

I risultati sembrano quindi indicare una polarizzazione tra "specialità a più alto burn-out", dove spesso ci si occupa di pazienti cronici, incurabili o morenti, e "specialità a più basso burn-out", ove i malati hanno prognosi più favorevole.

L'insorgenza della sindrome di burn-out negli operatori sanitari segue generalmente quattro fasi. 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.

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. La fase più critica del burn-out è la terza (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).

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."

La Sindrome del Burn-out è uno dei più significativi fattori di rischio della Comunità, i lavoratori addetti lo definiscono e ne parlano come:

- una situazione limite dove l'interessato arriva ad un punto critico di stress nei confronti del lavoro e non ce la fa più ad andare avanti; sono saltate le barriere che lo difendono dal contesto di sofferenza a cui viene a contatto quotidianamente
è un abbassamento delle difese psicologiche ed emotive per mancanza di rielaborazione di ciò che accade sul lavoro. In questa situazione è fondamentale il sostegno della Cooperativa che non deve far "sentire solo" l'operatore in sofferenza; quando un operatore chiede il trasferimento solitamente viene accontentato
- l'essere "risucchiato" dall'utente
agli operatori più giovani si suggerisce di non attivare con gli utenti rapporti solo "a due"; il rapporto deve essere centrato sull'aspetto pratico e per il rispetto si rimanda al medico, l'operatore fa l'Educatore e non lo psicologo; in ogni caso è molto difficile staccare una volta usciti dalla comunità e tornati nella propria vita privata, specie quando si hanno avuti scontri con gli utenti
- la perdita del controllo della propria emotività a causa del sovraccarico psicologico
- una conseguenza di una frustrazione ripetuta dovuta al non vedere risultati positivi pensando di non essere all'altezza della situazione

- l' avere paura dell'utente
- non riuscire ad essere equilibrato

Secondo alcuni psicologi non è tanto il numero di anni di lavoro che può favorire il burn-out ma una predisposizione individuale.

Spesso chi soffre di questa sindrome non se ne rende conto e sono i Coordinatori o i colleghi che se ne accorgono e intervengono.

I Coordinatori, che tengono sotto controllo il personale da questo punto di vista, in caso di segnali di sofferenza discutono il problema con il responsabile del personale della Cooperativa e coinvolgono l'interessato per trovare una soluzione transitoria o definitiva. In alcuni casi viene consigliato all'interessato un periodo di malattia o di ferie.

In altri casi la prima risposta che si dà è quella di diversificare le mansioni proponendo stimoli nuovi oppure prendere un periodo di aspettativa.

I SEGNI DEL BURN OUT

I sintomi caratteristici che indicano il sopravvenire di una sofferenza dell'operatore nei confronti della sua condizione lavorativa sono:

- delusione
- passività
- noia
- irritabilità e aggressività
- insofferenza e nervosismo
- indifferenza
- tristezza
- rifiuto del lavoro
- rifiuto del prendere iniziative
- difficoltà nei rapporti con i colleghi
- introversione
- stanchezza fisica e mentale
- ansia, apprensione e mancanza di lucidità
dare un peso eccessivo alle situazioni
- depressione e umore instabile
- sentirsi perseguitato (anche dagli utenti)
- aggressività verbale verso gli utenti
- isolamento rispetto all'equipe e mancata richiesta di aiuto
- disturbi d'origine psicosomatica
cefalee, tic, gastriti, disturbi digestivi, coliti, dermatiti, insonnia, disturbi della sfera sessuale
- perdita di concentrazione e calo di attenzione
sensazione di non avere più il controllo delle situazioni
- confondere la sfera personale con quella del lavoro
- assenteismo

9.5 – Aggressività dell'utente

L'aggressività ha origine da due fattori:

- comportamenti caratteriali della persona
- comportamenti specifici della patologia di cui sono affetti

L'aggressività verso gli operatori si esplicita spesso con attacchi alle spalle, raramente frontali; per cui il personale è sempre attento quando vede un utente avvicinarsi da dietro.

Gli operatori usano molto il tono della voce, duro e alto, o lo sguardo dritto negli occhi, per prevenire o controllare l'atteggiamento prepotente del paziente.

Il personale della Comunità evita accuratamente di trovarsi da solo con i pazienti perché nel caso di uno scatenarsi di aggressività la situazione potrebbe diventare molto critica; un collega è sempre nei pressi e come sente una voce alterata deve accorrere per rendersi conto di cosa sta succedendo: è un atteggiamento di mutua collaborazione tra operatori sempre presente e attenta.

L'aggressività è uno dei più rilevanti e presenti fattori di rischio nelle comunità per il recupero dei malati mentali; può essere prevedibile attraverso sintomi premonitori ben chiari ed è localizzata in precisi periodi dell'anno (cambi di stagione, feste di fine anno, periodi di vacanza).

L'aggressività si differenzia in:

- verbale
spesso è molto difficile da tenere sotto controllo, a volte è opportuno soprassedere, sorvolare oppure sdrammatizzare facendo dell'ironia; uno dei fattori che più irrita l'utente è quando l'operatore gli controlla il denaro
- fisica
in certi casi l'operatore può prevenire tale comportamento valutando bene alcuni segnali premonitori
- a sfondo sessuale
quando l'utente cerca il contatto fisico, rispondendo negativamente l'operatore rischia l'aggressione: in questa situazione è consigliabile reagire in modo pacato e dialettico

L'aggressività verbale è frequente, fa parte della quotidianità; quella fisica è saltuaria e quella a sfondo sessuale è molto rara e di solito si esprime in modo solo verbale (molestie).

Nel caso della molestia sessuale, alcuni operatori la spiegano affermando che questi pazienti non sono curati bene (terapie "improprie").

Una situazione particolarmente a rischio aggressività a sfondo sessuale è il momento dell'igiene del paziente, quando fa la doccia o il bagno: è il caso del disabile o del malato psichiatrico anziano che non sono in grado di lavarsi da soli.

I farmaci presi dai pazienti non inibiscono le loro pulsioni sessuali.

Quando l'aggressività fisica va oltre un certo limite si fa intervenire il medico con dei farmaci e in casi limite c'è il T.S.O. (Trattamento sanitario obbligatorio).

L'AGGRESSIVITA' TRA PAZIENTI

Succede spesso che i pazienti scatenino manifestazioni aggressive fisiche tra di loro e l'operatore deve intervenire per dividerli e calmarli; può accadere che l'operatore rimanga vittima lui stesso di queste forme di aggressività che non dovrebbero coinvolgerlo; quando si verificano tali situazioni, ha timore ad intervenire per separarli. Sono emergenze comportamentali a fronte delle quali non ci sono procedure codificate a priori da attuare: o si interviene direttamente (anche solo urlando) o si chiama il S.U.P., il Pronto Intervento Psichiatrico del 118 (unità composta da 1 psichiatra più 2 infermieri).

I pazienti particolarmente aggressivi vengono "sedati" con farmaci antidepressivi e benzodiazepine; quando sono sotto terapia diventano più lenti nel loro agire quotidiano.

9.6 – Movimentazione manuale dei carichi

In comunità, di solito gli operatori non spostano, sollevano o spingono carichi significativi e/o in modo continuativo; non svolgono mansioni che richiedono una forza manuale condizionata.

Gli utenti psichiatrici giovani sono generalmente completamente autonomi salvo che in rari casi di situazioni sanitarie di emergenza; in queste eccezioni l'operatore interviene sempre con l'aiuto di altri utenti o del collega.

Episodicamente scarica prodotti che vengono consegnati da fornitori direttamente in comunità quali alimenti, confezioni di acqua ecc.; in questi casi non è mai solo a svolgere questo compito.

Il discorso cambia completamente in caso di utenti disabili con patologie psichiatriche. In questo caso il paziente non è autonomo e quindi l'operatore deve intervenire spesso dovendolo spostare, sollevare da terra in condizioni critiche e stressanti affrontando sforzi fisici rilevanti. L'indicazione è sempre quella di non fare mai questo tipo di manovra da soli ma con l'aiuto di un collega. Vi sono poi i servizi igienici, le docce, i bagni attrezzati in modo apposito per accogliere questo tipo di paziente disabile rendendo l'assistenza da parte dell'operatore sicura. Sono ambienti attrezzati con maniglie, sollevatori, sedili all'interno delle vasche che permettono all'educatore o all'Adest di operare in modo da non subire conseguenze dannose nello spostare l'utente. Il pericolo molto difficile da gestire è quello dei pavimenti bagnati dall'acqua che fuoriesce dal vano doccia o dalla vasca. Sono molti gli operatori che lamentano questa condizione delicata di lavoro. Si

tenga inoltre conto che in genere l'utente in questa condizione è talvolta molto irrequieto, ha scatti improvvisi, rifiuta il contatto e non vuole essere lavato.

9.7 – Fumo di sigaretta

L'utente di questa Comunità fuma moltissimo e questo suo atteggiamento configura un significativo rischio da “fumo passivo” e un potenziale fattore di rischio incendio; c'è inoltre da considerare l'aspetto del “fumo passivo” per i lavoratori della comunità.

Nelle stanze è vietato fumare.

9.8 – Rischio incendio

Nella Comunità questo fattore di rischio non è rilevante, non esistono particolari potenziali cause:

- non vengono usati materiali combustibili e infiammabili in quantità significativa
- non vengono svolte lavorazioni pericolose
- non esistono significative carenze costruttive-impiantistiche o organizzativo-gestionali

I fattori che presentano il potenziale di causare un incendio o un danno in caso di incendio sono:

- le sorgenti di ignizione da gas metano
- il fumo di sigaretta degli utenti

sono persone che di norma fumano molto, alcuni consumano fino a 3-4 pacchetti al giorno gli utenti possono fumare in tutti gli ambienti tranne che in camera: se questa regola non viene rispettata, non sono previste sanzioni particolari e gli operatori insistono nel proporla; le camere degli utenti sono dotate di chiavi ma viene loro chiesto di non usarle mai

Il sistema di protezione antincendio prevede:

- estintori (verificati periodicamente)
- uscite di emergenza

regolarmente indicate all'apposita segnaletica

Risulta che il personale non abbia mai fatto formazione o addestramento su come comportarsi in caso d'incendio. In comunità non esiste un piano emergenza incendio scritto e ivi depositato.

9.9 – Sostanze chimiche

E' il rischio relativo all'utilizzo di sostanze per la pulizia, la purificazione e disinfezione degli ambienti; i prodotti non sono quelli comunemente in commercio ma di tipo industriale apposti per l'uso in comunità (o presidi sanitari ospedalieri). In genere non sono disponibili schede tecniche e/o tossicologiche dei prodotti; le uniche informazioni si rilevano dall'etichetta posta sulla confezione che non sempre risulta di semplice lettura per gli operatori. Questo fattore di rischio è anche legato al lavaggio degli indumenti dove vengono usati prodotti chimici pericolosi con indicazioni di nocività e “rischio ustione chimica”. Le colf usano anche in questo caso solo guanti monouso in lattice.

9.10 - Microclima

Generalmente gli impianti di riscaldamento sono di tipo centralizzato e comprendenti una caldaia alimentata a gas metano sita nel locale cantina e di radiatori in ghisa di tipo piastra posti in ogni ambiente. Questo impianto produce anche acqua calda sanitaria.

La caldaia viene verificata periodicamente da un tecnico autorizzato.

Quando le stanze sono molto fredde d'inverno è dovuto a una particolare esposizione all'irradiazione solare, all'ampiezza e al tipo di finestre (ad es. portefinestre) o senza il doppio vetro.

9.11 – Trasporto utenti

Il fattore di rischio legato al trasporto degli utenti all'esterno della struttura, con mezzi della comunità, può avvenire per due motivi:

- accompagnamento degli utenti a visite mediche o accertamenti sanitari
- per scopi educativi (gite, acquisti di generi alimentari ecc. ...)

I fattori di rischio collegati a questa operazione sono:

- rischio di incidente d'auto
- rischio aggressività
- rischio biologico

Il trasporto è effettuato di norma da un solo operatore; nel caso l'utente non stia bene o sia "pericoloso" sono presenti 2 operatori.

L'accompagnamento all'esterno è solitamente organizzato c.s.:

- 1 operatore ogni 3 utenti
- se gli utenti sono più di 3 gli accompagnatori saranno 2
- può succedere che gli operatori, da soli o in coppia, trasportino fino a 4 utenti per volta.

In ogni caso si verifica bene preventivamente chi sono le persone che verranno trasportate.

9.12 – Lavoro notturno

La sera tardi e la notte sono i momenti più critici per gli ospiti che scaricano le tensioni accumulate durante la giornata e vanno più spesso in crisi. Molti di essi hanno episodi acuti di ansia e frequentemente insonnia. Nella Comunità, di notte, operano due Educatori (uno maschio e una femmina) che solitamente stanno nella loro stanza con la porta chiusa a chiave, svolgendo una notte non propriamente "attiva". La presenza di personale di sesso diverso crea un equilibrio più appropriato in casa, quello maschile è il più adatto a fronteggiare le criticità dove è necessario l'impiego di forza fisica.

La notte è il momento più delicato della giornata perché ci sono meno risorse umane presenti (solo 2 operatori) e i servizi esterni sono chiusi.

L'operatore si attiva solo nel caso di necessità, sono "apparentemente" non presenti. Durante le ore notturne gli utenti possono circolare liberamente da soli per la casa, utilizzando tv, videoregistratori, sale relax e la cucina. A volte i Coordinatori ritengono che gli operatori lasciano troppa libertà agli utenti perché dormono. Spesso gli operatori segnalano che nelle ore notturne si verificano episodi di rapporti sessuali tra utenti e di solito il personale fa finta di non vedere.

Un altro momento delicato del lavoro notturno si verifica quando l'operatore è solo nella casa perché il collega è all'esterno per un accompagnamento.

In questo turno di lavoro l'operatore deve:

- affrontare le eventuali emergenze di tipo medico o psichiatrico facendo riferimento a un medico esterno, accompagnando eventualmente l'utente ad un pronto soccorso ospedaliero o chiamando il 118
- somministrare farmaci al bisogno o quelli di terapie continuative prestabili
- sorvegliare che nella casa tutto funzioni bene e che non ci siano problemi
- annotare sul "Quaderno della Notte" tutto ciò che succede
- gestire questo periodo della giornata usando molto "buon senso", evitando di addormentarsi profondamente e per lunghi periodi

Il turno di notte comporta il rischio del "lavorare da soli": questa condizione, in molti operatori, genera "paura di essere aggrediti" che in certi periodi e a fronte di certe situazioni generali all'interno della comunità può anche essere molto forte.

10 – LE ATTIVITA' LAVORATIVE E I FATTORI DI RISCHIO

Andiamo ora ad analizzare quali sono i fattori di rischio legati alle attività lavorative e in riferimento ai profili professionali, il danno atteso e gli interventi adottati:

ATTIVITA' LAVORATIVE E PROFILI PROFESSIONALI COLLEGATI

ATTIVITA' LAVORATIVA	DESCRIZIONE	PROFILO PROFESSIONALE
Gestione della comunità	<i>Amministrazione</i>	Coordinatori e operatori
Gestione del personale	<i>Organizzazione del lavoro e gestione del personale</i>	Coordinatori
Gestione della casa	<i>Manutenzione e pulizia, cucina</i>	Operatori e colf
Acquisizione informazioni utenti	<i>Acquisizione informazioni (dalle famiglie, medici di riferimento o Dipartimenti Salute Mentale) sull'utente per valutare la sua attitudine ad essere inserito nella comunità</i>	Coordinatori e educatori
Accoglienza utenti	<i>Gli utenti vengono inseriti in comunità</i>	Coordinatori, Educatori, (Operatori)
Assistenza alla persona	<i>Gli utenti vengono accuditi e seguiti in tutte le loro necessità quotidiane</i>	Adest e Educatori (operatori)
Assistenza sanitaria	<i>Gli utenti vengono seguiti sotto il profilo sanitario</i>	Medici (di base e specialisti) e Infermiere
Percorso terapeutico di recupero	<i>Gli utenti vengono, secondo un progetto individuale e di comunità, recuperati ad una condizione psichiatrica migliore</i>	Psicologo, Educatore (operatore)

ATTIVITA' LAVORATIVE E I FATTORI DI RISCHIO, IL DANNO ATTESO E INTERVENTI

ATTIVITA' LAVORATIVA	PROFILO PROFESSIONALE	FATTORI DI RISCHIO	DANNO ATTESO	INTERVENTI
Gestione della comunità	Coordinatori e operatori	rischio elettrico	folgorazione, ustione	messa a norma dell'impianto elettrico
Gestione del personale	Coordinatori	stress	ansia, depressione, disturbi psicosomatici, irritabilità, insonnia e assenteismo	-

Gestione della casa	Operatori e colf	rischi domestici, rischio elettrico, rischio biologico, sostanze chimiche	traumi da caduta, contusioni, folgorazione, ustioni, malattie infettive, ferite da taglio, intossicazioni e avvelenamento	messa a norma dell'impianto elettrico, dispositivi di protezione individuali
Acquisizione informazioni utenti	Coordinatori e educatori			
Accoglienza utenti	Coordinatori, Educatori , (Operatori)	stress	ansia, depressione, disturbi psicosomatici, irritabilità, insonnia e assenteismo	formazione e informazione
Assistenza alla persona	Adest e Educatori (operatori)	movimentazione manuale di carichi, rischio biologico, rischio elettrico, stress, aggressività, rischi domestici, fumo di sigaretta, incendio, burn-out	disturbi all'apparato muscoloscheletrico, traumi da caduta, contusioni, folgorazione, ustioni, malattie infettive, lesioni, ansia, depressione, disturbi psicosomatici, irritabilità, insonnia, assenteismo	dispositivi di protezione individuale, informazione, messa a norma dell'impianto elettrico
Assistenza sanitaria	Medici (di base e specialisti) e Infermiere	rischio biologico, aggressività, burn out	malattie infettive, lesioni, assenteismo, ansia, disturbi psicosomatici	dispositivi di protezione individuale, informazione
Percorso terapeutico di recupero	Psicologo, Educatore (operatore)	rischio biologico, rischio elettrico, stress, aggressività, rischi domestici, fumo di sigaretta, incendio, burn-out	traumi da caduta, contusioni, folgorazione, ustioni, malattie infettive, lesioni, ansia, depressione, disturbi psicosomatici, irritabilità, insonnia, assenteismo	Informazione e formazione, messa a norma dell'impianto elettrico

ANALISI DEI FATTORI DI RISCHIO
COLLEGATI ALLE MANSIONI DELL'ADEST

<i>MANSIONE</i>	<i>FATTORI DI RISCHIO SPECIFICI</i>	<i>FATTORI DI RISCHIO</i>
Igiene del paziente	Rischio biologico Rischio caduta Rischio ustione Rischio aggressività Rischio movimentazione manuale di pesi	Rischio sindrome di "Burn out"
Vestizione del paziente	Rischio biologico Rischio aggressività	
Somministrazione delle terapie	Rischio aggressività Rischio biologico	
Distribuzione dei pasti	Rischio aggressività	
Aiuto nel fare i letti	Rischio biologico	
Cucina	Rischi domestici Rischio elettrico Rischio biologico Rischio ustione	
Lavanderia	Rischio sostanze chimiche Rischio biologico Rischio movimentazione manuale dei pesi	
Accompagnamento utenti all'esterno della comunità	Rischio incidente d'auto Rischio biologico Rischio aggressività	
Acquisto generi alimentari ecc.	Rischio incidente d'auto Rischio movimentazione manuale pesi	

ANALISI DEI RISCHI COLLEGATI ALLE VARIE FASI DEL LAVAGGIO
DEL PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE
(OPERAZIONE EFFETTUATA DALL'ADEST)

<i>OPERAZIONE SVOLTA DALL'ADEST</i>	<i>RISCHIO</i>	<i>DPI USATI</i>
l'Adest prepara l'acqua nella vasca a temperatura ottimale	Rischio di ustione	Guanti monouso in lattice e abiti esclusivi (di proprietà dell'Adest) per questa mansione <i>Si consiglia l'uso di occhiali protettivi e mascherine</i>
aiuta il paziente ad entrare nella vasca	Rischio di aggressività Rischio movimentazione manuale di pesi	
lo insapona	Rischio biologico Rischio di aggressività Rischio di aggressività a sfondo sessuale	
lo sciacqua	Rischio biologico Rischio di aggressività a sfondo sessuale Rischio di scivolamento e caduta	
lo fa uscire dalla vasca	Rischio di scivolamento e caduta Rischio movimentazione manuale di pesi	
lo asciuga	Rischio biologico Rischio di scivolamento e caduta	
lo riveste	Rischio di scivolamento e caduta	

I FATTORI DI RISCHIO CONNESSI AL LAVORO DELLA COLF

<i>TIPO DI RISCHIO</i>	<i>DESCRIZIONE</i>	<i>NOTE</i>
BIOLOGICO	si	- È necessaria molta cautela facendo le pulizie, maneggiando la biancheria sporca. - Usa sempre i guanti monouso - Non ha alcuna vaccinazione e non è sottoposta a visite mediche periodiche
AGGRESSIVITA'	verbale: a volte fisica: raramente a sfondo sessuale: generalmente solo di tipo verbale	- In caso di necessità deve chiamare il Coordinatore - nel caso di quella a sfondo sessuale reagisce interrompendo immediatamente il dialogo e allontanandosi
STRESS	no	- L'orario di lavoro è di sole 4 ore al giorno - il rapporto con gli utenti è buono - il rapporto con i colleghi è buono - riesce a separare bene la vita lavorativa da quella privata - al bisogno riesce ad imporsi di non ascoltare (sentire) gli utenti
RISCHI DOMESTICI	in particolare ustionarsi stirando	usa il ferro da stiro a vapore
INFORTUNI	si	
MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PESI	si	- a volte scarica gli alimenti dal furgone della consegna (insieme ad altri colleghi) - sposta spesso sacchi di biancheria sporca e della spazzatura (a volte viene aiutata dagli stessi utenti)
MICROCLIMA	fa molto caldo	quando stira nell'ambiente adibito a lavanderia

FATTORI DI RISCHIO DELLA CUCINA (sintesi)

Nella cucina vengono cucinati alimenti o riscaldati quelli che arrivano eventualmente dall'esterno e i possibili pericoli e rischi sono:

PERICOLO	OGGETTI O SITUAZIONI	RISCHI
ATTREZZATURE ELETTRICHE	<i>Forni elettrici, forni a microonde, frigoriferi e congelatori, lavastoviglie, piastre elettriche, frullatori, tostapane, spremi agrumi, affettatrici, tritacarne, macchina del caffè' ecc.</i>	Ustione per contatto o da vapore caldo, shock elettrico per contatto con parti in tensione o non correttamente isolate
ATTREZZATURE A GAS METANO	<i>Piani di cottura e forni, condotte e bombole di gas</i>	Intossicazione, ustione per contatto o da vapore caldo, incendio e esplosione
CONTATTO CON SUPERFICI PERICOLOSE	<i>Utensili con lama tagliente (coltelli, affettatrici), spiedini, ganci, punte metalliche, lattine di alluminio e vetri rotti</i>	Ferite da taglio
SOSTANZE CHIMICHE	<i>Detergenti e disinfettanti</i>	- Intossicazione, - ustione chimica, - irritazione o lesioni alla cute alle vie respiratorie e agli occhi
IMMAGAZZINAMENTO PRODOTTI IN LUOGO NON ADATTO	<i>Prodotti chimici</i>	Intossicazione
MESCOLARE PRODOTTI CHIMICI IN MODO IMPROPRIO O DISORDINATO	<i>Prodotti chimici</i>	Intossicazione
MOVIMENTAZIONE DI PESI	<i>Contenitori, materie prime, casse di bottiglie, apertura porte con i piedi ecc.</i>	Disturbi o patologie all'apparato muscolo-scheletrico

MANEGGIARE CONTENITORI CON ALIMENTI O LIQUIDI CALDI	<i>Piatti, pentole ecc.</i>	Ustioni
CONTATTO CON ARREDI INSTABILI	<i>Cassetti che possono cadere, scaffalature pericolanti</i>	Traumi o fratture all'apparato muscolo-scheletrico
IMPIANTO ELETTRICO NON A NORMA	<i>Spine, interruttori e cavi non in buone condizioni</i>	Schock elettrico
SPANDIMENTI ACCIDENTALI DI LIQUIDI CHE POSSONO PENETRARE NELLE ATTREZZATURE IN TENSIONE	<i>Attrezzature in tensione</i>	Schock elettrico
UTILIZZO DI GRASSI E PROTEINE ALIMENTARI	<i>Carni, insaccati, latticini, burro, olio, ecc.</i>	Possibile intossicazione per deterioramento (decomposizione) dei prodotti
MACCHINE CON ORGANI IN MOVIMENTO SENZA PROTEZIONI	<i>Tritacarne, affettatrici ecc.</i>	Traumi o ferite da taglio agli arti
INCENDIO PER SIGARETTE ACCESE, ACCENSIONE GRASSI E OLI SURRISCALDATI, SCHIZZI	<i>Grassi, oli, acqua, particelle grasse nei condotti aspiranti</i>	Ustioni
INFEZIONI DA MICRORGANISMI (virus, batteri, parassiti ecc.)	<i>Sgocciolamento di acqua da pollame in scongelamento, sangue da animali macellati</i>	Infezioni (rischio biologico)
MUFFA E INFESTAZIONI DI INSETTI	<i>Muffe sui rifiuti alimentari o su alimenti scaduti nelle zone di lavoro o nei magazzini adiacenti la cucina, insetti (blatte e topi)</i>	Infezioni (rischio biologico)
CONTAMINAZIONE DA ARIA CONDIZIONATA	<i>Virus, batteri e spore di funghi</i>	Infezioni (rischio biologico)
MICROCLIMA	<i>Correnti d'aria, sbalzi di temperatura e aerazione inadeguata</i>	Disturbi e patologie all'apparato respiratorio e reumatismi

12 - PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DEL PERSONALE

- Frequentare piu' corsi di formazione
- avere in comunità personale non troppo giovane, di età oltre i 25 anni
- maggiore professionalizzazione e avere in comunità personale con esperienza
- essere sottoposti a sorveglianza sanitaria e poter fare vaccinazioni
- avere gli utenti "refertati" con precisione al loro ingresso in comunità
- avere una persona istituzionale di riferimento (medico o psicologo di un Ente pubblico) per combattere lo stress
- avere una supervisione tecnica dei casi con un interlocutore dell'Ambulatorio DSM
- essere informati sulle patologie degli utenti e sul significato dei farmaci prescritti
- avere servizi igienici esclusivi per il personale

13 – RIFERIMENTI LEGISLATIVI

- D.Lgs 626 del 19-9-94
Igiene e sicurezza del lavoro
- D.Lgs 242 del 19-3-96
Igiene e sicurezza del lavoro
- D.Lgs 493 del 14-8-96
Segnaletica di sicurezza
- D.Lgs 10 del 2-1-97
D.p.i.
- D.M.L. del 16-1-97
Contenuti minimi della formazione dei lavoratori
- D.M. del 10-3-98
Sicurezza antincendio
- D.Lgs 532 del 26-11-99

- *Lavoro notturno*
- D.M. del 2-5-01
- *D.p.i.*
- Decreto del 7-9-02 (recepimento della Direttiva 2001/58/CE)
- *Informazione su sostanze e preparati pericolosi immessi in commercio*
- D.Lgs n. 25 del 2-2-2002
- *Rischio chimico*
- D.Lgs 66 del 9-4-03
- *Organizzazione dell'orario di lavoro*
- Direttiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 4-11-03
- *Organizzazione dell'orario di lavoro*