

Consigli Pratici per Superare l'Esame Orale Concorso OSS

Marzo 2026

Dott. Carmelo Rinnone
C_rinnone@hotmail.com

1. Capire la Prova

- Leggi bando 2-3 volte: durata, criteri, punteggio minimo
- Informati su domande uscite in concorsi OSS recenti
- Obiettivo: affidabilità, chiarezza, adattabilità al ruolo

2. Prepararsi come Colloquio

- Presentazione iniziale 1-2 min: chi sei, esperienza, motivazione
- 3 messaggi chiave: responsabilità, équipe, attenzione persona
- Esercitati cronometrando 1-3 min/risposta
- Simulazioni con feedback da colleghi

3. Tecniche Esposizione

- Struttura: 1) Definizione, 2) 2-3 punti, 3) Esempio pratico
- Frasi brevi, verbi al presente
- Non capito? 'Può riformulare?'
- Non sai? 'Ragionerei così...' + ragionamento

4. Comunicazione Non Verbale

- Postura: seduto dritto, piedi poggiati
- Sguardo: alterna tra commissari
- Voce: volume medio, ritmo lento, scandisci
- Mani: gesti lenti, no tic
- Sorriso educato, tono collaborativo
- Educazione,
- Evitare gomme da masticare

5. Gestire Ansia

- Prima: alterna studio/pause, camminate
- Sera prima: prepara documenti/percorso
- Giorno: arriva anticipo, no ripasso last-minute
- Respirazione quadrata: 4s inspira-trattieni-espira-pausa
- Focalizzati su 3 sensi presenti

6. Errori da Evitare

- Non leggere bando bene
- Solo teoria, zero pratica orale
- Rispondere polemico o a caso
- Parlare male ex datori/colleghi
- Sottovalutare prove accessorie

7. Trucchetti Pratici

- Kit orale: domande freq. con risposte strutturate
- Registrati/riascolta per tic linguistici
- Parole-ponte: 'In sintesi...', 'Praticamente...'
- Saluto iniziale/finale educato
- Ogni domanda = nuova chance

8. Dopo l'Orale

- Annota domande/risposte a caldo
- Analizza successi/miglioramenti
- Usa esperienza per prossimi concorsi
- Condividi con altri candidati

Grazie per l'Attenzione!

Preparati, esercitati, sii te stesso.
Supererai l'orale OSS!

Domande?

ALCUNE DOMANDE...

- DISCUTIAMONE ASSIEME...

il candidato illustri: Il significato di "ATTRIBUZIONE" all'Operatore Socio Sanitario di compiti ed attività assistenziali all'interno del processo di assistenza alla persona

- **PREMESSA:** L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica e, in quanto tale, PIANIFICA, GESTISCE e VALUTA l'intervento assistenziale infermieristico. Lui, pertanto, stabilisce se eseguire lui in prima persona un intervento o se può delegare o attribuire un compito a un altro operatore.
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** Si parla di attribuzione quando l'infermiere chiede a un altro operatore diverso dal suo ruolo di eseguire un compito, come nel caso di infermiere – oss. In questo caso, il compito, se rientra nelle competenze dell'oss, è eseguito dall'oss che rimane responsabile della corretta esecuzione della prestazione. L'infermiere rimane responsabile in eligendo, ovvero nella scelta della prestazione e dell'operatore idoneo a cui attribuire il compito e in vigilando, ovvero, nel vigilare che la prestazione sia stata correttamente eseguita e che gli obbiettivi da lui pianificati siano stati raggiunti. L'attribuzione può essere scritta.
- **APPROFONDIMENTI E CONCLUSIONI:** La delega, invece, è la richiesta di effettuare un compito a un operatore dello stesso ruolo professionale. Deve essere scritta e, con la delega, si passa dal delegante al delegato della scelta operativa da lui ritenuta migliore e della responsabilità degli esiti.

La differenza tra attribuzione e delega non è basata su ruoli gerarchici differenti ma solo su ruoli professionali diversi e, quindi, su competenze diverse o uguali. (es. delega infermiere – medico nel caso di richiesta terapia antalgica; attribuzione infermiere – oss nel caso di rilievo dei ppvv).

il candidato illustri: la rilevanza della comunicazione tra personale sanitario/socio sanitario e paziente e quanto può influire nel processo di guarigione.

- **PREMESSA:** la comunicazione non è solo trasmissione di informazioni, ma uno strumento di assistenza che comprende ascolto, chiarezza, empatia e rispetto della persona. Una comunicazione efficace consente al paziente di comprendere meglio la propria situazione, di esprimere bisogni, paure e sintomi, e di sentirsi coinvolto nelle decisioni che lo riguardano. Questo migliora l'alleanza terapeutica, l'aderenza alle cure e la collaborazione con l'équipe sanitaria. Anche il linguaggio non verbale, il tono della voce e l'atteggiamento dell'operatore influenzano profondamente la percezione di sicurezza e di attenzione da parte del paziente.
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** La comunicazione può incidere positivamente sul processo di guarigione perché riduce ansia, incomprensioni ed errori, e favorisce una partecipazione attiva del paziente al trattamento. Quando il paziente si sente ascoltato e compreso, aumenta la fiducia nel personale, migliora la collaborazione e spesso si ottengono esiti assistenziali migliori. Nei contesti di fragilità, la relazione e la comunicazione diventano parte integrante della cura, perché contribuiscono al benessere globale della persona, non solo alla dimensione clinica. La relazione è tempo di cura e questo ce lo dice l'approccio etico alla ns professione, gli studi, l'esperienza clinica ma anche la legge, in particolare la **Legge 219/2017** relativa al testamento biologico e alle DAT.
- **CONCLUSIONE:** La comunicazione in sanità è un elemento essenziale della cura: favorisce fiducia, comprensione, collaborazione e aderenza terapeutica. Per questo può influire positivamente anche sul processo di guarigione, perché riduce ansia e incomprensioni e rende il paziente parte attiva del percorso assistenziale, migliorando la sua compliance.

il candidato illustri: il concetto di BISOGNO e la piramide di Maslow

- **PREMESSA:** Il **bisogno** per l'oss è estremamente importante perché è su quello che opera.
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** Il bisogno è una condizione di mancanza o di squilibrio percepita dalla persona, che genera il desiderio di colmare tale mancanza. In ambito socio-sanitario, il bisogno può riguardare aspetti fisici, psicologici, relazionali e sociali, e rappresenta il punto di partenza dell'assistenza. Il bisogno è ciò che una persona considera necessario per mantenere o recuperare il proprio benessere. Nel campo sanitario, il bisogno di salute comprende la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione.

L'operatore socio-sanitario deve saper riconoscere i bisogni della persona assistita, osservando non solo i bisogni biologici, ma anche quelli psicologici e relazionali, per offrire un'assistenza globale e personalizzata.

La piramide di Maslow è una teoria che ordina i bisogni umani in modo gerarchico, dai più urgenti ai più elevati.

Alla base ci sono i bisogni fisiologici, come respirare, mangiare, bere, dormire e mantenere la temperatura corporea.

Segue il bisogno di sicurezza, poi quelli sociali o di appartenenza, i bisogni di stima e infine l'autorealizzazione.

Secondo questa teoria, i bisogni più semplici e vitali devono essere soddisfatti prima di quelli più complessi.

Per l'OSS la piramide di Maslow è utile perché aiuta a stabilire le priorità nell'assistenza: prima si garantiscono i bisogni fondamentali, poi si sostiene la persona nei bisogni relazionali e di autonomia.

Per esempio, una persona allettata con fame, dolore o paura avrà bisogno prima di sicurezza e conforto, e solo dopo potrà concentrarsi su aspetti sociali o di crescita personale.

Quindi il concetto di bisogno e la piramide di Maslow permettono di comprendere la persona in modo **globale**, orientando un'assistenza più attenta e rispettosa.

- **CONCLUSIONI:** Conoscere i bisogni e la piramide di Maslow è utile per dare priorità ai bisogni fondamentali e per prendersi cura della persona in modo olistico.

l'importanza del dolore e metodi della sua valutazione; compiti dell'operatore socio sanitario

- **PREMESSA:** Il dolore è un fenomeno multifattoriale molto comune nei contesti sanitari, dovuto a patologie acute o croniche. E' talmente importante che, la regione Toscana, con la **Legge 15 marzo 2010, n. 38**, relativa al progetto «Ospedale senza dolore», ritiene debba essere trattato allo stesso livello degli altri ppvv.
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** Il dolore, secondo l'OMS, è un'esperienza soggettiva, sensoriale ed emotiva spiacevole, associata a un danno tissutale reale o potenziale. Non è quindi solo un sintomo fisico, ma coinvolge anche la sfera psicologica della persona. Di conseguenza può essere presente in una persona sia come sintomo che come segno. Non va mai sottovalutato. Per valutarlo usiamo scale come la VAS (scala analogico visiva), l'NRS (scala numerica), la VRS (scala verbale), la scala di wong baker o delle faccine (per l'area pediatrica) oppure per le persone con demenza o con alterazioni cognitive la scala noppain. Per indagare ulteriormente il dolore possiamo usare la scala O (come è insorto?) P (cosa lo provoca/aumenta o lo riduce?) Q (come lo definisce il dolore? Come una coltellata, crampiforme, continuo o intermittente?) R (Si irradia o rimane localizzato?) S (intensità del dolore) T (da quanto è insorto?): un acrostico che ci aiuta a ricordarci cosa chiedere alla persona per inquadrare meglio e riferire all'infermiere le caratteristiche del dolore. Per il trattamento ricoprono molta importanza le terapie non farmacologiche, come, ad esempio, la musicoterapia, il tocco, il massaggio e la distrazione. Questi approcci si basano sulla teoria del cancello che propone che esiste un meccanismo di "cancello" nel midollo spinale in grado di modulare la trasmissione dei segnali dolorosi al cervello. Fibre nervose non dolorose (tatto/pressione) possono "chiudere" questo cancello, bloccando gli stimoli nocicettivi (dolore).
- **CONCLUSIONI:** Il dolore è un «ppvv» che va considerato sempre, prendendo in considerazione tutti gli aspetti che possono influenzarlo (cultura, valori personali, religiosi, situazione psicologica e emotiva della persona). Esso influenza notevolmente l'assistenza e l'approccio che possiamo mettere in atto durante la ns attività di oss.

le varie fasi procedurali dell'igiene dei genitali e perineale di una persona non autosufficiente

- **RAZIONALE DELLA PROCEDURA:** garantire benessere della persona, ridurre le infezioni delle vie urinarie e curare adeguatamente la cute
- **TECNICA:**
 - Preparazione operatore
 - Preparazione paziente
 - Preparazione materiale
 - Esecuzione tecnica
 - Riposizionare la persona garantendo il benessere e la sua sicurezza
 - Lavaggio mani e smaltimento rifiuti
 - Documentare tutto

Il candidato illustri: che tipo di prevenzione può essere eseguita al fine di evitare la comparsa di lesioni da pressione

- **PREMESSA:** Le ldp sono fenomeni molto importanti per l'assistenza e la sua prevenzione influenza notevolmente l'assistenza e i relativi interventi ass.li. Per prevenire la comparsa di lesioni da pressione si attua soprattutto una **prevenzione primaria**, cioè si interviene prima che la lesione compaia, riducendo i fattori di rischio.
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** la prevenzione delle lesioni da pressione si basa su un insieme di interventi assistenziali mirati a ridurre la pressione prolungata, la frizione, la trazione, lo scivolamento e l'umidità sulla cute.
Tra le misure principali ci sono i cambi posturali frequenti, la corretta mobilizzazione del paziente, l'uso di ausili antidecubito, la cura dell'igiene e dell'idratazione della pelle, e il controllo dello stato nutrizionale.
È importante anche ispezionare quotidianamente la cute, soprattutto nelle zone a rischio come sacro, talloni, trocanteri e gomiti, per individuare precocemente eventuali arrossamenti.
Inoltre, occorre evitare di trascinare il paziente durante gli spostamenti, perché il movimento per sfregamento aumenta il rischio di danno cutaneo. In questo caso bisogna sollevare la persona dalla superficie del letto mediante traverse o sollevapersone.
Tra gli interventi principali:
 - Cambi posturali regolari, in genere ogni 2 ore nel paziente allettato, senza mad e 4 ore nel paziente allettato con mad, secondo il piano assistenziale.
 - Uso di materassi, cuscini e presidi antidecubito per distribuire meglio la pressione.
 - Igiene accurata della cute e mantenimento della pelle asciutta, soprattutto in caso di incontinenza.
 - Evitare pannoloni e traverse monouso specialmente se vi è mad,
 - Idratazione cutanea con prodotti adeguati e protezione delle prominenze ossee.
 - Adeguato apporto nutrizionale e idrico, perché la malnutrizione aumenta il rischio di lesioni.
 - Osservazione continua e segnalazione tempestiva di arrossamenti o alterazioni della cute.
- **CONCLUSIONI:** La prevenzione delle lesioni da pressione è soprattutto una prevenzione primaria e comprende cambi posturali, mobilizzazione, uso di presidi antidecubito, igiene e idratazione della cute, controllo dell'incontinenza, buona alimentazione e osservazione delle aree a rischio. L'obiettivo è ridurre la pressione prolungata e proteggere la cute prima che si formi la lesione. Per prevenire le ldp bisogna promuovere un'assistenza personalizzata.

il candidato illustri: i compiti dell'operatore socio sanitario durante l'assistenza all'eliminazione urinaria di un paziente collaborante attraverso l'utilizzo della padella

- **PREMESSA:** l'operatore socio-sanitario si trova spesso a dover aiutare la persona a soddisfare il bisogno di eliminazione urinaria, garantendo rispetto della persona, della sua privacy e al tempo stesso carpando informazioni fondamentali per l'infermiere.
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** l'OSS prepara il materiale, garantisce la privacy del paziente e spiega con parole semplici cosa sta per fare, in modo da favorire collaborazione e serenità. Aiuta il paziente a assumere una posizione comoda e sicura, di solito supina o laterale se necessario, posizionando correttamente la padella sotto il bacino senza provocare dolore o movimenti bruschi. Durante la procedura osserva la persona, restando disponibile ma rispettando la sua riservatezza, e al termine rimuove la padella con attenzione, provvede alla pulizia della persona e alla sistemazione del letto. L'OSS si occupa anche dello svuotamento e della pulizia della padella secondo le procedure igieniche, del lavaggio delle mani e dell'eliminazione dei cattivi odori, per prevenire infezioni e mantenere un ambiente confortevole. Se nota alterazioni dell'urina, difficoltà nella minzione, dolore, bruciore o altri segni anomali, deve riferirli tempestivamente all'infermiere. Esempi di alterazione delle caratteristiche dell'urina potrebbero essere EMATURIA, PIURIA, presenza di schiuma -- > proteinuria, urine torbide o scure, etc.
- **CONCLUSIONI:** "L'OSS assiste il paziente collaborante nell'uso della padella garantendo privacy, preparazione del materiale, corretto posizionamento, aiuto nella pulizia e nel riordino, nel rispetto dell'igiene e della dignità della persona. Inoltre osserva l'eliminazione urinaria e segnala all'infermiere eventuali alterazioni".

misure che l'operatore socio sanitario può adottare in autonomia nei confronti del paziente affetto da ipertermia

- **PREMESSA:** la febbre è un meccanismo di difesa messo in atto dal ns organismo, come conseguenza di fenomeni infiammatori o infettivi di varia natura. L'oss è in grado di gestire la persona con febbre, riconoscendo le fasi febbrili e identificando i bisogni della persona.
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** la febbre è un aumento della temperatura corporea sopra ai 37°C e si manifesta con sintomatologia variabile in base alla fase in cui ci troviamo:
 - fase prodromica in cui la temperatura è ancora normale ma la persona accusa dolori, astenia, malessere generale. In questa fase l'oss agisce sul microclima, abbassando le luci, riducendo i rumori e lasciando riposare la persona,
 - fase dell'insorgenza in cui la temperatura corporea inizia a salire. La persona accusa freddo e brividi. I brividi sono delle contrazioni muscolari che contribuiscono all'innalzamento della temperatura. In questa fase l'oss copre la persona
 - fase dell'acme febbrile in cui la temperatura raggiunge il punto massimo, il picco massimo. In questa fase la persona avrà caldo e si presenterà accaldata e arrossata. In questa fase l'oss scopre la persona anche al fine di aiutare la dispersione di calore e l'abbassamento della t°C. E' in questa fase che è consigliato rilevare la t°C.
 - Fase della defervescenza, in cui la febbre cala. Può calare:
 - Per lisi: gradualmente, poco alla volta,
 - Per crisi: tutta insieme, rapidamente. In questo caso la persona si presenterà estremamente sudata e astenica. L'oss la lava, cambia la biancheria e i vestiti e, prima di alzarsi, rileva la pressione arteriosa alla persona fatta mettere a sedere bordo letto per prevenire crisi ipotensive (ipotensione ortostatica) con possibili cadute/pdc.
- **CONCLUSIONI:** La febbre va trattata e gestita nel suo complesso, conoscendo anche le fasi in cui ci troviamo e offrendo assistenza personalizzata all'assistito.

Le fasi del processo di assistenza infermieristica (Nursing) per le quali l'Operatore Socio Sanitario è chiamato a collaborare con il professionista sanitario.

- **PREMESSA:** Il processo di nursing (o ciclo di Deming) è il processo attraverso cui l'infermiere, il professionista responsabile dell'assistenza generale inf.ca pianifica l'assistenza.
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** L'oss pur non agendo in totale autonomia si inserisce all'interno del processo di nursing, nelle fasi di:
 - VALUTAZIONE,
 - ATTUAZIONE,
 - RIVALUTAZIONE.
- **CONCLUSIONI:** Il processo di nursing è gestito dall'infermiere ma l'oss, collaborando con lui, su sua attribuzione si inserisce all'interno del processo in alcune fasi specifiche, aiutando l'infermiere a raggiungere identificare e raggiungere gli obiettivi identificati e, quindi, a migliorare il benessere della persona assistita.

cos è e come si manifesta l'ipoglicemia; competenze dell'operatore socio sanitario nell'assistenza

- **PREMESSA:** L'ipoglicemia è una complicanza del diabete mellito. Il diabete mellito può essere di tipo I o insulino-dipendente e di tipo II o non insulino-dipendente. E' causato da un accumulo di glucosio nel sangue (glicemia), a causa della mancanza, della riduzione o di una resistenza dei tessuti all'insulina. Nel DM di tipo I non viene prodotta più insulina a causa di un danneggiamento delle cellule beta del pancreas. Nel DM di tipo II è la resistenza dei tessuti a causare l'accumulo di glucosio nel sangue, riducendo la sua entrata all'interno delle cellule. L'insulina in questo tipo di diabete può essere anche aumentata o ridotta perché si ha avuto uno sforzo eccessivo del pancreas, nel tempo.
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** L'ipoglicemia è, appunto, una complicanza del diabete mellito ed è una riduzione di glucosio nel sangue. Si manifesta specialmente laddove viene utilizzata insulina ma non solo. I sintomi dell'ipoglicemia sono:
 - Astenia,
 - Sensazione di fame,
 - Tremori,
 - Stanchezza,
 - Sonnolenza,
 - Pallore,
 - Sudorazione profusa,
 - Coma,
 - morte.

L'oss deve educare la persona a riconoscere precocemente questi sintomi e a trattarli con l'assunzione di zucchero per os (es. zucchero, caramelle, dolci, ...) in modo che rapidamente lo zucchero sia assorbito e entri in circolo. Si consiglia l'assunzione di glucosio anche sotto la lingua, in modo che rapidamente entri in circolo.

Attenzione deve essere riposta sulla dieta che deve prevedere alimenti bilanciati senza rimozione di nutrienti ma, bensì, adeguatezza degli stessi. Se una persona diabetica fa sport deve portarsi con sé sempre dello zucchero da prendere in caso di necessità.

Utile monitorare l'alimentazione e la glicemia prima di somministrarsi la terapia ipoglicemizzante.
- **CONCLUSIONI:** Il diabete è una patologia metabolica cronica che porta a numerose complicanze, di cui quella più grave nell'immediato è l'ipoglicemia ma poi abbiamo anche complicanze nel cronico, tipo vasculopatie, neuropatie, retinopatie, piede diabetico, nefropatie... Grazie all'apporto dell'équipe intera la persona potrà migliorare la propria compliance e, quindi, la propria vita quotidiana.

l'emorragia; come e quando si presenta, tipi di emorragia e ruoli e competenza dell'operatore socio sanitario

- **PREMESSA:** L'**emorragia** è la fuoriuscita di sangue dai vasi sanguigni e può presentarsi in forme diverse a seconda della sede e del tipo di vaso coinvolto.
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** Può comparire in modo **evidente**, con sangue che fuoriesce all'esterno, oppure in modo non visibile, quando il sangue si raccoglie all'interno del corpo. Nei casi esterni, i segni dipendono dalla sede: per esempio sangue dal naso, dalla bocca, con il vomito, con le urine o con le feci. Nelle emorragie interne possono comparire pallore, sudorazione fredda, debolezza, tachicardia, ipotensione, dolore localizzato ed eventuali segni di shock. Nello shock avremo ipotensione e tachicardia perché come iniziale meccanismo compensativo avremo vasocostrizione periferica. I Tipi di emorragia sono:
 - Emorragia esterna, quando il sangue esce all'esterno attraverso una ferita.
 - Emorragia interna, quando il sangue resta nel corpo e non è visibile.
 - Emorragia esteriorizzata, quando il sangue esce da orifizi naturali, come bocca, naso, orecchio, urine o feci.
 - Emorragia arteriosa, con sangue rosso vivo e fuoriuscita spesso più violenta, zampillante
 - Emorragia venosa, con sangue più scuro e flusso continuo.

L'OSS deve osservare, riconoscere i segni di emorragia e allertare subito l'infermiere.

Non deve compiere manovre invasive o atti sanitari non previsti dal proprio profilo, ma può collaborare alla sicurezza del paziente mantenendolo tranquillo, favorendo la posizione corretta e supportando l'équipe.

In caso di sanguinamento visibile, l'OSS deve segnalare immediatamente l'evento, verificare lo stato generale della persona e contribuire a evitare movimenti inutili fino all'arrivo del personale competente

• **CONCLUSIONI:** Anche nelle emorragie il ruolo dell'oss è cruciale e, assieme all'équipe, si adopererà per prestare assistenza alla persona.

**la prestazione di aiuto ad un soggetto
improvvisamente incosciente in una sala di
ristorazione di una RSA**

- **PREMESSA:** Anche se l'oss ha competenze ben precise, in una situazione come quella descritta ci troviamo di fronte a una situazione di STATO DI NECESSITA', ovvero ad una situazione dove si deve intervenire per salvaguardare un bene superiore (la vita della persona).
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** ABCD
- **CONCLUSIONI:** Il ruolo dell'oss in una situazione del genere è quello di supportare le funzioni vitali della persona almeno fino all'arrivo dei soccorsi.

la collaborazione dell'operatore socio sanitario nell'assunzione dei farmaci

- **PREMESSA:** Il processo di somministrazione è un processo lungo e complesso che parte dall'approvvigionamento, passa dalla prescrizione, dalla conservazione, dalla somministrazione e dal monitoraggio degli effetti farmacologici benefici e non del principio attivo. L'oss, secondo l'accordo stato regioni del 2001, può solo aiutare nell'assunzione della terapia orale nella persona capace di intendere e di volere.
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** L'oss deve conoscere come conservare un farmaco in modo corretto e, prima di procedere, su attribuzione dell'infermiere all'aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per via orale deve effettuare alcuni controlli che rientrano nella regola delle 6G:
 - **Giusta persona/paziente:** Verifica identità (bracciale, nome, data nascita), con riconoscimento attivo e passivo, che la persona sia vigile e orientata, che sia in grado di deglutire
 - **Giusto farmaco:** Controllo etichetta, prescrizione, scadenza, corretta conservazione.
 - **Giusta dose:** Controllare dosaggio e posologia della prescrizione del farmaco,
 - **Giusta via:** Orale, EV, IM, ecc., come prescritto.
 - **Giusto orario:** Rispetto intervalli e tempistica.
 - **Giusta registrazione:** Documentazione immediata in cartella/PC.

Questi controlli sono in grado di prevenire errori fino al 40% in somministrazione.

Aiutare nell'assunzione non vuol dire dare il farmaco direttamente alla persona ma, bensì, controllare la scadenza, la corretta conservazione, porgere il blister, porgere un bicchiere d'acqua, monitorare eventualmente i ppvv, in caso di somministrazione di terapia antipertensiva, etc.

- **CONCLUSIONI:** L'OSS non può assolutamente somministrare farmaci ma può aiutare la persona ad assumerli. Questo per

i principali interventi volti alla prevenzione delle cadute

- **PREMESSA:** Le cadute rappresentano uno dei principali **fattori di rischio** per la salute, l'indipendenza e la qualità della vita, specialmente nella popolazione anziana. Esse sono considerate uno dei maggiori problemi di sanità pubblica a livello globale. Il rischio di caduta deve essere calcolato tramite la scala conley. La valutazione
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** Gli interventi che possiamo mettere in atto per prevenire le cadute sono suddivisi in consigli per la persona e per la modifica dell'ambiente di vita. Alla persona possiamo consigliare di indossare abiti comodi e pantaloni della giusta lunghezza, ne troppo lunghi, ne troppo corti, indossare scarpe comode, chiuse dietro e senza lacci ma con stretch a chiusura. Per l'ambiente possiamo consigliare alla persona di rimuovere i tappeti e tutti i mobili o gli ostacoli che possono aumentare il rischio di cadute. Mettere dei maniglioni lungo il percorso verso il bagno e, nel bagno dei rialzi per il wc e dei maniglioni per aiutare la persona ad alzarsi. Per la notte possiamo consigliare di tenere in camera da letto a portata di mano padella, pappagallo, vaso da notte e/o comoda.
- **CONCLUSIONI:** La prevenzione delle cadute risulta essere uno degli elementi che caratterizzano la qualità assistenziale e la sicurezza dell'assistito.

L'invecchiamento di un individuo; classificazione, cause e alterazioni fisiologiche

- **PREMESSA:** L'Italia è tra i paesi europei con la popolazione più anziana, dove quasi un quarto degli abitanti ha 65 anni o più, secondo i dati ISTAT 2025.
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** L'invecchiamento è un processo biologico universale, progressivo e multifattoriale che comporta una riduzione della riserva funzionale degli organi e una maggiore vulnerabilità a malattia e morte.
 - **Invecchiamento primario (intrinseco, fisiologico):** cambiamenti progressivi, inevitabili e universali legati all'età (riduzione funzione d'organo, osteopenia, rughe, calo della velocità di elaborazione cognitiva ecc.), non dovuti direttamente a malattia.
 - **Invecchiamento secondario (estrinseco):** declino aggiuntivo dovuto a fattori ambientali e di stile di vita, come fumo, dieta scorretta, sedentarietà, esposizione ai raggi UV, stress cronico, che accelerano il danno rispetto al solo invecchiamento primario.
 - **Invecchiamento terziario o patologico:** rapido peggioramento nelle fasi terminali della vita o in presenza di gravi patologie (p.es. demenze, fragilità severa) con brusca perdita di autonomia.

L'anziano presenta delle alterazioni fisiologiche che ne influenzano la vita:

- app. gastroint.le: adentulia, Bruciore gastrico e cattiva digestione, iposalivazione, riduzione motilità gastro intestinale, ridotta produzione acido, riduzione assorbimento nutrienti, stipsi
- App. cardiocirc: Ispessimento/irrigidimento valvolare e cardiaco, Depositi calcio e grasso nei vasi, Riduzione della capacità di risposta allo stress, gittata cardiaca a riposo si riduce di circa 1%/aa a partire dai 20 anni, FC max si riduce con età: 220- aa, Iperensione, Claudicatio intermittens, I.M.A., Aritimie, Scompenso cardiaco, Ipotensione ortostatica
- App. resp: Alterazioni morfologico – strutturali ossee conseguenti a calcificazioni, osteoporosi, fusioni vertebrali, riduzione mobilità cartilagini costali
- Ispessimento, riduzione elasticità polmonare, Riduzione efficienza muscoli respiratori, Riduzione scambio gas, Riduzione efficacia tosse, Riduzione attività ciliare
- App. Tegumentario: Assottigliamento epidermide e derma, Riduzione del grasso sottocutaneo, Perdita di capillari e conseguente riduzione afflusso sanguigno, Riduzione idratazione cutanea, Riduzione attività ghiandole sudoripare e sebacee → ridotta tolleranza alte/basse T°C
- App. urogenitale: Riduzione della massa renale per perdita di nefroni, Riduzione filtraggio e riassorbimento renale, Concentrazione urinaria maggiore, Alterazioni pH urinario, Iperplasia prostatica nell'uomo e conseguente incontinenza da stravasamento, Incontinenza da stress/urgenza nella donna
- App. muscoloscheletrico: Osteoporosi, Riduzione altezza a causa di: Modificazioni colonna vertebrale per cifosi (eccessiva curvatura convessa colonna vertebrale), Flessioni delle anche, Flessioni delle ginocchia, Ipotonia muscolare, riduzione flessibilità, Alterazioni vertebrali → dolore alla schiena
- App. nervoso: Progressiva perdita massa cerebrale per perdita neuroni, Ischemia, Malattie neurologiche cronico degenerative, Interazioni ed effetti farmacologici
- App. sensoriale: vista, udito, gusto
- **CONCLUSIONI:** L'invecchiamento crea delle modifiche fisiologiche nell'anziano che influenzano notevolmente l'assistenza e che richiedono accortezze specifiche per assistere in modo efficace, efficiente e sicuro queste persone.

quali sono i principali caratteri del polso che l'operatore socio sanitario può rilevare

- **PREMESSA:**
- **RISPOSTA ALLA DOMANDA:** N BATTITI, RITMO, AMPIEZZA E PROFONDITA' DEL BATTITO. La valutazione dell'ampiezza e della profondità del polso cardiaco (o polso arterioso) è fondamentale per determinare la forza della contrazione cardiaca, la quantità di sangue in circolo e lo stato delle pareti arteriose. L'ampiezza può essere forte o filiforme, la profondità può essere profondo o superficiale. Il ritmo ci serve per comprendere se il battito è regolare o ci sono aritmie.
- **CONCLUSIONI:** La fc è un parametro che identifica molto bene l'attività del cuore e che permette di identificare in maniera precisa la condizione assistenziale della persona.