AO Brotzu

Deliberazione 468

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 20 FEB. 2019

OGGETTO: Approvazione e adozione "Schede operative per la corretta applicazione delle attività dell'Operatore Socio Sanitario (OSS)".

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 25 FEB. 2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Graziella Pintus

IL DIRETTORE GENERALE
Coadiuvato dal
Direttore Amministrativo — Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario — Dott. Vinicio Atzeni

SU proposta della Direzione Sanitaria Aziendale

PREMESSO che l'Operatore Socio Sanitario (OSS) è una figura professionale codificata dall'Accordo Stato Regioni del 2001 che ha sostituito le precedenti, meno complete, indicate con gli acronimi OTA (per l'area sanitaria) e OSA (per l'area Sociale e che l'OSS, a seguito del conseguimento dell'attestato di qualifica ottenuto al termine di un percorso di studi, svolge una attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona;

PREMESSO altresì che l'infermiere coordina l'assistenza di base assegnando la tipologia di attività all'OSS dopo aver effettuato la presa in carico del paziente e pianificato l'assistenza;

PREMESSO altresì che l'OSS osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni dell'utente collabora all'attuazione degli interventi assistenziali;

PREMESSO altresì che l'OSS è in grado di attuare piani di lavoro e di utilizzare metodologie di lavoro comuni (schede, protocolli, ecc.)

ATTESO che l'AOB ritiene strategico fornire uno strumento pratico (schede operative) al personale OSS dedicato all'assistenza di base delle persone ricoverate al fine di:
soddisfare i bisogni primari della persona nell'ambito delle proprie aree di competenza e favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

PRECISATO che le attività menzionate nelle schede operative devono essere svolte dall'OSS nel rispetto dei valori etici e di buona pratica che guidano i professionisti sanitari nell'agire quotidiano:

- rispettare la dignità e libertà della persona assistita;
- impostare la relazione di aiuto nel rispetto della persona e dei suoi bisogni;
- informare la persona prima e dopo ogni intervento assistenziale;
- tutelare la salute psico-fisica dell'assistito, agendo in sicurezza durante le manovre assistenziali;

- assolvere con competenza le proprie funzioni;
- rispettare il segreto professionale e tutelare la privacy delle persone;
- rispettare le precauzioni standard per la prevenzione della trasmissione delle infezioni.

PRESO ATTO che il gruppo di lavoro composto dai Dirigenti delle Professioni Sanitarie, Posizioni Organizzative, Coordinatori, Infermieri, Fisioterapisti e Operatori Socio Sanitari ha provveduto alla redazione delle "schede operative per la corretta applicazione delle attività dell'OSS" da adottare all'interno dell'Azienda;

RITENUTO per quanto sopra, di approvare le "Schede operative per la corretta applicazione delle attività dell'Operatore Socio Sanitario allegate alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale; (All.1)

CON il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

D E L I B E R A

Per le motivazioni espresse in premessa:

- di approvare le "Schede operative per la corretta applicazione delle attività dell'Operatore Socio Sanitario" allegate alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
- di dare mandato ai Dirigenti delle Professioni Sanitarie stabilire affinché le schede siano adottate in tutte le strutture dei tre Stabilimenti Ospedalieri a decorrere dal 1 marzo 2019;

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Graziella Pintus

Ass. Amm.: D. Desogus

AO Brotzu

DIREZIONE SANITARIA
PROFESSIONI SANITARIE
INFERMIERISTICHE E OSTETRICA
TECNICHE PREVENZIONE E RIABILITAZIONE

L'OPERATORE SOCIO SANITARIO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU":

SCHEDE OPERATIVE ASSISTENZIALI

REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
DATA:	DATA:	DATA:
RESPONSABILE:	**RESPONSABILE:**	**RESPONSABILI:**
Dott.ssa Bruna Dettori *Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetrica*	*Dott. Marco Desogus* *PO Dipartimento Cardiovascolare*	**Direttore Generale** Dott.ssa Pintus Graziella
Dott. Gino Sedda *Dirigente Professioni Sanitarie Tecniche Riabilitazione e Prevenzione*	*Dott.ssa Fanunza Marinella* *Coord. Chirurgia Toracica*	**Direttore Sanitario** Dott. Atzeni Vinicio
Gruppo di lavoro:	**Gruppo di lavoro:**	
Sig.ra Boi Maria – OSS Cardiochirurgia degenza	Sig.ra Rosalba Cocco P.O. Coord. Prof. San. Businco	
Dott. Deplano Franco - PO- Blocchi Operatori	Sig.ra Carta M. Antonia - Coord. Chirurgia Pediatrica	
Dott.ssa Olla Ornella - Coord. Medicina 1	Sig.ra Maria Pilia - OSS Medicina 1	
Dott.ssa Iaconelli Emanuela – Inf. Chirurgia Gen.	Dott.ssa Mura Renata – Inf. Coord.Prof. San.. Businco	
Dott.ssa Masala Barbara – Inf. Oncologia Medica	Sig. Palmas Carlo – OSS PS/OBI	
Dott.ssa Piras Stefania – Inf. Oncoematologia Pediatrica	Dott.ssa Parodo Nicoletta – Inf.B.O. San Michele	
Sig.ra Sulis Luisa – Coord. Pediatria Stab. San Michele	Dott.ssa Tinti Franca - Coord.Radiologia Interventistica	
Dott.ssa Tanda Daniela – Inf. Prof. Sanitarie Aziendali	Dott. Vargiu Pierluigi - Fisioterapista . Businco	
Dott.ssa Trincas Alice – Inf PS/OBI		

INDICE

Introduzione Pag. 5

L'operatore socio-sanitario: normativa istituente Pag. 7

Descrizione delle attività Pag. 7

Regole generali per la preparazione dell'assistito e dell'ambiente Pag. 11

- ✓ Preparazione operatore Pag. 11
- ✓ Preparazione materiale Pag. 11
- ✓ Preparazione assistito e ambiente Pag. 11
- ✓ Esecuzione della prestazione Pag. 12
- ✓ Riposizionamento dell'assistito e ripristino dell'ambiente Pag. 13
- ✓ Riordino del materiale Pag. 13

Scheda numero 1 Lavaggio sociale delle mani Pag. 14

Scheda numero 2 Lavaggio antisettico delle mani Pag. 16

Scheda numero 3 Decontaminazione alcolica delle mani Pag. 18

Scheda numero 4 L' uso dei guanti Pag. 20

Scheda numero 5 Sanitizzazione dei presidi Pag. 22

Scheda numero 6 Sanitizzazione cullette termiche e non termiche Pag. 24

Scheda numero 7 Rifacimento letto vuoto Pag. 27

Scheda numero 8 Collaborazione all'accoglienza del paziente in Reparto Pag. 30

Scheda numero 9 Rilevazione pressione arteriosa Pag. 32

Scheda numero 10 Rilevazione temperatura corporea Pag. 34

Scheda numero 11 Rilevazione frequenza cardiaca Pag. 36

Scheda numero 12 Rilevazione frequenza respiratoria Pag. 38

Scheda numero 13 Rilevazione saturazione periferica dell' O_2 Pag. 40

Scheda numero 14	Rilevazione del peso corporeo	Pag. 42
Scheda numero 15	Preparazione del carrello per le cure igieniche	Pag. 44
Scheda numero 16	Cure igieniche parziali: i capelli	Pag. 46
Scheda numero 17	Cure igieniche parziali: il cavo orale	Pag. 49
Scheda numero 18	Cure igieniche parziali: gli occhi	Pag. 53
Scheda numero 19	Cure igieniche parziali: il naso	Pag. 55
Scheda numero 20	Cure igieniche parziali: il viso e la rasatura	Pag. 57
Scheda numero 21	Cure igieniche parziali: le orecchie	Pag. 60
Scheda numero 22	Cure igieniche parziali: mani e piedi	Pag. 63
Scheda numero 23	Cure igieniche parziali: igiene perineale	Pag. 66
Scheda numero 24	Il bagno a letto	Pag. 69
Scheda numero 25	La doccia preoperatoria	Pag. 72
Scheda numero 26	Mobilizzazione del paziente: sollevamento verso la testiera del letto	Pag. 76
Scheda numero 27	Mobilizzazione del paziente: spostamento su un fianco	Pag. 79
Scheda numero 28	Mobilizzazione del paziente: trasferimento letto – sedia a rotelle	Pag. 81
Scheda numero 29	Mobilizzazione del paziente: trasferimento letto - barella	Pag. 84
Scheda numero 30	Mobilizzazione del paziente: sollevamento da terra di un paziente caduto	Pag. 86
Scheda numero 31	Supporto alla deambulazione	Pag. 88
Scheda numero 32	Esecuzione della tricotomia	Pag. 91
Scheda numero 33	Assistenza alla persona con febbre	Pag. 94
Scheda numero 34	Assistenza alla persona che vomita	Pag. 96
Scheda numero 35	Raccolta urine nel neonato	Pag. 99

Scheda numero 36	Raccolta di urine (campione non sterile)	Pag. 101
Scheda numero 37	Raccolta campione sterile di urine (urinocoltura)	Pag. 103
Scheda numero 38	Raccolta urine delle 24 ore	Pag. 105
Scheda numero 39	Collaborazione con l' infermiere nella cateterizzazione vescicale uomo / donna	Pag. 108
Scheda numero 40	Preparazione all'esecuzione di un clistere evacuativo	Pag. 111
Scheda numero 41	Collaborazione all' esecuzione delle medicazioni	Pag. 114
Scheda numero 42	Collaborazione con l' infermiere nell' aerosol terapia	Pag. 116
Scheda numero 43	Collaborazione con l' infermiere nell' isolamento del paziente	Pag. 118
Scheda numero 44	Collaborazione con l' infermiere nella distribuzione del vitto	Pag. 121
Scheda numero 45	Supporto nell'assunzione del pasto	Pag. 124
Scheda numero 46	Preparazione e invio materiale alla centrale di sterilizzazione	Pag. 127
Scheda numero 47	Composizione della salma	Pag. 130
Bibliografia		Pag. 133
Sitografia		Pag. 134

INTRODUZIONE

Questo documento voluto dalla Direzione delle Professioni Sanitarie Aziendali ha la finalità di fornire uno strumento pratico agli operatori dedicati all'assistenza di base delle persone ricoverate in ospedale.

E' stato elaborato da un gruppo di lavoro composto dai Dirigenti delle Professioni Sanitarie, Posizioni Organizzative, Coordinatori, Infermieri, Fisioterapisti e Operatori Socio Sanitari, che ha provveduto a descrivere puntualmente le principali attività dell' Operatore Socio Sanitario con formazione di base, durante l'esercizio del suo ruolo in Azienda, nel rispetto della normativa (Accordo Stato –Regioni 22/02/2001), che prevede che la stessa attività sia indirizzata a:

- ✓ Soddisfare i bisogni primari della persona nell'ambito delle proprie aree di competenza
- ✓ Favorire il benessere e l'autonomia dell'utente

Sono state redatte delle schede operative specifiche la cui impostazione è in sintonia con il modello concettuale della teorica Marisa Cantarelli, essendo questo il modello adottato e condiviso dai professionisti dell'assistenza per documentare il proprio operato.

Le attività menzionate nelle schede operative devono essere svolte dall' OSS nel rispetto dei valori etici e di buona pratica:

- rispettare la dignità e libertà della persona assistita
- impostare la relazione di aiuto nel rispetto della persona e dei suoi bisogni
- informare la persona prima e dopo ogni intervento assistenziale
- tutelare la salute psico-fisica dell' assistito, agendo in sicurezza durante le manovre assistenziali

- assolvere con competenza le proprie funzioni
- rispettare il segreto professionale e tutelare la privacy delle persone
- rispettare le precauzioni standard per la prevenzione della trasmissione delle infezioni:

effettuare il lavaggio delle mani secondo procedura,
utilizzare i guanti e gli altri dispositivi di protezione individuali quando indicato.

REVISIONE.

Per tale documento, si prevede la revisione programmata ai 6 mesi nel promo anno di adozione successivamente ogni 12 mesi.

Al fine di perfezionare il documento e agevolare l'applicazione nei diversi setting assistenziali dell'Azienda , eventuali indicazioni possono essere inviate alla direzione professioni sanitarie al seguente indirizzo "dirigentiprofessionisanitarie@aob.it

L'OPERATORE SOCIO SANITARIO:
LA NORMATIVA ISTITUENTE

È con un provvedimento definito urgente che il 22 febbraio del 2001 (Gazzetta Ufficiale n.91 de 19/04/2001), che viene sancito l'accordo tra Ministero della Sanità, il Ministero per la Solidarietà Sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, per l'individuazione della figura e del relativo profilo dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.

Tale decreto sancisce che l'operatore socio-sanitario svolga le sue attività, atte a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie competenze; tali attività hanno sempre l'obiettivo di promuovere l'autonomia dell'utente e favorirne il benessere, e vengono svolte sia in contesti sociali che sanitari, quindi in servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semi-residenziali, in ambiente ospedaliero o al domicilio dell'utente.

È importante sottolineare come viene ben definito il contesto relazionale delle attività dell'operatore socio-sanitario, che opera in collaborazione con gli operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e sociale (quindi professionisti dell'area infermieristica/ostetrica, dell'area tecnica, dell'area preventiva e riabilitativa), secondo il criterio del lavoro multiprofessionale, ovvero del lavoro in equipe(il lavoro d'equipe ad oggi è considerato il metodo più efficace per favorire il raggiungimento degli obiettivi professionali).

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

1) Assistenza diretta e aiuto domestico alberghiero:

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

2) Intervento igienico-sanitario e di carattere sociale:

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

3) Supporto gestionale, organizzativo e formativo:

- utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato

durante il servizio;

- collabora alla verifica della qualità del servizio
- concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini e alla loro valutazione
- collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento
- collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione di attività semplici.

I. Attività eseguibili in autonomia.

Dopo il percorso di inserimento, l' OSS svolge tutte quelle attività che rientrano nel processo assistenziale pianificato dai professionisti responsabili dell'assistenza sanitarie, tenendo conto sia della organizzazione generale aziendale che di quella propria della struttura di appartenenza, attenendosi a protocolli e standard definiti.

Tra le attività eseguibili in autonomia, vengono identificate le attività alberghiere e clinico - assistenziali:

- ✓ pulizia e manutenzione di strumenti, apparecchiature e degli spazi utilizzati dalla persona assistita, in relazione ai protocolli adottati nelle singole unità operative;
- ✓ pulizia, asciugatura e preparazione del materiale destinato alla sterilizzazione
- ✓ trattamento del materiale sterile e conservazione dello stesso, controllo delle date di scadenza
- ✓ riordino e rifacimento dei letti vuoti
- ✓ pulizia dell'unità di vita della persona assistita (comodino, letto, strumenti)
- ✓ preparazione della camera di degenza e dei soggiorni delle persone assistite per la consumazione dei pasti, aiuto nella loro distribuzione
- ✓ preparazione di bevande (thè- camomilla)

- ✓ ritiro del vassoio dopo il pasto, favorire o eseguire l'igiene orale e delle mani
- ✓ trasporto e smaltimento di materiale biologico, sanitario secondo i protocolli esistenti.

II. Attività eseguibili su attribuzione da parte del professionista:

L' OSS coadiuva l'Infermiere, unica figura responsabile del processo assistenziale così come da definizione del Profilo Professionale (D.M. 739/94).

I professionisti dell'area infermieristica/ostetrica, dell'area tecnica e dell'area preventiva e riabilitativa, sono quindi responsabili degli interventi assistenziali svolti dall'OSS, compresi e definiti nel processo assistenziale secondo il principio dell'affidamento, quest'ultimo inteso come il trasferimento dello svolgimento di una attività ad altri, mantenendo però la responsabilità sul risultato finale del processo assistenziale.

L'attribuzione delle attività sanitarie e sociali dipendono dalle condizioni psico-fisiche delle persone da assistere, condizioni che vengono definite dall'Infermiere:

- ✓ esegue il rifacimento del letto occupato
- ✓ esegue l'igiene personale della persona assistita
- ✓ esegue la mobilizzazione della persona assistita secondo le posizioni prescritte o richieste
- ✓ esegue il posizionamento ed il mantenimento delle posizioni terapeutiche

REGOLE GENERALI PER LA PREPARAZIONE DELL'ASSISTITO E DELL'AMBIENTE.

- *Preparazione dell'operatore* (*Informazioni sull'assistito e sulla procedura*):
  prima di eseguire qualsiasi prestazione è necessario informarsi a dovere, verificando cosa bisogna fare, a chi bisogna farlo, come deve essere fatto e quando.
- *Preparazione del materiale:*
  preparare tutto il materiale necessario per eseguire la prestazione in modo da non avere la necessità di uscire dalla stanza di degenza e non doversi allontanarsi dal paziente.
- *Preparazione dell'assistito e dell'ambiente:*

  a. Salutare e presentarsi

  Salutare il paziente e presentarsi indicando la propria qualifica.

  b. Curare il microclima

  Per microclima si intende una condizione di equilibrio tra caratteristiche fisiche (la temperatura, l' umidità), chimiche (la pressione parziale l' ossigeno e la pressione parziale l' anidride carbonica), microbiologiche (le polveri e i microrganismi), fondamentali per la corretta esecuzione di ogni procedura.

  c. Rispettare la privacy

  Ogni paziente ha diritto al rispetto della propria privacy e al rispetto dei propri tempi. Bisognerà non solo proteggerlo visivamente dai presenti (per i visitatori, farli uscire dalla stanza di degenza; per gli altri pazienti, utilizzare i paraventi) ma anche far attenzione a ciò che viene detto (parlare a bassa voce e non di argomenti personali o informazioni cliniche inerenti al paziente).

  d. Informare sulla procedura e chiedere il consenso e collaborazione

Ogni volta che si compie un'attività su un paziente, bisogna informarlo su ciò che si sta per compiere, accertarsi che l'assistito abbia compreso e raccoglierne consenso e collaborazione, nei limiti e nel rispetto delle sue capacità fisiche e intellettive . Potrebbe capitare però, che per svariati motivi, il paziente possa non essere disposto ad eseguire la procedura indicata in quel dato momento; in tal caso riferire subito all'infermiere (o ad altro professionista di riferimento) il diniego del paziente.

- *Esecuzione della prestazione:*
  - Valutare e osservare: guardare ed osservare il paziente nella sua totalità, prestando particolare attenzione allo stato generale dello stesso sia dal punto di vista fisico che psichico, adeguando i propri interventi al grado di collaborazione, operando quindi con l'obiettivo di favorire il recupero delle capacità residue, sostituendosi al paziente solo quando non vi sono alternative
  - Relazionarsi con empatia e ascolto: alcuni atteggiamenti che caratterizzano una comunicazione-relazione eticamente efficace sono:
    - ✓ *atteggiamento empatico*: conoscere e comprendere l'altro rispettando il suo stato, fisico, psichico e sociale
    - ✓ *atteggiamento autentico*: essere se stessi, quindi spontanei ed aperti alla comunicazione
    - ✓ *capacità di ascolto*
    - ✓ *mostrare interesse per la persona*
  - Igienizzare le mani
  - Indossare i guanti
  - Posizionare il letto in base indicazioni dei professionisti e delle richieste e/o necessità del paziente, ma anche in base alle procedure da eseguire, in modo da poter operare in comodità e sicurezza. Quando non vi sono indicazioni particolari sarà cura dell' OSS in accordo con il paziente,

utilizzare o meno la sponda del letto durante la procedura, garantendo però la garanzia costante della sicurezza.

- Posizionare il paziente: ove non vi siano indicazioni particolari il paziente va posizionato in modo comodo e confortevole, per lui e per l'operatore che deve eseguire la procedura
- Eseguire la prestazione

◈ *Riposizionamento dell'assistito e ripristino dell'ambiente*

- Riposizionare l'assistito: Sistemare il paziente in modo comodo e confortevole, come da sua richiesta o come da indicazione del professionista.
- Ripristinare l' unità posto letto: ripristinare le sponde alzandole o abbassandole, abbassare completamente l' altezza del letto per la sicurezza del paziente e avvicinare in posizione comoda e facilmente raggiungibile il comodino ed il sistema di chiamata
- Ripristinare il microclima
- Salutare

◈ *Lavaggio delle mani*

- Al termine di ogni procedura, è necessario rimuovere i DPI utilizzati e procedere al lavaggio sociale delle mani

◈ *Riordino del materiale*

- Riordino del materiale pulito: sistemare in modo corretto il materiale non utilizzato e sanitizzare il carrello secondo scheda operativa il carrello
- Rimozione e smaltimento rifiuti e biancheria: smaltire in modo appropriato e secondo protocollo sia i rifiuti che la biancheria sporca (utilizzare i DPI necessari una volta terminato lo smaltimento rimuoverli e procedere a nuovo lavaggio sociale delle mani)

◈ *Registrazione*:

- Registrare su apposita documentazione quanto effettuato

SCHEDA 1:

LAVAGGIO SOCIALE DELLE MANI

OBIETTIVI	Il lavaggio sociale delle mani serve: ✓ Ad allontanare fisicamente lo sporco e la maggior parte della flora transitoria della cute ✓ A ridurre la carica batterica sulle mani per prevenire le infezioni correlate alle pratiche assistenziali ✓ A prevenire le infezioni da contatto diretto
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Il lavaggio sociale delle mani deve essere prassi ordinaria e sistematica, nello specifico si esegue: ✓ Ad inizio e fine turno ✓ Prima e dopo la distribuzione degli alimenti ✓ Prima e dopo l'uso dei servizi igienici ✓ Prima e dopo il rifacimento dei letti ✓ Prima e dopo ogni contatto con i pazienti o con superfici o oggetti che stanno intorno al paziente ✓ Prima e dopo l'uso dei guanti ✓ Prima e dopo la collaborazione alla preparazione / somministrazione di terapie ✓ Dopo essersi soffiato il naso o protetti la bocca per tosse o starnuti
MATERIALI	✓ Acqua corrente ✓ Lavandino dedicato facile da decontaminare, detergere e disinfettare ✓ Sapone liquido a pH neutro, dispenser ✓ Salviette di carta monouso ✓ Contenitore rifiuti
	✓ Bagnare ed insaponare le mani con sapone liquido

DESCRIZIONE ATTIVITA'	strofinando accuratamente con particolare attenzione agli spazi ungueali e interdigitali, per 30-60 secondi secondo la seguente sequenza: I. Aprire il rubinetto e bagnare le mani con acqua tiepida II. Applicare il sapone nella quantità sufficiente a ricoprire tutta la superficie delle mani III. Frizionare palmo mano destra su dorso mano sinistra e viceversa IV. Frizionare palmo contro palmo con le dita intrecciate V. Frizionare dorso delle dita contro il palmo della mano opposta con le dita intrecciate VI. Frizionare con rotazione del pollice destro afferrato nel palmo della mano sinistra e viceversa VII. Frizionare con rotazione indietro ed avanti, con le dita della mano destra congiunte nella sinistra e viceversa ✓ Risciacquare abbondantemente con acqua corrente ✓ Asciugare accuratamente con le salviette di carta ✓ Utilizzare l' ultima salvietta per chiudere il rubinetto e smaltirla nell'apposito contenitore.
SEGNALAZIONI	Segnalare la data di apertura su ogni nuovo flacone utilizzato avendo cura di conservare il sapone nella sua confezione originale, senza travasarla in altri contenitori e senza rabboccarla al fine di prevenirne la contaminazione

N.B. Tenere sempre le unghie corte e pulite; evitare di indossare monili (anelli, bracciali) etc.

SCHEDA 2

LAVAGGIO ANTISETTICO DELLE MANI

OBIETTIVI	✓ Il lavaggio antisettico delle mani serve a distruggere rapidamente tutta la flora occasionale, a ridurre la carica microbica della flora residente e a prevenire le infezioni ospedaliere
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ Prima e dopo la collaborazione all'esecuzione di procedure invasive ✓ Prima di prestare assistenza ad un paziente in isolamento ✓ Prima di assistere pazienti immunodepressi ✓ Dopo il contatto con pazienti infetti ✓ Dopo il contatto con paziente nei quali e' stato isolato un microrganismo antibiotico-resistente ✓ Dopo la collaborazione all'esecuzione di medicazioni infette ✓ Dopo manipolazione di secreti, escreti, sangue o altri materiali biologici ✓ Dopo contatto accidentale con materiale biologico
MATERIALI	✓ Acqua corrente ✓ Lavandino dedicato facile da decontaminare, detergere e disinfettare ✓ Detergente con antisettico (clorexidina, cloro derivati, cloroxilenolo, iodofori, ecc) ✓ Salviette di carta
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Bagnare mani e polsi con acqua corrente e insaponare col sapone antisettico ✓ Strofinare accuratamente con particolare attenzione agli

	spazi ungueali e interdigitali, per 60/90 secondi secondo la seguente sequenza: I. Aprire il rubinetto e bagnare le mani con acqua tiepida II. Applicare uniformemente il sapone antisettico sulle mani uniformemente nella quantità indicata dal produttore III. Frizionare palmo mano destra su dorso mano sinistra e viceversa IV. Frizionare palmo contro palmo con le dita intrecciate V. Frizionare dorso delle dita contro il palmo della mano opposta con le dita interbloccate VI. Frizionare con rotazione del pollice destro afferrato nel palmo della mano sinistra e viceversa VII. frizione con rotazione indietro ed avanti, con le dita della mano destra congiunte nella sinistra e viceversa ✓ Risciacquare abbondantemente con acqua corrente ✓ Asciugare accuratamente con le salviette di carta ✓ Utilizzare l' ultima salvietta per chiudere il rubinetto
SEGNALAZIONI	Segnalare la data di apertura su ogni nuovo flacone utilizzato avendo cura di conservare il sapone antisettico nella sua confezione originale, senza travasarla in altri contenitori e senza rabboccarla al fine di prevenirne la contaminazione

SCHEDA 3:

DECONTAMINAZIONE ALCOLICA DELLE MANI

OBIETTIVI	✓ Ridurre la carica batterica sulle mani per prevenire le infezioni correlate alle pratiche assistenziali
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Si procede alla decontaminazione alcolica delle mani quando non è possibile eseguire il lavaggio antisettico per l'impossibilità di avere un lavandino nelle immediate vicinanze e quando le mani non sono visibilmente sporche ed è indicata nelle seguenti situazioni: ✓ Prima e dopo la collaborazione all'esecuzione di procedure invasive o di medicazioni ✓ Dopo aver assistito il paziente ✓ Prima di assistere pazienti immunodepressi ✓ Dopo il contatto accidentale con materiali biologici e con strumenti o materiali potenzialmente contaminati ✓ Prima della collaborazione alla preparazione e alla somministrazione di farmaci ✓ Durante l'esecuzione di procedure diverse sullo stesso paziente ✓ Dopo la rimozione dei guanti ✓ Prima della preparazione degli alimenti ✓ Dopo l'uso di servizi igienici e dopo essersi soffiati il naso
MATERIALI	✓ Soluzione alcolica per le mani
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Distribuire e frizionare il prodotto su entrambe le mani secondo la seguente sequenza e per almeno 30 secondi: I. Frizionare palmo con palmo II. Frizionare palmo mano destra su dorso mano sinistra e viceversa III. Frizionare palmo contro palmo con le dita intrecciate

	IV. Frizionare dorso delle dita contro il palmo della mano opposta con le dita interbloccate V. Frizionare con rotazione del pollice destro afferrato nel palmo della mano sinistra e viceversa VI. frizione con rotazione indietro ed avanti, con le dita della mano destra congiunte nella sinistra e viceversa VII. Fare evaporare l'antisettico
SEGNALAZIONI	Segnalare la data di apertura su ogni nuovo flacone utilizzato avendo cura di conservare la soluzione alcolica nella sua confezione originale, senza travasarla in altri contenitori e senza rabboccarla al fine di prevenirne la contaminazione

SCHEDA 4:

L' USO DEI GUANTI

OBIETTIVI	Creare una barriera fisica che sia in grado di ridurre sensibilmente le infezioni correlate all'assistenza e la possibile contaminazione degli operatori con materiali biologici potenzialmente infetti
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ L'uso dei guanti **NON** sostituisce l'igiene delle mani sia che venga effettuata con il metodo del frizionamento con soluzione alcolica sia con quello del lavaggio con acqua e sapone. ✓ Indossare i guanti quando si può ragionevolmente prevedere contatto con sangue o altri materiali potenzialmente infetti, mucose e cute non integra
MATERIALI	✓ Guanti sterili/non sterili di diversi materiali (lattice, polivinile, polietilene, nitrile ecc / con o senza talco)
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Prima di indossare i guanti procedere sempre al lavaggio delle mani ✓ Indossare sempre i guanti in caso di esposizione diretta al paziente: I. Contatto con sangue II. Contatto con membrane mucose e cute integra III. Potenziale presenza di organismi molto virulenti e pericolosi IV. RCP V. Raccolta di liquidi biologici ✓ Indossare sempre i guanti in caso di esposizione indiretta al paziente: I. Svuotare il pappagallo; II. posizionare e/o ritirare padella/pappagallo

	III. Manipolare biancheria IV. Manipolare/pulire la strumentazione V. Manipolare rifiuti VI. Pulire schizzi di liquidi corporei VII. Distribuzione di pasti e raccolta di stoviglie ✓ Finita ogni procedura rimuovere i guanti e smaltirli ✓ Procedere al lavaggio sociale delle mani NB: i guanti devono essere cambiati fra un paziente e l'altro, devono essere cambiati per procedure di diverso tipo sullo stesso paziente e devono essere sostituiti quando si verifica una rottura o lacerazione
SEGNALAZIONI	✓ Segnalare subito all' infermiere e/o al coordinatore l'eventuale contatto accidentale con liquidi biologici potenzialmente infetti ✓ Segnalare subito all' infermiere e/o al coordinatore eventuali difetti riscontrati sui guanti

SCHEDA 5:

SANITIZZAZIONE DEI PRESIDI

OBIETTIVI	Mantenimento del livello di contaminazione dei presidi nei limiti di sicurezza fissati dalla normativa. NB: la SANITIZZAZIONE è l'insieme di sanificazione e disinfezione La SANIFICAZIONE è la rimozione meccanica dello sporco (polveri, escreti, secreti, residui alimentari) da superfici o oggetti, attraverso l'utilizzo di acqua e detergenti tensioattivi ed è la condizione preliminare ed indispensabile per la corretta esecuzione della disinfezione la DISINFEZIONE è l' operazione avente per scopo la distruzione di germi patogeni eseguita tramite l'uso di disinfettanti (mezzi chimici)
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Effettuare la sanitizzazione: ✓ di attrezzature, apparecchiature e carrelli, almeno una volta al giorno, dopo ogni utilizzo o quando visibilmente sporche o contaminati ✓ di arredi, suppellettili, porte e maniglie (unità posto letto e camera di degenza), al momento della dimissione o del trasferimento del paziente o quando visibilmente sporche o contaminati
MATERIALI	✓ DPI ✓ Detergente in uso in azienda ✓ Disinfettante in uso in azienda- erogatore ✓ Panni di diverso colore per l'utilizzo sulle varie superfici ✓ 2 secchi di colore diverso (acqua sporca e acqua pulita)
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Preparare il materiale ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Indossare i DPI ✓ Asportare la polvere da superfici, arredi, suppellettili e presidi con l'ausilio di un panno inumidito col detergente

	✓ Lavare le suddette superfici con acqua e detergente (diluito in acqua secondo le indicazioni contenute nella scheda tecnica del prodotto) ✓ Risciacquare ed asciugare ✓ Precedere a disinfezione con panno dedicato e disinfettante diluito secondo le indicazioni della scheda tecnica, spruzzando direttamente il disinfettante sulla superficie e rispettando il tempo di contatto previsto per una corretta azione dello stesso. NB: attenzione al corretto utilizzo dei secchi con acqua pulita ed acqua sporca
SEGNALAZIONI	NB: segnalare tempestivamente all' infermiere e/o al coordinatore eventuali anomalie riscontrate durante il processo di sanitizzazione sia a carico delle superfici oggetto della procedura che dei materiali utilizzati. Ricordare inoltre che: • Le pulizie devono iniziare dalla zona meno sporca verso quella più sporca • Non bisogna mai rabboccare o miscelare il contenuto dei vari contenitori (sia detergente che disinfettante) • E' necessario segnare sulle confezioni la data di apertura • E' necessario rispettare la diluizione dei prodotti indicata dalla casa produttrice • Dopo l'uso, tutte le attrezzature devono essere decontaminate, deterse, asciugate e sanificate.

N.B. Preferibile utilizzare panni monouso; se presenti apparecchiature elettromedicali attenersi alle specifiche indicazioni del personale Infermieristico/ Tecnico ed ai protocolli vigenti.

SCHEDA 6:

SANITIZZAZIONE CULLETTE TERMICHE E NON TERMICHE

OBIETTIVI	✓ Definire e standardizzare le procedure di pulizia e disinfezione delle cullette termiche e delle cullette non termiche, al fine di prevenire e controllare l'insorgenza di Infezioni Correlate all'Assistenza ✓ Ridurre il rischio di sviluppo di colonie di agenti infettanti e la trasmissione da un neonato all'altro
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Sanitizzazione quotidiana e terminale delle cullette termiche/non termiche in uso nell'area materno/infantile SANITIZZAZIONE QUOTIDIANA: prevista ogni giorno, quando la culletta è abitata dal neonato SANITIZZAZIONE TERMINALE e PERIODICA: ✓ alla dimissione del paziente ✓ ogni 7 giorni, nel caso in cui il ricovero dovesse prolungarsi ✓ in seguito ad eventuali interventi manutentivi
MATERIALI	✓ DPI ✓ Detergente in uso in azienda e raccomandato dalle ditte che producono le culle ✓ Erogatore contenente disinfettante in uso in azienda e raccomandato dalle ditte che producono le culle, nelle percentuali raccomandate dalle suddette ditte (es. 1%/10% ecc.) ✓ Panni monouso
DESCRIZIONE ATTIVITA'	NB: la sanitizzazione sia quotidiana che terminale deve essere svolta in ambienti dedicati, che abbiano possibilmente una vasca apposita per il lavaggio degli elementi; non svolgere le attività nelle aree di degenza dei bimbi e non

DESCRIZIONE ATTIVITA'	erogare mai in loro presenza detergenti e/o disinfettanti. SANITIZZAZIONE QUOTIDIANA: ✓ Preparare il materiale ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Indossare i DPI ✓ Rimuovere la biancheria dalla culla e smaltirla negli appositi sacchi ✓ Sostituire i guanti previo nuovo lavaggio delle mani ✓ Spruzzare il detergente (diluito in acqua secondo le indicazioni contenute nella scheda tecnica del prodotto) su un panno pulito e procedere alla sanificazione dalle parti interne verso quelle esterne ✓ Risciacquare ed asciugare ✓ Spruzzare il disinfettante sul panno pulito e procedere alla sanificazione dalle parti interne verso quelle esterne ✓ Sostituire i guanti previo nuovo lavaggio delle mani ✓ Procedere al rifacimento del lettino con la biancheria pulita ✓ Smaltire i DPI ✓ Informare l'infermiere che il bimbo può essere adagiato nella sua culla SANITIZZAZIONE TERMINALE e PERIODICA: Il processo della sanitizzazione terminale o periodica, differisce da quello della sanitizzazione quotidiana, perché la culletta prima della procedura va smontata in tutte le sue parti, che devono essere sanitizzate accuratamente una per una. La sanitizzazione inizia dalle parti più interne (piano di appoggio, piani sottostanti, materasso, campana interna) e continua verso le più esterne (campana esterna, pannello di controllo, unità di umidificazione, porta grafico, mensole e cassetti, supporti, ruote); inoltre la sanitizzazione deve

DESCRIZIONE ATTIVITA'	essere effettuata partendo dall'alto verso il basso. ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Indossare guanti monouso ✓ Procedere alla detersione di tutte le parti lavabili, secondo le modalità sopra descritte ✓ Asciugare con un panno pulito ed eliminarlo ✓ Spruzzare il disinfettante su ciascun elemento della culla e lasciarlo agire rispettando i tempi di contatto indicati dalla casa produttrice dell'antisettico ✓ Con un panno pulito procedere alla sanificazione dalle parti interne verso quelle esterne quindi risciacquare e asciugare bene, utilizzando il panno con la tecnica dei quattro lati e sostituendolo ogni qualvolta è visibilmente sporco ✓ Riassemblare tutte le parti smontate ✓ Riposizionare il lettino nei locali individuati come deposito. Coprire con un telo pulito. ✓ Segnalare alla Coordinatrice eventuali guasti o anomalie
SEGNALAZIONI	NB: segnalare tempestivamente all' infermiere e/o al coordinatore eventuali anomalie riscontrate durante il processo di sanitizzazione sia a carico delle superfici oggetto della procedura che dei materiali utilizzati. Ricordare inoltre che è necessario: • Non rabboccare o miscelare mai il contenuto dei vari contenitori (sia detergente che disinfettante) • Segnare sulle confezioni la data di apertura • Rispettare la diluizione dei prodotti indicata dalla casa produttrice • Detergere ed asciugare dopo l'uso tutte le attrezzature

SCHEDA 7:

RIFACIMENTO DEL LETTO VUOTO (1 / 2 operatori)

OBIETTIVI	✓ Migliorare il comfort e l'igiene della persona assistita ✓ Ridurre pieghe e grinze della biancheria per evitare alterazioni cutanee sulle zone di compressione
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ Quotidianamente la mattina ✓ Ogni qual volta le lenzuola sono visibilmente sporche e/o bagnate o se ne ravvisa la necessità ✓ In preparazione all'accoglienza del paziente operato ✓ All'atto della dimissione del paziente, previa sanitizzazione del letto
MATERIALI	✓ DPI ✓ carrello biancheria pulita - copriletto - lenzuola - tele cerate - traverse - federe - coperte ✓ carrello biancheria sporca
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Preparare il materiale ✓ eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ indossare i DPI ✓ posizionare il letto ad una altezza idonea per l'operatore o per gli operatori, evitando sforzi inutili e riducendo il carico dei pesi ✓ allontanare eventuali arredi vicino al letto per avere lo spazio necessario per muoversi intorno allo stesso

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Stendere il coprimaterasso ✓ posizionare il lenzuolo inferiore avendo cura di centrarlo in lunghezza e larghezza ✓ rimboccare il lenzuolo iniziando dai lati corti (testiera e pediera del letto) distendendo con cura i lembi sotto il materasso ✓ sollevare in successione i lembi del materasso ripiegandoli prima sul piano del letto, in modo che formino quattro pieghe triangolari che andranno inserite poi sotto il materasso (eseguire la procedura prima alla testiera e poi alla pediera o viceversa) ✓ laddove previsto posizionare la traversa in tessuto con fondo impermeabile, trasversalmente al centro del letto, avendo cura di tenderla bene e rimboccarla sotto il materasso ✓ posizionare il lenzuolo superiore con il dritto rivolto verso il materasso, centrandolo in modo tale che possa essere ben rimboccato sotto la pediera e che possa essere effettuato un risvolto di almeno 30 cm verso la testiera del letto ✓ Posizionare sopra il lenzuolo superiore in successione la coperta e il copriletto, ripiegandoci sopra il risvolto del lenzuolo stesso; ripiegare sotto il materasso contemporaneamente i tre strati (lenzuolo, coperta e copriletto), ripiegando poi i due angoli con la tecnica già descritta ✓ Rivestire il cuscino pulito con la federa pulita, procedura facilitata se si rovescia la federa, e con le mani inseritevi si afferra il fondo del guanciale sul quale poi si fa scorrere la federa stessa

	✓ Posizionare il cuscino nella parte alta del letto NB: se il letto deve essere utilizzato nell'immediato, effettuare una risvolta di lenzuolo superiore, coperta e copriletto verso la metà o i 2/3 del letto per facilitare l'ingresso del paziente
SEGNALAZIONI	✓ Segnalare precocemente all' infermiere e/o coordinatore eventuali anomalie o guasti a carico del letto (soprattutto in caso di letti articolati elettrici) ✓ Segnalare all' infermiere e/o coordinatore la presenza di biancheria deteriorata e/o non perfettamente pulita

SCHEDA 8:

COLLABORAZIONE ALL'ACCOGLIMENTO DEL PAZIENTE IN REPARTO

OBIETTIVI	✓ Rendere meno traumatico e più agevole il momento dell'ingresso nell'U.O. ✓ Garantire un'adeguata sistemazione ed informazione al paziente e ai familiari
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ Ospedalizzazione della persona ✓ Ricovero o trasferimento del paziente
MATERIALI	✓ Unità posto letto pulita ed ordinata
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Salutare il paziente ed i suoi familiari / accompagnatori ✓ Presentarsi con proprio nome cognome e ruolo all'interno della struttura ✓ Accogliere e accompagnare il paziente nella stanza assegnata ✓ Illustrare al paziente la propria unità posto letto: il comodino, collocazione dell'armadietto, il funzionamento del campanello di chiamata, l'interruttore luce notturna e l'ubicazione del bagno ✓ Informare il paziente e i familiari sulla articolazione oraria delle attività quotidiane: attività assistenziali mattutine, visita medica, colloquio con il medico, orari dei pasti, visita dei familiari e servizi religiosi ✓ Fornire l'acqua ✓ Su indicazione dell' infermiere, l'OSS procede alla rilevazione dei parametri vitali ✓ Su indicazione dell'infermiere predisporre l'unità letto con gli ausili necessari (es. archetto solleva paziente, trapezio, cinghia, erogatore dell' O_2, eventuale aspiratore etc.)

	✓ Invitare il paziente ad indossare l'abbigliamento idoneo (pigiama, camicia da notte ecc), valutando la necessità di un aiuto per svestizione e vestizione ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Congedarsi dal paziente salutandolo e mettendosi a disposizione per eventuali necessità e/o chiarimenti
SEGNALAZIONI	✓ Segnalare precocemente all' infermiere e/o coordinatore eventuali specificità, criticità o problemi individuati durante l'accoglienza ✓ Segnalare precocemente all' infermiere e/o coordinatore eventuale rilevazione di valori anomali dei parametri vitali (vedi schede specifiche)

SCHEDA 9:

RILEVAZIONE PRESSIONE ARTERIOSA

OBIETTIVI	✓ Monitorare la pressione arteriosa del paziente
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ Ricercare segni di alterazione della pressione arteriosa in base ai piani di lavoro stabiliti dalla struttura di appartenenza, alle specifiche indicazioni infermieristiche ed in base alle condizioni del paziente
MATERIALI	✓ Sfigmomanometro manuale o elettronico con bracciale della misura idonea al paziente (bambino / adulto / obeso) ✓ Fonendoscopio ✓ Guanti monouso
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Indossare i guanti monouso ✓ Identificare e informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire privacy e microclima ✓ Aiutare il paziente ad assumere la posizione supina od eventualmente seduta con il braccio disteso su un piano ✓ Identificare la sede corretta(fisola, infusione, mastectomia etc.) ✓ Liberare dagli indumenti il braccio prescelto per la rilevazione, avendo cura che non si crei "l'effetto laccio" ✓ Attendere qualche minuto perché la rilevazione possa essere effettuata in una condizione di riposo ✓ Rilevazione manuale:posizionare il bracciale dello sfigmomanometro tre dita al di sopra della fossa ante

	cubitale e porre il diaframma del fonendoscopio sopra l'arteria brachiale e posizionare gli auricolare nelle orecchie ✓ Palpare il polso per localizzare l'arteria radiale ✓ Iniziare a gonfiare il manicotto finchè non si percepisce più il polso, gonfiare per ulteriori 30 mmHg circa ✓ Sgonfiare lentamente il manicotto mediante apposita valvola controllandone i valori ✓ Identificare il primo valore nel manometro quando si percepisce il primo battito:questa è la pressione arteriosa sitolica (massima);continuare a sgonfiare e ✓ Identificare il valore nel manometro quando i toni cambiano e quasi non si percepisce più alcun battito:questa è la pressione arteriosa diastolica (minima) ✓ Rimuovere il fonendoscopio ✓ Sgonfiare il manicotto e rimuovere il bracciale ✓ Aiutare il paziente ad assumere una posizione comoda e confortevole ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Effettuare il lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire il valore rilevato all'infermiere che registrare il valore della pressione arteriosa su apposita scheda
SEGNALAZIONI	La comunicazione all'infermiere deve essere tempestiva in caso di valori pressori superiori e inferiori a quelli ritenuti fisiologici o comunque normali per quel determinato paziente. L'Oss ha il compito di comunicare anche eventuali segni/sintomi associati (cardiopalmo, dispnea, agitazione, sopore, vertigine, dolore, brividi, diaforesi ecc.)

SCHEDA 10:

RILEVAZIONE TEMPERATURA CORPOREA CON TERMOMETRO TIMPANICO

OBIETTIVI	✓ Monitorare la temperatura corporea del paziente
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ Rilevare eventuali alterazioni della temperatura corporea in base ai piani di lavoro stabiliti dalla struttura di appartenenza, alle specifiche indicazioni infermieristiche e alle condizioni del paziente
MATERIALI	✓ Termometro digitale timpanico ✓ Copri sonda monouso ✓ Arcella reniforme ✓ Guanti non sterili
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti monouso ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Aiutare il paziente ad assumere una posizione confortevole ✓ Inserire coprisonda monouso sul termometro ✓ Controllare che nella sede di rilevazione scelta vi siano protesi, tappi di cerume o secreti ✓ Eseguire una lieve trazione del padiglione auricolare indietro e verso l'alto così da allineare il condotto uditivo e poter posizionare il termometro correttamente per la rilevazione (con particolare attenzione ai pazienti non autosufficienti) ✓ Tener il termometro in sede ed attendere il segnale

	acustico di fine rilevazione ✓ Rimuovere il termometro e leggere la temperatura rilevata ✓ Smaltire il copri sonda ✓ Aiutare il paziente ad assumere una posizione comoda e confortevole ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i guanti ed effettuare lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire il valore rilevato all'infermiere che provvederà a registrarlo su apposita scheda.
SEGNALAZIONI	La comunicazione all'infermiere deve essere tempestiva in caso di temperature superiori e inferiori a quelle ritenute fisiologiche. L'Oss ha il compito di comunicare anche eventuali segni/sintomi associati (cardiopalmo, dispnea, agitazione, sopore, vertigini, dolore, brividi, diaforesi ecc.)

SCHEDA 11:

RILEVAZIONE FREQUENZA CARDIACA PERIFERICA

OBIETTIVI	✓ Monitorare la frequenza cardiaca del paziente (polso radiale)
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ Ricercare segni di alterazione della frequenza cardiaca in base ai piani di lavoro stabiliti dalla struttura di appartenenza, alle specifiche indicazioni infermieristiche ed in base alle condizioni del paziente
MATERIALI	✓ Orologio (digitale o analogico) è necessaria la lancetta dei secondi ✓ Arcella reniforme ✓ Guanti non sterili
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti monouso ✓ Identificare e informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Aiutare il paziente ad assumere la posizione supina e a porre l'avambraccio lateralmente al tronco con il polso esteso e scoperto ed il palmo rivolto verso l'alto ✓ Attendere qualche minuto per garantire che la rilevazione avvenga a riposo e non sia influenzata da attività fisica ✓ Posizionare II-III e IV dito sul polso alla base del I dito del paziente ; non utilizzare il dito pollice in quanto ,spesso si apprezzano le proprie pulsazioni cardiache. ✓ Applicare una leggera pressione nella sede identificata fino alla percezione del polso ✓ Mantenendo le dita nella posizione corretta, guardare l' orologio ed iniziare il conteggio dei battiti (frequenza) per un minuto, prestando particolare attenzione alla loro

	regolarità (ritmo) e alla loro forza (ampiezza) ✓ Aiutare il paziente a riassumere una posizione comoda e confortevole ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i guanti ed effettuare lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire il valore rilevato all'infermiere che registra la frequenza cardiaca su apposita scheda
SEGNALAZIONI	La comunicazione all' infermiere deve essere tempestiva in caso di riscontro di importanti variazioni della frequenza rispetto ai valori fisiologici o precedentemente rilevati, in caso di riscontro di polso aritmico o in caso di modificazioni dell'ampiezza. Nei suddetti casi l' Oss ha il compito di comunicare anche eventuali segni/sintomi associati (cardiopalmo, dispnea, agitazione, sopore, dolore, brividi, diaforesi ecc.) NB: pressioni eccessive sul polso possono determinare l'occlusione dell'arteria e far percepire male il polso o non farlo percepire per nulla; anche pressioni troppo lievi possono non far percepire il polso.

SCHEDA 12:

RILEVAZIONE FREQUENZA RESPIRATORIA

OBIETTIVI	✓ Monitorare la frequenza respiratoria del paziente
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ Ricercare segni di alterazione della frequenza respiratoria in base ai piani di lavoro stabiliti dalla struttura di appartenenza, alle specifiche indicazioni infermieristiche ed in base alle condizioni del paziente
MATERIALI	✓ Orologio digitale o analogico (necessaria la lancetta dei secondi) ✓ Arcella reniforme ✓ Guanti non sterili
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Identificare e informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne il consenso/collaborazione (NB: sono diverse le scuole di pensiero in merito all' informare il paziente su fatto che si effettuerà la rilevazione della frequenza respiratoria. Aalcuni autori suggeriscono di far finta di rilevare il polso mentre si contano gli atti respiratori così da evitare che la rilevazione sia influenzata dallo stato emotivo del paziente stesso; altri autori suggeriscono di informare sempre e comunque il paziente sulla procedura che ci si appresta ad effettuare) ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Aiutare il paziente ad assumere la posizione supina e a porre l'avambraccio sul torace con il polso esteso e ed il palmo rivolto verso il basso ✓ Attendere qualche minuto per garantire che la rilevazione avvenga a riposo e non sia influenzata da attività fisica

	✓ Osservare l' orologio verificando il numero delle escursioni toraciche in un minuto ✓ Aiutare il paziente a riassumere una posizione comoda e confortevole ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Effettuare lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire il valore rilevato all'infermiere e registrare la frequenza respiratoria in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	La comunicazione all' infermiere deve essere tempestiva in caso di riscontro di importanti variazioni della frequenza respiratoria rispetto ai valori fisiologici o precedentemente rilevati. Nei suddetti casi l' Oss ha il compito di comunicare anche eventuali segni/sintomi associati (cardiopalmo, dispnea, agitazione, sopore, vertigini, dolore, brividi, diaforesi ecc.)

SCHEDA 13:

RILEVAZIONE SATURAZIONE PERIFERICA DELL'O_2

OBIETTIVI	✓ Monitorare la concentrazione dell'ossigeno a livello capillare
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ Ricercare segni di alterazione della saturazione dell'O_2 in base ai piani di lavoro stabiliti dalla struttura di appartenenza, alle specifiche indicazioni infermieristiche ed in base alle condizioni del paziente
MATERIALI	✓ Pulsiossimetro
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e microclima ✓ Aiutare il paziente ad assumere una posizione comoda confortevole ✓ Se sulle unghie è presente lo smalto rimuoverlo prima della rilevazione ✓ Posizionare il sensore su un dito della mano del paziente (in caso di impossibilità di rilevazione sulle dita della mano, la rilevazione potrà avvenire o sulle dita dei piedi o sul lobo dell'orecchio) ✓ Leggere sul display dello strumento il dato rilevato ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Riferire il valore rilevato all'infermiere e registrare la frequenza respiratoria in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	La comunicazione all' infermiere deve essere tempestiva in caso di riscontro di importanti variazioni della saturazione dell'O_2 rispetto ai valori fisiologici o precedentemente rilevati.

	Nei suddetti casi l' Oss ha il compito di comunicare anche eventuali segni/sintomi associati (cardiopalmo, dispnea, agitazione, sopore, vertigini, dolore, brividi, diaforesi ecc.). Riferire sempre all'infermiere la sede in cui è avvenuta la rilevazione della saturazione dell'O2

SCHEDA 14:

RILEVAZIONE DEL PESO CORPOREO

OBIETTIVI	✓ Rilevare e/o monitorare il peso corporeo del paziente
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ Monitorare il calo o l'aumento ponderale motivi clinici
MATERIALI	✓ Bilancia analogica o digitale
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti non sterili ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Condurre il paziente nell'ambulatorio dove è presente la bilancia ✓ Garantire la privacy e microclima ✓ Aiutare il paziente a svestirsi (il paziente dovrebbe indossare solamente la biancheria intima) ✓ In presenza di bilancia analogica posizionare la lancetta sullo zero, in presenza di bilancia digitale verificare l'azzeramento dei dati prima della rilevazione ✓ Aiutare il paziente a salire sulla bilancia ✓ Verificare che il paziente non si appoggi su altre superfici ✓ Leggere il peso ✓ Aiutare il paziente a scendere dalla bilancia ✓ Aiutare il paziente a rivestirsi ✓ Accompagnare il paziente nella sua stanza ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i guanti ed effettuare lavaggio sociale delle mani

	✓ Riferire il valore rilevato all'infermiere e registrare il peso in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	Segnalare tempestivamente se è avvenuto una variazione del peso. NB: Pesare il paziente il mattino a digiuno, e comunque sempre alla stessa ora e nelle stesse condizioni (se è richiesta la rilevazione quotidiana del peso)

SCHEDA 15:

PREPARAZIONE DEL CARRELLO PER LE CURE IGIENICHE

OBIETTIVI	Avere sempre a disposizione un carrello contenente tutto il necessario per eseguire le cure igieniche
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ Utilizzo del carrello per l'esecuzione delle cure igieniche parziali e/o totali, in base ai piani di lavoro stabiliti dalla struttura di appartenenza, alle specifiche indicazioni infermieristiche ed in base alle esigenze del paziente. ✓ Nel carrello standard devono essere preparati, in misura sufficiente, almeno i seguenti :
MATERIALI	✓ DPI ✓ Biancheria pulita (lenzuola, traverse, federe, coperte e copriletti) ✓ Traverse monouso ✓ Pannoloni di diverse misure ✓ Manopole monouso (saponate e non saponate), eccezionalmente spugne monouso o cotone ✓ Salviette umidificate ✓ Detergenti (intimo e non intimo) ✓ Bricco ✓ Catino ✓ Arcelle reniformi ✓ Padelle ✓ Asciugamani ✓ Sacche diuresi ✓ Condom ✓ Crema idratante ✓ Salviette di carta ✓ Bicchieri monouso ✓ Cannucce ✓ Disponibili nel "carrello "biancheria sporca

	✓ Abbassalingua ✓ Contenitore smaltimento rifiuti
DESCRIZIONE ATTIVITA'	La preparazione del carrello deve essere preceduta dalla sua sanitizzazione, e deve avvenire in ambienti idonei possibilmente dedicati come ad esempio il deposito della biancheria pulita
SEGNALAZIONI	Segnalare subito all' infermiere e/o al coordinatore l'eventuale carenza e/o deterioramento del materiale in utilizzo

SCHEDA 16:

CURE IGIENICHE PARZIALI: I CAPELLI

OBIETTIVI	✓ Favorire il comfort del paziente ✓ Promuovere il benessere psicofisico del paziente ✓ Mantenere l'integrità e l'idratazione del cuoio capelluto ✓ Favorire l'eliminazione dei grassi naturali ✓ Prevenire irritazioni e lesioni del cuoio capelluto
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	È necessario eseguire l'igiene del cuoio capelluto nei pazienti con degenza lunga o che presentano capelli e capo visibilmente sporchi
MATERIALI	✓ Guanti non sterili ✓ Bricco ✓ Catino per la raccolta dell'acqua ✓ Asciugamano ✓ Telino monouso impermeabile ✓ Shampo ed ev. balsamo ✓ Spazzola e/o pettine ✓ Asciugacapelli
DESCRIZIONE ATTIVITA'	*TECNICA PER IL PAZIENTE CHE PUO' RAGGIUNGERE IL BAGNO* ✓ Preparare tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti non sterili ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Accompagnare la persona in bagno ✓ Farla sedere comodamente con le spalle rivolte al lavabo ✓ Posizionare un asciugamano sulle spalle ✓ Regolare l'acqua ad una temperatura confortevole per il paziente ✓ Tramite il bricco (in assenza di dispositivo da doccia),

DESCRIZIONE ATTIVITA'	bagnare il capo ✓ Applicare lo sciampo e massaggiare il cuoio capelluto ✓ Risciacquare ✓ Applicare il balsamo e pettinare ✓ Risciacquare ✓ Asciugare capelli e cuoio capelluto tamponando e avvolgere il capo nell'asciugamano ✓ Completare l'asciugatura con l'asciugacapelli ✓ Pettinare ✓ Far assumere al paziente una posizione comoda e confortevole ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Riordinare e ripristinare tutto il materiale ✓ Effettuare lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura all'infermiere e registrare la procedura in cartella infermieristica *TECNICA PER IL PAZIENTE CHE NON PUO' RAGGIUNGERE IL BAGNO* La procedura riferita al paziente allettato è uguale a quella relativa al paziente che può raggiungere il bagno, con la sola differenza relativa al posizionamento del paziente: ✓ Sollevare il piano del letto ad una altezza comoda per l'operatore ✓ Posizionare il paziente in posizione supina ✓ Rimuovere il cuscino e metterlo sotto le spalle del paziente ✓ Proteggere con traverse impermeabili il letto e le spalle del paziente ✓ Posizionare il catino sotto il capo del paziente

	✓ Procedere al lavaggio secondo le fasi su descritte ✓ Asciugare capelli e cuoio capelluto tamponando e avvolgere il capo nell'asciugamano ✓ Completare l'asciugatura con l'asciugacapelli ✓ Pettinare ✓ Riposizionare il paziente in una posizione comoda e confortevole ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Riordinare e ripristinare tutto il materiale ✓ Effettuare lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura all'infermiere e registrare la procedura in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	Segnalare tempestivamente all'infermiere eventuali anomalie rilevate a carico del cuoio capelluto(segni di flogosi, lesioni da pressione, eruzioni, escoriazioni, scaglie di desquamazione), presenza di parassiti e/o loro uova, eventuale dolore riferito dal paziente.

N.B. Valutare l'utilizzo di sistemi alternativi di comprovata efficacia(es. cuffie umidificate etc.)

SCHEDA 17:

CURE IGIENICHE PARZIALI: IL CAVO ORALE

OBIETTIVI	✓ Favorire il comfort del paziente ✓ Promuovere il benessere psicofisico del paziente ✓ Assicurare l'igiene del cavo orale ✓ Prevenire le affezioni del cavo orale ✓ Prevenire le affezioni delle vie aeree ✓ Prevenire la carie ✓ Mantenere l'integrità e l'idratazione della mucosa orale
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	La pulizia del cavo orale si rende necessaria in varie situazioni: ✓ Pazienti a rischio di infezioni (in stato di incoscienza, persone anziane, persone defedate, portatori di sondino naso gastrico) ✓ In caso di digiuno prolungato (per esempio pazienti con nutrizione parenterale o enterale in atto) ✓ Nel post-operatorio
MATERIALI	✓ Arcella reniforme ✓ Catino per la raccolta dell'acqua ✓ Salviette di carta ✓ Asciugamano ✓ Bicchiere di carta ✓ Filo interdentale ✓ Dentifricio ✓ Spazzolino ✓ Colluttorio ✓ Cannuccia ✓ Abbassa lingua ✓ Garze non sterili ✓ Telino monouso

DESCRIZIONE ATTIVITA'	*TECNICA PER IL PAZIENTE AUTOSUFFICIENTE* ✓ Preparare tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Posizionare il paziente in posizione seduta ✓ Spiegare al paziente la necessità di eseguire la pulizia del cavo orale almeno 2 volte al giorno ✓ Se il paziente è portatore di protesi dentaria dare indicazioni per una corretta conservazione della stessa consigliandogli di conservarla durante la notte in una soluzione antisettica specifica nei contenitori chiusi forniti dall'azienda. *TECNICA PER IL PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE O PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE* ✓ Preparare tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Indossare i guanti non sterili, la mascherina e cuffia copricapo ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Posizionare il paziente in posizione seduta, e laddove non possibile, posizionarlo in decubito laterale ✓ Mettere il telino di protezione davanti al paziente ✓ Laddove sia possibile l'utilizzo del filo interdentale ,tagliarne un segmento della lunghezza di 30-40 cm ed avvolgerne entrambe le estremità attorno al dito medio (si consigliano due giri), afferrando il filo teso con i pollici e gli indici ✓ Premere delicatamente il filo sulla sottile fessura

DESCRIZIONE ATTIVITA'	interdentale, avendo cura di tenerlo teso e ben saldo ✓ Successivamente, abbracciare il dente con il filo formando una sorta di C. Far scivolare il filo verso il basso (verso l'estremità della corona del dente), imprimendo sempre un certo attrito fino a pulire il dente anche al di sotto del margine gengivale. Il movimento deve essere deciso ma nel contempo delicato per evitare di lesionare od irritare la gengiva. Ogni qualvolta si estrae il filo per pulire il dente successivo, è indispensabile utilizzare una parte pulita del nastro. ✓ Ripetere la procedura in tutti i denti ✓ Spostare la guancia con un abbassalingua senza garza e con un altro abbassalingua avvolto in una garza inumidita col colluttorio iniziare la pulizia del cavo orale ✓ Cominciare sempre dal fondo della bocca in avanti, pulendo le varie parti della bocca : parte esterna delle gengive, parte interna delle guance, palato, parte interna delle gengive, lingua, sotto la lingua ✓ Cambiare l'abbassalingua e le garze ogni volta che è necessario ✓ Porgere al paziente bicchiere con acqua e cannuccia e far risciacquare la bocca al paziente (SOLO SE E' COSCIENTE e COLLABORANTE) e mettere un catino sotto la bocca per permettergli di sputare ✓ Inumidire lo spazzolino con acqua e porvi sopra il dentifricio ✓ Porgere lo spazzolino al paziente ed invitarlo a lavarsi i denti autonomamente e qualora non fosse in grado provvedere lo spazzolamento dei denti ✓ Spazzolare la lingua ✓ Porgere al paziente bicchiere con acqua e cannuccia e far risciacquare la bocca al paziente (SOLO SE E' COSCIENTE e COLLABORANTE) e mettere un catino sotto la bocca per

	permettergli di sputare ✓ Invitare il paziente a sciacquare abbondantemente la bocca con il collutorio risciacquare con garza bagnata se il paziente non è cosciente ✓ Pulire le labbra ed applicare emolliente specifico ✓ Al termine dell'igiene riposizionare il paziente in posizione comoda e confortevole ✓ Smaltire i rifiuti ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i guanti ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riordinare e ripristinare tutto il materiale ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura all'infermiere e registrare la procedura in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	Segnalare tempestivamente all'infermiere eventuali anomalie rilevate a carico del cavo orale (lingua "carta vetrata", stato dei denti, delle gengive e delle labbra), presenza di segni di flogosi, comparsa di emorragie durante la procedura ed eventuale dolore riferito dal paziente. NB: Ricordare che l'igiene del cavo orale va eseguita lontano dai pasti al fine di prevenire episodi di vomito.

SCHEDA 18:

CURE IGIENICHE PARZIALI: GLI OCCHI

OBIETTIVI	✓ Favorire il comfort del paziente ✓ Promuovere il benessere psicofisico del paziente ✓ Mantenere l'integrità e l'idratazione degli occhi e delle palpebre ✓ Rimuovere le secrezioni ✓ Prevenire lesioni oculari conseguenti a secchezza ✓ Prevenire infezioni oculari
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	L'igiene degli occhi va eseguita su quei pazienti che presentano patologie oculari o che presentano alterazione della funzione palpebrale (stato di coma, paralisi palpebrali, secrezioni eccessive, limitazione della mobilità)
MATERIALI	✓ Guanti non sterili ✓ Arcella reniforme ✓ Fiale acqua sterile o di soluzione fisiologica al 0.9% ✓ Siringhe da 10 ml ✓ Telino monouso ✓ Garze sterili in tessuto non tessuto ✓ Guanti non sterili senza talco
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Preparare tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti non sterili ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Posizionare il paziente in posizione comoda e confortevole, possibilmente seduto o semiseduto ✓ Posizionare un telino monouso sul torace del paziente

	✓ Imbibire un garza sterile con acqua sterile o sol. fisiologica ✓ Rimuovere con delicatezza le secrezioni dall'angolo palpebrale interno verso l'esterno ✓ Non utilizzare la stessa garza per più di un passaggio ✓ Non utilizzare la stessa garza per entrambe gli occhi ma sostituirla ✓ Asciugare le palpebre tamponando leggermente con garze asciutte ✓ Al termine della procedura riposizionare il paziente in posizione comoda e confortevole ✓ Smaltire i rifiuti ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i guanti ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riordinare e ripristinare tutto il materiale ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura all'infermiere e registrare la procedura in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	Segnalare tempestivamente all'infermiere eventuali anomalie rilevate a carico delle palpebre e della congiuntiva (eccesso di secrezioni,segni di flogosi ed eventuale dolore riferito dal paziente). NB: in caso di secrezioni abbondanti riferire subito all'infermiere e collaborare con lui per l'esecuzione dell' irrigazione della congiuntiva con soluzione fisiologica attraverso una siringa senza ago.

SCHEDA 19:

CURE IGIENICHE PARZIALI: IL NASO

OBIETTIVI	✓ Favorire il comfort del paziente ✓ Promuovere il benessere psicofisico del paziente ✓ Mantenere l'integrità e l'idratazione delle mucose nasali ✓ Rimuovere le secrezioni ✓ Prevenire le lesioni e le infezioni nasali
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	L'igiene del naso va eseguita su quei pazienti che vivono una condizione di dipendenza assistenziale parziale o totale (limitazione della mobilità, stato di coma, portatori di SNG, portatori di tubo naso-tracheale)
MATERIALI	✓ Guanti non sterili ✓ Arcella reniforme ✓ Fiale acqua sterile o di soluzione fisiologica al 0.9% ✓ Olio di vasellina ✓ Telino monouso ✓ Fazzoletti di carta ✓ Garze e/o batuffoli sterili in tessuto non tessuto ✓ Guanti non sterili senza talco NB: è assolutamente vietato l'utilizzo di strumenti appuntiti o bastoncini cotonati
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Preparare tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti non sterili ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Posizionare il paziente in posizione comoda e confortevole, possibilmente seduto o semiseduto

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Posizionare un telino monouso sul torace del paziente ✓ Se il paziente è collaborante porgere un fazzoletto di carta e invitarlo a soffiarsi il naso ✓ Imbibire una garza con acqua (possibilmente precedentemente riscaldata) ✓ procedere delicatamente alla rimozione delle secrezioni avendo cura di non dislocare eventuali presidi (SNG/tubo naso-tracheale) in tal caso avvertire immediatamente l'infermiere ✓ In caso di secrezioni molto secche, lasciarle ammorbidire per qualche minuto con olio di vasellina ✓ Ripetere la procedura per entrambe le narici avendo cura di cambiare sempre la garza ✓ Asciugare le narici tamponando leggermente con garze asciutte ✓ Al termine della procedura riposizionare il paziente in posizione comoda e confortevole ✓ Smaltire i rifiuti ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i guanti ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riordinare e ripristinare tutto il materiale ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura all'infermiere e registrare la procedura in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	Segnalare tempestivamente all'infermiere eventuali anomalie rilevate a carico delle narici (eccesso di secrezioni, sangue, segni di flogosi, ulcere, lesioni da decubito ed eventuale dolore riferito dal paziente). NB: in caso di dislocazione di presidi presenti (SNG/tubo naso-tracheale), chiamare immediatamente l'infermiere

SCHEDA 20:

CURE IGIENICHE PARZIALI: IL VISO E LA RASATURA

OBIETTIVI	✓ Favorire il comfort del paziente ✓ Promuovere il benessere psicofisico del paziente ✓ Mantenere l'integrità e l'idratazione della cute e delle mucose nasali ✓ Rimuovere i peli superflui dal viso
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	L'igiene del viso è una procedura che rientra tra le pratiche quotidiane, e va eseguita su quei pazienti che vivono una condizione di dipendenza assistenziale parziale o totale (limitazione della mobilità, stato di coma, portatori di SNG, portatori di tubo naso-tracheale). La rasatura della barba può essere eseguita a giorni alterni o in base alle necessità e/o richieste del paziente.
MATERIALI	✓ Guanti non sterili ✓ Catino ✓ Tavolino da letto ✓ Telino monouso ✓ Sapone detergente ✓ Asciugamano ✓ Manopola monouso ✓ Schiuma da barba monodose ✓ Pennello da barba solo se personale del paziente ✓ Crema idratante ✓ Rasoio (elettrico o monouso classico)
	✓ Preparare tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti non sterili

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Posizionare il paziente in posizione seduta o semiseduta se almeno parzialmente collaborante, altrimenti supino in decubito laterale ✓ Posizionare un telino monouso sul torace del paziente o sotto il capo se disteso ✓ Riempire il catino con acqua tiepida/calda, in base alle esigenze del paziente ✓ Ritornare al letto del paziente e collocare la bacinella sull'apposito tavolino da letto ✓ Inumidire ed insaponare la manopola passandola su tutto il viso, collo, padiglione auricolare e spazio retroauricolare ✓ Risciacquare ✓ Asciugare tamponando ✓ Applicare crema idratante
DESCRIZIONE ATTIVITA'	NELL' UOMO IN CASO DI RASATURA CON RASOIO TRADIZIONALE: ✓ Immergere la manopola nel catino con acqua a 38°/40°C, strizzare e collocare sul viso del paziente per ammorbidire la pelle e lasciarla per 3-5 minuti ✓ Applicare la crema da barba con le mani guantate o con il pennello ✓ Tenere la cute della zona da radere tesa tendendola verso l'alto ✓ Tenere il rasoio inclinato a 45° e passarlo sulla cute (senza premere) a piccoli tratti e procurare piccoli movimenti sulle guance e sul mento come intorno alle labbra ✓ Sciacquare frequentemente il rasoio durante la rasatura

	✓ Risciacquare ✓ Asciugare tamponando ✓ Applicare crema idratante/soluzione specifica dopobarba NELL' UOMO IN CASO DI RASATURA CON RASOIO ELETTRICO: ✓ Far precedere la rasatura dal lavaggio del viso, secondo le modalità sopra descritte ✓ Asciugare accuratamente il viso tamponando ✓ Procedere a rasatura con rasoio elettrico, secondo le modalità indicate dalla casa produttrice (movimenti rotatori o lineari) per ottenere una rasatura ottimale ✓ Risciacquare il viso ✓ Asciugare tamponando ✓ Applicare crema idratante/soluzione specifica dopobarba AL TERMINE DELLA PROCEDURA: ✓ Riposizionare il paziente in posizione comoda e confortevole ✓ Smaltire i rifiuti ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i guanti ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riordinare e ripristinare tutto il materiale ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura all'infermiere e registrare la procedura in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	Segnalare tempestivamente all'infermiere eventuali anomalie rilevate a carico delle cute del viso (sanguinamenti anomali e/o copiosi durante la rasatura, segni di flogosi, ulcere, lesioni da decubito ed eventuale dolore riferito dal paziente).

SCHEDA 21:

CURE IGIENICHE PARZIALI: LE ORECCHIE

OBIETTIVI	✓ Favorire il comfort del paziente ✓ Promuovere il benessere psicofisico del paziente ✓ Mantenere l'integrità cutanea ✓ Favorire la prevenzione di infezioni ✓ Favorire la prevenzione di lesioni
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	L'igiene delle orecchie rientra nelle pratiche igieniche quotidiane, e va eseguita su quei pazienti che vivono una condizione di dipendenza assistenziale parziale
MATERIALI	✓ Guanti non sterili ✓ Catino ✓ Acqua a 38°/40°C purchè tiepida ✓ Detergente ✓ Manopole saponate monouso ✓ Telino monouso ✓ Asciugamano ✓ Salviette di carta ✓ Forbicine personali con punta arrotondata ✓ Arcella reniforme
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Preparare tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti non sterili ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Fare in modo che intorno al letto ci sia lo spazio sufficiente all'esecuzione della procedura ✓ Posizionare il paziente in posizione comoda e

DESCRIZIONE ATTIVITA'	confortevole, possibilmente seduto o semiseduto ✓ Posizionare un telino monouso sul torace del paziente ✓ In presenza di protesi acustica, rimuoverla, detergerla con garza umida e riporla nell'apposita custodia secondo le specifiche indicazioni dell'infermiere ✓ Imbibire una garza con acqua e detergente (alla temperatura gradita dal paziente) e avvolgerla nel dito indice della mano dominante ✓ pulire il padiglione esterno ✓ Imbibire un'altra garza solo con acqua e avvolgerla nel dito indice della mano dominante ✓ Ripulire il padiglione esterno avendo cura che non restino residui di sapone ✓ ripetere l'operazione per entrambe le orecchie avendo cura di cambiare sempre la garza per ogni passaggio ✓ Al termine della procedura riposizionare il paziente in posizione comoda e confortevole ✓ Smaltire i rifiuti ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i guanti ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riordinare e ripristinare tutto il materiale ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura all'infermiere e registrare la procedura in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	Segnalare tempestivamente all'infermiere eventuali anomalie rilevate a carico delle orecchie (eccesso di secrezioni, sangue, segni di flogosi, ulcere, lesioni da decubito ed eventuale dolore riferito dal paziente)

SCHEDA 22:

CURE IGIENICHE PARZIALI: MANI E PIEDI

OBIETTIVI	✓ Favorire il comfort del paziente ✓ Promuovere il benessere psicofisico del paziente ✓ Mantenere l'integrità cutanea ✓ Favorire la prevenzione delle infezioni ✓ Prevenire l'insorgenza di lesioni
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	L'igiene delle mani e dei piedi rientra nelle pratiche igieniche quotidiane, e va eseguita su quei pazienti che vivono una condizione di dipendenza assistenziale parziale o totale, o in quei pazienti che presentano impossibilità ad effettuare movimenti fini (es. pazienti con tremori op deficit di presa)
MATERIALI	✓ Guanti non sterili ✓ Catino/bacinella ✓ Bricco ✓ Acqua 38°C circa ✓ Detergente ✓ Manopole saponate/non saponata monouso ✓ Telino monouso ✓ Asciugamano ✓ Salviette di carta ✓ Crema idratante ✓ Forbicine personali con punta arrotondata / taglia unghie ✓ Lima monouso e/o personale
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Preparare tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti non sterili ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Garantire che intorno al letto ci sia lo spazio sufficiente per la mobilizzazione del paziente e per l'esecuzione della procedura ✓ Quotidianamente: 1) Effettuare il lavaggio standard di mani e piedi, con acqua e detergente, attraverso l'utilizzo di una manopola, con particolare attenzione agli spazi interdigitali e sub-ungueali 2) Alla fine del lavaggio, procedere ad asciugare mani e piedi tamponando 3) Applicare crema idratante fino ad assorbimento SETTIMANALMENTE O ALL' OCCORRENZA: 1) Posizionare il paziente in posizione comoda e confortevole, seduto o semi seduto; se possibile farlo sedere sulla poltrona 2) Posizionare un telino monouso sul pavimento sotto i piedi del paziente (nel caso in cui il paziente non possa sedersi sulla poltrona, proteggere la biancheria con un telino) 3) Preparare una bacinella/catino con acqua alla temperatura di 38°C/40°C e diluirvi del detergente in una quantità sufficiente 4) Adagiare la bacinella sul telino ed immergere i piedi del paziente per circa 10 minuti, verificandone il gradimento in merito alla temperatura 5) Procedere a detersione tramite manopola con particolare attenzione agli spazi interdigitali e sub ungueali 6) Riempire il bricco con acqua alla temperatura di 38°C circa e procedere al risciacquo 7) Allontanare la bacinella 8) Asciugare tamponando

	9) Effettuare il taglio rettilineo per ogni unghia, lasciando 1-2 mm di crescita 10) Una volta effettuato il taglio, smussare le unghie solo con lima monouso/personale ✓ Applicare crema idratante fino ad assorbimento ✓ Ripetere procedure sulle mani ✓ Al termine della procedura riposizionare il paziente in posizione comoda e confortevole ✓ Smaltire i rifiuti ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i guanti ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riordinare e ripristinare tutto il materiale ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura all'infermiere e registrare la procedura in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	NB: particolare attenzione va prestata nell'esecuzione di questa proceduta su pazienti diabetici o affetti da problemi vascolari. Segnalare tempestivamente all'infermiere eventuali anomalie rilevate a carico della cute di mani e piedi (segni di flogosi, ulcere, lesioni da decubito, necrosi ed eventuale dolore riferito dal paziente) o a carico delle unghie

SCHEDA 23:

CURE IGIENICHE PARZIALI: IGIENE PERINEALE

OBIETTIVI	✓ Favorire il comfort del paziente ✓ Assicurare la dignità alle persone incontinenti ✓ Promuovere il benessere psicofisico del paziente ✓ Favorire la prevenzione delle infezioni ✓ Favorire la prevenzione dei cattivi odori ✓ Mantenere l'integrità cutanea ✓ Prevenire le lesioni
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	L'igiene perineale rientra nelle pratiche igieniche pluriquotidiane, e va eseguita su quei pazienti che vivono una condizione di dipendenza assistenziale parziale o totale (paziente nel periodo post- operatorio, allettati, con deficit anche parziali della mobilità)
MATERIALI	✓ DPI ✓ Bricco con acqua a 37/38° C ✓ Detergente intimo ✓ Telino monouso impermeabile ✓ Padella ✓ Manopole saponate / non saponate ✓ Asciugamano ✓ Crema idratante
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Verificare che il carrello contenga tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i DPI ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Garantire che intorno al letto ci sia lo spazio idoneo e

DESCRIZIONE ATTIVITA'	necessario per svolgere la procedura ✓ far assumere al paziente la posizione supina ✓ Sollevare il letto ad una altezza che renda agevole per l'operatore la procedura ✓ Posizionare il telino monouso all'altezza del bacino del paziente ✓ Rimuovere la biancheria intima e/o il panno al paziente (smaltire il panno secondo la procedura aziendale dello smaltimento dei rifiuti) ✓ Posizionare la padella ✓ Verificare il gradimento della temperatura dell'acqua ✓ Bagnare la manopola ✓ Iniziare a versare l'acqua sui genitali *NELL'UOMO:* ✓ Far divaricare leggermente gli arti inferiori ✓ Retrarre il prepuzio e scoprire il glande ✓ Eseguire la pulizia dall'area più pulita a quella più sporca, quindi dal meato urinario verso l'esterno con movimenti circolari, rimuovendo eventuali secrezioni ✓ Ripetere l'operazione più volte finché necessario, avendo cura di sostituire la manopola se troppo sporca ✓ Risciacquare e ricoprire il glande ✓ Procedere al lavaggio e al risciacquo del pene e dello scroto ✓ far ruotare il paziente e procedere al lavaggio e risciacquo della zona anale e perianale ✓ Asciugare tamponando *NELLA DONNA* ✓ Far assumere alla donna la posizione ginecologica ✓ Con una mano divaricare delicatamente grandi e piccole labbra, e procedere alla pulizia dall'area più pulita a

DESCRIZIONE ATTIVITA'	quella più sporca, quindi dal meato uretrale a quello vaginale ✓ Risciacquare ✓ far ruotare il paziente e procedere al lavaggio e risciacquo della zona anale e perianale ✓ Asciugare tamponando Per completare la procedura: ✓ Rimuovere la padella e la traversa ✓ Applicare crema idratante ✓ Al termine della procedura riposizionare il paziente in posizione comoda e confortevole ✓ Smaltire i rifiuti ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riordinare e ripristinare tutto il materiale ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura all'infermiere e registrare la procedura in cartella infermieristica NB: valutare sempre accuratamente che il lenzuolo inferiore e l'eventuale traversa siano asciutte e ben tese e sostituirle in caso fossero bagnate
SEGNALAZIONI	Segnalare tempestivamente all'infermiere eventuali anomalie rilevate a carico della cute dei genitali e della zona perineale (eccesso di secrezioni, sangue, segni di flogosi, ulcere, lesioni da decubito ed eventuale dolore riferito dal paziente).

SCHEDA 24:

BAGNO A LETTO (due operatori)

OBIETTIVI	✓ Assicurare il benessere psico-fisico del paziente ✓ Favorire il suo rilassamento e comfort ✓ Garantire la pulizia della cute ✓ Favorire la prevenzione dei cattivi odori ✓ Concorrere al mantenimento dell'integrità cutanea
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Il bagno a letto rientra nelle pratiche igieniche periodiche, e va eseguita su quei pazienti che vivono una condizione di dipendenza assistenziale parziale o totale (prevalentemente pazienti allettati), per i quali non è possibile spostarsi dal letto o essere posizionato su una carrozzina per eseguire la doccia o il bagno nelle modalità consuete.
MATERIALI	✓ DPI ✓ Bacinella o catino con acqua a 37/38°C ✓ Telini impermeabili ✓ Detergente ✓ Padella ✓ Manopole saponate / non saponate ✓ Asciugamani ✓ Salviette di carta ✓ Deodorante (personale del paziente) ✓ Crema idratante ✓ Biancheria da letto pulita ✓ Indumenti puliti per il paziente
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Verificare che il carrello contenga tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i DPI ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da

DESCRIZIONE ATTIVITA'	eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Garantire che intorno al letto ci sia lo spazio idoneo e necessario per svolgere la procedura ✓ Posizionare il paziente supino con il piano del letto in orizzontale ✓ Sollevare il letto ad una altezza che renda agevole per l'operatore la procedura ✓ Posizionare una sedia sanitizzata ai piedi del letto ✓ Rimuovere la coperta ed il copriletto ed adagiarli sulla sedia e liberare il lenzuolo superiore dalla parte bassa del letto ✓ Rimuovere tutti gli indumenti al paziente e coprirlo col lenzuolo ✓ Disporre delle traverse monouso sotto il paziente ✓ Verificare il gradimento della temperatura dell'acqua ✓ Bagnare la manopola ✓ Lavare e risciacquare in successione: viso, torace, arti superiori e mani, con particolare attenzione alla regione ascellare, e nelle donne a quella sotto – mammaria ✓ Asciugare tamponando ✓ Far ruotare il paziente su un fianco e procedere a lavaggio e risciacquo del dorso e della zona lombosacrale, previo cambio della manopola ✓ Riportare il paziente in posizione supina e coprire il torace ✓ Sostituire la manopola e l'acqua per poi lavare e risciacquare in successione: addome, arti inferiori e piedi ✓ Asciugare tamponando ✓ Procedere come da "igiene perineale" ✓ Asciugare tamponando ✓ Applicare crema idratante su tutto il corpo ✓ Rimuovere le traverse monouso

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Rivestire il paziente ed applicare eventuale deodorante ✓ Sostituire le lenzuola ed eventuale traversa in tessuto presente nel letto ✓ Al termine della procedura riposizionare il paziente in posizione comoda e confortevole ✓ Smaltire i rifiuti ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riordinare e ripristinare tutto il materiale ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura all'infermiere e registrare la procedura in cartella infermieristica NB_1: durante il bagno avere cura di lasciare scoperta solo la parte che si sta lavando in quel preciso momento, ricoprendola con un telo pulito appena finito e prima di procede al lavaggio di un'altra zona del corpo NB_1: Nei pazienti grandi obesi, dedicare particolare attenzione al lavaggio, asciugatura e idratazione delle pieghe cutanee NB_2: Laddove presente, per l'esecuzione del bagno/doccia a letto, utilizzare la barella doccia in dotazione
SEGNALAZIONI	Segnalare tempestivamente all'infermiere eventuali anomalie rilevate a carico della cute dei vari distretti corporei e/o dei presidi utilizzati

SCHEDA 25:

LA DOCCIA PREOPERATORIA

OBIETTIVI	✓ Diminuire la colonizzazione microbica della cute del paziente che deve essere sottoposto a intervento chirurgico o procedura invasiva
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	La doccia preoperatoria rientra nelle pratiche igieniche la cui implementazione è fortemente raccomandata (categoria 1B dei CDC di Atlanta - supportata da studi sperimentali, clinici o epidemiologici oltre che da un solido razionale teorico). Devono praticare la doccia preoperatoria tutti i pazienti che devono essere sottoposti a intervento chirurgico o procedura invasiva complessa. La doccia preoperatoria deve essere effettuata la notte prima dell'intervento (categoria 1B dei CDC di Atlanta 1999). Il giorno dell'intervento procedere pulizia accurata della regione sito di intervento chirurgico e di quella circostante, prima di eseguire la preparazione antisettica della cute (categoria 1B dei CDC di Atlanta 1999). Tale procedura non viene applicata per gli interventi eseguiti in regime di urgenza/emergenza.
MATERIALI	✓ DPI ✓ Bacinella o catino con acqua a 37/38°C ✓ Telini impermeabili ✓ Detergente ✓ Antisettico a base di Clorexidina (2% o 4%) in confezione monouso ✓ Padella ✓ Manopole non saponate ✓ Asciugamani ✓ Salviette di carta ✓ Sgabello da doccia

	✓ Sedia ✓ Biancheria da letto pulita ✓ Camice,cuffia e calzari monouso per il paziente ✓ Indumenti puliti per il paziente
DESCRIZIONE ATTIVITA' DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Verificare che il carrello contenga tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i DPI ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima NEL PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE VEDI PROCEDURA N° 24 (BAGNO A LETTO – 2 OPERATORI), AVENDO CURA DI FAR SEGUIRE AL LAVAGGIO COL DETERGENTE IL LAVAGGIO CON ANTISETTICO SECONDO LE MEDESIME MODALITA'. NEL PAZIENTE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE: ✓ Verificare che la doccia sia stata ben pulita dal personale preposto, ed in caso di necessità procedere a sanitizzazione ✓ Posizionare all'interno della doccia lo sgabello apposito ✓ Invitare il paziente a rimuovere e riporre eventuali monili ✓ Condurre il paziente nel bagno della stanza avendone precedentemente verificato la sicurezza, al fine di evitare eventuali cadute accidentali ✓ Invitare il paziente rimuovere tutti gli indumenti ed aiutarlo in caso di necessità ✓ Contemporaneamente regolare la temperatura dell'acqua, l'intensità del flusso e l'altezza dell' erogatore ✓ Sostenere il paziente nell'ingresso nella doccia ✓ Verificare il gradimento della temperatura dell'acqua

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Porgere al paziente una manopola, bagnarla e versare il detergente ✓ Invitare il paziente a lavarsi ✓ Lavare e risciacquare in successione: capo, viso, torace, arti superiori e mani, addome, area genitale (sostituire manopola), arti inferiori e piedi (sostituire manopola) ✓ Aiutare il paziente a lavare le zone non facilmente raggiungibili come il dorso ✓ Ripetere il lavaggio con l'utilizzo dell'antisettico, secondo le modalità appena descritte ✓ Porgere l'asciugamano pulito al paziente ed invitarlo ad asciugarsi tamponando ✓ Aiutare il paziente ad uscire dalla doccia ed aiutarlo a rivestirsi con indumenti puliti (se la doccia viene eseguita la notte prima dell'intervento), o camice, cuffietta e calzari monouso se la doccia viene effettuata il giorno dell'intervento ✓ Prima che il paziente possa riadagiarsi nel letto, verificare che la biancheria sia stata sostituita ✓ Al termine della procedura riaccompagnare il paziente al letto ed aiutarlo ad assumere una posizione comoda e confortevole ✓ Smaltire i rifiuti ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riordinare e ripristinare tutto il materiale ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura all'infermiere che la registrerà su apposita scheda. NB_1: durante la doccia invitare il paziente a prestare particolare attenzione al solco mammario (donne), pieghe inguinali, area ombelicale, zona genitale e perianale, zona ascellare, spazi interdigitali, e nei grandi obesi qualsiasi altra piega cutanea

	NEL PAZIENTE AUTOSUFFICIENTE DARE INDICAZIONI PRECISE SULLE MODALITA' CON CUI DEVE ESSERE EFFETTUATA LA DOCCIA
SEGNALAZIONI	Segnalare tempestivamente all'infermiere eventuali anomalie rilevate a carico della cute dei vari distretti corporei e/o dei presidi utilizzati

SCHEDA 26:

MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE:

SOLLEVAMENTO VERSO LA TESTIERA DEL LETTO

OBIETTIVI	✓ Favorire il confort e il rilassamento del paziente ✓ Prevenire il malposizionamento ✓ Prevenire lo scivolamento verso la pediera le letto ✓ Prevenire le cadute
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	La mobilizzazione passiva o attiva con supporto, nei vari ambiti assistenziali dove il paziente presenti limitazioni temporanee o permanenti della mobilità
MATERIALI	✓ Letto articolato (meccanico o elettrico) ✓ Sponde ✓ Triangolo ✓ Cuscini ✓ Traverse/ teli ad alto scorrimento
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti non sterili ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Alzare il piano del letto ad una altezza che permetta all'operatore di lavorare senza assumere posture scorrette ✓ Rendere piatto il piano del letto e rimuovere il guanciale da sotto il capo del paziente ✓ Appoggiare il guanciale sulla testiera di letto per prevenire eventuali traumi al paziente che potrebbe sbattere il capo durante lo spostamento

DESCRIZIONE ATTIVITA'	PROCEDURA AD UN OPERATORE: ✓ Laddove presenti le sponde, abbassare quella del lato da cui si intende operare ✓ Porsi al lato del letto con gambe leggermente flesse e divaricate ✓ Invitare il paziente a flettere le gambe e ad afferrare il triangolo con entrambe le mani ✓ Inserire un braccio sotto le spalle del paziente e l'altro sotto la piega glutea ✓ Invitare il paziente a puntare i piedi e a spingere verso l'alto al "via" dell'operatore ✓ Verificare di aver raggiunto il punto desiderato, in caso contrario ripetere la procedura PROCEDURA A DUE OPERATORI: ✓ Abbassare entrambe le sponde ✓ Porsi al lato del letto con gambe leggermente flesse e divaricate ✓ Invitare il paziente a flettere le gambe e ad afferrare il triangolo con entrambe le mani ✓ L' operatore che si trova sulla sinistra del paziente inserirà il suo avanbraccio destro sotto le spalle con la mano aperta ✓ L' operatore che si trova sulla destra del paziente farà presa bilaterale al bacino ✓ Invitare il paziente a puntare i piedi e a spingere verso l'alto al "via" degli operatori ✓ Verificare di aver raggiunto il punto desiderato, in caso contrario ripetere la procedura CONTINUAZIONE CON UNO/DUE OPERATORI ✓ Riposizionare il paziente in posizione comoda e confortevole, avendo cura di sollevare la parte centrale

DESCRIZIONE ATTIVITA'	del letto così da impedire lo scivolamento del paziente verso il basso (qualora non fosse possibile piegare il letto, utilizzare dei cuscini e posizionarli sotto le ginocchia ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura al professionista sanitario di riferimento nell'ambito in cui si sta operando, e laddove previsto, registrare la procedura in cartella infermieristica NB: qualora il paziente non fosse in grado di afferrare il triangolo o flettere le gambe è possibile inclinare il letto di circa 25/30°, in modo tale che la testa sia più in basso rispetto al bacino e ai piedi e lo spostamento possa risultare più agevole per gli operatori (in presenza di due operatori utilizzare anche la traversa per agevolare lo scorrimento del bacino e delle spalle; in alternativa telo ad alto scorrimento e rullo sotto le gambe per neutralizzare l'attrito)
SEGNALAZIONI	NB: segnalare al professionista sanitario di riferimento, nell'ambito in cui si sta operando, eventuali difficoltà riscontrate durante la procedura

SCHEDA 27:

MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE: POSIZIONAMENTO SU UN FIANCO

OBIETTIVI	✓ Favorire il confort e il rilassamento del paziente ✓ Prevenire il malposizionamento ✓ Garantire un periodo di riposo alle zone cutanee sottoposte a pressione ✓ Permettere una migliore ventilazione delle differenti regioni polmonari
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	La mobilizzazione passiva o attiva con supporto, nei vari ambiti assistenziali dove il paziente presenti limitazioni temporanee o permanenti della mobilità
MATERIALI	✓ Letto articolato (meccanico o elettrico) ✓ Sponde ✓ Cuscini ✓ Traverse
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti non sterili ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire privacy e microclima ✓ Alzare il piano del letto ad una altezza che permetta all'operatore di lavorare senza assumere posture scorrette ✓ Rendere piatto il piano del letto e rimuovere il guanciale da sotto il capo del paziente ✓ Abbassare la testata del letto ✓ Mantenere sollevata la sponda sinistra (se si intende far

DESCRIZIONE ATTIVITA'	assumere il decubito laterale sinistro, viceversa per il decubito laterale destro) ✓ Utilizzando la traversa, spostare il paziente verso il bordo destro del letto ✓ Posizionare il braccio sinistro più lontano dal tronco, in modo che nel movimento di rotazione non rimanga sotto il corpo del paziente ✓ Piegare il braccio destro sul torace. Se il paziente è collaborante, invitarlo ad afferrare la sponda con entrambe le braccia ✓ Flettere il ginocchio destro ✓ Eventualmente posizionare dei cuscini sotto al braccio e alla gamba destra perché il paziente sia più comodo ✓ Utilizzare la traversa e girare il paziente verso sinistra ✓ Risistemare il cuscino sotto il capo del paziente ✓ Riabbassare il piano del letto ✓ Risollevare la sponda destra ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura al professionista sanitario di riferimento nell'ambito in cui si sta operando, e laddove previsto, registrare la procedura in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	NB: segnalare al professionista sanitario di riferimento, nell'ambito in cui si sta operando, eventuali difficoltà riscontrate durante la procedura

SCHEDA 28:

MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE:

TRASFERIMENTO LETTO- SEDIA A ROTELLE

OBIETTIVI	✓ Favorire il confort e il cambio posturale del paziente ✓ Promuovere il benessere psico-fisico del paziente ✓ Promuovere il recupero dell' autonomia parziale/totale nella deambulazione ✓ Prevenire la sindrome da allettamento ✓ Favorire l'utilizzo di presidi di supporto alla mobilizzazione ✓ Favorire gli spostamenti ✓ Prevenire le cadute
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Spostamento del paziente nei vari ambiti assistenziali, quando lo stesso presenti limitazioni temporanee o permanenti della mobilità
MATERIALI TAVOLETTA TRASFERIMENTI CINTURA ERGONOMICA DISCO ROTANTE	✓ Letto articolato (meccanico o elettrico) ✓ Solleva pazienti ✓ Sedia a rotelle con poggia braccia estraibili e poggia piedi ✓ Cuscini antidecubito o posturali ✓ Scarpe o pantofole chiuse antiscivolo
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti non sterili ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire privacy e microclima ✓ Posizionare il piano del letto ad una altezza che sia pari o leggermente sopra la seduta della sedia a rotelle ✓ Verificare che il letto sia bloccato attraverso il sistema frenante

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Nel caso di utilizzo dell'asse, posizionare la sedia a rotelle lateralmente al letto e poggiato ad esso, con lo schienale rivolto alla testiera ✓ Bloccare la sedia attraverso il sistema frenante ✓ Rimuovere il poggia braccio della sedia dal lato poggiato al letto e sollevare i poggiapiedi ✓ Sollevare la sponda del lato opposto alla sedia a rotelle PROCEDURA AD UN OPERATORE: ✓ Aiutare il paziente ad assumere la posizione seduta dal lato del letto dove è posizionata la sedia a rotelle, attraverso l'ausilio dei presidi presenti (es. triangolo) ✓ Aiutare il paziente ad indossare le scarpe ✓ Porsi di fronte al paziente ed "abbaracciarlo", infilando le braccia sotto le sue ascelle ✓ Invitare il paziente a poggiare le braccia sulle proprie spalle (NON INTORNO AL COLLO) ✓ Invitare il paziente a puntare i piedi e a spingere verso l'alto al "via" dell'operatore ✓ Effettuare una rotazione di 45° ed adagiare il paziente sulla seduta della sedia a rotelle PROCEDURA A DUE OPERATORI: ✓ Aiutare il paziente ad assumere la posizione seduta sul letto , attraverso l'ausilio dei presidi presenti, invitandolo a porre le braccia conserte ✓ Un operatore (1) si posiziona dietro la sedia a rotelle con un ginocchio poggiato sul letto per avere maggior stabilità in fase di spinta, e posiziona le sue braccia sotto le ascelle del paziente andando ad afferrare entrambe le braccia del paziente stesso, in alternativa utilizzare tavoletta solleva pazienti o sollevatore. ✓ L'altro operatore (2) si posiziona davanti alla sedia a

DESCRIZIONE ATTIVITA'	rotelle ed afferra entrambe le gambe del paziente con presa sotto le ginocchia ✓ Simultaneamente entrambe gli operatori sollevano e spostano il paziente adagiandolo sulla seduta della sedia CONTINUAZIONE CON UNO/DUE OPERATORI ✓ Riposizionare il poggia braccio precedentemente rimosso ✓ Abbassare i poggiapiedi, in modo tale che il paziente li possa posare ✓ Chiedere al paziente se si sente comodo, ed eventualmente invitarlo ad appoggiarsi allo schienale ✓ Cingere la vita del paziente con le cinghie di sicurezza ✓ Effettuare gli eventuali spostamenti previsti ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura al professionista sanitario di riferimento nell'ambito in cui si sta operando, e laddove previsto, registrare la procedura in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	NB: segnalare al professionista sanitario di riferimento, nell'ambito in cui si sta operando, eventuali difficoltà riscontrate durante la procedura

SCHEDA 29:

MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE:

TRASFERIMENTO LETTO-BARELLA (2 OPERATORI)

OBIETTIVI	✓ Trasferimento del paziente in sicurezza
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Spostamento del paziente nei vari ambiti assistenziali, quando lo stesso presenti controindicazioni alla posizione seduta e debba effettuare procedure diagnostico/terapeutiche non eseguibili nella stanza di degenza
MATERIALI	✓ Letto articolato (meccanico o elettrico) ✓ Barella con sponde ✓ Cuscini ✓ Tavola ad alto scorrimento con protezione monouso ✓ Lenzuola ed eventuale coperta
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti non sterili ✓ Portare nella stanza la barella e la tavola di spostamento precedentemente ricoperta con la protezione monouso ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire privacy e microclima ✓ Abbassare le sponde ✓ Ciascun operatore si posiziona su un lato del letto ✓ Verificare che il letto sia bloccato attraverso il sistema frenante ✓ Un operatore (1) pone le mani su spalla e anca controlaterali del paziente e con movimento deciso lo ruota verso di se

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ L'altro operatore (2) posiziona sopra il letto la tavola ad alto scorrimento ✓ L' operatore (1) fa ruotare nuovamente il paziente in posizione supina sulla tavola ad alto scorrimento ✓ un operatore resta vicino al paziente e l' altro posiziona la barella lateralmente al letto dopo averne abbassato entrambe le sponde ed aver attivato il sistema frenante ✓ Posizionare il piano del letto ad una altezza che sia pari a quella della barella ✓ Entrambe gli operatori n azione simultanea spostano il paziente sulla barella (l'operatore che si trova dal lato della barella tira verso sé il paziente mentre l'altro spinge per accompagnarlo) ✓ Sollevare la sponda della barella dal lato libero ✓ Disattivare i freni della barella, allontanarla dal letto e sollevare l'altra sponda ✓ Sollevare la testiera della barella secondo il gradimento del paziente (salvo controindicazioni infermieristiche) ✓ coprire il paziente con un lenzuolo ed eventualmente una coperta ✓ Effettuare gli eventuali spostamenti previsti ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura al professionista sanitario di riferimento nell'ambito in cui si sta operando, e laddove previsto, registrare la procedura in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	NB: segnalare al professionista sanitario di riferimento, nell'ambito in cui si sta operando, eventuali difficoltà riscontrate durante la procedura

SCHEDA 30:

MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE: SOLLEVAMENTO DA TERRA DI UN PAZIENTE CADUTO (2 / 4 operatori)

OBIETTIVI	✓ Procedura d'urgenza: riadagiare sul letto il paziente caduto a terra
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Eventualità nella quale il paziente, nei vari ambiti assistenziali, cade accidentalmente a terra (durante la deambulazione, da letto, da poltrona o da sedia a rotelle)
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ PRIMA DI INTERVENIRE CHIAMARE L' INFERMIERE E IL MEDICO CHE PROCEDERANNO ALLA VALUTAZIONE CLINICA DI EVENTUALI TRAUMI RIPORTATI A SEGUITO DELLA CADUTA ✓ Indossare i guanti non sterili ✓ Dietro indicazione infermieristica procedere al sollevamento ✓ Informare e rassicurare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Un operatore (1) si posizione accovacciato dietro le spalle del paziente; gli fa mettere le braccia conserte per poi sollevargli il tronco con presa crociata sul torace afferrando le sue braccia ✓ L'altro operatore (2) si pone di fronte al paziente anch'esso in posizione accovacciata, afferra gli arti inferiori del paziente da dietro le ginocchia ✓ Entrambe gli operatori, mantenendo le gambe leggermente divaricate, simultaneamente sollevano il paziente utilizzando la forza delle loro gambe

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Raggiunta la stazione eretta, gli operatori adagiano il paziente sul piano del letto dopo averlo precedentemente abbassato ed appianato ✓ Posizionare il paziente in una posizione comoda e confortevole ✓ Coprire il paziente ✓ Sollevare le sponde del letto ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i guanti ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura all'infermiere e registrare la procedura in cartella infermieristica NB_1: nel caso si riscontrassero difficoltà al sollevamento del paziente, utilizzare la barella a cucchiaio (la barella viene separata nelle sue sub-unità, ognuna delle quali viene adagiata da un lato del paziente. Con una mossa sincronizzata, le due sub-unità vengono unite e il paziente viene sollevato da due o quattro operatori) NB_2: qualora il paziente cadesse lontano dal letto o fuori dalla stanza di degenza, servirsi di barella o sedia a rotelle (secondo indicazione professionista sanitario di riferimento, nell'ambito in cui si sta operando) per trasportarlo fino al letto
SEGNALAZIONI	NB: segnalare al professionista sanitario di riferimento, nell'ambito in cui si sta operando, eventuali difficoltà riscontrate durante la procedura

SCHEDA 31:

SUPPORTO ALLA DEAMBULAZIONE

OBIETTIVI	✓ Promuovere il benessere psico-fisico del paziente ✓ Favorire il recupero dell' autonomia parziale/totale nella deambulazione ✓ Favorire l'utilizzo di presidi di supporto alla deambulazione ✓ Prevenire le cadute
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Il supporto alla deambulazione è una procedura che si rende necessaria in tutte quelle condizioni cliniche che portano ad un difficile recupero della deambulazione (patologie muscolari o scheletriche, traumi, plegie/emiplegie in seguito ad accidenti cerebrovascolari,fisiologico deterioramento strutturale legato all'invecchiamento)
MATERIALI	✓ Indumenti comodi per il paziente ✓ Scarpe chiuse con suola antiscivolo ✓ Dispositivi ausiliari per la deambulazione (bastoni, stampelle, deambulatori) da utilizzare dietro precisa indicazione dell'infermiere e/o del fisioterapista
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti non sterili ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Agire secondo eventuali indicazioni dell'infermiere e/o del fisioterapista ✓ Garantire che intorno al letto ci sia lo spazio idoneo e necessario per svolgere la procedura e che lungo il percorso da effettuare non vi siano ostacoli (spazi idonei e ampi e non in luoghi angusti o in tragitti molto brevi) al

DESCRIZIONE ATTIVITA'	fine di prevenire le cadute ✓ Verificare che lungo il percorso vi sia un microclima ottimale (assenza di correnti d'aria, luminosità adeguata) ✓ Far indossare al paziente gli indumenti e le scarpe idonee ✓ Posizionare il paziente in posizione seduta con le gambe giù dal letto e porsi di fronte al paziente ed attendere qualche minuto prima di far alzare il paziente ✓ Porgere al paziente l'eventuale ausilio previsto ed aiutarlo ad assumere la stazione eretta, verificando che l'ausilio venga utilizzato nella maniera corretta DEAMBULAZIONE SENZA AUSILI CON PAZIENTE COLLABORANTE: ✓ CAMMINARE AL FIANCO DEL PAZIENTE: l' OSS si pone al lato della persona, e prendendolo per mano la guida. L'altra mano va messa al fianco della persona per aumentare il senso di stabilità ✓ Nella deambulazione assistita con due OSS, ciascuno di essi si mette in uno dei due lati, poi entrambi con una mano tengono la mano della persona e con l'altra mano sorreggono l'avambraccio fino all'altezza del gomito ✓ CAMMINARE DIETRO AL PAZIENTE: l' OSS sostiene il paziente ponendogli le mani lateralmente al torace ✓ CAMMINARE DAVANTI AL PAZIENTE: l' OSS sostiene il paziente ponendogli le mani lateralmente al torace o offrendogli gli avambracci come appoggio ✓ effettuare il percorso prestabilito, osservando continuamente il paziente per identificare precocemente segni di stanchezza ✓ Riaccompagnare il paziente nella sua stanza facendogli scegliere la posizione da assumere (seduto o sdraiato) ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata

	✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura al professionista sanitario di riferimento nell'ambito in cui si sta operando, e laddove previsto, registrare la procedura in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	NB: segnalare al professionista sanitario di riferimento, nell'ambito in cui si sta operando, eventuali difficoltà riscontrate durante la procedura

SCHEDA 32:

ESECUZIONE DELLA TRICOTOMIA

OBIETTIVI	✓ Rimozione di peli / capelli dalla sede di incisione chirurgica o procedura invasiva possibile fonte di infezione ✓ Favorire una migliore e completa visualizzazione del sito chirurgico
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ Intervento chirurgico (negli interventi programmati, procedere alla tricotomia al massimo 2 ore prima dell'intervento chirurgico) ✓ Sutura di ferite su aree cutanee particolarmente irsute NB: la tricotomia verrà effettuata solo nel caso in cui è limitata la visibilità dell'area sede di incisione per ipertricosi. Le ultime Linee Guida del CDC di Atlanta pubblicate nel maggio 2017, si limitano a dire che *"non bisogna rimuovere i peli nel pre-operatorio, a meno che questi non interferiscano con l'intervento. Se la rimozione dei peli fosse necessaria, rimuoverli prima dell'intervento con il clipper o rasoio elettrico").*
MATERIALI	✓ Rasoio elettrico con lame monouso ✓ Rasoio tradizionale a lama ✓ Crema depilatoria ✓ Schiuma da barba ✓ Asciugamani ✓ Forbice ✓ Sapone liquido ✓ Traverse monouso
	✓ Preparare tutto il materiale necessario

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti non sterili ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Se possibile condurre il paziente in una medicheria, altrimenti effettuare la procedura nella stanza di degenza ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Far adagiare il paziente su un letto o su una barella in una posizione confortevole per lui e comoda per l'operatore ✓ Esporre l' area da radere per verificare l'integrità della cute ✓ Porre sotto l'area interessata la traversa monouso ✓ in caso di peli troppo lunghi, procedere ad accorciarli con le forbici
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Prediligere l'utilizzo del rasoio elettrico (CDC Atlanta 1999 Categoria 1A) e procedere con lo stesso a rasatura uniforme dell'area interessata, insaponare, risciacquare ed asciugare tamponando ✓ In caso di utilizzo di rasoio a lama, inumidire, insaponare, radere e risciacquare ed asciugare tamponando ✓ In caso di utilizzo di crema depilatoria (solo negli interventi in elezione e mai nelle ferite), effettuare la tricotomia la sera prima dell'intervento, facendo precedere alla procedura una prova della crema su una piccola area di cute lontana dal sito chirurgico, al fine di valutare eventuali reazioni cutanee da allergia/ipersensibilità ai componenti; insaponare, risciacquare ed asciugare tamponando ✓ aiutare il paziente a rivestirsi e ricondurlo nella sua stanza

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Smaltire i rifiuti ✓ Rimuovere i guanti ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riordinare e ripristinare tutto il materiale (rimettere sempre il rasoio elettrico in carica) ✓ Riferire l'avvenuta esecuzione della procedura all'infermiere e registrare la procedura in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	NB: segnalare all'infermiere il riscontro di eventuali anomalie rilevate a carico della cute (presenza di segni di flogosi, comparsa di sanguinamento durante la procedura) ed eventuale difficoltà allo svolgimento della stessa per scarsa collaborazione del paziente

SCHEDA 33:

ASSISTENZA ALLA PERSONA CON FEBBRE

OBIETTIVI	✓ Ridurre lo stato febbrile attraverso azioni di raffreddamento corporeo ✓ Favorire il comfort del paziente ✓ Promuovere il benessere psicofisico del paziente ✓ Mantenere l'integrità cutanea e l'idratazione ✓ Promuovere l'omeostasi termica ✓ Sorvegliare le condizioni cliniche del paziente
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Tutte quelle situazioni in cui la temperatura corporea del paziente supera i 38°C
MATERIALI	✓ DPI ✓ Termometro ✓ Indumenti puliti per il paziente ✓ Lenzuola, coperte e copriletto ✓ Borsa del ghiaccio
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Preparare tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i DPI secondo valutazione ed indicazione infermieristica ✓ Identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima, avendo cura che all'interno della stanza di degenza non vi siano correnti d'aria; limitare almeno temporaneamente le visite ✓ Rilevare sistematicamente dietro indicazione infermieristica, i parametri vitali (PA, FC, FR, TT, SPO_2) ✓ Adagiare sul letto del paziente delle coperte in base alle sue richieste ✓ Applicare la borsa del ghiaccio su indicazione

DESCRIZIONE ATTIVITA'	infermieristica ✓ In fase di sfebbramento, garantire che la biancheria del letto e gli indumenti personali, siano sempre puliti ed asciutti, sostituendoli appena ve ne sia la necessità ✓ Posizionare il paziente in una posizione comoda e confortevole ✓ Sollevare le sponde del letto ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire all'infermiere gli interventi attuati e registrare la procedura su apposita scheda
SEGNALAZIONI	NB: segnalare tempestivamente all'infermiere eventuali alterazioni dei parametri rilevati, o qualsiasi altro sintomo e malessere riferito dal paziente

SCHEDA 34:

ASSISTENZA ALLA PERSONA CHE VOMITA

OBIETTIVI	✓ Favorire l'igiene e il comfort del paziente ✓ Prevenire l' inalazione del vomito ✓ Collaborare con l'infermiere durante l'assistenza e la rilevazione delle caratteristiche del vomito ✓ Promuovere il benessere psicofisico del paziente
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Tutte quelle situazioni in cui il paziente presenti uno o più episodi di vomito, con particolare attenzione ai pazienti con alterazione dello stato di coscienza, con particolare attenzione al risveglio post-operatorio
MATERIALI	✓ DPI ✓ Indumenti puliti per il paziente ✓ Lenzuola, coperte e copriletto ✓ Bacinella ✓ Traverse monouso ✓ Fazzoletti di carta o sacchetti monouso ✓ Materiale per l' igiene del cavo orale (vedi scheda specifica)
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Preparare velocemente tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i DPI ✓ Garantire la privacy e il microclima, possibilmente facendo uscire i presenti dalla stanza ✓ Far assumere al paziente la posizione seduta o semiseduta, e se non possibile posizionare il paziente in decubito laterale per scongiurare il pericolo di inalazione ✓ Porgere la bacinella al paziente se seduto o semiseduto; nel paziente sdraiato in decubito laterale posizionare sotto il viso la traversa monouso e sostituirla

DESCRIZIONE ATTIVITA'	all'occorrenza ✓ Assistere il paziente durante gli episodi di vomito; prestare particolare attenzione alla respirazione che dovrebbe essere profonda e regolare ✓ Osservare le caratteristiche del vomito ✓ Riposizionare il paziente in una posizione comoda e confortevole ✓ Fargli sciacquare la bocca e se il paziente è d'accordo, aiutarlo o effettuare l'igiene del cavo orale ✓ Rimuovere eventuale materiale biologico (dal pavimento/letto/sanitari) che non si è riusciti a raccogliere nella bacinella ✓ Coprire il paziente e far entrare aria fresca in camera per favorire il ricircolo e ridurre eventuali odori fastidiosi per lui e per gli atri degenti ✓ Evitare o ridurre i fattori in grado di stimolare l'insorgenza della nausea, garantendo un ambiente privo di stimoli fastidiosi (es. forti rumori, luce accecante, visite numerose, odori forti) ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Smaltire il materiale (mostrandolo all'infermiere prima dello smaltimento) ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire all'infermiere gli interventi attuati che li registrerà su apposita scheda

SEGNALAZIONI	NB: comunicare tempestivamente all' infermiere le caratteristiche del vomito (qualità e quantità). Inoltre riferire tempestivamente qualsiasi altro sintomo associato (cardiopalmo, dispnea, agitazione, sopore, vertigini, dolore, brividi, diaforesi ecc.).

SCHEDA 35:

RACCOLTA URINE NEL NEONATO

OBIETTIVI	✓ Raccogliere le urine in maniera non invasiva nel bimbo che non ha ancora il controllo degli sfinteri ✓ Analizzare le caratteristiche chimiche e fisiche delle urine e del relativo sedimento ✓ Individuare condizioni patologiche dei reni o delle vie urinarie ✓ Diagnosi di varie malattie sistemiche
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Tutte quelle situazioni in cui si sospetti una infezione delle vie urinarie o vi sia altra indicazione medica alla valutazione delle urine
MATERIALI	✓ DPI ✓ Materiale per l' igiene del neonato ✓ Sacchetto sterile (per maschietto o per femminuccia)
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Preparare tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i DPI ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Identificare il bimbo ed informare il genitore della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Invitare il genitore ad eseguire una accurata igiene ed asciugatura dei genitali del bimbo (in caso di necessità provvederà un infermiere) ✓ Con la collaborazione del genitore, posizionare il bambino in posizione supina con le gambe divaricate ✓ Rimuovere la protezione cartacea dall'adesivo del sacchetto e rimuovere la parte rotonda centrale, avendo cura di non contaminare la parte interna sterile

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Attaccare il sacchetto in corrispondenza dei genitali, in modo che il bimbo possa urinarvi dentro ✓ Assistere il genitore per il posizionamento del pannolino (in modo che il bimbo non cerchi di strappare il sacchetto) ✓ Invitare il genitore a rivestire il bimbo e a farlo bere frequentemente (latte materno o artificiale nel lattante, acqua nel bimbo più grande) ✓ Invitare il genitore a verificare ed informare subito della presenza di urine nel sacchetto ✓ Non appena il piccolo ha urinato, staccare delicatamente il sacchetto, con particolare attenzione alla cute dello scroto nel maschietto ✓ Richiudere immediatamente il sacchetto, facendo combaciare i bordi adesivi, oppure travasare il contenuto in un urobox sterile, facendo attenzione a non contaminare il campione ✓ Consegnare il campione al laboratorio al più presto (nell'attesa va conservarlo in frigorifero) ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire all'infermiere gli interventi attuati e registrare la procedura in cartella infermieristica NB:Se entro 30 minuti il bimbo non avesse ancora fatto pipì, è necessario ripetere tutta l'operazione, applicando un nuovo sacchetto sterile
SEGNALAZIONI	NB: comunicare tempestivamente all' infermiere eventuali difficoltà riscontrate nella procedura (posizionamento del sacchetto o ritardo nella raccolta). Comunicare inoltre le caratteristiche delle urine (qualità e quantità).

SCHEDA 36:

RACCOLTA DI URINE (CAMPIONE NON STERILE)

OBIETTIVI	✓ Raccogliere le urine in maniera corretta non invasiva al fine di effettuare una valutazione quali/quantitativa delle urine ✓ analisi delle urine e del relativo sedimento per scopi diagnostici
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Tutte quelle situazioni in cui si sospetti una patologia delle vie urinarie o vi sia altra indicazione medica alla valutazione quali/quantitativa delle urine
MATERIALI	✓ DPI ✓ Materiale per l' igiene dei genitali ✓ Urobox / provetta per campione urine ✓ Padella/pappagallo monouso
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Preparare tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i DPI ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Identificare il paziente della procedura ed informarlo della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Informare il paziente della necessità di eseguire una accurata igiene dei genitali prima della raccolta (eseguirla personalmente nel caso in cui il paziente non sia in grado, o supportarlo nel caso in cui abbia bisogno di aiuto) ✓ Informare il paziente della necessità di raccogliere le prime urine del mattino ✓ Invitare il paziente ad urinare direttamente dentro il contenitore oppure dentro una padella/pappagallo (in tal

DESCRIZIONE ATTIVITA'	caso travasare poi una quantità sufficiente di urine nel contenitore) ✓ Chiudere il contenitore con cura ✓ Apporre l'etichetta secondo disposizioni aziendali ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Indossare guanti non sterili e inviare il prima possibile il campione in laboratorio ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire all'infermiere gli interventi attuati e registrare la procedura in cartella infermieristica
SEGNALAZIONI	NB: comunicare tempestivamente all' infermiere eventuali difficoltà riscontrate nella procedura di raccolta. Comunicare inoltre le caratteristiche delle urine (qualità e quantità).

SCHEDA 37:

RACCOLTA CAMPIONE STERILE DI URINE (URINOCOLTURA)

OBIETTIVI	✓ Raccogliere le urine in maniera sterile ma non invasiva Al fine di ricercare microrganismi a scopo diagnostico o terapeutico
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Tutte quelle situazioni in cui vi sia un sospetto o la certezza di una infezione delle vie urinarie e vi sia la necessità di capire l'agente patogeno responsabile, ai fini della giusta prescrizione terapeutica.
MATERIALI	✓ DPI ✓ Materiale per l' igiene dei genitali ✓ Urobox sterile
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Preparare tutto il materiale necessario ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i DPI ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Identificare il paziente ed informarlo della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Informare il paziente della necessità di eseguire una accurata igiene dei genitali prima della raccolta (eseguirla personalmente nel caso in cui il paziente non sia in grado, o supportarlo nel caso in cui abbia bisogno di aiuto) ✓ Informare il paziente della necessità di raccogliere le prime urine del mattino ✓ Istruire il paziente affinché apra il contenitore sterile all'ultimo momento e poggi su un piano pulito il tappo rovesciato, senza toccare e quindi contaminare la parte interna

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Invitare il paziente ad eliminare il primo getto di urina, così da "lavare" l'uretra, e a raccogliere il mitto intermedio, direttamente dentro il contenitore, richiudere applicando il tappo senza contaminare ✓ Verificare che il contenitore sia ben chiuso ed asciutto ✓ Apporre l'etichetta secondo disposizioni aziendali ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Indossare guanti non sterili e inviare il prima possibile il campione in laboratorio ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire all'infermiere gli interventi attuati che registra la procedura su apposita scheda
SEGNALAZIONI	NB: comunicare tempestivamente all' infermiere eventuali difficoltà riscontrate nella procedura di raccolta. Comunicare inoltre le caratteristiche delle urine (qualità e quantità).

SCHEDA 38:

RACCOLTA URINE DELLE 24 ORE

OBIETTIVI	✓ Raccogliere correttamente tutte le urine emesse nelle 24 ore ai fini diagnostici o terapeutici ✓ Studio della clearance della creatinina
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Tutte quelle situazioni in cui vi sia sospetto di ridotta funzionalità renale o sia necessario il dosaggio di farmaci ad escrezione urinaria o il dosaggio dei metaboliti urinari
MATERIALI	✓ DPI ✓ Materiale per l' igiene dei genitali ✓ Contenitore Graduato con apertura larga e coperchio ✓ Padella / pappagallo / comoda ✓ Penna/ etichetta
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ La sera prima dell'esame, preparare tutto il materiale necessario, contrassegnando il bidone con il nome del paziente (al fine di evitare errori nel caso in cui nella stessa stanza ci fossero più raccolte in corso) ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Garantire la privacy ✓ Identificare il paziente ed informarlo della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione PAZIENTE AUTOSUFFICIENTE: ✓ Informare il paziente che dalla mattina seguente dovrà procedere alla raccolta delle urine e che per 24 ore tutte le urine emesse andranno conservate nell'apposito bidone che gli viene consegnato ✓ Istruire il paziente affinché elimini la prima urina della giornata e che l'esame avrà inizio alla minzione

DESCRIZIONE ATTIVITA'	successiva ✓ Chiedere al paziente di comunicare al personale di assistenza l'orario in cui avverrà l'inizio della raccolta, così che si possa stabilire l' orario in cui la stessa si riterrà completata ✓ Invitare il paziente a comunicare tempestivamente al personale di assistenza l'eventuale perdita accidentale di urine ✓ Invitare il paziente a conservare il bidone in un luogo fresco ed asciutto PAZIENTE PARZIALMENTE COLLABORANTE ✓ Indossare i DPI ✓ Conservare il bidone in un luogo fresco ed asciutto ✓ Assistere il paziente ad ogni minzione con padella / pappagallo / comoda, avendo cura di segnalare all'infermiere l'orario in cui ha inizio la raccolta ✓ Travasare le urine raccolte nell'apposito bidone ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani Al termine delle 24 ore: ✓ Indossare guanti non sterili e misurare la quantità totale delle urine ✓ Apporre l'etichetta secondo disposizioni aziendali ✓ Inviare il campione il prima possibile, secondo le modalità disposte del laboratorio ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire all'infermiere gli interventi attuati che registra la procedura su apposita scheda

SEGNALAZIONI	NB: comunicare tempestivamente all' infermiere eventuali difficoltà riscontrate nella procedura. Comunicare inoltre eventuali segni o sintomi.

SCHEDA 39:

COLLABORAZIONE CON L'INFERMIERE NELLA CATETERIZZAZIONE VESCICALE UOMO / DONNA

OBIETTIVI	✓ Supportare l'infermiere nell'esecuzione della procedura
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Tutte quelle situazioni in cui vi sia l'indicazione al posizionamento di un catetere vescicale
MATERIALI	✓ DPI ✓ Carrello servitore ✓ Materiale per l' igiene dei genitali ✓ Biancheria pulita per il letto ✓ Guanti sterili della misura portata dall'infermiere che eseguirà la procedura ✓ Guanti non sterili ✓ Telini non sterili ✓ Kit monouso per cateterismo vescicale Laddove non fosse presente il kit monouso, l'Oss procederà a preparare tutto il materiale necessario: ✓ Cateteri vescicali di varie misure, del tipo e del materiale indicato dall' infermiere ✓ Antisettico per cute integra ✓ Garze sterili ✓ Siringhe da 10 e 20 ml ✓ Soluzione Fisiologica in fiale da 10 ml ✓ Lubrificante anestetico locale sterile, in confezione integra e monouso ✓ Sacchetti diuresi con relativi supporti da letto ✓ Traverse / Telini monouso non sterili

	✓ Telini sterili ✓ Cerotto
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Preparare tutto il materiale necessario e posizionarlo sul carrello servitore, precedentemente sanitizzato e ricoperto con un telino monouso ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i DPI ✓ In collaborazione con l'infermiere, identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Invitare il paziente ad eseguire una accurata igiene dei genitali; provvedere in prima persona qualora il paziente non fosse in grado provvedere autonomamente all'esecuzione della stessa (vedi scheda operativa specifica) ✓ Sostituire i guanti ✓ Posizionare una traversa monouso sul letto ✓ Se il paziente è uomo, posizionarlo in posizione supina, se la paziente è donna, posizionarla in posizione ginecologica ✓ Aprire sterilmente il materiale e porgerlo all'infermiere avendo cura di non contaminarlo ✓ Durante la procedura rassicurare il paziente ✓ Completata la procedura ripulire il paziente dagli eccessi di lubrificante e / o antisettico ✓ Rivestire il paziente e riposizionarlo posizione comoda e confortevole ✓ Sostituire la biancheria del letto se si fosse sporcata durante la procedura ✓ Appendere la sacca di raccolta delle urine all'apposito supporto da letto, avendo cura che non vi siano trazioni sul catetere

	✓ Smaltire il materiale ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riordinare e ripristinare il materiale utilizzato
SEGNALAZIONI	NB: Segnalare subito all' infermiere e/o al coordinatore l'eventuale carenza e/o deterioramento del materiale in utilizzo

SCHEDA 40:

PREPARAZIONE ALL' ESECUZIONE DI UN CLISTERE EVACUATIVO

OBIETTIVI	✓ Supportare l'infermiere nell'attuazione della procedura
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Tutte quelle situazioni in cui si ravveda la necessità di eseguire un clistere di lavaggio intestinale, ovvero nei casi di irregolarità intestinali o nei casi di preparazione ad interventi chirurgici o di particolari indagini diagnostiche
MATERIALI	✓ DPI ✓ Carrello servitore ✓ Asta portaflebo con piantana ✓ Materiale per l' igiene dei genitali ✓ Biancheria pulita per il letto ✓ Guanti non sterili ✓ Sonde rettali di varie misure ✓ Lubrificante ✓ Sacche con irrigatore e tubo di connessione per somministrare la soluzione ✓ Traverse / Telini monouso non sterili ✓ Pannoloni di diverse misure
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Preparare tutto il materiale necessario e posizionarlo sul carrello servitore, precedentemente sanitizzato e ricoperto con un telino monouso ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i DPI ✓ In collaborazione con l'infermiere, identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Collaborare con l'infermiere alla preparazione della soluzione, determinandone qualità e quantità in base alla prescrizione medica, verificando che la temperatura sia tra i 37°C e i 38°C ✓ Appendere la sacca sull'asta portaflebo, posta sul lato destro del letto, all'altezza indicata dall'infermiere ✓ Posizionare una traversa monouso sul letto ✓ Porsi sul lato sinistro del paziente e posizionarlo in decubito laterale sinistro con le gambe flesse, aiutandolo a mantenere la posizione ✓ Durante la procedura rassicurare il paziente ✓ Invitare il paziente a trattenere il liquido per almeno 10/30 minuti prima di evacuare ✓ Completata la procedura ripulire il paziente dagli eccessi di lubrificante (valutare la necessità o la richiesta di indossare il panno) ✓ Rivestire il paziente e riposizionarlo posizione comoda e confortevole ✓ Sostituire la biancheria del letto se si fosse sporcata durante la procedura ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Smaltire il materiale ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riordinare e ripristinare il materiale utilizzato ✓ Qualora il paziente non fosse in grado di raggiungere autonomamente il bagno, invitarlo a chiedere Aiuto tramite il campanello di chiamata, così da poterlo accompagnare in bagno; in alternativa fornire padella o posizionare il panno ✓ Dopo l'evacuazione, invitare il paziente ad effettuare una accurata igiene dei genitali; eseguire in prima persona

	qualora il paziente non fosse in grado provvedere autonomamente all'esecuzione della stessa (vedi scheda operativa specifica)
SEGNALAZIONI	NB: Segnalare subito all' infermiere l'esito della procedura (qualità e quantità delle feci)

SCHEDA 41:

COLLABORAZIONE ALL'ESECUZIONE DELLE MEDICAZIONI

OBIETTIVI	✓ Supportare l'infermiere nell'attuazione della procedura
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Tutte quelle situazioni in cui si ravveda la necessità di eseguire medicazioni
MATERIALI	✓ DPI ✓ Carrello servitore ✓ Guanti sterili/non sterili di varie misure ✓ Telini sterili ✓ kit sterile per medicazione ✓ Strumentario per medicazione sterile ✓ Forbici non sterili ✓ Arcella reniforme ✓ Garze e batuffoli sterili ✓ Soluzione fisiologica ✓ Acqua ossigenata ✓ Antisettico in uso in Azienda ✓ Cerotto medicato sterile ✓ Cerotto trasparente sterile ✓ Presidi per medicazione lesioni da decubito ✓ Eventuali presidi farmaceutici per uso topico ✓ Traverse / Telini monouso non sterili
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Verificare che il carrello delle medicazioni sia ben fornito, ed eventualmente, in base alle consuetudini della struttura di appartenenza, preparare tutto il materiale necessario e posizionarlo sul carrello servitore, precedentemente sanitizzato e ricoperto con un telino

DESCRIZIONE ATTIVITA'	monouso ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i DPI ✓ In collaborazione con l'infermiere, identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed ottenerne la collaborazione ✓ Possibilmente condurre il paziente nella medicheria dedicata, altrimenti portare il carrello nella stanza di degenza ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Posizionare il paziente in una posizione comoda e confortevole, ma anche agevole per lo svolgimento della procedura ✓ Spogliare il paziente solo nella parte interessata ✓ Aprire sterilmente il materiale e porgerlo all'infermiere avendo cura di non contaminarlo ✓ Durante la procedura rassicurare il paziente ✓ Completata la procedura aiutare il paziente a rivestirsi ✓ Ricondurlo nella sua stanza e riposizionarlo posizione comoda e confortevole ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Smaltire il materiale ✓ Avviare la decontaminazione dei ferri chirurgici utilizzati ✓ Rimuovere i DPI ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riordinare e ripristinare il materiale utilizzato
SEGNALAZIONI	NB: Segnalare subito all' infermiere e/o al coordinatore l'eventuale carenza e/o deterioramento del materiale in utilizzo

SCHEDA 42:

COLLABORAZIONE CON L' INFERMIERE NELL' AEROSOL TERAPIA

OBIETTIVI	✓ Collaborare con l'infermiere nell'attuazione della procedura
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	Tutte quelle situazioni in cui ci sia una prescrizione medica volta a somministrare farmaci per via inalatoria, con l'obiettivo di: ✓ Umidificare le vie aeree ✓ Somministrare localmente i farmaci vaporizzati in soluzione fisiologica ✓ Rendere le secrezioni tracheo-bronchiali più fluide, in modo da facilitarne l'eliminazione ✓ Trattare affezioni polmonari
MATERIALI	✓ Guanti non sterili ✓ Arcella reniforme ✓ Presidi per aerosol terapia (boccaglio, forcella nasale o maschera bocca/naso corredati di tubo di connessione) ✓ Nebulizzatore da muro con manometro ✓ Acqua sterile ✓ Soluzione Fisiologica 0,9% ✓ Farmaci come da prescrizione medica
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Preparare tutto il materiale necessario e posizionarlo sul carrello servitore, precedentemente sanitizzato ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i guanti ✓ In collaborazione con l'infermiere, identificare ed informare il paziente della procedura da eseguire ed

DESCRIZIONE ATTIVITA'	ottenerne la collaborazione ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Verificare con l'infermiere che la prescrizione indichi la nebulizzazione tramite Ossigeno o aria ✓ Mentre l'infermiere si occupa di preparare i farmaci e di travasarli nell'ampolla del nebulizzatore, procedere all'assemblaggio di manometro e nebulizzatore e al loro montaggio nell'apposito sito sulla testiera del letto ✓ Laddove possibile invitare il paziente a soffiarsi il naso ✓ Aiutare il paziente ad assumere la posizione seduta op semiseduta ✓ Connettere il presidio prescritto al nebulizzatore e verificare il corretto funzionamento di tutto il circuito aerosolico ✓ Aiutare il paziente ad indossare il presidio ✓ Aprire l'aria/ossigeno alle pressioni indicate dall'infermiere ✓ Invitare il paziente a respirare normalmente ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata, invitandolo a chiamare il personale di assistenza al termine della nebulizzazione ✓ Smaltire il materiale ✓ Rimuovere i guanti ed eseguire lavaggio sociale delle mani ✓ Riordinare e ripristinare il materiale utilizzato NB: Tranne che in caso di urgenza, è preferibile eseguire tale procedura lontano dai pasti
SEGNALAZIONI	NB: Segnalare all'infermiere qualsiasi problematica rilevata e/o riferita dal paziente durante la procedura. Segnalare all'infermiere e/o al coordinatore l'eventuale carenza e/o deterioramento del materiale in utilizzo

SCHEDA 43:

COLLABORAZIONE CON L' INFERMIERE NELL' ISOLAMENTO DEL PAZIENTE

OBIETTIVI	✓ Collaborare con l'infermiere nell'attuazione della procedura
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZE	L' isolamento si applica a tutti i pazienti che: ✓ Hanno sviluppato infezioni sostenute da microrganismi che causano diarrea e/o vomito (precauzioni per la malattie gastroenteriche), da microrganismi che possono diffondersi nell'aria (precauzioni per via aerea o droplet) e infezioni o colonizzazioni sostenute da germi multi resistenti, che richiedono le precauzioni per contatto ✓ Si trovano in una condizione di immunocompromissione
MATERIALI	✓ DPI (copricapo, camici, calzari, occhiali/visiera, guanti e mascherine di diversa classe, con vari filtri) ✓ Stanza singola o doppia (in caso di pazienti con stessa patologia infettiva) con bagno all'interno ✓ Contenitori rifiuti speciali ✓ Sacchi dedicati per la biancheria infetta (codice/colore)
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Collaborare con l'infermiere alla identificazione della stanza adatta per l'isolamento, tenendo conto del rischio per gli altri pazienti e per il personale e per le altre esigenze di cura del paziente ✓ Rimuovere tutto il materiale non necessario all'interno della stanza. Tutti gli arredi rimanenti devono essere sanificati ✓ Assicurarsi che nella stanza sia disponibile tutto il materiale per la cura e l'assistenza della persona assistita

DESCRIZIONE ATTIVITA'	e, in quantità sufficiente e mai eccessiva, il materiale monouso necessario ✓ Assicurarsi che sia presente all'interno della stanza un contenitore per la raccolta dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo, che sarà usato per tutti i rifiuti prodotti nella stanza: lo stesso dovrà essere sigillato prima della rimozione dalla stanza ✓ Posizionare il contenitore per taglienti dentro alla stanza ✓ Tenere all'interno della stanza solamente gli effetti personali del paziente indispensabili. Tutti gli oggetti all'interno della stanza devono essere lavabili, pulibili o monouso ✓ Assicurarsi che siano disponibili fuori della stanza tutti i DPI necessari all'operatore per l'ingresso nella stanza ✓ Rendere disponibile sia all'interno della stanza che fuori dalla porta il gel alcolico per la frizione delle mani ✓ Collaborare con l'infermiere alla spiegazione delle precauzioni richieste al paziente, ai suoi famigliari ed agli altri visitatori, e fornire al paziente eventuale materiale informativo disponibile ✓ Posizionare sulla porta all'esterno della stanza, le indicazioni sulle norme da seguire per l'ingresso nella stanza, sorvegliando sul rispetto delle stesse e cercando di preservare la privacy della persona assistita ✓ Spostare la persona assistita nella stanza OGNI QUAL VOLTA SI HA NECESSITA' DI ENTRARE NELLA STANZA: ✓ Cercare di concentrare le pratiche assistenziali al fine di ridurre gli ingressi nella stanza di degenza ✓ preparare tutto il materiale necessario ✓ Lavare la mani con acqua e sapone o usare il gel alcolico per il frizionamento delle mani ✓ indossare tutti i DPI necessari, a seconda della patologia

DESCRIZIONE ATTIVITA'	del paziente ✓ Lavare la mani con acqua e sapone o usare il gel alcolico per il frizionamento delle mani ✓ Entrare nella stanza di isolamento chiudendo la porta dietro di sé ✓ Prima di uscire dalla stanza rimuovere tutti i DPI (per il camice monouso o il grembiule impermeabile rompere i lacci mantenendoli all'interno del grembiule, e smaltirlo nel contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo) ✓ Lavare la mani con acqua e sapone o usare il gel alcolico per il frizionamento delle mani ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Uscire dalla stanza chiudendo la porta dietro di sé ✓ Eseguire lavaggio sociale delle mani NB:E' importante che la stanza sia adeguatamente areata mediante ricambi frequenti di aria (apertura periodica delle finestre e/o vasistas aperti), nel contempo proteggere però il paziente da eventuali correnti d'aria
SEGNALAZIONI	NB:Segnalare all'infermiere qualsiasi problematica rilevata e/o riferita dal paziente durante qualsiasi procedura effettuata al paziente in isolamento. Segnalare all'infermiere e/o al coordinatore l'eventuale carenza e/o deterioramento del materiale in utilizzo

SCHEDA 44:

COLLABORAZIONE CON L' INFERMIERE ALLA DISTRIBUZIONE DEL VITTO

OBIETTIVI	✓ Collaborare con l'infermiere nella distribuzione del vitto ✓ Concorrere al corretto soddisfacimento nutrizionale di tutti i degenti, sia che possano avvalersi di una dieta libera e sia che neccessitino di diete specifiche
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZE	✓ Colazione, pranzo, cena
MATERIALI	✓ DPI (copricapo, camici, calzari, guanti e mascherine) ✓ Carrello con sistema multiporzione ✓ Carrello servitore ✓ Vassoi ✓ Coprivassoi monouso ✓ Stoviglie da cucina per la porzionatura ✓ Posate e tovagliolo in confezione monouso ✓ Bicchieri di plastica in confezione monouso (se disponibili)
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Recarsi nei locali cucina agli orari prestabiliti per il ritiro del carrello del vitto ✓ Portare il carrello nell'area di degenza, avendo cura che vengano rispettate le norme igieniche durante il trasporto, e quindi seguendo percorsi puliti, evitando urti e spandimento di cibi liquidi ✓ Verificare con l'infermiere che sia stato compilato il dietetico del giorno per i pazienti presenti (digiuni, diete

DESCRIZIONE ATTIVITA'	speciali, diete libere) ✓ verificare che i vari ambienti (corridoi e stanze di degenza) siano puliti e tranquilli ✓ Allontanare tutti i rifiuti, carrelli di medicazione, pappagalli e padelle, così da garantire anche un confort ambientale ✓ Invitare i pazienti che ne hanno piacere, a raggiungere la sala da pranzo (laddove presente e qualora la condizione clinica lo consenta) ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Indossare i DPI ✓ Preparare il carrello servitore, precedentemente sanitizzato e ricoperto con telino monouso, e poggiare su vassoi, coprivassoi e stoviglie per i pazienti ✓ Procedere alla collaborazione con l'infermiere nella distribuzione del vitto ✓ Informare i pazienti degli alimenti a disposizione e chiederne le preferenze ✓ L'infermiere si occuperà della porzionatura e l' OSS porgerà il vassoio o il piatto porzionato a ciascun paziente (per il posizionamento del paziente vedi scheda di supporto nell'assunzione del pasto) ✓ Alla fine della distribuzione del vitto, procedere allo smaltimento di eventuali residui alimentari così come previsto da regolamento aziendale ✓ Rimuovere i DPI ✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Riportare il carrello nei locali cucina entro l'orario previsto

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Indossare i guanti ✓ Al momento del ritiro dei vassoi dalle stanze di degenza rilevare eventuali scarti e smaltire i rifiuti ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata NB1: avere cura che durante la distribuzione del vitto il corridoio di transito del carrello sia libero, e che nessuno, tranne gli addetti alla distribuzione, si avvicini allo stesso NB2:sarebbe buona abitudine che la distribuzione del vitto avvenisse partendo alternativamente dalla prima o dall'ultima stanza
SEGNALAZIONI	NB:Segnalare all'infermiere eventuali scarti anomali rilevati in fase di ritiro post-prandiale dei vassoi. Segnalare qualsiasi problematica riferita dal paziente relativamente al vitto. Segnalare all'infermiere e/o al coordinatore l'eventuale carenza e/o deterioramento del materiale in utilizzo

SCHEDA 45:

SUPPORTO NELL'ASSUNZIONE DEL PASTO

OBIETTIVI	✓ Garantire la giusta alimentazione e il giusto apporto calorico ai pazienti non autosufficienti o parzialmente autosufficienti
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ Tutte quelle situazioni in cui il paziente non sia in grado di provvedere autonomamente all'assunzione dei pasti per via orale
MATERIALI	✓ Tavolino da letto ✓ Tovaglioli ✓ Stoviglie monouso ✓ Bicchieri ✓ Cannucce ✓ Bavaglini ✓ Salviette monouso
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Garantire la privacy e il microclima ✓ Chiedere al paziente se ha necessità di andare al bagno, in modo tale che non debba poi interrompere il pasto per espletare i suoi bisogni fisiologici ✓ Aiutare il paziente ad eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Aiutare il paziente ad assumere la posizione seduta su sedia/poltrona vicino al tavolo, in alternativa far assumere la posizione seduta nel letto e servirsi dell'ausilio di un tavolino da letto ✓ Valutare la necessità di proteggere il torace del paziente con un tovagliolo/bavaglino da adulto

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Accertarsi che la temperatura del cibo non sia troppo elevata ✓ Incoraggiare il più possibile il paziente ad auto-alimentarsi, in modo da aumentare la sua auto-stima, ma ✓ Versare da bere ✓ Tagliare la pasta o la carne a pezzetti, in modo da favorire la deglutizione (se il paziente non è in grado di farlo in autonomia) ✓ Se è necessario imboccare il paziente, avere cura di porre il boccone nella parte iniziale della cavità orale, in modo da non stimolare il riflesso del vomito ✓ Chiedere le preferenze del paziente rispetto all'ordine di somministrazione degli alimenti ✓ In caso di paziente cieco o ipovedente descrivere minuziosamente i pasti ✓ Lasciare al paziente il tempo necessario per l'assunzione dei cibi, senza portagli fretta ✓ Invitare il paziente a bere più volte durante il pasto ✓ Durante il pasto cercare, laddove possibile, di instaurare una conversazione, in modo da rendere piacevole il pasto ed evitare che il paziente mangi troppo velocemente ✓ Alla fine del pasto o quando il paziente riferisce sazietà, aiutarlo ad igienizzare la bocca, i denti e le mani (valutare eventualmente se il paziente preferisce eseguire l'igiene del cavo orale non troppo vicina al pasto) ✓ Rimuovere tutto ciò che è stato utilizzato per i pasti, gettando negli appositi contenitori i presidi monouso e recuperando quelli non mono-uso ✓ Aiutare il paziente a riassumere una posizione comoda e confortevole (possibilmente non supino per facilitare la

	digestione) ✓ Salutare e congedarsi dal paziente avendo cura che abbia a disposizione il campanello di chiamata ✓ Effettuare lavaggio sociale delle mani ✓ Riferire all'infermiere l'avvenuta alimentazione
SEGNALAZIONI	NB: Comunicare all' infermiere eventuali difficoltà rilevate durante l'assunzione del pasto (disfagia, nausea e/o vomito, inappetenza o assunzione di quantità inferiori al fabbisogno)

SCHEDA 46:

PREPARAZIONE E INVIO DEL MATERIALE ALLA CENTRALE DI STERILIZZAZIONE

OBIETTIVI	✓ Decontaminare, pulire e inviare alla centrale di sterilizzazione i presidi riutilizzabili e sterilizzabili, secondo le corrette procedure
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ Utilizzo di presidi sterilizzabili
MATERIALI	✓ DPI ✓ Vaschette dedicate ✓ Spazzole/scovolini ✓ Teli ✓ Soluzione decontaminante ✓ Soluzione detergente (a base di tensioattivi o di tipo enzimatico/plurienzimatico, POSSIBILMENTE NON SCHIUMOGENA) ✓ Macchina lavastrumenti a termodisinfezione ✓ Contenitore chiuso per l'invio del materiale ✓ Modulo per l'invio del materiale
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ✓ Indossare i DPI 1: DECONTAMINARE ✓ Preparare la soluzione decontaminante (per le quantità e le percentuali di diluizione rifarsi alla scheda tecnica del prodotto) ✓ Immergere gli strumenti (ferri chirurgici o altro) nella

DESCRIZIONE ATTIVITA'	soluzione decontaminante rispettando i tempi di contatto, avendo cura che siano aperti e laddove possibile smontati nelle loro componenti essenziali ✓ sciacquare sotto acqua corrente 2: PULIRE (LAVAGGIO A MANO O IN LAVASTRUMENTI) Se il lavaggio viene effettuato a mano: ✓ Preparare la soluzione detergente (per le quantità e le percentuali di diluizione rifarsi alla scheda tecnica del prodotto) ✓ Immergere gli strumenti nella soluzione detergente rispettando i tempi di contatto ✓ Sciacquare gli i dispositivi sotto acqua corrente e strofinare con spazzole/scovolini dedicati ✓ Risciacquare sotto acqua corrente ✓ Asciugare bene con un telo o altro materiale dedicato ✓ Se non è possibile perfezionare l'asciugatura dell'interno di strumenti cavi attraverso insufflazione d'aria, lasciare i dispositivi in posizione verticale ✓ verificare la corretta pulizia di tutti i presidi ✓ verificare lo stato di efficienza dello strumentario chirurgico Se il lavaggio viene effettuato con macchina lavastrumenti a termodisinfezione: ✓ Posizionare i dispositivi all'interno del cestello in modo che restino fermi e non tocchino le pale interne o lo sportello ✓ Aggiungere la sostanza detergente nelle quantità indicate dalla casa produttrice della macchina ✓ Programmare il ciclo di lavaggio ✓ Attivare la lavastrumenti

	3: CONTROLLARE ✓ Verificare che ciascun strumento sia pulito, asciutto e integro 4: INVIO ✓ Compilare l'apposito modulo per l'invio del materiale, indicando le caratteristiche quali/quantitative degli strumenti da inviare ✓ Inserire i ferri nella vaschetta dedicata al trasporto ✓ Consegnare il materiale alla centrale di sterilizzazione Alla consegna, prima del rientro in reparto/SO del materiale sterilizzato, verificare la corrispondenza numerica e qualitativa del materiale precedentemente inviato (n° confezioni, integrità)
SEGNALAZIONI	NB: Comunicare all' infermiere e/o al Coordinatore eventuali anomalie riscontrate a carico dei presidi (tracce di ruggine, rottura o difetti nel funzionamento)

SCHEDA 47:

COMPOSIZIONE DELLA SALMA

OBIETTIVI	✓ Effettuare le ultime cure igieniche al defunto nel rispetto del volere, credo religioso suo e dei famigliari ✓ Rispettare la dignità della persona
INDICAZIONI/ CIRCOSTANZA	✓ Decesso del paziente
MATERIALI	✓ DPI ✓ Materiale per l'igiene ✓ Materiale per medicazioni ✓ Biancheria pulita ✓ Tamponi/cotone ✓ Pannoloni ✓ Paravento ✓ Tavola ad alto scorrimento
DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Eseguire il lavaggio sociale delle mani ed indossare i DPI ✓ Se il decesso è avvenuto in Pronto Soccorso o Sala Operatoria, la procedura andrà eseguita in loco, preferibilmente in un locale dedicato, prima del trasferimento della salma in camera mortuaria ✓ Se il decesso è avvenuto nella stanza, posizionare un paravento per garantire rispetto e privacy ✓ Eseguire la procedura il più presto possibile, comunque entro le prime tre ore dalla morte, prima che compaia il rigor mortis ✓ Il defunto va spogliato di tutti gli indumenti e messo in posizione supina, con gli arti allineati

DESCRIZIONE ATTIVITA'	✓ Dietro indicazione ed in collaborazione con l'infermiere, si procederà quindi alla rimozione di eventuali linee infusive, accessi vascolari, catetere vescicale e drenaggi. "curando" eventuali medicazioni ✓ Procedere all'esecuzione dell'igiene: la cute di tutto il corpo deve essere detersa accuratamente eliminando residui di tracce ematiche, di urina, feci o di qualsiasi altra sostanza ✓ Nel caso il deceduto sia un uomo, valutare la necessità di effettuare la rasatura della barba (vedi scheda) ✓ Dietro indicazione infermieristica, bloccare con del cotone o garze eventuali fuoriuscite di liquidi o umori e posizionare pannolone. ✓ Prima che il corpo diventi rigido è importante cercare di mantenere la bocca chiusa utilizzando un supporto posto sotto al mento (è sufficiente un lenzuolo arrotolato) ✓ Cambiare la biancheria del letto o della barella e coprire il corpo con un lenzuolo ✓ Se gli occhi tendessero a rimanere aperti, è opportuno favorirne la chiusura attraverso il posizionamento di batuffoli di cotone imbibiti con soluzione fisiologica o acqua sterile ✓ La salma deve, per disposizioni di legge (DPR 10/09/1990 n. 285, approvazione del regolamento di Polizia Mortuaria) rimanere in osservazione in reparto per due ore prima che possa avvenire il trasferimento in obitorio ✓ Ricomposta la salma, può essere mostrata ai parenti (salvo particolari situazioni in cui per disposizioni di legge è necessario attendere l'autorizzazione dell'autorità giudiziaria) ✓ Per una corretta movimentazione della salma sulla lettiga per il trasferimento in obitorio, servirsi della tavola ad

	alto scorrimento; in sua assenza stendere due traverse sotto il lenzuolo pulito, una all'altezza delle spalle e l'altra sotto le gambe ✓ A trasferimento avvenuto, occuparsi di pulire e disinfettare la camera o il locale dove è avvenuto il decesso e/o la ricomposizione della salma NB: prima di procedere alla ricomposizione della salma verificare il credo religioso del defunto, attraverso la cartella clinica/infermieristica o informandosi direttamente con i familiari. Se la persona defunta era di professione cattolica, protestante, buddista o testimone di Geova, l'operatore socio sanitario può effettuare l'igiene. Se invece era di religione islamica, sia la pulizia del corpo che la preparazione sono effettuate dalla famiglia. Se il defunto era ebreo, bisogna chiamare i parenti che affideranno la pulizia ad una commissione specifica.

Bibliografia

1) Centers for Desease Control and Prevention, *Linee guida per la prevenzione del sito chirurgico*, maggio 2017/dicembre 1999

2) Panizzi, *Manuale dell' operatore socio sanitario per la formazione di Base e Complementare,* Piccin III edizione 2012

3) Berman-Snyder-Jackson, *Nursing clinico, tecniche e procedure di Kozier, EdiSES II edizione 2012*

4) Asl Teramo, *Principi generali ed elementi di assistenza, 2012*

5) Vanzetta, *L' operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria,* McGraw-Hill Education II edizione 2010

6) Badon-Zampieron, *Procedure infermieristiche in pediatria*, CEA 2010

7) Longoni-Pistore, *Prendersi cura, manuale di formazione per operatori socio-sanitari*, Casa Editrice Ambrosiana 2005

8) AA.VV., *Procedure assistenziali per l'operatore socio-sanitario in area medica Azienda ospedaliera di Padova*, ULSS 16 Padova / Azienda Ospedaliera Universitaria Padova 2005

9) Collegi IPASVI del Veneto, *Linee Guida per l'inserimento dell'OSS nel processo di assistenza infermieristica*, 2005

10) Regione Calabria-Azienda Sanitaria Locale N° 6 Lamezia Terme, *Manuale di procedure assistenziali*, Rubbettino Editore 2003

11) Conferenza Stato -Regioni, *Accordo 22 febbraio 2001*, Gazzetta Ufficiale 19/04/2001 n° 91

12) Zanini-Cattaneo, *La sanificazione nelle strutture sanitarie*, McGraw-Hill 2001

13) Ausl 6 Palermo – *Servizio Infermieristico, Linee guida per l'impiego dell'operatore socio-sanitario (OSS)*,

Sitografia

1) *www.ipasvi.it*
2) *www.nurse24.it*
3) *www.quotidianosanita.it*
4) *www.mininterno.net*
5) *www.infermieristicamente.it*
6) *www.operatoresociosanitario.net*
7) *www.pianetaoss.it*
8) *www.biancofrancesco.altervista.org*