

| Testo della Domanda | Risposta 1 | Risposta 2 | Risposta 3 | Risposta 4 | Feedback domanda per risposta corretta |
|----------------------------|--|--|---|--|--|
| Il primo soccorso è... | L'intervento immediato che mira a risolvere problemi di salute urgenti | L'intervento infermieristico che si eroga in casi urgenti in attesa del medico | L'aiuto che si presta ad una persona coinvolta in un incidente, o colta da malore | La zona di accoglienza del Pronto Soccorso | <p>Prestare primo soccorso significa intervenire, prestare aiuto, ad una persona coinvolta in un incidente stradale, domestico, sul lavoro, o colpita da malore, mentre si attende l'arrivo del personale di soccorso qualificato. Prestare primo soccorso equivale a compiere semplici atti le cui finalità possono essere quelle di mantenere le funzioni vitali, prevenire eventuali peggioramenti delle condizioni in cui versa la persona infortunata. Ciò non significa sostituirsi al medico o all'infermiere, bensì conoscere semplici atti da poter applicare nell'intervallo di tempo che intercorre tra il momento dell'evento e l'arrivo del soccorso qualificato, ovviamente evitando atti deleteri o avventati. In una condizione del genere, in relazione al contesto in cui avviene l'emergenza, l'OSS deve parallelamente allertare il 118, e nel frattempo attivare le manovre di BLS/D se necessarie.</p> <p>Ricordiamo che la Centrale Operativa è la struttura, presente in ogni Provincia, adibita a raccogliere le richieste di assistenza e a garantire l'invio dei soccorsi adeguati attraverso l'ottimale gestione dei mezzi di soccorso e delle risorse presenti nel territorio. È intuibile l'importanza di conoscere adeguatamente le manovre di primo soccorso, affinché la persona di fronte ad un soggetto colto da malore o infortunato, possa comprendere se e come attivarsi per effettuare un primo soccorso. Il processo decisionale in primo luogo passa dalla verifica della sicurezza ambientale: se questa manca, non è raccomandabile effettuare manovre che possano mettere a rischio anche il soccorritore, ma siamo tenuti a limitarci all'attivazione del sistema di allarme. Poi si effettueranno le valutazioni come previste dalle raccomandazioni in materia: primariamente si effettuerà la valutazione</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>dello stato di coscienza, poi della funzionalità cardiocircolatoria, in modo da capire se necessario offrire supporto alle funzioni vitali. È necessario che tutti gli operatori sanitari siano formati alle manovre di primo soccorso, poiché anche in ambiente protetto, come una struttura territoriale residenziale o nello stesso ospedale, di fronte ad un repentino aggravamento delle condizioni cliniche del paziente ci si può trovare a dover gestire in prima persona le manovre di primo soccorso, in attesa dell'intervento del team intraospedaliero. Inoltre, la sequenza del BLS è una competenza da diffondere anche tra i laici, ovvero ai cittadini, nelle scuole, nei supermercati, visto che si tratta di una situazione clinica tempo-dipendente.</p> <p>(Vanzetta, Vallicella, 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------------|--|
| Il coma è una alterazione... | Dello stato di coscienza | Del ritmo sonno-veglia | Dell'attività respiratoria | Della frequenza cardiaca | <p>Il coma è uno stato in cui la persona è priva di coscienza; tale condizione comporta la mancata risposta agli stimoli dolorosi, ai cambiamenti di luce e ai suoni, modifica il ciclo sonno-veglia e, infine, rende impossibile ogni azione volontaria. Dobbiamo differenziare il coma patologico da quello farmacologico: mentre il coma è uno stato di non coscienza patologico, non voluto e indicativo di una grave condizione di salute, il coma farmacologico viene indotto artificialmente con potenti farmaci a dosi controllate (barbiturici o benzodiazepine), per mettere a riposo il cervello e favorire il recupero della situazione clinica dell'assistito, o il non peggioramento. Si tratta quindi di un coma artificiale e soprattutto reversibile a comando, provocato dai medici per ridurre l'attività dell'encefalo e dell'intero organismo, le risposte riflesse allo stress, la sensibilizzazione al dolore, oppure per la gestione di grandi ustioni, di shock settico, di avvelenamenti e traumi cranici o fisici di una certa entità. I motivi per cui una persona può entrare in coma sono numerosi. Tra le possibili cause vi sono: intossicazioni da abuso/overdose di farmaci, droghe pesanti, sostanze nocive o alcol; gravi anomalie metaboliche; malattie del sistema nervoso centrale; ictus, gravi traumi cerebrali; ipotermia. Esistono varie scale di misura per stimare la gravità di un coma. La scala di misura più famosa e maggiormente in uso oggi è la Glasgow Coma Scale (GCS). La GCS comprende un range di valori che va da un minimo di 3, valore che rappresenta il coma profondo, a un massimo di 15, valore che rappresenta la coscienza massima. I parametri considerati dalla scala GCS, per valutare la gravità di un coma, sono tre: l'apertura degli occhi, la risposta motoria a un determinato comando e la risposta verbale a un certo stimolo vocale. A ciascuno di questi parametri corrisponde un intervallo</p> |
|------------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------------|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>numerico che ne indica la severità.</p> <p>(Hinkle, 2017)</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| <p>La scala Barthel è utile per valutare...</p> | <p>Il livello di autonomia funzionale dell'assistito</p> | <p>Il dolore nei pazienti pediatrici</p> | <p>Il rischio di alterazioni cognitive</p> | <p>Il rischio di caduta del paziente</p> | <p>Tra le scale di misurazione utilizzate nell'assistenza, quella relativa all'indice o scala di Barthel rappresenta un riferimento universalmente accettato per la valutazione della funzione fisica e dell'autonomia del paziente nelle attività quotidiane. Tra gli strumenti di valutazione considerati più affidabili in campo riabilitativo, l'indice di Barthel è anche il più noto a livello internazionale. Il suo diffuso utilizzo ha, tra gli altri, il vantaggio di uniformare il linguaggio interprofessionale tra operatori e di facilitare la condivisione degli obiettivi di recupero dell'autosufficienza del paziente all'interno dei team di lavoro. Generalmente la scala di Barthel è somministrata al paziente già dal momento del primo ingresso, dunque nella fase di accertamento infermieristico, in quanto questo semplice strumento di valutazione fornisce in tempo breve la misura dell'autonomia della persona, di conseguenza permette di definire le prestazioni di cui avrà necessità. La Barthel permette di valutare la capacità del soggetto di effettuare le attività di vita quotidiane irrinunciabili alla soddisfazione dei bisogni fondamentali. L'indice analizza dieci variabili che descrivono le attività della vita quotidiana: la capacità della persona di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, il controllo delle funzioni di eliminazione intestinale e urinaria; ancora ne valuta la mobilità, intesa come la capacità di compiere i trasferimenti nel bagno, trasferimenti sedia-letto, la deambulazione e l'atto di salire le scale. Ad ogni voce viene assegnato un punteggio a seconda del grado di funzionalità del paziente: piena, ridotta o nessuna funzionalità. Un punteggio globale più elevato è associato ad una maggiore probabilità di essere in grado di vivere a casa, con un grado di indipendenza dopo la dimissione dall'ospedale o da un reparto di lungodegenza. La</p> |
|---|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>valutazione dello stato funzionale permette di comprendere i principali bisogni assistenziali, sui quali predisporre la pianificazione degli interventi assistenziali, mirati al raggiungimento dell'outcome di salute.</p> <p>(Hinkle J.L., 2017)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|--|---|--|
| <p>Il lavoro in équipe favorisce...</p> | <p>L'approvvigionamento delle risorse materiali</p> | <p>La valutazione dei superiori</p> | <p>Il raggiungimento degli obiettivi</p> | <p>I percorsi di carriera del personale sanitario</p> | <p>Il lavoro in équipe presuppone che l'assistenza e la cura al paziente siano erogate in modo multidisciplinare e multiprofessionale, attraverso la collaborazione, la partecipazione e l'integrazione tra i vari operatori che si prendono cura della persona assistita e la seguono nel percorso socio assistenziale. Attraverso questo approccio si facilita il raggiungimento degli obiettivi di salute del paziente. L'équipe, ovvero le persone che con vari ruoli e funzioni condividono un contesto di lavoro, devono approcciarsi ad una concezione di gruppo. La letteratura ci indica come il concetto di "gruppo" si riferisca ad una pluralità di persone impegnate a integrarsi in vista di uno scopo comune, con un sistema di regole condiviso e con ruoli reciproci e interdipendenti. Tali persone interagiscono in maniera stabile e prevedibile. Lavorare come gruppo e sentirsi gruppo rappresenta qualcosa di più della somma dei suoi membri: infatti la principale giustificazione organizzativa dell'esistenza della squadra è rappresentata dall'aspettativa di un prodotto quantitativamente e qualitativamente migliore di quello che ciascun componente può garantire da solo: per fare degli esempi, un gruppo apprende di solito più rapidamente dei singoli individui; è probabile che un gruppo riesca a prendere decisioni più rischiose e più risolutive di problemi di quelle assunte da singoli. Pertanto il lavoro in équipe può permettere l'instaurarsi di una relazione di fiducia tra le persone, una continua negoziazione di ruoli, il confronto rispetto a obiettivi e metodi e la condivisione delle decisioni e dei risultati del lavoro. Strumento fondamentale della collaborazione in équipe sono la comunicazione ed il rispetto del lavoro degli altri. La letteratura in materia ci dimostra come lavorare in integrazione e collaborazione con gli altri operatori rappresenti un</p> |
|---|---|-------------------------------------|--|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>efficace metodo per favorire il raggiungimento degli obiettivi professionali, preservando la motivazione dei soggetti e l'utilizzo delle proprie competenze. L'aspetto della collaborazione è anche citato nei Codici Deontologici delle professioni sociali e sanitarie, ad intendere come sia etico porsi in integrazione, apportare il proprio contributo esperienziale e le competenze possedute, mettendole a disposizione delle persone con cui si lavora, al fine di ottenere il miglior risultato di salute per la persona assistita.</p> <p>(Calamandrei, Orlandi, 2015)</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---|
| <p>La colonna vertebrale è composta da...</p> | <p>33 vertebre</p> | <p>37 vertebre</p> | <p>24 vertebre</p> | <p>12 vertebre</p> | <p>La colonna vertebrale, nota anche come spina dorsale, è il principale sostegno del corpo umano e dei vertebrati. È costituita da 33/34 vertebre, di cui se ne contano 7 cervicali, disposte a livello del collo, 12 toraciche o dorsali, 5 lombari, poste nella parte inferiore della schiena, 5 sacrali situate in prossimità del bacino, e 4 o 5 nominate coccigee, collocate subito sotto quelle sacrali. I costituenti fondamentali della colonna vertebrale sono le vertebre, ossa corte, non tutte uguali fra di loro. Le vertebre sono costituite da un corpo vertebrale che, insieme al cosiddetto arco vertebrale, delimita il foro vertebrale. Il corpo vertebrale è la parte più grande e resistente della vertebra, di forma pressoché cilindrica: esso presenta tre facce, una superiore, una inferiore e una di contorno (detta anche circonferenza); l'arco vertebrale costituisce la parte posteriore della vertebra, ed è costituito da varie porzioni: due peduncoli, due masse apofisarie, due lamine e un processo spinoso. Attraverso la sovrapposizione delle vertebre si forma una specie di canale per via dei fori vertebrali; questo canale contiene il midollo spinale che è parte del sistema nervoso centrale. La colonna vertebrale assolve a varie funzioni: oltre a quella di sostegno, ha anche ruolo protettivo e motorio. La funzione protettiva è quella a protezione del midollo spinale e riduce la possibilità che urti o vibrazioni arrechino danni al nostro corpo; la funzione motoria si ottiene perché, grazie alle sue articolazioni, la colonna vertebrale riesce a capacitarci di muovere la testa nello spazio, di piegare il corpo in avanti ed estenderlo in senso opposto, di fletterlo e di ruotarlo. Le patologie strutturali della colonna vertebrale possono essere diverse: ricordiamo la scoliosi, quando si ha la deviazione delle vertebre a formare curve patologiche, con possibile rotazione dei corsi vertebrali; la ipercifosi, comunemente conosciuta</p> |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>come gobba, che è determinata da un aumento della curvatura normale a convessità posteriore; la lordosi, nella quale si ha un aumento della curvatura normale a convessità anteriore.</p> <p>(Kumar, 2013)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|-------------------|--------------------|------------------------|-------------------------------------|---|
| <p>Sono destinatari dell'azione dell'OSS...</p> | <p>La persona</p> | <p>La famiglia</p> | <p>La collettività</p> | <p>Tutte le risposte precedenti</p> | <p>Le attività di chi opera in ambito socio sanitario sono rivolte alle persone, offrendo prestazioni e percorsi assistenziali di supporto alla persona, coniugando l'intervento tecnico con aspetti relazionali di non secondaria importanza. Chi può beneficiare delle nostre funzioni ed attività sono tutte le figure citate nella domanda. La persona, come individuo, singolo soggetto, va considerata nella propria unicità e capacità di autodeterminarsi, e l'OSS è tenuto a supportarlo ed aiutarlo nelle attività di vita quotidiana. Ma la persona bisognosa va considerata anche come soggetto che vive in un ambiente relazionale, familiare, sociale, territoriale, quindi è utile comprendere i bisogni secondo una prospettiva ampia, che accolga tutte le sfere e gli ambiti. Le relazioni dell'individuo sono determinanti nell'influenzare la salute dell'individuo; la famiglia e la collettività sociale rappresentano per le persone un sostegno ed un riferimento, che assume valore anche nei momenti di malattia o difficoltà. La famiglia, oltre ad essere unita da legami di parentela, spesso può offrire aiuto e partecipazione; è all'interno della famiglia che sovente possiamo individuare il caregiver, ovvero colui "che si prende cura", quindi si occupa di assistere chi non è in grado di provvedere a se stesso in maniera autonoma, perché malato o affetto da disabilità. Il concetto di salute stessa coinvolge questa globalità di aspetti, pertanto il nostro ruolo deve essere rivolto ai vari destinatari, al fine di partecipare all'erogazione di una assistenza appropriata ed efficace. Anche le altre professioni sanitarie, con le quali l'OSS si interfaccia e collabora, si rivolgono a tutte le figure sopracitate. Ricordiamo come il Profilo dell'OSS citi nell'articolo 5 che "le attività dell'operatore socio-sanitario sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita", attraverso interventi di natura tecnica, relazionale ed</p> |
|---|-------------------|--------------------|------------------------|-------------------------------------|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>educativa. Quindi anche l'OSS collabora attivamente all'identificazione dei bisogni di salute della persona, della famiglia e della collettività.</p> <p>(Panicucci et al., 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|---|--|
| <p>Quale tra le seguenti non è una prestazione affidabile all'OSS?</p> | <p>Sanificazione e sanitizzazione</p> | <p>Medicazione di lesioni superficiali (medicazioni a piatto)</p> | <p>La sorveglianza delle fleboclisi</p> | <p>Attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi</p> | <p>Secondo il Profilo dell'OSS, le risposte indicano tutte prestazioni attribuibili all'OSS, ad esclusione della sorveglianza di fleboclisi, che invece non è possibile per questa figura. La sorveglianza di fleboclisi è infatti una prestazione sanitaria, prevista invece per l'OSS con Formazione Complementare in Assistenza Sanitaria (OSS FC). Esattamente il Profilo dell'OSS FC indica che a questo OSS con formazione di secondo livello può essere attribuita "la sorveglianza delle fleboclisi, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica ed ostetrica o sotto la sua supervisione". La figura di OSS FC svolge un secondo livello di formazione, di circa 400 ore, per collaborare strettamente con Infermiere e Ostetrica nello svolgere alcune prestazioni sanitarie, fino al 2003 riservate solo a professionisti sanitari. La formazione di questa figura professionale è di competenza delle singole Regioni, che ogni anno definiscono l'attivazione dei suddetti moduli sulla base del fabbisogno dei servizi e delle strutture socio-assistenziali presenti sul territorio, quindi anche in base alle possibilità di sbocco professionale. In realtà sono state solo poche le Regioni che hanno effettivamente attivato questo percorso e soprattutto che ad oggi lo mantengono attivo: una fra queste è la Regione Toscana. Per meglio focalizzare le caratteristiche dell'OSS FC possiamo dire che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • è una figura di supporto all'assistenza sanitaria, in particolare verso infermiere e ostetrica • ha una sua autonomia nelle attività di base, in quanto OSS, pur dovendo seguire gli indirizzi e la pianificazione infermieristica, o in alcuni casi operare strettamente sotto la supervisione di professionisti infermieri o ostetrici, per le prestazioni del Profilo dell'OSS FC • opera con livelli di autonomia ridotti per le prestazioni che il Profilo di OSS FC gli attribuisce ed |
|--|---------------------------------------|---|---|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>è fortemente vincolato all'organizzazione del lavoro, alle direttive ricevute e alla supervisione infermieristica ed ostetrica</p> <ul style="list-style-type: none">• non agisce per delega di funzioni, ma per assegnazione di prestazioni: rispetto a quelle attribuitegli dal Profilo (2003), dovrà esserci una contestualizzazione servizio per servizio• risponde per la non corretta esecuzione delle prestazioni a lui affidate <p>L'OSS FC, che non deve definirsi 'specializzato' (OSSS), dizione da ritenersi impropria. Questo livello di qualificazione superiore dell'OSS è nato a seguito dell'esigenza di far fronte alle crescenti necessità di assistenza sanitaria nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, ma si rende oggi una revisione sostanziale del suo Profilo e soprattutto del suo inquadramento contrattuale, mai definito dal 2003 ad oggi.</p> <p>(Vanzetta, Vallicella, 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|-------------------------|--|---|---|---|---|
| <p>Il fecaloma è...</p> | <p>Un ammasso di materiale fecale, di consistenza dura e secca</p> | <p>Una raccolta di feci che si è modificata a causa di malattia</p> | <p>Una alterazione delle feci, che si presentano diarroiche</p> | <p>Una alterazione dell'intestino, che si presenta infiammato</p> | <p>Il fecaloma è una massa dura di feci disidratate, che si formano nel retto-sigma o nei tratti superiori del colon. È generalmente causato dalla stipsi cronica ed ostinata. Il fecaloma comporta una ostruzione dell'intestino: la massa fecale - dura e secca - che lo compone non può essere evacuata spontaneamente dal paziente. Si rende quindi necessario il ricorso a misure adeguate, come il rammollimento con clismi di glicerina e/o la frantumazione digitale, fino all'intervento chirurgico nei casi più complicati. Un fecaloma è il risultato di una insufficiente motilità del colon, che si traduce in un aumento del tempo di permanenza delle feci nell'intestino. Viene così a incrementarsi il riassorbimento dell'acqua tipico dell'intestino crasso: privando la massa fecale della componente acquosa, questa diviene via via più dura e secca, predisponendo allo sviluppo del fecaloma. Tra i fattori di rischio possiamo elencare: la ritenzione di feci per defecazione dolorosa associata a ragadi anali; la presenza di fistole, emorroidi; l'uso di certi farmaci (es. anticolinergici, oppiacei, ecc.). L'allettamento prolungato dei pazienti ospedalizzati, la dieta povera di liquidi, il vomito e la sudorazione intensa possono favorire l'insorgenza del fecaloma. Altri fattori favorenti sono una carenza o un eccesso di fibre, specie se accompagnati da una ridotta assunzione di acqua. I bambini e gli anziani rientrano tra le categorie di soggetti a maggior rischio, oltre ai malati psichiatrici e ai paraplegici. Caratteristica è la sensazione di peso rettale, tenesmo, dolore e distensione addominale, con ritenzione urinaria, pollachiuria, nausea, vomito ed anoressia. La presenza di un fecaloma può essere segnalata anche dalla fuoriuscita improvvisa di feci liquide in piccole quantità (encopresi) o dalla comparsa di diarrea acquosa, nonostante la sottostante stitichezza.</p> |
|-------------------------|--|---|---|---|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------------------------------|
| | | | | | (Berman, Snyder et al., 2019) |
|--|--|--|--|--|-------------------------------|

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|
| <p>Gli OSS sono esposti a rischio biologico?</p> | <p>Si, tra le varie sostanze che li espone a rischio troviamo il sangue</p> | <p>No, non rientra tra i rischi del mondo sanitario</p> | <p>Si, ma soltanto nel centro prelievi</p> | <p>No, solo l'infermiere si considera esposto al rischio biologico</p> | <p>La sicurezza in ospedale è un valore che non si può trascurare, una variabile strutturale o tecnologica dalla quale non solo dipende la salute, ma la stessa incolumità fisica di pazienti e dipendenti. Risulta quindi di fondamentale importanza effettuare una valutazione dei rischi, intesa come l'insieme di tutte quelle operazioni, conoscitive e operative, che devono essere attuate per addivenire ad una stima del rischio d'esposizione ai fattori di pericolo per la sicurezza e la salute del personale, in relazione allo svolgimento delle lavorazioni. Tale valutazione richiede per ogni servizio/ambiente/posto di lavoro l'identificazione delle sorgenti di rischio presenti nel ciclo lavorativo e la loro entità. L'OSS ha una esposizione al rischio biologico in ambiente ospedaliero, in relazione a: diretto contatto con i pazienti, possibili portatori di patologie infettive, e con i loro liquidi biologici (sangue, saliva, urine, feci, ecc.), anch'essi potenzialmente infetti. Analizzando il rischio biologico di tipo infortunistico, si può affermare che molte infezioni possono essere contratte in seguito a: ferite casuali con aghi e strumenti taglienti contaminati con materiale biologico infetto e/o per contatto di materiale infetto con mucose o pelle non integra; presenza di materiale biologico potenzialmente infetto; uso di strumenti e apparecchi di diagnosi e cura. Sono quindi da considerarsi attività potenzialmente a rischio tutte quelle manovre che sono compiute quotidianamente dal personale infermieristico e dall'OSS, che comportano la manipolazione di strumenti, oggetti, materiali eventualmente contaminati, tipo presidi per l'eliminazione o strumentazione per medicazioni. Pertanto, sono necessarie apposite misure tecniche ed organizzative per prevenire e gestire il rischio biologico: si raccomanda la sensibilizzazione degli operatori, la massima aderenza alle procedure</p> |
|--|---|---|--|--|---|

| | | | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|
| | | | | | <p>interne, e l'uso di idonei DPI, quali camici, guanti monouso, mascherine, sovrascarpe monouso, occhiali, come previsto dal Decreto Legislativo 81/2008.</p> <p>(D. Lgs. 81/2008)</p> |
| <p>La comunicazione è costituita da (individua la risposta errata)...</p> | <p>Comunicazione verbale</p> | <p>Comunicazione propriocettiva</p> | <p>Comunicazione paraverbale</p> | <p>Comunicazione non verbale</p> | <p>La comunicazione propriocettiva non è una dei costituenti del processo comunicativo. La comunicazione è un processo che ha come costituenti la componente verbale (il messaggio oggettivo), quella paraverbale e quella non verbale, definita dai gesti, dalla mimica, dalla postura, insomma da tutto quanto accompagna il messaggio verbale. Nel suo complesso la comunicazione può essere definita come uno scambio di messaggi: si tratta di informazioni, dati, direttive, ma anche emozioni, sensazioni, in un dato contesto socio-culturale. La comunicazione si esprime in diverse forme: la forma verbale, che è quella più oggettivabile e riconoscibile, si attua attraverso il linguaggio parlato. Per es. nei servizi sanitari si scambiano informazioni relative ai pazienti assistiti, alla organizzazione del lavoro, ecc. Da un punto di vista etico, rispetto alla comunicazione con gli</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>assistiti è fondamentale adeguare il nostro linguaggio alle loro capacità di comprensione, nonché al rispetto dei valori e convinzioni del paziente, affinché l'informazione sanitaria sia correttamente ricevuta e garantisca che il paziente collabori e prenda le decisioni che ritiene più opportune: il processo comunicativo sta per esempio alla base del consenso informato. La comunicazione non verbale si esprime attraverso le espressioni del volto, la direzione dello sguardo, la postura, ma anche la gestualità. La comunicazione paraverbale si manifesta ad esempio attraverso le vocalizzazioni, il volume della voce o le pause durante il parlato. La comunicazione, in ogni sua forma, è un potente strumento di interazione, alla base delle nostre vite. Il suo ruolo nelle professioni che svolgono assistenza è fondante e basilare, pertanto va conosciuta nelle sue forme e curata nella sua espressione.</p> <p>(Vanzetta, Vallicella, 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| <p>Quale tra i seguenti sono presidi per l'incontinenza urinaria maschile?</p> | <p>Guaina urinaria, catetere vescicale, pannolone</p> | <p>Pannoloni e guaina urinaria</p> | <p>Sacchetti adesivi, pannolone e catetere vescicale</p> | <p>Nessuna delle risposte</p> | <p>Comunemente si indica che il cateterismo vescicale si attua in caso di incontinenza vescicale. In realtà il catetere vescicale è un presidio da utilizzarsi in caso di problemi clinici specifici, in quanto trattamento invasivo che determina un contatto tra la vescica e l'esterno. Il catetere è una sonda, in lattice o silicone, la quale, attraverso l'uretra, viene introdotta in vescica per favorire la fuoriuscita di urina. Può essere utilizzato a scopo diagnostico, terapeutico o evacuativo. L'uso del catetere, essendo associato ad un aumento del rischio di infezioni delle vie urinarie, deve essere limitato ai casi in cui non sia praticabile alcuna altra alternativa (ad es. in caso di ostruzione delle vie urinarie o ritenzione urinaria, disfunzioni neurologiche della vescica, interventi chirurgici). L'evidenza scientifica (CDC) raccomanda di ricorrere al cateterismo vescicale solo in presenza di una precisa indicazione clinica e di rimuoverlo non appena l'indicazione all'uso cessa di esistere. Si consiglia inoltre di preferire i cateteri a circuito chiuso invece di quelli a circuito aperto, ma si raccomanda, nei soggetti allettati, di effettuare lo svuotamento periodico della sacca e la chiusura della clamp qualora la sacca venga mobilizzata. Nei soggetti autonomi è preferibile l'uso del catetere con valvola unidirezionale. La durata del cateterismo è il più importante fattore associato alla batteriuria. Il rischio di sviluppare batteriuria aumenta infatti dal 3 al 7% per ogni giorno di cateterismo e il rischio è maggiore nelle donne e nelle persone anziane. I cateteri possono rimanere in situ: 20-30 giorni se a media permanenza; 30-60 giorni se a lunga permanenza. Sono invece presidi per l'incontinenza maschile la guaina urinaria, il pannolone e anche mutande assorbenti.</p> <p>(Berman, Snyder et al., 2019)</p> |
|--|---|------------------------------------|--|-------------------------------|--|

| | | | | | |
|-----------------------------|---------------------|--|---|---|--|
| La Pressione Arteriosa è... | Un parametro vitale | Un parametro indicativo del buon funzionamento dei polmoni | Un parametro indicativo del buon funzionamento della circolazione linfatica | Un parametro indicativo di una efficace circolazione degli arti inferiori | <p>La pressione arteriosa (PA) rappresenta uno dei parametri vitali, insieme alla TC (temperatura corporea), alla FR (frequenza respiratoria) ed alla FC (frequenza cardiaca), nonché al dolore. La pressione arteriosa (PA) dipende da due fattori: gittata cardiaca, ovvero il volume di sangue che il ventricolo sinistro spinge in aorta in un certo tempo e la resistenza, ovvero la resistenza al flusso data dai vasi. Poiché l'immissione del sangue nelle arterie avviene in maniera discontinua, la pressione arteriosa oscilla continuamente, dando valori diversi. Si parla dunque di: 1. pressione arteriosa sistolica (PAS), comunemente chiamata "massima". È un valore determinato dal massimo flusso sanguigno espulso ad ogni contrazione del cuore nella fase di sistole: è la risultante del volume di sangue, della forza con cui i ventricoli si contraggono e dell'elasticità delle arterie. 2. pressione arteriosa diastolica (PAD), comunemente chiamata "minima". È definita dal periodo di riposo del cuore, ossia la diastole; è data dalla durata della diastole e dalle resistenze periferiche. I valori pressori della persona sono indice dello stato di salute del sistema cardiovascolare, del cui funzionamento questo parametro è in particolare espressione. Ciò nonostante, la PA entra in gioco in numerose altre patologie, sia di origine cardiaca che non, ad esempio quelle renali. La PA è influenzata da vari fattori: l'età, poiché negli anziani la perdita di elasticità delle arterie tende ad aumentarne i valori; l'esercizio fisico; il metabolismo circadiano; lo stress e le emozioni vi possono incidere a causa della stimolazione del sistema nervoso simpatico. L'unità di misura della PA sono i millimetri di mercurio (mmHg). I valori fisiologici secondo l'OMS e la Società Internazionale dell'Ipertensione (ISH) sono i seguenti: inferiori a 140 mmHg per la sistolica, inferiori a 80 mmHg per la diastolica.</p> |
|-----------------------------|---------------------|--|---|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>Secondo l'OMS, per la misurazione sarebbe raccomandabile che la persona non abbia fumato o bevuto da almeno un quarto d'ora, e si trovi in condizioni di tranquillità. Esistono manicotti per la sua rilevazione di varie misure: per adulti, pediatrici, e per persone obese. L'OSS non ha normalmente attribuita la rilevazione della PA, se non con apparecchi elettronici.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|------------------------|---|
| La frattura di femore... | È una causa di decesso negli anziani | Comporta sempre un lungo allettamento per l'anziano | Impedisce la successiva deambulazione | Nessuna delle risposte | <p>La frattura è un'interruzione parziale o totale di un osso e può essere di origine traumatica o di origine patologica. La frattura di femore è un evento comune nelle persone anziane di sesso femminile, a causa della degenerazione del tessuto osseo dovuto all'osteoporosi, ma può anche essere conseguenza di un evento traumatico, come ad esempio una caduta. Nelle fratture di femore la gamba lesionata può apparire più corta di quella sana e può presentarsi leggermente ruotata. La frattura del femore presenta sintomi che possono variare in base al punto di lesione; in linea generale quello che si osserva è un dolore immediato ed acuto nella zona, che può arrivare ad irradiarsi fino all'inguine e può essere anche avvertito all'altezza del ginocchio e addirittura della caviglia. Anche flettere o ruotare l'anca con grande difficoltà è un sintomo della frattura del femore. Nei pazienti affetti da osteoporosi o tumore osseo, i sintomi possono manifestarsi prima del danno. Nel paziente anziano con frattura di femore i sintomi includono anche: difficoltà a stare in piedi e a muovere la gamba; edema; presenza di lividi e tumefazioni; accorciamento dell'arto interessato dal trauma. L'intervento chirurgico per traumi muscolo-scheletrici dovrebbe essere proposto entro le 48 dall'evento stesso: in alcuni casi, tuttavia, una frattura di femore non risulta operabile per problemi legati alla presenza di comorbidità che comportano elevati rischi per l'intervento chirurgico. Qualora le condizioni cliniche e patologiche del paziente risultassero tali da renderlo non operabile, il paziente viene immobilizzato (gessatura, trazione). In questi casi le complicanze per la salute legate alla frattura del femore sono maggiori rispetto a chi viene operato e riguardano l'insorgenza di ulcere da pressione e infezioni di diversi organi. La riabilitazione</p> |
|--------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|------------------------|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>rappresenta un intervento indispensabile dopo il trattamento. Le linee guida indicano che la mobilizzazione precoce migliora significativamente gli esiti del trattamento (soprattutto nei pazienti che vengono sottoposti ad intervento). La frattura di femore non è in sé una causa di morte, piuttosto può dare avvio a una sequela di eventi che possono, in ultimo, dare questo esito. Per evitare l'allettamento, quindi la sindrome da allettamento, si opta per la riduzione chirurgica ogni volta che sia possibile. A seguito del trattamento la deambulazione si ripristina, dopo la riabilitazione.</p> <p>(Panicucci et al., 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|---|---|
| <p>In caso di TBC, il paziente deve...</p> | <p>Essere posto in isolamento</p> | <p>Essere assistito con DPI che riducano il rischio di infezione per contatto</p> | <p>Adeguarsi a misure di prevenzione, dimorando in una stanza sigillata a pressione negativa</p> | <p>Essere trasferito in apposite case di cura isolate</p> | <p>La tubercolosi (TBC) è una patologia causata dal batterio Mycobacterium tuberculosis. Sono recentemente emersi nuovi ceppi della malattia che presentano resistenza ai farmaci di più largo impiego. Analogamente ad altri batteri, i micobatteri possono subire cambiamenti genetici (mutazioni), in grado di fornire loro una resistenza naturale ai farmaci anti-tubercolosi. Le nuove tipologie della malattia sono note come tubercolosi multiresistente (MDR-TB) e tubercolosi estensivamente resistente ai farmaci (XDR-TB). Gli operatori sanitari e i pazienti immunodepressi sono considerati popolazione a rischio di contrarre tale malattia, per cui negli anni sono state rese sempre più efficaci le strategie di prevenzione e di controllo in ambito intra-ospedaliero. Il Ministero della Salute prevede che, in caso di ricovero di un paziente affetto da Tubercolosi Polmonare in fase attiva, dovrà essere predisposta una stanza a pressione negativa che garantisca un mantenimento della pressione negativa in maniera continuativa e costante rispetto alla pressione a livello del corridoio, con controlli seriati della pressione o continui, attraverso dispositivi automatici. La stanza dovrà essere ben sigillata all'esterno e dotata di dispositivi che facciano chiudere automaticamente le porte; la ventilazione dovrà assicurare un numero di ricambi d'aria maggiore o uguale a 12 per ogni ora nel caso di stanze di nuova costruzione, un numero di ricambi d'aria maggiore o uguale a 6 per ogni ora per quelle già esistenti. Ovviamente l'aria dovrà essere emessa direttamente all'esterno e lontano da riprese d'aria. Se ciò non fosse possibile e se l'aria sarà fatta ricircolare, sarà necessario filtrarla attraverso filtri HEPA. Il corretto funzionamento delle stanze a pressione negativa viene verificato dal personale tecnico addetto con controlli periodici.</p> |
|--|-----------------------------------|---|--|---|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | (www.epicentro.iss.it > tubercolosi) |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| <p>Il fabbisogno calorico di un individuo...</p> | <p>È omogeneo per tutti gli individui</p> | <p>Varia in base al sesso e all'età</p> | <p>Varia esclusivamente in base all'attività fisica lavorativa</p> | <p>È lo stesso nell'individuo per tutta la vita</p> | <p>Il fabbisogno energetico umano viene definito come l'apporto di energia di origine alimentare, necessario a compensare il dispendio energetico di individui che mantengano un livello di attività fisica sufficiente per partecipare attivamente alla vita sociale ed economica e che abbiano dimensioni e composizione corporee compatibili con un buono stato di salute a lungo termine. Come determinare il fabbisogno di una persona? Il calcolo del fabbisogno calorico si compone della stima del metabolismo basale, ovvero l'energia che consumiamo a riposo, di cui abbisogna di base l'organismo per garantire le funzioni vitali. Il metabolismo basale varia con l'età ed in presenza di stati patologici. A questo va unita la quantificazione dell'energia aggiuntiva che serve per le attività fisiche, denominata livello di attività fisica. Esistono apposite tabelle orientative per effettuarlo: quando si ricerchi un regime alimentare controllato, il nutrizionista o dietologo può indicare la dieta più opportuna al bisogno energetico ed alle condizioni fisiche. Per rispettare il fabbisogno energetico è necessario introdurre quotidianamente una quota equilibrata di nutrienti e calorie, che non potrà prescindere dall'assunzione di comportamenti alimentari corretti e diversificati nelle diverse fasi della vita. L'energia necessaria al buon funzionamento dell'organismo viene fornita dagli alimenti: se le calorie introdotte sono le stesse delle calorie spese, il bilancio calorico del soggetto è in equilibrio; se le calorie introdotte sono maggiori di quelle consumate, il soggetto accumula calorie, cioè ingrassa; se invece le calorie introdotte sono minori di quelle consumate, il soggetto perde energia, cioè dimagrisce. Ricordiamo la differenza dei termini nutrizione e alimentazione: nutrizione è l'insieme dei processi biologici che consentono, o che condizionano, la sopravvivenza, la crescita, lo sviluppo e l'integrità di un organismo vivente, sulla</p> |
|--|---|---|--|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>base della disponibilità di energia e di nutrienti. L'alimentazione in fisiologia si definisce come l'azione del procurare i nutrienti all'organismo, e alle trasformazioni che il cibo subisce nel tratto digerente.</p> <p>(Hinkle, 2017)</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| <p>Il posizionamento supino dell'assistito...</p> | <p>Deve tener conto dell'allineamento posturale</p> | <p>Deve essere svolto con un allineamento delle varie parti del corpo che varia a seconda dello stato di malattia dell'assistito</p> | <p>Deve essere effettuato rispettando le richieste dell'assistito</p> | <p>Nessuna delle risposte precedenti</p> | <p>La correttezza del posizionamento della persona allettata è fondamentale per garantire alla stessa oltre che un indiscutibile benessere, un adeguato allineamento del corpo, indispensabile alla prevenzione della comparsa di schemi posturali patologici, di contratture, di lesioni da pressione, di complicanze respiratorie e/o vascolari. Il corretto posizionamento è ancora più importante nel caso di soggetti che necessitano di prolungato allettamento, in quanto questa condizione comporta una riduzione della funzionalità degli apparati principali, con conseguenze su: 1. Polmoni - si verifica un'alterazione della ventilazione, in relazione alla ridotta espansione della gabbia toracica, quindi dei polmoni, quindi degli alveoli; 2. Circolazione – si rallenta in mancanza di movimento, con conseguente incremento del rischio di flebiti e trombosi; 3. Scheletro - vengono favoriti i processi di decalcificazione, con comparsa di dolore; 4. Muscoli – divengono ipotrofici, con riduzione del tono muscolare; 5. Cute - la riduzione della circolazione, insieme alla pressione esercitata dal peso su specifiche zone del corpo, è causa della comparsa di Lesioni da Pressione (LdP). Nel posizionamento supino si deve prestare particolare attenzione all'allineamento posturale: in caso di soggetto non autosufficiente, come le persone prive di capacità motoria totale o parziale, si può ottenere con le seguenti manovre: portare il piano del letto in posizione orizzontale; allineare testa e tronco; posizionare gli arti superiori con avambraccio esteso con il gomito leggermente flesso, il polso in posizione supina ed esteso, la mano aperta; allineare gli arti inferiori, eventualmente ponendo sotto ai talloni un apposito presidio per evitare l'insorgenza di LdP; posizionare un archetto in fondo al letto per alzare le coperte, evitando che le stesse gravino sulle estremità degli</p> |
|---|---|--|---|--|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>arti inferiori, rischiando di provocare LdP. I piedi devono infine essere posizionati dritti con un sostegno laterale.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|------------------------------------|--|---|--|--|---|
| <p>Si definisce comorbidità...</p> | <p>La coesistenza di due o più patologie</p> | <p>La sovrapposizione e l'influenza reciproca di più patologie in uno stesso soggetto</p> | <p>L'associazione di patologie cronico degenerative in uno stesso soggetto</p> | <p>La co-presenza in una famiglia della stessa patologia</p> | <p>La comorbilità, o comorbidità, in ambito medico indica la coesistenza di più patologie diverse in uno stesso individuo. La comorbidità implica la sovrapposizione e l'influenza reciproca degli stati morbosi. In medicina il termine può riferirsi a due o più patologie che coesistono simultaneamente, ma indipendentemente l'una dall'altra, oppure riferirsi a patologie che compaiono secondariamente all'insorgenza di una patologia di fondo, dunque, come si suole dire, come condizione medica correlata. In psichiatria il concetto non indica obbligatoriamente due malattie distinte, ma anche la possibilità di più diagnosi nello stesso paziente in base ai sintomi presentati. Perché è importante considerare la comorbidità? La comparsa in un soggetto affetto da una patologia (generalmente cronica) di un'altra o più malattie, non direttamente causate dalla prima, condiziona la terapia, la qualità di vita del paziente, la durata di un eventuale ricovero in ospedale, il decorso e la prognosi della malattia principale e dei disturbi secondari o contemporanei. Come emerge dalla letteratura scientifica, la comorbidità è associata ad esiti peggiori di salute, gestione clinica più complessa e aumento dei costi di assistenza sanitaria. Pertanto si deve dedicare attenzione nel definire l'eziologia delle patologie, ai fini di prevenzione e trattamento dei problemi di salute nello stesso paziente, considerando come la comorbidità, quindi i disturbi concomitanti, porteranno ad un differente esito clinico. Raramente i programmi di prevenzione sono volti ad affrontare disturbi concomitanti in un modo integrato, sottovalutando il fatto che la conoscenza della comorbilità è utile per valutare il rapporto costi/benefici nel trattamento di una particolare condizione morbosa per la popolazione generale. Quando la persona presenti patologie già conclamate, sarà opportuno adottare un approccio</p> |
|------------------------------------|--|---|--|--|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>globale, olistico, che consenta di identificare ogni disturbo. Esistono in letteratura degli strumenti appositi per la valutazione delle comorbidità: ad esempio il Charlson Comorbidity Index è una metodica semplice e rapida che predice l'aspettativa di vita di un paziente con una vasta gamma di condizioni patologiche coesistenti; questo riferimento consente di misurare la comorbidità e correlarla alla probabilità di sopravvivenza e al consumo di risorse sanitarie.</p> <p>(Hinkle, 2017)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|----------------------------|---|---|--|-------------------------------------|--|
| <p>La mobilitazione...</p> | <p>Si distingue in attiva, attiva assistita e passiva</p> | <p>È influenzata dall'integrità e funzionalità dell'apparato locomotore</p> | <p>La sua assenza genera complicanze ai principali apparati dell'organismo</p> | <p>Tutte le precedenti risposte</p> | <p>Il movimento è essenziale: attraverso di esso l'uomo comunica, si esprime, interagisce con l'ambiente e lo esplora, concorre alla soddisfazione dei suoi bisogni. Dunque muoversi è uno dei bisogni primari della persona. L'apparato locomotore costituisce la struttura portante dei vertebrati e permette loro il movimento. Tale apparato è costituito da due componenti che funzionano in stretta correlazione: uno attivo, il sistema muscolare, e uno passivo, il sistema scheletrico. Il sistema muscolo-scheletrico fornisce forma, supporto, stabilità e movimento al corpo, oltre che la protezione degli organi vitali. Anatomicamente il sistema muscolo-scheletrico è costituito dalle ossa, i muscoli, la cartilagine, i tendini, i legamenti, le articolazioni e i tessuti connettivi che sostengono e legano insieme i tessuti e gli organi. Le sue importanti funzioni sono il risultato dell'interazione tra le varie strutture che lo compongono; possiamo intuire come siano complessi i meccanismi sottesi anche al più piccolo movimento del nostro corpo, e come un danno possa scalfire la condizione di integrità delle strutture deputate al movimento, quindi determinare perdita di autonomia nella possibilità di muoversi. La mancanza totale o parziale di movimento, risultante di svariate condizioni patologiche, può impedire alla persona di interagire con l'ambiente e con gli altri, e può diventare causa di ulteriori problematiche quali contratture, rigidità articolari, lesioni da pressione, che si rifletteranno pesantemente sulla qualità della vita della persona. La prolungata riduzione del movimento, indipendentemente dalle ragioni che l'hanno determinata, dà luogo a un quadro complesso, definito sindrome da immobilizzazione, che comporta una riduzione della funzionalità di quasi ogni apparato dell'organismo. È pertanto fondamentale identificare progetti di recupero della</p> |
|----------------------------|---|---|--|-------------------------------------|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>funzione per le strutture corporee deputate al movimento; questi piani personalizzati di riabilitazione sono generalmente a carico del fisiatra/terapista della riabilitazione, che determinerà modalità e frequenza di mobilizzazione della persona. In tali casi si può ricorrere alla mobilizzazione attiva, che richiede un impegno totale al paziente; alla mobilizzazione attiva-assistita, con la quale si intende una partecipazione parziale del paziente nell'esecuzione del movimento effettuato dal terapista; infine la mobilizzazione passiva, che consiste nel movimento di parti del corpo del paziente, senza che quest'ultimo contragga volontariamente i muscoli.</p> <p>(Vanzetta, Vallicella, 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| <p>Sono fasi dell'elaborazione del lutto...</p> | <p>La negazione, il rifiuto, la condivisione</p> | <p>Il rifiuto, l'accettazione, la rimostranza</p> | <p>L'accettazione, la negazione, l'illusione</p> | <p>La negazione, la depressione, l'accettazione</p> | <p>L'elaborazione del lutto è stata elaborata dalla psichiatra Kubler-Ross, che nel 1970 ha descritto in cinque fasi l'esperienza del morire così come della elaborazione del lutto, ovvero della perdita. Questa perdita può intendersi sia come una parte di sé (es. amputazione di un arto o di un seno); oppure la perdita di se stesso (es. nella fase finale della vita); o ancora di una persona cara o di un oggetto importante (es. familiare o casa). Il processo che il modello Kubler-Ross descrive permette di comprendere le dinamiche mentali più comuni in queste circostanze di perdita. Le fasi possono alternarsi e ripresentarsi più volte, con varia intensità e senza un ordine preciso: le emozioni non seguono regole ma, così come si manifestano, così svaniscono, magari miste e sovrapposte. Conoscerle però, permette agli operatori sanitari di stare vicino al paziente, riconoscere le esigenze della persona e rendersi disponibile e premuroso nei suoi confronti e, non dimentichiamolo, verso i congiunti, impegnati anch'essi in un lutto. In queste situazioni non è facile trovare le parole giuste, fornire sollievo alla persona, garantire una vicinanza discreta e rispettosa. Le fasi sono: 1. negoziazione o rifiuto – la persona non vuole credere all'evento o alla diagnosi (es. diagnosi HIV), opponendosi alla realtà; 2. Rabbia – rappresenta spesso il momento in cui l'assistito e i familiari necessitano di un importante intervento da parte dell'equipe; 3. Depressione – interviene quando il soggetto giunge a prendere contatto con quanto è avvenuto, ed è caratterizzato da chiusura verso le relazioni e ritiro in sé. In pratica il paziente comincia a prendere consapevolezza della perdita che sta subendo o sta per subire e si sente sovrastato; 4. Patteggiamento – il soggetto inizia a verificare cosa può fare e in quali progetti può investire la sua speranza, cominciando una specie di negoziato che, a seconda dei valori</p> |
|---|--|---|--|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>personali, si può instaurare con parenti e amici, o con figure religiose (Dio) oppure con eventi specifici (voglio poter vedere il matrimonio di mio figlio); 5. Accettazione – viene oggi più precisamente indicata con il momento in cui la persona riesce a inserire nel proprio quadro di vita l’evento che si sta per verificare. Gli operatori sanitari devono fare i conti con la morte, perché nella loro attività saranno spesso coinvolti nell’esperienza della morte vissuta dai pazienti e dai loro familiari. In epoche precedenti, la morte era un evento non soltanto individuale, ma in qualche modo partecipato; si moriva in famiglia, attornati dalla famiglia e dalla comunità di appartenenza. Oggi si assiste ad una privatizzazione dell’evento morte, nonché ad una sua medicalizzazione: si muore solitamente nelle strutture ospedaliere, soccorsi da personale qualificato e dalle migliori tecnologie disponibili, ma spesso in condizioni che non facilitano le relazioni e il contatto con i propri cari. Tutti gli operatori sanitari sono interpellati dall’esigenza di sostenere la persona di fronte ad una diagnosi infausta ed in un percorso di sofferenza, oltre che di umanizzare il processo del morire e della morte.</p> <p>(Panicucci et al., 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| <p>La competenza di un professionista viene definita come...</p> | <p>Sapere, saper essere, sapere applicare</p> | <p>Sapere le cose, sapere fare le cose</p> | <p>Sapere, saper fare, saper essere</p> | <p>Sapere, saper distinguersi, saper fare</p> | <p>Nella letteratura di riferimento questo elenco semplice da memorizzare, che ha il vantaggio di indicare con poche parole concetti complessi, è oggi ampiamente utilizzato per indicare in sintesi la classificazione delle competenze professionali. "La competenza è essenzialmente ciò che una persona è in grado di saper fare (anche intellettualmente) in modo efficace, in relazione ad un determinato obiettivo, compito o attività, in un determinato ambito disciplinare o professionale. Il risultato dimostrabile ed osservabile di questo comportamento competente è la prestazione o la performance". La competenza dunque sta alla base del nostro agire quotidiano, è la risultante di ciò che sappiamo ed agiamo in un determinato contesto o situazione. Il suo ruolo è attualmente crescente e centrale nei modelli e strumenti d'intervento nei sistemi organizzativi: si parla di gestione per competenze, organizzazione per competenze. L'esercizio della competenza legata alla professione o alla mansione di riferimento, si alimenta di tre ambiti diversi: 1. il sapere, ovvero l'insieme delle conoscenze di base inerenti lo svolgimento delle attività. Pensiamo ad esempio alle materie di studio previste per il percorso formativo dell'OSS, come definito nel Profilo contenuto nel Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001. 2. Il saper fare, che attiene invece alle capacità ed abilità tecniche, ad esempio l'effettuazione del rifacimento del letto vuoto o della deambulazione assistita per l'anziano non autosufficiente. 3. Il saper essere, che indica quelle che sono oggi definite le soft skill, ovvero capacità di stampo cognitivo relazionale e comunicativo, che identificano il "sapersi comportare in modo adeguato alla situazione". Ne è un esempio il sapersi rapportare a un paziente morente e ai suoi familiari, agendo ascolto attivo, empatia, e</p> |
|--|---|--|---|---|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>adeguando il proprio linguaggio al contesto specifico. Il saper essere non ci indica cosa fare, ma piuttosto cosa siamo chiamati ad essere. Questi tre ambiti della competenza si devono mantenere nel tempo, attraverso la formazione continua, l'esperienza ed il confronto nella comunità professionale di riferimento.</p> <p>(Panicucci et al., 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|
| <p>Le lesioni da pressione (individua l'affermazione errata)...</p> | <p>Sono un rischio connesso all'assenza di movimento</p> | <p>Sono descritte con appositi sistemi di stadiazione</p> | <p>Sono sempre fonti di infezioni sistemiche</p> | <p>Determinano dolori importanti per la persona</p> | <p>La lesione da pressione (LdP) o ulcera da pressione (UdP) è una lesione tissutale, con evoluzione necrotica, che interessa l'epidermide, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere, nei casi più gravi, la muscolatura e le ossa. La LdP è una lesione localizzata alla cute e/o al tessuto sottostante, solitamente localizzata su una prominza ossea, come conseguenza diretta di una elevata/prolungata compressione, o di forze di taglio o stiramento, che determinano uno stress meccanico ai tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni (EPUAP/NPUAP, 2016). Indicativamente, in qualunque zona del corpo a contatto con un piano di appoggio si potrebbero manifestare LdP. Queste sono considerate la complicanza più frequente e temibile che si manifesta a seguito di riduzione della mobilità, in particolar modo se si tratta di un soggetto anziano. La causa dell'insorgenza delle LdP è naturalmente correlata alla pressione esercitata sulla cute e sui tessuti sottocutanei, ma diversi sono i fattori predisponenti o indirettamente responsabili. Per maggiore chiarezza si usa distinguerli in: 1. fattori estrinseci – sono individuabili in forze di attrito e di taglio a cui è soggetta la persona con riduzione della mobilità; aumento della temperatura e dell'umidità della cute (microclima avverso); 2. fattori intrinseci – si riferiscono alla condizione del paziente stesso, e sono identificabili in varie situazioni (es. politrauma, scompenso cardiaco, diabete); in generale si tratta di fattori responsabili di una scarsa perfusione tissutale, di una ridotta percezione sensoriale e di una insufficiente introduzione di principi nutritivi. Esistono validati sistemi di classificazione o stadiazione delle LdP, i quali identificano per stadi le lesioni basandosi sulle condizioni degli strati del tessuto interessato. Le classificazioni per stadi non hanno il compito di descrivere globalmente la</p> |
|---|--|---|--|---|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>lesione, ma forniscono una descrizione anatomica, relativamente semplice, della sua profondità. È sempre opportuno, nel valutare e documentare una lesione, utilizzare una classificazione concordata nell'equipe, in modo da condividere le informazioni tra chi ha in carico il paziente. Fondamentale è la prevenzione della loro insorgenza, con interventi in genere attribuiti proprio all'OSS: si attua effettuando cambi posturali periodici della persona, così da alleggerire la pressione sulle zone cutanee; definendo un adeguato apporto nutrizionale; mantenendo un attento rispetto delle cure igieniche, in particolar modo proteggendo la cute con appositi prodotti, mantenendola asciutta, pulita ed idratata; educando il paziente e il caregiver alla prevenzione.</p> <p>(Panicucci et al., 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|
| <p>È obbligatorio per il lavoratore sottoporsi alla sorveglianza sanitaria?</p> | <p>No, è necessario presentare il certificato di sana e robusta costituzione al momento dell'assunzione</p> | <p>No, solo in alcuni ambiti sussistono rischi lavorativi che necessitano di sorveglianza</p> | <p>Sì, ma solo per quelli che operano in contesti specifici (es. radiologia)</p> | <p>Sì, deve sottoporsi ai controlli sanitari disposti dal medico competente</p> | <p>Secondo il D.Lgs. 81 del 2008, per sorveglianza sanitaria si intende l'insieme degli accertamenti sanitari svolti dal Medico Competente, finalizzati alla tutela dello stato di salute e alla sicurezza dei lavoratori, in relazione alle condizioni di salute degli stessi, all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa. Sono sottoposti a sorveglianza sanitaria i lavoratori e gli equiparati (ad es. studenti), per i quali nel Documento di Valutazione del Rischio (DVR) è indicato un livello di rischio per il quale la normativa vigente ne prevede l'obbligo. Dunque, a seconda dei rischi cui il lavoratore è esposto in base al setting ed alle condizioni in cui presta servizio, sarà sottoposto a visite periodiche per verificare lo stato di salute da parte del Medico Competente. La sorveglianza sanitaria comprende varie tipologie di visita: 1. la visita preventiva, utile a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato; 2. La visita periodica, finalizzata a monitorare l'evoluzione della condizione del lavoratore, con riferimento a eventuali particolari rischi (es. videoterminale); 3. la visita per cambio di mansioni, che si effettua in occasione del cambio della mansione del dipendente (quindi considerando una modifica dei rischi per la salute a cui è esposto il lavoratore); 4. la visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai 60 giorni continuativi (solo per lavoratori in sorveglianza sanitaria periodica). La sorveglianza sanitaria è finalizzata (D.Lgs. 81/2008, art 41, comma 6) all'espressione dei giudizi di idoneità alla mansione specifica che vanno obbligatoriamente comunicati per iscritto al Datore di Lavoro e in copia al lavoratore stesso. I giudizi possono essere di idoneità, idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o</p> |
|---|---|---|--|---|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>limitazioni, o ancora di inidoneità alla mansione specifica, sia essa di natura temporanea o permanente. Il lavoratore non è un destinatario passivo di precetti, ma in ambito di sicurezza sul lavoro è un soggetto attivo responsabile della sicurezza propria e degli altri. Esso osserva le disposizioni impartite, tra le quali l'obbligo di sottoporsi ai controlli sanitari previsti, usa i DPI, partecipa ai programmi di formazione/addestramento, segnala al dirigente situazioni che costituiscono un rischio per la salute.</p> <p>(D. Lgs. 81/2008 - Testo unico per la sicurezza del lavoro)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|------------------------------|--|
| <p>Il bisogno è una condizione che esprime...</p> | <p>Una mancanza totale e/o parziale di qualcosa</p> | <p>Il soddisfacimento di una necessità</p> | <p>Un'attitudine all'equilibrio</p> | <p>Una carenza materiale</p> | <p>In psicologia il bisogno si definisce come la percezione della mancanza totale o parziale di uno o più elementi che costituiscono il benessere della propria persona. Le principali caratteristiche dei bisogni sono: la soggettività, poiché sono percepiti in maniera diversa dalle persone a seconda di età, sesso, cultura e valori di riferimento; ancora la soddisfazione, in quanto i bisogni aumentano o diminuiscono in relazione alla misura in cui vengono soddisfatti. Il grado in cui si soddisfano i bisogni rappresenta uno dei fattori principali nel determinare il livello di salute di una persona: il bisogno che non viene soddisfatto fa scaturire un problema, una situazione di disagio in cui il soggetto, se non capace di risolverlo autonomamente e indipendentemente, può avere necessità di essere aiutato a farlo. Possiamo sostenere che la peculiare funzione dell'infermieristica è proprio quella di assistere l'individuo malato o sano nell'esecuzione di quelle attività che eseguirebbe da solo se ne avesse la forza, la volontà o le conoscenze necessarie, in modo tale da aiutarlo a raggiungere l'indipendenza il più rapidamente possibile. Molte teorie del nursing si sviluppano su questo concetto, in particolare quella di Virginia Henderson. Ogni approccio assistenziale orientato al bisogno delle persone considera l'individuo nella sua complessità ed ha l'obiettivo di prendersene cura in maniera globale. L'OSS partecipa alla individuazione di questi bisogni e alla definizione delle migliori risposte verso questi. Negli anni '60 uno psicologo americano, Abram Maslow, ha sviluppato il modello dei bisogni fondamentali dell'uomo; tale teoria è molto conosciuta ed applicata in ambito sanitario. Egli individuò una scala di bisogni suddivisa in cinque differenti livelli, dai più elementari (necessari alla sopravvivenza dell'individuo) ai più complessi</p> |
|---|---|--|-------------------------------------|------------------------------|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>(di carattere sociale). Questo modello può essere di aiuto nel processo assistenziale, perché permette di individuare le priorità di soddisfacimento dei bisogni e meglio caratterizzarli.</p> <p>(Panicucci et al., 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| <p>Ad un assistito portatore di ileostomia è utile consigliare di...</p> | <p>Fare pasti rari e abbondanti, in modo che le feci si presentino meno frequentemente e compatte</p> | <p>Portare sempre con sé una sacca di riserva per la stomia</p> | <p>Assumere pasti con incremento di grassi, in modo da far progredire più velocemente le feci</p> | <p>Nessuna delle risposte riportate</p> | <p>L'ileo è la parte finale dell'intestino tenue, ed è preceduto da duodeno e digiuno. È separato dal cieco dalla valvola ileocecale. Il suo pH è generalmente compreso tra 7 ed 8 (quindi molto acido) e le feci che vi transitano fisiologicamente non sono ancora completamente formate. Per questo motivo, in caso ileostomia, il transito delle feci è rapido, per cui si presenteranno più liquide o comunque poco formate. Inoltre conterranno molti enzimi digestivi e quindi saranno più aggressive per la cute attorno allo stoma. In caso di soggetto portatore di ileostomia, prima di uscire di casa è utile controllare sempre la sacca, portandone sempre una di ricambio, che potrà sostituire in qualsiasi servizio igienico. Per ridurre le scariche e migliorare l'assorbimento dei nutrienti, è consigliabile una corretta igiene e gestione dello stoma e l'adozione di alcuni accorgimenti alimentari. Per esempio è consigliabile non mangiare grandi quantità di cibo poche volte al giorno, piuttosto adottare l'abitudine di fare piccoli pasti, integrando i principali con spuntini leggeri; ciò può facilitare la digestione ed evitare che si formi gas nell'intestino vuoto. È indicato seguire una dieta a ridotto contenuto di grassi e priva di scorie, in modo da ridurre la diarrea e feci particolarmente maleodoranti. Aglio, cipolla, funghi, asparagi, possono enfatizzare quest'ultimo effetto; preferire le cotture semplici (al vapore, al forno, alla piastra, all'acqua), consumando i pasti a orari regolari. È indicato masticare bene il cibo, in quanto aiuta a spezzare le fibre in parti più piccole, rendendole più digeribili e iniziando il processo di digestione già nella bocca, attraverso l'azione degli enzimi digestivi della saliva. È preferibile evitare cibi troppo caldi o troppo freddi, perché possono stimolare eccessivamente la peristalsi intestinale. Infine è utile bere molto negli intervalli tra un pasto e</p> |
|--|---|---|---|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>l'altro: servirà a diminuire l'acidità del materiale e ridurre i residui alimentari.</p> <p>(Brunner, Suddarth, 2017)</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|-----------------|---|--|---|---|--|
| Una ferita è... | Una lesione cutanea creata appositamente dal chirurgo per curare la persona | Una lesione provocata dal contatto accidentale con una fonte di calore | Una lesione di natura esclusivamente traumatica | L'interruzione della continuità della cute, conseguente all'applicazione di una forza esterna | La ferita rappresenta l'interruzione della continuità della cute (epidermide e derma) e/o dei tessuti molli (tessuto sottocutaneo e muscoli), conseguente all'applicazione di una forza esterna che supera la resistenza imposta dai medesimi. Può essere di natura traumatica o patologica, oppure essere conseguenza di interventi chirurgici. Le medicazioni sono applicazioni che vengono effettuate sulla cute interrotta nella sua continuità per: favorire e/o promuovere la guarigione della ferita; protezione della ferita dagli agenti esterni; protezione dall'ambiente esterno e dalla contaminazione (potenziale) da parte di microrganismi presenti. Una medicazione, per essere una buona medicazione, deve assicurare: la prevenzione della contaminazione della ferita da parte di agenti microbici e della comparsa di infezioni; la prevenzione di danni meccanici da traumi; il mantenimento della giusta umidità della lesione, evitando potenziali macerazioni; la prevenzione della devitalizzazione del tessuto; la prevenzione del contatto con particelle estranee; una temperatura e un valore di pH adeguati a favorire il processo di guarigione. Oggi sono particolarmente raccomandate le medicazioni avanzate, con materiali di copertura con caratteristiche di biocompatibilità. Mantenendo un microambiente umido, promuovono il processo di riparazione tissutale, proteggono da infezioni esogene e mantengono una temperatura costante e permeabilità all'ossigeno. Non si conosce una medicazione che possa seguire una lesione in tutte le fasi che accompagnano il processo riparativo; l'infermiere valuterà il presidio più appropriato e/o disponibile nel servizio, a seconda della fase della lesione in questione. L'OSS potrà essere chiamato a collaborare per la medicazione di ferite complesse e profonde, mentre potrà avere affidata la |
|-----------------|---|--|---|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>medicazione di ferite semplici, ovvero superficiali (es. medicazione di una lesione da pressione di secondo stadio).</p> <p>(Berman, Snyder et a., 2019)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|--|-------------------|---|-------------------------|---|
| <p>Le seguenti sono tutte sanzioni disciplinari irrogabili all'OSS, ad esclusione di...</p> | <p>Il rimprovero verbale o scritto</p> | <p>Il biasimo</p> | <p>La sospensione dal lavoro e dalla retribuzione</p> | <p>Il licenziamento</p> | <p>Un insieme di leggi e il Contratto nazionale di lavoro, nonché il singolo contratto di lavoro stipulato col proprio datore, regolamentano il comportamento che il dipendente deve adottare nell'esercizio del proprio ruolo e funzioni. A tal fine non dobbiamo dimenticare il Codice di Comportamento dei dipendenti della PA, oltre al Codice corrispettivo definito dalla specifica azienda. I procedimenti disciplinari, e le relative sanzioni, si attivano a fronte di violazione delle regole di comportamento definite a livello nazionale e locale. L'obiettivo del procedimento disciplinare è la tutela del buon funzionamento della Pubblica Amministrazione: si adottano misure che possano correggere i comportamenti non opportuni dei dipendenti. Il procedimento disciplinare segue determinate fasi ben precise: 1. Fase preistruttoria del procedimento disciplinare: la fase preistruttoria rappresenta la conoscenza del fatto da cui può derivare una sanzione disciplinare. 2. Fase contestatoria del procedimento disciplinare: l'ente, salvo il caso del rimprovero verbale, non può adottare alcun provvedimento disciplinare nei confronti del dipendente senza contestazione scritta dell'addebito. 3. Fase difensiva del provvedimento disciplinare: la fase difensiva è quella attraverso la quale il dipendente esercita il proprio diritto di difesa. 4. Fase decisoria del procedimento disciplinare: la fase decisoria porta all'archiviazione dell'eventuale procedimento o, in alternativa, all'applicazione di una sanzione disciplinare. Le fasi sono ben definite anche a tutela del dipendente, cui sono garantiti il contraddittorio e la possibilità di contestazione. Tali regole procedurali sono contenute nel Codice Disciplinare, che deve essere conosciuto da tutti i dipendenti, nel quale si definiscono le sanzioni disciplinari, che sono di varia gravità e si applicano a varie fattispecie</p> |
|---|--|-------------------|---|-------------------------|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>comportamentali. Tra le possibili sanzioni abbiamo il rimprovero verbale o scritto, e la multa di importo variabile fino a un massimo di quattro ore di retribuzione: questi si attivano per inosservanza delle disposizioni di servizio (es. in tema di assenze per malattia); negligenza nell'esecuzione dei compiti assegnati; inosservanza degli obblighi in materia di prevenzione degli infortuni e di sicurezza sul lavoro, ove ne sia derivato danno o disservizio. Altra tipologia di sanzione è la sospensione dal lavoro e dalla retribuzione, per periodi di tempo variabili; questa sanzione può essere comminata ad esempio in caso di assenza ingiustificata dal servizio o arbitrario abbandono del luogo di lavoro, oppure in caso di comportamenti minacciosi, calunniosi o diffamatori verso utenti, altri dipendenti o terzi, così come in caso di persistente scarso rendimento dovuto a comportamento negligente. Le sanzioni più gravi sono il licenziamento con preavviso, ed infine il licenziamento senza preavviso.</p> <p>(Vanzetta, Vallicella, 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|------------------------------------|--|--|---|---|---|
| <p>La prevenzione terziaria...</p> | <p>Agisce eliminando le cause e i fattori di rischio che determinano le malattie</p> | <p>Agisce attraverso il riconoscimento precoce di una malattia</p> | <p>Si avvale di indagini di massa o screening</p> | <p>Permette di ridurre gli effetti della disabilità</p> | <p>La prevenzione terziaria fa riferimento a tutte le azioni volte al controllo e contenimento degli esiti più complessi di una patologia. Consiste nell'accurato controllo clinico-terapeutico di malattie ad andamento cronico o irreversibili, ed ha come obiettivo quello di evitare o comunque limitare la comparsa sia di complicazioni tardive, che di esiti invalidanti. Con prevenzione terziaria si intende anche la gestione dei deficit e delle disabilità funzionali consequenziali ad uno stato patologico o disfunzionale. Si realizza attraverso misure riabilitative e assistenziali, volte al reinserimento familiare, sociale e lavorativo dell'individuo, e al miglioramento della sua qualità di vita. Sono esempi di prevenzione terziaria l'adozione di misure di riabilitazione motoria, il supporto psicologico per una determinata categoria di assistiti, la definizione di una adeguata dieta per un paziente diabetico. Nell'attuale contesto epidemiologico, dove la cronicità è una sfida per il sistema sanitario, possiamo immaginare quanto siano rilevanti le attività di prevenzione terziaria, volte in generale a migliorare la qualità della vita delle persone. Ricordiamo che la prevenzione, in sanità, è il complesso delle misure utili a prevenire la comparsa, la diffusione e la progressione delle malattie e il determinarsi di danni irreversibili quando la patologia è in atto. Gli interventi di prevenzione si dividono in: prevenzione primaria, la quale comprende tutti gli interventi destinati ad ostacolare l'insorgenza delle malattie nella popolazione, combattendo le cause e i fattori predisponenti. Spesso l'intervento mira a cambiare abitudini e comportamenti scorretti (intervento comportamentale). Si attua attraverso progetti di educazione alla salute e campagne di sensibilizzazione/informazione alla popolazione (es. sull'impiego delle cinture di sicurezza in</p> |
|------------------------------------|--|--|---|---|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>automobile); profilassi immunitaria (vaccinazioni); interventi sull'ambiente per eliminare o correggere le possibili cause delle malattie; individuazione e correzione delle situazioni che predispongono alla malattia (es. campagne educative sull'obesità e sul tabagismo). La prevenzione secondaria, invece, ha come obiettivo l'individuazione precoce delle malattie o dei soggetti ad alto rischio, utilizzando screening mirati; un esempio è l'esecuzione del pap-test alla popolazione femminile per la diagnosi precoce dei tumori alla cervice uterina.</p> <p>(Vanzetta, Vallicella, 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---------------------|--|---|---|-------------------|---|
| La malnutrizione... | Può manifestarsi per eccesso o per difetto | Può essere valutata con due test di screening | Può diventare un fattore di rischio per diverse patologie o condizioni cliniche | Tutte le risposte | <p>Il bisogno di alimentarsi è uno dei bisogni primari, dei quali si ritiene fondamentale la soddisfazione. L'alimentazione fornisce alla persona i nutrienti, che permettono all'organismo di adempiere alle funzioni energetica, plastica, regolatrice, protettiva. L'alimentazione è sana quando risulta equilibrata e varia, viene rispettato il fabbisogno calorico e vi è un apporto bilanciato dei vari tipi di nutrienti: tale condizione determina il benessere della persona e dell'intero corpo. Molti sono i fattori che possono influire sul fabbisogno di energia della persona, e sul suo stile di alimentazione. La malnutrizione è definita una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo, conseguente allo squilibrio tra i fabbisogni, gli introiti e l'utilizzazione dei nutrienti, tali da comportare un eccesso di morbilità o mortalità ed alterazioni della qualità di vita. Essa può manifestarsi per eccesso o per difetto. Valutare il rischio nutrizionale significa prevenire la possibilità del verificarsi di eventi avversi correlabili all'alimentazione e alla nutrizione di una persona. Molti pazienti sono malnutriti o risultano a rischio di malnutrizione al momento dell'ammissione in ospedale; frequentemente tale condizione non viene rilevata e spesso peggiora durante la degenza. Si stima che la malnutrizione sia presente nel 30% dei pazienti all'ammissione e nel 15% alla dimissione in ospedale. Tale condizione predispone alla malattia e ne ritarda la guarigione, influenza negativamente lo stato psico-fisico dell'individuo e l'esito clinico, aumentandone la morbilità e la mortalità. Particolare attenzione va posta sulle persone anziane: l'invecchiamento tende a generare delle modificazioni para-fisiologiche nel corpo umano, con forte riduzione della massa muscolare, aumento del tessuto adiposo, diminuita percezione del segnale di sete e precoce senso di</p> |
|---------------------|--|---|---|-------------------|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>sazietà, che possono esporre il soggetto anziano a rischi concreti di malnutrizione, i quali, in aggiunta a patologie di frequente riscontro nella terza età, determinano complicanze ed aumento dell'ospedalizzazione. Pertanto è opportuno che il rischio nutrizionale sia routinariamente valutato nei contesti sanitari, data l'importanza che questo aspetto può avere sulle condizioni clinico assistenziali della persona e sull'insorgenza di complicanze, e che stati di alterazione della nutrizione siano presi in carico e trattati adeguatamente dall'équipe sanitaria. La letteratura suggerisce la scala MUST quale validato test di screening per l'accertamento del rischio nutrizionale.</p> <p>(Regione Toscana, 2013)</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------------|--|
| <p>Il sistema dell'emergenza sanitaria...</p> | <p>Coordina, organizza e gestisce l'emergenza sul territorio</p> | <p>Risponde al numero 118</p> | <p>Offre una Centrale Operativa che può essere allertata dai cittadini</p> | <p>Tutte le risposte</p> | <p>Dagli anni '90, su tutto il nostro territorio nazionale , è stato istituito il sistema di gestione delle emergenze: la norma di riferimento è il D.P.R. 27 marzo 1992 - "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza". Prima di allora l'emergenza sanitaria era affidata, ad esclusione di alcuni casi, alle singole strutture ospedaliere. Il Numero Unico dell'emergenza sanitaria è il 118: il sistema intende coordinare, organizzare e gestire l'emergenza sul territorio. In ogni Provincia è dunque presente una Centrale Operativa, che raccoglie le richieste di assistenza, e garantisce l'invio dei soccorsi adeguati attraverso l'ottimale gestione dei mezzi di soccorso e delle risorse presenti nel territorio. L'allertamento del sistema inizia con la chiamata alla Centrale Operativa: un operatore addetto esegue l'intervista telefonica, raccogliendo una serie di dati codificati che permettano di stabilire la risposta più adeguata alla richiesta di soccorso. Quindi, in relazione al livello di urgenza valutato, si attiverà un codice di priorità, e saranno inviati il mezzo di soccorso più idoneo e le risorse più appropriate alla situazione riferita. La Centrale Operativa, oltre a questa funzione di filtro alle richieste dei cittadini, coordina l'attività di assistenza sanitaria nel corso delle maxi emergenze e gestisce i trasporti sanitari assistiti. Di fronte a una situazione di emergenza, si dovrà tempestivamente allertare il sistema 118, ed eventualmente in attesa dell'arrivo dell'intervento da parte del personale qualificato, si può prestare il primo soccorso, ovvero compiere semplici atti le cui finalità possono essere quelle di mantenere le funzioni vitali e/o prevenire eventuali peggioramenti delle condizioni in cui versa la persona infortunata.</p> <p>(Vanzetta, Vallicella, 2018)</p> |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------------|--|

| | | | | | |
|---|--|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|
| <p>In una azienda sanitaria, l'URP è...</p> | <p>Ufficio Relazioni con il Pubblico</p> | <p>Ufficio Reclami Pubblici</p> | <p>Unità Rischi e Pericoli</p> | <p>Ufficio Reclami e Procedure</p> | <p>Di fondamentale importanza per le strutture che erogano servizi alla cittadinanza, come le organizzazioni sanitarie, è la rilevazione della soddisfazione dell'utente cui il servizio si rivolge. Tenere in considerazione la qualità del servizio come percepita dai suoi destinatari rappresenta un meccanismo virtuoso, che può orientare al miglioramento del servizio ed al raggiungimento degli outcome. Ogni azienda sanitaria si impegna formalmente a tutelare i cittadini che richiedono accesso alle prestazioni di cura, accogliendo qualsiasi segnalazione o suggerimento organizzativo finalizzato a migliorare la qualità dei servizi. Le segnalazioni possono essere inoltrate sia per esprimere un elogio o ringraziamento, sia per comunicare un disservizio. Per permettere queste comunicazioni, le Aziende Sanitarie offrono un apposito Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), che si occupa di interagire con l'utenza o le associazioni di volontariato e di tutela. Ogni Azienda elabora un Regolamento interno, attraverso il quale si impegna a garantire la tutela dei cittadini/utenti, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, dalla carta dei servizi sanitari e dalla carta dei diritti e doveri dei cittadini. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico assicura l'ascolto attivo delle istanze inoltrate dei cittadini e, al fine di garantirne la tutela nei confronti di atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni erogate dall'Azienda, raccoglie e gestisce i reclami e le segnalazioni. L'esercizio della tutela è prevista: a) per qualsiasi disservizio, inteso come mancanza di efficacia-efficienza, che abbia negato o limitato la fruibilità delle prestazioni; b) per qualsiasi violazione di leggi o regolamenti che disciplinino la fruizione dei servizi socio-sanitari. L'Azienda riconosce agli utenti dei suoi servizi due livelli di tutela: l'URP, in prima istanza; il Difensore Civico</p> |
|---|--|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>Regionale in seconda istanza. I reclami e le segnalazioni sono utilizzati dall'Azienda come contributi alla valutazione della qualità dei servizi sanitari. Per questo motivo, nel percorso di gestione dei reclami e delle segnalazioni, è coinvolta direttamente anche la componente professionale afferente al servizio.</p> <p>(Panicucci et al., 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---|
| <p>Tutti i seguenti sono diritti del dipendente pubblico, ad esclusione di uno. Quale?</p> | <p>Diritto alla retribuzione</p> | <p>Diritto alla mansione</p> | <p>Diritto alle ferie</p> | <p>Diritto alla compensazione</p> | <p>Il dipendente della Pubblica Amministrazione è sottoposto al rispetto di alcuni doveri sanciti normativamente: tra questi il dovere di esclusività, di produttività, di fedeltà, sanciti dal Codice Civile stesso. Il dipendente della Pubblica Amministrazione, come si evince nel Codice di Comportamento, svolge i propri compiti nel rispetto della legge, perseguendo l'interesse pubblico senza abusare della posizione o dei poteri di cui è titolare. Egli è tenuto a conformare la propria condotta ai principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa. Accanto ai doveri e alle responsabilità, vi sono una serie di diritti attribuibili al dipendente, stabiliti naturalmente dalle norme e dai contratti. Il diritto alla retribuzione rappresenta l'obbligo del datore di lavoro quale corrispettivo dell'obbligazione lavorativa del dipendente. Il rapporto di lavoro è infatti connotato dall'onerosità e da un nesso funzionale tra prestazione lavorativa e controprestazione economica. Il diritto alla mansione significa che la persona ha diritto ad esercitare le funzioni proprie del profilo professionale per il quale è stato assunto. Il dipendente ha altresì diritto di sciopero; lo Statuto dei Lavoratori l'ha anche importato nella Pubblica Amministrazione. Sono ulteriori diritti, collegati alla libertà individuale e sindacale del lavoratore, il diritto di associazione e di assemblea e di attività sindacale. Il diritto ad usufruire delle ferie è previsto e garantito per il recupero psicofisico ottimale del dipendente che espleta la sua funzione lavorativa. Ancora il dipendente ha diritti legati a congedi parentali, come ad esempio la tutela della maternità e paternità. Diritti e doveri del dipendente pubblico sono dunque opportunamente regolamentati e tutelati all'interno delle Pubbliche Amministrazioni attraverso appositi atti di recepimento dei contratti e delle previsioni</p> |
|--|----------------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---|

| | | | | | |
|--|-------------|--------------|-------------|---------------|--|
| | | | | | <p>legislative in materia.</p> <p>(Vanzetta, Vallicella, 2018)</p> |
| <p>Quale di questi alimenti dà un significativo apporto di proteine?</p> | <p>Uova</p> | <p>Pasta</p> | <p>Olio</p> | <p>Gelato</p> | <p>Le uova forniscono una grande quantità di proteine complete di alta qualità, che contengono tutti gli amminoacidi essenziali per gli esseri umani, e forniscono quantità significative di vitamine e minerali, compresa la vitamina A, riboflavina, acido folico, vitamina B6, vitamina B12, colina, ferro. L'uovo è un alimento consumabile direttamente o come ingrediente in numerosi piatti delle cucine di tutto il mondo. Il più utilizzato è l'uovo di gallina, ma si consumano anche le uova di altri volatili: ad esempio quaglia, anatra, oca, struzzo. Nell'uso corrente il termine uovo, senza altre precisazioni, indica quello di gallina. Il nostro organismo ha bisogno di energia necessaria allo svolgimento delle funzioni organiche alla base delle attività di vita quotidiana: per camminare, lavorare, respirare, digerire si utilizza energia, che viene introdotta con un'adeguata alimentazione della persona. Questa energia vitale ci viene fornita dagli alimenti in</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>misura diversa, a seconda del loro contenuto in calorie. La quantità di calorie, quindi di energia, che può fornire un alimento, dipende dalla sua composizione in proteine, grassi, carboidrati, che insieme ai sali minerali ad alle vitamine, costituiscono i principi nutritivi indispensabili al nostro organismo. Ciascuno di questi principi ha una specifica funzione. Le proteine sono i costituenti fondamentali delle cellule di tutti gli organismi viventi, ed assumono funzione vitale per la crescita e lo sviluppo dei sistemi corporei. Le loro funzioni sono quella plastica e strutturale, in quanto costituiscono parti fondamentali della struttura cellulare degli esseri viventi; hanno poi funzione difensiva ed immunitaria, in quanto creano gli anticorpi e regolano fattori contro agenti esterni e infezioni; ancora esercitano una funzione enzimatica che accelera le reazioni chimiche del metabolismo. Gli altri alimenti citati nella domanda sono esempi di carboidrati.</p> <p>(Panicucci et al., 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|-------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---|--|
| La rimozione è... | Un meccanismo di difesa dell'io | Un trattamento igienico-sanitario | Una fase della vaccinazione | Una fase del trattamento dei dati personali al momento dell'accesso ai servizi sanitari | <p>La rimozione è uno dei più importanti e noti meccanismi di difesa della persona. Mediante questa, la mente allontana dalla consapevolezza una determinata esperienza o emozione, nonché elementi traumatici correlati a questa esperienza. In altri termini, la rimozione può essere considerata una sorta di dimenticanza psicogena, non connessa cioè né a deficit di memoria, né ai normali meccanismi selettivi della memoria a lungo termine. La rimozione vanta una lunga storia nella psicologia moderna: è uno dei primi meccanismi di difesa studiati da Sigmund Freud, che evidenziò la centralità nell'isolare aspetti disturbanti e conflittuali della realtà e sottrarli alla consapevolezza, consegnandoli a quel luogo sotterraneo della psiche che egli sistematizzò come Inconscio. La rimozione di eventi o esperienze fa sì che questi siano esclusi dalla consapevolezza: questo processo non è, per così dire, casuale, ma attiene ad esperienze o vissuti in qualche modo disturbanti, perché contraddittori o conflittuali con quello che è il nostro modo di interpretare la realtà sugli altri e su noi stessi. In altre parole si rimuovono quegli aspetti che non ci sentiamo in grado di fronteggiare direttamente. In linea generale la rimozione, essendo uno dei meccanismi di difesa più maturi, ha conseguenze prevalentemente adattive sulla vita psicologica e il funzionamento della personalità, perché ci consente di vivere e comportarci secondo una nostra personale coerenza, senza essere sopraffatti dai nostri impulsi o dalle reazioni conseguenti ad esperienze od emozioni forti e dolorose. Un ricorso rigido ed esclusivo alla rimozione può avere invece conseguenze disadattive e configurare un vero e proprio disturbo di personalità: oltre un certo livello, la rimozione rischia di allontanare la persona dalla realtà. La rimozione può essere attuata dalla</p> |
|-------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>persona in alcune circostanze legate al riscontro di malattia, di sofferenza o di vicinanza alla morte. È opportuno che gli operatori sanitari abbiano conoscenze di base di questi aspetti psicologici, al fine di prendere in carico la persona nella sua esperienza di sofferenza e malattia, e poterla assistere e supportare nel migliore dei modi.</p> <p>(Panicucci et al., 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------------|---|
| <p>Il modello assistenziale in cui ogni paziente ha un infermiere gestore del suo caso si definisce...</p> | <p>Caregiver</p> | <p>Case management</p> | <p>Assistenza funzionale</p> | <p>Modello per piccole équipes</p> | <p>Il case management, che significa letteralmente “gestione di un caso”, è un modello organizzativo dell’assistenza, in cui l’infermiere che ha in carico il paziente viene definito case manager. Questo modello assistenziale ha pochi decenni di vita: fu definito attorno agli anni ’80 come processo innovativo di gestione dell’assistenza centrata sul paziente. L’obiettivo del case management è quello di integrare al massimo gli interventi necessari alla persona, evitando frammentazioni e casualità, contenendo i costi e garantendo un’assistenza appropriata e di elevata qualità. L’infermiere case manager diviene riferimento per un certo paziente: ha la responsabilità di provvedere all’accertamento e presa in carico, stabilire la diagnosi infermieristica, sviluppare il piano di assistenza, assegnare attività assistenziale ai colleghi ed altri operatori, attivare interventi multidisciplinari, curandone il coordinamento e la collaborazione, valutare i risultati. In questo modo l’infermiere case manager assume la gestione completa del caso e diventa la figura di riferimento per il paziente, i famigliari e/o caregiver e altri operatori sanitari e sociali. Tale modello organizzativo è in continua espansione ed evoluzione nel contesto sanitario italiano: nel panorama nazionale, caratterizzato da un esponenziale invecchiamento della popolazione seguito a ruota dall’aumento di disabilità e comorbilità, dall’incapacità delle famiglie di far fronte a situazioni croniche e dalla saturazione delle strutture di tipo residenziale, avere un riferimento assistenziale lungo il percorso di cura e assistenza può avere un valore determinante. I vari tipi di modelli organizzativi dell’assistenza sono utili per adeguarsi alle necessità dei cittadini e alle trasformazioni avvenute nelle organizzazioni di tipo socio-assistenziale. Avere un modello assistenziale di riferimento significa scegliere come organizzare il</p> |
|--|------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------------|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>lavoro, come assegnare le risorse umane e materiali, al fine di ottenere alti livelli di performance assistenziale nel più elevato livello di qualità delle prestazioni erogate. La scelta del modello organizzativo viene fatta a livello dirigenziale, in base all'entità delle risorse a disposizione, al contesto organizzativo e alla cultura professionale esistente.</p> <p>(Panicucci et al., 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|---|---|
| <p>La termoregolazione è...</p> | <p>Il meccanismo di adattamento che mantiene la temperatura corporea costante</p> | <p>Un processo dell'organismo che tende a produrre calore</p> | <p>Una misura che l'organismo mette in atto per diminuire la temperatura</p> | <p>Una misura per conservare il calore corporeo</p> | <p>La termoregolazione è il meccanismo di adattamento che mantiene la temperatura corporea (TC) costante. La temperatura corporea è regolata dall'equilibrio tra termogenesi e termodispersione, cioè tra la produzione e la conseguente cessione di calore da parte del corpo. Il nostro organismo produce continuamente calore (termogenesi) come sottoprodotto delle trasformazioni chimiche (metabolismo) che avvengono continuamente in tutte le cellule (secondo principio della termodinamica). Se il calore prodotto non fosse eliminato, durante il riposo muscolare e in condizioni ambientali normali, la temperatura media del corpo umano aumenterebbe di circa 1,5°C ogni ora. L'organismo riesce a mantenere un equilibrio dinamico tra ingresso (termogenesi ed assorbimento) ed uscita di calore (termodispersione) dal sistema, principalmente mediante l'evaporazione di acqua dalle mucose (favorita dalla respirazione) e tramite la sudorazione (circa 30 ml di sudore/h nella perspiratio insensibilis). Per questo, la temperatura corporea si mantiene costantemente intorno ai 37°C, in quanto il corpo elimina tanto calore quanto ne assorbe e/o produce. I valori fisiologici di temperatura, come si evince dalla letteratura scientifica, sono considerati compresi nell'intervallo tra 35,8°C e 37,2°C. Rilevare la temperatura corporea in modo costante è un'attività assistenziale importantissima: la temperatura è uno dei parametri vitali, un segno oggettivo che può indicarci una alterazione delle funzioni organiche e che, in caso di valori troppo bassi o troppo alti, richiede adeguato trattamento da parte dei sanitari. Le zone in cui più di frequente si rileva la temperatura corporea sono: ascella, retto, bocca, timpano.</p> |
|---------------------------------|---|---|--|---|---|

| | | | | | |
|--|--------------------|-----------------|---------------------|----------------------------------|--|
| | | | | | (Vanzetta, Vallicella, 2018) |
| Dopo l'utilizzo di strumenti e articoli sanitari, per prima cosa bisogna effettuare... | La sterilizzazione | La disinfezione | La decontaminazione | Nessuna delle risposte riportate | Subito dopo l'uso, tutti gli strumenti e gli articoli sanitari riutilizzabili, usati nell'assistenza al paziente, devono essere trattati in modo da eliminare e/o ridurre a livelli di sicurezza la carica microbica patogena. Gli strumenti possono essere suddivisi, in base al rischio potenziale di infezione connesso al loro uso, in tre grandi categorie: articoli critici, semicritici, non critici. Per articoli critici si intendono strumenti che vengono a contatto con tessuti sterili, sangue, mucose lesionate, osso. I criteri che li fanno rientrare in questa categoria sono connessi: alla loro specifica natura (aghi, taglienti, pinze), all'indicazione d'impiego (es. drenaggi), alle caratteristiche del paziente (se immunodepresso o infetto). Per gli articoli critici è indicata la sterilizzazione con mezzi fisici. Per articoli semicritici si intendono strumenti che vengono a contatto con cute e mucose integre (es. endoscopi a fibre ottiche). Per questi strumenti è raccomandata la sterilizzazione con mezzi fisici o, se si tratta di |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>materiale termosensibile, la disinfezione ad alto livello. L' intervento indicato con il termine decontaminazione ha lo scopo di prevenire la dispersione di contaminanti nell'ambiente, di rendere più sicure le procedure di detersione e di proteggere gli operatori sanitari addetti. La decontaminazione degli strumenti e del materiale sanitario contaminati si può ottenere con l'uso di apparecchiature automatiche che associano la detersione ad un idoneo trattamento termico e/o chimico, oppure con l'uso di disinfettanti di sicura efficacia sull'HIV. È necessario quindi che tutto il materiale e gli strumenti chirurgici, prima della sterilizzazione o disinfezione ad alto livello, siano decontaminati. La gestione dei ferri chirurgici da inviare alla sterilizzazione prevede diverse fasi di lavorazione quali: 1. decontaminazione; 2. pulizia manuale con detergente; 3. trattamento con ultrasuoni.</p> <p>(Berman, Snyder et al., 2019)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|-----------------|--|---|---|--|--|
| L'isolamento... | Viene attuato solo per alcune malattie tropicali | Viene deciso dal medico in base al contesto di vita della persona | Separa chi ha malattie infettive dalla collettività | Viene attuato in base alla modalità di trasmissione della malattia infettiva | <p>Le misure per contenere la trasmissione di infezioni sospette o accertate prevedono come forma di profilassi l'isolamento generico e protettivo del paziente. L'isolamento ha lo scopo di impedire la trasmissione aerea attraverso nuclei droplet di microrganismi infettivi ad altri pazienti, ai visitatori e agli operatori. Questa misura precauzionale deve essere adottata in aggiunta alle precauzioni standard che comprendono il lavaggio delle mani, l'utilizzo di DPI (guanti, maschere, occhiali, schermi facciali, camice), smaltimento della biancheria e dei rifiuti sanitari. L'isolamento fisico prevede la sistemazione del paziente in una stanza singola, provvista di sistema di aereazione e di tutti i comfort necessari a limitare gli spostamenti del paziente ai soli scopi essenziali. In sostanza si adopera una separazione delle persone infette da quelle non infette. Può succedere che le strutture ospedaliere siano sprovviste (anche solo temporaneamente) di stanze singole; in questo caso il paziente con infezione certa o sospetta deve essere allocato in una stanza che accoglie pazienti infettati dallo stesso microrganismo. Questo uso in comune degli spazi viene definito "ricovero dei pazienti per coorte" e si realizza soprattutto in caso di eventi epidemici o indisponibilità di camere singole. Qualora l'isolamento fisico (in stanza singola) o il ricovero per coorte non risultassero possibili, si dovrà attuare l'isolamento funzionale, che consiste nel delimitare l'area intorno all'unità di degenza del paziente, per ricordare a coloro che si avvicinano di prestare particolare attenzione; va approntato nell'area tutto il materiale necessario all'assistenza (possibilmente monouso e dedicato), compresi i DPI e i contenitori per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo e la biancheria infetta; si deve rendere attuabile l'igiene delle mani nelle immediate vicinanze. Gli OSS, oltre a provvedere</p> |
|-----------------|--|---|---|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>all'allestimento delle unità di degenza, eseguiranno le procedure assistenziali ai pazienti in isolamento solo dopo aver concluso con gli altri pazienti non infetti. Inoltre instruiranno i pazienti e i familiari sulle misure precauzionali da adottare, e si adopereranno per limitare quanto più possibile gli spostamenti del paziente; comunicheranno la presenza di paziente infetto a tutti i professionisti che entreranno a contatto diretto con il paziente, affinché anche questi ultimi adoperino tutte le procedure di precauzione.</p> <p>(Vanzetta, Vallicella, 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|------------------|--------------------------------|--|--|---|---|
| I guanti sono... | Un deterrente per le infezioni | Un dispositivo di protezione igienica ambientale | Un dispositivo di protezione individuale | Un dispositivo di prevenzione individuale | <p>Secondo il Testo unico per la sicurezza del lavoro, ovvero il D. Lgs. n. 81/2008, si definisce Dispositivo di Protezione Individuale "qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo" (art. 74, comma 1). Tra questi i guanti sono probabilmente il più comune DPI utilizzato nei servizi e anche a domicilio dell'utente. L'utilizzo dei guanti può proteggere da: rischi meccanici (tagli, graffi, abrasioni); rischi di contatto con il materiale biologico; rischio fisico, come dal freddo o dal caldo; rischio chimico, che può presentarsi attraverso il contatto con sostanze pericolose. Si ricorda che, come previsto dalla normativa in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, è il datore di lavoro che identifica i rischi associati all'attività lavorativa, ed è chiamato a minimizzare la presenza di pericoli e/o l'esposizione dei lavoratori; laddove non sia possibile ridurre i rischi alla sorgente, quindi sia impossibile eliminarli, si potranno creare condizioni organizzative per la miglior messa in sicurezza possibile del luogo di lavoro. Questo ad esempio lo si fa attraverso la regolamentazione delle procedure che espongono il lavoratore a dei rischi, siano essi di vario tipo, e fornendo gli adeguati DPI individuali e collettivi al personale che opera nell'organizzazione. Al lavoratore spetta l'utilizzo dei DPI messi a disposizione, di rilevarne difetti o inconvenienti da segnalare ai propri superiori, e provvedere alla loro cura e conservazione. Anche rispetto ai guanti, pertanto, se sarà cura del fabbricante realizzarli secondo le condizioni d'impiego, in modo da proteggere il più possibile i lavoratori dai rischi derivanti dall'attività lavorativa, sarà cura del datore di lavoro effettuare una scelta oculata del guanto</p> |
|------------------|--------------------------------|--|--|---|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>stesso, in modo da ridurre il più possibile i rischi derivanti dall'attività lavorativa, e sarà responsabilità dell'operatore il corretto utilizzo.</p> <p>(D. Lgs. 81/2008 - Testo unico per la sicurezza del lavoro)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|--|---|
| <p>La posizione di Trendelenburg...</p> | <p>Si attua in casi di emergenza</p> | <p>Si adotta in caso di criticità vitale</p> | <p>È utile solo in ambito di Pronto Soccorso</p> | <p>Sfrutta la gravità per ottenere una migliore perfusione negli organi vitali</p> | <p>La posizione di Trendelenburg, o posizione anti-shock, è un posizionamento terapeutico a cui si può ricorrere per vari motivi: in caso di shock, durante l'esecuzione di particolari indagini radiologiche, durante operazioni di chirurgia ginecologica e addominale. Il soggetto è supino, sdraiato in modo che il capo sia situato inferiormente a ginocchia e bacino. Lo scopo principale della posizione di Trendelenburg è quello di sfruttare la gravità per ottenere una migliore perfusione degli organi vitali (detti anche nobili), quali encefalo, cuore e reni. Per questo la posizione di Trendelenburg è definita anche posizione anti-shock. La posizione antishock va fatta assumere dal soggetto privo di coscienza per evitare che inali materiale gastrico, sempre e comunque dopo aver valutato il caso e l'urgenza. Non va mai eseguita in caso di traumi. Altra indicazione alla posizione di Trendelenburg è la diagnostica per immagini: per esempio durante lo svolgimento di radiografia con mezzo di contrasto, tale posizionamento consente di valutare con discreta sensibilità la presenza di reflusso gastroesofageo. La maggior utilità nel far assumere al soggetto la posizione di Trendelenburg durante l'esame radiografico con mezzo di contrasto si riscontra nella diagnosi di ernia iatale: dagli ultimi studi risulta però concettualmente erronea, in quanto totalmente antifisiologica. In chirurgia addominale l'assunzione della posizione di Trendelenburg aiuta nella manovra di riduzione di ernia addominale. In ginecologia la posizione di Trendelenburg è indicata durante il parto complicato da mancata sufficiente dilatazione della cervice uterina, da presentazione podalica del nascituro o da prolasso di funicolo. Infine accenniamo alla posizione di Trendelenburg inversa, definita anche anti-Trendelenburg, è una posizione applicata in campo sanitario, che in determinati casi</p> |
|---|--------------------------------------|--|--|--|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>può agevolare le condizioni del paziente o ridurre le complicanze legate a determinate patologie. È, come definisce la denominazione stessa, opposta alla posizione di Trendelenburg, ovvero con la testa posizionata a livello più alto del tronco e degli arti inferiori.</p> <p>(Berman, Snyder et al., 2019)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| <p>Rispetto alla Nutrizione Artificiale, individua tra le seguenti l'affermazione errata...</p> | <p>Si usa in pazienti che non possono alimentarsi, temporaneamente o stabilmente, per via orale</p> | <p>Si realizza tramite sonde e stomie</p> | <p>Può avvalersi di pompe che temporizzano la somministrazione di nutrienti</p> | <p>Non ha praticamente effetti collaterali</p> | <p>Meglio definita come supporto nutrizionale, la Nutrizione Artificiale (NA) viene utilizzata ogni qualvolta sia impossibile ricorrere alla nutrizione fisiologica. La NA presenta due varianti: la Nutrizione Parenterale (PN) e la Nutrizione Enterale (NE). Con la NP i nutrienti vengono somministrati direttamente in vena nel circolo ematico per mezzo di un catetere di grosso calibro, sia periferico che centrale; la NE permette invece la somministrazione di miscele nutritive direttamente nel tratto digerente, a vari livelli, tramite sonde. La scelta della via di alimentazione artificiale viene fatta in base alla funzionalità del tratto gastrointestinale e alla durata prevista del trattamento. La NE può essere realizzata tramite sonde, tra le quali distinguiamo il sondino naso-gastrico (SNG); oppure attraverso stomie, tra cui la gastrostomia (PEG) è la più ricorrente, soprattutto in pazienti che dovranno sostenerla a lungo (es. pazienti con demenza in fase avanzata). La sonda nasale è la via di accesso più semplice e più usata; viene scelta quando si prevede che il paziente possa riprendere ad alimentarsi per via orale dopo un breve periodo di trattamento nutrizionale. La tecnica di somministrazione dipende dalla funzionalità dell'intestino e dalle condizioni cliniche del paziente: per esempio attraverso la PEG si possono far assumere alimenti attraverso pompe o con siringhe di grandi dimensioni, che possono far arrivare nello stomaco anche alimenti finemente frullati. Si possono utilizzare anche nutripompe per l'infusione in continuo, piuttosto che la somministrazione ripetuta (boli intermittenti). L'OSS può collaborare con l'infermiere per l'alimentazione di pazienti in NE, mentre soventemente può essergli affidata l'alimentazione per PEG una volta stabilizzata. Tra gli effetti collaterali si ricorda il ristagno gastrico, la diarrea.</p> |
|---|---|---|---|--|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---------------------------------------|
| | | | | | (Brunner & Suddarth, 2017) |
|--|--|--|--|--|---------------------------------------|

| | | | | | |
|---|--|--|---|-------------------------------------|---|
| <p>Il controllo glicemico con reattivi può essere utilizzato...</p> | <p>Dall'assistito stesso con un minimo addestramento</p> | <p>Dall'OSS, che può supportarlo o sostituirlo</p> | <p>Dall'infermiere, che periodicamente deve supervisionare il parametro</p> | <p>Tutte le risposte precedenti</p> | <p>Ottenere e mantenere ottimale il controllo glicemico è fondamentale per la prevenzione e la progressione delle complicanze croniche della malattia diabetica. La conoscenza delle variazioni individuali della glicemia è condizione indispensabile, insieme ad una terapia mirata, per il raggiungimento degli obiettivi glicemici. L'esigenza di intensificare i controlli ha portato alla messa a punto di Sistemi di Monitoraggio Continuo del Glucosio – CGMS (Continuous Glucose Monitoring System). I CGMS sono strumenti portatili che misurano in continuazione (24 ore su 24) i livelli di glucosio nell'organismo. Si basano sull'impiego di biosensori, dispositivi dotati di un sistema di rilevazione che misura la concentrazione di glucosio nel liquido interstiziale sottocutaneo, tramite l'utilizzo di un sistema enzimatico, associato ad un sistema di conversione delle variazioni dei livelli di glucosio nell'organismo in segnali elettronici digitali di intensità proporzionata alla concentrazione del glucosio. L'automonitoraggio glicemico è irrinunciabile nel diabete tipo 1 e nel tipo 2 insulino-trattato per calibrare la terapia (autogestione delle dosi di insulina). Il monitoraggio glicemico domiciliare è reso agevole dalla disponibilità di vari tipo di glucometro, più o meno sofisticati, che si adattano alle varie esigenze dei pazienti. Quasi tutti gli strumenti tengono in memoria un buon numero dei valori glicemici misurati e molti di essi possono scaricare i dati nel PC per elaborazioni statistiche. Gli orari appropriati per le misurazioni glicemiche domiciliari sono poco prima della colazione, del pranzo e della cena e circa 2 ore dopo l'inizio della colazione, del pranzo e della cena. È utile misurare la glicemia anche quando si ritiene di avere la glicemia troppo bassa, perché presenti questi disturbi: nervosismo, batticuore, debolezza, vuoto allo stomaco, tremore, sudore, vista confusa. La</p> |
|---|--|--|---|-------------------------------------|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>letteratura ci ricorda che, al fine di ottenere dei valori attendibili, per la corretta gestione dell'autocontrollo della glicemia, è importante conservare le strisce reattive a temperatura ambiente, evitando l'esposizione diretta della luce del sole. Il polpastrello deve essere punto lateralmente per ridurre il dolore, ma può essere una sede altrettanto adeguata anche il lobo dell'orecchio. All'OSS può essere affidato l'aiuto o la sostituzione per la valutazione con glucometro e strisce reattive.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|--|---|---|
| <p>In preparazione a un intervento chirurgico, l'evidenza scientifica indica la rimozione di peli dalle zone da trattare...</p> | <p>Mediante creme depilatorie</p> | <p>Mediante rasatura autonoma da parte della persona a casa</p> | <p>Con tricotomo messo a disposizione dal servizio</p> | <p>Mediante rasoio elettrico della persona stessa</p> | <p>La tricotomia, ovvero la rimozione di peli e/o capelli dal sito di incisione chirurgica, è considerata dalla comunità scientifica come una procedura non necessaria al fine di limitare i processi infettivi, ma di estrema utilità in termini prettamente tecnici (per l'incisione chirurgica e la medicazione post-intervento). La preparazione della cute del paziente è uno degli elementi fulcro nel controllo delle infezioni del sito chirurgico. Le misure preventive proposte in letteratura possono essere suddivise in: misure atte a ridurre l'inoculo batterico nel sito operatorio; misure mirate ad incrementare le capacità dell'ospite nel contrastare efficacemente l'azione dei batteri che colonizzano la ferita. Le infezioni delle ferite chirurgiche sono, come frequenza, la terza causa delle infezioni nosocomiali fra i pazienti ospedalizzati. Recenti studi indicano che tali infezioni possono aumentare la lunghezza della degenza di circa 7,4 giorni e comportano inoltre costi aggiuntivi. Altri studi evidenziano che, oltre all'aumento delle giornate di degenza e dei costi, esse aumentano anche la morbilità e la mortalità dei pazienti che ne sono affetti. Oltre a questi fattori c'è evidenza che alcuni interventi implementati dai professionisti sanitari contribuiscono al rischio di sviluppare infezioni del sito chirurgico. In particolare si è evidenziato che la tricotomia con rasoi porta ad un aumento dell'incidenza delle infezioni chirurgiche postoperatorie. Studiando l'effetto della rimozione dei peli tramite rasoio, infatti, si è visto che tale rasatura produce microlesioni nella cute che vengono colonizzati da organismi che possono poi portare all'infezione. La letteratura indica di effettuare la tricotomia poco prima dell'intervento e con tricotomi.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p> |
|---|-----------------------------------|---|--|---|---|

| | | | | | |
|--|--|--|---|------------------------------------|--|
| <p>L'OSS può collaborare alla gestione di clisteri per i seguenti scopi...</p> | <p>Di pulizia per l'intestino, in fase preoperatoria</p> | <p>Di preparazione a indagini diagnostiche</p> | <p>Di disostruzione da masse fecali</p> | <p>Tutte le risposte riportate</p> | <p>Il clistere o enteroclisma consiste nell'introduzione nel retto inferiore o nel colon discendente di un flusso di liquido, al fine di favorire l'uscita di materie fecali (clistere evacuativo), o per introdurre farmaci da fare assorbire alla mucosa (clistere medicato), o per fare assorbire lentamente acqua o sostanze alimentari. Tale liquido può essere un semplice soluto (es. quello utilizzato per il clistere evacuativo, composto da acqua e glicerina), oppure da una miscela di fisiologica e farmaci, quando lo scopo sia la somministrazione per via intestinale di sostanze medicamentose. È indicato per varie finalità: 1. Per pulire l'intestino in fase pre-chirurgica per interventi di chirurgia minore; 2. In preparazione ad indagini diagnostiche; 3. Per introdurre farmaci che potranno essere poi assorbiti dalla mucosa rettale o del colon. In alcuni casi, ovvero quando si vuole evitare il filtro epatico, si ricorre a soluzioni medicamentose somministrate per via rettale. Ne è un esempio il diazepam per la prevenzione e trattamento delle convulsioni febbrili, utilizzato appunto per via rettale; 4. Per lenire e curare la mucosa dell'intestino irritato, come nel caso di alcune malattie (es. Morbo di Crohn); 5. Per fermare una emorragia locale. I clisteri sono controindicati nelle seguenti circostanze: ileo paralitico; ostruzione del colon non verificata, in quanto la sua somministrazione può causare perforazione o emorragia se non vengono seguiti determinati criteri; dopo intervento chirurgico, poiché la pressione esercitata dall'infusione potrebbe ledere delle suture interne; nei pazienti affetti da malattie infiammatorie o ulcerative del grande colon. In base alla loro azione, i clisteri possono anche essere classificati in cinque gruppi: evacuativi, carminativi (riducono il gonfiore intestinale), di ritenzione, a flusso refluo, terapeutici. Il clistere può risultare problematico per</p> |
|--|--|--|---|------------------------------------|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>il tempo necessario a eseguirlo e per l'invasività non gradita all'assistito. La rettoclisi è un particolare enteroclisma con scopo essenzialmente evacuativo: consiste nella introduzione all'interno del lume intestinale di una soluzione ipertonica somministrata molto lentamente (goccia a goccia). L'OSS collabora con l'infermiere per la gestione delle varie fasi del clistere.</p> <p>(Berman, Snyder et al., 2019)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|--|---|---|-------------------------------------|---|
| <p>Quali sono le finalità della valutazione multidimensionale dell'anziano?</p> | <p>Identificare i problemi complessivi della persona</p> | <p>Identificare le risorse dell'assistito</p> | <p>Identificare le necessità assistenziali della persona e della famiglia</p> | <p>Tutte le precedenti risposte</p> | <p>La valutazione multidimensionale è un processo di identificazione globale e complessiva dei problemi, delle necessità assistenziali e delle risorse dell'assistito e della famiglia, che adotta un approccio olistico alla persona anziana. L'invecchiamento è inteso come l'insieme di mutamenti fisici e psichici, non dovuti a malattia, che intervengono negli individui dopo la maturità; sono più o meno comuni a tutti i membri di una specie, riducono la capacità di adattamento allo stress e di mantenimento dell'equilibrio omeostatico e sfociano nella morte dell'individuo stesso. Conoscere i bisogni assistenziali delle persone anziane è indispensabile per erogare una risposta mirata tempestiva ed efficace, considerando che la qualità della vita della persona anziana dipende fortemente dal livello di autonomia. Solitamente il livello di autonomia e le energie residue della persona possono essere influenzati negativamente dall'insorgenza di problematiche cliniche, sociali, economiche, di relazione e psicologica. Pertanto è indispensabile un approccio multidimensionale nella valutazione e nell'assistenza del paziente anziano. Questa metodologia considera: la definizione del livello di autonomia attraverso la valutazione funzionale, e valuta nel tempo i cambiamenti, permettendo di avere sempre un quadro dinamico dello stato di benessere della persona. Per la valutazione multidimensionale vengono adoperati strumenti di tipo oggettivo capaci di misurare la capacità della persona di eseguire concretamente una specifica attività (tempi e modalità), e vengono raccolti dati di tipo soggettivo, ovvero tutte quelle informazioni riferibili alla persona e alle risorse che ha a disposizione per eseguire le attività di vita quotidiana. La scheda SVAMA (Scheda di valutazione Multidimensionale dell'anziano) è un</p> |
|---|--|---|---|-------------------------------------|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>esempio di strumento utile a definire i bisogni e a pianificare interventi mirati ed efficaci. La scheda prende in esame le condizioni di salute, l'autonomia, le relazioni sociali e le condizioni economiche, ed è pertanto costituita da quattro parti: dati identificativi, valutazione sanitaria, valutazione cognitivo funzionale, valutazione sociale. L'equipe multidisciplinare adopera tutti gli strumenti per rilevare lo stato di salute globale dell'anziano, coinvolgendo di conseguenza tutte le figure professionali che potranno apportare miglioramenti dello stato di salute e dell'autonomia della persona.</p> <p>(Vanzetta, Vallicella, 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|--|
| L'SPDC è... | Il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura | Il Servizio Patologico Diagnostico Centralizzato | Il Servizio Psichiatrico Della Comunità | Il Servizio Patologie Della Comunità | <p>Nel nostro Paese la rete dei servizi per la salute mentale è strutturata in modo da tener conto delle varie tipologie e fasi della malattia mentale. Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL). Il DSM è dotato dei seguenti servizi: i servizi per l'assistenza diurna offrono una permanenza nell'arco delle 12 ore al massimo, per permettere attività educative e di riabilitazione, attività espressive (es. pittura); socializzazione; sollievo ai familiari. Vi sono poi servizi residenziali, ovvero strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative. All'interno di queste si offre ospitalità temporanea in caso di fasi critiche della malattia e residenzialità per acuzie. Infine la salute mentale trova il suo spazio anche all'interno degli ospedali, poiché qui abbiamo tra i servizi ospedalieri i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH). L'offerta assistenziale è completata dalle Cliniche universitarie e dalle case di cura private. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero; esplica, inoltre, attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. Tendenzialmente l'assistenza al paziente psichiatrico è continua nel tempo: queste persone sono seguite per lunghi periodi, accompagnate nella socialità e supportate nel mantenimento della loro autonomia psicofisica e comportamentale, pertanto è importante seguire il paziente a livello prettamente territoriale. Si ricorre al servizio ospedaliero generalmente nel momento acuto della malattia, quindi quando vi è un quadro clinico in</p> |
|-------------|---|---|---|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>scompenso o aggravamento e la persona necessita di inquadramento e cure urgenti. Il numero complessivo dei posti letto dell'SPDC è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene non più di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.</p> <p>(Vanzetta, Vallicella, 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|-------------------------------|--|--|
| <p>Il coping è...</p> | <p>La modalità dell'individuo di fronteggiare una certa situazione al fine di adattarvisi</p> | <p>Un modello organizzativo dell'assistenza</p> | <p>Un sinonimo di mobbing</p> | <p>Una forma di esaurimento emotivo e depersonalizzazione del soggetto</p> | <p>Il coping si definisce un insieme di processi mentali e cognitivi messi in atto dall'individuo per fronteggiare una certa situazione, al fine di adattarvisi. In inglese il termine è infatti traducibile come "strategia di adattamento". Il processo di coping viene attivato da un evento stressante. Quando una situazione viene percepita come stressante le persone cercano di fare qualcosa per dominarla e controllare le proprie reazioni emotive. La misura in cui una situazione o evento viene percepito come stressante è soggettiva nelle persone: dipende dal possesso di risorse di coping, ma anche dall'ambiente e dal sostegno sociale. Attraverso l'introspezione, l'individuo prende consapevolezza delle proprie vulnerabilità e limiti nelle situazioni quotidiane, e di conseguenza cerca di sviluppare e mettere in atto le strategie più efficaci possibili per potervi far fronte. I compiti del coping sono quindi quelli di gestire il problema, alterare il significato della problematica in modo da limitarne la percezione di minaccia e scoraggiamento, gestire lo stress emotivo determinato dal problema. La psicologia identifica strategie di coping cognitive, comportamentali, emotive. Secondo una delle principali teorie dell'infermieristica, quella del modello Bifocale di Carpenito, alla presa in carico del paziente si eseguirà l'accertamento infermieristico per raccogliere dati soggettivi ed oggettivi, al fine di comprendere il bisogno di assistenza della persona, le sue debolezze ed i suoi punti di forza. Uno dei modelli funzionali della salute da indagare e valutare è il Modello di Coping e di Tolleranza allo stress: esso include la riservatezza, o capacità di resistere alle sfide all'integrità personale, i modi di gestire lo stress, i sistemi di sostegno dei familiari o di altri e la capacità percepita di controllare e gestire le situazioni. Rilevata una disfunzionalità in</p> |
|-----------------------|---|---|-------------------------------|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>questo modello, l'infermiere e l'OSS potranno mettere in atto molti interventi a supporto del paziente: ad esempio incoraggiare l'espressione verbale di sentimenti, percezioni e paure; aiutare la persona a identificare sistemi di sostegno disponibili, come la famiglia o istituzioni dedicate; aiutare la persona a identificare le proprie risorse ed opportunità; valutare il grado di comprensione che la persona ha del decorso della malattia. Si raccomanda di curare la relazione d'aiuto, usando un approccio calmo e rassicurante ed essendo accoglienti.</p> <p>(Hinkle, 2017)</p> |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------|---|
| <p>Gli edemi si distinguono in...</p> | <p>Centrali e periferici</p> | <p>Transitori o permanenti</p> | <p>Localizzati o puntiformi</p> | <p>Ematici o sierosi</p> | <p>L'edema, ovvero una ritenzione di liquidi, è il gonfiore causato dall'accumulo di abnormi quantità di liquido linfatico nei tessuti. Il gonfiore riguarda più spesso gli arti inferiori - caviglie, piedi e gambe - ma può interessare anche gli arti superiori, il viso, le mani e la parte centrale del tronco: in questo ultimo caso si definisce edema centrale, mentre quando riguarda le estremità si definisce edema periferico. Quando si presenta diffuso a varie parti del corpo e perdurante, può indicare patologie più gravi (es. scompenso cardiaco). Va sottolineato che l'edema è un sintomo, non una malattia; si tratta di un disturbo che riguarda più frequentemente le donne incinte e le persone anziane, ma chiunque può esserne soggetto. Quando l'edema è diffuso in tutto il corpo si parla di anasarca. I motivi per cui si sviluppano edemi nella persona possono essere molteplici: mantenere una posizione eretta per molte ore; uso di alcuni farmaci; cambiamenti ormonali durante il ciclo mestruale e la gravidanza; vene varicose; disfunzioni dei canali linfatici (linfedema), come per esempio dopo asportazione dei linfonodi ascellari in seguito a mastectomia; allergie alimentari o punture di insetti; malattie a carico di reni, cuore, fegato e tiroide, oppure in seguito ad intervento chirurgico o trauma. Uno degli accorgimenti raccomandati per ridurre l'edema periferico è quello di posizionare gli arti in scarico, in modo da facilitare il ritorno venoso. Nel caso dell'arto superiore, invece, si può effettuare un posizionamento attraverso semplici cuscini, avendo l'accortezza di mantenere la mano più alta del gomito e il gomito più alto della spalla. Posizionando solo la mano più alta del gomito si rischia che la circolazione si fermi a livello del gomito, procurando un importante ristagno localizzato. L'OSS può partecipare efficacemente ai corretti posizionamenti e consigli da fornire alla</p> |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>persona con edema.</p> <p>(Brunner, Suddarth, 2017)</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|--|---------------------------------------|--|
| <p>La scala di Conley valuta...</p> | <p>Le capacità di movimento della persona</p> | <p>Il rischio di cadute della persona anziana</p> | <p>Lo stato mentale dell'assistito</p> | <p>La presenza di lesioni cutanee</p> | <p>Le cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie sono l'evento avverso più frequente fra i pazienti ricoverati o comunque afferenti alle aziende sanitarie locali ed ospedaliere. Possono causare gravi danni e, in alcuni casi, essere l'inizio di un percorso che può portare a decesso del paziente. Oltre al costo umano delle cadute, che include sofferenza, angoscia, dolore, lesioni, perdita di fiducia, perdita di autonomia e aumentata mortalità, si aggiungono inevitabilmente i costi sanitari per l'allungamento dei tempi di degenza, esami diagnostici e prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto al problema iniziale dell'assistito. La valutazione del rischio da caduta del paziente in una struttura sanitaria è un indicatore della qualità assistenziale.</p> <p>In letteratura sono disponibili varie scale di valutazione del rischio di caduta (ad es. Morse, Conley, Stratify). L'evidenza scientifica e il confronto fra i diversi strumenti ha evidenziato che la scala di Conley ha il più alto valore di sensibilità al fine di discriminare quali pazienti presentano un maggior rischio di cadere, accrescendo la sicurezza nei confronti delle persone assistite.</p> <p>Questo strumento classifica il rischio di caduta prendendo in considerazione 6 fattori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i primi 3 vengono ricavati dall'infermiere tramite un'intervista al paziente o ai familiari (cadute negli ultimi tre mesi; presenza di vertigini o capogiri, incontinenza urinaria o fecale) • gli altri 3 provengono dall'osservazione diretta del paziente (compromissione della marcia, deterioramento della capacità di giudizio, grado di agitazione) <p>Ad ogni risposta è assegnato un punteggio, il cui calcolo complessivo misurerà il rischio di caduta. Il paziente è considerato a rischio se totalizza un punteggio totale uguale o superiore a 2. La Scala di</p> |
|-------------------------------------|---|---|--|---------------------------------------|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>Conley deve essere utilizzata nei confronti di tutte le persone con età maggiore o uguale a 65 anni afferenti ai servizi sanitari. Al di sotto di tale età è comunque opportuna se i pazienti presentano almeno un fattore di rischio.</p> <p>(ASL Alessandria, 2015)</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| <p>Il collutorio, nella pulizia del cavo orale, risulta...</p> | <p>Inutile, possono bastare sciacqui con acqua corrente</p> | <p>Utile, in quanto può inibire la formazione di placca</p> | <p>Superfluo, in quanto non ha un'azione specifica dimostrata</p> | <p>Inutile, è il filo interdentale, oltre allo spazzolino, il presidio più utile</p> | <p>Tra le prestazioni di cui necessitano più frequentemente gli assistiti non autosufficienti vi è la cura del cavo orale, importante a più fini. L'igiene del cavo orale frequente e standardizzata può ridurre significativamente il tasso di infezioni del tratto respiratorio, le quali insorgono a causa della colonizzazione microbica e delle placche dentali. Diversi studi hanno dichiarato che l'uso di antisettici per l'igiene del cavo orale riduce il rischio di sviluppo di infezioni: il collutorio a base di Clorexidina allo 0,12% è stato approvato come antisettico di scelta, in quanto inibitore della formazione della placca dentale e della gengivite e profilattico per ridurre le infezioni del tratto respiratorio inferiore. Le linee guida del CDC di Atlanta suggeriscono che l'infermiere svolga inizialmente un'accurata valutazione del cavo orale, con particolare riferimento a presenza di placca, gengiviti e xerostomia (secchezza del cavo orale). L'igiene del cavo orale rientra nell'assistenza di base in genere fornita dall'OSS, ed è una pratica che andrebbe svolta, secondo la letteratura scientifica, almeno ogni 12 ore.</p> <p>Nella valutazione del bisogno di igiene del cavo orale si deve considerare la presenza di: alterazioni iatrogene delle funzioni fisiologiche del cavo orale (causate da intubazione, terapie farmacologiche, ossigenoterapia, radiazioni, disidratazione terapeutica); xerostomia (ridotto flusso salivare, mucosa asciutta ed eritematosa con perdita delle papille, lingua lobulata o fissurata, labbra asciutte e screpolate, presenza di residui organici nel cavo orale); immunodepressione e alterazione della normale flora microbica (presenza di placche biancastre e flogosi associate a infezione da Candida albicans, ulcere erpetiche).</p> <p>(Rabello, 2018)</p> |
|--|---|---|---|--|--|

| | | | | | |
|-------------------------|--|------------------------------------|--|--|--|
| <p>La mucosite è...</p> | <p>L'infiammazione della mucosa del cavo orale</p> | <p>La retrazione delle gengive</p> | <p>La raccolta di pus all'interno di una gengiva</p> | <p>Nessuna delle risposte precedenti</p> | <p>La mucosite è una infiammazione della mucosa del cavo orale, che porta a atrofia ed ulcerazioni multiple. Si riscontra particolarmente in alcuni tipi di pazienti, per esempio in quelli oncologici in trattamento con antineoplastici e terapia radiante. Le manifestazioni e la sintomatologia regrediscono dopo 2-3 settimane dalla interruzione della terapia antineoplastica, quindi si tratta di un problema transitorio, ma che impegna notevolmente il paziente, in quanto dolorosa e debilitante, di ostacolo alla masticazione e quindi alla alimentazione, portando quindi il paziente oncologico a peggiorare la propria situazione complessiva. Possono risultare dolorose anche la deglutizione e, a volte, la capacità di parlare. Aumenta il rischio di emorragie e di infezioni, quindi è particolarmente importante lavorare alla sua prevenzione, quando possibile. Le indicazioni più specifiche per la prevenzione della mucosite variano in funzione della causa: nelle persone sottoposte a radioterapia, il National Cancer Institute consiglia di fare sciacqui con soluzione salina allo 0,9% o bicarbonato di sodio. Nei soggetti con tumore della regione testa-collo e che sono trattate con radioterapia a basso dosaggio si può usare un collutorio alla benzidamina cloridrato senza alcol. Si consiglia la crioterapia orale (ghiaccio in bocca prima e/o durante) per 30 minuti. Queste prescrizioni saranno fornite all'OSS dall'infermiere che ha in carico questa tipologia di pazienti. La terapia, attuata dall'infermiere, consiste nell'applicazione locale di analgesici, corticosteroidi e anestetici miscelati con sostanze emollienti protettive. L'OSS partecipa alla attenta igiene del cavo orale, più che mai importante in questi soggetti, ricorrendo a modalità adeguate, ad esempio spazzolando i denti con appositi presidi, ovvero spazzolini di spugna anziché quelli ordinari, e</p> |
|-------------------------|--|------------------------------------|--|--|--|

| | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>con movimenti delicati.</p> <p>(National Cancer Institute, 2017)</p> |
| Col BLS si può... | Rimediare a uno stato di anossia cerebrale | Effettuare la rianimazione cardiopolmonare | Evitare invalidità successive alla vittima | Liberare le vie respiratorie da ostruzioni da corpo estraneo | <p>Il Basic Life Support (BLS) è una tecnica di primo soccorso che comprende la rianimazione cardiopolmonare (RCP) e una sequenza di azioni di supporto di base alle funzioni vitali. La definizione BLS-D si riferisce al protocollo BLS con l'aggiunta della procedura di defibrillazione. Lo scopo di tale tecnica è quello di mantenere ossigenati il cervello e il muscolo cardiaco, insufflando aria nei polmoni e provocando, per mezzo di spinte compressive sul torace, un minimo di circolazione del sangue. La fase A - Airway permette di valutare la pervietà delle vie aeree; la fase B - Breathing permette di controllare il respiro attraverso il GAS (guardare il movimento del torace, ascoltare il respiro, sentire il flusso d'aria sulla guancia). Se assente, si devono iniziare le insufflazioni alla vittima; la fase C - Circulation è quella in cui si controlla la presenza di segni di circolo, il polso e, in caso di assenza, si effettuano le compressioni toraciche. Il rischio</p> |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|
| | | | | | <p>principale in cui incorre la vittima, in caso di mancata RCP, è l'anossia cerebrale. L'intervento con la respirazione artificiale semplice (bocca a bocca) può realmente fare la differenza. L'intervento deve essere eseguito con tempestività, poiché dall'inizio dell'arresto cardio-circolatorio, mediamente, le probabilità di sopravvivenza diminuiscono del 7-10% ogni minuto. Dopo 9-10 minuti, in assenza di RCP, è molto difficile recuperare il danno anossico cerebrale definitivo, in quanto i primi gravi danni al cervello si rilevano dopo già 4 minuti di mancanza di ossigeno.</p> <p>(European Resuscitation Council, 2015)</p> |
| <p>La pulizia e cura degli occhi per la persona degente in Terapia Intensiva...</p> | <p>Fa parte delle cure periodiche, ma non quotidiane del paziente, vista la sua gravità</p> | <p>È parte delle cure quotidiane, ma deve essere svolta dall'infermiere, vista la gravità della situazione</p> | <p>È parte dell'assistenza di base al paziente, salvo particolari situazioni</p> | <p>È un trattamento sanitario, vista la gravità del paziente</p> | <p>La pulizia degli occhi riveste una particolare importanza, soprattutto nei pazienti che possono aver perso il normale battito periodico della palpebra (es. pazienti in coma). La superficie dell'occhio rappresenta un ambiente ad alto rischio di infezioni ed infiammazioni, a causa della consistenza acquosa della superficie e delle palpebre, delle secrezioni viscoso delle ghiandole di Meibomio (coinvolte nel corretto equilibrio del film lacrimale) e dell'accumulo di secrezioni sulle ciglia e sul margine palpebrale. Inoltre, la superficie oculare è una struttura anatomicamente complessa e la sua posizione fisica, circondata da naso, guance e sopracciglia, non è facilmente accessibile alla pulizia quotidiana, come invece lo sono le strutture circostanti. Gli occhi sono naturalmente puliti dalle lacrime e dal battito delle palpebre; l'igiene quotidiana deve comunque comprendere anche la loro detersione, al fine di prevenire fastidiose controindicazioni. Devono essere puliti procedendo dall'interno verso l'esterno, usando una garza sterile nuova per ciascun occhio e non tornando mai</p> |

| | | | | | |
|--|---------------------------------|---|---|------------------------------|--|
| | | | | | <p>indietro, al fine di evitare la trasmissione di eventuali microrganismi. L'igiene è effettuata con soluzione sterile di cloruro di sodio allo 0,9% in acqua, ovvero soluzione salina normale. In particolare, quando si rilevino segni di infiammazione/infezione, è corretto procedere in un solo senso, dall'angolo mediale (interno) a quello laterale dell'occhio, per evitare che le secrezioni si accumulino in corrispondenza del canale lacrimale.</p> <p>(Berman, Snyder et al., 2019)</p> |
| La deambulazione di un paziente anziano... | Può essere autonoma o assistita | Può richiedere la valutazione preventiva del fisioterapista | Fa parte delle attività di vita quotidiana, quindi deve essere svolta ogni giorno, salvo diversa indicazione medica | Tutte le risposte precedenti | <p>La deambulazione è una successione ritmica di movimenti utilizzata per spostarsi da un luogo all'altro. Quando si deambula, ai movimenti degli arti inferiori, che consistono nell'alternanza di flessioni ed estensioni dei loro segmenti, si accompagnano spesso movimenti di altri settori corporei. Essendo una funzione complessa che interessa tutti i muscoli e le articolazioni del nostro corpo e fondamentale nella interazione con l'ambiente circostante, è chiaro che le affezioni che possono interferire con il cammino incidono pesantemente sulla qualità di vita della persona. Per questo le sue capacità residue devono essere mantenute il più a lungo possibile, cercando di far deambulare la persona con l'aiuto di ausili da inserire progressivamente. Le patologie che possono interferire con la deambulazione sono numerosissime e interessano sia il controllo nervoso della locomozione (trasmissione nervosa, coordinazione), sia l'apparato effettore (muscoli, legamenti e articolazioni), con compromissione delle normali modalità di appoggio e di</p> |

| | | | | | |
|--------------------|--|---|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| | | | | | <p>spostamento. Qualora una persona presenti difficoltà nella deambulazione, possono essere adottati, su indicazione del fisiatra e fisioterapista, alcuni ausili e presidi che possono facilitare la deambulazione, permettendo nel contempo una maggiore sicurezza dell'assistito. Tra questi ritroviamo: 1. il bastone, il primo che in genere si introduce, spesso su iniziativa stessa dell'interessato; 2. Il tripode, una variante del bastone che permette maggiore stabilità coi suoi 3 piedi; 3. Il deambulatore, che supporta la persona che ha difficoltà di deambulazione e anche di equilibrio/instabilità, quindi a rischio di cadute. Ognuno di questi ausili richiede un addestramento specifico del soggetto interessato.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p> |
| La xerostomia è... | Un eccesso di produzione di placca dentale | Una carenza nell'assorbimento di vitamine a livello orale | Una limitata capacità di masticazione | Una riduzione del flusso salivare | <p>La xerostomia (letteralmente "bocca secca") consiste in una riduzione del flusso salivare derivante da una obiettiva riduzione della secrezione salivare. La xerostomia è un disturbo molto diffuso, più di quanto si possa ipotizzare; recenti statistiche dimostrano che oltre il 30% della popolazione adulta ne soffre. Spesso però non gli si attribuisce un particolare valore: nella maggior parte dei casi si tende a considerarlo come un evento fisiologico, correlato a scarsa idratazione e/o a disordini alimentari. La saliva è il principale elemento di difesa della cavità orale; con i suoi fattori enzimatici ed immunitari, governa l'equilibrio dell'ecosistema orale, impedendo la proliferazione di batteri, virus, funghi. Proporzionalmente alla progressiva riduzione del flusso salivare (che ha valori basali di 0,4-2 ml/min), si riduce il potenziale di difesa della cavità orale, in quanto vengono a mancare tutti quei fattori di protezione fisico-chimici, enzimatici ed immunitari preposti al</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>controllo dell'equilibrio dell'ecosistema orale. Qualsiasi evento che porti alla riduzione del flusso salivare comporta automaticamente una riduzione delle difese del cavo orale, di conseguenza lo sviluppo di una flora patogena responsabile di: gengiviti, stomatiti, parodontiti, periodontiti, afte, carie, sanguinamento gengivale, candidosi, mucositi. La sintomatologia consiste in riduzione della salivazione, secchezza del cavo orale, difficoltà di deglutizione e fonazione, collegate alla scarsissima umidificazione e lubrificazione della cavità orale. Il trattamento della xerostomia deve necessariamente puntare a restituire rapidamente sollievo e benessere alla persona, ma soprattutto mirare al recupero di ottimali condizioni di umidificazione, lubrificazione e protezione della cavità orale.</p> <p>(Gandolfo, 2003)</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|--|------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--|
| <p>Un valore di temperatura corporea pari a 38,1 °C rappresenta un dato...</p> | <p>Oggettivo</p> | <p>Soggettivo</p> | <p>Strumentale</p> | <p>Funzionale</p> | <p>La temperatura corporea è uno dei principali parametri che, rilevati in modo sistematico e continuativo, risultano indispensabili per una completa valutazione delle condizioni cliniche di una persona e della loro evoluzione nel tempo. La sua misurazione rivela un valore oggettivo. I valori fisiologici, dunque normali, di temperatura interna del corpo umano sono compresi nell'intervallo tra 35,8°C e 37,2°C. Altri esempi di parametri oggettivi sono il peso e l'altezza della persona. La temperatura è considerata un parametro vitale, insieme alla FC, PA, FR e dolore. La rilevazione dei parametri vitali è una componente importante dell'attività infermieristica: i segni vitali sono dati fondamentali da raccogliere, poiché immediatamente indicativi dello stato clinico della persona al momento dell'ingresso e della presa in carico, così come durante il monitoraggio lungo il percorso diagnostico-terapeutico, nel quale essi rappresentano una modalità veloce ed efficace per valutare le condizioni del paziente ed identificare la presenza di problemi o la risposta del paziente ad alcuni interventi. La rilevazione della TC e degli altri parametri è collocabile nella prima fase del processo di nursing, chiamata accertamento infermieristico: questa infatti consta in una raccolta sistematica dei dati per verificare lo stato di salute della persona e identificare i problemi reali o potenziali di natura assistenziale, ma è un momento di rilevazione anche dei punti di forza della persona stessa, che potrebbero rappresentare il punto di partenza per la pianificazione. L'accertamento si svolge attraverso l'intervista/colloquio con la persona, che consiste in domande finalizzate a ricavare dati soggettivi dal paziente o dai suoi familiari per identificare le risorse della persona utili a raggiungere gli obiettivi che verranno prefissati, l'osservazione, ed infine l'esame obiettivo, del quale</p> |
|--|------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--|

| | | | | | |
|--|--|---|---|-------------------------------------|--|
| | | | | | <p>fa parte la raccolta dei dati oggettivi in modo sistematico.</p> <p>(Vanzetta, Vallicella, 2018)</p> |
| <p>Il controllo della glicemia nel paziente diabetico...</p> | <p>Si rende necessario prima di ogni pasto</p> | <p>Deve essere svolto ogni giorno con più misurazioni giornaliere</p> | <p>Può essere incrementato in particolari situazioni (es. cambio fuso orario)</p> | <p>Tutte le risposte precedenti</p> | <p>L'autocontrollo della glicemia, o il controllo da parte di sanitari, gioca un ruolo fondamentale nella terapia del diabete. Per il diabete di tipo 1, gli autocontrolli giornalieri sono un appuntamento imprescindibile, mentre per il diabete di tipo 2, essi possono rappresentare un importante ausilio per raggiungere, a lungo termine, dei buoni valori glicemici. La frequenza del controllo si basa in primo luogo sul tipo di diabete, sul tipo di terapia scelta e sul rischio per il singolo paziente di forti oscillazioni del tasso glicemico. In linea di massima, la glicemia dovrebbe essere controllata più frequentemente se: la terapia viene intensificata (ad es. nuovi medicinali o adattamento delle dosi prescritte); i tassi glicemici misurati si discostano regolarmente dagli obiettivi personali prefissati; i tassi glicemici presentano grandi oscillazioni e sono difficili da tenere sotto controllo. In alcuni momenti di vita</p> |

| | | | | | |
|------------------|--------|----------|----------|-----------------------------------|---|
| | | | | | <p>delle persone, possono presentarsi situazioni di stress fisico o psichico che richiedono dei controlli glicemici supplementari, ad esempio: prima, durante o dopo un'attività fisica intensa (sport); durante una malattia acuta (es. un'influenza o un altro tipo di infezione); in caso di trattamenti che si ripercuotono sul metabolismo glicemico (es. corticosteroidi); in caso di medicazioni particolarmente dolorose; in caso di lavoro a turni; prima di mettersi al volante e anche durante la guida, se il tragitto è lungo (specialmente in caso di terapia con sulfaniluree, glinidi o insulina); durante lunghi viaggi (attenzione al cambio dei fusi orari); prima di iniziare una nuova fase della vita (es. nuovo posto di lavoro, nuovi orari di lavoro). Un profilo standard prevede la misurazione della glicemia immediatamente prima dei 3 pasti e dopo 2 ore dopo l'inizio dei 3 pasti.</p> <p>(Società Italiana di Diabetologia, 2020)</p> |
| I lipidi sono... | Grassi | Vitamine | Proteine | Nessuna delle precedenti risposte | <p>I lipidi sono chiamati anche grassi. I grassi sono formati da carbonio, idrogeno, ossigeno. Il grasso è una sostanza presente in tutte le cellule e costituisce il 20% del peso corporeo complessivo di una persona sana e non obesa. Quale è il loro ruolo fisiologico? I lipidi rappresentano un'importante riserva energetica per animali e piante, in quanto sono in grado di liberare una grande quantità di calorie per unità di massa: il valore calorico di un grammo di lipidi è circa il doppio rispetto a zuccheri e proteine, circa 9,46 kcal/g contro 4,15 kcal/g. Proprio per questo sono il substrato energetico ideale per le cellule. In un uomo sano di 70 kg, vi sono circa 15 kg di trigliceridi. Durante l'attività fisica i lipidi vengono utilizzati insieme ai carboidrati, fornendo in ugual misura l'energia necessaria per attività di medio-basso livello. Inoltre i lipidi alimentari apportano gli acidi grassi essenziali</p> |

| | | | | | |
|----------|--|--|--|-----------------------------------|---|
| | | | | | <p>(cioè non sintetizzati dall'organismo), come gli acidi linoleico e linolenico. Le loro funzioni sono quella di termoregolazione, ovvero contribuiscono al mantenimento della temperatura del corpo e sono di sostegno agli organi interni. Altra funzione è quella plastica, ovvero entrano nella costituzione delle membrane cellulari, ed infine assolvono alla funzione di assorbimento di vitamine liposolubili, come la vitamina A e D. Non dobbiamo confonderli con i carboidrati o glicidi, cioè gli zuccheri semplici e complessi, la cui principale funzione è provvedere all'energia dell'organismo, né con le proteine, che sono i costituenti fondamentali delle cellule di tutti gli organismi viventi, ed assumono funzione vitale per la crescita e lo sviluppo dei sistemi corporei. Le vitamine sono un insieme molto eterogeneo di sostanze chimiche che aiutano nella regolazione del metabolismo cellulare e nei processi metabolici.</p> <p>(Panicucci et al., 2018)</p> |
| L'ECG... | È la registrazione dell'attività elettrica del cuore | È la rappresentazione dell'attività elettrica del cervello | È la registrazione dell'attività elettrica dei nervi | Nessuna delle risposte precedenti | <p>L'elettrocardiogramma (ECG) permette di rilevare molte delle malattie cardiache: aritmie, ischemia o infarto del miocardio, alterazioni strutturali delle cavità cardiache. L'ECG è la riproduzione grafica dell'attività elettrica del cuore durante il suo funzionamento, registrata a livello della superficie del corpo. Il principio su cui si basa la misurazione dell'attività elettrica del cuore è prettamente fisiologico: l'insorgere degli impulsi nel miocardio porta alla generazione di differenze di potenziale, che variano nello spazio e nel tempo e che possono essere registrate tramite degli elettrodi. Per convenzione il tracciato ECG è riportato su carta millimetrata. La carta elettrocardiografica ha una quadrettatura di dimensioni standard: le linee orizzontali e verticali sono esattamente a 1 mm di distanza; come riferimento visivo, ogni 5 linee orizzontali e verticali, se ne riporta una più marcata.</p> |

| | | | | | |
|---------------|--------------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|--|
| | | | | | <p>L'asse orizzontale, leggendo da sinistra a destra, rappresenta il «tempo». Alla velocità standard della carta di 25 mm/s, ogni mm rappresenta 0,04 secondi. L'asse verticale corrisponde all'«ampiezza» delle varie componenti elettrocardiografiche. La registrazione di un ECG rappresenta un'indagine diagnostica semplice o complessa a seconda degli elettrocardiografi che si utilizzano: con quelli più moderni, semiautomatici, la prestazione può essere assegnata anche a OSS: ovviamente solo per quanto riguarda la registrazione del tracciato, in quanto la sua valutazione/interpretazione è possibile solo da parte di un professionista.</p> <p>(Berman, Snyder, 2019)</p> |
| Il radio è... | Un osso dell'avambraccio | Un osso del polpaccio | Un osso del piede | Un osso della spalla | <p>Il radio è un osso pari che, insieme all'ulna, rispetto alla quale si trova lateralmente, forma lo scheletro di ciascun avambraccio. Appartiene alle ossa lunghe, che come il femore, la tibia, sono appunto quelle che si sviluppano in lunghezza. Situato tra omero (superiormente), e ossa del carpo (inferiormente), costituisce due articolazioni essenziali, ovvero quella del gomito e del polso. Esso accoglie infatti i muscoli dell'avambraccio e della mano che permettono di sfruttare appieno le potenzialità delle articolazioni sopradette, quindi la sua presenza è fondamentale per il movimento dell'arto superiore: possiamo sostenere che grazie al radio noi solleviamo i pesi, impugniamo oggetti, possiamo scrivere, lanciare, ed ancora effettuare molte delle attività di vita quotidiana.</p> <p>Anatomicamente si individuano nel radio tre regioni o porzioni ossee principali: l'estremità prossimale o epifisi prossimale, il corpo centrale o diafisi, ed infine l'estremità distale che è detta epifisi distale. Il radio rappresenta uno dei principali punti anatomici di repere che si individuano ai fini della rilevazione</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>del polso arterioso, ovvero è una di quelle zone in cui una arteria possa essere palpabile dall'esterno per percepire la frequenza, il ritmo e la forza del battito cardiaco. Ricordiamo che il battito cardiaco, quindi la rilevazione del polso, è l'espressione dell'onda sanguigna sfigmica creata dalla contrazione del ventricolo sinistro del cuore. Rilevare il polso arterioso significa dunque apprezzare il movimento di pulsazione in corrispondenza di arterie superficiali che poggiano su un piano osseo o muscolare contro il quale è possibile esercitare una resistenza. Questo è il caso del radio, che permette facilmente la rilevazione del polso radiale a livello del lato interno del polso, in prossimità del pollice. Per effettuarla si poggiano tre dita a livello della cute esercitando una lieve pressione sulla sede di rilevazione dove la pulsazione risulti più forte, e si contano i battiti per un minuto intero al fine di comprenderne la frequenza. Nella rilevazione si percepirà anche la cadenza dei battiti: se questi avvengono ad intervalli regolari apprezzeremo che il ritmo è regolare, in caso contrario si parla di aritmia.</p> <p>(Vanzetta, Vallicella, 2018)</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <p>Nella cronicità è importante orientare l'assistito a...</p> | <p>Accettazione dei propri limiti</p> | <p>Consapevolezza delle capacità residue</p> | <p>Valorizzazione dell'autonomia</p> | <p>Tutte le precedenti risposte</p> | <p>In quasi tutto il mondo le malattie croniche costituiscono la prima causa di morte nella popolazione. Con questo termine possiamo intendere un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche. Ci sono poi anche le malattie mentali, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, i difetti della vista e dell'udito, le malattie genetiche. La definizione dell'OMS di malattia cronica la connota così: "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni": possiamo facilmente dedurre il grande impegno di risorse, umane, gestionali ed economiche, in termini sia di costi diretti (ospedalizzazione, farmaci, assistenza medica, ecc.), che indiretti (mortalità prematura, disabilità nel lungo termine, ridotta qualità di vita, ecc.), necessarie per la loro gestione. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta valutazione multidimensionale della persona e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari. Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti</p> |
|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>(status sociofamiliare, ambientale, accessibilità alle cure, ecc.). È fondamentale supportare il paziente con patologia cronica al raggiungimento del miglior livello di autonomia possibile e miglior utilizzo delle risorse residue.</p> <p>(Ministero della Salute, 2016)</p> |
|--|--|--|--|--|--|