

Testo della Domanda	Risposta 1	Risposta 2	Risposta 3	Risposta 4	Feedback domanda per risposta corretta
Stai trasferendo un paziente dalla sedia a rotelle al bidet: compaiono affaticamento, dispnea, e giramenti di testa. Qual è la tua prima azione?	Mi allontano e cerco aiuto fisico	Non lascio solo l'assistito e chiamo subito aiuto	Cerco aiuto dal primo paziente che si trova in prossimità	Posiziono l'assistito in terra per garantire la sua sicurezza	<p>Per garantire le cure igieniche quotidiane e periodiche può divenire necessario sostenere la persona nel trasferimento dalla sedia a rotelle al bidet. A tal fine l'OSS in primo luogo deve verificare la prescrizione infermieristica, in particolare la possibilità di effettiva mobilitazione del paziente, ovvero che si possa recare in bagno. In alcuni casi, inoltre, recarsi in bagno rappresenta la prima alzata da letto del paziente dopo un periodo di allettamento: in questo caso si deve ricordare che la variazione di posizione, dopo un lungo allettamento, può scatenare una ipotensione ortostatica. Quest'ultima consiste in un brusco calo della PA, in seguito all'improvviso passaggio dalla posizione seduta o sdraiata (clinostatismo) a quella eretta (ortostatismo). I segni e sintomi che presenta l'assistito della domanda possono essere appunto rapportabili a ipotensione ortostatica: come deve procedere l'OSS in una situazione di emergenza di questo genere? La prima azione è sicuramente quella di chiedere aiuto, senza però lasciare solo l'assistito. In ogni bagno sono rintracciabili dispositivi di emergenza a questo scopo. Nel frattempo occorre assicurare l'assistito, con una comunicazione non concitata, piuttosto con indicazioni succinte sul da farsi in attesa del soccorso. Nel caso non arrivasse in breve alcun aiuto e il paziente presenti segni di lipotimia (es. debolezza, annebbiamento della vista, pallore, sudorazione fredda), si rende necessario sdraiarlo, rialzare gli arti inferiori, allentare eventuali costrizioni e monitorare FC e PA. Una volta che il paziente si sarà ripreso, sarà importante riferire in dettaglio quanto avvenuto all'infermiere, in modo che la situazione clinica dell'assistito sia inquadrata puntualmente. Ovviamente l'episodio di lipotimia deve essere registrato sulla documentazione assistenziale, in modo che l'infermiere possa informare il medico.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>

<p>È necessario provvedere all'igiene perineale anche in presenza di catetere urinario?</p>	<p>Sì, ponendo particolare attenzione al punto di fuoriuscita del catetere</p>	<p>No, il punto di fuoriuscita del catetere non deve essere maneggiato, in modo da evitare infezioni</p>	<p>Sì, ma solo periodicamente: una pulizia quotidiana favorirebbe escoriazioni del meato urinario</p>	<p>No, si metterebbe a rischio il corretto posizionamento del catetere in vescica</p>	<p>L'igiene perineale promuove la sicurezza e la salute del paziente, prevenendo la comparsa di infezioni del tratto genito-urinario. Nel caso l'assistito sia portatore di dispositivi medici, come il catetere vescicale, è indispensabile una corretta e frequente igiene, così da prevenire infezioni o lesioni. Il catetere urinario è un presidio introdotto in vescica attraverso l'uretra, con la finalità di garantire o agevolare il drenaggio di urina all'esterno. La procedura di inserimento del catetere vescicale è sterile, mentre la sua gestione, una volta posizionato, prevede manovre pulite tramite lavaggio sociale e guanti monouso. Nell'effettuare l'igiene perineale all'assistito portatore di catetere vescicale, occorre porre particolare attenzione al punto di fuoriuscita del catetere dal meato urinario: possono infatti essere presenti secrezioni essiccate, che devono essere rimosse attraverso un massaggio delicato, fino al loro distacco. Durante le operazioni di pulizia occorre non interrompere mai la connessione del catetere al sistema di drenaggio, per prevenire la risalita di microrganismi nel tratto urinario e la comparsa di infezioni delle vie urinarie. L'OSS deve ricordare di posizionare la sacca di drenaggio delle urine sempre al di sotto del livello della vescica, su un supporto che prevenga il contatto col pavimento. La sacca deve essere infine regolarmente svuotata utilizzando un contenitore pulito per ciascun assistito, evitando il contatto tra il rubinetto della sacca di drenaggio ed il contenitore per lo svuotamento.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
---	--	--	---	---	--

<p>In un paziente con SNG, quale accorgimento è utile adottare nell'alimentazione per evitare l'occlusione della sonda?</p>	<p>Intervallare l'assunzione e di cibo con circa 50 ml di acqua</p>	<p>Far assumere prima la preparazione e nutritiva prescritta, successivamente 300 ml di acqua</p>	<p>Intervallare l'assunzione di cibo con pause di circa 10-12 minuti</p>	<p>Far assumere prima 300 ml di acqua, successivamente la preparazione nutritiva prescritta</p>	<p>In alcuni assistiti, i meccanismi fisiologici che permettono di alimentarsi autonomamente possono essere compromessi al punto di necessitare di ausili per la nutrizione, come il Sondino o Sonda Naso Gastrica (SNG). Anche in presenza di questo presidio, l'OSS deve riuscire a garantire, collaborando con l'infermiere, un'alimentazione e un'idratazione equilibrata, mantenendo un corretto apporto alimentare e idrico in relazione al fabbisogno giornaliero, nonostante le limitazioni dell'assistito nell'assunzione di cibi e bevande. L'invasività del SNG può mettere a disagio il paziente, che può arrivare a rifiutare l'alimentazione; la scarsa compliance può portare fino al tentativo di dislocazione del presidio. È necessario quindi informare, dialogare e confrontarsi con l'assistito, al fine di ottenere la maggior collaborazione possibile. Al momento del pasto, per favorire il confort e la sicurezza, si invita l'assistito ad assumere una posizione con il busto inclinato a 45°. L'OSS avrà cura di controllare scrupolosamente che la consistenza degli alimenti risponda alla specifica prescrizione. Si procede poi a rimuovere il tappo di chiusura del sondino o del circuito di drenaggio del sondino e a connetterlo alla siringa a cono, dentro cui l'OSS ha precedentemente aspirato la soluzione nutritiva. Gli alimenti devono essere introdotti esercitando una leggera pressione attraverso lo stantuffo della siringa; un'eccessiva pressione, infatti, determinerebbe un'ingestione troppo rapida, con conseguenti crampi addominali. L'OSS avrà cura di intervallare l'assunzione di cibo con circa 50 ml di acqua, verificando i dettagli della prescrizione infermieristica. Il pasto va terminato con l'assunzione di acqua: questo accorgimento ha lo scopo di prevenire la dislocazione accidentale e l'occlusione del presidio. Qualora dovessero comparire segni di occlusione, segnalare immediatamente all'infermiere. Prima di salutare l'assistito, è bene verificare lo stato dell'ancoraggio del SNG al volto.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
---	---	---	--	---	---

<p>Rispetto al SNG, all'OSS può essere richiesta collaborazione da parte dell'infermiere per tutte le seguenti prestazioni, esclusa una: quale?</p>	<p>Valutazione e periodica del mantenimento del SNG</p>	<p>Prevenzione e delle lesioni da pressione nasali</p>	<p>Inserimento del SNG</p>	<p>Igiene del naso</p>	<p>Il Sondino o Sonda Naso Gastrica (SNG) è un presidio medico, posizionato attraverso una narice per giungere fino allo stomaco. Può essere inserito al paziente per varie finalità: aspirazione gastrica, istillazione di farmaci o somministrazione di alimenti direttamente nello stomaco per impossibilità del paziente di alimentarsi per via naturale. I SNG sono generalmente in poliuretano e in silicone: questi materiali nel contempo favoriscono elasticità e solidità per l'ancoraggio alla zona anatomica. L'OSS può trovarsi a collaborare con l'infermiere per il corretto posizionamento del sondino: per ottenere il giusto tratto da inserire, occorre misurare la distanza che intercorre tra processo xifoideo, lobo dell'orecchio e punta del naso. Ottenuta la giusta misura, sul SNG è opportuno riportare un segno, in modo da avere un punto di riferimento che possa poi guidare nell'inserimento del presidio. Al momento dell'inserimento, l'OSS può collaborare con l'infermiere posizionando l'assistito semiseduto, così da garantire la pervietà delle vie aeree, nonché il suo confort. Sia l'infermiere che l'OSS devono monitorare eventuali segni e sintomi indicativi di complicanze: tosse, senso di nausea, gonfiore e distensione gastrica. Il SNG potrebbe infatti prendere una via diversa, ovvero quella respiratoria. Una volta inserito, il SNG potrebbe dislocarsi, distaccandosi rispetto al giusto punto di ancoraggio: quando vi sia questo sospetto da parte dell'OSS, occorre avvisare subito l'infermiere. Sul piano assistenziale, occorre prestare particolare cura all'igiene del naso, monitorando eventuali arrossamenti e abrasioni, per prevenire il rischio di lesioni da pressione. Il SNG potrebbe infatti esercitare forze non desiderate sulle mucose delle narici nasali, soprattutto in corrispondenza del punto di ancoraggio, e concorrere a creare, insieme agli altri fattori predisponenti (malnutrizione, condizioni generali debilitate), lesioni da pressione molto pericolose per la sicurezza del paziente e di difficile gestione per la particolare posizione anatomica.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
---	---	--	----------------------------	------------------------	---

I seguenti sono tutti tipi di lavaggio delle mani, ad esclusione di uno: quale?	Lavaggio antisettico	Lavaggio sociale	Lavaggio preoperatorio o chirurgico	Lavaggio perioperatorio o	<p>L'igiene delle mani è fondamentale per la prevenzione delle infezioni. Durante l'assistenza, infatti, se non si seguono opportune isure di igiene, si corre il rischio di diffondere le infezioni tra i pazienti, da quelli malati a quelli sani, oppure dai pazienti agli operatori, e non in ultimo dagli operatori ai pazienti. Infezioni di questo genere prendono il nome di ICA (infezioni correlate all'assistenza). I germi possono diffondersi attraverso la contaminazione di una ferita non pulita, starnuti, da indumenti, biancheria da letto. La misura di prevenzione più efficace diventa quindi il lavaggio delle mani, principale veicolo tra le varie fonti di contaminazione. Esistono vari tipi di lavaggio delle mani, ognuno dei quali destinato a situazioni cliniche diverse. Il lavaggio sociale delle mani ha lo scopo di eliminare lo sporco visibile e rimuovere i germi patogeni, con l'aiuto di acqua e sapone detergente, possibilmente liquido. Si applica il lavaggio sociale delle mani quando sono visibilmente sporche (es. dopo aver riordinato un carrello e il suo contenuto), prima di andare da un paziente e dopo essere stati da un paziente, prima di preparare o servire alimenti dietetici, in molte altre occasioni. Per questa tipologia di lavaggio delle mani occorrono dai 40 a 60 secondi. Il lavaggio antisettico è indicato per rimuovere dalle mani sia i microrganismi occasionali, che quelli normalmente residenti. In questo caso si utilizzano detergenti particolari, quali clorexidina gluconato, iodofori e triclosan. Anche la durata di questo lavaggio varia dai 40 ai 60 secondi. Va riportata poi un'ulteriore tipologia di lavaggio delle mani, dedicata al setting operatorio: il lavaggio chirurgico. Questa metodica è finalizzata esclusivamente alla preparazione della procedura chirurgica: viene effettuato immediatamente prima della vestizione per l'intervento chirurgico e prevede il lavaggio non solo delle mani, ma anche degli avambracci, per un tempo di 5 minuti circa. L'asciugatura deve essere eseguita solo con telini sterili. Il lavaggio perioperatorio, invece, non esiste.</p> <p>(http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_3_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=dossier&p=dadossier&id=21--m)</p>
---	----------------------	------------------	-------------------------------------	---------------------------	--

<p>Se ti è richiesto di rilevare ad un assistito la TC ascellare, posizioni il termometro?</p>	<p>Dopo averlo deterso</p>	<p>Dopo aver asciugato la zona ascellare</p>	<p>Dopo aver controllato la presenza di eventuali irritazioni in sede ascellare</p>	<p>Tutte le risposte precedenti</p>	<p>La febbre può essere descritta come un aumento della temperatura corporea (TC) al di sopra dei limiti di normalità. È la risposta del nostro organismo a minacce come una malattia o un'infezione. La temperatura corporea normale è compresa tra 36 e 37,2 gradi, valori che vengono mantenuti in questo range da un complesso meccanismo di regolazione. A seconda del valore della TC si danno definizioni diverse dell'alterazione: è febbricola se la TC non supera i 38°, mentre è febbre tra i 38° ed i 39,5°, o ancora iperpiressia oltre i 39,5°. Per misurare la TC la sede in generale preferita è quella ascellare, in quanto facilmente agibile e confortevole per l'assistito. Recentemente l'introduzione dei termometri auricolari sta facendo rivedere questa prassi, ma la struttura deve essere dotata di questo presidio. Il termometro deve essere deterso prima di offrirlo alla persona. Si deve quindi controllare che il termometro sia tarato adeguatamente a una temperatura non superiore ai 36°C, quindi si può procedere ad azionarlo. Prima di posizionarlo nel solco ascellare, è opportuno che sia verificata dall'OSS la zona stessa, in quanto potrebbe essere umida per traspirazione e sudore. In questo caso è bene asciugare l'ascella, perchè l'umidità potrebbe alterare la rilevazione. A rilevazione ultimata, il termometro darà un segnale acustico e sul display comparirà la TC rilevata. È opportuno registrarla subito sull'apposito strumento (scheda individuale dell'assistito), onde evitare di confondere il dato. A tale scopo, nei dispositivi odierni per la rilevazione della TC il valore rimane memorizzato in genere fino alla misurazione successiva. Nel caso in cui si rilevi iperpiressia, è necessario segnalare subito all'infermiere, sia che si tratti di un paziente adulto che, soprattutto, di un paziente anziano o di un bambino molto piccolo (età inferiore ai 6 anni).</p> <p>(https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/f/febbre)</p>
--	----------------------------	--	---	-------------------------------------	--

<p>Ad un assistito occorre aiuto per l'eliminazione in bagno: quale tra le seguenti azioni stimola le capacità residue della persona?</p>	<p>Chiederle di fare da sola, a parte il trasporto in bagno</p>	<p>Disporre l'occorrente, in modo che sia facilmente e comodamente raggiungibile dall'assistito</p>	<p>Sostituirsi totalmente alla persona nell'igiene perineale</p>	<p>Indicarle i passaggi che sicuramente non potrà fare da solo</p>	<p>Sostenere il paziente nell'eliminazione in bagno facilita l'eliminazione fisiologica, tutela le capacità residue ed il confort dell'assistito. Per la prestazione occorre dotarsi di: materiale per l'igiene perineale, materiale per l'igiene delle mani, presidi per la mobilizzazione e la deambulazione assistita, se necessario biancheria intima pulita. Nonostante la necessità di un supporto, l'assistito potrebbe provare pudore ed imbarazzo nell'esser supportato in quella che fino a poco tempo prima considerava ed avvertiva una funzione base strettamente legata alla propria sfera intima. Occorre quindi informare bene il paziente, assicurandolo sul rispetto delle sue normali abitudini e necessità di privacy. Accertato il consenso, si effettua il corretto lavaggio sociale delle mani e si indossano i DPI. Se l'assistito si trova a letto ed è capace di mobilizzarsi, è necessario trasferirlo dalla posizione supina a quella seduta in sedia a rotelle, o da quella supina a quella eretta. L'OSS avrà cura di far calzare delle scarpe con suola antiscivolo per prevenire il rischio cadute. Raggiunto il bagno, si aiuta l'assistito a svestirsi della biancheria intima, raggiungendo una posizione comoda e stabile sul wc. È quindi importante che l'OSS rispetti i tempi fisiologici della persona, ponendo il sistema di chiamata in posizione utile alla sua fruizione. Concluso l'atto, si invita o sostiene la persona nel tamponare prima la parte genitale, poi, cambiando carta igienica, quella perianale. Per stimolare le capacità residue dell'individuo nonché garantirne la sicurezza, l'OSS disporrà l'occorrente per l'igiene in modo che sia facilmente e comodamente raggiungibile dall'assistito. Al termine dell'igiene perianale, ricordare all'assistito di eseguire l'igiene delle mani. Infine, dopo aver riportato il paziente a letto, l'OSS riordinerà il materiale utilizzato e procederà al lavaggio sociale delle proprie mani. (D'Addio, 2012)</p>
---	---	---	--	--	---

<p>Quale comportamento occorre evitare nella pulizia delle orecchie per prevenire il rischio di infezioni?</p>	<p>Pulire il condotto uditivo con bastoncini di cotone</p>	<p>Mantenere le orecchie asciutte e ben pulite</p>	<p>Far rimuovere eventuale tappo di cerume dal medico</p>	<p>Utilizzare materiale monouso per la pulizia</p>	<p>L'otite è un'infezione dell'orecchio comunemente causata da un'infezione batterica, virale o fungina. In base alla parte dell'orecchio interessata, si può parlare di otite esterna od otite media. La prima interessa la parte dell'orecchio visibile, ovvero il condotto uditivo esterno. È spesso provocata da sostanze o comportamenti che causano irritazione o piccole ferite, come quelle generate nella pulizia effettuata attraverso bastoncini di cotone o altri oggetti appuntiti. L'otite media interessa invece la porzione interna dell'orecchio, dove può riscontrarsi un accumulo di liquido. Le cause di questa tipologia sono rintracciabili più spesso in virus e batteri, e molto spesso gli stessi che causano anche infezioni delle vie respiratorie. Entrambe le tipologie si manifestano con dolore all'orecchio e sensazione di pressione all'interno dell'orecchio. L'otite media tuttavia è potenzialmente più pericolosa perché più spesso si associa a perforazione del timpano. Sul piano terapeutico il trattamento è farmacologico con antibiotici. Sul piano assistenziale si possono attuare delle misure finalizzate alla prevenzione di eventuali infezioni, di cui l'OSS può diventare un protagonista importante. Ricordiamole: evitare di utilizzare tamponcini in cotone, come quelli comunemente acquistabili, o altri oggetti simili nella pulizia dell'orecchio esterno, così da evitare microtraumi favorevoli all'infezione oppure la raccolta di cerume in fondo al condotto; asciugare sempre bene le orecchie, mantenendole pulite tramite l'utilizzo di salviette monouso, o fazzoletti di carta; segnalare eventuale ipoacusia, perché potenziale sintomo di tappo di cerume; valutare sempre le condizioni dell'orecchio esterno nel caso fossero presenti accessori o monili (apparecchi acustici, tappi per le orecchie, orecchini) perché potenziali fonti di irritazione.</p> <p>(https://www.issalute.it/index.php/saluteaz-saz/o/442-otite#cause)</p>
--	--	--	---	--	---

<p>Quale accorgimento è necessario adottare se l'assistito necessita di eliminare, ma non riesce a muoversi nel letto?</p>	<p>Posizionare un assorbente igienico ed invitare il paziente a eliminare</p>	<p>Convincere l'assistito a mobilizzarsi , per preservare le sue capacità residue</p>	<p>Ruotare l'assistito su un lato, appoggiare la padella ai glutei e riaccompagnarla in posizione supina</p>	<p>Posizionare il paziente supino in letto</p>	<p>In condizioni di forzato allettamento, tra gli interventi assistenziali diventa necessario assicurare l'eliminazione a letto. La situazione può portarsi dietro un naturale e fisiologico imbarazzo: l'OSS avrà cura di non violare la privacy della persona, cercando di proteggerne il confort e l'immagine di sé durante tutta la prestazione. La persona sarà infatti più collaborante se avverte la sensazione di esser protetta e favorita nel rispetto della propria intimità. A questo scopo, è indicato fornire indicazioni passo passo rispetto a ciò che stiamo per fare: questo aiuta ad aver un maggior controllo della situazione da parte dell'assistito, con una conseguente riduzione di ansia e disagio. L'OSS avrà cura di predisporre il materiale in maniera attenta, così da ridurre al minimo le tempistiche della prestazione. Sarà opportuno poi ricercare la collaborazione della persona: questo contribuisce a renderla partecipe della situazione e farla sentire ancora in possesso di capacità residue. L'OSS si adopererà quindi per creare un microclima favorente, garantendo la privacy tramite la chiusura di porte e tendine. Occorre poi posizionare un telo impermeabile monouso sul lenzuolo inferiore del letto. Per assicurare una corretta termoregolazione ed il confort dell'assistito, è indicato mantenerlo coperto, scoprendo solo le parti necessarie di volta in volta. Se la persona non ha capacità residue per mobilizzarsi nel letto, ruotarla prima su un lato, appoggiare la padella ai glutei e quindi riaccompagnarla in posizione supina, garantendone la sicurezza. In questa fase è necessario verificare il corretto posizionamento della persona, coprire l'assistito ed allontanarsi dopo aver collocato il sistema di chiamata a portata di mano. Si devono rispettare le tempistiche dell'assistito circa i tempi di minzione o defecazione. Al termine si incoraggia o aiuta l'assistito prima a tamponare e poi ad eseguire l'igiene perineale. L'OSS invita infine la persona ad eseguire un'attenta igiene delle mani. (D'Addio, 2012)</p>
--	---	---	--	--	--

I volontari presenti nelle strutture sanitarie...	Hanno competenze e responsabilità diverse da quelle del team di cura	Operano nei diversi servizi secondo i protocolli aziendali, con un ruolo complementare a quello del team di cura	Intervengono a favore dei pazienti non autosufficienti e privi di parenti	Tutelano gli interessi dei pazienti per coloro che non hanno famiglia	<p>Nella società civile organizzata, il singolo individuo può essere una presenza attiva nei processi di coproduzione dei servizi pubblici. Cambia così il ruolo dell'utente, da soggetto passivo a soggetto attivo, in quanto gli è data la possibilità di definire le caratteristiche dei servizi, promuoverne la qualità e stimolare lo sviluppo di nuovi ambiti. I cittadini singoli o associati hanno dalla loro il diritto all'esercizio della voce e della scelta, e sono portatori del diritto ad un'autonoma iniziativa per lo svolgimento di attività d'interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà orizzontale. I volontari sono individui che prestano in modo personale, spontaneo e gratuito attività a favore degli altri, della comunità, a scopo di solidarietà. È importante definire con chiarezza, sia da parte dell'OSS che del volontario, quale sia il reciproco ruolo, la rispettiva possibilità di azione e i limiti di intervento dell'uno e dell'altro, evitando carenze e sovrapposizioni. In generale nelle Aziende si stipulano dei protocolli di intesa che regolamentano le attività dei volontari nei servizi sanitari: tramite queste ogni OSS potrà comprendere quale sia il ruolo e le specifiche possibilità di intervento del volontario nella realtà specifica. Per esempio, in alcuni servizi i volontari aiutano gli assistiti che non hanno familiari nell'assunzione del pasto (dopo specifica valutazione infermieristica); in altri possono solo far compagnia ai pazienti, leggendo loro qualcosa o dialogando di temi di interesse. Ma più che soffermarsi sui confini dell'uno e dell'altro, è importante sottolineare la complementarietà: un volontario può assicurare a un assistito quello che l'OSS non potrà mai fare per lui, quindi si deve puntare alla chiarezza di ruoli e mandati più che alla definizione di 'chi fa che cosa'. All'interno di ogni servizio il Coordinatore Infermieristico definisce le attività possibili per il volontario, oltre alla compagnia all'assistito. È importante che queste siano rispettate per la sicurezza degli utenti, in quanto il volontario è un laico e quindi non è in grado di rispondere a richieste specifiche di assistenza o accudimento, per esempio aiutare l'assistito a recarsi in bagno o bere un caffè: ambedue queste attività, che possono sembrare 'innocue' necessitano invece di una valutazione e autorizzazione dell'infermiere.</p> <p>(Cianfanelli, D'Addio, Capecchi, Donati, 2012)</p>
---	--	--	---	---	--

<p>L'eliminazione in comoda è (indicare la risposta errata)...</p>	<p>Una valida alternativa per i pazienti che non possono recarsi in bagno</p>	<p>Una modalità di eliminazione e in caso di prelievo di campioni di feci o urine</p>	<p>Una valida alternativa per chi non può stare seduto sulla sedia a rotelle</p>	<p>Un modo opportuno di far mantenere la fisiologicità dell'eliminazione</p>	<p>Nell'assistenza al paziente è sicuramente importante mantenere le sue abitudini di eliminazione, ma potrà rendersi necessario individuare alternative nel caso il paziente non riesca a raggiungere il bagno. Può essere quindi adottata la metodica dell'eliminazione in comoda, grazie alla quale il paziente si sente preservato nelle proprie capacità residue. La prescrizione per l'eliminazione in comoda può essere indicata in varie occasioni da parte dell'infermiere: 1. in caso di impossibilità da parte dell'assistito di raggiungere il bagno per le sue condizioni cliniche (es. arto inferiore fratturato in persona anziana). In tali situazioni la comoda rappresenta una valida alternativa per la minzione o defecazione, permettendo limitati spostamenti; 2. in caso di prolungato allettamento e rischio di stipsi. In alcune pazienti, soprattutto gli anziani, la posizione in letto rende difficile, se non impossibile, la defecazione: in questi casi la comoda rappresenta una valida alternativa, se l'assistito non è in grado ancora di poter sostenere il trasferimento in bagno, ma necessita di provvedimenti per non incorrere in stipsi; 3. in caso di paziente con trattamenti in corso. In talune situazioni i pazienti non possono recarsi in bagno per alcuni trattamenti in corso (es. pompe per infusioni non trasportabili): in questo caso è opportuno mantenere la fisiologicità dell'eliminazione, e nel contempo garantire la continuità del trattamento; 4. in caso di raccolta di campioni biologici (feci o urine). Nel caso di prescrizione di esami diagnostici, la minzione o la defecazione possono essere effettuate in comoda, in quanto risulta di facile effettuazione il prelievo del materiale biologico dal contenitore collocato sotto al sedile. In questa evenienza devono essere date indicazioni chiare e precise all'assistito, in quanto è fisiologico che al momento della defecazione si attui anche la minzione. La comoda presenta il limite di non risultare confortevole per l'assistito per un periodo protratto di seduta: quindi in alcun modo può costituire un'alternativa alla sedia a rotelle.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
--	---	---	--	--	---

<p>Quando si effettua il bagno a letto, si deve procedere nel seguente ordine...</p>	<p>Volto, tronco e arti superiori, arti inferiori, zona posteriore del corpo</p>	<p>Volto, tronco e arti superiori, arti inferiori, zona posteriore del corpo, igiene perineale</p>	<p>Arti superiori e tronco, arti inferiori e zona perineale, mani e volto, infine zona posteriore del corpo</p>	<p>Tutte le parti del corpo, dall'alto (testa) verso il basso (piedi) esclusa l'igiene perineale, in quanto parte più sporca</p>	<p>Il bagno a letto è una prestazione impegnativa che richiede all'OSS un'osservazione attenta per la valutazione di tutti quei fattori che concorrono a determinare il benessere dello stato cutaneo e altre alterazioni. Richiede in genere 2 OSS. Questa prestazione ricorre per più tipi di pazienti e per varie situazioni cliniche: può essere richiesta all'OSS per una persona anziana che non ha una mobilitazione tale da permettere il bagno in doccia, oppure per un paziente che ha trazioni per una frattura scomposta o ha una prescrizione di riposo assoluto per una situazione acuta (es. infarto miocardico). Essendo necessario assicurare privacy e confort, si regola il microclima e si invita l'assistito ad assumere la posizione supina. Nessuna zona della superficie corporea è esclusa dall'igiene: è necessario infatti prendersi cura di tutto il corpo. Si procede secondo il consueto principio: dalla zona più pulita a quella più sporca. In primo luogo si assicura l'igiene del volto e delle sue specifiche parti, poi si procede al tronco e alle braccia, infine agli arti inferiori. A questo punto si deve posizionare il paziente in decubito laterale (in generale il posizionamento prono è possibile solo per un numero molto limitato di pazienti): una volta stabilizzato il paziente da parte di uno degli OSS, l'altro procede a detergere la parte posteriore del corpo, dall'alto verso il basso. In questa sequenza di operazioni, rimane esclusa l'igiene perineale per due ordini di motivi: richiede il posizionamento di una padella, su cui il paziente in genere non sta comodo per tutta la durata del bagno; si tratta di una zona particolarmente sporca, che quindi deve restare per ultima. È opportuno ricordare che durante tutto il bagno a letto, il paziente deve restare coperto, sia per evitare esposizioni superflue del suo corpo, sia per evitare il raffreddamento. Si deve anche procedere, al termine del bagno, a idratare la cute con crema o olio: questo è infatti il momento più adatto per nutrire la cute e ridarle elasticità, dopo la pulizia approfondita.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
--	--	--	---	--	--

<p>Nel posizionamento/sostituzione della guaina urinaria per incontinenti, quale accorgimento risulta utile adottare per prevenire un'eccessiva pressione sul pene?</p>	<p>Applicare la fascetta adesiva avendo cura che risulti lenta</p>	<p>Lasciare uno spazio di circa 0,5 cm tra l'apice del glande e la parte terminale della guaina</p>	<p>Applicare la fascetta adesiva a spirale a circa $\frac{3}{4}$ dalla base del pene</p>	<p>Applicare la fascetta adesiva longitudinalmente all'asta del pene</p>	<p>Il posizionamento della guaina urinaria (condom) facilita l'eliminazione fisiologica nei casi di incontinenza urinaria. Per la prestazione occorre dotarsi della specifica guaina, della fascetta adesiva di cui è corredata la guaina, di una sacca di raccolta urine, dell'occorrente per l'igiene perineale. Verificata la prescrizione infermieristica, si informa il paziente cercando di ottenere la sua collaborazione laddove possibile. Accertato il consenso, si effettua il corretto lavaggio sociale delle mani e si indossano i DPI. L'OSS si attiva per creare un microclima favorente, garantendo la privacy tramite chiusura delle porte e tendine. Per la prestazione, l'OSS fa assumere all'assistito una posizione comoda: è suggerita quella supina o semiseduta. Occorre poi scoprire i genitali, mettendo un telo monouso impermeabile sul lenzuolo inferiore. L'OSS avrà cura di effettuare l'igiene perineale al paziente, controllando subito dopo lo stato della cute del pene e dello scroto: nel caso vi fossero alterazioni, dovranno essere subito segnalate all'infermiere, in quanto costituiscono controindicazioni alla applicazione della guaina, segnalando eventuali alterazioni. È opportuno che la cute sia ben asciutta prima di procedere all'applicazione della guaina, che si appone srotolandola in modo che aderisca progressivamente al pene. A questo punto si può applicare la fascetta adesiva a spirale intorno al pene, a circa $\frac{3}{4}$ dalla base, evitando che risulti troppo stretta: questo accorgimento evita il crearsi di una eccessiva pressione sul pene. È opportuno lasciare uno spazio di circa 2,5-3 cm tra l'apice del glande e la parte terminale della guaina, in modo che il glande non si trovi continuamente a contatto con la guaina e con l'urina. A questo punto l'OSS completa lo srotolamento della guaina sopra la fascetta e preme leggermente per farla aderire. Assicurata la guaina, occorre connetterla alla sacca di raccolta delle urine, avendo cura che questa rimanga sempre al di sotto del livello della vescica, per prevenire la risalita di microrganismi nel tratto urinario. Dopo aver riordinato il materiale utilizzato, si procede al lavaggio sociale delle mani. La prestazione si conclude con la registrazione della stessa sulla documentazione assistenziale. (D'Addio, 2012)</p>
---	--	---	---	--	--

<p>Quale parametro è necessario rilevare nel paziente dializzato tra una seduta dialitica e l'altra?</p>	<p>TC</p>	<p>FR</p>	<p>Peso corporeo</p>	<p>Saturazione</p>	<p>La dialisi è un processo fisico che sostituisce solo parzialmente le funzioni renali e permette di: eliminare i liquidi e sali in eccesso; depurare il sangue dalle sostanze tossiche accumulate; riequilibrare alcuni squilibri metabolici, come l'acidosi. Deve essere attuato quando la funzionalità renale, per varie patologie, si trovi ad essere gravemente compromessa: si parla in questi casi di Insufficienza Renale Cronica (IRC). Nella maggioranza dei casi l'IRC peggiora con lentezza ed il paziente non avverte alcun disturbo, fino alle fasi avanzate (uremia), in cui si possono manifestare: edemi (più evidenti alla sera); iperpotassiemia, estremamente pericolosa per il cuore; difficoltà ad eliminare alcuni farmaci; anemia; dolori e danni alle ossa e maggior fragilità delle stesse; scarso appetito, in particolare verso la carne, nausea e vomito; stanchezza; nervosismo e depressione; difficoltà a dormire. Il paziente dializzato è costretto a più sedute settimanali in centri specifici, quindi la possibilità di incontro e di dialogo è ripetuta per il personale sanitario. L'OSS potrà quindi avere un rapporto continuativo col paziente dializzato. In questa condizione l'educazione terapeutica gioca un ruolo fondamentale: l'assistito deve essere informato ed educato a una dieta rigidamente iposodica e aproteica, con ridotti volumi di liquidi. La rilevazione del peso tra una seduta dialitica e l'altra consente di monitorare, insieme alla PA, il bilancio idrico, nonché le condizioni generali del paziente. Il peso va misurato ogni giorno al mattino, possibilmente con gli stessi abiti, categoricamente usando sempre la stessa bilancia. La PA va misurata ogni giorno al mattino, dopo circa 20-30 minuti dal risveglio ed i valori vanno registrati nell'apposito diario. Ogni giorno, alla sera, il paziente deve valutare i suoi edemi agli arti inferiori. Si deve insegnare al paziente a verificare l'edema premendo per alcuni secondi sulla superficie anteriore della gamba: se togliendo il dito resta una piccola depressione, ci sono edemi. Basta una piccola depressione per indicare un sovrappeso di quasi 3 litri d'acqua. (https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/d/dialisi#effetti-collaterali-della-dialisi)</p>
--	-----------	-----------	----------------------	--------------------	---

<p>Relativamente al posizionamento/sostituzione del pannolone, quale accorgimento è necessario adottare per prevenire il rischio di lesioni cutanee?</p>	<p>Controllare la cute dei genitali e dei glutei e riportare eventuali alterazioni</p>	<p>Applicare creme protettive</p>	<p>Utilizzare sempre una misura superiore rispetto alla taglia prevista per il paziente</p>	<p>Posizionare il paziente prono</p>	<p>In condizioni di incontinenza fecale, può divenire necessario posizionare un pannolone a mutanda, per gestire l'eliminazione e limitare le possibili complicanze da incontinenza, come lo sviluppo di lesioni da pressione. Per la prestazione occorre dotarsi del pannolone della giusta taglia e capacità assorbente e l'occorrente per l'igiene perineale. Nonostante la funzione di eliminazione sia compromessa e non più adeguatamente controllata, la persona può ancora collaborare alla cura e gestione di sé segnalando quando avverte sensazione di umidità, calore e cattivo odore, in modo da rimuovere le feci il prima possibile. Al momento della sostituzione del pannolone, l'OSS si adopera per creare un microclima adeguato e una situazione che garantisca la privacy della persona, tramite chiusura delle porte e tendine. Rimosso il precedente pannolone a mutanda e smaltito nei rifiuti ordinari, si effettua l'igiene perineale. Per l'applicazione del pannolone pulito, si invita la persona ad assumere una posizione comoda, preferibilmente supina. È questo il momento più idoneo per ispezionare i genitali e la zona sacrale: in caso di alterazioni, queste andranno subito segnalate all'infermiere, al fine di prevenire il rischio di lesioni da pressione. Successivamente, se l'assistito riesce a muoversi nel letto, invitarlo a flettere le gambe, puntare i piedi sul materasso e alzare il bacino a ponte, in modo da collocare il pannolone aperto sotto il bacino. Se invece l'assistito non riesce a muoversi nel letto, ruotarlo su un lato appoggiando il pannolone sul lenzuolo inferiore all'altezza del bacino, riaccompagnando poi l'assistito in posizione supina. Occorre poi chiudere il pannolone a mutanda fissandolo con gli appositi adesivi, avendo cura che le pliche cutanee comprese non siano eccessivamente strette dal pannolone, al fine di evitare il rischio di sviluppo di lesioni. Un ulteriore provvedimento da adottare potrebbe essere l'apertura della mutanda in alcune fasce orarie, in modo da garantire confort alla cute stressata della zona.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
--	--	-----------------------------------	---	--------------------------------------	--

<p>Nel bambino che lamenta dolore, quali sono le tecniche non farmacologiche per la riduzione del dolore a cui l'OSS può collaborare?</p>	<p>Distrazione</p>	<p>Bolle di sapone</p>	<p>Respirazione</p>	<p>Tutte le precedenti</p>	<p>Nel bambino la riduzione del dolore necessita di particolari strategie, una parte delle quali non farmacologiche. Stiamo parlando del dolore che può essere suscitato da una serie di prestazioni, quindi ancora più inaccettabile da parte del bambino. Le tecniche non farmacologiche (TNF) favoriscono la riduzione del dolore senza l'utilizzo di farmaci; in particolare agiscono su quegli elementi che producono ansia e paura nel bambino rispetto alla procedura a cui sta per sottoporsi. Tra queste tecniche si ricordano: le metodologie cognitive, che mirano a deviare l'attenzione dal dolore rifocalizzandola su stimoli diversi e piacevoli per il bambino; i metodi comportamentali, che si pongono come obiettivo il cambiamento di fattori emotivi, comportamentali e situazionali che partecipano alla risposta al dolore del bambino. Le tecniche maggiormente utilizzate sono: 1. la distrazione, che consiste nell'aiutare il bambino a concentrarsi su uno stimolo diverso da quello del dolore, così da ridurre ansia e paura; 2. le bolle di sapone, che coinvolgono sia la sfera psico emotiva che organica, attraverso il rilassamento nell'espiazione, necessario a produrle e a soffiarele; 3. la respirazione, utilizzabile già a partire dai 3-4 anni, la quale permette da un lato di smorzare il dolore acuito dal trattenere il fiato, dall'altro un focalizzarsi su un'altra parte del proprio corpo, quindi ancora un allontanamento della sua attenzione dallo stimolo dolorifico; 4. il rilassamento, in cui si invita il piccolo paziente a lasciare morbidi tutti i propri muscoli nel tentativo di assomigliare quanto più ad un "budino"; 5. la tecnica della visualizzazione, che prevede il coinvolgimento dell'immaginazione del bambino finalizzata a portarlo psicologicamente altrove rispetto al setting in cui sta provando dolore; 6. desensibilizzazione o guanto magico o interruttore, attraverso cui l'operatore invita il bambino a spegnere letteralmente quella sensazione psicofisica causa di ansia e disagio.</p> <p>(http://www.evidencebasednursing.it/nuovo/Pubblicazioni/SchedeCliniche/S3%20-%20TECNICHE%20NON%20FARMACOLOGICHE%20PER%20IL%20CONTROLLO%20DEL%20DOLORE.pdf)</p>
---	--------------------	------------------------	---------------------	----------------------------	---

<p>Relativamente all'effettuazione di una peretta a scopo evacuativo, quali segni e sintomi potrebbero comparire nel corso della prestazione?</p>	<p>Stipsi e sonnolenza</p>	<p>Stato di agitazione psicomotoria, confusione spazio-temporale</p>	<p>Tachicardia, sudorazione profusa, difficoltà respiratoria</p>	<p>Astenia, sudorazione fredda, mal di testa</p>	<p>Alcune patologie o condizioni di allettamento prolungato concorrono a creare stipsi nell'assistito. L'utilizzo della peretta evacuativa facilita l'eliminazione delle feci, favorisce lo svuotamento intestinale e la ripresa della peristalsi; inoltre contribuisce ad ammorbidire eventuali fecalomi e facilitarne così la rimozione. Per la prestazione occorre dotarsi di una peretta (riscaldata a T di 37-38°), del lubrificante idrosolubile, di una padella, del telo impermeabile e dell'occorrente per l'igiene perineale. Per quanto funzionale al benessere dell'assistito, la peretta evacuativa è vissuta spesso come un momento cruento, carico di ansie e preoccupazioni. Occorre quindi assicurare la persona, con le giuste metodiche di rilassamento e l'utilizzo dell'apposito lubrificante: in tal modo il disagio fisico correlato alla procedura potrà essere ridotto ad un lieve fastidio. Per ottenere la sua collaborazione, si informa il paziente dettagliatamente riguardo alla prestazione che stiamo per offrire, così da agevolare il controllo della situazione. Soprattutto in una prestazione così imbarazzante per l'assistito, occorre creare un microclima favorente e garantire la privacy. Si aiuta poi l'assistito ad assumere il decubito laterale sinistro con la gamba destra flessa, posizionando un telo impermeabile sotto i glutei della persona. Si introduce quindi la sonda della peretta, dilatando con gradualità lo sfintere anale. In questa fase è opportuno far deconcentrare l'assistito dalla prestazione: è indicato quindi parlargli, fargli domande con tono calmo e che richiedono risposte semplici, invitarlo a effettuare respiri profondi. È anche il caso di introdurre gradualmente il contenuto della peretta, applicando la medesima pressione per tutta la durata della prestazione. Se nonostante queste accortezze l'assistito presenta o lamenta tachicardia, sudorazione profusa, difficoltà respiratoria, avvisare subito l'infermiere, in quanto la dilatazione dello sfintere anale può scatenare una reazione vagale.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
---	----------------------------	--	--	--	--

Cosa è indicato assicurare al paziente che presenti depressione?	Sostituzioni e per la cura di sé	Alimentazione mirata	Ambienti di cura dedicati	Nessuna della precedenti	<p>Non bisogna commettere l'errore di considerare la depressione come una semplice condizione che si caratterizza esclusivamente per il tono dell'umore abbattuto: la depressione propriamente intesa è una diagnosi clinica e di una certa importanza, all'interno del gruppo dei disturbi dell'umore. Per la diagnosi di depressione, secondo la classificazione internazionale DSM-V, occorre riscontrare la presenza simultanea di alcuni sintomi, esattamente 5 o più contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e che questi rappresentino un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento. In particolare tra questi sintomi si indica: profonda tristezza, calo della spinta vitale, perdita di interesse o piacere verso le normali attività, pensieri negativi e pessimistici. È un disturbo molto frequente e diffuso e la sua incidenza è in aumento, tanto che l'OMS valuta la depressione maggiore come uno dei disturbi più invalidanti al mondo, con un costo sociale elevatissimo. La depressione può prolungarsi nel tempo fino ad interferire con l'adempimento delle funzioni interpersonali e lavorative. Durante il ricovero per le acuzie o in ambienti protetti per la riabilitazione, l'OSS può collaborare con l'infermiere in tutti quegli interventi finalizzati a promuovere il benessere e il rafforzamento delle capacità dell'assistito. L'OSS collabora con l'equipe assistenziale per incentivare uno scambio relazionale efficace e terapeutico con l'assistito: va incoraggiata l'espressione verbale delle sensazioni; bisogna cercare di comprendere gli aspetti che agiscono maggiormente sulla persona (es. attaccamento verso i nipoti). Se il paziente non è in grado di svolgere le attività di vita quotidiana, aspetto molto frequente nei casi di depressione maggiore, occorre stimolare l'assistito all'igiene e alla cura di sé, nonché sostenerlo durante i pasti e valutare quanto sia efficace l'alimentazione. L'OSS può collaborare anche alla valutazione del modello di sonno della persona: il paziente depresso è in genere soggetto a terapia farmacologica, che incide sul sonno. Non sono necessari, anzi controindicati, gli interventi indicati nelle risposte.</p> <p>(Nettina, 2008)</p>
--	----------------------------------	----------------------	---------------------------	--------------------------	--

<p>Nella pulizia e cura della colostomia, quale accorgimento risulta utile insegnare all'assistito per evitare la fuoriuscita di materiale fecale dalla sacca di raccolta?</p>	<p>Rimuovere la sacca di raccolta, staccandola dalla placca dall'alto verso il basso con delicatezza</p>	<p>Rimuovere la sacca di raccolta, staccandola dal basso verso l'alto con delicatezza</p>	<p>Rimuovere la placca adesiva, staccandola dalla sacca di raccolta dall'alto verso il basso con delicatezza</p>	<p>Rimuovere la placca adesiva, staccandola dalla sacca di raccolta dal basso verso l'alto con delicatezza</p>	<p>La pulizia e la cura della colostomia sono misure di igiene quotidiana necessaria ed imprescindibile. Sul piano psicologico e sociale, la cura attenta della colostomia limita il disagio e aumenta il confort dell'assistito. A livello fisico, invece, una meticolosa igiene della cute peristomale e la gestione adeguata del presidio promuove l'integrità cutanea e limita il rischio di sviluppo di lesioni. La colostomia, soprattutto se appena confezionata, porta anche con sé conseguenze e modifiche sia a carico dell'immagine di sé che delle consuete abitudini rispetto all'eliminazione. Sarà quindi opportuno dedicare dei momenti specifici all'educazione del paziente/caregiver per metterlo in grado di procedere da solo alla pulizia e sostituzione della sacca una volta a domicilio. Per la prestazione occorre dotarsi di acqua, detergente neutro, salviette monouso o carta igienica compatta, e sacche di ricambio. L'OSS potrà trovarsi a collaborare con l'infermiere enterostomista per tale educazione/addestramento: l'assistito/caregiver potrebbe aver necessità di più incontri per rendersi in grado di procedere da solo. È utile insistere sulla rimozione della sacca di raccolta: si deve procedere staccandola dalla placca dall'alto verso il basso, con delicatezza. Questo accorgimento previene la rimozione accidentale della placca ed evita la fuoriuscita di materiale fecale dalla sacca stessa. Si continua quindi con la detersione di stomia e cute peristomale con acqua tiepida e sapone, dopo aver asportato eventuali residui di feci più grossolani con salviette monouso o carta igienica compatta. La sacca viene sostituita quotidianamente, mentre la placca può restare in sede anche per più giorni: infatti una rimozione quotidiana anche di questa risulterebbe traumatica per la cute peristomale, che invece deve restare integra il più possibile. Successivamente alla sostituzione del presidio, è bene sciacquare ed asciugare accuratamente tamponando, in modo da ridurre la proliferazione di flora microbica e quindi il rischio di sviluppo di infezioni correlate. Si procede quindi ad applicare la nuova sacca.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
--	--	---	--	--	--

<p>Nella posizione semiseduta nel letto, come si può favorire il confort e facilitare la respirazione del paziente?</p>	<p>Solleverebbe la testata del letto con un'inclinazione di 45°</p>	<p>Solleverebbe la parte inferiore del letto di 30°</p>	<p>Solleverebbe la testata del letto con un'inclinazione di 15°</p>	<p>Solleverebbe il piano del letto di 30° e la pediera di 15°</p>	<p>Il posizionamento della persona semiseduta è funzionale a prevenire la sindrome da immobilizzazione, migliorare la forza e la stabilità posturale, facilitare il confort, nonché le attività di vita quotidiane e la socializzazione dell'assistito. Non sono necessari ausili particolari per farla assumere, se l'assistito dispone di un letto articolabile; in caso diverso (es. a domicilio), è essenziale avere a disposizione almeno dei cuscini. Verificata la prescrizione infermieristica, si informa il paziente riguardo alla prestazione, indagando le abitudini personali per il posizionamento, con l'obiettivo di favorirle quanto più possibile; si sonda inoltre il grado di collaborazione al fine di richiederla laddove possibile. Si controlla che l'altezza del letto faciliti le manovre per gli operatori. A questo punto si procede al posizionamento: l'assistito va scoperto lo stretto necessario, mantenendo comunque il lenzuolo superiore sulla persona. Un cuscino dovrà essere sempre mantenuto sotto la testa dell'assistito, soprattutto se affetto da patologie respiratorie. L'OSS dovrà allineare testa, spalle, fianchi e ginocchia dell'assistito. Gli avambracci dovranno essere posizionati estesi, con il gomito leggermente flesso ed il polso prono in posizione neutra. È in genere opportuno posizionare un archetto ad altezza degli arti inferiori, per sollevare le coperte. L'OSS procederà poi a inclinare la parte centrale del letto di circa 20°-25°, così da prevenire lo scivolamento dell'assistito verso la base del letto ed impedire la comparsa di forze di trazione e scivolamento. A questo punto si potrà sollevare la parte superiore del letto con un'inclinazione di 45°, favorendo così il drenaggio posturale e l'espansione toracica. Sistemate le coperte in modo da favorire il confort dell'assistito, si procede a collocargli a portata di mano il dispositivo di chiamata per ogni sua necessità.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
---	---	---	---	---	--

<p>Per la pulizia e manutenzione dei presidi per la somministrazione di O2-terapia, si procede...</p>	<p>Immergendoli in acqua bi-distillata per assicurare una pulizia accurata</p>	<p>Smontando i singoli componenti e pulendoli accuratamente</p>	<p>Collocandoli in disinfettate liquido</p>	<p>Lavandoli sotto acqua corrente</p>	<p>La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza passa anche e soprattutto attraverso la corretta manutenzione dei presidi utilizzati dal paziente durante la permanenza nell'istituto assistenziale. Gli strumenti impiegati sulle vie respiratorie sono potenziali serbatoi o veicoli di microrganismi infettanti. Le vie di trasmissione possono essere: 1. dallo strumento al paziente; 2. da un paziente ad un altro paziente; 3. da una zona del corpo al tratto respiratorio inferiore dello stesso paziente attraverso le mani e lo strumentario. Pulizia e manutenzione dei presidi per la somministrazione di O2-terapia non solo prevengono il rischio di infezioni, ma garantiscono anche l'efficacia della O2 terapia e l'integrità ed il buon funzionamento dei presidi. Per la prestazione occorre dotarsi di acqua bi-distillata, salviette monouso per la pulizia e salviette monouso per l'asciugatura. Si verificano prima di tutto le indicazioni sulla gestione del presidio contenute nella scheda illustrativa. L'OSS avrà cura di controllare lo stato e l'integrità del presidio. Si procede quindi scomponendo, se possibile, le parti mobili del presidio, in modo da accedere a ciascuna di queste interamente per assicurare una pulizia accurata. Si imbibiscono quindi le garze monouso di acqua bi-distillata e si esegue la pulizia delle singole parti, procedendo dalla parte più pulita alla parte più sporca. Si procede quindi alla disinfezione. L'asciugatura dovrà essere gestita tamponando ogni singola parte del circuito di somministrazione, per poi riassemblare il circuito secondo le indicazioni riportate nella scheda. Tale pulizia è opportuna al termine della somministrazione, per poi conservare il tutto in un contenitore pulito. I serbatoi dei liquidi per l'acqua (es. gorgogliatori per ossigenoterapia) devono essere riempiti immediatamente prima dell'uso; non deve essere mai aggiunta acqua per riportare a livello i serbatoi parzialmente vuoti. I gorgogliatori riutilizzabili, da impiegarsi con i distributori a parete, devono essere puliti, risciacquati, decontaminati e asciugati con frequenza giornaliera. Qualora si riscontrassero alterazioni del presidio, segnalare tempestivamente all'infermiere. (D'Addio, 2012)</p>
---	--	---	---	---------------------------------------	--

<p>Nell'igiene e cura dei capelli a letto, occorre...</p>	<p>Mantenere il cuscino, posizionare la tela cerata ed il lavatesta da letto</p>	<p>Togliere il cuscino, posizionare la tela cerata ed il lavatesta da letto</p>	<p>Mantenere il cuscino e posizionare la tela cerata</p>	<p>Togliere il cuscino e posizionare il lavatesta da letto</p>	<p>Al benessere dell'assistito di cui ci stiamo prendendo cura concorrono grandi e piccole attenzioni. Spesso si sottovalutano le ricadute sulla persona nel sentirsi 'non in ordine', ovvero non con la sua consueta immagine di sè, che può risultare compromessa dalla malattia. Un'igiene accurata dei capelli promuove il ristabilirsi dell'immagine sociale a cui la persona è abituata; previene poi le irritazioni del cuoio capelluto. Con un solo gesto si favorisce così sia benessere dell'assistito, che la sua socializzazione. Per la prestazione occorre dotarsi di: bacinella reniforme, contenitore per l'acqua, lavatesta da letto, tela cerata, shampoo, asciugamano, asciugacapelli, spazzola e pettine (ad uso individuale), occorrente per lo smaltimento corretto del materiale utilizzato. Dopo aver predisposto il materiale occorrente e verificato la prescrizione infermieristica, si informa il paziente riguardo alla prestazione indagando le abitudini personali relativamente all'igiene e alla cura dei capelli. Effettuato il corretto lavaggio sociale delle mani e indossati i guanti, si invita l'assistito ad assumere una posizione preferibilmente seduta a lavandino (se può muoversi) o supina, se costretta a letto. In quest'ultimo caso: togliere il cuscino, posizionare la tela cerata ed il lavatesta da letto. Tali accorgimenti evitano alla persona di bagnarsi, mantenendo asciutta la biancheria del letto. Successivamente si procede a bagnare i capelli, applicare lo shampoo, frizionare dalla radice verso le punte. Sciacquare, ripetendo l'operazione se necessario. Dopo aver pulito e riordinato il materiale utilizzato e smaltito i rifiuti secondo le procedure in uso, si procede al lavaggio sociale delle mani. La prestazione si conclude con la registrazione della stessa sulla documentazione assistenziale, annotando eventuali cambiamenti nelle condizioni dell'assistito. (D'Addio, 2012)</p>
---	--	---	--	--	--

<p>Nella promozione di una respirazione efficace, quali interventi può attuare l'OSS?</p>	<p>Adeguamento del microclima</p>	<p>Posizionamento in poltrona o in letto</p>	<p>Esercizio dei muscoli accessori per la respirazione</p>	<p>Tutte le risposte precedenti</p>	<p>La prolungata immobilizzazione ed alcune patologie possono portare alla compromissione della funzione respiratoria. In questi casi possono essere utilizzati dei farmaci per ovviare a condizioni patologiche respiratorie. Tra tutti si ricorda l'ossigeno, un gas somministrato al paziente attraverso appositi presidi. L'utilizzo di ossigeno non basta però da solo ad incentivare la respirazione dell'assistito: è necessario infatti promuovere il giusto posizionamento, nel letto o in poltrona; l'espettorazione di eventuali secrezioni; l'esercizio di muscoli accessori per la respirazione, come quelli diaframmatici. Dopo aver verificato la specifica prescrizione infermieristica, all'OSS compete garantire tutte queste attività assistenziali. In primo luogo il microclima della stanza: deve essere regolato con la giusta temperatura ambientale, ovvero in inverno 19-22°C, umidità relativa 40-50% e velocità dell'aria 0,01- 0,1 m/s; in estate 24-26°C, umidità relativa 50-60% e velocità dell'aria 0,1-0,2 m/s. I tre parametri (temperatura, umidità e velocità dell'aria) devono essere confrontati tra di loro perché la modifica di uno di questi comporta l'adeguamento anche degli altri. Per il posizionamento è indicato quello semiseduto o seduto in letto, oppure il corretto posizionamento in poltrona, favorendo così l'espansione della gabbia toracica: in particolare si deve verificare che la testa del paziente non sia né flessa né iperestesa, così da garantire la pervietà delle vie aeree. Per l'esercizio dei muscoli accessori per la respirazione, questi saranno incentrati sul diaframma in particolare. Il diaframma, infatti, è il principale muscolo inspiratorio: la sua contrazione determina l'espansione della cavità toracica che, sinergicamente all'attivazione degli altri muscoli inspiratori, consente l'ingresso del flusso di aria necessario all'atto inspiratorio. L'espirazione è invece dovuta quasi interamente al ritorno elastico del polmone in associazione alla contrazione dei muscoli addominali. Gli esercizi per lo specifico paziente potranno essere indicati dal fisioterapista.</p> <p>(http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4387&area=indor&menu=vuoto) (Brunner & Suddarth, 2017)</p>
---	-----------------------------------	--	--	-------------------------------------	---

<p>Qual è il metodo più opportuno per effettuare la svestizione di un assistito con apparecchio gessato all'arto inferiore?</p>	<p>Rimuovere prima gli indumenti dall'arto con apparecchi o gessato</p>	<p>Rimuovere prima gli indumenti dall'arto sano</p>	<p>Rimuovere gli indumenti contemporaneamente dai due arti</p>	<p>In realtà non è indicato far indossare pantaloni al paziente portatore di apparecchio gessato</p>	<p>L'apparecchio gessato è un presidio finalizzato all'immobilizzazione di un arto, al fine di ripristinare l'integrità del tessuto osseo, compromesso a causa di traumi od interventi chirurgici. L'apparecchio gessato si distingue in: 1. gesso chiuso o intero, cioè totalmente avvolgente. In questo modo fornirà la maggior stabilità possibile all'arto, consentendo solo micromovimenti agli eventuali frammenti di frattura al suo interno. È il gesso di scelta per il trattamento delle fratture, quando possibile; 2. gesso aperto detto anche doccia gessata: la superficie rigida di gesso avvolge solo metà dell'arto infortunato. Questo tipo di immobilizzazione viene adoperata solo nel caso in cui l'arto sia particolarmente edematoso, oppure nel caso di lesioni cutanee da controllare, e che quindi non possono essere chiuse nel gesso per un lungo periodo. In genere la doccia gessata è solo temporanea, venendo poi sostituita con un gesso chiuso, in quanto lascia troppa libertà di movimento ai frammenti di frattura.</p> <p>L'OSS che si trova ad assistere la persona con recente confezionamento di apparecchio gessato dovrà aver cura di applicare un cuscino sotto l'arto interessato, in posizione di scarico. Appena confezionato, l'assistito deve essere istruito a evitare il contatto tra gesso e superfici spigolose che possano lasciare impronte: per asciugarsi completamente, l'apparecchio gessato impiega dalle 24 alle 48 ore, periodo durante il quale rilascia calore. Per favorire la circolazione dell'arto immobilizzato dall'apparecchio gessato, l'OSS può spronare la persona a muovere la parte del corpo distale al gesso almeno ogni 4 ore nelle prime 24 ore, salvo indicazioni diverse da parte del medico. Nel corso dell'assistenza alla persona, l'OSS deve monitorare qualsiasi alterazione dell'arto interessato dal presidio gessato: colorazione cianotica delle cute, arto freddo, intorpidimento o perdita dei movimenti di parte del corpo. Nei momenti di svestizione e vestizione dell'assistito, occorre adottare le stesse misure previste per la persona con deficit di una parte del corpo: nella svestizione rimuovere gli indumenti partendo dall'arto sano e procedendo poi a quello con apparecchio gessato; nella vestizione indossare gli indumenti prima sull'arto interessato da apparecchio gessato, per poi completare con l'arto sano.</p> <p>(Nettina, 2008)</p>
---	---	---	--	--	---

<p>Relativamente alla regolazione del microclima, qual è la temperatura considerata favorevole all'organismo?</p>	<p>Tra 22° e 26°</p>	<p>Tra 14° e 20°</p>	<p>Tra 24° e 28°</p>	<p>Tra 18° e 20°</p>	<p>Il microclima si riferisce al complesso dei parametri ambientali (temperatura, umidità relativa e velocità dell'aria) che condizionano lo scambio termico tra individuo e ambiente. Il microclima influisce in maniera significativa, insieme all'inquinamento dell'aria indoor, sulla qualità degli ambienti in cui si vive e si lavora e quindi sul benessere delle persone. Il conseguimento del benessere termico, cioè lo stato di piena soddisfazione nei confronti dell'ambiente stesso, costituisce una condizione indispensabile e prioritaria per il conseguimento del benessere totale. La regolazione del microclima favorisce l'omeostasi corporea, il confort ambientale e quindi il benessere dell'assistito. Un microclima adeguato incentiva inoltre la persona a rafforzare ed implementare le capacità residue e a promuovere la socializzazione. Parametro importante del microclima di un ambiente sociosanitario è la temperatura ambientale: se eccessiva concorre a creare sudorazione, vasodilatazione periferica, capogiro, sensazione di affanno e fame d'aria. Di contro, una temperatura rigida incentiva negativamente la permanenza a letto e riduce lo stimolo alle attività. Al fine di assicurare un'aria salubre, è indicato aprire le finestre per favorire il ricircolo di aria (eccezion fatta per ambienti che già garantiscono questa misura), valutando quando richiuderle in base alla qualità dell'aria raggiunta e all'influenza delle correnti esterne sulla temperatura interna. Per regolare la giusta temperatura ambientale, occorre poi conoscere quale sia il termostato e dove sia collocato nella stanza. La corretta identificazione di temperatura e umidità del locale può essere controllata sul termostato: la temperatura solitamente favorevole all'organismo è compresa tra 18° e 20°, con variazioni tra estate e inverno; l'umidità relativa è considerata accettabile in una percentuale compresa tra il 40 ed il 60%. Alla regolazione della temperatura concorre poi anche l'illuminazione: la luce deve essere adeguata e uniformemente distribuita (sia quella naturale, sia quella artificiale). Per la salubrità dell'aria, in ogni stanza deve essere garantita la sanificazione ambientale quotidiana, al fine di ridurre nell'ambiente la presenza di polveri e microrganismi. È importante, nella regolazione del microclima, considerare e rispettare le preferenze e le abitudini dell'assistito, nella misura in cui questo è possibile e non compromette la sua condizione clinica.</p> <p>(http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4387&area=indor&menu=vuoto)</p>
---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--

<p>Relativamente all'assistenza di una persona con accesso venoso periferico, quali fra questi segni devono essere subito segnalati all'infermiere?</p>	<p>Cute rosea e fresca lungo il decorso della vena di infusione</p>	<p>Cute arrossata, calda e edematosa a valle del sito di accesso della linea di infusione</p>	<p>Cute fredda e arrossata in prossimità del sito di accesso</p>	<p>Dolenza al di sopra del sito di accesso della linea infusiva</p>	<p>Si definisce flebite l'infiammazione di una vena, causata da irritazione chimica, meccanica o entrambe. Questa condizione è una delle complicazioni possibili nei pazienti che devono sostenere per tempi protratti una linea infusiva attiva. La flebite si caratterizza per un'area arrossata, calda e gonfia intorno al sito di iniezione e lungo il percorso della vena: la persona riferisce dolore lungo il decorso della vena; sono inoltre presenti eritema, arrossamento persistente nel punto di inserimento del catetere, edema che può coinvolgere tutto l'arto e ipertermia locale. La presenza di uno solo di questi sintomi deve fare pensare all'inizio di un processo infiammatorio. Anche il rallentamento del flusso di infusione è un possibile segno di infiammazione. La possibilità di sviluppare una flebite aumenta con l'aumentare del tempo durante il quale la linea endovenosa rimane in sede, in dipendenza della tipologia di ciò che viene infuso attraverso quella via, delle dimensioni della cannula, della posizione in cui è collocata, dell'inadeguato fissaggio della linea e dell'introduzione di microrganismi al momento dell'inserimento. L'OSS è l'operatore che più frequentemente si avvicina al paziente: è quindi un soggetto privilegiato per la prevenzione di questa come di altre complicanze. Se, nell'assistenza ad un paziente con accesso venoso periferico, si dovessero riscontrare i segni soprariportati, diventa necessario avvisare immediatamente l'infermiere. Il trattamento previsto in caso di flebite consiste nell'interruzione immediata dell'infusione endovenosa (con l'eventuale ripristino della stessa in un altro sito) e l'applicazione di compresse calde e umide sul sito interessato, prestazione che potrà essere affidata all'OSS. Dal punto di vista assistenziale la prevenzione più importante consiste nell'osservazione periodica ed attenta dello sviluppo delle caratteristiche complicanze, soprattutto in assistiti che presentano disorientamento, in quanto incapaci di comunicare tempestivamente dolore e disagio associati alla condizione.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
---	---	---	--	---	---

<p>Quale tra i seguenti accorgimenti garantisce la corretta conservazione del disinfettante?</p>	<p>Indicare sulla confezione la data di scadenza</p>	<p>Apporre sulla confezione un'apposita etichetta con la dicitura "pericolo"</p>	<p>Smaltire immediatamente il flacone subito dopo l'utilizzo, anche se ancora contenente il prodotto</p>	<p>Consultare sempre la scheda tecnica e leggere l'etichetta posta sulla confezione</p>	<p>Nell'utilizzo e conservazione dei disinfettanti occorre garantire sempre la sicurezza sia dell'assistito, che dell'operatore. È necessario a questo scopo porre attenzione all'efficacia della disinfezione e alle metodiche di impiego dei biocidi. I disinfettanti devono essere stoccati in armadi dedicati ed utilizzati secondo le modalità previste dalla casa produttrice. Tra queste modalità non ricorre mai di aggiungere acqua alla soluzione, essendo potenzialmente fonte di contaminazione e di danno al biocida in termini di efficacia o rischio di sviluppo di prodotti nocivi. L'OSS avrà cura di rispettare sempre le concentrazioni d'uso indicate nella scheda tecnica e/o sull'etichetta posta sulla confezione. Tra le accortezze principali ricordiamo: i contenitori non devono mai essere lasciati aperti; è bene non usare mai tappi di garza, sughero, gomma o altro, ma solo quelli originali; nel caso questi fossero smarriti, eliminare la soluzione disinfettante secondo le indicazioni. Anche se pur in un'ottica di risparmio e limite degli sprechi, è perentorio non rabboccare mai le soluzioni. Vanno poi segnate sulle confezioni le date di apertura e provvedere a non usare il prodotto oltre il tempo indicato nella scheda tecnica. Il rispetto per le temperature indicate come funzionali alla conservazione non è opzionale ed occorre adoperarsi per mantenere le soluzioni alle giuste temperature: le soluzioni disinfettanti devono essere conservate in luoghi freschi e al riparo dalla luce. Per garantire il mantenimento della stabilità chimico-fisica della soluzione disinfettante, la sua efficacia e la sicurezza dell'assistito consultare sempre la scheda tecnica e leggere l'etichetta posta sulla confezione, così da verificare la necessità di specifiche modalità di conservazione. (D'Addio, 2012)</p>
--	--	--	--	---	--

<p>Quali sono gli accorgimenti da adottare nel caso di pazienti immunocompromessi?</p>	<p>Incentivare l'utilizzo di rasoio elettrico, invece che lametta</p>	<p>Sostituzione della bottiglia dell'acqua frequente</p>	<p>Ricambio del liquido delle lenti a contatto ad ogni pulizia</p>	<p>Tutte le precedenti</p>	<p>Una serie di patologie rendono il paziente immunocompromesso: le difese immunitarie dell'organismo in questi soggetti divengono meno competenti nell'assolvere alla loro funzione, ovvero difendere la persona da infezioni provenienti dal mondo circostante. In questa tipologia di pazienti, ridurre il rischio di contrarre infezioni corrisponde ad un aumento significativo dell'aspettativa di vita. Sul piano assistenziale, l'OSS può collaborare in maniera importante con l'infermiere nell'abbattere la probabilità di contrarre infezioni nel paziente immunocompromesso. Tra le misure che l'OSS deve adottare ritroviamo innanzitutto l'istruzione di tutte le persone che entrano nella stanza di degenza a lavarsi le mani prima e dopo essere entrati. L'OSS dovrà incoraggiare il paziente, se in grado, a camminare per la stanza di degenza, così da prevenire il rischio di lesioni cutanee. Per la cura di sé del paziente, l'OSS lo supporterà per un'attenta igiene; per gli uomini è importante indicare l'utilizzo di un rasoio elettrico invece di taglienti per la rasatura (riduce il rischio di traumi cutanei). Per l'alimentazione l'OSS deve accertarsi che il menù preveda frutta e verdura cotta o privata della superficie esterna, così da ridurre la carica microbica potenziale di questi alimenti. Analogamente si dovrà sostituire frequentemente la bottiglia dell'acqua del paziente: i liquidi stagnanti sono potenziali campi di sviluppo per infezioni. Riguardo alle suppellettili ed al mobilio che circonda l'assistito, l'OSS deve premurarsi di evitare ogni possibile fonte di infezione attraverso una sanificazione accurata e il cambio di indumenti frequente: questo sia per il confort del paziente, sia per evitare che presidi come accessi venosi periferici o drenaggi vengano in contatto con materiale potenzialmente infetto. Altri piccoli accorgimenti che possono essere citati sono il cambio quotidiano del liquido per la protesi dentale, se presente, o delle lenti a contatto. In generale si dovrà tener conto di un livello di igiene più che accurato nei confronti di questi pazienti.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	---	--	--	----------------------------	---

<p>Per la sanificazione ambientale ordinaria di aree a basso rischio, qual è la tecnica più efficace per la pulizia dei pavimenti?</p>	<p>Tecnica a "W"</p>	<p>Tecnica a "M"</p>	<p>Tecnica a "S"</p>	<p>Tecnica a "O"</p>	<p>La sanificazione ambientale ordinaria contribuisce a prevenire la diffusione di malattie infettive e delle infezioni correlate all'assistenza, favorisce il confort ambientale e dell'assistito, garantendone la sicurezza. Alla realizzazione della sanificazione ambientale concorrono molte azioni: occorre regolare il microclima; svuotare e pulire i cestini con un panno umido; chiudere e stoccare i sacchetti negli ambienti dedicati. Non si deve dimenticare poi di pulire davanzali, prese, maniglie ed arredi ad altezza della persona con acqua e detergente. Per la detersione dei pavimenti la scopa non deve essere sollevata, ma trascinata con caratteristici movimenti a "S", procedendo dall'interno verso l'esterno; per essere corretta, la detersione deve prevedere prima il lavaggio e poi il risciacquo. Il materiale utilizzato (panni monouso, frange) e la soluzione detergente vanno sostituiti frequentemente. Si deve poi pulire i servizi igienici ed effettuare la loro disinfezione almeno una volta al giorno, ricordando di ricaricare i distributori di sapone liquido ogni qualvolta sia necessario e di ripristinare le salviette asciugamani, in quanto le mani umide al termine dell'asciugatura favoriscono il permanere e la moltiplicazione di microrganismi. (D'Addio, 2012)</p>
--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---

<p>I seguenti sono tutti accorgimenti validi nel posizionamento degli arti inferiori a letto, al fine di prevenire complicanze muscolo-scheletriche, ad esclusione di uno. Quale?</p>	<p>Agevolare la muscolatura, evitando l'iperestensione degli arti</p>	<p>Allineare gli arti rispetto alle articolazioni femorale e del ginocchio</p>	<p>Posizionare il piede con talloniere e ausili per mantenerlo a 90° rispetto alla caviglia</p>	<p>Garantire la naturale flessione laterale del piede, con la punta rivolta verso l'esterno, per il relax della persona</p>	<p>Nel posizionamento del paziente a letto è necessario garantire un corretto allineamento degli arti inferiori. In collaborazione con l'infermiere, l'OSS valuterà ad ogni contatto col paziente quale sia il suo stato di confort e se sia utile adottare misure per favorire un posizionamento più appropriato. Le più comuni posizioni a letto sono quella supina, laterale e prona. L'assistito che è costretto a letto per un periodo prolungato va tuttavia incontro al rischio di sviluppare complicanze muscolo-scheletriche secondarie alle posizioni assunte. Tra le più frequenti, si ricorda la rotazione esterna dell'anca. L'anca, per sua stessa anatomia, ha la tendenza a ruotare verso l'esterno quando la persona giace supina. Tale deformazione può essere efficacemente prevenuta ponendo un rotolo di tessuto tra la cresta iliaca e metà della gamba, così da fungere da cuneo e mantenere il trocantere nella sua fisiologica sede. Altra frequente complicanza del prolungato posizionamento a letto è l'equinismo del piede: in questo caso l'asse del piede forma con l'asse della gamba un angolo superiore all'angolo retto. In altri termini, la punta del piede tende ad essere rivolta verso il basso e nella successiva deambulazione si avrà l'anomalo appoggio della punta del piede al terreno. La causa è da rintracciare in una contrattura dei muscoli gastrocnemio e soleo, riconducibile al peso delle coperte sulle dita dei piedi, mancanza di esercizio fisico o una lesione del nervo peroneale. Per prevenire questa complicanza invalidante occorre che l'OSS posizioni degli ausili o cuscini per mantenere il piede ad angolo retto rispetto alla gamba quando il paziente è in posizione supina. L'OSS deve aver cura di verificare frequentemente che i mezzi utilizzati per il posizionamento del piede non creino forze di pressione non desiderate. Infine, è necessario che l'assistito venga esortato a svolgere esercizi per la caviglia più volte al giorno, quali dorsiflessione e flessione plantare del piede, flessione ed estensione delle dita.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
---	---	--	---	---	--

<p>Nella sanificazione ambientale periodica, quale tra questi elementi non è caratteristico di questo tipo di sanificazione?</p>	<p>Arredi alti</p>	<p>Termosifoni</p>	<p>Sanitari del bagno</p>	<p>Infissi e porte</p>	<p>Della presa in carico dell'assistito fa parte anche l'attenzione verso l'ambiente che lo circonda. La sanificazione ambientale periodica incide in maniera importante sulla diffusione delle malattie infettive e delle infezioni correlate all'assistenza, favorendo il confort ambientale, nonché la sicurezza dell'assistito. La sanificazione è un'attività che riguarda il complesso di procedimenti e operazioni atti a rendere salubre un determinato ambiente mediante le attività di pulizia, di detergenza e/o la successiva disinfezione. Nel mondo anglosassone è in uso anche il termine sanitizzazione per la disinfezione nelle industrie alimentari o, in genere, negli ambienti non ospedalieri. Si distingue una sanificazione quotidiana, costituita dall'insieme delle operazioni necessarie per la rimozione e l'asportazione di qualsiasi rifiuto e traccia di sporco e polvere da tutte le superfici dure, resilienti e tessili sia orizzontali che verticali, ad esclusione delle superfici interne degli arredi, fino ad un'altezza massima di 2 metri e facilmente accessibili, soggette a formazione quotidiana di sporco. Le operazioni si devono effettuare con l'utilizzo di macchine, attrezzature e prodotti chimici in grado di salvaguardare lo stato d'uso e la natura dei differenti substrati. La sanificazione periodica, invece, provvede all'igiene di parti dell'ambiente assistenziale non così limitrofe al paziente, come pure approfondisce ed intensifica la sanificazione quotidiana con metodi più accurati. Sono oggetto della sanificazione periodica per esempio gli arredi e le superfici senza limiti di altezza; gli infissi e le porte; i termosifoni. Quindi la differenza con la sanificazione quotidiana è l'estensione della prestazione alle superfici nella loro interezza e non più ad altezza di persona. Si applica inoltre un grado di dettaglio maggiore nella pulizia delle singole parte componibili i presidi circostanti l'assistito. All'OSS può essere assegnata la sanificazione ambientale, sebbene ad oggi non sia questa un'attribuzione comune per questa categoria di professionisti: la sanificazione è infatti comunemente attribuita a fornitori esterni. (D'Addio, 2012) (https://www.anmdo.org/wp-content/uploads/2017/11/Sanificazione.pdf)</p>
--	--------------------	--------------------	---------------------------	------------------------	--

<p>Quale posizione preferire nella minzione per un efficace svuotamento della vescica in un paziente affetto da ipertrofia prostatica?</p>	<p>Seduto</p>	<p>Con le ginocchia flesse</p>	<p>In piedi</p>	<p>Con gli arti inferiori divaricati</p>	<p>L'ipertrofia prostatica è un ingrossamento benigno della prostata, una ghiandola presente solo nel genere maschile, responsabile della produzione di parte del liquido seminale. Una progressiva ipertrofia prostatica è fisiologica e si accompagna all'incedere dell'età. Il paziente con ipertrofia prostatica si presenta con un generale peggioramento dei sintomi correlati al riempimento della vescica: il paziente, durante la notte, avverte spesso la necessità di urinare, costringendolo a frequenti risvegli (nicturia). Anche durante la giornata si trova ad urinare molte volte, e tale necessità è avvertita spesso come bisogno di farlo in modo precipitoso (urgenza minzionale), tanto da limitare, a lungo andare, le sue uscite o la frequentazione di luoghi dove non si trovi un bagno. Inoltre il paziente riferisce una potenza del mitto ridotta o inefficace; uno sforzo per poter urinare; la sensazione di incompleto svuotamento della vescica dopo aver terminato la minzione; lo sgocciolamento al termine della minzione, fino ad arrivare, nei casi più gravi, a ritenzione urinaria acuta. Le cause non sono ancora del tutto note, anche se si ritiene che il calo fisiologico dell'ormone testosterone sia inversamente correlato all'aumentare dell'ipertrofia prostatica benigna. Tra i fattori predisponenti l'attività fisica gioca un ruolo importante nella prevenzione. È consigliabile quindi: praticare un regolare e moderato esercizio fisico quotidiano; seguire una dieta ricca di frutta e verdura; limitare il consumo di cibi grassi e carni rosse, moderando l'assunzione di tutti quegli alimenti che causano irritazione, come per esempio peperoncino, birra, insaccati, spezie, pepe, formaggi e fritti. Sul piano assistenziale l'OSS dovrà disincentivare l'assunzione di liquidi la sera, ridistribuendoli durante tutto l'arco della giornata. Infine, relativamente al modello di eliminazione urinaria, l'OSS incentiverà l'assistito a cercare di svuotare del tutto la vescica: in questo caso può esser d'aiuto consigliare di urinare stando seduti.</p> <p>(https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/i/ipertrofia-prostatica#cause)</p>
--	---------------	--------------------------------	-----------------	--	---

<p>Dovendo gestire la sicurezza dell'assistito, l'OSS procede a quale delle seguenti operazioni per l'unità di vita?</p>	<p>Sanificazione</p>	<p>Igiene</p>	<p>Pulizia</p>	<p>Disinfezione</p>	<p>La sanificazione dell'unità di vita dell'assistito gli assicura il confort dovuto e previene il rischio di infezioni. Va in primo luogo ricordato il significato di ogni risposta. La pulizia è l'insieme di operazioni che occorre praticare per rimuovere lo sporco visibile di qualsiasi natura (polvere, grasso, liquidi) da qualsiasi tipo di ambiente, superficie, macchinario. Si ottiene con la rimozione manuale o meccanica dello sporco con acqua e/o sostanze in grado di asportare lo sporco. La pulizia è un'operazione preliminare indispensabile ai fini delle successive fasi di sanificazione e disinfezione. La sanificazione è un intervento mirato ad eliminare alla base qualsiasi batterio ed agente contaminante che con le comuni pulizie non si riesce a rimuovere. La sanificazione si avvale di prodotti chimici detergenti, per riportare il carico microbico entro standard di igiene accettabili ed ottimali che dipendono dalla destinazione d'uso. È obbligatoria prima della disinfezione. La disinfezione consiste nell'applicazione di agenti disinfettanti, quasi sempre di natura chimica o fisica (calore), che sono in grado di ridurre, tramite la distruzione o l'inattivazione, il carico microbiologico presente su oggetti e superfici da trattare. La disinfezione consente di distruggere i microrganismi patogeni. Per la prestazione occorre dotarsi di: detergente/disinfettante liquido, panni per la sanificazione di diverso colore, panni per l'asciugatura, bacinella o contenitore per acqua, secchi per la sanificazione di diverso colore, acqua. L'OSS avrà cura di indossare i guanti ed i DPI se indicato. Occorre prestare attenzione a costituire il detergente/disinfettante come indicato dalle istruzioni d'uso, con le corrette diluizioni se necessarie. L'OSS deve ricordare di detergere le suppellettili (portaluci, dispositivo di chiamata) localizzati al di sopra della testiera del letto, procedendo dall'alto verso il basso. Per sanificare il letto occorre partire dalla testiera fino alla parte inferiore del letto, dall'alto verso il basso, dalla zona più pulita alla zona più sporca. Tale azione riduce la possibilità di trasferimento di microrganismi da una parte all'altra del presidio. Bisogna poi asciugare tamponando ogni singola parte. Per sanificare il comodino ricordarsi di detergere ogni sua superficie: piano di appoggio, componenti interne, poi l'esterno dall'alto verso il basso e dalla zona più pulita a quella più sporca. Infine, bisognerà asciugare tamponando ogni singola parte. Per detergere l'armadio si procede pulendo prima all'interno e poi all'esterno, dalla parte più alta a quella più bassa e dalla parte più pulita a quella più sporca. Alla dimissione del paziente si procede anche alla disinfezione dell'unità di vita, (D'Addio, 2012)</p>
--	----------------------	---------------	----------------	---------------------	---

<p>In un paziente con disturbi della coagulazione del sangue, è necessario adottare tutte le seguenti misure, a eccezione di una. Quale?</p>	<p>Monitoraggio attento di ogni lesione</p>	<p>Alimentazione mirata con riduzione di verdure a foglia larga e cavoli</p>	<p>Utilizzo di uno spazzolino a setole morbide</p>	<p>Utilizzo del rasoio elettrico</p>	<p>La coagulazione del sangue o coagulazione ematica è il risultato di una serie di processi nei quali, all'interno o all'esterno di un vaso sanguigno, si viene a formare un coagulo. Le malattie emorragiche possono dipendere dall'alterazione quantitativa e/o qualitativa, congenita o acquisita, di una sola fase o fattore che porta alla coagulazione, ovvero al formarsi del tappo emostatico in caso di lesione. Tra queste malattie ricordiamo l'emofilia, di natura ereditaria; la carenza di vitamina k, più rara negli adulti, ma possibile nel bambino appena nato, dove si riscontra la malattia emorragica del neonato (di solito ai neonati viene somministrata un'iniezione di vitamina K che li protegge da questa malattia); la cirrosi epatica e l'epatite, che incidono sulla coagulazione in quanto tutti i fattori della coagulazione vengono prodotti nel fegato. Per prevenire il rischio di sanguinamento, che in questi pazienti si tradurrebbe in emorragia esterna, il paziente viene istruito ed aiutato a modificare alcune sue abitudini quotidiane: negli uomini si consiglia di usare un rasoio elettrico, preferendolo alla lametta; in tutti i soggetti si previene il sanguinamento delle gengive incentivando l'uso di uno spazzolino a setole morbide; dopo una venipuntura, è necessario ridurre il rischio di emorragia premendo a lungo il sito di iniezione o prelievo, per un tempo più prolungato rispetto a quello che si impiega per un soggetto in buone condizioni generali; in caso di lesione accidentale, questa dovrà essere trattata con ogni accorgimento e monitoraggio nel tempo; nell'alimentazione sarà importante, soprattutto in caso di carenza di vit. K, assumere verdure con foglia larga e cavoli di ogni specie, per il loro contenuto particolare, appunto, di questa vitamina. Sul piano assistenziale, per i pazienti allettati sarà necessario ricorrere a imbottitura delle sponde, se necessarie. Per le persone che deambulano, ma con andatura incerta, potrà essere necessario adottare le misure necessarie per i pazienti a rischio di caduta, comprendendo indumenti coprenti che limitino il rischio di ferite accidentali. Il paziente di qualsiasi età dovrà essere costantemente informato su tutte le procedure, così da ridurre al minimo la sua agitazione. (Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	---	--	--	--------------------------------------	---

<p>Nella decontaminazione e detersione dei presidi, quale accorgimento è utile adottare per prevenire la corrosione dei materiali?</p>	<p>Asciugare tamponando ogni singola parte del presidio</p>	<p>Applicare sul presidio asciugatura a vapore</p>	<p>Utilizzare spazzole metalliche per la pulizia</p>	<p>Sostituire periodicamente i componenti smontabili del presidio</p>	<p>La sanificazione e la manutenzione dei presidi aiuta a prevenire il rischio di infezioni, garantire la sicurezza dell'assistito, nonché mantenere l'integrità dei presidi ed il loro corretto funzionamento. All'OSS potrà essere affidata la prestazione della decontaminazione e quindi della pulizia di presidi per il successivo invio alla centrale di sterilizzazione; oppure, a seconda dell'organizzazione interna del servizio/struttura, la sola decontaminazione da effettuare in loco, per inviare subito dopo i presidi alla centrale unica di gestione. Per la prestazione occorre dotarsi di: scheda tecnica dei presidi da sanificare; decontaminante liquido; detergente/disinfettante liquido; panni per la pulizia; panni per l'asciugatura; bacinella e contenitore per l'acqua; acqua. L'OSS avrà cura di indossare i DPI indicati. Occorre costituire il detergente ed il disinfettante come indicato da istruzioni d'uso. Bisogna eseguire la pulizia delle singole parti con i panni indicati o con spazzole per la pulizia interna ed esterna dello strumentario sia rigido che flessibile. Possono essere messe a disposizione spazzole specifiche per pulizie particolari, ad esempio per canali interni, per sporco ostinato con setole in acciaio e ottone; così come prodotti disincrostanti e lubrificanti. I principi sono quelli generali: si procede dalla parte più pulita alla più sporca, dall'alto verso il basso. Per prevenire la formazione di umidità e quindi la corrosione del materiale, l'OSS avrà cura di asciugare tamponando ogni singola parte del presidio. Successivamente, provvedere a riassembleare il presidio secondo le indicazioni riportate nella scheda tecnica. Ricordarsi di controllare il funzionamento del presidio, assicurandosi che l'assemblaggio sia corretto. Dopo aver riordinato il materiale utilizzato ed i locali, sarà opportuno procedere al lavaggio sociale delle mani ed infine registrare la prestazione sulla documentazione organizzativa, segnalando eventuali non conformità. (D'Addio, 2012)</p>
--	---	--	--	---	--

<p>Nel paziente con patologia infiammatoria dell'intestino, quale aspetto deve essere attentamente monitorato nell'igiene perineale?</p>	<p>Aree di arrossamento od irritazione della zona perianale</p>	<p>Neoformazioni</p>	<p>Cute fredda e disidratata</p>	<p>Dolori crampiformi al momento della defecazione</p>	<p>Le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) sono un gruppo di alterazioni croniche a carattere flogistico, che interessano il grosso intestino (rettocolite ulcerosa) o qualsiasi tratto del tubo digerente, dalla bocca all'ano (morbo di Crohn). Si caratterizzano per il fatto che il processo infiammatorio col tempo porta ad una modifica importante dell'anatomia e fisiologia intestinale, con il potenziale sviluppo di varie complicanze. Sul piano assistenziale, l'OSS può collaborare in maniera importante nel garantire, insieme all'infermiere, il confort ed il benessere del paziente. Attenzione primaria deve essere offerta all'eliminazione intestinale, in questi casi tipicamente frequente e caratterizzata da feci poco formate. Si avrà cura di garantire che il bagno sia facilmente raggiungibile e/o la padella sia sempre disponibile, favorendo un ambiente sempre pulito e privo di odori. Nei casi di diarrea acuta, il medico potrà indicare il riposo a letto per ridurre la peristalsi. La cute dell'assistito, in particolare nell'area perianale, deve essere valutata costantemente: aree di arrossamento o di irritazione in corrispondenza delle prominenze ossee non devono essere sottovalutate. Sarà necessario eseguire una scrupolosa igiene perineale, avendo cura di utilizzare prodotti detergenti con ph neutro, risciacquando abbondantemente, tamponando la cute per asciugarla in modo da evitare microtraumi favorenti successive abrasioni. Attenzione particolare dovrà esser poi prestata anche agli indumenti intimi, necessariamente di cotone, per favorire la traspirazione. Andrà offerta infine una corretta alimentazione e idratazione al paziente, per ripristinare le perdite cospicue di liquidi. Nei casi di iniziali arrossamenti in zona sacrale o perineale, si dovrà subito informare l'infermiere, per valutare l'eventuale utilizzo di presidi per la prevenzione di lesioni da pressione, in relazione a una valutazione più ampia che l'infermiere dovrà svolgere.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	---	----------------------	----------------------------------	--	--

Per i dispositivi medici, qual è il tempo di immersione nel disinfettante per la decontaminazione?	2-6 ore	30-60 minuti	5-10 minuti	Fino a 20 minuti	<p>La preparazione dei dispositivi medici per la loro sterilizzazione e conservazione post-trattamento è un importante compito dell'OSS. La sterilizzazione dei presidi medico chirurgici previene la diffusione delle malattie infettive e delle infezioni correlate all'assistenza; la corretta preparazione a questa metodica di sanificazione contribuisce a mantenere inalterate le caratteristiche e la funzionalità dispositivo. Per decontaminazione dello strumentario chirurgico, si intende la procedura alla quale devono necessariamente essere sottoposti tutti gli strumenti riutilizzabili. L'intervento di decontaminazione deve essere effettuato su tutti i presidi riutilizzabili, venuti a contatto con materiale biologico potenzialmente infetto. Deve essere realizzata immergendo gli oggetti in una soluzione disinfettante senza essere preventivamente detersi, appena possibile dopo l'uso. Se la decontaminazione viene effettuata con prodotti disinfettanti di riconosciuta efficacia, si riducono notevolmente i rischi di contatto dell'operatore con materiale biologico infetto. L'OSS deve necessariamente indossare i DPI richiesti, quali il grembiule plastificato o un sovracamice, guanti di gomma coprenti, mascherina, visiera di protezione per gli occhi e il viso. I tempi di immersione dello strumentario chirurgico nel liquido disinfettante non deve mai essere inferiore ai 20 minuti e comunque si consiglia di rispettare i tempi consigliati dal fabbricante riportati nella scheda tecnica del prodotto. Per la decontaminazione possono essere utilizzati anche agenti fisici (vapore - 10 minuti circa). È comunque importante ricordare che la sola operazione di decontaminazione non è sufficiente a garantire l'eliminazione completa del rischio infettivo. È necessario pertanto eliminare la soluzione disinfettante dallo strumentario, quindi procedere ad un'accurata detersione manuale o con lavastumenti automatiche o ad ultrasuoni; successivamente a questa fase, si deve procedere al risciacquo in acqua corrente per rimuovere ogni residuo di detergente. A questo punto si potrà predisporre il confezionamento e successivamente procedere alla sterilizzazione in autoclave.</p> <p>(https://appsricercascientifica.inail.it/soluzioni/dettsol.asp?q=is093it.htm)</p>
--	---------	--------------	-------------	------------------	--

<p>Le seguenti sono tutte misure alternative alla contenzione fisica, esclusa una. Quale?</p>	<p>Ambiente confortevole, con luci soffuse</p>	<p>Compagnia individuale</p>	<p>Atteggiamento empatico, contatto fisico e tecniche di rilassamento</p>	<p>Atteggiamento direttivo nel momento di reattività dell'assistito</p>	<p>La contenzione è un trattamento a cui è lecito ricorrere in rarissimi casi, sia in ambito ospedaliero, che in residenze dedicate. L'unica ragione che può giustificare l'utilizzo di sistemi di contenzione è la tutela della sicurezza del paziente. Si possono distinguere quattro tipi di contenzione: 1. contenzione fisica, che si ottiene con presidi applicati sulla persona o usati come barriera nell'ambiente, che riducono o controllano i movimenti; 2. contenzione chimica, che si ottiene con farmaci che modificano il comportamento, come tranquillanti e sedativi; 3. contenzione ambientale, che comprende i cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllarne i movimenti; 4. contenzione psicologica o relazionale o emotiva, con la quale ascolto e osservazione empatica riducono l'aggressività del soggetto perché si sente rassicurato. È doveroso sottolineare che l'applicazione di contenzione, se non prescritta e giustificata da reali necessità cliniche, può configurare reato di sequestro di persona, violenza privata e maltrattamento, sfociando addirittura in lesioni personali colpose e omicidio colposo se l'atto arrivasse a provocare danni o morte alla persona. L'utilizzo di soluzioni alternative è sempre auspicabile e preferibile. L'OSS può efficacemente collaborare per sostenere misure come: una compagnia individuale, che incentivi la dinamica relazionale col paziente; l'ascolto attivo e un atteggiamento empatico, il contatto fisico e le tecniche di rilassamento; un ambiente confortevole, con luci soffuse ed eliminazione dei rumori di sottofondo e degli oggetti potenzialmente dannosi; la distrazione, con attività occupazionali o di socializzazione. Sarebbe opportuno mantenere caldo ed accogliente il clima interno alle stanze, con una musica dolce e rilassante di sottofondo; sarebbe necessario inoltre ridurre al minimo la mancanza di privacy e la convivenza forzata.</p> <p>(https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/05/Item-24_La-contenzione-fisica-e-farmacologica.pdf)</p>
---	--	------------------------------	---	---	---

<p>Nel posizionamento prono dell'assistito, quale controllo deve essere effettuato primariamente?</p>	<p>Coprire l'assistito</p>	<p>Abdurre le spalle a 90°</p>	<p>Divaricare gli arti inferiori</p>	<p>Controllare il posizionamento di naso e bocca</p>	<p>La posizione prona è una tra quelle utilizzate per la rotazione delle posture in letto, sebbene possa essere utilizzata solo per un numero assai limitato di pazienti. La posizione prona prevede il posizionamento del paziente con il lato ventrale verso il basso e la zona dorsale verso l'alto. In una persona sana e autonoma questa posizione diviene facilmente gestibile, ma in un paziente allettato e immobilizzato è necessario ricorrere all'intervento di operatori per assumerla. L'obiettivo di questo posizionamento è l'attivazione degli alveoli altrimenti esclusi, la mobilizzazione delle secrezioni, il miglioramento degli scambi gassosi per la più ampia espansione toracica. In genere viene adottata in ambiti particolari: degenze per grandi ustionati, terapie intensive. A posizione effettuata si andrà a valutare ogni singolo distretto corporeo, partendo dalla testa e dal collo: dopo aver posizionato la testa di lato, è necessario controllare subito naso e bocca dell'assistito, per verificare la corretta respirazione. Gli arti possono essere posizionati in vari modi, ma è importante ricordare che la posizione delle braccia grava principalmente sulle articolazioni scapolo/omerali. Il rischio di compromissione dell'integrità cutanea è trasversale a tutti i distretti corporei che poggiano sul piano del letto. Per quanto riguarda gli arti inferiori, le articolazioni che risentono di più della pronazione sono la caviglia e il piede in quanto, se non si pone il piede dritto, si avrà un accorciamento del tendine d'Achille e un allungamento dei muscoli anteriori della gamba. Se invece si pone il piede al di fuori del letto, si avrà un aumento della pressione a livello del dorso del piede. In quest'ultimo caso si potrebbe sostenere il piede tramite un cuscino o un rotolo di lenzuolo, facendo attenzione al relativo aumento della pressione a livello dell'alluce e delle ginocchia. Ulteriore accorgimento da adottare è la sistemazione di cuscini a protezione di mammelle e dello scroto.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
---	----------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

Quali alimenti privilegiare per la dieta di un assistito con meteorismo?	Cibi ricchi di grassi, latte e cavoli	Mele, melone, agrumi, ananas, pere	Vino frizzante, bibite gassate, dolci, frappè	Cipolle, cardi, castagne, legumi	<p>Il termine meteorismo è usato per indicare una sovrabbondante presenza di gas nell'intestino. Il sintomo con cui si manifesta più frequentemente è il gonfiore addominale, che porta con sé la sensazione di pienezza e distensione, a volte associata ad un reale aumento della circonferenza addominale. Nei casi più complicati, si può riscontrare anche dolore associato a crampi addominali, eruttazione e flatulenza. Fisiologicamente l'intestino produce gas come prodotto di scarto della digestione, che viene poi assorbito dal sangue ed eliminato attraverso la respirazione. I gas di scarto sono costituiti da ossigeno, azoto, anidride carbonica, metano, idrogeno, che derivano dall'attività fermentativa dei batteri intestinali sui nutrienti, specie carboidrati e proteine. Le problematiche legate al meteorismo insorgono quando il gas prodotto nell'intestino non riesce ad essere adeguatamente smaltito. La causa più frequente di questo disturbo si rintraccia in un'inadeguata dieta, con cibi e bevande che stimolano il meteorismo. Sul piano assistenziale, l'OSS può supportare l'assistito affetto da meteorismo, garantendo un regime dietetico adeguato, come da prescrizione infermieristica e/o dietistica. Si deve istruire il paziente/caregiver a diminuire l'assunzione di cibi favorevoli lo sviluppo di gas intestinali, quali: latte e prodotti caseari freschi; brassicacee (rape, verza, cavolfiore e cavolo); cipolle; cardi; legumi (ceci, fagioli, lenticchie); cibi ricchi di grassi; acqua e bibite gassate; spumanti e vini frizzanti; panna montata; frappé; maionese; pane fresco; dolci; chewing-gum; caramelle; castagne. È opportuno inoltre evitare di bere con la cannuccia, che porta a ingerire aria inutile. L'OSS avrà cura poi di disincentivare l'assunzione di alimenti di difficile digestione, che possono rallentare il processo digestivo e quindi favorire la permanenza degli alimenti nel tratto gastroenterico. Come consigli alimentari si deve, invece, incentivare l'assunzione di acqua e tisane a base di finocchio e anice, soprattutto a fine pasto. Queste due misure contribuiscono, infatti, ad aumentare la peristalsi intestinale, prevenire la stitichezza e promuovere l'espulsione dei gas.</p> <p>(https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/m/meteorismo#terapia) (https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/alimentazione/attenzione-ai-cibi-ad-alta-fermentazione)</p>
--	---------------------------------------	------------------------------------	---	----------------------------------	--

<p>L'informazione sul percorso di cura deve essere fornita anche al bambino. Come può essere gestita?</p>	<p>Attraverso l'esclusivo ricorso ai genitori, senza i quali non si può procedere</p>	<p>Con il suo coinvolgimento diretto attraverso il gioco</p>	<p>Con la promessa di premi se si comporterà bene</p>	<p>Offrendogli tutte le informazioni, comprensive di dettagli, ma in più momenti</p>	<p>Il presupposto da cui partire nell'informazione al bambino è che deve sentirsi costantemente considerato e rispettato. La fiducia, il rispetto, la sincerità sono alla base di una relazione efficace: è importante che il bambino avverta questi sentimenti da parte di tutti gli operatori fin dal primo incontro. Dal momento che le prime impressioni sono molto importanti, ogni operatore dovrebbe avvicinare il bambino in modo cordiale, offrendo supporto e incoraggiamento, mostrando interesse nei suoi confronti. Anche se piccolo, il bambino può e deve essere adeguatamente informato: solo se sa cosa gli può accadere, diminuirà la tensione, lo spavento, il senso di impotenza. L'atteggiamento degli operatori dovrà pertanto essere rassicurante, ma nel contempo sincero, e determinato. Troppe informazioni o dettagli irrilevanti devono essere evitati, poichè gli creerebbero ansia e confusione; la scelta delle informazioni effettivamente necessarie dipenderà dalla sua età e dalla sua percezione della malattia. I genitori, d'altra parte, non possono essere l'unico soggetto in gioco per l'informazione, pur senza mai escluderli: piuttosto ci si deve rivolgere al bambino e ai genitori coinvolgendoli in un unico momento. Ad esempio, prima di una procedura dolorosa, è opportuno informare il bambino su cosa gli accadrà, magari organizzando le informazioni e le istruzioni attraverso il gioco. È possibile simulare le procedure a cui dovrà essere sottoposto (prendere lo sciroppo, fare un prelievo) su una bambola, e poi chiedere al bambino di fare altrettanto. Gli oggetti usati possono includere quelli che saranno poi effettivamente utilizzati, in modo che il bambino familiarizzi con questi. Sebbene i genitori utilizzino spesso la ricompensa per far accettare al bambino una procedura dolorosa o estranea, in psicologia non si ritiene proficuo far sviluppare questa associazione. Ricordiamo quanto indicano oggi molte Carte dei Diritti del bambino in ospedale, a partire da quella del 1988, all'origine di tutte: il bambino e i suoi genitori hanno il diritto ad essere informati in modo adeguato all'età e alla loro capacità di comprensione; il bambino e i suoi genitori hanno il diritto di essere informati e coinvolti nelle decisioni relative al trattamento medico.</p> <p>(Cianfanelli, D'Addio, Capecchi, Donati, 2012)</p>
---	---	--	---	--	--

<p>Tutti i seguenti sono principi da rispettare per il corretto posizionamento del paziente sul tavolo chirurgico, escluso uno. Quale?</p>	<p>Garantire un'adeguata espansione toracica</p>	<p>Evitare pressioni non desiderate sulle terminazioni nervose</p>	<p>Favorire la corretta esposizione della zona interessata a chirurgia</p>	<p>Posizionare l'arto superiore per l'induzione dell'anestesia per via infusiva</p>	<p>Il posizionamento del paziente sul letto operatorio dipende dal tipo di intervento e dalle condizioni fisiche dell'assistito. Un errato posizionamento può comportare conseguenze importanti: oltre alla mancanza di confort per il paziente (si deve ricordare che non tutti gli interventi chirurgici avvengono in anestesia totale), vi è la possibilità di lesioni permanenti secondarie a iperestensione delle articolazioni, compressione delle arterie, dei nervi, delle prominenze ossee. Nel collaborare al posizionamento dell'assistito sul tavolo chirurgico, l'OSS deve tener conto dei seguenti principi: la posizione che si fa adottare alla persona deve essere la più confortevole possibile nella situazione obbligata; l'area chirurgica deve essere esposta in maniera funzionale all'intervento; la circolazione del sangue non deve essere ostacolata od ostruita da posizioni obbligate che esercitano pressioni non desiderate; la posizione non deve influire negativamente sulla respirazione, il torace deve avere il giusto spazio per espandersi. Le terminazioni nervose devono essere salvaguardate da pressioni costanti e prolungate, tipiche di mal posizionamenti che possono arrivare a causare anche lesioni o addirittura paralisi; a tal fine, i sostegni per le spalle devono essere bene imbottiti. In concomitanza con pazienti "fragili" (magri, anziani od obesi) devono a maggior ragione essere adottate tutte le precauzioni per la tutela della loro sicurezza, già resa precaria dalle condizioni di base. Nel caso infine che si presenti agitazione psicomotoria durante l'induzione dell'anestesia e al risveglio, è necessario porre delicatezza nel mobilizzarlo o nel limitare i suoi movimenti. Tra le posizioni più comunemente adottate sul tavolo operatorio si ricordano: quella supina; la litotomica (tipica ginecologica); la Trendelenburg (tronco reclinato rispetto a bacino ed arti inferiori); la laterale. Una volta terminato l'intervento chirurgico il paziente dovrà restare nella sala di osservazione per un periodo che può variare da intervento a intervento, monitorato da un infermiere.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	--	--	--	---	---

<p>Le seguenti sono tutte situazioni in cui è indicato far ricorso alla frizione delle mani con soluzione alcolica, esclusa una. Quale?</p>	<p>Quando le mani sono entrate in contatto con il sistema di chiamata dell'assistito</p>	<p>Prima di entrare nella stanza dell'assistito</p>	<p>Dopo aver aiutato l'assistito all'assunzione del pasto</p>	<p>Quando le mani sono visibilmente sporche</p>	<p>La frizione delle mani contribuisce in maniera importante nel ridurre la flora batterica transitoria presente sulle mani, prevenire la diffusione di malattie infettive e delle infezioni correlate all'assistenza. Il frizionamento delle mani con soluzioni alcoliche è identificato come opportuno in alcune situazioni: nell'igiene delle mani non visibilmente sporche; prima e dopo essere entrati in contatto con l'assistito o suoi effetti personali; all'uscita della stanza di degenza, se non si sono effettuate manovre particolari. Per l'efficacia di questo tipo di lavaggio delle mani è però necessario che si evitino manovre scorrette come le seguenti: una volta aperto un nuovo flacone, ricordarsi di apporvi la data di apertura ed il periodo entro cui utilizzare la soluzione; non rabboccare mai flaconi ammezzati; utilizzare una quantità di prodotto da versare nel palmo della mano sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani. Per la sequenza corretta del lavaggio si procede nel seguente modo: frizionare le mani palmo contro palmo; portare il palmo destro sopra il palmo sinistro, intrecciando le dita tra loro, e viceversa; appoggiare il dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra di loro, effettuando una frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa; proseguire con lo stesso movimento rotazionale, in avanti ed indietro, con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa. Il tempo necessario ad effettuare il lavaggio delle mani con soluzione alcolica è stimato in circa 20-30 secondi. Il frizionamento con soluzione alcolica non deve essere utilizzato quando le mani sono visibilmente sporche: in questo caso è indicato ricorrere al lavaggio sociale. In caso invece di contatto accidentale con liquidi organici sulla cute dell'operatore si deve immediatamente porre la parte del corpo venuta a contatto sotto acqua corrente, lavare con acqua e sapone, quindi disinfettare. In quest'ultimo caso si deve procedere anche a segnalare l'infortunio e effettuare i prelievi ematici del caso.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
---	--	---	---	---	---

<p>Nel caso un paziente oncologico lamenti nausea e abbia avuto episodi di vomito, quale dei seguenti interventi è indicato?</p>	<p>Fornire alimenti sapidi e guarniti, che stimolino l'appetito</p>	<p>Proporre la visione e il profumo di cibi per incentivare l'assistito ad alimentarsi</p>	<p>Offrire i cibi preferiti, verificando con l'assistito</p>	<p>Incentivare pasti sostanziosi, con grassi e proteine, per favorire la ripresa dell'assistito</p>	<p>Il paziente con patologia neoplastica è spesso sottoposto a combinazione di varie terapie combinate tra loro (es. chemioterapia e radioterapia), per rallentare lo sviluppo o ridurre la massa tumorale. Le terapie utilizzate, a causa della loro aggressività, portano con loro benefici, ma anche effetti collaterali. Uno degli effetti più invalidanti e tipici della chemioterapia è la comparsa di nausea e vomito. In collaborazione con l'infermiere, l'OSS può adoperarsi per attuare interventi finalizzati alla riduzione di episodi di nausea e vomito prima, durante e dopo l'assunzione della chemioterapia da parte dell'assistito. In primo luogo si cercherà di comprendere se in pregressi episodi di nausea e vomito siano identificabili fattori scatenanti modificabili per il singolo paziente, come situazioni che creano ansia e stress. Successivamente si procederà a rilevare le preferenze del paziente in merito al cibo, che spesso variano da prima a dopo l'assunzione di chemioterapici: iniziata la chemioterapia, ogni assistito risponde infatti alla preferenza per un alimento o l'altro in modo diverso, e anche in misura diversa rispetto a prima della terapia. In generale, la dieta dell'assistito deve essere ricca di cibi che alleviano nausea e vomito: devono per esempio essere evitati cibi speziati, troppo saporiti, dando invece preferenza a condimenti leggeri che agevolino la digestione. L'OSS potrà educare l'assistito/il caregiver ad evitare, durante il pasto, esperienze sgradevoli, come odori, suoni o visioni non graditi al paziente: l'ipoalimentazione può essere dovuta a stimoli avvertiti come negativi. A tal fine può essere utile rendere l'ambiente circostante silenzioso e calmo, favorendo le interazioni sociali desiderate dalla persona. Seguendo la prescrizione dietetica indicata, l'OSS avrà poi cura di incentivare l'assunzione di cibi ad alto contenuto calorico e proteico, se e quando possibile, in quanto alimenti utili a mantenere lo stato nutrizionale durante i periodi di aumentate necessità metaboliche. Un accorgimento utile a prevenire nausea e vomito può essere il fornire pasti frequenti ma ridotti, così da non raggiungere mai un fastidioso senso di pienezza. (Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	---	--	--	---	---

<p>Se si effettua il lavaggio sociale delle mani, qual è l'accorgimento necessario per chiudere il rubinetto una volta effettuato il risciacquo finale?</p>	<p>Chiudere il rubinetto con il polso</p>	<p>Chiudere il rubinetto con il gomito</p>	<p>Chiudere il rubinetto usando la salvietta predisposta</p>	<p>Far chiudere il rubinetto ad altri</p>	<p>Il lavaggio sociale delle mani è efficace nel ridurre la flora batterica transitoria presente sulle mani, prevenire la diffusione delle malattie infettive e delle infezioni correlate all'assistenza, quindi garantire la sicurezza dell'assistito e dell'operatore. Per il lavaggio sociale delle mani occorrono acqua e sapone detergente, salviette monouso, lavandino dedicato di materiale non poroso dotato di rubinetto a gomito o pedale. Si procede aprendo il rubinetto e bagnando le mani con acqua corrente. Si applica poi una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani. Si ha cura di continuare frizionando le mani palmo contro palmo: è necessario portare il palmo destro sopra il palmo sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa. Si appoggia poi il dorso delle dita contro il palmo opposto, tenendo le dita strette tra loro. In questa fase è necessario effettuare una frizione rotazionale del pollice sinistro nel palmo destro e viceversa. Ricordarsi di risciacquare le mani con acqua corrente, facendo in modo che scorra dall'avambraccio verso le punte delle dita. Infine, si avrà cura di asciugare le mani con una salvietta monouso, chiudendo poi il rubinetto usando la salvietta medesima. Quando occorre lavarsi le mani? Tutte le volte che sono visibilmente sporche; prima e dopo il contatto con la persona assistita; dopo il contatto con ciò che sta attorno alla persona assistita; prima e dopo l'uso dei guanti. Il tempo necessario ad effettuare correttamente il lavaggio delle mani con acqua e sapone è di 40-60 secondi. Per il lavaggio sociale delle mani sono oggi ampiamente a disposizione gel a base alcolica per il frizionamento delle mani, che può sostituire solo in alcune occasioni il lavaggio con acqua e detergente: ad esempio non è il caso di utilizzare questa modalità quando le mani sono visibilmente sporche o contaminate con materiale biologico.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
---	---	--	--	---	---

<p>Nella presa in carico di pazienti di cultura diversa, quale delle seguenti opzioni è preferibile?</p>	<p>Tradurre per iscritto nella lingua del paziente quanto si deve comunicare gli</p>	<p>Ricorrere a un interprete, meglio se un familiare</p>	<p>Utilizzare un vocabolario per essere sicuri di non sbagliare termini</p>	<p>Ricorrere alla mediazione linguistico-culturale</p>	<p>Per instaurare un ambiente in cui sia garantita un'assistenza adeguata, un elemento fondamentale è una comunicazione efficace. Questa diventa ancora più essenziale quando la presa in carico fa incontrare operatori e assistiti di culture diverse tra loro. Durante la malattia ogni persona vive una fase di difficoltà: questa è accentuata se non si riesce a comprendere e a dialogare con i curanti. Nei confronti della persona di diversa cultura e lingua, è importante non ricorrere a mezzi improvvisati: non si può certo pensare a farsi comprendere utilizzando un vocabolario, che intanto non esiste per tutte le lingue e soprattutto non assolve alla vera necessità, che non è solo il 'tradurre' nella lingua del paziente, ma è far comprendere col suo codice linguistico un nostro messaggio. La vera necessità è infatti quella di utilizzare i termini adeguati da utilizzare sia in italiano, che nella lingua madre dell'assistito; occorre poi aver familiarità con i concetti, le circostanze sociali, le tradizioni che riguardano gli argomenti trattati o che influenzano la comunicazione tra operatore e paziente; non in ultimo si tratta di conoscere le parole che non si possono tradurre (per mancanza di termini analoghi o per pudore), ma cercare comunque di far comprendere all'assistito le circostanze. Non è sempre neppure così efficace e corretto utilizzare la traduzione e mediazione di un familiare: sicuramente quest'ultimo conosce bene la storia del congiunto (ma non è sempre detto), ma proprio per questo è più coinvolto emotivamente e affettivamente, quindi manca delle competenze e della neutralità necessarie. In questi casi quindi è opportuno attivare, secondo le procedure aziendali, la mediazione linguistico-culturale. Questa è fornita da un pool di operatori appositamente costituito e in grado di intervenire a richiesta dei servizi, con competenza circa: la traduzione in entrambe le lingue (italiano e lingua madre dell'assistito); la comprensione della comunicazione in una lingua e la restituzione dello stesso significato nell'altra; la conduzione del flusso della comunicazione tra paziente e operatore; la promozione di una cultura presso l'operatore e la introduzione all'altra cultura sia da parte dell'assistito che dell'operatore. (Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	--	--	---	--	--

<p>Siamo di fronte ad una situazione che necessita della vestizione con guanti sterili. Cosa è necessario fare se durante o al termine della procedura si viene accidentalmente in contatto con superfici od oggetti non sterili?</p>	<p>Niente, la sterilità è comunque mantenuta</p>	<p>Togliere i guanti e ripetere la procedura</p>	<p>Frizionare i guanti sterili con soluzione alcolica per 20 - 30 secondi</p>	<p>Calzare nuovi guanti sui precedenti</p>	<p>La vestizione con DPI comprensiva di guanti sterili è una procedura necessaria a determinati contesti clinici, quando si voglia creare e mantenere la sterilità del campo su cui stiamo per operare. Esistono vari tipi di guanti, disponibili in diverse misure, da scegliere accuratamente per svolgere ogni genere di funzione. La tipologia di guanto va scelta in base alle operazioni che si devono svolgere. Un contesto in cui si utilizzano guanti sterili è quello chirurgico. Prima della vestizione, occorre effettuare il lavaggio chirurgico delle mani. Per eseguire l'inserimento di guanti sterili, bisogna adottare delle precauzioni: accertarsi che le unghie siano corte e che eventuali anelli siano stati rimossi dalle mani; valutare che la confezione dei guanti sia asciutta e integra; accertarsi che non siano troppo stretti o troppo larghi; non eseguire un eccessivo stiramento dei guanti, tirandoli alla base delle dita per calzarli; controllare bene che i guanti non presentino imperfezioni o fori. In caso contrario sostituirli immediatamente; sostituire i guanti tra una procedura e l'altra, soprattutto se rimangono a contatto con sangue o altri liquidi secreti per lungo tempo; sostituire i guanti in caso di contatto con sostanze chimiche che possono rovinarli o alterarne le proprietà. Per indossarli si procede rimuovendo la confezione esterna dei guanti e poggiando sul piano di lavoro il pacchetto che contiene ciascun guanto separato. A questo punto si apre il contenitore toccandolo solo dalla parte esterna: ciascun guanto porta l'indicazione di sn e dx. Si afferra un guanto con pollice e indice all'interno, ovvero nella parte non sterile, e si procede a inserirvi l'altra mano dentro, tirandolo verso l'avambraccio. Si continua poi infilando la mano guantata sotto il bordo ripiegato dell'altro guanto, in modo da venire a contatto solo con l'esterno del guanto da infilare: si infila la mano libera in questo guanto e si tira in direzione dell'avambraccio. A questo punto sarà possibile sistemare meglio il primo guanto indossato. Una volta indossati i guanti sterili, occorre mantenere le mani unite, facendo attenzione a non venire a contatto con superfici od oggetti non sterili. Se durante o al termine della procedura si viene accidentalmente in contatto con superfici od oggetti non sterili, è necessario togliere i guanti e ripeterla.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
---	--	--	---	--	---

<p>Un paziente amputato di un arto sta affrontando la sua elaborazione del lutto. I seguenti sono tutti comportamenti da non adottare con lui nella fase di negazione, ad eccezione di uno. Quale?</p>	<p>Stimolarlo a dialogare della sua nuova situazione fisica per fargliela accettare</p>	<p>Assecondarlo nella gestione dell'igiene personale, anche se non vuole vedere l'arto amputato</p>	<p>Invitare l'assistito a fare progetti per il futuro, per esempio verso la fase riabilitativa</p>	<p>Portare il colloquio su quanto è accaduto a seguito dell'intervento o chirurgico</p>	<p>La perdita è una delle esperienze della vita, fa parte del vissuto di ciascun individuo, del ciclo vitale. Col termine lutto si identifica il processo mediante il quale l'individuo elabora la perdita, di qualsiasi aspetto di sé (es. una parte del proprio corpo), oppure di una persona cara, o ancora di un oggetto caro. Secondo Kubler-Ross (1975) si identificano cinque fasi del lutto: negazione, rabbia, contrattazione, depressione ed accettazione. Non è detto che gli interessati sperimentino queste fasi in maniera ordinata e lineare; spesso infatti il limite tra le varie emozioni si fa labile e la sequenza comprende andate e ritorni tra una fase e l'altra. Anche il paziente amputato vive il suo lutto per qualcosa di sé che ha perso definitivamente, ovvero il suo arto. In queste particolari situazioni, l'OSS può collaborare con l'infermiere per l'accettazione della perdita; il riconoscimento della sofferenza del paziente e dei suoi cari; l'adattamento dopo la perdita e infine lo sviluppo di una nuova dimensione di vita. Nella fase della negazione, la prima, si ha stordimento, incredulità, non si riesce a prendere contatto con quanto accaduto. Durante i contatti con l'assistito non si deve forzarlo ad affrontare la perdita: va considerato, infatti, che la negazione svolge una funzione protettiva, difensiva, verso il successivo affrontamento della nuova situazione. In questo primo momento il paziente ha bisogno di negare l'accaduto per prendere tempo, per abituarsi a una nuova realtà. Nei rapporti con lui non è importante ricorrere alla logica e mirare a farlo prender atto della realtà: al contrario, si deve tener conto del suo bisogno di 'scappare' da quanto accaduto, di tenere questo evento fuori dal suo campo di attenzione. Durante la degenza ospedaliera relativa all'intervento chirurgico di amputazione, può darsi che il paziente non riesca ad andare oltre questa fase, quindi potrebbe non voler vedere l'arto, non voler parlare delle medicazioni che si renderanno necessarie per il moncone, della sua riabilitazione. Saranno i professionisti che verranno dopo il team ospedaliero a occuparsi delle successive fasi.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	---	---	--	---	---

<p>Come si indossa correttamente una mascherina?</p>	<p>Deve coprire esclusivamente la bocca</p>	<p>Va posizionata in modo che copra soprattutto il naso</p>	<p>Si deve posizionare con modalità sterile</p>	<p>Deve proteggere il naso e la bocca</p>	<p>La mascherina è un dispositivo di protezione individuale che aiuta a prevenire la diffusione delle malattie infettive e delle infezioni correlate all'assistenza a trasmissione aerea. Preserva l'assistito dall'esposizione di bocca e naso a potenziali patogeni attraverso vari gradi di protezione; esistono infatti varie tipologie di mascherine ed ognuna è indicata per condizioni cliniche e rischi correlati differenti. Prima di indossare la mascherina, occorre quindi accertarsi sulla mascherina più adatta alla situazione clinica in cui stiamo per andare ad operare. Si esegue prima di tutto il lavaggio sociale delle mani, così da ridurre la possibilità di trasferimento di microrganismi sulla mascherina. Si rintraccia la mascherina della giusta taglia e si posiziona in modo che copra naso e bocca, che sono tra le principali vie di entrata e di uscita per alcuni tipi di germi/infezioni. Per facilitare il mantenimento in sede della mascherina, ricordarsi di legare i lacci superiori della mascherina alla parte posteriore della testa e quelli inferiori alla parte posteriore del collo. Per evitare il contatto con microrganismi, far attenzione a non toccare la mascherina una volta indossata senza guanti. Per assicurare la sua efficacia, bisognerà aver cura di cambiare la mascherina se si bagna e/o quando è umida. Al termine dell'uso, ricordarsi di rimuovere la mascherina toccando solo i lacci e non la parte anteriore (potenzialmente infetta). È necessario infine smaltire la mascherina secondo le procedure aziendali in relazione al paziente contattato. Va ricordato che la mascherina è adatta solo per malattie infettive a trasmissione aerea: la trasmissione via droplets è una di queste. Le droplets sono goccioline emesse da un individuo infetto quando parla, tossisce, starnutisce; sono capaci di trasmettere l'agente patogeno generalmente a breve distanza, per cui è necessaria la protezione del viso. L'area di rischio è definita pari ad una distanza inferiore a 3 piedi intorno al paziente, ovvero circa un metro, salvo particolari tipi di agenti infettanti.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
--	---	---	---	---	--

<p>In un paziente con drenaggio toracico, l'OSS nota segni di cedimento dell'ancoraggio del tubo alla cute. Come deve procedere?</p>	<p>Assicurare il drenaggio con mezzi di fortuna</p>	<p>Provvedere ad eliminare forze di trazione sul tubo di drenaggio e avvisare subito l'infermiere</p>	<p>Avvisare immediatamente l'infermiere, restando accanto all'assistito</p>	<p>Nessuna delle risposte precedenti</p>	<p>Il fisiologico meccanismo di respirazione si basa sul principio della pressione negativa, ovvero la pressione della cavità toracica deve essere inferiore a quella atmosferica, così da favorire il transito dei gas dall'esterno verso i polmoni. Quando, per varie necessità cliniche, il torace viene aperto, vi è una perdita di pressione negativa che può provocare il collasso del polmone. L'accumulo di aria, liquidi ed altre sostanze può compromettere la normale funzione polmonare: si deve quindi provvedere a eliminare queste sostanze raccolte nello spazio pleurico. Si tratta di fibrina, liquidi sierosi (es. sangue, pus) e gas (aria dai polmoni o dall'albero tracheobronchiale). Per mantenere il polmone libero dall'accumulo di queste sostanze, talvolta vengono quindi posizionati in punti strategici dello spazio pleurico tubi di drenaggio, suturati alla cute e collegati ad un apparecchio drenante, elettrico o non. Nell'assistenza ad una persona con drenaggio toracico, occorre che l'OSS presti particolare attenzione al dispositivo e al sistema di drenaggio stesso. È necessario in primo luogo osservare il punto di inserzione del drenaggio: non si devono riscontrare arrossamento, gonfiore, calore, dolore, ovvero i segni della flogosi. I punti di sutura devono ancorare efficacemente il tubo alla cute nel punto prescelto. Se nell'assistenza alla persona dovessero essere rilevate alterazioni, come ad esempio il cedimento dei punti di sutura, occorre informare tempestivamente l'infermiere, verificare che il tubo di drenaggio non sia sottoposto ad eccessiva trazione e mantenerlo in sede proteggendo il paziente fino all'arrivo del personale infermieristico e medico, senza tentare di assicurare l'ancoraggio con metodi rudimentali e di fortuna. Il dislocamento del drenaggio potrebbe comportare uno pneumotorace, con importante rischio di collasso del polmone e quindi rischio per la salute del paziente.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	---	---	---	--	--

<p>Nel rifacimento del letto libero, tutti i seguenti accorgimenti risultano utili per prevenire il mal di schiena, ad esclusione di uno. Quale?</p>	<p>Prelevare la biancheria pulita ruotando il busto e mantenendo le gambe ferme</p>	<p>Ampliare il baricentro del corpo allargando gli arti inferiori nel loro appoggio in terra</p>	<p>Mantenere i pesi quanto più vicini a sé nello spostamento</p>	<p>Posizionare il piano del letto in orizzontale ad un'altezza ottimale per l'operatore</p>	<p>Durante la permanenza del paziente in un servizio è necessario prendersi cura del suo confort. Tra le misure che favoriscono un miglioramento del confort e garantiscono condizioni igieniche adeguate alla sicurezza del paziente ritroviamo il rifacimento del letto. Nel caso di capacità motorie del paziente conservate, risulta utile invitare la persona ad abbandonare temporaneamente il letto e collocarsi comodamente su una seduta al di fuori della stanza. Per il rifacimento si deve allontanare dal letto comodino, tavolino da letto, asta per flebo o quant'altro possa essere di ostacolo. Per prevenire i danni da movimentazione inadeguata dei carichi, posizionare il piano del letto in orizzontale, ad un'altezza ottimale per gli operatori. Durante le seguenti operazioni, l'OSS avrà cura di mantenere gli arti inferiori divaricati per ampliare il baricentro del suo corpo: se i piedi sono distanti la base d'appoggio è più ampia e l'equilibrio è più stabile. Inoltre sarà attento a spostare i carichi ruotando l'intero corpo e non solo il busto, mantenendo il peso quanto più possibile vicino a sé per evitare iperestensione delle braccia. Procedere al rifacimento del letto, togliendo la federa sporca dal cuscino: rimuoverla collocando la parte sporca all'interno. Appoggiare poi il guscio del cuscino sulla sedia precedentemente posizionata in fondo al letto. Si prosegue togliendo la biancheria sporca, evitando contatti di questa con la divisa, per inserirla subito nel contenitore dedicato. Si dovrà verificare a questo punto che il materasso sia pulito. Si colloca quindi il lenzuolo inferiore, procedendo dalla testiera alla pediera, aprendolo dalla parte più lunga: aver cura di centrare il lenzuolo e rimboccarlo, iniziando dalla testiera e procedendo via via verso la pediera. L'OSS avrà cura poi di posizionare il lenzuolo di copertura ricalzandolo alla pediera, centrato rispetto al piano, in modo da disporre di sufficiente tessuto per la risvolta superiore. In corrispondenza della parte inferiore del letto, ricordarsi di rimboccare le lenzuola ed eventuale coperta/copriletto fino ad ottenere la piega obliqua. Apporre la federa al cuscino.</p> <p>(D'Addio, 2012) http://www.asl.vt.it/Staff/SPP/Documentazione/neoassunti/corso/MMC_rosso.htm</p>
--	---	--	--	---	--

<p>In che modo l'OSS può contribuire a prevenire la sindrome da rapido svuotamento gastrico in un paziente sottoposto a intervento chirurgico allo stomaco?</p>	<p>Favorendo la posizione semisdraiata durante i pasti</p>	<p>Promuovendo il riposo in posizione sdraiata per circa 20-30 min dopo i pasti</p>	<p>Sconsigliando l'assunzione di liquidi durante i pasti</p>	<p>Tutte le risposte precedenti</p>	<p>La sindrome da rapido svuotamento gastrico, o sindrome di Dumping, consiste in una serie di sgradevoli sintomi vasomotori e gastrointestinali, che compaiono dopo i pasti in molti dei pazienti recentemente sottoposti a chirurgia gastrica. Questa sindrome è di solito la conseguenza meccanica dell'intervento, in cui una piccola parte residua dello stomaco è collegata al digiuno da un'apertura relativamente ampia. Il bolo alimentare viene così rapidamente immesso nel piccolo intestino, scatenando sintomi gastrointestinali e/o vasomotori. I sintomi si presentano durante i primi tre mesi dall'intervento e possono persistere per un anno. Esistono due forme di sindrome di dumping: una precoce e una tardiva. La forma precoce si manifesta 10-30 minuti dopo i pasti e comprende sintomi gastrointestinali e vasomotori: dolore addominale, nausea, vomito, diarrea, cefalea, vasodilatazione e arrossamento della cute, astenia e abbassamento della PA. Essa deriva principalmente dal rapido afflusso di cibo nel piccolo intestino, che ne determina la rapida e improvvisa distensione. La forma tardiva si manifesta 1-3 ore dopo il pasto con sintomi prevalentemente vasomotori: sudorazione, debolezza, confusione. È legata all'alterazione dei livelli di zucchero nel sangue: per la mancanza dello stomaco, lo zucchero viene assorbito troppo rapidamente nell'intestino tenue. Questa sintomatologia può essere di solito aggravata dall'assunzione di cibi dolci o bevande zuccherate. Questi episodi non devono comunque creare eccessivo allarme: normalmente scompaiono in 30-60 minuti circa. Alcuni accorgimenti possono alleviare la sindrome: questi vengono insegnati al paziente subito dopo l'intervento, ma può essere opportuno che l'OSS li ricordi alla persona e/o segnali all'infermiere la necessità di riprenderli con l'assistito/caregiver. È consigliato: un'attenta valutazione dell'alimentazione, che limiterà gli zuccheri semplici, aumentando invece gli zuccheri complessi e separando i cibi solidi dai liquidi; svolgere 5-6 piccoli pasti; è bene evitare di assumere cibi troppo caldi o troppo freddi. Il paziente deve essere quindi invitato ad assumere i pasti in posizione semiseduta e rimanere sdraiato dopo i pasti per circa 20-30 minuti, al fine di rallentare lo svuotamento gastrico. Deve essere fortemente sconsigliata l'assunzione di liquidi durante l'alimentazione, promuovendo la diminuzione dell'assunzione di carboidrati. (Brunner & Suddarth, 2017) (https://www.aimac.it/libretti-tumore/cancro-stomaco/nutrirsi-dopo-gastrectomia)</p>
---	--	---	--	-------------------------------------	---

<p>In corso di emorragia da ferita accidentale a un arto, quale azione tra le seguenti deve prioritariamente essere messa in atto?</p>	<p>Chiamare e attendere i soccorsi, in quanto è necessario personale competente e attrezzato</p>	<p>Allertati i soccorsi, posizionare un laccio emostatico a monte del punto di fuoriuscita del sangue</p>	<p>Coprire la ferita con un panno pulito</p>	<p>Allertati i soccorsi, posizionare un laccio emostatico a valle del punto di fuoriuscita del sangue</p>	<p>Nel caso ci si trovi a soccorrere un assistito che presenta una cospicua perdita di sangue a seguito di ferita accidentale, si devono mettere in atto le sequenze previste dal primo soccorso. L'OSS, subito dopo aver allertato i soccorsi, limita la perdita di sangue: occorre in primo luogo, se non a vista, individuare la sede del sanguinamento e l'entità della perdita di sangue. Se la perdita è abbondante, posizionare un laccio emostatico o qualcosa di simile a monte del punto di uscita del sangue; se limitata, è sufficiente solo la compressione manuale. Si aiuta poi l'assistito ad assumere la posizione che più facilita la compressione della ferita. In questo modo si potranno prevenire i danni da ridotto apporto ematico: questi possono evolvere dal pallore, alla confusione mentale, fino allo shock e all'arresto. Si procede poi ad informare il paziente riguardo a ciò che stiamo facendo, con l'obiettivo di favorire quanta più collaborazione possibile e ridurre la sua preoccupazione. È opportuno coinvolgerlo in ogni passaggio, rassicurandolo sul da farsi e sull'arrivo dei soccorsi. Visto il contatto con liquido biologico, per quanto possibile l'OSS dovrà proteggersi con i DPI che potrebbe avere a disposizione o quanto di più simile. Si avrà cura di comprimere la ferita con materiale pulito, per quanto possibile: evidenziato il punto di sanguinamento, si deve posizionare la mano dominante poco a monte del sanguinamento e l'altra sul punto di sanguinamento. Qualora durante la compressione si riscontri cute pallida, fredda e sudata, oppure l'assistito riferisca giramenti di testa, non lasciarlo da solo ed aggiornare subito l'infermiere o il soccorso territoriale. L'OSS provvederà a comprimere fino all'arresto del sanguinamento, rimuovendo solo allora, nel caso fosse stato posizionato, il laccio emostatico. All'arrivo dei soccorsi, l'OSS dovrà segnalare al team leader dei soccorritori: le condizioni in cui ha trovato la vittima, quanto ha provveduto a fare, le reazioni della persona ai suoi interventi. (D'Addio, 2012)</p>
--	--	---	--	---	--

<p>Quale prestazione, tra quelle riportate di seguito, non può essere affidata all'OSS che collabora al monitoraggio del paziente chirurgico al rientro dalla sala?</p>	<p>Posizionamento in letto al rientro dalla sala</p>	<p>Verifica del drenaggio delle urine</p>	<p>Verifica della TC</p>	<p>Controllo del dolore con apposite scale</p>	<p>Nel momento in cui il paziente chirurgico esce dal comparto operatorio, inizia per il team assistenziale del reparto di degenza un periodo importante, che in buona misura determina il decorso postoperatorio del paziente. È questo il periodo postoperatorio immediato, rappresentato dalle prime 24 ore dopo l'intervento. Successivamente si avrà il periodo postoperatorio intermedio, che va dal giorno dopo l'intervento a quello della dimissione. Al momento del rientro in stanza, il paziente potrà trovarsi già in letto, oppure dovrà esservi trasferito attraverso: una movimentazione manuale diretta (30kg x operatore) o assistita (tecnica di trascinamento tappetini scorrevoli, piani inclinati, o simili). Una volta posizionato in letto, il paziente sarà sottoposto ai controlli del caso, che in parte variano da intervento a intervento: l'OSS potrà collaborare con prestazioni che gli verranno assegnate dall'infermiere. Tra questi ricordiamo il monitoraggio dei parametri vitali. Si tratta di rilevare a intervalli periodici, definiti dall'infermiere, FR, FC, PA, dolore. La TC viene rilevata in un secondo momento, in quanto la sua eventuale alterazione non interviene nell'immediato rientro dalla sala. È infatti indicativa di sviluppo di infezioni, complicanza non rilevabile in questo momento. In genere poi il paziente ha un catetere vescicale: l'OSS potrà controllare quindi quantità e qualità dell'urina e registrarle sull'apposita documentazione. Un altro importante capitolo è quello dei drenaggi e perdite ematiche: ad ogni passaggio dal paziente sarà necessario controllare il corretto funzionamento dei drenaggi (livello), con l'annotazione della quantità. Sarà importante anche scoprire la sede di intervento e valutare lo stato della medicazione, ovvero se compaiono perdite visibili sulle garze. Un ulteriore controllo che potrà essere affidato all'OSS è la valutazione della ripresa dall'anestesia: al momento del passaggio dal paziente, sarà opportuno interpellarlo con domande semplici (es. come si sente?) e riferire prontamente all'infermiere, che effettuerà periodicamente valutazioni più complesse (AVPU). L'OSS, inoltre, è importante che collabori per garantire le prime informazioni ai parenti, offrendo loro disponibilità all'ascolto e supporto emotivo.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
---	--	---	--------------------------	--	---

<p>In caso di ustione accidentale a domicilio, l'OSS può soccorrere la persona con le seguenti azioni, esclusa una. Quale?</p>	<p>Coprire l'ustione con garze o un panno pulito</p>	<p>Rimuovere anelli, orologi e monili</p>	<p>In caso si formi la flittena, romperla per favorire la successiva cicatrizzazione</p>	<p>Togliere i vestiti se non adesi alla sede dell'ustione</p>	<p>L'ustione è una lesione dei tessuti tegumentari causata dall'esposizione del tessuto a: fonti termiche; sostanze chimiche (causticazione); sorgenti elettriche; radiazioni. Nell'assistenza domiciliare l'OSS può trovarsi a dover soccorrere una persona (assistito o familiare) che sia incorso in una ustione: si tratta in questo caso di mettere in atto quanto relativo al primo soccorso di laici, soprattutto facendo sì che non si attuino interventi non idonei. Nel caso di ustioni di estensione limitata, l'OSS interviene direttamente sulla parte colpita. In caso di ustione lieve (I grado) si deve raffreddare tempestivamente la parte colpita con acqua corrente fresca per diversi minuti. Può essere semplice memorizzare la regola 10-10-10: far scorrere acqua a circa 10 C° di temperatura, a 10 centimetri dalla parte colpita, per circa 10 minuti. Ciò permette di limitare i danni e di combattere anche, almeno parzialmente, il dolore. È soprattutto essenziale dissuadere l'assistito o i familiari dai rimedi casalinghi: impiego di sostanze oleose, albume di uovo, patate o simili, che producono solo un aggravamento dei danni. Per scongiurare eventuali infezioni, non bucate le vesciche formatesi, anzi, difendete la zona mendicandola con garza sterile o, in mancanza, con un fazzoletto pulito, ma senza disinfettare né applicare medicinali o altro. Le flittene, che le persone comunemente chiamano vesciche, richiederanno un appropriato intervento medico: non vanno quindi assolutamente intaccate. È importante anche: sfilare anelli, orologi, monili se prossimi alla zona ustionata; togliere i vestiti se non adesi alla lesione. Nel caso di lesioni provocate da sostanze chimiche (es. prodotti per la pulizia della casa), l'OSS deve contattare il Centro Antiveleni di riferimento o indicato sul contenitore del prodotto chimico. Anche in questo caso è opportuno allontanare la fonte lesiva. lavando con abbondante acqua, per prolungati e ripetuti passaggi, (D'Addio, 2012)</p>
--	--	---	--	---	---

<p>Nella fase riabilitativa per il paziente che è stato sottoposto a Protesi Totale di Anca, quale dei seguenti comportamenti è da evitare?</p>	<p>Mettere un rialzo sul wc</p>	<p>Dormire con un cuscino tra le gambe se in decubito laterale</p>	<p>Sedersi su sedie basse e divani</p>	<p>Usare calzascarpe con manico lungo</p>	<p>Quella dell'anca è l'articolazione di maggiori dimensioni dell'organismo e occupa una posizione centrale nell'apparato muscolo-scheletrico. In generale, col progredire dell'età questa articolazione diviene oggetto di processi artrosici, oppure è spesso sede di lesioni in caso di caduta accidentale della persona anziana. In ambedue i casi si ha una alterazione dell'articolazione (coxoemorale) che mette in relazione l'arto inferiore al bacino. L'osso dell'anca vi concorre con una cavità articolare quasi emisferica, l'acetabolo, e il femore con la testa femorale, che rappresenta circa i 2/3 di una sfera piena di 4 o 5 cm di diametro. Le superfici della sfera e dell'incavo devono essere lisce e scorrere perfettamente, senza causare dolore. Come ben si comprende, sia un processo, patologico, che un trauma, possono rendere alterato questo rapporto, con dolore e laterazione funzionale. La soluzione è chirurgica con l'impianto di una protesi. Nella fase postoperatoria, l'OSS si trova a collaborare con l'infermiere e il fisioterapista per la riabilitazione, aiutando l'assistito in alcune attività di vita quotidiana che necessitano di particolari adeguamenti: la persona deve evitare di sedersi su sedie basse e divani; a letto deve utilizzare un cuscino fra le gambe se in decubito laterale; in bagno deve utilizzare un rialzo per il water; nel cammino non deve invertire la direzione facendo perno sulla gamba operata, ma girarsi facendo piccoli passi, così come non deve mai sostare facendo peso su un solo arto inferiore utilizzando quello operato; a casa non deve salire su sgabelli o scalette mobili; per vestirsi deve usare calzascarpe con il manico lungo; in generale deve evitare di portare pesi; circa il suo stile di vita, deve evitare aumenti del peso corporeo. In generale deve essere posta attenzione alla prevenzione delle cadute. In alcuni centri ortopedici sono disponibili anche sedute di riabilitazione ergonomica, nel corso delle quali si insegna al paziente e/o al caregiver la facilitazione per il recupero e adattamento nell'abitazione.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
---	---------------------------------	--	--	---	---

<p>Nel rifacimento del letto occupato, l'OSS può riscontrare l'indicazione a non rinalzare le coperte in fondo al letto, in seguito a...</p>	<p>Presenza di presidi medici (es. trazioni dell'arto inferiore)</p>	<p>Presidi antidecubit o applicati ai piedi (es. sostegno per gamba e talloniera)</p>	<p>Condizione di rischio per alcune patologie (es. equinismo del piede)</p>	<p>Tutte le risposte precedenti</p>	<p>Il rifacimento del letto per il paziente che non può alzarsi è sempre necessario, anzi può rendersi anche più frequente rispetto a quello di altri pazienti. Questa procedura assicura, infatti, condizioni igieniche adeguate ai pazienti nella permanenza a letto, così come aiuta a promuovere il loro confort. Per la prestazione occorre dotarsi di: lenzuola, federa, copriletto, traverse monouso, coperta (se necessario), contenitore per biancheria sporca. Verificata la prescrizione infermieristica, occorre sempre informare il paziente così da renderlo partecipe ed ottenere la sua collaborazione per quanto possibile. Prima di avviare il rifacimento è sempre opportuno verificare la presenza di eventuali dispositivi (drenaggi, SNG, CV) e collocarli in sicurezza per le successive manovre. I due OSS (infatti non è possibile svolgere la prestazione da parte di un unico OSS) allontanano quanto in prossimità del letto (es. comodino, asta per flebo) per agevolare il rifacimento. Procedono poi col rimuovere la biancheria del letto, quindi a ricollocare quella pulita, posizionando alternativamente il paziente sui decubiti laterali, avendo cura di garantire sempre la sicurezza dell'assistito. Durante queste manovre assicurano privacy e confort dell'assistito, mantenendo sempre un lenzuolo a sua copertura. Per alcuni assistiti è possibile che non si debba rinalzare le coperte in fondo al letto; questa prescrizione dell'infermiere può verificarsi in varie evenienze: presenza di particolari apparecchi/presidi (es. trazioni o materassi anti decubito); presenza di particolari condizioni degli arti inferiori (es. apparecchio gessato a una gamba); condizione clinica di particolare rischio del paziente allettato (per es. di equinismo per uno o ambedue i piedi). Al termine della prestazione è sempre importante verificare col paziente il suo confort a seguito di questa variante, ad esempio che non abbia freddo nella stagione invernale, soprattutto se anziano. È importante riportare questa variante adottata nel rifacimento sulla documentazione assistenziale.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
--	--	---	---	-------------------------------------	--

<p>La distanza personale nell'assistenza al paziente...</p>	<p>Deve essere sempre rispettata, per evitare che il paziente si senta 'invaso'</p>	<p>È rappresentata dalla dimensione fisica</p>	<p>È la distanza che deve intercorrere tra operatore e paziente per la reciproca sicurezza</p>	<p>Deve tener conto dello spazio personale del paziente</p>	<p>Per ciascuno di noi esiste un 'territorio' rappresentato dal proprio corpo, dalle nostre cose, dall'uso dello spazio attorno a noi: la distanza personale che assumiamo rispetto agli altri, consapevolmente o meno, ha il significato di difesa, di zona protettiva nei rapporti tra noi e i nostri simili. T. Hall ha individuato 4 diversi tipi di distanza interpersonale: 1. la distanza intima (0-45 cm) è utilizzata per relazioni intime, nelle quali si cerca e si permette il contatto ravvicinato con l'altro. Permette di utilizzare tutti i sensi e di percepire l'intensità delle emozioni dell'altro; 2. la distanza personale (45-120 cm) si usa nei rapporti di tipo confidenziale, ad esempio con familiari e amici; 3. la distanza sociale (120-365 cm) annulla la possibilità di contatto fisico, allenta i rapporti con l'interlocutore. È utilizzata nei contatti sociali (es. nei colloqui coi colleghi); 4. la distanza pubblica (oltre 365 cm) è quella che si utilizza in pubblico, in occasioni quali conferenze, spettacoli, ecc. In generale comporta una intensificazione del linguaggio non verbale (es. gesti, mimica, tono della voce). L'attività dell'OSS comporta a volte contatti molto ravvicinati con l'utenza. Le persone che necessitano di essere accudite devono farci entrare nella loro intimità, in spazi riservati, in genere non accessibili ad altri, normalmente segnalati al mondo esterno col pudore. Nel rapporto tra OSS e assistito il rispetto dello spazio personale, soprattutto con persone non autosufficienti, diviene problematico, trovandosi l'OSS a svestire, lavare, toccare anche nelle parti più intime: sarà quindi necessario che l'OSS renda questa 'invasione' più limitata possibile, per esempio scoprendolo solo per quanto necessario, mantenendo comunque, fin dove e quando possibile, la giusta distanza che richiede ogni utente, dato che questa è soggetta a una variabilità infinita. È essenziale quindi accettare suggerimenti e indicazioni da parte dell'assistito. una domanda del tipo: 'Dove preferisce che mi sieda per aiutarla?' può darci la misura di quale distanza ponga a proprio agio l'assistito; oppure 'Mi dica lei quando è pronto per il bagno a letto' può permettere al paziente di veder rispettati i suoi tempi di adeguamento a un contatto ravvicinato, vissuto così con minor senso di invasione.</p> <p>(Cianfanelli, D'Addio, Capecchi, Donati, 2012)</p>
---	---	--	--	---	--

<p>L'OSS di una RSA ha appena assistito alla caduta di un ospite. Sospettendo una frattura traumatica di un arto superiore, come si deve comportare?</p>	<p>Mantiene l'arto fratturato immobile</p>	<p>Sposta l'assistito su un piano rigido</p>	<p>Cerca di riallineare l'arto se scomposto</p>	<p>Libera l'arto dagli indumenti per evitargli pressioni</p>	<p>La frattura è la rottura parziale o completa di un osso. Le ossa, seppur solide e robuste, possono fratturarsi in risposta all'applicazione di una forza esterna che superi la loro capacità di resistenza. All'origine può esservi un trauma o una patologia. La frattura viene definita composta se le parti interessate dell'osso rimangono nella loro posizione anatomica originale; scomposta è invece la frattura caratterizzata dallo spostamento dei monconi ossei rispetto alla sede anatomica originale. Nell'evenienza di trovarsi a soccorrere un paziente con frattura traumatica, l'OSS deve prontamente avvisare i soccorsi secondo quanto previsto dalle procedure aziendali. Nel descrivere l'incidente in cui è occorso l'assistito, l'OSS deve specificare se la frattura è chiusa o aperta (o esposta): nel secondo caso si intende che l'osso fratturato ha attraversato la cute soprastante ed è dunque a contatto con l'ambiente. La persona presenterà alcuni sintomi associati alla frattura: dolore nella zona, edema, ecchimosi, limitazioni nei movimenti. L'OSS procederà con l'informare l'assistito, se cosciente, di come si sta procedendo a portargli soccorso. In primo luogo si deve indicare all'assistito di non mobilizzare l'arto, in quanto il movimento può causare un aggravamento della frattura o la comparsa di complicanze. È presumibile che l'assistito abbia ricercato una posizione antalgica dell'arto, in attesa dei soccorsi. Se si è di fronte a un soggetto con altri inconvenienti provocati dal trauma, oltre alla frattura, è opportuno valutare l'insieme dei danni e riferirli ai soccorsi. Nel caso di frattura esposta, evenienza non comune, occorre immobilizzare l'arto interessato con quanto disponibile e coprire il moncone della frattura con garze sterili, se disponibili. Qualora la persona presenti pallore, dispnea, cute fredda e cianotica o tachicardia, è necessario non lasciare solo l'assistito, garantire la sua sicurezza e aggiornare tempestivamente l'infermiere, se disponibile, o il soccorso territoriale.</p> <p>(D'Addio, 2012)</p>
--	--	--	---	--	---

<p>L'OSS può sostenere la madre nell'allattamento al seno con le seguenti azioni, esclusa una. Quale?</p>	<p>Rinforzando o l'informazione sulla corretta alimentazione della madre</p>	<p>Indicandole un posizionamento adeguato all'allattamento, con cuscini e coperte per la schiena</p>	<p>Raccomandando alla madre un attacco superficiale al seno, in modo che il bambino non rischi il soffocamento</p>	<p>Informando sulla prevenzione delle ragadi mammarie</p>	<p>Dopo la nascita, il momento del primo allattamento al seno costituisce uno degli eventi più importanti ed indimenticabili sia per la donna, che per il bambino. Rappresenta l'occasione in cui per la prima volta madre e figlio si avvicinano, imparano a conoscersi, a riconoscere vicendevolmente gli odori, il calore del corpo, i movimenti. L'allattamento naturale costituisce uno dei diritti fondamentali di mamma e bambino: per questo necessita di essere fortemente tutelato ed incentivato. L'OSS può collaborare con l'infermiere nel garantire alla donna ed al neonato tutte le condizioni predisponenti un allattamento efficace, sicuro e confortevole. Alla neomamma si consiglia, soprattutto per la prima poppata, il contatto pelle a pelle: il bambino è nudo, coperto sulla schiena e disteso supino sul petto nudo della donna, in modo che il bambino abbia naso e bocca liberi per respirare. Le posizioni consigliate alla donna per un efficace allattamento sono la posizione classica, in cui la testa del bambino poggia sull'avambraccio dello stesso lato; la posizione incrociata; la posizione rugby e la posizione sdraiata. Qualsiasi posizione la madre scelga di adottare, bisogna incoraggiare un attacco profondo, ovvero una porzione abbondante di seno nella bocca del bambino: questo permette al piccolo di ottenere facilmente il latte senza ledere la madre. Per il confort della donna le si consiglia di sistemarsi comodamente così che la sua schiena sia ben sostenuta, magari aiutandosi con dei cuscini o delle coperte piegate. Se è stata sottoposta ad episiotomia o cesareo, deve essere incoraggiata a ricercare una posizione in cui non senta dolore. La madre deve essere infine incoraggiata a prendersi cura di se stessa, sia sul piano fisico (riposando adeguatamente, concedendosi dei massaggi per eventuali contrazioni muscolari, alimentandosi correttamente e sufficientemente, valutando il rischio di ragadi mammarie), che psicologico (parlando delle proprie sensazioni, emozioni, dubbi, preoccupazioni).</p> <p>http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_303_allegato.pdf</p>
---	--	--	--	---	--