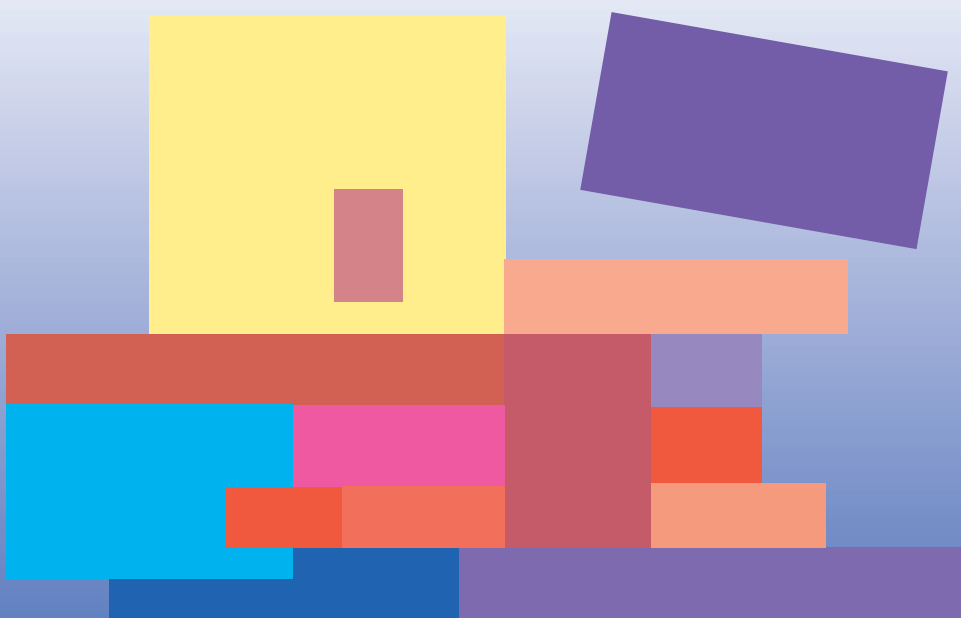


Andrea Cavicchioli • Mario Morello  
Angelo Pomes • Giorgio Zanella

# Manuale per l'Operatore Socio-Sanitario

**Principi e tecniche**  
Con integrazioni per l'Operatore Socio-Sanitario  
con formazione complementare

IV Edizione



CASA EDITRICE AMBROSIANA

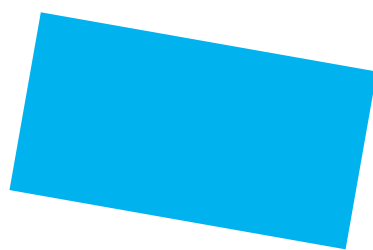
Andrea Cavicchioli • Mario Morello  
Angelo Pomes • Giorgio Zanella

# Manuale per l'Operatore Socio-Sanitario

## Principi e tecniche

Con integrazioni per l'Operatore Socio-Sanitario  
con formazione complementare

IV Edizione



CASA EDITRICE AMBROSIANA

# Coordinatori e autori

## ■ COORDINATORI

### ANDREA CAVICCHIOLI

Infermiere  
Professore associato  
Scuola Universitaria Professionale  
della Svizzera Italiana

### MARIO MORELLO

Medico e docente  
Esperto in bioetica

### ANGELO POMES

Dirigente dell'Assistenza Infermieristica  
Referente Coordinatori Socio Assistenziali  
Servizio Tutela Salute anziani – ULSS 16 – Padova

### GIORGIO ZANELLA

Dirigente dell'Assistenza Infermieristica  
Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica  
Università di Padova  
Azienda Ospedaliera di Padova

## ■ AUTORI

### PIERLUIGI BADON

Infermiere  
Docente di Infermieristica Clinica Pediatrica  
Università di Padova  
Azienda Ospedaliera di Padova

### ANDREA BERGAMO

Dirigente scolastico, psicologo, pedagoga  
Ufficio Scolastico Territoriale di Padova

### FRANCO CAPRETTA

Dirigente e Docente dell'Assistenza  
Infermieristica  
Coordinatore del Corso di Laurea  
in Infermieristica Generale  
Università di Padova – sede di Feltre

### PAOLA CASSON

Dirigente dell'Assistenza Infermieristica  
Dirigente Servizio per le Professioni Sanitarie  
ULSS Treviso

### CHIARA CAVAZZINI

Infermiera  
Coordinatore Professioni Sanitarie  
Fondazione Opera Immacolata  
Concezione ONLUS – Padova

### CHIARA COLOMBINI

Fisioterapista  
Coordinatore del Corso di Laurea in Fisioterapia  
Università di Padova – sede AULSS 12 di Venezia

### LUCIA DE ANTONI

Psicologa  
Nucleo Alzheimer dell'IPAB di Vicenza

### LORIANA DEGANO

Infermiera  
Coordinatore Clinica Chirurgica  
Azienda Ospedaliera Universitaria di Udine

### CRISTIANA DI GUILMI

Infermiera - Azienda Ospedaliera di Padova  
Insegnante corsi OSS  
Esperta in bioetica

### ALIDA FAVRO

Infermiera  
Coordinatore del Corso di Laurea  
in Infermieristica Generale  
Università di Padova – sede di Portogruaro

### GIANMARIA GIOGA

Direttore di distretto  
Azienda ULSS 16 – Padova

### ANGELA GIOGOLI

Coordinatore Professionale Sanitario Esperto  
Azienda Ospedaliera-Universitaria  
Policlinico di Modena

### ARIANNA GIONIMI

Pedagogista  
Dirigente Servizi Sociali  
ULSS 16 – Padova

### EDOARDO GIORATO

Infermiere stomaterapista  
Azienda Ospedaliera di Padova

### ALESSANDRO LION

Direttore del Centro Servizi Volontariato  
Provincia di Padova

### SAMUELA MICHIELETTO

UO Malattie Metaboliche e Nutrizione Clinica  
ULSS 9 – Treviso

**PAOLA MARCELLA MORANDINI**

Coordinatore Infermieristico e della Riabilitazione  
Centro Servizi Anziani Santa Maria Bertilla  
Brendola (Vi)

**DANIELLA PIZZOLATO**

Dietista coordinatrice  
UO Malattie Metaboliche e Nutrizione Clinica  
ULSS 9 – Treviso

**MICHELA RIGON**

Medico geriatra  
Casa Madre Teresa di Calcutta  
Sarmeola di Rubano (PD)

**BIANCA ROSSATO**

Infermiera  
Referente Piani Formativi Aziendali  
Struttura Interaziendale di Formazione e Progetti  
Internazionali  
Azienda Ospedaliera e Azienda ULSS 16 – Padova

**STEFANIA SARTI**

Infermiera coordinatrice  
Azienda Ospedaliero-Universitaria  
Policlinico di Modena

**ELMER SOFFIATI**

Dirigente Amministrativo  
Coordinatore Settore Sociale e Direttore  
Corsi di formazione per Operatori  
socio-sanitari  
Azienda ULSS 22 Bussolengo – Regione Veneto

**NADIA URLI**

Docente a.c. e tutor didattico  
Corso Laurea in Infermieristica – Udine  
Università degli Studi di Udine

**MARIANGELA ZANELLA**

Educatore Professionale  
Municipalità di Venezia, Murano, Burano

# Presentazione alla quarta edizione

È con grande piacere che ci accingiamo a presentare la quarta edizione del *Manuale per l'operatore socio-sanitario*, che viene pubblicata a quattro anni di distanza dall'uscita della terza edizione.

Quando la prima edizione dell'opera fu pubblicata, dieci anni fa, forse nessuno si sarebbe aspettato il successo con cui è stata accolta dai docenti e dagli studenti OSS di tutta Italia. Le successive edizioni e le migliaia di copie vendute dimostrano che la proposta editoriale e il modo in cui è stata sviluppata hanno invece incontrato il favore del pubblico a cui l'opera si rivolge.

Ma anche un'opera di successo, per rimanere tale, deve essere costantemente aggiornata e rivisitata per seguire l'evoluzione della didattica e del contesto in cui deve inserirsi.

Per questo, nel realizzare questa quarta edizione, abbiamo ritenuto importante tenere ben presenti alcuni principi che hanno guidato la revisione dei contenuti del testo.

Innanzitutto, una parziale rivisitazione dell'indice generale dell'opera per dare una maggiore logica sequenziale ai diversi argomenti trattati e per rendere la struttura del volume più rispondente a quelli che sono i programmi della maggior parte dei corsi di formazione.

Inoltre, tutti i contenuti dell'opera sono stati rivisitati per essere aggiornati e migliorati: se alcuni capitoli si trovano in buona sostanza confermati rispetto alle edizioni precedenti, diversi altri sono stati profondamente rivisti. Sotto questo aspetto, uno dei risultati più evidenti che abbiamo raggiunto è la riduzione del numero di pagine dell'opera. Questa riduzione è stata voluta per offrire un testo più snello da studiare e consultare, e maggiormente focalizzato sugli aspetti pratici dell'assistenza. Per raggiungere questo obiettivo, sono state eliminate o riassunte diverse parti relative ad argomenti non di stretta pertinenza dell'OSS o dell'OSS con formazione complementare, è stata modificata in modo più razionale la trattazione di alcuni argomenti che risultavano affrontati in più parti del libro in maniera in parte ripetitiva, sono state eliminate alcune parti teoriche molto astratte che mal si conciliavano con la volontà di realizzare un testo più orientato alla pratica.

In questa operazione di riduzione, però, abbiamo cercato di preservare quelle caratteristiche dell'opera che sappiamo essere alla base del suo successo. In particolare, abbiamo cercato di salvaguardare un approccio alla formazione dell'OSS che non si limiti alle sole nozioni tecniche e agli elementi teorici necessari per la loro comprensione ed esecuzione, ma che comprenda anche aspetti di cultura sanitaria e, perché no, di cultura

generale, importanti per dare un contributo significativo nel formare una categoria professionale che sempre maggiore importanza andrà ad assumere negli anni a venire. Questo aspetto risulta particolarmente rilevante qualora si pensi ai numerosi stranieri che frequentano oggi i corsi OSS e a quanto comune sia la presenza di studenti provenienti da ambiti professionali diversi da quello sanitario che per la prima volta si trovano a dover sviluppare la *forma mentis* che l'attività assistenziale richiede.

Da questo punto di vista, inoltre, particolare attenzione è stata posta nel tentativo di semplificare il linguaggio utilizzato, pur mantenendone la scientificità e il rigore, in modo che potesse risultare più comprensibile anche ai numerosi studenti stranieri.

L'obiettivo del contenimento del numero di pagine del testo, però, non ha impedito l'inserimento di alcune nuove sezioni su argomenti emergenti e significativi. In particolare, segnaliamo alcune parti dedicate al dolore e alla gestione del dolore nel paziente (inserite nel capitolo 6 di anatomia e fisiologia e nel capitolo 10 dedicato alle pratiche assistenziali), che sempre maggiore importanza sta assumendo per tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza, e un'appendice al capitolo 12 dedicata alle demenze e alla gestione dei disturbi del comportamento, temi con cui gli OSS si trovano sempre più ad avere a che fare.

Siamo convinti che la nuova edizione del *Manuale per l'operatore socio-sanitario* saprà continuare la tradizione delle versioni precedenti e sarà apprezzata ancora per molti anni, in forza dell'autorevolezza che le deriva da oltre dieci anni di esperienza e delle nuove caratteristiche che la proiettano verso il futuro.

Nel chiudere questa presentazione ci preme ringraziare la collega Paola Casson, che non ha potuto partecipare al lavoro di curatela di questa nuova edizione, pur rimanendo come autrice del capitolo 10, per la preziosa collaborazione fornita nella realizzazione delle precedenti edizioni.

Un sentito grazie anche a tutti gli autori che hanno collaborato alla stesura delle precedenti edizioni e che non hanno trovato posto in questa nuova opera; il loro contributo e la loro esperienza sono comunque serviti anche nel mettere a punto questo testo.

Da ultimo, un grazie a tutti gli autori che hanno collaborato alla realizzazione della nuova edizione dell'opera per la collaborazione e la dedizione volte al raggiungimento dell'obiettivo comune.

## CAPITOLO 1

### Welfare e sistema sanitario

DI ARIANNA GIONIMI ED ELMER SOFFIATI  
A CURA DI ANGELO POMES

#### Il Sistema dei Servizi Sociali in Italia 1

DI ARIANNA GIONIMI

- Le radici del nuovo Welfare 2
- Excursus legislativo in materia socio-assistenziale 2
- Riforma dell'assistenza 4

#### Il Servizio Sanitario Nazionale 6

DI ELMER SOFFIATI

- Legislazione sanitaria 7

#### Strutture e servizi 9

DI ELMER SOFFIATI

- Strutture e servizi nel sanitario: Aziende USL e ospedaliere, presidi e distretti 9
- Strutture e servizi nel sociale erogati dai Comuni: assistenza domiciliare, ricoveri in istituto, minori in affidamento, contributi economici, interventi a favore del volontariato 10

#### Note di approfondimento sull'integrazione socio-sanitaria 12

DI ARIANNA GIONIMI

- Programmazione 12
- Regione 12
- Distretto 12
- La metodologia d'intervento 13
- Prestazioni 13
- L'integrazione possibile 13

#### AUTOVALUTAZIONE 16

## CAPITOLO 2

### Metodologia del lavoro in campo sanitario e sociale

DI ANGELO POMES

#### Bisogno e assistenza 18

- Chi assiste 20
- Dove si assiste 20

#### Alcuni aspetti dell'organizzazione dell'assistenza 21

- In quali aziende si assiste 21
- Alcune caratteristiche delle "Organizzazioni" 21

#### Quanta autonomia ha l'OSS? 24

- L'Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria 26

#### Qualità 26

- Servizi di qualità 27
- Ente certificatore 27
- Qualità percepita 27

#### Sistema informativo 27

#### Il terzo settore 28

DI ALESSANDRO LION

#### AUTOVALUTAZIONE 30

## CAPITOLO 3

### Comunicazione: aspetti psicosociali ed educativi

DI ANDREA BERGAMO  
A CURA DI ANGELO POMES

#### Aspetti generali 31

- Principi teorici 31
- Comunicazione e linguaggi 32

#### Aspetti relazionali 33

- Relazione interpersonale 33
- Antipatia, simpatia, empatia 34
- L'importanza delle emozioni 35

#### Aspetti educativi e trasmissione di significati 37

- Verso una comunicazione efficace 37

#### Aspetti sociali della comunicazione 39

- Comunicazione nei gruppi 39
- Comunicazione di massa 40
- Il web 40

#### Soddisfare il bisogno di comunicazione 41

#### Guida alla comunicazione: il bambino, l'adolescente, l'anziano e l'adulto 42

- Comunicare con il bambino 42
- Comunicare con l'adolescente 42
- Comunicare con l'anziano 43
- Comunicare con l'adulto 44

#### Comunicare in contesti culturali diversi 44

#### AUTOVALUTAZIONE 45

## CAPITOLO 4

**Elementi di etica e di deontologia**

DI Pierluigi Badon

A CURA DI Giorgio Zanella

<b>Introduzione</b>	47
Perché un comportamento etico	47
Necessità di una morale professionale	47
<b>Etica e deontologia</b>	47
<b>Elementi fondamentali dell'agire etico: valori e principi</b>	48
Valori	48
Principi	48
<b>L'uomo malato</b>	49
Dignità del malato	49
Bisogni fondamentali dell'uomo	49
Presupposti etici nel contesto di una professione	50
La competenza come valore	50
Responsabilità	51
<b>Rapporto interpersonale</b>	51
<b>Aspetti etici della comunicazione</b>	52
La relazione d'aiuto	52
Capacità di ascolto	52
Il segreto come imperativo etico, deontologico e giuridico	52
<b>Rapporti sociali</b>	53
Rapporti fra operatori	53
Rapporti fra operatore e utente e fra operatore/utente e contesto sociale	54
<b>Fase finale della vita</b>	55
Paziente terminale e cure palliative	55
Aspetti culturali e psicologici della morte	56
Lutto	56
<b>La vecchiaia</b>	57
Problematiche etiche nell'assistenza all'anziano	57
<b>Emarginazione e handicap</b>	59
Emarginazione	59
Portatori di handicap	59
<b>AUTOVALUTAZIONE</b>	60

## CAPITOLO 5

**Elementi di igiene e di organizzazione dei servizi**

DI ALIDA FAVRO, ANGELA GIOGOLI, MARIO MORELLO E STEFANIA SARTI

A CURA DI MARIO MORELLO

<b>Ordinamento interno delle strutture ospedaliere</b>	61
Dipartimenti	61
Servizi generali	61
<b>Infezioni ospedaliere</b>	61
<b>Ambiente ospedaliero</b>	62
Benessere termoisometrico	63
Qualità dell'aria	64
Ventilazione degli ambienti ospedalieri	64
Condizionamento dell'aria	65

<b>Sanificazione ospedaliera</b>	65
Detersione	65
Disinfezione	70
Sterilizzazione	74
Disinfestazione	77
Circuito della biancheria	78
<b>Smaltimento dei rifiuti ospedalieri</b>	80
<b>Approvvigionamento idrico</b>	80
<b>Cenni alle problematiche legate alla sicurezza nel luogo di lavoro</b>	80
Dispositivi di protezione individuale (DPI)	81
Rischio biologico	82
Movimentazione dei carichi	84
Movimentazione dei pazienti	85
Rischio elettrico	87
Rischio incendio	90
<b>Distribuzione del vitto</b>	93
HACCP	95
<b>Traffici ospedalieri</b>	95
Percorsi	96
Trasporti	96
Comunicazioni	97
<b>Unità operative clinico-assistenziali</b>	98
Percorsi e atri	98
Servizi di supporto	98
Stanze di degenza	98
<b>AUTOVALUTAZIONE</b>	99

## CAPITOLO 6

**Elementi di anatomia e fisiologia (con riferimenti clinici alle attività svolte dall'operatore sanitario)**

DI MARIO MORELLO

<b>Introduzione: dalla cellula all'apparato</b>	101
<b>Terminologia anatomica</b>	101
<b>Apparati e sistemi</b>	108
Apparato tegumentario	108
<b>Apparato muscolo-scheletrico</b>	110
Scheletro	110
Articolazioni	110
Muscoli	110
<b>Apparato cardiovascolare</b>	126
Appendice: rilevazione delle frequenza cardiaca e della pressione arteriosa	129
<b>Apparato respiratorio</b>	133
Appendice: rilevazione della frequenza respiratoria (FR)	136
<b>Apparato urogenitale</b>	137
Organi dell'apparato urinario	139
Organi dell'apparato riproduttivo	140
<b>Apparato gastrointestinale</b>	150
Organi dell'apparato digerente	150
<b>Sistema nervoso</b>	159
Cervello	160
Cervelletto	160

Tronco encefalico	160	CAPITOLO 8	
Midollo spinale	161	<b>Mobilità e trasporto</b>	
<b>Sistema nervoso periferico</b>	162	DI CHIARA COLOMBINI E FRANCO CAPRETTA	
<b>Sistema endocrino</b>	163	A CURA DI ANGELO POMES	
Ghiandole del sistema endocrino	165	<b>Disabilità e riabilitazione</b>	235
<b>Apparato emolinfopoietico</b>	170	<b>Alcune caratteristiche dell'apparato muscolo-scheletrico</b>	235
Componenti del sangue	170	Sistema scheletrico	235
<b>Cenni di fisiopatologia del dolore</b>	171	Sistema muscolare	235
Vie del dolore	172	<b>Alcuni concetti di biomeccanica</b>	236
Teoria del gate control (o del "cancello")	172	Postura	236
Caratteristiche del dolore nocicettivo	172	Allineamento fisiologico del corpo	236
Caratteristiche del dolore neuropatico	172	Movimento e mobilizzazione	237
Caratteristiche del dolore idiopatico	172	Deambulazione	238
<b>AUTOVALUTAZIONE</b>	173	<b>Fattori che influenzano la capacità di mobilizzazione</b>	238
CAPITOLO 7		Nascita e sviluppo psicomotorio	238
<b>Assistenza alla persona nella cura di sé: igiene, eliminazione, vestizione</b>		Fattori biofisici	239
AA.VV.		Fattori psicologici	239
A CURA DI GIORGIO ZANELLA		Fattori socio-culturali	239
<b>Igiene della persona</b>	175	Fattori tecnologico-economici	239
DI BIANCA ROSSATO		Fattori ambientali	239
Cute umana	175	Età e abitudini personali	239
Lavaggio delle mani degli operatori	177	<b>Assistenza alla persona con problemi di mobilizzazione</b>	240
Lavaggio della persona assistita	179	Segni e sintomi	240
Igiene del neonato	185	Interventi assistenziali	240
Condizioni patologiche della cute	187	<b>Assistenza alla persona allettata</b>	249
Isolamento	188	Effetti negativi dell'allettamento	249
La preparazione della salma	189	<b>AUTOVALUTAZIONE</b>	253
<b>Eliminazione</b>	189	CAPITOLO 9	
DI EDOARDO GIORATO		<b>Alimentazione</b>	
Fattori che influenzano l'eliminazione	189	DI DANIELLA PIZZOLATO E SAMUELA MICHIELETTA	
Eliminazione urinaria	190	A CURA DI ANGELO POMES	
Esame delle urine di routine	191	<b>Alimentazione, nutrizione, dietetica e sicurezza alimentare</b>	255
Cateterismo vescicale	192	<b>Principi nutritivi (o nutrienti)</b>	255
Incontinenza urinaria	196	Proteine	255
Principali patologie dell'apparato urinario	200	Glucidi	256
Derivazione urinaria	200	Lipidi	256
Dialisi	202	Vitamine	256
Eliminazione fecale	205	Sali minerali	256
Classificazione clinica dell'incontinenza fecale	208	Acqua	257
Trattamento riabilitativo dei disturbi della defecazione	208	Alcol	257
Occlusione intestinale	210	<b>Gruppi alimentari</b>	258
Colostomie e ileostomie	211	<b>Fabbisogni nutrizionali</b>	258
<b>Bisogno di vestirsi</b>	213	<b>Variazioni fisiologiche dell'alimentazione</b>	259
DI CHIARA COLOMBINI		Alimentazione in gravidanza e allattamento	259
Significato dell'abbigliamento	213	Alimentazione nell'età pediatrica	260
Differenze nell'abbigliamento	214	Nutrizione dell'anziano	260
Abbigliamento nell'istituzione	215	Sport e alimentazione	261
Requisiti per l'autonomia	215	<b>Patologia e alimentazione</b>	261
Dipendenza	216	Obesità	261
Accertamento	217	Ipertensione	261
Problemi	218		
Obiettivi assistenziali	219		
Interventi	220		
Valutazione	231		
<b>AUTOVALUTAZIONE</b>	231		



Dislipidemie	261	<b>Collaborare all'applicazione di calze elastiche</b>	290
Diabete	262	<b>Collaborare alle procedure per le applicazioni calde e fredde</b>	291
Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	262	Calore	291
Dumping syndrome post-gastrectomia	263	Freddo	293
Ulcera gastrica	263	<b>Rilevazione dei parametri vitali</b>	295
Malattie epatobiliari	263	Rilevazione del polso	295
Malattie infiammatorie croniche dell'intestino	263	Rilevazione della pressione arteriosa	296
Disfagia	263	Rilevazione del respiro	299
Pancreatiti	264	Temperatura corporea	306
Stipsi	264	Tecniche di rilevazione della temperatura corporea	313
Diarrea	264	Rilevazione della temperatura con termometri elettronici	316
Celiachia	264	Rilevazione della temperatura corporea con termometri chimici	317
Insufficienza renale acuta	265	<b>Comfort e riposo</b>	317
Insufficienza renale cronica	265	<b>Dolore</b>	318
Dieta e trattamento emodialitico	265	DI PAOLA MARCELLA MORANDINI E LUCIA DE ANTONI	
Cardiopatie	265	A CURA DI MARIO MORELLO E GIORGIO ZANELLA	
Patologie tumorali	265	Il modello biopsicosociale	319
Diete ospedaliere	265	L'operatore socio-sanitario e il paziente con dolore	319
<b>Sistemi di trasporto e distribuzione pasti negli ospedali</b>	267	Valutazione del dolore	320
Distribuzione a multiporzione	267	Accertamento del dolore all'interno di un modello multidisciplinare	320
Distribuzione a vassoio personalizzato	267	Il dolore nelle persone anziane	321
<b>Compiti degli operatori sanitari nella fase di assunzione del cibo da parte dei pazienti</b>	267	Identificazione del dolore	322
<b>Nutrizione artificiale</b>	267	<b>Introduzione alla farmacologia</b>	324
Nutrizione parenterale	268	Il farmaco	324
Nutrizione enterale	268	<b>Collaborare alla somministrazione terapeutica</b>	325
<b>AUTOVALUTAZIONE</b>	270	Collaborazione nella somministrazione di ossigeno	326
<b>CAPITOLO 10</b>		Collaborazione nella somministrazione dei farmaci	327
<b>L'aiuto nelle pratiche assistenziali</b>		Possibili attualizzazioni	332
DI GIORGIO ZANELLA E PAOLA CASSON		<b>AUTOVALUTAZIONE</b>	334
A CURA DI GIORGIO ZANELLA		<b>CAPITOLO 11</b>	
<b>Collaborare alla prevenzione e al trattamento delle lesioni da pressione</b>	272	<b>L'integrazione possibile: accogliere, accompagnare e sostenere le persone con disabilità</b>	
Aspetti scientifici da considerare	272	DI ARIANNA GIONIMI	
Cute dell'anziano	272	A CURA DI ANGELO POMES	
Formazione e sede delle lesioni	273	<b>Crede nelle potenzialità</b>	337
Stadio e grado	273	<b>L'integrazione possibile: aspetti socio-assistenziali della disabilità</b>	338
Riparazione	275	<b>La cultura dell'integrazione e la legislazione conseguente</b>	338
Soggetti a rischio	276	<b>Individuare la persona in situazione di handicap</b>	339
Principi per la prevenzione	276	<b>La nuova classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: ICF</b>	340
Presidi per la prevenzione	278	<b>Il sostegno alle persone con bisogni speciali</b>	341
Principi di trattamento	279	L'integrazione scolastica	342
Modalità di intervento	279	<b>Quale relazione d'aiuto?</b>	344
Medicazioni avanzate	280	<b>AUTOVALUTAZIONE</b>	345
Trattamenti topici e collaborazione dell'OSS all'applicazione di protocolli e procedure	280		
<b>Collaborare all'effettuazione di una medicazione</b>	280		
Comportamento generale	280		
Applicare una medicazione a piatto asciutto	283		
Collaborare all'applicazione di una medicazione a pressione (esempi)	284		
Medicazione dermatologica	284		
Collaborare all'applicazione di strisce per sutura	285		
Collaborare alla predisposizione di una medicazione con zaffatura di ferita	285		
<b>Collaborare all'applicazione di bendaggi semplici</b>	286		
Bendaggi con tubolare elastico	286		

## CAPITOLO 12

**Gerontologia ed elementi di geriatria: aspetti sanitari e sociali**

DI LORIANA DEGANO

A CURA DI MARIO MORELLO

<b>Introduzione</b>	347
<b>Anziano e invecchiamento</b>	347
Profilo della popolazione anziana	347
Paziente geriatrico	349
Invecchiamento	349
Teorie sull'invecchiamento	350
<b>Modificazioni da invecchiamento</b>	350
Modificazioni fisiologiche	350
Modificazioni psicologiche	350
Modificazioni socio-culturali	351
<b>Problematiche assistenziali</b>	352
Valutazione dell'autonomia	352
Problematiche e interventi assistenziali	353
Anziani e farmaci	360
<b>Risorse umane e strutturali</b>	361
Famiglia	361
Équipe assistenziale	361
<b>Unità valutativa geriatrica (UVG)</b>	362
<b>Strutture socio-sanitarie</b>	362
Strutture non residenziali	362
Strutture residenziali	363
Strutture semiresidenziali	364

## APPENDICE

**Demenza: la gestione dei disturbi del comportamento**

DI CHIARA CAVAZZINI, LUCIA DE ANTONI E MICHELA RIGON

A CURA DI MARIO MORELLO E ANGELO POMES

Definizione	365
Epidemiologia	365
Patologia	365
Clinica	365
<b>Valutazione</b>	366
<b>Obiettivi del trattamento</b>	367
L'approccio generale ai disturbi del comportamento	367
<b>Interventi non farmacologici nella demenza</b>	368
<b>Il modello Gentle Care</b>	370
<b>Importanza dell'ambiente fisico per la persona con demenza</b>	370
<b>AUTOVALUTAZIONE</b>	371

## CAPITOLO 13

**Modelli della cura in psichiatria**

DI NADIA URLI

A CURA DI GIORGIO ZANELLA

<b>Uno sguardo al passato: percorso storico</b>	373
Approccio magico	373

Approccio demonologico	373
Approccio pedagogico-morale	374
Approccio organicista	375
Approccio psicologico	376
Approccio fenomenologico	376
Approccio sociale	376
Approccio comportamentale e cognitivo-comportamentale	376

**Uno sguardo al presente: i tanti modi per fare psichiatria**

Dai primi anni del Novecento alla «riforma Basaglia»	377
Organizzazione del dipartimento di salute mentale	378
Chi opera oggi in psichiatria?	380
Psichiatria pubblica degli anni 2000: quali prospettive	381

**Rapporto con la sofferenza mentale****Principali disturbi di interesse psichiatrico**

Ansia	385
Disturbi dell'umore	388
Psicosi	392

**AUTOVALUTAZIONE**

## CAPITOLO 14

**Metodi e tecniche di animazione**

DI GIANMARIA GIOGA E MARIANGELA ZANELLA

A CURA DI ANGELO POMES

<b>Animazione: definizione</b>	397
Animazione non è intrattenimento!	398
<b>Perché l'animazione</b>	398
La qualità della vita	399
<b>L'animatore: caratteristiche</b>	399
L'operatore socio-sanitario animatore	399
<b>La metodologia</b>	400
Il gruppo	401
<b>Le tecniche</b>	402
Le tecniche artistico-espressive	402
Il folklore	402
Il movimento corporeo: la danza	403
La musica	403
Il teatro	404
La narrazione	404
Il gioco	405
<b>AUTOVALUTAZIONE</b>	406

## CAPITOLO 15

**Attività nei comparti operatori**

DI CRISTIANA DI GUILMI

A CURA DI MARIO MORELLO

<b>Sala operatoria</b>	409
<b>Norme generali per la preparazione del paziente all'intervento</b>	410
Fase preanestesiologica	414
<b>Anestesia</b>	415
Tipi di anestesia	415

Posizionamento del paziente dopo la somministrazione dell'anestesia	418	<b>Emorragia</b>	434
<b>Fase intra-operatoria</b>	419	Emorragia esterna	434
Attività dello strumentista	419	Emorragia interna	434
Preparazione del campo operatorio	420	<b>Shock</b>	434
L'operatore addetto al controllo generale dell'intervento	421	Eziopatogenesi	435
<b>Fase post-operatoria</b>	421	<b>Arresto cardiocircolatorio e rianimazione cardiopulmonare (RCP)</b>	436
Sala risveglio	422	Compressioni toraciche	437
Controllo del dolore post-operatorio	422	<b>Pneumotorace (PNX)</b>	438
<b>Pulizia del blocco operatorio</b>	424	PNX «aperto»	439
Pulizia quotidiana della zona BCM (sala operatoria)	424	PNX «a valvola»	440
Pulizia quotidiana degli altri ambienti del comparto operatorio	424	<b>Edema polmonare acuto (EPA)</b>	440
Pulizia "a fondo"	424	<b>Angina pectoris e infarto cardiaco</b>	441
<b>APPENDICI</b>		Angina pectoris	441
<b>Cateteri vescicali</b>	425	Infarto cardiaco	441
<b>Principali drenaggi usati in chirurgia</b>	425	<b>Lesioni vertebro-midollari</b>	442
Drenaggio di tipo Redon	426	Fratture vertebrali dell'arco anteriore	442
Drenaggi tipo pare, Easy-Flow, Penrose	426	Fratture vertebrali dell'arco posteriore	443
Drenaggi tipo Jackson-Pratt	426	<b>Fratture agli arti</b>	443
Drenaggi polmonari (Argyle)	426	<b>Soffocamento e annegamento</b>	444
<b>Fili da sutura</b>	426	<b>Ustioni</b>	445
<b>Aghi</b>	427	<b>Lesioni da elettricità</b>	446
<b>Guanti</b>	427	<b>Avvelenamenti</b>	447
<b>Etichette</b>	429	<b>Urgenze psichiatriche</b>	447
<b>Brevi cenni sullo strumentario chirurgico</b>	429	Nevrosi d'ansia	447
<b>Brevi cenni sulla sterilizzazione</b>	431	Depressione	447
Pulizia e decontaminazione	431	Schizofrenia	447
Asciugatura	431	<b>Scala di gravità delle urgenze</b>	447
Manutenzione dello strumentario	431	<b>Norme per chi pratica il primo intervento</b>	448
Confezionamento	431	<i>AUTOVALUTAZIONE</i>	448
<i>AUTOVALUTAZIONE</i>	431		
CAPITOLO 16		<b>Risposte ai testi di autovalutazione</b>	449
<b>Nozioni di pronto soccorso e di primo intervento</b>			
DI MARIO MORELLO		<b>Bibliografia</b>	451
<b>Urgenza ed emergenza medica</b>	433		
Definizione	433	<b>Indice analitico</b>	459
SUEM 118	433		

DI Arianna Gionimi ed Elmer Soffiati  
RIVISTO DA Angelo Pomes

Oggi si sente spesso parlare di welfare. Ma che cosa si intende esattamente con questa parola inglese? Innanzitutto facciamo un po' di storia. L'espressione *welfare state*, tradotta letteralmente *stato di benessere*, compare dopo il secondo conflitto mondiale in Inghilterra e sta a indicare un sistema socio-politico-economico in cui lo Stato promuove la sicurezza e il benessere sociale ed economico dei cittadini. La novità di questo modello consiste nel fatto che le prestazioni sociali non hanno carattere caritatevole, occasionale e frammentario (come avveniva precedentemente), ma lo Stato si (pre)occupa di programmare, organizzare e finanziare settori quali: la previdenza, l'assistenza sociale, la sanità, l'istruzione e l'edilizia popolare. Il *welfare state*, o *stato sociale*, fonda le sue radici nella cultura della solidarietà, dell'uguaglianza e dello sviluppo umanistico, e nella capacità dello Stato di prendersi cura della qualità di vita dei suoi cittadini, da quando nascono a quando muoiono.

Al fine di offrire un quadro dei maggiori sistemi di protezione messi in atto dallo Stato nei confronti dei cittadini, si è ritenuto opportuno suddividere, a fini didattici, la descrizione del Sistema dei Servizi Sociali, dalle attività e servizi di afferenza al Servizio Sanitario Nazionale.

## IL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI IN ITALIA

DI Arianna Gionimi

Il modello di welfare introdotto nei Paesi europei nel dopoguerra aveva da una parte lo scopo di garantire la sicurezza del lavoro e della produzione, e dall'altra di tutelare i diritti umani, soprattutto delle fasce più deboli della popolazione.

Non dimentichiamo, comunque, che forme di tutela dei lavoratori e di particolari categorie di persone erano già state introdotte alla fine dell'Ottocento. In Italia, in particolare, la nascita dell'industria e i conseguenti cambiamenti repentini nell'allora società rurale crearono le basi per la costituzione delle *Società di Mutuo Soccorso*, espressioni della solidarietà operaia per la copertura dei rischi in ambito lavorativo. Dal 1898, poi, con la legge n. 80, i datori di lavoro vennero obbligati ad assicurarsi contro gli infortuni sul lavoro, creando in tal modo una situazione di tutela per i lavoratori subordinati.

Sul versante assistenziale nel 1890 venne approvata la famosa legge n. 6972, conosciuta anche come *legge Crispi*, prima legge organica in materia assistenziale, che fra l'altro promuoveva la costituzione delle *Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza* (IPAB). Queste

Istituzioni garantivano l'assistenza agli orfani, agli indigenti, ai vecchi, agli invalidi, insomma a tutte quelle categorie di persone povere o a rischio di povertà.

Durante il periodo fascista si assiste a un consolidamento del sistema previdenziale per i lavoratori, con la creazione degli *Istituti Previdenziali* come l'Istituto Nazionale Fascista Assicurazione Infortuni (poi diventato INAIL), l'Istituto Nazionale Fascista di Previdenza Sociale (poi diventato INPS), l'Ente per la Mutualità Fascista (poi diventato INAM). Da una parte, quindi, si creano diversi Istituti centrali di Previdenza che offrono tutele ai lavoratori, dall'altra vi è l'accentuazione della frammentazione per fasce lavorative che consolidano il nucleo ideologico del corporativismo fascista.

Per quanto riguarda l'assistenza, con l'istituzione nel 1937 degli *Enti Comunali di Assistenza* (ECA), si implementa l'assetto delineato precedentemente dalla citata legge Crispi, che istituiva le IPAB, in un nuovo scenario che vede ora lo Stato e la Chiesa collaborare in ambiti educativi e assistenziali dopo la sottoscrizione dei Patti Lateranensi del 1929.

Si va sempre più implementando un sistema dualistico costituitosi gradualmente nel nostro Paese, che da una parte tutela le fasce di lavoratori attraverso la previdenza centralizzata, e dall'altra offre l'assistenza discrezionale (su basi ancora caritatevoli) per le fasce più povere della popolazione. Questo sistema trova conferma anche nella Costituzione Italiana, all'art. 38, in cui si dice: "Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità, vecchiaia, disoccupazione involontaria".

Il nuovo Stato democratico italiano, nel dopoguerra, eredita e recepisce nella sua Costituzione quanto è stato realizzato fino ad allora in materia di previdenza e assistenza, ma con il tempo promuove e avvia un passaggio dallo **stato di assicurazione sociale** che garantiva cioè principalmente coloro che lavoravano, a uno **stato di sicurezza sociale** in grado di offrire forme di protezione a tutti i cittadini e non solo a coloro che versavano i contributi previdenziali.

Seppur in un sistema ancora disomogeneo e spesso non organizzato, si promuovono a carico dello Stato politiche nei confronti dell'occupazione, della casa, dell'istruzione, della sanità. Gli interventi dello Stato si orientano quindi non più all'erogazione di servizi a coloro che lavorano o che hanno lavorato, ma anche ai cittadini che evidenziano bisogni di diversa natura (materiale, sanitaria, sociale, culturale ecc.). Le prestazioni

non sono più, in quest'ottica, erogate allo status di *lavoratore*, bensì allo status di *cittadino*. Avanza quindi l'idea che lo Stato debba promuovere politiche sociali preventive, e non solo riparative, garantendo a ogni cittadino uguali opportunità, un livello minimo di reddito, di consumi, di stile di vita, di istruzione e così via. Lo Stato assume il ruolo centrale di promotore e gestore delle politiche sociali, in assenza però di un quadro di riferimento legislativo organico, per cui gli interventi sociali non sono inseriti in un sistema organizzato e programmato. Questo modello di *Stato Sociale*, che tendenzialmente vuol rispondere a tutti i bisogni dei cittadini, ha conosciuto una fase di espansione notevole ed è stato caratterizzato da un incremento considerevole della spesa pubblica. Basti ricordare che dal 1960 al 1975 le spese relative ai servizi socio-sanitari, assistenziali, educativi sono cresciute quasi del doppio rispetto all'incremento del reddito nazionale medio. Accanto a ciò si consumarono distorsioni del sistema, per cui le erogazioni e le prestazioni assistenziali hanno talvolta favorito un sistema particolaristico-clientelare-assistenzialistico sostenuto in Italia dai partiti politici ai fini della legittimazione del consenso. In breve tempo, quindi, l'etica della solidarietà, motivo ispiratore della politica sociale, si trasforma gradualmente in etica neocorporativistica, individualistica, che porta alla crisi dello stato sociale fino ad allora concepito e al ripensamento globale delle politiche statali in materia.

### ■ Le radici del nuovo Welfare

Gli anni Ottanta/Novanta sono stati anni di ripensamento delle politiche sociali, sia per i costi ormai divenuti insostenibili, sia per il ruolo svolto dallo Stato in materia. Le distorsioni del sistema hanno talvolta prodotto e incentivato l'assistenzialismo anziché la crescita del senso di responsabilità, tant'è che si è parlato di degenerazione dallo stato sociale a stato assistenziale. Viene rimesso in discussione il ruolo svolto dallo Stato nella gestione burocratica, assistenzialistica, che ingenera talvolta disimpegno, deresponsabilizzazione, disincentivazione dell'iniziativa individuale e sociale. Accanto a ciò si affacciano nuovi scenari: declino della natalità, allungamento della vita media, consistenti flussi migratori da molti Paesi del mondo verso il nostro Paese, cambiamento nei processi di produzione, globalizzazione dei mercati ecc.

La crisi del welfare, da una parte economica, per i costi ormai insostenibili, dall'altra politica, per il ruolo centralista dello Stato, pone le basi per un ripensamento profondo di tutto il sistema. La trasformazione delle politiche sociali avviene attraverso la rivisitazione dei ruoli svolti dai diversi soggetti pubblici, Stato, Regioni e Comuni, in relazione ad altri soggetti del privato sociale. È in questo cambiamento che si può parlare della trasformazione del ruolo dallo *stato gestore* allo *stato regolatore*.

Infatti, l'andamento delle politiche sociali negli anni Novanta, accompagnate da importanti interventi legislativi, ha avviato significativi processi di cambiamento nell'organizzazione dei servizi alle persone. Un ruolo essenziale in tal senso è stato assunto dal cosiddetto *terzo settore* o *privato sociale*, costituito da libere associazioni, volontariato, cooperative di solidarietà sociale, fon-

dazioni e organizzazioni varie di tipo no profit. Nel nuovo assetto politico-legislativo, pubblico e privato si integrano, cooperano nell'organizzazione e nella gestione dei servizi, con modelli organizzativi centrati sulla persona e sulla valorizzazione della comunità, e in questa prospettiva di co-progettazione tra pubblico e privato si parla di *welfare mix*. Vi è in questo processo di cambiamento una messa in discussione delle modalità di gestione dei servizi per prestazioni, che si connotano esclusivamente sulla risposta al bisogno espresso da parte delle diverse categorie di utenza. Ora la filosofia che sottende alle politiche del welfare è legata alla promozione del *ben-essere* sociale, in una prospettiva ampia di tipo «ecologico» che considera le persone e le loro comunità soggetti attivi, propositivi, capaci di ricercare le risorse e le soluzioni ai propri bisogni. In questa prospettiva sono cambiati anche i tradizionali ruoli istituzionali degli enti locali, delle Regioni, dello Stato, che da erogatori di prestazioni si trovano ad assumere un ruolo di promotori/regolatori di politiche integrate tra soggetti pubblici e privati, con l'assunzione di responsabilità relativamente alla gestione delle risorse, e con la prospettiva di ricercare continuamente risposte flessibili e dinamiche in relazione alle necessità delle persone e della loro comunità di appartenenza.

Il cambiamento in atto sottolinea il passaggio dal *welfare state* a un *welfare society*, in cui il pubblico non gestisce solo servizi e fondi, ma attiva risorse in un rapporto rinnovato tra pubblico e privato.

### ■ Excursus legislativo in materia socio-assistenziale

Come abbiamo sopra evidenziato, l'evolversi delle politiche in ambito socio-assistenziale è stato accompagnato da interventi legislativi che cercheremo qui di ricostruire.

La prima legge in Italia che si occupa di assistenza e beneficenza è la n. 6972 del 1890, ricordata anche come *legge Crispi*, che si può definire la prima legge organica del settore.

Successivamente le riforme intervenute hanno affrontato in modo frammentario la materia, eccezion fatta per il DPR 616 del 24 luglio 1977 che ha avviato un decentramento delle competenze in materia di servizi sociali dallo Stato alle Regioni e agli Enti locali. A partire quindi dai primi anni Ottanta, ogni Regione ha avuto ampi spazi per esercitare un ruolo di programmazione e di organizzazione dei servizi sociali sul proprio territorio. L'effetto di questa autonomia, anche legislativa, ha prodotto però un quadro assai disomogeneo e ancorato ai diversi governi locali. Alcune regioni hanno assunto un ruolo di forte programmazione e di promozione delle politiche sociali sul loro territorio, altre sono rimaste ingessate e hanno gestito il minimo indispensabile. Si è pertanto venuta a creare una situazione «a macchia di leopardo», in cui le Regioni che hanno saputo programmare e organizzare gli interventi sociali a livello territoriale hanno potuto offrire ai cittadini servizi migliori di altre in cui questo processo non si è realizzato.

Mentre in ambito sanitario la prima legge quadro 833/78, che istituisce il **Servizio Sanitario Nazionale** (SSN), si presenta come un testo organico, che precisa i li-

velli di intervento istituzionali su tutto il territorio nazionale e introduce la programmazione sanitaria attraverso il piano sanitario nazionale, in ambito sociale non è così.

A partire dagli anni Novanta, a seguito del ripensamento delle politiche del welfare, volto anche a definire le funzioni e le competenze dei soggetti pubblici in relazione ai soggetti privati, si promuovono una serie di azioni programmatiche in campo assistenziale individuate in specifiche leggi di settore: tossicodipendenze, handicap, volontariato, cooperative sociali, minori ecc.

Queste leggi, seppur di settore, cioè rivolte a particolari fasce di popolazione, hanno fra loro caratteristiche comuni, che potremmo così evidenziare:

- la promozione di un lavoro «di rete» integrato tra soggetti pubblici e privati, in una sorta di partnership, per offrire alle diverse fasce di utenza risposte globali e non frammentarie;
- la valorizzazione di politiche fortemente centrate sulla comunità locale e sul riconoscimento dei diversi attori presenti nel territorio;
- l'attenzione rivolta a potenziare le risorse delle persone e dei loro contesti di vita, più che a porre l'accento su ciò che manca;
- la necessità di riorganizzare i servizi in funzione della centralità dell'utente e dei suoi bisogni, programmando le attività non *su o per* l'utente, ma *con* esso.

Accenniamo ora molto brevemente ad alcune leggi di settore approvate negli anni Novanta, che evidenziano aspetti innovativi nelle politiche del welfare.

### **Tossicodipendenze**

Il DPR 9 ottobre 1990 n. 309 è un testo unico delle leggi in materia di disciplina di stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. Il testo fornisce indicazioni relativamente alla coltivazione e produzione, alla fabbricazione, all'impiego e al commercio all'ingrosso delle sostanze stupefacenti. Dispone in merito alla repressione delle attività illecite e indica gli interventi informativi ed educativi da effettuarsi in ambito scolastico. Attribuisce competenze a Regioni, Province ed Enti locali, e dispone in merito ai servizi per le tossicodipendenze in particolare per gli interventi di tipo preventivo, curativo e riabilitativo.

### **Volontariato**

La legge n. 266/1991 definisce le attività di volontariato, ne riconosce il valore sociale e le funzioni, istituisce un osservatorio nazionale. Alle Regioni vengono date le indicazioni per recepire la legge a livello territoriale, dovendo questo Ente istituire i «registri» delle organizzazioni di volontariato. Le organizzazioni iscritte all'apposito registro regionale possono stipulare convenzioni con lo Stato, la Regione, gli Enti locali e le Province. Le associazioni di volontariato possono altresì godere di alcuni benefici fiscali stabiliti per legge.

### **Cooperazione sociale**

La legge n. 381/1991 disciplina gli interventi delle cooperative sociali. In particolare, si afferma che le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse ge-

nerale della comunità alla promozione umana dei cittadini. I servizi realizzati dalle cooperative sociali sono:

- a) la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi (si dicono cooperative di tipo A);
- b) lo svolgimento di attività diverse (agricole-industriali, commerciali o di servizi) finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (si dicono cooperative di tipo B). Si intendono per *persone svantaggiate* gli invalidi fisici, psichici e sensoriali, gli ex detenuti di istituti psichiatrici, i soggetti in trattamento psichiatrico, i tossicodipendenti, gli alcolisti, i minori in età lavorativa in situazione di difficoltà familiare, i condannati ammessi alle misure alternative alla detenzione. Le persone svantaggiate devono costituire almeno il 30% dei lavoratori della cooperativa.

Le Regioni hanno recepito la legge nazionale sulla cooperazione sociale con apposite leggi regionali, dovendo istituire l'albo delle cooperative sociali operanti nel territorio e regolamentare le modalità di convenzione tra le cooperative sociali e le amministrazioni pubbliche.

### **Handicap**

La legge n. 104/92 per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate definisce quali interventi devono essere realizzati a livello locale per promuovere l'integrazione delle persone disabili. In particolare si precisano le competenze dei diversi Enti istituzionali (Sanità, Scuola, Comuni) in materia sanitaria, riabilitativa, scolastica, sociale, lavorativa, abbattimento delle barriere architettoniche, sgravi fiscali, trasporti. Gli *Accordi di programma* sono degli strumenti tecnico-operativi (previsti dalla legge 142/90) che a livello territoriale devono essere sottoscritti dai diversi Enti e che definiscono chi fa che cosa e come, in una prospettiva di integrazione interistituzionale prima e operativa poi, il tutto finalizzato a fornire risposte globali alle persone disabili.

### **Minori**

La legge n. 285/98 sull'infanzia e l'adolescenza promuove un raccordo tra le diverse istituzioni in collegamento con il privato sociale, al fine di sostenere le famiglie nelle loro funzioni genitoriali. È una legge innovativa, poiché non pone l'accento sui casi problematici o a rischio, ma valorizza la funzione genitoriale nei confronti dei figli. C'è un approccio di tipo preventivo e promozionale, poiché sottolinea il coinvolgimento partecipativo dei destinatari degli interventi, offrendo spazi e sostegno alle esperienze di aggregazione. Le istituzioni pubbliche insieme ai soggetti del privato sociale predispongono i *piani territoriali* per la promozione e il finanziamento dei progetti e degli interventi da realizzarsi in funzione dei diversi bisogni della comunità locale.

Alla fine degli anni Novanta in uno scenario di politiche assistenziali programmate sul territorio nazionale a livello settoriale (cioè a favore delle diverse tipologie di utenza) vengono approvate importanti riforme sul decentramento amministrativo dallo Stato alle Regioni e agli Enti locali, riforme che coinvolgono anche i servizi

**TABELLA 1.1** Possibili contesti lavorativi dell'operatore socio-sanitario.

Enti gestori	Servizi
<b>Comuni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza domiciliare</li> <li>• Servizi di pronto intervento per le situazioni di emergenza personali e familiari</li> <li>• Strutture residenziali e semiresidenziali per persone con fragilità sociali</li> <li>• Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario</li> <li>• Centri diurni per disabili*</li> <li>• Assistenza scolastica ai disabili*</li> <li>• Gruppi appartamento per le diverse fasce di utenza (es. pazienti psichiatriche, minori, anziani ecc.)</li> <li>• Progetti personalizzati di riabilitazione e reinserimento</li> <li>• Programmi di assistenza per la vita indipendente</li> <li>• Soggiorni climatici per anziani e disabili</li> </ul>
<b>Aziende Sanitarie Locali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strutture Ospedaliere (in ogni tipo di unità operativa)</li> <li>• Centri diurni per disabili*</li> <li>• Assistenza scolastica ai disabili*</li> <li>• Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani e disabili non autosufficienti</li> </ul>
<b>IPAB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strutture residenziali e semiresidenziali per persone con fragilità sociali</li> <li>• Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario</li> </ul>
<b>Privato Sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza domiciliare</li> <li>• Assistenza scolastica ai disabili</li> <li>• Servizi di pronto intervento per le situazioni di emergenza personali e familiari</li> <li>• Strutture residenziali e semiresidenziali per persone con fragilità sociali</li> <li>• Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario</li> <li>• Progetti personalizzati di riabilitazione e reinserimento</li> <li>• Gruppi appartamento per le diverse fasce di utenza (es. pazienti psichiatriche, minori, anziani ecc.)</li> <li>• Programmi di assistenza per la vita indipendente</li> <li>• Soggiorni climatici per anziani e disabili</li> <li>• Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani e disabili non autosufficienti</li> </ul>

\* Queste strutture possono essere gestite da Enti diversi, dipende dalle normative regionali. Per esempio, nella regione Veneto alcune competenze dei Comuni (relativamente per esempio ai centri diurni per disabili, l'assistenza scolastica ai disabili, ecc.) sono state delegate alle Aziende ULSS o date in gestione alle strutture del Privato sociale pertanto i servizi vengono riportati sotto le diverse voci degli enti gestori.

## AUTOVALUTAZIONE

Per tutti i test è prevista una sola risposta esatta.

- 1 Cosa si intende per *Stato sociale*?
  - ① Uno Stato che aiuta i poveri.
  - ② Uno Stato che si prende cura della qualità di vita dei suoi cittadini.
  - ③ Uno Stato che quando c'è bisogno interviene.
- 2 Che cosa si intende per sistema integrato di interventi sociali?
  - ① Il sistema integrato è un organismo che aiuta gli utenti a scegliere i servizi migliori e a minor prezzo.
  - ② I servizi privati concorrono con i servizi pubblici.
  - ③ Soggetti pubblici e privati concorrono alla realizzazione del sistema integrato per la programmazione delle attività nel territorio.
- 3 I progetti individualizzati servono:
  - ① All'utente per poter capire quello di cui ha bisogno.
  - ② A personalizzare gli interventi, con l'apporto di diversi professionisti.
  - ③ A decidere cosa si deve fare nelle situazioni di emergenza.
- 4 Quale periodo storico precede la *Riforma ospedaliera*?
  - ① Quello degli anni Novanta con la riforma delle ULSS.
  - ② Quello degli anni tra il 1970 e il 1980.
  - ③ Quello tra il 1862 e il 1948.
  - ④ Quello precedente all'unificazione d'Italia.
- 5 La legge n. 833 del 1978:
  - ① Istituisce il Servizio Sanitario Nazionale.
  - ② Crea la frammentazione del servizio tra enti diversi sordinati tra loro.
  - ③ Modifica il Servizio Sanitario Nazionale.
  - ④ Istituisce gli enti ospedalieri.
- 6 Le Aziende Sanitarie Locali nate dalla riforma del 1992 sono:
  - ① Strutture operative dei Comuni per l'erogazione dei livelli di assistenza.
  - ② Enti sovraordinati e dotati di potere legislativo in materia socio-sanitaria.
  - ③ Aziende dotate di autonomia patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica e amministrativa.
  - ④ Organismi provinciali competenti in materia sociale.
- 7 Quale legge, tra le seguenti, costituisce un sistema integrato di interventi e servizi sociali?
  - ① Legge 11 agosto 1991, n. 266.
  - ② Legge 8 novembre 1991, n. 381.
  - ③ Legge 17 luglio 1890, n. 6972.
  - ④ Legge 8 novembre 2000, n. 328.



Andrea Cavicchioli • Mario Morello  
Angelo Pomes • Giorgio Zanella

# Manuale per l'Operatore Socio-Sanitario

La quarta edizione di questo noto volume si presenta con una struttura più snella, più pratica da studiare e consultare, e maggiormente focalizzata sugli aspetti pratici dell'assistenza, per un approccio sempre più moderno e in linea con l'evoluzione della didattica. Inoltre, tutti i contenuti dell'opera sono stati rivisitati per essere aggiornati e migliorati: se alcuni capitoli si trovano in buona sostanza confermati rispetto alle edizioni precedenti, diversi altri sono stati profondamente rivisti.

Questa attività di revisione è però stata condotta preservando le caratteristiche dell'opera che sono alla base del suo successo e delle decine di migliaia di copie vendute dalle precedenti edizioni. In particolare, il volume conserva un approccio alla formazione dell'OSS che non si limita alle sole nozioni tecniche e agli elementi teorici necessari per la loro comprensione ed esecuzione, ma che comprende anche aspetti di cultura sanitaria e di cultura generale, importanti per dare un contributo significativo nel formare una categoria professionale che sempre maggiore importanza andrà ad assumere negli anni a venire. La nuova edizione, inoltre, mantiene le parti di testo dedicate all'Operatore Socio-Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria.

CAVICCHIOLI\*MANUALE OSS 4ED

ISBN 978-88-08-18566-2



9 788808 185662

**Al Pubblico** € 42,50...  
P. Cop. € 40,87