

Testo della Domanda	Risposta 1	Risposta 2	Risposta 3	Risposta 4	Feedback domanda per risposta corretta
<p>La Legge 15 marzo 2010, n. 38 si riferisce a...</p>	<p>Istituzione del SSN</p>	<p>Riordino del SSN</p>	<p>Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore</p>	<p>Profilo professionale dell'Infermiere</p>	<p>Risposta corretta La Legge 15 marzo 2010, n. 38 si riferisce alle "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 Marzo 2010). Per la prima volta sul territorio nazionale italiano si struttura una normativa che garantisca l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. L'obiettivo è quello di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. Nel testo di Legge vengono individuate tre reti di assistenza dedicate: cure palliative, gestione del dolore e paziente pediatrico. Tra gli aspetti più significativi della normativa si riporta innanzitutto la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica (sezione medica ed infermieristica): dalla documentazione dell'assistito devono risultare le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione, nonché la tecnica antalgica ed i farmaci utilizzati con il risultato antalgico connesso. Dal testo legislativo emerge poi la direttiva all'integrazione delle due reti, cure palliative e terapia del dolore, per garantire risposte assistenziali su base regionale e uniformemente su tutto il territorio nazionale. Altra novità risulta la semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore attraverso la modifica del DPR n. 309 del 1990. Infine, la normativa sottolinea con particolare enfasi la necessità di percorsi formativi specifici in materia di cure palliative e di terapia del dolore da rivolgere sia al personale medico che sanitario. La Legge prescrive inoltre che vengano individuate figure con specifiche competenze nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore.</p> <p>(http://www.governo.salute.it)</p>

L'acronimo "DAT" sta ad indicare...	Disposizioni Anticipate di Trattamento	Dispositivi Anti Trazione	Diuresi Attiva Totale	Direttive Anticipate di Trattamento	<p>Risposta corretta</p> <p>Con l'Art. 4 della Legge n. 219 del 22 Dicembre 2017 vengono regolamentate le Disposizioni Anticipate di Trattamento, comunemente definite "biotestamento". In previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte, la normativa prevede la possibilità che il singolo possa esprimersi sulle proprie volontà riguardo ai trattamenti sanitari oltre al consenso e al rifiuto su: accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche, singoli trattamenti sanitari. I destinatari del testo di Legge sono tutti i maggiorenni capaci di intendere e di volere. Sono previste tre diverse modalità per la redazione delle DAT: atto pubblico, scrittura privata autenticata, scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del proprio Comune di residenza, il quale provvede all'annotazione in un apposito registro, ove istituito. In caso di impossibilità alla redazione scritta per condizioni cliniche compromesse, le DAT potranno essere espresse anche attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Risultano rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento (nei casi di emergenza ed urgenza, la revoca può essere raccolta con modalità verbale o videoregistrata da un medico). Il testo di Legge prevede inoltre la possibilità di indicare nelle DAT un fiduciario a cui spetta eventualmente la responsabilità di fungere da collegamento nelle relazioni con personale medico e strutture sanitarie. Le DAT possono essere disattese solo quando appaiano non coerenti con la condizione attuale del paziente e sussistano nuove terapie con dimostrate possibilità di miglioramento annesse non prevedibili all'atto della sottoscrizione.</p> <p>(http://www.governo.salute.it)</p>
--	--	---------------------------	-----------------------	-------------------------------------	---

<p>Un DRG è un sistema che per permette...</p>	<p>Di raggruppare pazienti degenti sulla base delle infezioni nosocomiali contratte</p>	<p>Di raggruppare pazienti degenti sulla base delle indagini strumentali a cui sono stati sottoposti</p>	<p>Di raggruppare pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei per assorbiment o di risorse utilizzate</p>	<p>Di raggruppar e pazienti dimessi da un ospedale in gruppi eterogenei per assorbimen to di risorse utilizzate</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il sistema dei Diagnosis Related Groups (DRG, Raggruppamenti omogenei di diagnosi) deriva dal modello strutturato nel 1967 dal gruppo dell'Università di Yale coordinato da Robert Fetter. I DRG possono essere definiti un modello clinico di tipo categorico (sviluppato da gruppi di clinici e accertato sulla base di ampi volumi di dati) che permette l'individuazione di categorie o tipologie di pazienti simili per intensità di consumo di risorse e clinicamente significative. I DRG rappresentano quindi lo strumento di classificazione dell'output ospedaliero e presentano precise caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la classificazione copre la globalità della casistica ospedaliera acuta (esaustività), la definizione delle categorie è basata su informazioni cliniche e demografiche raccolte sistematicamente per ogni episodio di ricovero attraverso la SDO (scheda di dimissione ospedaliera) - ogni soggetto è attribuito ad una sola categoria (mutua esclusività), in base alle informazioni sulle diagnosi, sugli eventuali interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche eseguiti, sull'età e sulla modalità di dimissione - il numero complessivo di categorie è limitato - i profili di carico assistenziale e di consumo di risorse intra-categoria sono simili (classificazione iso-risorse), ma rimane una variabilità interna residua - le tipologie di pazienti sono simili dal punto di vista clinico (significatività clinica). <p>Tutte queste peculiarità rendono il sistema DRG particolarmente adatto ad essere utilizzato come strumento per la remunerazione dell'attività nosocomiale per acuti. Le attuali tariffe per la remunerazione sono fissate dal Decreto del Ministero della Salute 18 Ottobre 2012.</p> <p>(http://www.governo.salute.it)</p>
---	---	--	--	---	---

<p>“Un approccio integrato tra vari elementi che concorrono allo sviluppo del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza nel contempo il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari”. È la definizione di...</p>	<p>Governance Clinica</p>	<p>LEA</p>	<p>LASA</p>	<p>HTA</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Per “Governo Clinico” si intende un approccio integrato tra vari elementi che concorrono allo sviluppo del SSN, il quale pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza nel contempo il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari. Lo sviluppo del concetto ritrova il suo primo passo nel documento pubblicato dall’OMS “The principles of quality assurance” nel 1983. Alla fine degli anni ’90 viene poi stabilmente adottato nella cultura sanitaria del Regno Unito: secondo il documento “A First Class Service: Quality of the new NHS” il governo clinico viene definito come il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standards di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l’eccellenza clinica. Il concetto è stato poi fatto proprio dal SSN con l’obiettivo di assicurare la qualità e la sicurezza delle prestazioni nonché i migliori risultati ottenibili in salute e l’uso efficiente delle risorse attraverso l’impiego di metodologie e strumenti quali: linee guida, profili di assistenza basati su prove di efficacia, gestione del rischio clinico, sistemi informativi strutturati a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, valorizzazione del personale e relativa formazione, integrazione disciplinare e multiprofessionale, valutazione sistematica della performance. Il Governo Clinico si caratterizza inoltre per: accesso alle cure sicure e di qualità, uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), individuazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, centralità del paziente, continuità dell’assistenza nell’arco delle 24 ore e sette giorni su sette, formazione ed aggiornamento dei professionisti sanitari.</p> <p>(http://www.governo.salute.it)</p>
---	---------------------------	------------	-------------	------------	--

<p>Con quale strumento, tra i seguenti, è possibile valutare il grado di dipendenza dell'assistito nelle attività di vita quotidiana?</p>	<p>ADL</p>	<p>BRADEN</p>	<p>PAINAD</p>	<p>VIP</p>	<p>Risposta corretta Al fine di standardizzare quanto più possibilmente il processo di assistenza ed erogare quindi livelli omogenei di qualità, le Scienze Infermieristiche si avvalgono delle scale di valutazione, ovvero strumenti condivisi e validati per la rilevazione e la documentazione dei dati su cui poi sviluppare il piano assistenziale. Tra le più utilizzate ritroviamo la ADL attraverso cui si rileva l'indice di dipendenza nelle attività di vita quotidiana. La scala si compone di 6 item a risposta multipla; ogni item indaga una diversa funzione dell'assistito ed offre una scelta di selezione tra 3 opzioni che esprimono 2 gradi di dipendenza. Le funzioni indagate sono: lavarsi (spugnature, vasca o doccia), vestirsi (prende i vestiti dall'armadio e dai cassetti, biancheria, vestiario e accessori adoperando le chiusure), uso dei servizi (si reca alla toilette per la minzione e l'evacuazione, esegue l'igiene personale, si riveste), trasferimento, continenza, alimentarsi. Il giudizio è basato sullo stato reale e non sulle abilità: il rifiuto di eseguire una funzione va valutato come disabilità, anche se si ritiene il paziente capace. Con autonomia si intende assenza di supervisione, guida o assistenza attiva. A scala compilata il risultato può essere riportato come numero assoluto, attribuendo il valore 0 al giudizio di indipendenza (a) e 1 a quello di dipendenza (b) con 0 corrispondente al risultato di massima autonomia e 6 il grado di massima dipendenza; oppure utilizzando come indice lo scalogramma che prevede 7 categorie (dalla A alla G) di progressiva dipendenza più una ulteriore dalla denominazione "altro".</p> <p>(Katz TF, A.D.L. Activities of Daily Living. JAMA 1963; 185:914)</p>
<p>Secondo la teorica del Nursing Patricia Benner, quanti livelli di competenza si possono individuare nel Profilo Infermieristico?</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>5</p>	<p>Risposta corretta Patricia Benner, nella sua opera "From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice (1984)" applica alle Scienze Infermieristiche il modello Dreyfuss sull'acquisizione delle skills. Nei confronti delle competenze professionali categorizzate per aree funzionali, Benner teorizza 5 livelli progressivi di padronanza che consentono di distinguere i percorsi formativi necessari per sostenerli. Il primo livello è rappresentato dal "novice" ovvero il principiante; si prosegue poi con l'"advance beginner", passando poi al "competent", continuando fino al "proficient" per approdare al livello finale, quello in cui è individuato il livello di competenza maggiore, ovvero l'"expert". Il lavoro di Benner è stato negli anni modello di ispirazione di percorsi formativi nonché organizzativi essendo funzionale ad una possibile differenziazione dei livelli di responsabilità professionale/organizzativa nonché utile ad una distinzione sul piano remunerativo (un esempio sono i livelli professionali adottati dal NHS nel Regno Unito).</p> <p>(Modello Ipvsi sull'Evoluzione delle Competenze Infermieristiche – Documento</p>

					<p>approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi Ipvsi con delibera n. 79 del 25 aprile 2015)</p>
<p>“Lesione cutanea e sottocutanea localizzata nel solco intergluteo a livello sacrococcigeo ” è la definizione di...</p>	<p>Cisti Pilonidale</p>	<p>Calazio</p>	<p>Geode subcondrale</p>	<p>Cisti di Baker</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La cisti pilonidale si riscontra nel solco intergluteo a livello sacro-coccigeo. La letteratura suggerisce che questa lesione sia il risultato di traumi locali che causano la penetrazione di peli all’interno del tessuto cutaneo e sottocutaneo. I peli fuoriescono infatti spesso da questa lesione, conferendole il caratteristico nome (nido di peli). La cisti raramente causa sintomi fino all’adolescenza o all’età adulta, quando l’infezione produce secrezione purulenta o ascesso. Nei primi stadi dell’infiammazione, l’infezione può essere controllata attraverso la terapia antibiotica ma nel caso si venga a creare ascesso è indicata la terapia chirurgica. L’ascesso viene così inciso e drenato sotto anestesia locale. Dopo che la fase acuta si è risolta, si procede ad un secondo intervento chirurgico per la rimozione della cisti e di eventuale fistola. La medicazione prevede l’inserimento di garze all’interno della ferita, così da mantenere le due sezioni anatomiche separate ed adeguatamente drenate. È necessario che l’infermiere si concentri sull’assistenza postoperatoria in quanto potrebbero comparire problematiche, quali: stipsi correlata al rifiuto di defecare per paura del dolore correlato all’emissione di feci, ansia relativa agli esiti dell’intervento e alla gestione della ferita, dolore acuto correlato all’ipersensibilità della zona perianale, ritenzione urinaria collegata agli esiti postoperatori e alla paura del dolore, rischio di un’inefficace gestione del regime terapeutico. La principale complicanza è rappresentata dall’emorragia.</p> <p>(Brunner-Suddhart, 2017)</p>

<p>Quali fra i seguenti si identificano come fattori di rischio per lo sviluppo di BPCO?</p>	<p>Tabagismo</p>	<p>Inquinamento dell'aria</p>	<p>Deficit di alfa1-antitripsina</p>	<p>Tutte le precedenti</p>	<p>Risposta corretta La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia dell'apparato respiratorio caratterizzata da un'ostruzione irreversibile delle vie aeree, di entità variabile a seconda della gravità. La malattia (nota in inglese come CODP, Chronic Obstructive Pulmonary Disease) è solitamente progressiva ed è associata a uno stato di infiammazione cronica del tessuto polmonare. La conseguenza a lungo termine è un vero e proprio rimodellamento dei bronchi che provoca una riduzione consistente della capacità respiratoria. Tra i sintomi principali ritroviamo la tosse e la dispnea, sovente accompagnate da respiro sibilante. Spesso la tosse è cronica, più intensa al mattino e caratterizzata dalla produzione di muco. Il principale strumento diagnostico per la BPCO è la spirometria che permette di misurare la capacità polmonare residua. La malattia è classificabile in 4 diversi livelli di gravità: dallo stadio 0 che corrisponde al soggetto a rischio allo stadio III che corrisponde alla malattia strutturata caratterizzata da una forte riduzione della capacità respiratoria oppure dai segni clinici di insufficienza respiratoria o cardiaca. Tra i fattori di rischio ritroviamo il deficit di alfa1-antitripsina, patologie respiratorie come l'asma e l'ipersensibilità bronchiale, il tabagismo, l'inquinamento atmosferico. I farmaci più indicati per la BPCO sono i broncodilatatori, somministrati per via inalatoria. In caso di forme particolarmente severe, possono essere impiegati antinfiammatori, ossigenoterapia e ventilazione meccanica. Si raccomanda ai pazienti di controllare il peso perché altamente influente sul peggioramento della sintomatologia.</p> <p>(https://www.epicentro.iss.it/broncopneumopatia/)</p>
<p>Quale fra questi è il periodo di incubazione più comunemente rilevato per l'infezione da Clostridium Tetani?</p>	<p>2-6 giorni</p>	<p>6-18 ore</p>	<p>3-21 giorni</p>	<p>15 giorni – 8 settimane</p>	<p>Risposta corretta Il tetano è una malattia infettiva acuta non contagiosa causata dal batterio anaerobio Gram-positivo Clostridium Tetani. Il batterio in forma vegetativa produce una tossina, la tetanospasmina, che è neurotossica e causa i sintomi clinici della malattia. Il contagio avviene con la contaminazione di ferite sporche. Nella maggior parte dei casi il periodo di incubazione varia dai 3 ai 21 giorni. Le contrazioni muscolari di solito iniziano dal capo e progrediscono poi verso il tronco e gli arti. Un caratteristico sintomo iniziale è il trisma, cioè la contrattura del muscolo massetere che dà al volto un tipico aspetto (riso sardonico). Nella progressione della sintomatologia ai fasci muscolari il paziente rimane conscio. La malattia non è contagiosa, l'isolamento del paziente risulta quindi non necessario. Il trattamento prevede la somministrazione di immunoglobuline umane antitetaniche e l'accurata pulizia della ferita infetta, l'utilizzo di antisettici ad azione ossidativa e la somministrazione di antibiotici (penicillina). Tuttavia, le TIG non sono in grado di limitare l'azione neurotossica della tossina che ha già raggiunto le terminazioni nervose; in quel caso la terapia diventa sintomatica con sedativi, anestetici generali, neuroplegici, farmaco curaro-simili. La prevenzione della malattia si basa sulla</p>

					<p>vaccinazione, prevista in Italia per tutti i nuovi nati con calendario vaccinale a partenza dal primo anno di vita.</p> <p>(https://www.epicentro.iss.it/tetano/)</p>
<p>Qual è il criterio in uso per la diagnosi di Diabete?</p>	<p>Sintomatologia a specifica (poliuria, polidipsia, perdita di peso inspiegabile) associati ad un valore di glicemia casuale, cioè indipendentemente dal momento della giornata, ≥ 200 mg/dL</p>	<p>Glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dL. Il digiuno è definito come mancata assunzione di cibo da almeno 8 ore</p>	<p>Glicemia ≥ 200 mg/dL durante una curva da carico (OGTT). Il test dovrebbe essere effettuato somministrando 75 g di glucosio.</p>	<p>Tutte le precedenti</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il Diabete è una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) e dovuta a un'alterata quantità o funzione dell'insulina. L'insulina è l'ormone, prodotto dal pancreas, che consente al glucosio l'ingresso nelle cellule e il suo conseguente utilizzo come fonte energetica. Quando questo meccanismo è alterato, il glucosio si accumula nel circolo sanguigno. Si distinguono 3 tipologie di Diabete: tipo 1, tipo 2 e gestazionale. Il Diabete di tipo 1 insorge nell'infanzia o nell'adolescenza ed è il meno frequente. In questo caso, il pancreas non produce insulina a causa della distruzione delle cellule β. La causa è ancora sconosciuta anche se si attribuisce la responsabilità alla presenza nel sangue di anticorpi diretti contro antigeni presenti a livello delle cellule che producono insulina, detti ICA, GAD, IA-2, IA-2 β. Il Diabete di tipo 2, che è la forma più comunemente rilevata, si manifesta invece solitamente dopo i 30-40 anni e trova la sua causa in una resistenza dell'organismo all'ormone insulina che continua ad essere normalmente prodotto. In questo caso, il rischio di sviluppare la malattia aumenta con l'età, con la presenza di obesità e la mancanza di attività fisica regolare. Si definisce invece Diabete gestazionale ogni situazione in cui si misura un elevato livello di glucosio circolante per la prima volta in gravidanza. I criteri per la diagnosi sono 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sintomatologia specifica (poliuria, polidipsia, perdita di peso inspiegabile) associata ad un valore di glicemia casuale, cioè indipendentemente dal momento della giornata, ≥ 200 mg/dL - glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dL (il digiuno è definito come mancata assunzione di cibo

					<p>da almeno 8 ore) - glicemia \geq 200 mg/dL durante una curva da carico (OGTT). Il test dovrebbe essere effettuato somministrando 75 g di glucosio. Il trattamento dipende dalla tipologia con cui la malattia viene classificata.</p> <p>(https://www.epicentro.iss.it/diabete/)</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Relativamente al fenomeno della SIDS, quali fra questi non si configura come fattore di rischio?</p>	<p>Esposizione del feto e del neonato al fumo</p>	<p>Nascita prematura o basso peso alla nascita</p>	<p>Presenza di infezioni respiratorie</p>	<p>Età avanzata della madre</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La sindrome della morte in culla, o Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), colpisce i bambini tra un mese e un anno di età. La definizione SIDS si applica quando si possono escludere (previa autopsia e analisi accurate dello stato di salute del bambino e delle circostanze della sua morte) tutte le altre cause note per spiegare il decesso del neonato, da malformazioni a eventi dolosi. Non è stata ancora definita con sicurezza una specifica causa patologica, ci sono piuttosto delle teorie che individuerebbero come responsabile una combinazione di fattori interni ed esterni. Tra i fattori di rischio si rintracciano: far dormire il bambino in posizione prona, far dormire il bambino su materassi, cuscini e piumini soffici avvolgenti, esposizione del feto e del neonato al fumo (secondo i CDC americani, l'esposizione a fumo nel corso della gravidanza triplica il rischio di SIDS e quella a fumo passivo nei primi mesi di vita lo raddoppia), giovanissima età della madre ed assenza di un percorso di assistenza adeguata nel periodo pre e post natale, nascita prematura o basso peso alla nascita, presenza di infezioni respiratorie. Numerosi studi hanno permesso di escludere la correlazione tra la somministrazione di vaccini e la SIDS. Tra gli interventi attuabili per la prevenzione, oltre a correggere i fattori di rischio esterni, ritroviamo: per quanto possibile, allattare al seno il bambino nei primi sei mesi di vita (è stato dimostrato che una corretta immunizzazione riduce il rischio di SIDS), far dormire il bambino in un ambiente a temperatura adeguata, né eccessivamente caldo né troppo freddo, e con sufficiente ricambio di ossigeno, limitare la co-presenza del bambino nel letto con altre persone durante il sonno.</p> <p>(https://www.epicentro.iss.it/sids/)</p>
--	---	--	---	---------------------------------	---

<p>Quale fra questi è uno dei sintomi caratteristici della fibromialgia?</p>	<p>Affaticamento</p>	<p>Dolore generalizzato ai muscoli</p>	<p>Rigidità muscolare</p>	<p>Tutte le precedenti</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La fibromialgia è una sindrome piuttosto comune che prevede affaticamento, dolore generalizzato ai muscoli e rigidità muscolare. La causa è ancora sconosciuta e non ci sono caratteristiche patologiche che siano state identificate come specifiche della sindrome. Il trattamento dipende dall'identificare con precisione i sintomi che il paziente lamenta. A livello farmacologico, possono essere impiegati FANS per la gestione dei suoi sintomi più caratteristici e frequenti: dolore muscolare diffuso e rigidità. Solitamente possono essere impiegati antidepressivi triciclici per ristabilire i ritmi del sonno e programmi individuali di esercizi per ridurre la debolezza muscolare e prevenire il frequente decadimento delle condizioni generali, associato alla sindrome. Accade spesso che i pazienti affetti da fibromialgia abbiano sopportato per molto tempo i sintomi della sindrome senza ricollegarli ad una condizione patologica, considerandoli minori o irrilevanti. A livello assistenziale, l'infermiere deve prestare particolare attenzione nel supportare queste persone, cercando di incoraggiarle ad intraprendere il percorso terapeutico previsto. In questo caso diviene essenziale la capacità di ascolto attento dei sintomi del paziente, in quanto potenziale fonte di grandi cambiamenti per la condizione clinica e psicologica della persona. Strumento per la realizzazione di questo obiettivo terapeutico potrebbe essere rappresentato da gruppi di ascolto per i pazienti, in cui questi possano confrontarsi sui propri sintomi, in modo da aprirsi, dopo la condivisione, a riconoscere la propria condizione come patologica, intraprendendo così finalmente il percorso terapeutico.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
---	----------------------	--	---------------------------	----------------------------	---

<p>Quali fra questi caratteristici tipi di respiro si associa al Diabete Mellito scompensato (chetoacidosi diabetica)?</p>	<p>Respiro di Cheyne-Stokes</p>	<p>Respiro di Kussmaul (o respiro boccheggiant e)</p>	<p>Respiro di Biot</p>	<p>Tutte le precedenti</p>	<p>Risposta corretta Il respiro di Cheyne-Stokes è caratterizzato da un iniziale aumento della profondità e della frequenza degli atti respiratori fino ad un picco massimo, seguito da una progressiva diminuzione della frequenza e dell'intensità degli atti respiratori (con pattern a crescendo-decrescendo), fino ad arrivare ad una fase di apnea (che può durare anche 20 secondi), seguita a sua volta dalla ripresa di un identico ciclo respiratorio (ogni ciclo dura dai 30 secondi ai 2 minuti). Le cause principali sono: lesioni cerebrali (traumatiche, neoplastiche), alterazioni metaboloche, aumento della pressione intracranica, ernia tentoriale, scompenso cardiaco congestizio, avvelenamento da monossido di carbonio, somministrazione di oppioidi. Il respiro di Kussmaul è caratterizzato invece da respiri lenti e profondi. Solitamente, si associa ad acidosi metabolica severa, come nel caso del Diabete Mellito scompensato (chetoacidosi diabetica). Nell'acidosi, il respiro è inizialmente rapido e superficiale, ma con la progressiva riduzione del pH il respiro diventa gradualmente profondo, lento, faticoso e ansimante: l'aumento della frequenza respiratoria e della profondità degli atti respiratori ha lo scopo di aumentare l'eliminazione dell'anidride carbonica e, di conseguenza, aumentare il pH ematico. Le cause principali sono: acidosi metabolica (in particolare la chetoacidosi diabetica), uremia, intossicazione da etanolo o salicilati, alterazioni elettrolitiche, ipossia, lesioni mesencefaliche. Il respiro di Biot si caratterizza per l'alternanza di 4 o 5 atti inspiratori rapidi, di uguale profondità, a fasi di apnea di durata variabile. Se le condizioni dell'assistito peggiorano, si può manifestare il respiro atassico. Le cause principali di questi pattern, che si associano entrambi a prognosi severa, sono lesioni dei centri respiratori localizzati nel tronco encefalico.</p> <p>(Badon et al., 1998)</p>
---	---------------------------------	---	------------------------	----------------------------	--

<p>Quali fra i seguenti sono tra i sintomi maggiormente e frequenti nel bambino asmatico di età inferiore ai 5 anni?</p>	<p>Respiro sibilante (wheezing) e dispnea</p>	<p>Respiro sibilante e apnea</p>	<p>Bradipnea</p>	<p>Nessuna delle precedenti</p>	<p>Risposta corretta L'asma è un'inflammatione delle pareti delle vie bronchiali che si ispessiscono e sviluppano edema, ostacolando il passaggio dell'aria. Inoltre, le cellule muscolari che circondano le vie aeree si contraggono restringendole (broncospasmo). Si può sospettare la presenza di asma in caso di: respiro sibilante o fischi, tosse cronica (anche secca), sensazione soggettiva di difficoltà respiratoria (dispnea), senso di costrizione toracica. Tali sintomi possono presentarsi o peggiorare di notte, essere stagionali e/o manifestarsi in seguito all'esposizione ad allergeni, fumo, ad emozioni, sforzi intensi o in seguito a infezioni virali. Il respiro sibilante e la dispnea sono tra i sintomi maggiormente frequenti nel bambino asmatico di età inferiore ai 5 anni. La diagnosi può essere confermata da: esami allergologici, misurazione della funzionalità respiratoria mediante spirometria per valutare il grado di ostruzione bronchiale, la valutazione della reattività della parete bronchiale a stimoli aspecifici non allergici (il più comune è quello alla metacolina). La terapia dell'asma prevede la somministrazione di farmaci quali: broncodilatatori beta 2 agonisti o anticolinergici (a breve o lunga durata d'azione), cortisonici che possono essere utilizzati per via inalatoria in diverse combinazioni tra loro, cromoni. La terapia desensibilizzante tramite immunoterapia specifica è potenzialmente utile in caso di asma allergico e se effettuata precocemente può prevenirne lo sviluppo.</p> <p>(http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=45&area=Malaattie_dell_apparato_respiratorio)</p>
<p>Cosa si intende con l'acronimo LASA?</p>	<p>Farmaci Look-Alike/Sound-Alike</p>	<p>Dispositivi Light Assessment and Security Approach</p>	<p>Farmaci Lean Approach and Security Assessment</p>	<p>Dispositivi Look-Alike/Sound-Alike</p>	<p>Risposta corretta Tra gli errori in terapia sono frequenti quelli legati all'uso dei cosiddetti farmaci "Look-Alike/Sound-Alike" ovvero "LASA", acronimo utilizzato per indicare i farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome nonché per il packaging. Per questo, all'interno del Ministero della Salute e nell'ambito delle attività per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari, è stata sviluppata una area specifica "Farmaci LASA e sicurezza dei pazienti", con lo scopo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aumentare la consapevolezza da parte degli stakeholder (operatori sanitari, cittadini, manager della Sanità, Aziende farmaceutiche) della possibilità di errore nell'uso dei farmaci LASA - individuare Linee di indirizzo finalizzate a garantire appropriatezza, sicurezza e qualità delle cure, condivise con Regioni e Province Autonome, Aziende sanitarie, Agenzia del Farmaco (AIFA), Federazione degli Ordini Farmacisti Italiani (FOFI), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Società scientifiche, Università e altre Istituzioni e Organismi; - sensibilizzare le Aziende farmaceutiche affinché prevedano, nella commercializzazione dei farmaci, criteri per evitare ogni fattore di confondimento nell'uso dei farmaci LASA.

(<http://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/homeSicurezzaCure.jsp>)

Qual è la principale via di trasmissione del rotavirus?

Area orofecale

Aerea cardiaca

Parenterale

Transplacenta

Risposta corretta
Il rotavirus è la causa più comune di gastroenteriti virali fra i neonati e i bambini sotto i 5 anni. In particolare, nei bambini molto piccoli il virus può causare una diarrea grave con disidratazione. La maggior parte delle infezioni è causata dai ceppi del gruppo A (in misura assai minore da quelli del gruppo B e C). L'aver contratto il virus una volta non dà immunità sufficiente, anche se le infezioni che si contraggono negli anni successivi e in età adulta tendono a presentarsi in forma più leggera. La principale via di trasmissione del virus è quella oro-fecale ed è possibile la diffusione per contatto e per via respiratoria. Poiché il virus è stabile nell'ambiente, la trasmissione può avvenire attraverso l'ingestione di acqua o cibo contaminato o a causa del contatto con superfici contaminate (come i giocattoli). La malattia ha un periodo di incubazione di circa 2 giorni, dopo i quali insorgono vomito e diarrea acquosa per 3-7 giorni. In un terzo dei casi è presente febbre elevata. Nella maggior parte dei casi, quando si sviluppa una forma blanda di diarrea, i malati guariscono senza alcun trattamento. Tuttavia, una diarrea acuta può portare a disidratazione grave dell'organismo, una condizione che rischia di essere grave o letale senza un intervento adeguato. La diagnosi può essere effettuata ricercando antigeni specifici del rotavirus all'interno di campioni fecali prelevati dal paziente. In generale, per prevenire la diffusione delle malattie diarroiche è fondamentale mantenere buone condizioni igieniche sia a casa che negli asili nido e in tutti gli ambienti collettivi dove vivono persone soggette a maggior rischio, come gli anziani o gli immunodepressi. Lavarsi le mani con il sapone o con altri detergenti non uccide il virus, ma può limitarne la diffusione.

(<https://www.epicentro.iss.it/rotavirus/>)

<p>In Italia, lo screening del cervicocarcino ma basato su Pap-test è raccomandato ogni 3 anni per donne di età compresa...</p>	<p>Tra 14 e 25 anni</p>	<p>Tra 6 e 48 anni</p>	<p>Tra 25 e 64 anni</p>	<p>Tra 18 e 36 anni</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'infezione da Hpv (dall'inglese Human papilloma virus) si trasmette prevalentemente per via sessuale. La stragrande maggioranza delle infezioni è transitoria e asintomatica. Tuttavia, se l'infezione persiste può manifestarsi con una varietà di lesioni della pelle e delle mucose, a seconda del tipo di Hpv coinvolto. Alcuni tipi di Hpv sono definiti ad alto rischio oncogeno poiché associati all'insorgenza di neoplasie. Il tumore più comunemente associato all'Hpv è il carcinoma del collo dell'utero (cervicocarcinoma o carcinoma della cervice uterina) che è la prima neoplasia a essere riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) totalmente riconducibile a un'infezione. La prevenzione primaria si attua attraverso la vaccinazione (due disponibili, con simile calendario vaccinale). La prevenzione secondaria del cervicocarcinoma si attua attraverso la diagnosi precoce di potenziali precursori del carcinoma invasivo. I metodi utilizzati sono prevalentemente due: Pap test e Hpv test. Il Pap test è uno screening citologico cervicale che consente di identificare le lesioni precancerose e di intervenire prima che evolvano in carcinoma. In Italia è tuttora raccomandato ogni tre anni per le donne tra 25 e 64 anni. Si stima che il Pap test eseguito a intervalli regolari di 3-5 anni riduca il rischio di sviluppare un tumore cervicale invasivo di almeno il 70%. L'Hpv test è un test molecolare che ricerca il Dna di Hpv ad alto rischio oncogeno. Esiste ormai una chiara evidenza scientifica che uno screening primario con test clinicamente validati per il Dna di Hpv oncogeni e con un protocollo appropriato è più efficace dello screening basato sul Pap test nel prevenire i tumori invasivi del collo dell'utero.</p> <p>(https://www.epicentro.iss.it/hpv/)</p>
--	-------------------------	------------------------	-------------------------	-------------------------	--

<p>Quale fra i seguenti è il sintomo più comune con cui si manifesta il linfoma di Hodgkin?</p>	<p>Anuria</p>	<p>Astenia</p>	<p>Tumefazione linfonodale mesenterica</p>	<p>Tumefazione linfonodale del collo (regione cervicale)</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il linfoma di Hodgkin (LH) è un tumore relativamente raro (circa lo 0,5% dei casi di tumore accertati) e può manifestarsi a qualunque età anche se le fasce più a rischio sono quelle dei giovani di circa 20 anni e degli anziani di oltre 70 anni. Il disturbo (sintomo) con cui il linfoma di Hodgkin si manifesta più comunemente è un ingrossamento dei linfonodi del collo (regione cervicale). Generalmente il gonfiore non è doloroso ma il dolore può comparire se si beve dell'alcool. Nel linfoma di Hodgkin il gonfiore è causato da un numero eccessivo di linfociti B (un particolare tipo di linfociti) che si moltiplicano in modo anomalo e si accumulano in un linfonodo per poi invaderne altri. Poiché questi linfociti hanno perso la capacità di combattere le infezioni, la persona colpita diventa più vulnerabile e si ammala con maggiore facilità. Altri disturbi (sintomi) possono includere sudorazioni notturne, inspiegabile perdita di peso, febbre, prurito diffuso, tosse persistente, affaticamento, difficoltà di respirazione. Sebbene sia certo che il linfoma di Hodgkin è causato da un cambiamento (mutazione) del DNA dei linfociti B (un tipo di globuli bianchi), la causa scatenante e il motivo esatto per cui la mutazione avvenga non sono noti. La probabilità di ammalarsi può aumentare anche se si hanno familiari di primo grado già colpiti da linfoma di Hodgkin. L'unico modo per accertare la presenza della malattia è sottoporsi ad una biopsia, esame che consiste nel prelievo di una piccola quantità di tessuto (campione) da un linfonodo e nella sua analisi in laboratorio. Le cure più comunemente eseguite sono la chemioterapia, seguita da radioterapia, o la chemioterapia da sola.</p> <p>(https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/l/linfoma-di-hodgkin#cause)</p>
--	---------------	----------------	--	--	---

<p>L'asbestosi è una patologia polmonare cronica causata dall'esposizione a...</p>	<p>Mercurio</p>	<p>Amianto</p>	<p>Piombo</p>	<p>B Brillio</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Le fibre respirabili di amianto raggiungono e si depositano negli alveoli polmonari. Il loro accumulo causa: infiammazione permanente, ispessimento della parete e una specifica fibrosi polmonare chiamata asbestosi. Questa condizione limita la funzione respiratoria degli alveoli polmonari, procurando una progressiva malattia dell'apparato respiratorio che, nel tempo, passa da fibrosi polmonare a enfisema, pleurite cronica fino a insufficienza respiratoria. I disturbi (sintomi) causati dall'asbestosi iniziano a comparire in modo leggero dopo che sono trascorsi circa 20 anni dalla prima esposizione all'amianto. Sono caratterizzati da: fatica a respirare (dispnea) inizialmente dopo uno sforzo fisico poi anche a riposo, tosse, dolore al torace. Progressivamente si verifica un peggioramento delle condizioni generali del malato e, nelle fasi avanzate della malattia, un'insufficienza respiratoria e/o cardiaca. Se la malattia peggiora determinando l'insorgenza di un tumore polmonare o di altro tipo, si aggiungeranno i disturbi (sintomi) propri della malattia tumorale specifica. Non esiste una terapia specifica, tuttavia alcune misure sono utili a non aggravare i sintomi e a rallentare l'avanzare della malattia. Le prime due azioni da fare sono: interrompere l'esposizione all'amianto, se ancora in corso e, nel caso di un paziente fumatore, smettere subito di fumare. Considerando i disturbi provocati dall'amianto, tutti i farmaci che migliorano le capacità respiratorie come i broncodilatatori sono di aiuto per il malato. L'accertamento (diagnosi) dell'asbestosi è effettuato con visita medica e specialistica (pneumologo). Successivamente, la diagnosi viene eventualmente confermata attraverso l'esecuzione di esami radiologici come radiografia e TAC del torace.</p> <p>(https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/amianto#sintomi)</p>
---	-----------------	----------------	---------------	------------------	--

<p>Qual è il farmaco di prima scelta utilizzato per il trattamento d'emergenza dell'anafilassi ?</p>	Adenosina	Amiodarone	Naloxone	Adrenalina	<p>Risposta corretta</p> <p>L'anafilassi può essere descritta come una rapida sequenza di eventi conseguenti al contatto di anticorpi IgE con un allergene che insorge improvvisamente e che rappresenta una minaccia per la vita del paziente. I segni ed i sintomi che più comunemente compaiono in caso di shock anafilattico includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stordimento, vertigini, presincope o perdita di coscienza - tachicardia - dispnea associata a tachipnea - edema della glottide - diaforesi - nausea, vomito o diarrea - confusione o ansia - eruzione cutanea orticarioide <p>I fattori scatenanti più comuni (diversi da persona a persona) sono rappresentati da: alimenti, farmaci, veleno di insetti, lattice. L'aumento del rischio di sviluppare uno shock anafilattico può essere dato da: shock anafilattico precedente, allergie o asma, altre condizioni tra cui cardiopatie congenite. I farmaci utilizzati, in ordine progressivo, per il trattamento d'emergenza dell'anafilassi sono: adrenalina (iniezione intramuscolare), ossigeno, antistaminici e cortisone (infusione endovenosa), beta agonisti. Se una persona è a conoscenza di un'allergia o ha già avuto shock anafilattici, è importante cercare di prevenire episodi futuri: identificando eventuali fattori scatenanti, evitando i fattori scatenanti quando possibile, portando sempre con sé un auto-iniettore di adrenalina, conoscendo la catena della sopravvivenza ed allertando precocemente i soccorsi. Nell'educazione terapeutica alla gestione dell'auto-iniettore l'infermiere svolge un ruolo cruciale che si struttura ancor più efficacemente se coinvolti i caregivers dell'assistito.</p> <p>(https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/anafilassi#diagnosi)</p>
---	-----------	------------	----------	------------	--

<p>A quando risale il più recente aggiornamento del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche in Italia?</p>	2009	2016	2019	2015	<p>Risposta corretta</p> <p>Il Codice Deontologico degli infermieri non è una semplice enunciazione di regole: è il vero e proprio vademecum della professione, come questa deve svolgersi, come deve affrontare e risolvere i problemi, come deve rapportarsi con i pazienti, i colleghi, le istituzioni, le altre professioni, come la professione sia a fianco di chi soffre e ha bisogno di assistenza e sia divisa dalla politica. Il più recente aggiornamento di questo documento risale al 2019. Tra le maggiori novità dei 53 articoli (prima 51) che compongono il nuovo Codice ci sono quelle che rispecchiano il nuovo ruolo dei professionisti sia a livello di management che clinico all'interno delle strutture sanitarie, sul territorio e anche nella libera professione. Il nuovo Codice Deontologico è diviso in otto Capi, ognuno su un argomento che riguarda professione e/o assistenza e chiarisce il dovere dell'infermiere di curare e prendersi cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento di sessualità, etnica, religiosa e culturale. E in questo di astenersi da ogni discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di chi incontra nel suo operare. Ben 11 articoli su 53 riguardano il rapporto diretto con gli assistiti, dal dolore alla privacy, dall'assistenza ai minori alle cure nel fine vita, fino al segreto professionale. Tra i compiti, il Codice prevede l'educazione sanitaria per i cittadini e la promozione per loro di stili di vita sani, la ricerca e la sperimentazione, ma anche per gli infermieri gli obblighi di formazione e di educazione continua, argomento questo che per la prima volta entra a pieno titolo in un Codice Deontologico.</p> <p>(https://www.fnopi.it/2019/04/13/il-consiglio-nazionale-fnopi-approva-il-nuovo-codice-deontologico-degli-infermieri/)</p>
--	------	------	------	------	---

<p>Quali fra questi bisogni assistenziali non rientra tra quelli descritti da Virginia Henderson nel suo modello di Nursing?</p>	<p>Dormire e riposare</p>	<p>Partecipare a varie forme ricreative</p>	<p>Mangiare e bere adeguatamente</p>	<p>Viaggiare ed entrare in contatto con nuove culture</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Virginia Henderson è nota come una delle principali teoriche del Nursing e affermò il proprio pensiero attraverso le sue due opere “The Principles of Practice of Nursing (1955)” e “Basic Principles of Nursing Care (1960)”. Henderson fonda la sua teoria sul concetto di “bisogno”, individuando i 14 bisogni fondamentali delle persone:</p> <ul style="list-style-type: none"> - respirare efficacemente - mangiare e bere adeguatamente al proprio fabbisogno - evacuare - muoversi e mantenere il confort - dormire e recuperare energie - vestirsi e svestirsi - mantenere un’adeguata temperatura corporea - igiene dei capelli, della barba e del vestiario nonché cura della cute - riconoscere ed evitare i pericoli derivanti dall’ecosistema circostante, evitando di ledere gli altri - comunicare con gli altri esprimendo emozioni, bisogni, paure o opinioni - dedicarsi alla propria fede - lavorare - partecipare alle varie forme ricreative - imparare, scoprire, soddisfare le proprie curiosità <p>Il metaparadigma di Henderson è rappresentato da: la persona (intesa come mente e corpo nel loro insieme), la salute che rappresenta il grado di autonomia della persona gestire i propri bisogni di salute, l’ambiente ovvero l’ecosistema circostante la persona, il Nursing ovvero tutto l’adoprarsi professionale per il ripristino dell’autonomia della persona. Per Henderson l’Infermiere può erogare la propria assistenza su 3 livelli: sostituire (ovvero assumere la totale gestione dei bisogni della persona essendo questa incapace di provvedervi autonomamente), aiutare (quando cioè l’infermiere sostiene ed incentiva la parziale autonomia dell’assistito), accompagnare (ovvero quando l’infermiere si dedica squisitamente all’educazione e alla relazione col paziente affinché possa gestirsi in autonomia il proprio progetto assistenziale).</p> <p>(Manzoni E., 2008)</p>
---	---------------------------	---	--------------------------------------	---	--

<p>Con quale Legge si istituisce la possibilità per l'infermiere di intraprendere un percorso formativo universitario di secondo livello nonché il riconoscimento formale del ruolo di Dirigente?</p>	42/99	251/2000	739/94	502/92	<p>Risposta corretta</p> <p>Al termine di un decennio, quello degli anni '90, ricco di profondi cambiamenti normativi per il professionista Infermiere giunge a fissare gli ultimi tasselli di tale percorso di riordino della professione la Legge 251/2000 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica). Questa Legge stabilisce che gli infermieri in possesso dei titoli di studio rilasciati con i precedenti ordinamenti possono accedere alla Laurea di secondo livello in Scienze infermieristiche. Passa così, dopo una lunga battaglia della Federazione Ipasvi, il principio dell'equipollenza dei titoli ai fini della prosecuzione degli studi. Ma l'importanza della 251 consiste soprattutto nel riconoscimento "formale" della dirigenza: per gli infermieri si aprono così le porte per l'accesso alla nuova qualifica unica di Dirigente del ruolo sanitario. In attesa dell'entrata a regime della specifica disciplina concorsuale, disposizioni transitorie stabiliscono che le Aziende sanitarie possono comunque procedere all'attribuzione degli incarichi di Dirigente dei Servizi dell'assistenza infermieristica e ostetrica "attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati". A tali figure sono attribuite la responsabilità e la gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni, nonché la revisione dell'organizzazione del lavoro incentivando modelli di assistenza personalizzata. Ad affinare il testo di Legge 251/2000 giungerà poi, quattro anni più tardi, il DLg. del 09 Luglio 2004 con cui la Laurea Specialistica si trasforma in Laurea Magistrale.</p> <p>(https://www.fnopi.it/federazione/note-di-storia/)</p>
--	-------	----------	--------	--------	--

<p>Quale fra questi è un farmaco oppioide?</p>	<p>Codeina</p>	<p>Metadone</p>	<p>Fentanyl</p>	<p>Tutti i precedenti</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Gli oppioidi sono farmaci di fondamentale importanza nella terapia del dolore associato a patologia, a procedura o per facilitare procedure invasive (ventilazione meccanica assistita). Tra i principali oppioidi ad uso terapeutico ritroviamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ossicodone e idromorfone per il dolore moderato-intenso - fentanyl e buprenorfina, oppioidi sintetici o semisintetici utilizzati anche in anestesia - codeina, con basso potere antidolorifico (per questo sempre associata a paracetamolo) - tramadolo, oppioide sintetico utilizzato nel dolore acuto - metadone, un oppioide molto simile alla morfina con effetti però più prolungati (per questo utilizzato nei programmi di disintossicazione) - naloxone che, pur essendo un derivato della morfina, ha un effetto antagonista e viene utilizzato come farmaco salvavita nell'intossicazione acuta da oppioidi. <p>L'oppioide capostipite della categoria rimane tuttavia la morfina, la principale sostanza alcaloide contenuta nell'oppio. La morfina viene somministrata per bocca o, quando necessario, per iniezione sottocutanea, intramuscolare o endovenosa. Se si usano dosi ripetute superiori a quelle necessarie ad alleviare il dolore (analgesiche, 10-15 milligrammi) si può determinare un'intossicazione persistente nel tempo (cronica) caratterizzata da apatia, indifferenza e mancanza di iniziativa, facile sudorazione, dimagrimento, alterazioni a carico di fegato, polmoni e sistema di difesa dell'organismo (sistema immunitario). A dosi di 25-30 milligrammi (intossicazione acuta) compaiono effetti che diminuiscono la capacità di respirare e, nei casi più gravi, può verificarsi coma ed arresto respiratorio. Le reazioni collaterali avverse all'utilizzo di oppioidi più frequentemente riscontrate sono: stitichezza, nausea, vomito, sonnolenza e confusione mentale, prurito, riduzione del diametro della pupilla.</p> <p>(https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/o/oppioidi#bibliografia)</p>
---	----------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

<p>“Malattia polmonare cronica, potenzialment e progressiva, caratterizzata da dilatazioni permanenti e irreversibili della parete dei bronchi, a forma di sacchetto o cilindriche.” È la definizione di...</p>	<p>Asma</p>	<p>Bronchiectasie</p>	<p>Tubercolosi</p>	<p>Enfisema</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Le bronchiectasie sono malattie polmonari croniche potenzialmente progressive caratterizzate da dilatazioni permanenti e irreversibili della parete dei bronchi, a forma di sacchetto o cilindriche. Nel 40-50% dei pazienti la causa della malattia è ignota. Nei restanti casi, le bronchiectasie possono essere causate da: un'infezione polmonare pregressa, deficit del sistema immunitario, cause genetiche come la fibrosi cistica o i disordini del movimento delle ciglia delle cellule che rivestono le pareti dei bronchi con funzione di "spazzare via" il muco dalle vie aeree. L'accumulo di secrezioni nelle sacche dei bronchi dilatati espone al rischio di infezione (bronchiectasiti) poiché virus e batteri trovano nel muco un ambiente favorevole alla loro replicazione. Col tempo i danni bronchiali possono diventare cronici e così gravi da ostacolare il passaggio dell'aria attraverso le vie aeree riducendo l'ossigenazione (insufficienza respiratoria). La sintomatologia può essere assente o presentare: tosse cronica, abbondante produzione di espettorato, emissione di sangue dalla bocca in presenza o meno di espettorato (emoftoe, emottisi), affanno (dispnea), astenia. La diagnosi della malattia si basa su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rx del torace - tac del torace ad alta risoluzione - test di funzionalità polmonare (spirometria) - broncoscopia ovvero un esame che consiste nell'entrare nell'albero bronchiale con una minuscola telecamera; la broncoscopia consente di osservare le diramazioni bronchiali dall'interno, ma permette anche di raccogliere campioni di muco per l'esame colturale (BAL o Lavaggio Bronco-Alveolare) - test del sudore (la presenza di elevate quantità di cloruro di sodio nel sudore può essere suggestiva per la diagnosi di fibrosi cistica, che poi verrà confermata da un apposito test genetico) <p>Le bronchiectasie possono essere trattate con i farmaci (broncodilatatori, cortisonici, mucolitici, antibiotici) e con gli schemi di trattamento utilizzati per la bronchite cronica ostruttiva.</p> <p>(http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=123&area=Malattie_dell_apparato_respiratorio)</p>
--	-------------	-----------------------	--------------------	-----------------	--

<p>Qual è il sintomo cardine dell'infezione da Clamidia?</p>	<p>Febbre</p>	<p>Enuresi</p>	<p>Edema dei genitali esterni</p>	<p>Nessuno dei precedenti</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La Clamidia rientra nelle infezioni sessualmente trasmesse più frequenti ed è più diffusa nella popolazione giovanile. Il batterio responsabile dell'infezione è un Gram negativo e si trasmette generalmente sia attraverso rapporti sessuali vaginali, anali o orali che per via materno-fetale. La Clamidia è infatti una delle prime cause di congiuntivite e di polmonite nei neonati. In genere l'infezione da Chlamydia trachomatis non presenta sintomi. In alcuni casi, però, può dar luogo a bruciore e secrezioni dall'uretra nell'uomo e lievi bruciori e prurito nella donna, causando un'infezione della cervice uterina (chiamata cervicite). Per la diagnosi della Clamidia si eseguono dei tamponi uretrali nell'uomo e vaginali nella donna. Si può eseguire, inoltre, la ricerca del DNA specifico per la Clamidia tramite amplificazione degli acidi nucleici o NAAT (Nucleic Acid Amplification Testing) sia su tampone vaginale, endocervicale, rettale e orale per la donna che su tampone uretrale, rettale, orale per l'uomo e per entrambi anche su campione di urina. I regimi terapeutici più utilizzati prevedono la somministrazione o di azitromicina in singola dose o di doxiciclina per una settimana. Il trattamento del partner e dei partner avuti fino a 60 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi è molto importante, per evitare la diffusione dell'infezione. È frequente la coinfezione da Chlamydia in pazienti con infezione da gonococco: per questo motivo è sempre opportuno un trattamento anti Chlamydia anche in caso di gonorrea. L'unica forma di prevenzione possibile è l'attuazione di rapporti protetti e la diffusione dell'informazione sulla frequenza di questa infezione, soprattutto nei giovani, e sulle gravi conseguenze che può avere sulla fertilità di coppia se non viene opportunamente trattata.</p> <p>(http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=116&area=Malattie_sessualmente_trasmissibili)</p>
---	---------------	----------------	-----------------------------------	-------------------------------	--

<p>Quale, tra le seguenti, è la patologia associata alla puntura di zecca?</p>	<p>Malattia di Kawasaki</p>	<p>Malattia di Schonlein Henoch</p>	<p>Malattia di Lyme</p>	<p>La Sindrome di Ehlers-Danlos</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La malattia di Lyme, anche detta Borreliosi, è provocata da una spirocheta, la <i>Borrelia burgdorferi</i>, che penetra attraverso la cute con la puntura di zecca. Può infettare sia le persone che molte specie animali e i cervi rappresentano importanti serbatoi d'infezione. Il sintomo principale della malattia di Lyme è l'eritema migrante (rush anulare) che inizia come una piccola macchia o papula rossa (da 3 a 30 giorni dopo la puntura della zecca infetta) e può estendersi fino a interessare un'area cutanea di 30 centimetri con margine ben delineato color rosso e zona centrale più chiara. Il centro della lesione talvolta diventa intensamente eritematoso e indurito o vescicolare. All'interno o altrove si possono formare altre lesioni di dimensioni più piccole. La lesione cutanea, la quale può comparire in qualsiasi parte del corpo, può risultare calda al tatto, tuttavia generalmente non è dolorosa o pruriginosa. L'eritema migrante è spesso accompagnato da una sindrome simile all'influenza (brividi, malessere, stanchezza, febbre, dolore articolare, dolore ai muscoli, rigidità della nuca). Sintomi meno comuni sono linfadenopatia (ingrossamento dei linfonodi) generalizzata, disturbi respiratori, nausea, vomito, congiuntivite, irite, paralisi facciale uni o bilaterale, dolori intermittenti a tendini, muscoli, articolazioni e ossa, palpitazioni cardiache. Dopo alcune settimane dall'insorgere dell'eritema migrante potrebbero svilupparsi alterazioni neurologiche o lesioni miocardiche. Il 60% dei pazienti sviluppa artrite entro poche settimane e fino a due anni dall'inizio della malattia. Frequenti sono le ginocchia gonfie, calde e dolenti. La somministrazione di antibiotici nella forma precoce di malattia di Lyme è la terapia più efficace e generalmente esita in completa guarigione. Si raccomanda la somministrazione orale di antibiotici, come doxiciclina, amoxicillina, cefuroxima, eritromicina o simili.</p> <p>(http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=205&area=Malattie_trasmesse_da_vettori)</p>
---	-----------------------------	-------------------------------------	-------------------------	-------------------------------------	---

<p>Nell'interpretazione dei risultati relativi alla procedura emogasanalisi arteriosa, per quale valore dei bicarbonati si può parlare di acidosi metabolica?</p>	<p>< 22 mEq/L</p>	<p>> 22 mEq/L</p>	<p>< 26 mEq/L</p>	<p>> 26 mEq/L</p>	<p>Risposta corretta L'acidosi metabolica è un'alterazione clinica caratterizzata da bassi valori di Ph e di bicarbonati nel plasma. Può essere causata da un accumulo di ioni idrogeno o da una perdita di bicarbonati. I segni ed i sintomi dell'acidosi metabolica variano con la gravità della condizione clinica. Possono includere cefalea, confusione, spossatezza, aumentata profondità del respiro e tachipnea, nausea e vomito. Con valori del Ph al di sotto di 7 insorgono progressivamente vasodilatazione periferica e insufficienza cardiaca. La diagnosi della condizione clinica si effettua attraverso la valutazione di emogasanalisi arteriosa, da cui emergeranno valori dei bicarbonati al di sotto di 22 mEq/L ed un Ph inferiore a 7,35. Un'iperpotassiemia potrebbe associarsi in quanto dovuta alla migrazione del potassio al di fuori delle cellule. L'iperventilazione correlata diminuisce i valori di CO₂ in maniera compensatoria. Un ECG potrebbe riportare aritmie associate all'alterato livello di potassio ematico. Il trattamento consiste nel correggere l'alterazione metabolica tramite infusione venosa.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
<p>"Condizione in cui la peristalsi dell'esofago distale è assente o inefficiente e lo sfintere esofageo non si rilassa in risposta alla deglutizione. Il restringimento dell'esofago appena sopra lo stomaco produce una dilatazione progressiva dell'esofago nel torace</p>	<p>Diverticolo</p>	<p>Invaginazione</p>	<p>Acalasia</p>	<p>Disfagia</p>	<p>Risposta corretta Si definisce acalasia una condizione in cui la peristalsi dell'esofago distale è assente o inefficiente e lo sfintere esofageo non si rilassa in risposta alla deglutizione. Il restringimento dell'esofago appena sopra lo stomaco produce una dilatazione progressiva dell'esofago nel torace superiore. Il sintomo principale dell'acalasia è la disfagia, sia ai solidi che ai liquidi. Con il progredire della malattia, il cibo viene comunque rigurgitato spontaneamente o intenzionalmente per alleviare il disturbo associato alla distensione prolungata dell'esofago. Il paziente può accusare anche dolore toracico e pirosi. Mangiare può provocare dolore. L'accertamento si effettua attraverso radiografia del torace che mostra la dilatazione dell'esofago. L'ingestione di un pasto baritato e l'endoscopia possono essere utili alla diagnosi che, tuttavia, viene confermata dalla manometria (procedura attraverso la quale si misura la pressione esofagea). Il trattamento consiste nell'educazione del paziente a mangiare lentamente e bere durante i pasti. Calcio-antagonisti e nitrati sono usati per ridurre la pressione esofagea e facilitare la deglutizione. In casi estremi si può ricorrere alla dilatazione pneumatica forzata o alla separazione chirurgica delle fibre muscolari esofagee.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>

<p>superiore". È la definizione di...</p>					
<p>L'agente eziologico più comune della mastite acuta infettiva è...</p>	<p>Staphylococcus Aureus</p>	<p>Escherichia Coli</p>	<p>Streptococcus</p>	<p>Tutte le precedenti</p>	<p>Risposta corretta La mastite acuta è l'infiammazione della mammella secondaria ad infezione. La malattia subentra solitamente la prima volta che la madre allatta al seno. La stasi del latte può portare all'ostruzione, seguita da infiammazione non infettiva, poi da mastite infettiva. Se la malattia non è trattata può trasformarsi in un ascesso della mammella. L'infezione può provenire dalle mani della paziente, dal personale che cura l'assistita, dal naso o dalla faringe del lattante o può avere origine a livello ematico. Gli agenti causali più comuni sono Staphylococcus Aureus, Escherichia Coli e Streptococcus. La sintomatologia clinica si presenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - iperemia, calore, edema (la mammella può essere pastosa e dura) - la paziente può lamentare un dolore sordo nell'area colpita e può avere secrezione dal capezzolo - febbre <p>Tra gli interventi indicati per il trattamento si annovera: applicazione di impacchi freddi per lenire il dolore e smorzare la sintomatologia infiammatoria, antibiotici (dicloxacillina, clindamicina, cefalosporine), antipiretici ed analgesici non oppioidi.</p> <p>(Nettina, 2009)</p>

<p>Con il termine di omeostasi si intende...</p>	<p>Equilibrio chimico-fisico degli organismi</p>	<p>Studio della staticità biologica</p>	<p>Equilibrio delle componenti dello stato di salute</p>	<p>Studio della dinamicità biologica</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'omeostasi è la tendenza naturale al raggiungimento di una relativa stabilità (sia delle proprietà chimico-fisiche interne sia comportamentali) che accomuna tutti gli organismi viventi. Tale regime dinamico deve mantenersi nel tempo, anche al variare delle condizioni esterne, attraverso precisi meccanismi autoregolatori. Il sistema omeostatico si basa su quattro principali componenti che assieme prendono il nome di meccanismo a feedback: cioè retroazione, reazione, risposta.</p> <p>Vediamoli in dettaglio. Il recettore ha il compito di percepire le condizioni esterne e interne. Il centro di controllo decide come comportarsi, dopo aver confrontato la condizione rilevata dal recettore con quella ottimale. L'effettore esegue quello che gli viene ordinato dal centro di controllo. Lo stimolo determina l'attivazione del recettore ad avviare i meccanismi di regolazione interna. In fisiologia la legge dell'equilibrio di massa dice che se la quantità di una sostanza in un organismo deve rimanere costante, ogni aumento deve venir compensato da una perdita di pari entità; in tale ultima accezione Maslow la pone tra le cinque esigenze poste al primo segmento della sua "piramide dei bisogni". In sinecologia l'omeostasi indica anche la tendenza all'equilibrio delle popolazioni animali e vegetali, come risultato di meccanismi dipendenti dalla densità e operanti sul tasso di natalità, sopravvivenza e morte (stabilità). Nella teoria della semiosfera di Juri Lotman, l'omeostasi indica la condizione di stabilità della semiosfera o di parti di essa.</p> <p>(Thibodeau, Patton, 2012)</p>
---	--	---	--	--	--

<p>L'atassia normalmente dipende da una lesione a carico...</p>	<p>Del bulbo</p>	<p>Del ponte</p>	<p>Del cervelletto</p>	<p>Del mesencefalo</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'atassia è un disturbo consistente nella mancanza di coordinazione muscolare che rende difficoltoso eseguire i movimenti volontari. Il centro della coordinazione dei movimenti muscolari è il cervelletto che elabora gli impulsi portati ai muscoli dal midollo spinale e dai nervi periferici. L'atassia può quindi essere provocata da problemi sia a livello della spina dorsale, sia a livello dei nervi periferici. L'atassia è il principale sintomo delle cosiddette sindromi atassiche, malattie genetiche ed ereditarie come: l'atassia teleangectasica, l'atassia di Friedreich, le atassie spinocerebellari, l'atassia di Charcot-Marie, l'atrofia cerebellare, l'atassia olivo-pontocerebellare. L'atassia può manifestarsi anche a causa di infezioni virali, encefaliti, lesioni al sistema nervoso centrale o alla spina dorsale, oppure a causa di ingestione o contatto con sostanze tossiche come stupefacenti, alcool, radiazioni. L'atassia derivante dalle sindromi atassiche di origine genetica ha come principale caratteristica la progressività che determina l'aggravarsi, nel tempo, della sintomatologia atassica. Le conseguenze si manifestano con la mancanza di coordinazione fra tronco e braccia, tronco e capo, ecc. Vi sono inoltre disturbi associati quali: incoordinazione dei movimenti dell'occhio, incontinenza, difficoltà di deglutizione e movimenti involontari di arti, capo e tronco. Per la diagnosi si attua la cosiddetta manovra di Romberg che consiste nel porre il soggetto eretto con le punte dei piedi unite e con gli occhi chiusi. Nel caso il soggetto oscilli e tenda a cadere si può pensare ad una lesione dei cordoni posteriori o malattie del labirinto dell'orecchio. Nel caso in cui oscilli già ad occhi aperti e non peggiori con la loro chiusura si può pensare a lesioni cerebellari.</p> <p>(Thibodeau, Patton, 2012)</p>
--	------------------	------------------	------------------------	------------------------	--

<p>La rottura “a manico di secchia” è caratteristica del...</p>	<p>Legamento crociato posteriore</p>	<p>Faccetta articolare mediale della rotula</p>	<p>Legamento crociato anteriore</p>	<p>Menisco interno</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>I due menischi mediale e laterale sono fibrocartilagini che si interpongono tra le superfici articolari femorale e tibiale. Entrambi i menischi si dividono dal punto di vista anatomico in corno posteriore, corpo (porzione centrale), corno anteriore. Il menisco mediale è il cuscinetto di cartilagine fibrosa, appartenente all'articolazione del ginocchio che alloggia sopra la tibia, sulla porzione mediale del piatto tibiale. Simile a una mezzaluna o a una C, il menisco mediale è una struttura poco mobile, mantenuta in posizione dai legamenti collaterale mediale e trasverso e dalle inserzioni a livello della fossa intercondiloidea anteriore e posteriore del piatto tibiale. Grazie al supporto di un elemento molto simile (il menisco laterale situato sulla superficie laterale del piatto tibiale) il menisco mediale ricopre varie funzioni, tra cui: salvaguardare il ginocchio dagli effetti di movimenti impropri, assorbire gli urti e ammortizzare il peso a carico del ginocchio, impedire la collisione diretta tra femore e tibia, favorire la corretta distribuzione del liquido sinoviale. Il menisco mediale può essere vittima di lesioni, tra cui la più comune è quella derivante da un infortunio al ginocchio. Le lesioni meniscali si osservano nei giovani sportivi, spesso causate da traumi distorsivi o movimenti innaturali del ginocchio. La lesione è causata dal mancato scivolamento del menisco tra le due superfici articolari che causa il “pizzicamento” della fibrocartilagine che a sua volta crea la lacerazione o la rottura netta. La rottura “a manico di secchia” è caratteristica del menisco interno.</p> <p>(Thibodeau, Patton, 2012)</p>
--	--------------------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---

<p>La diaforesi è...</p>	<p>Il processo di separazione dei GR dal plasma</p>	<p>Una sudorazione fisiologica</p>	<p>Il trattamento delle piastrine in laboratorio</p>	<p>Il trattamento del plasma in laboratorio</p>	<p>Risposta corretta Il sudore è un liquido ipotonico secreto dalle ghiandole sudoripare della pelle. È composto di acqua, ioni (Na⁺, K⁺, Cl⁻), urea e immunoglobuline. È composto anche da colesterolo e, durante sforzi fisici rilevanti, acido lattico. I responsabili del cattivo odore sono le basi volatili (metilammina, trimetilammina) e gli acidi grassi volatili. La quantità di sudore prodotta può essere influenzata da diversi fattori, fra cui: condizioni febbrili, stati di debolezza, tensione emotiva, temperatura ambientale elevata ed esercizio fisico intenso. La sudorazione può essere calda o fredda. Tra le tipologie di sudorazione calda ritroviamo le vampate di calore della menopausa, caratterizzate da un improvviso arrossamento di viso e collo, accompagnato da sudorazione profusa. Questa reazione è conseguenza di cambiamenti ormonali (calo di produzione degli estrogeni e rialzo dell'ormone follicolo-stimolante) che innescano un funzionamento alterato dell'ipotalamo, dove risiede il centro di regolazione termica dell'organismo. Le vampate di calore possono comparire anche nel sesso maschile per una riduzione del testosterone in andropausa. La sudorazione calda si manifesta, inoltre, nei pazienti con tumore alla prostata o ai testicoli sottoposti a terapia ormonale androgeno-soppressiva. Le alterazioni ormonali sono notevoli anche durante la gravidanza; in questo caso, responsabile dell'innalzamento della temperatura corporea e della sudorazione è l'aumento del progesterone. Nelle donne un aumento della secrezione sudorale può verificarsi anche in concomitanza del periodo premestruale. Altre situazioni transitorie che favoriscono questa manifestazione sono le forti emozioni ed il consumo di alimenti piccanti o speziati. In qualche caso, invece, la sudorazione calda è sintomo di un problema all'ipofisi, all'ipotalamo o alla tiroide, per le loro implicazioni nel controllo della temperatura corporea. Tra questi disturbi rientra, ad esempio, l'ipertiroidismo, patologia caratterizzata da un aumento della sudorazione associato ad intolleranza al caldo, ansia, palpitazione, perdita di peso e tremore. La sudorazione con cute calda o fredda e umida è anche sintomo dell'ipoglicemia, condizione che può comportare tremori, senso di fame, annebbiamento della vista e stato confusionale. La sudorazione fredda è un sintomo che può presentarsi in condizioni critiche e potenzialmente letali, come l'infarto del miocardio e lo shock cardiocircolatorio. Questi eventi generalmente si associano ad altri segnali allarmanti, quali dolore improvviso o senso di pressione al torace, caduta della PA, difficoltà respiratorie e perdita di coscienza. Tuttavia, questa manifestazione può associarsi anche a disturbi transitori e benigni, quali stati di agitazione ed indigestione. Il processo di secrezione del sudore è chiamato sudorazione o diaforesi. Le cause dell'eccessiva sudorazione sono riconducibili a fattori ambientali o fisici e tra i più comuni troviamo alterazioni dello stato di benessere mentale, quali ansia o stress, oppure patologie come ipertiroidismo e obesità, menopausa e squilibri ormonali di varia natura.</p>
---------------------------------	---	------------------------------------	--	---	---

(Thibodeau, Patton, 2012)

<p>I micronutrienti sono...</p>	<p>Lipidi, protidi, vitamine</p>	<p>Glucidi, protidi, acqua</p>	<p>Lipidi, sali minerali, oligoelementi</p>	<p>Oligoelementi, vitamine, elettroliti</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Le sostanze alimentari di cui un organismo ha bisogno per il normale sviluppo e il mantenimento di uno stato di buona salute sono dette nutrienti. Essi si dividono in due principali tipologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - macronutrienti cioè le proteine, i lipidi (grassi) e carboidrati necessari per la produzione di energia e per la crescita - micronutrienti, cioè le vitamine (A, B, C, D, E, K), i minerali (calcio e fosforo) e gli oligoelementi (ferro, zinco, selenio e manganese) che migliorano il valore nutritivo degli alimenti e incidono profondamente sullo sviluppo del bambino e sulla salute della madre. <p>Ad essi si devono aggiungere l'acqua e le fibre alimentari. I micronutrienti sono così chiamati perché il corpo ne ha bisogno solo in piccole quantità, ma giocano un ruolo essenziale nella produzione di enzimi, ormoni e altre sostanze che aiutano a regolare la crescita, l'attività, lo sviluppo e il funzionamento dei sistemi immunitario e riproduttivo. Per una serie di fattori diversi il fabbisogno individuale di singole sostanze nutritive può aumentare con una tale intensità da non poter quasi essere coperto con la normale alimentazione seppur variata. Questi fattori comprendono, tra gli altri, malattie, alcuni farmaci, determinate mutazioni genetiche. In tali casi è necessario assumere in modo mirato micronutrienti per prevenire o eliminare questa carenza. Alcuni micronutrienti possono essere assunti anche per funzioni diverse da quelle specifiche: ad es. la vitamina B12, la quale è essenzialmente una componente di numerosi enzimi presenti nel nostro corpo, ma può essere assunta anche come antidoto in caso di avvelenamento da acido cianidrico.</p> <p>(Thibodeau, Patton, 2012)</p>
--	----------------------------------	--------------------------------	---	---	---

<p>La trombina è l'enzima che...</p>	<p>Scioglie il reticolo di fibrina</p>	<p>Attiva il plasminogeno</p>	<p>Attiva il fibrinogeno</p>	<p>Inibisce l'attività piastrinica</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'emostasi è il meccanismo che consente all'organismo di interrompere la fuoriuscita di sangue da un vaso lesionato. Questo processo prevede la coagulazione del sangue. Un'eccessiva coagulazione può ostruire vasi sanguigni non interessati da sanguinamento, mentre una coagulazione insufficiente può provocare un sanguinamento eccessivo a causa di una lesione lieve. Di conseguenza l'organismo deve disporre di meccanismi di controllo per limitare la coagulazione e dissolvere i coaguli non più necessari. Le anomalie del sistema che protegge l'organismo dalle emorragie possono comportare un sanguinamento eccessivo o una coagulazione eccessiva, condizioni entrambe pericolose. In presenza di difetti della coagulazione, perfino una lesione lieve di un vaso sanguigno può causare una grave perdita di sangue. In caso di coagulazione eccessiva, i vasi di piccolo calibro in punti critici possono essere ostruiti da coaguli. La trombina (fattore IIa) è un enzima, appartenente alla classe delle idrolasi, che catalizza il taglio selettivo dei legami Arg-Gly del fibrinogeno per formare la fibrina e rilasciare i fibrinopeptidi A e B. Questo enzima favorisce la coagulazione del sangue. Appartiene alla categoria delle serin proteasi, cioè è in grado di apportare un taglio alle catene proteiche. La trombina è necessaria per l'attivazione del fibrinogeno nel processo di coagulazione del sangue. Inoltre interviene nel processo infiammatorio, perché interagisce con dei recettori espressi dai monociti, trasducendo un segnale che stimola queste cellule a produrre chemochine e molecole di adesione.</p> <p>(Thibodeau, Patton, 2012)</p>
---	--	-------------------------------	------------------------------	--	---

<p>La nocicezione è...</p>	<p>La riproduzione di stimoli dolorosi</p>	<p>La recezione, trasmissione ed elaborazione centrale dello stimolo doloroso</p>	<p>La soglia individuale del dolore</p>	<p>La soglia minima del dolore percepita</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il dolore può essere considerato una sottocategoria di sensazioni somatiche associate a danno in atto o potenziale, o espresse in termini di danno. Si tratta quindi essenzialmente di un meccanismo di difesa che sfrutta proprio a tal fine le vie del sistema limbico che conferiscono al dolore una forte componente emozionale. Per questa ragione la percezione del dolore risulta molto soggettiva. Le vie nervose e biochimiche attivate dalla sensazione dolorifica creano una serie di risposte molto complesse e articolate che coinvolgono il sistema endocrino e il sistema immunitario. Si spiegano così fenomeni come il trauma postoperatorio, cioè quell'insieme di fenomeni che incorrono dopo stimolazione nocicettiva prolungata e che comprendono essenzialmente maggiore suscettibilità alle infezioni, orientamento catabolico del metabolismo e squilibri omeostatici.</p> <p>Gli stimoli algogeni (dolorifici, nocicettivi) sono percepiti come tali a livello della corteccia cerebrale, dopo essere stati elaborati. Come tutti gli stimoli, anche quelli dolorifici passano prima il midollo spinale o l'equivalente nucleo discendente del V paio di nervi cranici per il capo, quindi il talamo, dove vengono integrati e smistati. Una parte, la principale, giunge alla corteccia somatoestesica primaria e crea la base della sensazione. Un'altra parte si porta nel sistema limbico dove la sensazione, confrontata con i ricordi inconsci, influisce sul comportamento e sull'umore. Infine questa via si interfaccia con la corteccia prefrontale e la sensazione di dolore assume sfumature comportamentali legate alla personalità. In un approccio generale si possono riconoscere nel cervello due strutture fondamentali, entrambe coinvolte nella sensazione del dolore: la corteccia cerebrale (neocortex) e il sistema limbico. La nocicezione è il processo sensoriale che rileva e convoglia i segnali e le sensazioni di dolore. Il dolore fisiologico (o nocicettivo) è il risultato dell'attivazione di una particolare classe di recettori periferici, i nocicettori. I nocicettori sono terminazioni nervose specializzate nel riconoscere stimoli in grado di produrre potenzialmente o concretamente un danno tissutale. Questi stimoli sono tipicamente di natura meccanica, chimica, termica. La nocicezione è quindi il processo di recezione, trasmissione ed elaborazione centrale dello stimolo doloroso.</p> <p>(Thibodeau, Patton, 2012)</p>
-----------------------------------	--	---	---	--	--

<p>Lo Schwannoma è un tumore che prende origine dal tessuto...</p>	<p>Fibroso</p>	<p>Osseo</p>	<p>Nervoso</p>	<p>Adiposo</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Una neoplasia indica, in patologia, una massa di tessuto che cresce in eccesso ed in modo scoordinato rispetto ai tessuti normali e che persiste in questo stato dopo la cessazione degli stimoli che hanno indotto il processo. La crescita incontrollata e scoordinata di un gruppo di cellule, a scapito dell'omeostasi tissutale, è determinata da alterazioni del proprio patrimonio genetico ed è alla base di una vasta classe di malattie. Questa classe di malattie è classificata in base a diverse caratteristiche, ma principalmente in tre modi. Secondo il tipo istologico originario delle cellule proliferanti le malattie si distinguono in tumori epiteliali, mesenchimali, delle cellule del sangue o del tessuto nervoso. Secondo l'aggressività e il decorso clinico previsto in tumori benigni (non cancerosi) e tumori maligni (cancerosi, o cancro). Secondo la stadiazione tumorale, o classificazione TNM, per quanto riguarda i tumori maligni. I tumori maligni delle guaine nervose periferiche (MPNSTs) sono sarcomi che originano dai nervi periferici o dalle cellule associate alle guaine nervose, come le cellule di Schwann, le cellule perineurali e i fibroblasti. Potendo originare da differenti tipi cellulari l'aspetto globale può variare in maniera consistente da un caso all'altro. Ciò può rendere la diagnosi e la classificazione di questi tumori talvolta difficile. In generale un sarcoma che origina da un nervo periferico o da un neurofibroma è considerato un MPNST. Il termine MPNST sostituisce una serie di definizioni precedenti come lo Shwannoma maligno, il neurofibrosarcoma e il sarcoma neurogenico.</p> <p>Un sarcoma è definito come MPNST quando soddisfa almeno uno dei seguenti criteri: origina da un nervo periferico, origina da un preesistente tumore nervoso benigno delle guaine nervose (neurofibroma), all'esame istologico mostra i segni di differenziazione delle cellule di Schwann.</p> <p>(Pasquini et al., 2012)</p>
---	----------------	--------------	----------------	----------------	---

<p>I fattori che favoriscono la cicatrizzazione dei tessuti sono...</p>	<p>Umidità, temperatura, ossigenazione</p>	<p>Umidità, antibiotici, terapia, disinfezione</p>	<p>Asepsi, detersione, disinfezione</p>	<p>Umidità, detersione, disinfezione</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La cute è un organo che partecipa alla protezione del corpo e alla regolazione degli scambi con l'esterno. Ogni lesione di continuità della cute provoca una catena di reazioni biologiche, il cui scopo è quello di ristabilire al meglio e nel modo più rapido queste funzioni. Per guarigione delle ferite si intende un complesso processo biologico finalizzato al riempimento della soluzione di continuo rappresentata dalla ferita con una struttura definitiva di natura connettivale: la cicatrice. Anche se di solito è riferito a quelle cutanee, riguarda le ferite di tutti i tessuti biologici.</p> <p>La riparazione dei tessuti danneggiati con tessuto connettivo non specifico e tessuto epiteliale proprio della cute forma la cicatrice. La cicatrizzazione cutanea si svolge in cinque fasi che in parte si susseguono e in parte si sovrappongono: la risposta vascolare, l'emostasi, l'infiammazione, la proliferazione tissutale e il rimodellamento tissutale. La fase emostatica rappresenta la risposta locale all'emorragia, provocata dalla rottura dei vasi sanguigni, mediante l'azione dei trombociti e l'attivazione dei fattori tissutali della coagulazione. Questa fase è caratterizzata dalla formazione di un coagulo, struttura costituita da una rete di fibrina nella quale rimangono imprigionati gli elementi corpuscolati del sangue che occupa la ferita. Questo coagulo è poco aderente alle pareti e può essere rimosso facilmente anche da piccoli traumi. Nella fase infiammatoria l'infiammazione, risposta tipica dell'organismo agli insulti patogeni, nel caso della ferita provvede alla circoscrizione e alla eliminazione dell'agente microbico, degli eventuali corpi estranei e delle cellule necrotiche, ma anche all'attivazione di quei fattori che sono alla base dei successivi processi proliferativi e quindi della riparazione o sostituzione del tessuto danneggiato. Comporta vasodilatazione ed essudazione plasmatica e la proliferazione dei macrofagi, cellule mononucleate dotate di capacità fagocitica, che insieme ai granulociti neutrofili provvedono alla detersione della ferita. La reazione infiammatoria inizia immediatamente dopo il trauma e dura qualche giorno, prolungandosi anche durante la fase successiva. In quest'epoca la ferita si presenta edematosa e fortemente arrossata.</p> <p>La fase proliferativa ha inizio già a qualche ora di distanza dall'evento lesivo e ha lo scopo di rimpiazzare il coagulo con una struttura solida, definitiva. È contraddistinta dalla proliferazione cellulare delle strutture epiteliali, endoteliali e connettivali presenti sui bordi della ferita che dà origine a un tessuto detto di granulazione per il suo caratteristico aspetto granuloso. La fase della maturazione corrisponde a quella fase in cui la ferita, inizialmente edematosa ed arrossata, viene stabilmente e definitivamente chiusa da una cicatrice con caratteristiche ben diverse: colorito pallido, liscia, anelastica, priva di annessi cutanei con irrorazione e innervazione ridotte. Questa fase dura almeno tre settimane, ma a volte prosegue anche per mesi o per anni. Umidità, temperatura e ossigenazione sono tutti fattori che favoriscono il processo di cicatrizzazione.</p>
--	--	--	---	--	--

					(Pasquini et al., 2012)
--	--	--	--	--	-------------------------

<p>La frattura di Colles interessa...</p>	<p>Clavicola</p>	<p>Radio</p>	<p>Femore</p>	<p>Astragalo</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La frattura in medicina è l'interruzione dell'integrità parziale o totale di un osso. Se la frattura riguarda solo l'osso è detta "isolata", mentre se coinvolge anche i legamenti è detta "associata". La diagnosi nelle fratture chiuse avviene per mezzo di RX. Le fratture semplici sono caratterizzate dalla rottura dell'osso su una linea, provocando la divisione dell'osso in due parti, dette monconi, mentre la frattura comminuta presenta una rottura dell'osso in più pezzi. Per il suo trattamento, dopo eventuali manovre di riduzione della frattura, si provvede ad immobilizzare la parte per mezzo di un'ingessatura o dell'applicazione di un tutore. Ciò rende possibile la formazione del callo osseo, mantenendo l'allineamento dei monconi e ripristinando così in maniera naturale la funzionalità originaria dell'osso stesso. Il callo osseo è tessuto osseo di nuova formazione, formatosi conseguentemente a una soluzione di continuità del tessuto osseo sano. Essa caratterizza le fratture sia scomposte che composte, a patto che i limiti di spazio fra i monconi siano rispettati. Il callo si forma grazie all'azione della membrana del periostio e delle varie fibre che compongono il tessuto osseo. Nei casi più gravi si ricorre a interventi chirurgici per asportare i frammenti ossei ed allineare le ossa, con l'applicazione di particolari strumenti alla fine dell'intervento. La frattura di Colles è una frattura molto frequente del polso. Si verifica per cadute in avanti sulla mano atteggiata in estensione (atteggiamento di difesa). Interessa la metafisi distale del radio, quasi sempre associata a frattura per strappamento dello stiloide ulnare.</p> <p>(Campa et al., 2012)</p>
--	------------------	--------------	---------------	------------------	---

<p>Una frattura esposta della diafisi tibiale dovrebbe essere stabilizzata con...</p>	<p>Stivaletto gessato</p>	<p>Fissatore esterno</p>	<p>Ginocchiera gessata</p>	<p>Placca</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La frattura in medicina è l'interruzione dell'integrità parziale o totale di un osso. Se la frattura riguarda solo l'osso è detta "isolata", mentre se coinvolge anche i legamenti è detta "associata". La diagnosi nelle fratture chiuse avviene per mezzo dei raggi X. Le fratture semplici sono caratterizzate dalla rottura dell'osso su una linea, provocando la divisione dell'osso in due parti, dette monconi, mentre la frattura comminuta presenta una rottura dell'osso in più pezzi. Dopo che l'ortopedico, valendosi del supporto della radiologia, ha eseguito manovre di riduzione della frattura se necessarie, provvede ad immobilizzare la parte per mezzo di un'ingessatura o dell'applicazione di un tutore. Ciò rende possibile la formazione del callo osseo mantenendo l'allineamento dei monconi e ripristinando così in maniera naturale la funzionalità originaria dell'osso stesso. Il callo osseo è tessuto osseo di nuova formazione, formatosi conseguentemente a una soluzione di continuità del tessuto osseo sano; essa caratterizza le fratture sia scomposte che composte, a patto che i limiti di spazio fra i monconi siano rispettati. Il callo si forma grazie all'azione della membrana del periostio e delle varie fibre che compongono il tessuto osseo. Nei casi più gravi, l'ortopedico ricorre a interventi chirurgici per asportare i frammenti ossei e allineare le ossa, con l'applicazione di particolari strumenti alla fine dell'intervento. La fissazione esterna e l'inchiodamento endomidollare bloccato sono valide alternative terapeutiche nelle fratture esposte della tibia. La scelta del trattamento è legato a diversi fattori tra cui le condizioni cliniche del paziente e l'esperienza personale del chirurgo.</p> <p>Ci sono diversi tipi di fratture del piatto tibiale. L'osso può rompersi dritto (frattura trasversale) o in tanti pezzi (frattura multipla). Talvolta queste fratture si estendono fin dentro il ginocchio separando la superficie dell'articolazione in più parti. Questi tipi di fratture sono chiamate intra-articolari.</p> <p>(Campa et al., 2012)</p>
--	---------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------	--

<p>Nell'appendicite il dolore addominale generalmente si accentua con...</p>	<p>La posizione laterale</p>	<p>Respiri profondi</p>	<p>Colpi di tosse e respiri profondi</p>	<p>La posizione supina</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'appendice è una piccola sporgenza a dito di guanto dell'intestino crasso, situata nel punto in cui l'intestino crasso si unisce all'intestino tenue. L'appendice svolge alcune funzioni immunologiche, ma non è un organo fondamentale. L'appendicite è una malattia infiammatoria a carico di un piccolo diverticolo, chiamato appendice vermiforme, che dipende dal tratto iniziale dell'intestino crasso. Tale infiammazione può essere provocata da tutto ciò che irrita o ostruisce il lume appendicolare, cioè la cavità interna dell'appendice. Il processo infiammatorio acuto si accompagna tipicamente a un forte dolore localizzato a destra, nella parte bassa dell'addome, mentre fanno da contorno sintomi come nausea, inappetenza e febbre. Questi segnali non si devono mai sottovalutare: l'appendicite rappresenta infatti un'emergenza medica, il cui trattamento richiede, in genere, la rimozione chirurgica dell'organo. Il sintomo più suggestivo di un'appendicite in corso è la comparsa di un dolore addominale di forte intensità. Questo dolore può nascere nell'area centro-ombelicale, quindi spostarsi entro alcune ore sul lato inferiore destro dell'addome. In tale zona, il dolore persiste e può essere aggravato da colpi di tosse, respiri profondi, movimenti e palpazione dell'area, mentre tende a diminuire sdraiandosi. Con un intervento precoce le probabilità di morte per appendicite si abbassano notevolmente. Il soggetto riesce generalmente a lasciare l'ospedale dopo 1-3 giorni e, di norma, il recupero risulta rapido e completo. Tuttavia, negli anziani i tempi di recupero sono più lunghi. Senza intervento chirurgico o cura antibiotica, l'appendicite ha esiti letali in oltre il 50% dei casi. In caso di perforazione dell'appendice, la prognosi è più grave. Decine di anni fa, la rottura era spesso letale, ma oggi l'intervento chirurgico e gli antibiotici hanno quasi azzerato la mortalità; talvolta possono essere necessarie operazioni ripetute e un lungo recupero.</p> <p>(Campa et al., 2012)</p>
---	------------------------------	-------------------------	--	----------------------------	--

<p>Vomito, dolore, distensione addominale, alvo chiuso a feci e gas. Sono segni e sintomi di...</p>	<p>Occlusione intestinale</p>	<p>Pancreatite acuta</p>	<p>Colicistite</p>	<p>Litiasi renale</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'occlusione intestinale o più semplicemente ileo (dal greco eilein: torcere, serrare) è una condizione patologica caratterizzata dall'arresto della progressione, in senso cranio-caudale, del contenuto intestinale. Le cause dell'ostruzione intestinale variano in base all'età del soggetto e alla sede dell'ostruzione. Nei neonati e nei lattanti l'occlusione intestinale è di solito causata da: anomalie congenite, formazione di una massa indurita di contenuto intestinale (sindrome da tappo di meconio), volvolo, atresia intestinale, oppure scivolamento di un segmento dell'intestino nell'altro (intussuscezione). Negli adulti le cause più comuni sono rappresentate da aderenze, parti ernie e tumori. La probabilità di una causa particolare varia in base alla parte dell'intestino affetta. L'occlusione del primo segmento dell'intestino tenue (duodeno) può essere causata da cancro del pancreas, cicatrizzazione di un'ulcera o morbo di Crohn. Un calcolo biliare, una massa di cibo non digerito o una raccolta di parassiti possono sporadicamente ostruire altre parti dell'intestino tenue. L'occlusione dell'intestino crasso è comunemente causata da cancro, diverticolite o fecaloma. Le aderenze e i volvoli sono cause meno comuni di ostruzione dell'intestino crasso. Si distinguono innanzitutto due grandi famiglie di occlusioni intestinali: quelle su base funzionale, dovute all'arresto della peristalsi per paralisi della muscolatura enterica (ileo paralitico o adinamico) e quelle su base meccanica, dovute alla presenza di un ostacolo fisico (ileo meccanico). Il sintomo caratteristico dell'occlusione intestinale è il dolore addominale, spesso accompagnato da senso di gonfiore, nausea e vomito. In assenza di trattamento, l'ostruzione intestinale può determinare la necrosi della porzione enterica interessata dall'occlusione, con rischio di perforazione della parete intestinale, peritonite, setticemia e shock.</p> <p>(Campa et al., 2012)</p>
--	-------------------------------	--------------------------	--------------------	-----------------------	---

La malattia di Paget è...	Un carcinoma lobulare in situ	L'esposizione del capezzolo, senza ulcerazione della cute che lo ricopre con secrezione di liquidi	Un adenocarcinoma in situ	Una retrazione del capezzolo, con ulcerazione della cute che lo ricopre e suo sanguinamento	<p>Risposta corretta</p> <p>Per preinvasiva si intende una lesione formata da cellule maligne che però non ha superato lo strato delle cellule epiteliali da cui è originata, quindi non ha ancora invaso il territorio circostante, ma che potrà farlo a breve in un'altissima percentuale di casi. Rientrano in questa categoria due diversi tipi di tumori della mammella: il carcinoma lobulare in situ (CLIS) ed il carcinoma duttale in situ (CDIS). Entrambi sono caratterizzati dalla proliferazione di cellule epiteliali tumorali, confinata rispettivamente ai lobuli o ai dotti, senza invasione delle strutture vicine. Il carcinoma lobulare in situ (CLIS) è responsabile di circa un quarto delle forme di lesioni preinvasive della mammella. Non dà sintomi e non si osserva alla mammografia, perciò la sua diagnosi è sempre occasionale, intervenendo quando si associa ad altre patologie mammarie che richiedono un intervento chirurgico. È più frequente tra i 40-54 anni, è multicentrico nel 40-85% dei casi (cioè forma più focolai di cellule tumorali nella stessa mammella) e bilaterale nel 30%. Inoltre, si associa alla presenza di un tumore invasivo nel 5% delle pazienti. Il carcinoma lobulare determina il rischio di sviluppare un carcinoma invasivo da 7 a 10 volte superiore a quello della popolazione generale e tale incremento di rischio riguarda entrambe le mammelle. La terapia attualmente raccomandata prevede la sola rimozione chirurgica e, successivamente, un controllo clinico ogni 3-6 mesi, più una mammografia all'anno. Il carcinoma duttale in situ (CDIS) è una lesione preneoplastica, poiché dotata della potenzialità di evolvere verso la forma invasiva. Circa il 60-70% dei CDIS si presenta sotto forma di un'anormalità alla mammografia e solo il 5-10% come malattia di Paget (retrazione del capezzolo, con ulcerazione della cute che lo ricopre e suo sanguinamento), secrezione del capezzolo o nodulo palpabile. Una contemporanea presenza di segni clinici e mammografici si riscontra nel 10-20% dei casi, mentre il restante 10% dei CDIS sono un riscontro occasionale che viene scoperto con una biopsia eseguita per una lesione mammaria benigna.</p> <p>(Campa et al., 2012)</p>
----------------------------------	-------------------------------	--	---------------------------	---	--

<p>In caso di neoplasia del colon-retto, l'intervento di Hartmann comporta...</p>	<p>Resezione del retto per via addomino perineale</p>	<p>Emicolectomia sinistra</p>	<p>Sigmoidectomia</p>	<p>Resezione del sigma e chiusura del fondo cieco del moncone distale</p>	<p>Risposta corretta Un tumore consiste nella replicazione incontrollata di cellule nell'organismo. Le cellule sono l'unità funzionale del nostro corpo e hanno funzioni specifiche. Organi diversi sono costituiti da tipi diversi di cellule. Pressoché qualsiasi tipo di cellula può diventare maligna. Il cancro del colon è un tumore che insorge nella mucosa del colon. Il tumore rettale è molto simile. Questi due tipi di tumore sono talvolta definiti cancro del colon-retto. I sintomi più comuni sono sanguinamento durante la defecazione e sensazione di stanchezza e debolezza. Tutte le persone di età superiore ai 50 anni dovrebbero essere sottoposte allo screening del cancro del colon-retto. La diagnosi precoce di cancro del colon migliora le cure. Di norma il trattamento è chirurgico. Con la procedura di Hartmann si fa riferimento ad un intervento chirurgico che prevede la resezione totale del colon sigma e della porzione prossimale del retto. Un tempo gravato da elevata morbilità e mortalità, oggi l'affinamento delle tecniche chirurgiche, l'introduzione delle suturatrici meccaniche, la migliore gestione perioperatoria e il miglioramento dell'antibiotico terapia hanno ridotto notevolmente le complicanze di questo intervento. L'intervento di Hartmann è una colectomia totale del sigma allargata alla porzione prossimale del retto, con colostomia terminale in fossa iliaca sinistra e chiusura e affondamento retroperitoneale del moncone rettale.</p> <p>(Campa et al., 2012)</p>
--	---	-------------------------------	-----------------------	---	--

<p>Quali tra le seguenti rappresenta una splenopatia di interesse chirurgico?</p>	<p>Ipersplenismo</p>	<p>Milza mobile</p>	<p>Assenza del peduncolo</p>	<p>Nessuna delle risposte indicate</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Sebbene molto spesso la necessità di rimuovere la milza sia da correlare a traumi e pertanto l'intervento chirurgico sia una procedura condotta in regime di urgenza, si segnalano numerose altre condizioni patologiche che richiedono la stessa opzione chirurgica. Vediamole in dettaglio. La milza può essere asportata</p> <ul style="list-style-type: none"> - per Cisti (semplici e da echinococco) e pseudocisti (postraumatiche) - per Flogosi acute (ascessi) e croniche (TBC, malaria) - per Neoplasie benigne (emangiomi, linfangiomi) e per Neoplasie maligne (angiosarcomi, metastasi), - in seguito a Milza mobile (ptosi, migrazione, ectopia) e torsione acuta del peduncolo - per Alterazioni vascolari (aneurisma arteria splenica, fistole artero-venose, infarto) - in corso di altri interventi (lacerazioni iatrogene, exeresi radicali, exeresi di necessità) - per Anemie emolitiche (sferocitosi, talassemia, a. falciforme, a. emolitica autoimmune) - per Porpore trombocitopeniche (idiopatica o essenziale, trombotica) - a seguito di Ipersplenismi (neutropenia e pancitopenia idiopatica, splenomegalia congestizia o S. di Banti, mielofibrosi, stati infettivi cronici, disordini del collagene, mal. infiammatorie croniche, lipoidosi) <p>La sintomatologia generale dipende dall'incremento volumetrico dell'organo, dall'alterazione funzionale ma essenzialmente consiste in fenomeni algici abitualmente localizzati all'ipocondrio sinistro (viscerale), alla spalla sinistra (per la compressione del nervo frenico diaframmatico) e si accentua alla palpazione addominale profonda. Altrettanto si segnala un'iperattività funzionale quali l'iperplasia midollare, la citopenia, l'anemia, piastrinopenia e febbre.</p> <p>(Campa et al., 2012)</p>
--	----------------------	---------------------	------------------------------	--	--

<p>Con il termine di diverticolo di Merkel si intende...</p>	<p>Un diverticolo acquisito dall'ileo</p>	<p>Un'invaginazione ileo ileale</p>	<p>Un residuo embrionario del canale onfalomesenterico</p>	<p>Una estroflessione della valvola ileocecale</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il diverticolo ileale o di Meckel è un'anomalia congenita dovuta alla presenza di un residuo del dotto onfalomesenterico che si organizza come un diverticolo, ovvero un sacco a fondo cieco a livello ileale. È un'estroflessione sacciforme congenita che si può riscontrare nella parete dell'intestino tenue, più precisamente a livello dell'ileo distale. Nella maggior parte dei bambini è asintomatica, ma si possono verificare emorragie rettali indolori o infezione del diverticolo. La diagnosi si basa sui sintomi, su una scintigrafia nel caso a diagnostica per immagini. Se il diverticolo sanguina o provoca sintomi deve essere asportato chirurgicamente. Questa malformazione è riscontrabile nel 2-3% della popolazione; di solito si localizza entro 100 cm dalla valvola ileocecale ed è costituita da tutti gli strati della parete del normale intestino. I principali sintomi associati a tale malformazione sono costituiti da sensibilità alla pressione nella parte centrale dell'addome, febbre lieve e diarrea. Si può vivere tutta la vita senza persino sapere di avere questo disturbo, ma talvolta l'anomalia può dare origine a complicanze. Sebbene i diverticoli siano parimenti probabili tra maschi e femmine, i maschi hanno una probabilità 2-3 volte maggiore di avere complicanze. Le complicanze del diverticolo di Meckel includono: sanguinamento, ostruzione, diverticolite, perforazione, tumori. Il diverticolo asintomatico non richiede alcun trattamento. Se sanguina o provoca ostruzioni o sintomi continui, il diverticolo deve essere asportato chirurgicamente. Un diverticolo di Meckel eventualmente riscontrato nel bambino durante un'operazione effettuata per altri motivi può essere rimosso per evitare complicanze future.</p> <p>(Campa et al., 2012)</p>
---	---	-------------------------------------	--	--	---

<p>Quale tra i seguenti farmaci è indicato per la profilassi post esposizione (PPE) da HIV?</p>	<p>Amminoglicosidi</p>	<p>Alcaloidi della Vinca</p>	<p>Zidovudina</p>	<p>Cloroquina</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il virus dell'immunodeficienza umana (HIV) è un tipo di virus che appartiene al gruppo dei retrovirus e provoca l'AIDS (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita), una malattia potenzialmente fatale. L'HIV è chiamato virus dell'immunodeficienza perché causa un'insufficienza del sistema immunitario che costituisce la difesa dell'organismo contro le infezioni e il cancro. L'infezione da HIV indebolisce il sistema immunitario perché determina la morte di un tipo di globuli bianchi, i linfociti CD4. In assenza di un numero sufficiente di linfociti CD4 vi sono maggiori probabilità di contrarre determinate infezioni e tumori. Non esiste una cura che possa far guarire dall'infezione da HIV, ma si possono utilizzare i farmaci anti-HIV, chiamati farmaci antiretrovirali, per rallentare la progressione dell'infezione. I farmaci antiretrovirali infatti impediscono la replicazione dell'HIV e riducono la quantità del virus nel sangue. Di norma si assumono 3 o più differenti farmaci anti-HIV, dato che la loro efficacia è massima quando vengono combinati. Frequentemente diversi farmaci sono contenuti in una sola compressa, in modo da ridurre il numero di pillole assunte. I farmaci anti-HIV si devono assumere per tutta la vita. Se si interrompe il trattamento farmacologico, anche per un breve periodo, l'infezione da HIV può ripresentarsi. La zidovudina appartiene alla classe di farmaci antivirali (ARV). Essi, per avere effetto terapeutico, bloccano l'ingresso del virus all'interno della cellula ospite e devono essere attivi all'interno della stessa. L'utilizzo di farmaci ARV a scopo di profilassi è una procedura consolidata nella prevenzione del rischio di trasmissione occupazionale da HIV in ambiente sanitario, o comunque lavorativo. Ancora dibattuto, ma ormai largamente diffuso, è il ricorso alla PPE anche in caso di esposizione a rischio non occupazionale, definito come quella situazione potenzialmente a rischio di trasmettere infezione, quali rapporti sessuali non protetti e scambio di siringhe.</p> <p>(Brunton, Hilal-Dandan et al., 2018)</p>
--	------------------------	------------------------------	-------------------	-------------------	--

<p>Il periodo di tempo necessario per raggiungere il nadir delle cellule ematiche dopo la somministrazione della chemioterapia dipende da agenti specifici. Per la maggior parte dei farmaci antineoplastici, il nadir si verifica dopo...</p>	<p>10 giorni</p>	<p>4 ore</p>	<p>1 mese</p>	<p>24 ore</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La chemioterapia consiste nell'uso di farmaci che distruggono le cellule cancerose. Sebbene il farmaco ideale debba essere in grado di distruggere le cellule cancerose senza intaccare quelle sane, la maggior parte dei farmaci non è selettiva. I chemioterapici sono formulati in modo da infliggere il maggior danno alle cellule cancerose rispetto alle cellule sane, solitamente inibendone la crescita, in quanto una crescita incontrollata e rapida è caratteristica delle cellule cancerose. Poiché però anche le cellule sane devono crescere e alcune lo fanno molto rapidamente (come le cellule del midollo osseo e quelle delle pareti della bocca e dell'intestino), tutti i farmaci chemioterapici agiscono anche sulle cellule sane, causando effetti collaterali. La chemioterapia viene utilizzata per curare il cancro. Si può anche diminuire le probabilità di recidiva, rallentare la crescita di un tumore, oppure ridurre i tumori che causano dolore o altri problemi. Anche se per alcuni tipi di cancro può rivelarsi efficace un singolo farmaco chemioterapico, spesso i medici ne somministrano più di uno contemporaneamente (chemioterapia combinata). La maggior parte dei farmaci chemioterapici induce tossicità midollare cioè la distruzione delle cellule staminali e progenitrici contenute nel midollo osseo. In maniera più o meno selettiva, tutte e tre le linee ematopoietiche sono compromesse: globuli rossi, globuli bianchi e piastrine. Tuttavia, dato che l'emivita dei neutrofili è di 6-8 ore, quella delle piastrine è di 5-7 giorni e quella dei globuli rossi è di 50-65 giorni, è intuitivo che la prima manifestazione della chemioterapia è la neutropenia, mentre l'anemia è l'ultima a comparire. Il periodo di tempo necessario per raggiungere il nadir (cioè il punto più basso dei valori nel tempo) delle cellule ematiche dopo la somministrazione della chemioterapia dipende dagli agenti specifici: per la maggior parte dei farmaci antineoplastici il nadir si verifica dopo 10 giorni e il recupero avviene in 3-4 settimane, mentre negli altri (melfalan, dacarbazina, procarbazine e busulfano) il nadir si verifica dopo 2-4 settimane e il recupero avviene in 6-8 settimane.</p> <p>(Brunton, Hilal-Dandan et al., 2018)</p>
---	------------------	--------------	---------------	---------------	--

<p>La diverticolite rappresenta un quadro clinico caratterizzato dalla presenza di numerosi diverticoli nel colon...</p>	<p>Falso, perché la presenza dei diverticoli interessa solo il tratto dell'intestino tenue</p>	<p>Vero, in quanto i diverticoli sono localizzati per tutto il tratto del colon</p>	<p>Falso, identifica uno stato di infiammazione e/o infezione del tratto intestinale</p>	<p>Vero, solo se non è presente uno stato di alterata funzionalità intestinale</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'intestino è un lungo tubo dell'apparato digerente che provvede a digerire il cibo e assorbire i nutrienti. È suddiviso in intestino tenue e intestino crasso. L'intestino crasso collega l'intestino tenue al retto. In caso di diverticolosi nell'intestino crasso si formano varie minuscole sacche o tasche, chiamate diverticoli. La diverticolosi è comune con l'avanzare dell'età, di norma asintomatica, salvo in caso di sanguinamento di uno dei diverticoli. La diverticolite è una condizione simile, nella quale uno dei diverticoli si infiamma e diventa doloroso. La diverticolosi viene individuata mediante una colonscopia o radiografia effettuata per altri accertamenti. Una dieta ad alto contenuto di fibre può prevenire la formazione di ulteriori sacche. Il diverticolo è una sacca della mucosa che riveste l'intestino che fuoriesce per erniazione attraverso un cedimento dello strato muscolare dell'intestino stesso; si possono localizzare sia nell'intestino tenue che nel colon, con maggior frequenza del colon sigmoideo.</p> <p>La presenza di numerosi diverticoli nell'intestino, senza segni e sintomi di infiammazione o altri disturbi, prende il nome di diverticolosi, mentre si ha diverticolite quando residui alimentari e batteri trattenuti in un diverticolo sono la causa di infiammazione e infezione che può determinare un rallentamento o impedimento dello svuotamento intestinale, con il rischio di perforazione o formazione di un ascesso. La maggior parte dei soggetti che presentano diverticolosi non ha sintomi, fatto salvo per occasionale stipsi e gonfiore addominale.</p> <p>(Brunton, Hilal-Dandan et al., 2018)</p>
---	--	---	--	--	--

<p>Il neglect è un disturbo...</p>	<p>Che porta all'incapacità di prestare attenzione agli eventi che hanno luogo nella metà dello spazio omolaterale alla lesione</p>	<p>Che investe la motilità relativa alla parte controlateral e alla lesione</p>	<p>Che porta all'incapacità di prestare attenzione agli eventi che hanno luogo nella metà dello spazio controlateral e alla lesione</p>	<p>Visivo transitorio e conseguent e ad un trauma cranico lieve</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'ictus cerebrale insorge quando un vaso sanguigno viene ostruito o si rompe e sanguina. Di conseguenza parte del cervello smette di ricevere sangue, determinando così la necrosi di una sua parte. Se il tessuto cerebrale interessato è ampio, i sintomi saranno più gravi. Se un vaso sanguigno ostruito si apre rapidamente, i sintomi possono scomparire del tutto: questa ultima evenienza è definita attacco ischemico transitorio (TIA), ovvero un segno premonitore di un ictus imminente. I sintomi dell'ictus insorgono all'improvviso e variano in base a quale e quanta parte del cervello viene interessata. È possibile avere intorpidimento o afflosciamento del viso, debolezza di un arto superiore e/o inferiore, problemi alla vista, difficoltà di linguaggio, cefalea. Spesso i sintomi coinvolgono solo un lato del corpo (es. emiparesi). Sebbene il tessuto cerebrale andato in necrosi sia perso per sempre, talvolta altre parti del cervello imparano a farsi carico del lavoro della parte danneggiata. Il trattamento con farmaci può aiutare a limitare il danno cerebrale e a prevenire un futuro ictus. La negligenza spaziale unilaterale (NSU), nota anche come sindrome neglect o eminegligenza spaziale unilaterale, è un disturbo della cognizione spaziale. A seguito della lesione cerebrale il paziente ha difficoltà ad esplorare lo spazio controlaterale alla lesione e non è consapevole degli stimoli presenti in quella porzione di spazio esterno o corporeo e dei relativi disordini funzionali. Più frequentemente la lesione è situata nell'emisfero destro ed il deficit si manifesta in un'incapacità di orientare l'attenzione in direzione opposta alla lesione, quindi verso sinistra. La NSU è una sindrome cronica che tende a perdurare negli anni; dopo una fase acuta è relativamente stabile nel tempo. È quindi importante un trattamento riabilitativo e il recupero funzionale, cognitivo ed ecologico dei pazienti affetti da questa patologia.</p> <p>(Brunton, Hilal-Dandan et al., 2018)</p>
---	---	---	---	---	--

<p>La classe NYHA distingue i pazienti con scompenso cardiaco in...</p>	<p>Tre classi funzionali</p>	<p>Quattro classi funzionali</p>	<p>Cinque classi funzionali</p>	<p>Sei classi funzionali</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Con insufficienza cardiaca o scompenso cardiaco si fa riferimento a una disfunzione in conseguenza della quale il cuore non è più in grado di soddisfare le esigenze dell'organismo, causando una riduzione del flusso ematico e congestione di sangue nelle vene e nei polmoni e/o altre alterazioni che possono ulteriormente indebolire o irrigidire il cuore. La frazione di eiezione, un importante indicatore della funzionalità cardiaca, consiste nella percentuale di sangue pompato fuori dal cuore ad ogni battito. Un ventricolo sinistro normale espelle circa il 55-60% del sangue in esso contenuto, ma questo si riduce notevolmente nello scompenso cardiaco. Dal punto di vista funzionale esistono due principali classificazioni dello scompenso. La prima è quella della New York Heart Association (NYHA) che distingue i pazienti in quattro classi funzionali in base alla limitazione fisica e alla dispnea causata dallo scompenso. La mortalità aumenta col progredire della classe funzionale.</p> <p>Classe NYHA I - nessuna limitazione dell'attività fisica: l'esercizio fisico abituale non provoca affaticabilità, palpitazioni nè dispnea.</p> <p>Classe NYHA II - Lieve limitazione dell'attività fisica: si ha benessere a riposo, ma l'esercizio fisico abituale provoca affaticabilità, palpitazioni o dispnea.</p> <p>Classe NYHA III - Grave limitazione dell'attività fisica: si ha benessere a riposo, ma un ridotto esercizio fisico rispetto all'abituale provoca affaticabilità, palpitazioni o dispnea.</p> <p>Classe NYHA IV - Impossibilità di svolgere qualunque attività fisica senza dolore: sintomatologia anche a riposo e che peggiora con qualsiasi attività fisica.</p> <p>(Brunton, Hilal-Dandan et al., 2018)</p>
--	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------	---

<p>I seguenti sono tutti disordini metabolici del Diabete, tranne uno: quale?</p>	<p>Dislipidemia</p>	<p>Trombofilia</p>	<p>Infiammazione cronica</p>	<p>Neuropatia somatica</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il Diabete è una malattia il cui problema peculiare è la glicemia elevata. La glicemia è certamente il parametro di laboratorio usato per la diagnosi, è certamente un'alterazione biochimica che svolge un ruolo importante nella genesi delle complicanze acute e croniche, ma non rappresenta il Diabete nella sua complessità. Il Diabete, infatti, è caratterizzato anche da dislipidemia, cioè basso colesterolo HDL e/o elevati trigliceridi (70% dei casi) e ipertensione arteriosa (90% dei casi), oltre a trombofilia (tendenza del sangue a coagulare troppo), infiammazione cronica (che causa alterazioni nella funzione di molti organi e tessuti), stress ossidativo, disfunzione dell'endotelio (è l'antecedente dello sviluppo dell'aterosclerosi) e del tessuto adiposo (che produce molte sostanze che rendono difficile l'azione dell'insulina e che alterano la funzione delle cellule che producono l'ormone). Queste alterazioni contribuiscono ad aumentare il rischio delle complicanze croniche, quindi è importante monitorarle. I soggetti con Diabete Mellito sono esposti a molte gravi complicanze a lungo termine che possono colpire diverse parti del corpo, in particolare vasi sanguigni, nervi, occhi e reni. La maggior parte delle complicanze del Diabete è il risultato di problemi dei vasi sanguigni, in quanto i livelli di glucosio che restano alti per un lungo periodo di tempo causano restringimento dei vasi di piccolo e grande calibro. Il restringimento riduce l'afflusso di sangue a molte parti del corpo con i problemi che ne conseguono. La neuropatia è una complicanza sistemica che si instaura per il danno esercitato dalla cronica iperglicemia sui nervi. Ha varie manifestazioni cliniche, ma le più frequenti sono a carico dei piedi e degli arti inferiori, dove vengono percepiti, soprattutto a riposo e alla sera, formicolii, trafitture, bruciori e altre sensazioni fastidiose.</p> <p>(Brunton, Hilal-Dandan et al., 2018)</p>
--	---------------------	--------------------	------------------------------	----------------------------	--

<p>Rispetto alla sindrome di Gilbert, quale delle seguenti affermazioni è vera?</p>	<p>Non necessita di terapia</p>	<p>È dovuta ad una ostruzione delle vie biliari intra e extraepatiche</p>	<p>L'incidenza nella popolazione italiana è inferiore all'1%</p>	<p>Un paziente su 10.000 va incontro a epatite fulminante</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il fegato svolge importanti funzioni metaboliche: produce la bile e favorisce la trasformazione degli alimenti assorbiti, in particolare attraverso l'emulsione dei grassi e la sintesi del colesterolo e dei trigliceridi. La sindrome di Gilbert è una patologia benigna del fegato che si manifesta con iperbilirubinemia, spesso a partire dal secondo decennio di vita. Ne è affetto circa il 7-8% della popolazione adulta ed è a carattere ereditario, trasmessa con modalità sia autosomica recessiva che dominante. La prognosi è ottima, trattandosi di una malattia benigna che accompagnerà il paziente per tutta la sua vita, ma senza dare sintomi o causando solo disturbi lievi e passeggeri.</p> <p>Un terzo dei pazienti affetti dalla sindrome è completamente asintomatico, mentre i rimanenti due terzi accusano disturbi aspecifici quali dolori addominali, affaticabilità, cefalee e malessere.</p> <p>Nel periodo manifestante della sindrome possono verificarsi momenti di depressione o semplice debolezza. La sindrome di Gilbert è una disfunzione ereditaria caratterizzata da un aumento dei livelli di bilirubina indiretta non coniugata. Si differenzia dall'epatite per il frazionamento che mostra una bilirubina prevalentemente non coniugata, esami della funzionalità epatica normali e assenza di bilirubina nelle urine. Si differenzia invece dall'emolisi per l'assenza di anemia e reticolocitosi. Non è necessario alcun trattamento. L'ittero, quando presente, è transitorio e scompare spontaneamente senza richiedere cure fastidiose. I pazienti devono essere rassicurati sul fatto che non hanno un'epatopatia.</p> <p>(Brunton, Hilal-Dandan et al., 2018)</p>
--	---------------------------------	---	--	---	---

<p>Il linfoma di Burkitt interessa...</p>	<p>Le cellule B e T mature</p>	<p>Le cellule T non mature</p>	<p>Le cellule B mature</p>	<p>Le cellule B e T non mature</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il linfoma di Burkitt è un tumore del sistema linfatico a cellule B mature dall'aspetto molto caratteristico. Rappresenta più della metà dei linfomi infantili. Ne esistono due forme: la prima è endemica (Africa equatoriale), legata al virus di Epstein Barr (EBV), e si manifesta sotto forma di tumore alla guancia; la seconda è sporadica, non legata all'EBV, e si sviluppa nell'addome. È un tumore maligno proliferativo che invade il midollo osseo, le meningi e le sierose.</p> <p>La diagnosi è basata sulla biopsia di un linfonodo o del tessuto prelevato da un'altra sede sospetta di malattia, come il midollo osseo. Raramente la laparoscopia può essere utilizzata, sia per la diagnosi sia per il trattamento. La stadiazione include l'imaging del tumore FDG-PET/CT; se non disponibile, può essere eseguita una TC del torace, dell'addome e della pelvi. I pazienti devono anche disporre di biopsia del midollo osseo, citologia del liquido cerebrospinale e studi di laboratorio per includere LDH. Gli esami di stadiazione devono essere effettuati rapidamente, perché rapida è la crescita del tumore. Il trattamento deve essere iniziato rapidamente in quanto i tumori crescono rapidamente, si basa esclusivamente sulla chemioterapia intensiva breve: si tratta di un imperativo terapeutico. Il tasso di guarigione è del 90% se viene messa in atto una terapia impegnativa che deve essere affidata a un'équipe interdisciplinare esperta nella cura dei tumori. In seguito alla terapia è frequente la sindrome da lisi tumorale e i pazienti devono ricevere idratazione EV, allopurinolo spesso con alcalinizzazione e deve essere data molta attenzione agli elettroliti (in particolare K, P e Ca). Alcuni pazienti possono richiedere la dialisi per l'iperkaliemia.</p> <p>(Brunton, Hilal-Dandan et al., 2018)</p>
--	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------	------------------------------------	--

<p>La forma di schizofrenia che più frequentemente comporta disturbi minori è quella di tipo...</p>	<p>Catatonico</p>	<p>Paranoide</p>	<p>Disorganizzato</p>	<p>Residuo</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La schizofrenia è una psicosi cronica caratterizzata dalla persistenza di sintomi di alterazione delle funzioni cognitive e percettive, del comportamento e dell'affettività, con un decorso superiore ai sei mesi. Si assiste a un forte disadattamento della persona, tale da limitare o compromettere le normali attività di vita. Il criterio DSM classifica cinque forme, di cui quella con disturbi minori è la forma catatonica. In questa sono evidenti macroscopici disturbi psicomotori, come ad esempio stupore catatonico, rigidità o flessibilità anomale del tono muscolare, quindi disturbi minori come l'appiattimento affettivo (chiusura in sé, disinteresse), la disorganizzazione del pensiero, eventuali disordini del comportamento di tipo paranoide, come deliri che includono allucinazioni. Anche se la sua causa specifica è sconosciuta, la schizofrenia ha una base biologica, come dimostrato dalle evidenze. Alterazioni nella struttura cerebrale (per es. aumento di volume dei ventricoli cerebrali, assottigliamento della corteccia, diminuzione dell'ippocampo anteriore e di altre regioni cerebrali). Si riscontrano anche variazioni nella neurochimica, in particolare l'attività alterata nei marker della dopamina e le trasmissioni del glutammato. Di recente sono stati individuati fattori di rischio genetici: alcuni autori sostengono che la schizofrenia si manifesti più frequentemente in soggetti con vulnerabilità del neurosviluppo e che l'insorgenza, la remissione e la ricorrenza dei sintomi siano il risultato delle interazioni tra queste vulnerabilità permanenti e gli eventi stressanti ambientali. L'esordio è tardivo ma quasi sempre acuto.</p> <p>Nella forma residua si hanno sintomi psicotici ma non paranoidei, ma hanno bassa intensità, mentre quelli negativi sono significativi. Spesso compare come esito di un disturbo psichico maggiore (es: episodio schizofrenico acuto, depressione maggiore).</p> <p>(Brunton, Hilal-Dandan et al., 2018)</p>
--	-------------------	------------------	-----------------------	----------------	--

<p>L'edema è...</p>	<p>Un gonfiore delle parti molli dovuto all'aumento del liquido interstiziale</p>	<p>Un'alterazione e della microcircolazione</p>	<p>Un segno di alterata deambulazione</p>	<p>Un gonfiore tipico delle patologie infettive</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'edema è il gonfiore delle parti molli dovuto all'aumento del liquido interstiziale. Il fluido è prevalentemente acqua, ma proteine e fluido ricco di cellule possono accumularsi se c'è un'infezione o un'ostruzione linfatica. L'edema può essere generalizzato o locale (per es. limitato a una sola estremità o parte di essa). Talvolta compare repentinamente, col paziente che riferisce che un arto si è gonfiato improvvisamente. Più spesso l'edema si sviluppa insidiosamente, iniziando con aumento di peso, occhi gonfi al risveglio mattutino e scarpe strette alla fine del giorno. Un edema che si sviluppa lentamente può divenire massivo prima che i pazienti cerchino assistenza medica. L'edema stesso causa pochi sintomi, oltre a un'occasionale sensazione di tensione o pienezza; altri sintomi sono di solito associati alla patologia sottostante. I pazienti con edema dovuto a scompenso cardiaco presentano spesso dispnea da sforzo, ortopnea e dispnea parossistica notturna. I pazienti con edema dovuto a trombosi venosa profonda spesso hanno dolore. L'edema dovuto all'espansione di volume del liquido extracellulare è spesso declive. Pertanto, nei pazienti ambulatoriali l'edema si presenta alle gambe e ai piedi; i pazienti allettati sviluppano edema alle natiche, ai genitali e alla parte posteriore delle cosce. Le donne che giacciono sdraiate su un solo fianco possono presentare edema al seno omolaterale. L'ostruzione linfatica causa edema distale alla sede d'ostruzione. L'edema deriva da aumentato trasferimento di liquidi dallo spazio intravascolare a quello interstiziale o da ridotto movimento di acqua dall'interstizio ai capillari o ai vasi linfatici. Il meccanismo comporta uno o più dei seguenti effetti: elevata pressione idrostatica nei capillari, ridotta pressione oncotica plasmatica, aumento della permeabilità capillare e ostruzione del sistema linfatico.</p> <p>(Brunton, Hilal-Dandan et al., 2018)</p>
----------------------------	---	---	---	---	--

<p>La ritenzione urinaria...</p>	<p>È più frequente nella donna pluripara rispetto all'uomo</p>	<p>In pazienti diabetici può essere causata dalla vescica neurologica</p>	<p>È sempre sintomatica</p>	<p>I test urodynamici non sono di supporto alla conferma della diagnosi</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La ritenzione urinaria è l'incompleto svuotamento vescicale o l'interruzione della minzione; può essere acuta o cronica. Le cause comprendono una ridotta contrattilità vescicale, un'ostruzione al flusso, una disinergia dello sfintere-detrusore (perdita della coordinazione tra la contrazione vescicale e il rilasciamento dello sfintere) o una combinazione tra queste. La ritenzione è più frequente tra gli uomini, nei quali le alterazioni della prostata o le stenosi uretrali causano ostruzione al flusso. In entrambi i sessi, la ritenzione può essere dovuta a farmaci (in particolare quelli con effetti anticolinergici, inclusi molti farmaci da banco), grave stasi fecale (che aumenta la pressione sul trigono vescicale) o una vescica neurologica in pazienti con Diabete, sclerosi multipla, morbo di Parkinson o precedente chirurgia pelvica con de-nervazione della vescica. La ritenzione urinaria può essere asintomatica o provocare pollachiuria, un senso di svuotamento incompleto, e incontinenza da urgenza o da sovra-riempimento. Può essere causa di distensione e dolore addominali. Se la ritenzione si sviluppa lentamente, il dolore può essere assente. Una ritenzione di lunga durata predispone alle infezioni delle vie urinarie e può aumentare la pressione vescicale causando una uropatia ostruttiva mediana del corpo. La diagnosi è evidente nei pazienti che non possono urinare. In quelli che possono urinare, la diagnosi di svuotamento vescicale incompleto viene eseguita con un cateterismo postminzionale o con un'ecografia che mostrano un elevato volume urinario residuo. Un residuo < 50 mL è normale; < 100 mL di solito è accettabile nei pazienti di età > 65 anni, ma è considerato anomalo in quelli più giovani. Ulteriori esami (per es. urinocoltura, esami ematochimici, ecografia, test urodynamici, cistoscopia, cistografia) vengono eseguiti sulla base dei reperti clinici. Per risolvere la ritenzione urinaria acuta è necessario ricorrere a un cateterismo uretrale. Il trattamento successivo dipende dalla causa. Negli uomini con ipertrofia prostatica benigna i farmaci (in genere alfa-adrenergici bloccanti o inibitori di 5alfa-reduttasi) o la chirurgia possono aiutare a diminuire la resistenza al flusso urinario. Non esiste un trattamento efficace per l'alterata contrattilità vescicale; tuttavia, la riduzione delle resistenze con alfa-bloccanti migliora lo svuotamento vescicale. Sono spesso necessari l'autocateterismo intermittente o un catetere a permanenza. Il cateterismo soprapubico o la derivazione urinaria sono le ultime risorse.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
---	--	---	-----------------------------	---	---

<p>Le controindicazioni assolute alla paracentesi comprendono ...</p>	<p>Occlusione, infezione della parete addominale, ecchimosi</p>	<p>Ematomi, ecchimosi, infezione della parete addominale</p>	<p>Gravi turbe della coagulazione del sangue, occlusione intestinale, infezione della parete addominale</p>	<p>Infezione della parete addominale e, infezioni alle vie urinarie, infezioni polmonari</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La paracentesi addominale è indicata per prelevare liquido ascitico: è quindi un trattamento utilizzato a scopo diagnostico, ma anche terapeutico per la risoluzione di un'ascite sotto tensione che provoca difficoltà respiratoria o dolore, o per l'ascite cronica. Le controindicazioni assolute alla paracentesi comprendono: gravi turbe non correggibili della coagulazione del sangue, occlusione intestinale e infezione della parete addominale. Le controindicazioni relative sono: la scarsa collaborazione del paziente, la presenza di cicatrici chirurgiche in corrispondenza dell'area da pungere, ampie masse intra-addominali e una grave ipertensione portale con circoli collaterali addominali. Prima della paracentesi vengono eseguiti emocromo, conta piastrinica e uno studio della coagulazione. Dopo aver vuotato la vescica, il paziente si siede a letto con il capo sollevato da 45 a 90°. Nei pazienti con ascite evidente e marcata si localizza un punto di mezzo tra l'ombelico e l'osso pubico e lo si disinfetta con una soluzione antisettica e alcool. Altri due possibili siti per eseguire una paracentesi si trovano a circa 5 cm al di sopra e medialmente alla spina iliaca antero-superiore su entrambi i lati. Nei pazienti con ascite moderata, la precisa localizzazione del liquido ascitico è indicata mediante ecografia addominale. Per l'effettuazione è indicato posizionare il paziente in decubito laterale, spostando in basso il sito di inserzione previsto, per promuovere anche la migrazione delle anse intestinali piene d'aria verso l'alto, allontanandole dal punto di entrata. L'emorragia è la complicanza più frequente della paracentesi. Occasionalmente, nel caso di ascite sotto tensione, si può verificare una prolungata fuoriuscita di liquido ascitico in corrispondenza del punto di inserzione dell'ago.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	---	--	---	--	---

<p>La Root Causes Analysis...</p>	<p>Permette di individuare e correggere le cause di errore</p>	<p>È uno strumento dell'analisi di processo</p>	<p>È un metodo di monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore</p>	<p>Monitora gli indicatori di processo esito correlati all'errore</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi “danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte” (Kohn, IOM 1999). Il rischio clinico può essere arginato attraverso iniziative di Risk management messe in atto a livello di singola struttura sanitaria, a livello aziendale, regionale, nazionale. Queste iniziative devono prevedere strategie di lavoro che includano la partecipazione di numerose figure che operano in ambito sanitario. Un’attività di Risk management efficace si sviluppa in più fasi: conoscenza ed analisi dell’errore (sistemi di report, revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori), individuazione e correzione delle cause di errore (Root Causes Analysis - RCA, analisi di processo, Failure Mode and Effect Analysis - FMEA), monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell’errore, implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte. Inoltre, il programma di Risk management deve essere articolato e comprendere tutte le aree in cui l’errore si può manifestare nell’interezza del processo clinico assistenziale del paziente. La metodologia di cui è possibile disporre si avvale di due tipologie d’analisi: un’analisi di tipo reattivo e una di tipo proattivo. L’analisi reattiva prevede uno studio a posteriori degli incidenti ed è mirata ad individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi. L’analisi di un incidente va condotta, quindi, a ritroso rispetto alla sequenza temporale che lo ha generato, per avere una ricostruzione che, dagli errori attivi, individui i fattori di rischio sul posto di lavoro e il cui risultato finale sia mirato a conoscere le cause profonde, organizzative che lo hanno generato. L’analisi proattiva, invece, mira all’individuazione ed eliminazione delle criticità del sistema prima che l’incidente si verifichi ed è basata sull’analisi dei processi che costituiscono l’attività: ne individua i punti critici con l’obiettivo di progettare sistemi sicuri.</p> <p>(Calamandrei, Orlandi, 2008)</p>
--	--	---	--	---	---