

Testo della Domanda	Risposta 1	Risposta 2	Risposta 3	Risposta 4	Feedback domanda per risposta corretta
<p>Quali sono gli elementi che caratterizzano il "rapporto supportivo"?</p>	<p>Solidarietà e amicizia</p>	<p>Fiducia ed empatia</p>	<p>Distacco e austerità</p>	<p>Fiducia e cordialità</p>	<p>Risposta corretta Inquadriamo ora il rapporto supportivo di cui tratta la domanda. Il rapporto supportivo è oggi ritenuto la modalità di relazione terapeuticamente più valida tra operatore e paziente. I principali elementi di base che costituiscono il rapporto supportivo sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiducia – consiste nella convinzione che l'operatore è capace di fornire aiuto e assistenza in caso di necessità, e che lo farà. La fiducia da parte del paziente non è un fatto ovvio e naturale: è necessario che l'operatore si impegni a costruire un rapporto di fiducia attraverso una buona comunicazione, in particolare attraverso la disponibilità all'ascolto, unitamente alla coerenza nelle proprie azioni e tra parole e fatti. • Empatia - è la capacità di percepire i sentimenti e le emozioni di un'altra persona. E' necessaria per fondare il rapporto supportivo, poiché per prestare aiuto al paziente bisogna sapersi rendere conto non solo del suo stato fisico, ma anche del suo vissuto psicologico ed emotivo, perciò delle sue difese e resistenze. Provare empatia non significa instaurare tra operatore e paziente un rapporto di amicizia e di simpatia: l'empatia è il risultato di un rapporto professionale equilibrato con il paziente, il quale evita sia l'eccessivo coinvolgimento che l'isolamento affettivo. L'empatia è anche il risultato della maturazione professionale dell'operatore: un operatore competente è capace di cogliere le emozioni e i sentimenti dell'altro senza lasciarsi travolgere, all'interno di un rapporto professionale che ha come scopo l'autonomia e il benessere del paziente. • Interessamento – comporta accettazione incondizionata dell'altro come persona, anche nei suoi aspetti più sgradevoli. Il paziente ha bisogno di sentire di essere per l'operatore non un numero o uno dei tanti, ma una persona importante, degna di attenzione e di valore. Questo atteggiamento di accettazione di fondo si esprime, più che con le parole, con la comunicazione

					<p>non verbale di vicinanza e legame.</p> <ul style="list-style-type: none">• Autonomia e reciprocità - lo scopo del rapporto supportivo è l'autonomia del paziente, il passaggio – per quanto è possibile – dalla condizione di malato dipendente a quella di persona autosufficiente. Poiché le persone sono diverse le une dalle altre, si deve individuare per ciascuno qual è il livello terapeutico di autonomia. <p>“Manuale per le professioni sociali e socio sanitarie”, Giuseppe Valsecchi, Marzo 2015</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Cosa deve essere riportato sul contenitore per i rifiuti pericolosi a rischio infettivo prima del suo allontanamento ?</p>	<p>La tipologia del materiale smaltito</p>	<p>Il reparto/servizio, ASL e la data di confezionamento</p>	<p>Il peso, il servizio di provenienza, la data</p>	<p>Tutte le risposte precedenti</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Secondo la normativa, i rifiuti sanitari provenienti da strutture pubbliche e private che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca, sono così divisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rifiuti sanitari non pericolosi • rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo • rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo • rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani • rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione • rifiuti da esumazione ed estumulazione, nonché derivanti da altre attività cimiteriali • rifiuti speciali, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che come rischio risultano analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo, con l'esclusione degli assorbenti igienici. <p>La raccolta dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo avviene all'interno di ciascun reparto o struttura, dove i contenitori devono essere collocati nelle immediate vicinanze del luogo di effettiva produzione dei rifiuti, devono essere facilmente accessibili e non devono ostacolare il passaggio degli operatori, dei pazienti e dell'utenza. I contenitori devono essere costituiti da un involucro esterno rigido e da un involucro a diretto contatto con il rifiuto. I contenitori per rifiuti pericolosi a rischio infettivo possono essere monouso oppure riutilizzabili, previa idonea sanificazione ad ogni ciclo d'uso, e devono recare la scritta "rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo" e il simbolo del rischio biologico. L'operatore inserisce i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo nell'apposito contenitore, senza comprimerli ed evitando qualsiasi manipolazione a rischio di infortunio. Deve inoltre non superare i $\frac{3}{4}$ del volume per consentire un'agevole chiusura del sacco oppure, in caso di rifiuti pesanti, senza superare il limite di peso di omologazione del contenitore. Per garantire la corretta gestione dei rifiuti è vietato il travaso del contenuto di un sacco all'interno di un altro. Una volta riempito il contenitore, l'operatore deve chiudere il sacco con l'apposita fascetta, utilizzando guanti monouso, facendo attenzione a non comprimere o toccare il contenuto;</p>
--	--	--	---	-------------------------------------	--

					<p>successivamente chiude il contenitore esterno seguendo le linee sagomate o applicando il coperchio, a seconda del modello di contenitore. Dopo la chiusura, l'operatore scrive sul contenitore, in zona ben visibile e in modo leggibile, il nome del reparto o della struttura che ha prodotto il rifiuto e la data di chiusura. Successivamente il contenitore è trasferito all'area ecologica o direttamente all'impianto di trattamento dei rifiuti.</p> <p>Linee guida regionali per la gestione dei rifiuti sanitari in Friuli, Agosto 2013</p>
--	--	--	--	--	---

La legge 833 del 1978...	Ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale	Ha modificato il Servizio Sanitario Nazionale	Ha regolamentato lo smaltimento dei rifiuti nelle Strutture Sanitarie	Ha regolamentato l'organizzazione dei servizi di salute mentale	<p>Risposta Corretta</p> <p>La Legge 833/78 ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, sopprimendo il sistema mutualistico. Il Servizio Sanitario Nazionale è definito come il complesso delle funzioni, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione alcuna.</p> <p>Tra i principi di tale riforma vi sono: globalità degli interventi in materia di prevenzione, cura e riabilitazione; uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio; unitarietà di interventi tra istituzioni pubbliche e private che svolgono attività comunque incidenti sullo stato di salute dei cittadini. Alcuni degli obiettivi principali sanciti dalla Legge del 1978 sono: superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni sociosanitarie del Paese, attraverso un'adeguata programmazione sanitaria e una coerente distribuzione delle risorse disponibili; prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro; sicurezza del lavoro con la partecipazione dei lavoratori e delle organizzazioni sindacali; diagnosi e cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità; tutela della salute mentale; promozione e salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro.</p> <p>L'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale riflette il principio di sussidiarietà. La sua articolazione, secondo diversi livelli di responsabilità e di governo, coinvolge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a livello centrale lo Stato, attraverso il Ministero della salute, la cui responsabilità è assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) • a livello decentrato le Regioni, sulle quali grava la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del paese. <p>Gli strumenti sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il Piano Sanitario Nazionale (PSN), di competenza del Governo centrale e di durata triennale, che stabilisce le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del SSN, indica gli obiettivi da realizzare nel triennio, fissa i livelli uniformi di assistenza sanitaria da
---------------------------------	--	---	---	---	---

					<p>garantire a tutti i cittadini, determina l'importo del Fondo Sanitario Regionale.</p> <ul style="list-style-type: none">• Il Piano Sanitario Regionale, di competenza della Regione, uniformandosi al Piano Sanitario Nazionale determina gli indirizzi ai quali devono riferirsi gli organi di gestione delle ULSS. <p>Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana, 1978</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Gli anelli che compongono la catena di sopravvivenza sono...</p>	<p>Tre</p>	<p>Quattro</p>	<p>Cinque</p>	<p>Sei</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La sopravvivenza in caso di arresto cardiaco dipende dalla realizzazione della corretta sequenza di una serie di interventi. La metafora della “catena della sopravvivenza” esprime in modo sintetico e facilmente memorizzabile l’approccio universalmente riconosciuto all’arresto cardiaco, sottolineando l’importanza della sequenza e della precocità degli interventi salvavita. La catena della sopravvivenza è formata da quattro anelli o fasi concatenati tra loro. La mancata attuazione di una delle fasi porta inevitabilmente all’interruzione della catena, riducendo in modo drastico le possibilità di portare a termine con esito positivo il soccorso.</p> <p>1) Il primo anello della catena è costituito dal precoce riconoscimento dell’arresto cardiocircolatorio o delle sue condizioni predisponenti e dall’immediato allertamento del sistema di emergenza. Perché questo possa avvenire occorre che, nel luogo in cui si verifica il malore, sia presente una persona che sappia riconoscere la situazione di emergenza e che sappia allertare in modo corretto i soccorsi organizzati (sistema 118).</p> <p>2) Il secondo anello è costituito dalle manovre di rianimazione cardiopolmonare, che consentono di guadagnare tempo in attesa dell’arrivo sul posto del defibrillatore e del supporto avanzato. L’obiettivo del BLS è quello di rallentare i meccanismi che portano a danni irreversibili al cuore e al cervello, per consentire al trattamento definitivo (defibrillazione e trattamento medico) di ottenere i risultati migliori. Inoltre la ossigenazione del muscolo cardiaco tramite il BLS rende più efficace la defibrillazione.</p> <p>3) Il terzo anello è costituito dalla defibrillazione precoce, che consente di interrompere le aritmie (FV/TV) eventualmente responsabili dell’arresto attraverso l’erogazione di una scarica elettrica che attraverso le piastre posizionate sul torace attraversa il cuore.</p> <p>4) Il quarto anello è rappresentato dalla gestione del post arresto, determinante per consentire la ripresa di una adeguata qualità della vita.</p>
--	------------	----------------	---------------	------------	--

					<p>(Pier Sergio Saba, Natale Daniele Brunetti, Domenico Di Clemente, Antonello Ganau, Giuseppe Nusdeo, Stefania Piga, Silvio Romano, Giancarlo Roscio, Maurizio Santomauro. Società Italiana di Cardiologia, 2017)</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Da cosa è composta l'urina?</p>	<p>Dal 95% di acqua e per il 5% di glucosio e proteine</p>	<p>Dal 90% di acqua e per il 10% di sostanze solide</p>	<p>Dal 70% di acqua e dal 30% di soluti</p>	<p>Dal 95% di acqua e per il 5% di sostanze solide</p>	<p>Risposta corretta L'urina è il prodotto di secrezione dei reni. Essa è un liquido giallastro, acquoso, limpido, di un odore speciale, di sapore salato e di reazione acida. L'urina appena emessa ha una temperatura di circa 37°C, ed è perfettamente limpida. L'urina normale viene fuori con una reazione debolmente acida, dopo alquanto tempo questa acidità cresce, per la fermentazione acida cui va soggetta l'urina; i nuovi acidi che si producono in tal caso sono soprattutto acido lattico e qualche traccia di acido acetico e di acido butirrico, e provengono dalla fermentazione del muco, degli epiteli e di altri principi organici dell'urina, come tracce di glucosio. Dopo qualche giorno l'urina, anche tenuta in recipienti ben chiusi, da acida che era, diventa alcalina; questa fermentazione alcalina avviene per la ossidazione e decomposizione dell'urea in carbonato di ammoniaca, per cui l'urina acquista odore ammoniacale, si sviluppano i germi, e tutta la massa del liquido s'intorbida per la precipitazione dell'urato di ammoniaca e dei fosfati L'urina ha un peso specifico proprio, che nello stato normale oscilla fra 1.016 e 1.020; nei casi patologici poi la densità dell'urina può variare moltissimo, fra 1.005 e 1.040. L'uomo normale dà nelle 24 ore circa 1200 a 1550 ml di urina; questa quantità è maggiore negli uomini che nelle donne, ed è maggiore relativamente nei ragazzi che negli adulti; la quantità dell'urina allo stato normale dipende dalla quantità di acqua contenuta. L'analisi chimica dell'urina mostra come in condizioni di normalità, questa sia costituita per il 95% di acqua (in media) e per il 5% di principi solidi, i quali vanno ripartiti approssimativamente in 3,5% di sostanze organiche e 1,5% di sostanze minerali. Le sostanze organiche e minerali più importanti, che si trovano costantemente nell'urina normale dell'uomo, sono: l'urea, l'acido urico, la creatina e la creatinina, i pigmenti, i cloruri, i fosfati, i carbonati, i solfati alcalini e terrosi ed i gas.</p> <p>(Raffaele Renzone, 1874)</p>
---	--	---	---	--	--

<p>Gli alimenti del gruppo 1 hanno prevalentemente una funzione...</p>	<p>Energetica</p>	<p>Plastica</p>	<p>Regolatrice</p>	<p>Rimodulante</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La classificazione degli alimenti secondo l'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione), a sette e a cinque gruppi, può essere definita di tipo chimico-nutrizionale, poiché individua gruppi fondamentali di alimenti, ognuno dei quali fornisce uno specifico apporto in termini nutrizionali. Essa riprende e approfondisce i principi su cui è stata costruita la prima piramide alimentare; rispetto a tale piramide, però, nella classificazione a sette gruppi, gli ortaggi e la frutta sono distinti in due gruppi separati, mentre i legumi costituiscono un gruppo autonomo. Invece, nella classificazione a cinque gruppi sono considerate fedelmente le sezioni della piramide stessa. Tali classificazioni hanno come obiettivo il miglioramento delle abitudini alimentari, evitando, in particolare, situazioni nelle quali si generi carenza di principi alimentari. Tutti gli alimenti inseriti in queste classificazioni appartengono alla categoria degli alimenti primari, mentre quelli che sono stati esclusi fanno parte degli alimenti accessori o secondari. Inoltre ognuno dei gruppi presenta alcune peculiarità, in termini di principi alimentari, e gli alimenti inseriti nello stesso gruppo hanno caratteristiche nutrizionali equivalenti, consentendo, così, di poterli sostituire tra loro nella dieta, pur mantenendo lo stesso principio alimentare. Questo aspetto favorisce un'alimentazione varia ed equilibrata, fondamentale per conservare un buono stato di salute nell'organismo umano ed evitare, allo stesso tempo, di generare monotonie alimentari. Il primo gruppo, nella classificazione a 7, contiene: carni, prodotti ittici, uova. Gli alimenti presenti in questo gruppo sono fonti importanti di proteine ad alto valore biologico, oltre che di ferro, vitamine del gruppo B (soprattutto B1, B2 e B12) e lipidi. Si tratta, in particolare, di alimenti che svolgono funzione prevalentemente plastica.</p> <p>(Centro di ricerca alimenti e nutrizione, 2018)</p>
---	-------------------	-----------------	--------------------	--------------------	---

<p>I "protocolli" sono...</p>	<p>Flussi informativi Ministeriali</p>	<p>Istruzioni dettagliate su come gestire il paziente</p>	<p>Documenti sanitari relativi al ricovero ospedaliero, che fanno parte integrante della cartella clinica</p>	<p>Strumenti operativi di carattere clinico-assistenziale</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>I protocolli sono documenti che delineano un modello formalizzato di comportamento professionale e lo fanno declinando una successione di azioni fisiche, mentali e verbali con le quali gli operatori raggiungono un determinato obiettivo. È uno strumento rigido, prescrittivo e vincolante che indica i comportamenti ritenuti ottimali per una determinata situazione clinica e fornisce dettagli, quali: problemi di pertinenza infermieristica che devono essere affrontati e gestiti in base alla situazione clinica; risultati che si intendono raggiungere; responsabilità con strumenti di riferimento e registrazione; azioni e attività da eseguire; indicazioni, controindicazioni ed eccezioni; riferimenti normativi e documentali; indicatori e standard per la valutazione di efficacia; legenda con abbreviazioni, definizioni e terminologia. Tra le finalità dei protocolli vanno ascritte, insieme ad altre, le seguenti: migliorare l'assistenza infermieristica e sanitaria in generale; assicurare interventi basati sulle più recenti evidenze scientifiche agli utenti; integrare e uniformare gli interventi assistenziali; definire e predisporre alla valutazione della pratica assistenziale; documentare le responsabilità degli infermieri e quella di altri operatori coinvolti; favorire l'inserimento di personale nuovo e di studenti infermieri. Mentre appunto i protocolli sono prescrittivi e vincolanti rispetto ai comportamenti, le linee guida sono raccomandazioni di carattere generale che individuano le modalità di assistenza più adeguate in base alle condizioni. Sono redatte partendo dagli studi di settore e con il coinvolgimento non solo di operatori ed esperti, ma anche degli stessi pazienti. Il loro sviluppo pertanto è multidisciplinare ed evidence-based. Sono un supporto nelle decisioni pratiche e sottendono sempre ad un preciso risultato pur nel loro carattere generale.</p> <p>(Guerriero, Carboni, Malatesta, 2018)</p>
--------------------------------------	--	---	---	---	---

<p>Rispetto al controllo della diuresi, l'OSS deve saper osservare e riferire...</p>	<p>L'eventuale assenza di urine</p>	<p>La presenza di glucosio, proteine, corpi chetonici nelle urine</p>	<p>Quando è avvenuta l'ultima minzione del paziente</p>	<p>La quantità, il colore, la trasparenza, l'odore delle urine</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Le urine, composte da acqua e sali, possiedono caratteristiche di "normalità" quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspetto. Si riferisce alla limpidezza del fluido. Le deviazioni dall'aspetto normale possono indicare la presenza di infezioni o di ematuria. Il valore normale varia da "limpido" a "leggermente torbido". Urine torbide possono essere dovute alla presenza di batteri, lipidi, eritrociti o leucociti o a cambiamenti del pH. Urine "fumose" possono invece essere dovute alla presenza di sangue. • Colore. In generale, il colore delle urine dovrebbe corrispondere al suo peso specifico. Per esempio, l'urina diluita che ha basso peso specifico è praticamente incolore, mentre l'urina concentrata, a elevato peso specifico, è di colore giallo scuro o ambra. Esistono molti fattori che possono influenzare il colore delle urine, compresi i cibi, i farmaci e altre varie condizioni. Il valore normale varia da "giallo paglierino" ad "ambrato". Urine blu/verdi possono essere date da infezione batterica del tratto urinario o da vari farmaci quali il blu di metilene. Urine marroni da pigmenti biliari o bilirubina. Urine rosse sono dovute a cibi come barbabietole, rabarbaro, more oppure per presenza di sangue. • Odore. L'odore normale delle urine è dovuto al suo contenuto acido. Varie condizioni, farmaci e cibi possono provocare un cambiamento di odore nelle urine. Il valore normale è "aromatico" o "sui generis". Un odore ammoniacale può essere dovuto all'assunzione di asparagi o di aglio. Un odore dolce/fruttato è segno di chetonuria. Un odore simile a quello della birra è spesso segno di infezioni del tratto urinario. • Volume urinario. Normalmente nelle 24 ore questo è di circa 1000–1500 cc, ogni singola minzione può variare tra 300–500 cc. <p>(Pietro Giaquinto, Flora Ricciardi, 2018)</p>
---	-------------------------------------	---	---	--	---

<p>L'unità di Valutazione Geriatria è costituita da un'équipe che prevede...</p>	<p>Infermiere, fisioterapista, dietista, psichiatra, sacerdote, psicologo</p>	<p>Medico geriatra, infermiere, assistente sociale, fisioterapista, psicologo, figura di supporto</p>	<p>Medico internista, assistente sanitaria, podologo, psicologo, dietista, figura di supporto</p>	<p>Medico, dietista, infermiere, fisioterapista</p>	<p>Risposta corretta L'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) è una commissione multidisciplinare i cui membri – il medico geriatra, l'assistente sociale, l'infermiere professionale– provvedono alla valutazione della situazione complessiva della persona, dei suoi bisogni sociali e sanitari, dei suoi livelli di autonomia, della possibilità o meno di soluzioni alternative. Le UVM, la cui composizione varia nelle diverse realtà, devono avere al proprio interno una specifica componente culturale e operativa geriatrica, perché la specificità della non autosufficienza dell'anziano richiede esperienze e competenze specifiche. Le UVM hanno prevalentemente sede presso il Distretto; devono però essere dotate di un'alta flessibilità di lavoro, sia temporale (l'anziano può subire un aggravamento improvviso delle proprie condizioni che ne rendono impossibile la permanenza a casa), sia spaziale (presso il Distretto, ma anche al domicilio o in ospedale). All'UVM spetta il compito di ricevere la domanda di intervento, di analizzarla, di valutare la condizione di auto/non autosufficienza e di esprimere un orientamento assistenziale. Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti. L'UVM deve essere effettuata con appositi strumenti validati per la misurazione dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente. L'attribuzione dell'ospite al corretto livello di assistenza dovrà avvenire mediante strumenti di analisi del case-mix assistenziale derivati dai dati dell'UVM.</p> <p>(Ministero della Salute, 2010)</p>
---	---	---	---	---	--

<p>Un aumento della frequenza dello stimolo ad urinare si definisce...</p>	<p>Polidipsia</p>	<p>Poliuria</p>	<p>Pollachiuria</p>	<p>Disuria</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Si definisce pollachiuria l'incremento della frequenza della minzione a brevi intervalli di tempo, con riduzione della quantità di urine emessa nella singola minzione senza che aumenti necessariamente anche il volume totale dell'urina emessa nelle 24 ore. Il paziente riferisce di urinare poco e spesso con o senza bruciore o altri sintomi. Generalmente se l'aumentata frequenza delle minzioni si verifica soltanto nelle ore notturne si parla più specificamente di nicturia.</p> <p>Può essere dovuta a più cause di varia natura, le quali riguardano spesso una ridotta capacità funzionale della vescica a causa di stati flogistici in atto, presenza di masse (fibromi uterini, gravidanza, masse ovariche) che comprimono la vescica, disordini neurologici, patologie psichiatriche.</p> <p>Più frequentemente gli stati infiammatori (cistite) e le infezioni sono alla base del sintomo. Nell'uomo le patologie a carico della prostata (iperplasia prostatica benigna) sono le cause più comuni di pollachiuria così come le neoplasie, il diabete e l'età avanzata.</p> <p>Nella donna può essere dovuta a condizioni ormonali come la gravidanza, ciclo mestruale e menopausa.</p> <p>È molto importante valutare le abitudini del paziente riguardanti la funzione urinaria, poiché la frequenza delle minzioni può variare da soggetto a soggetto.</p> <p>In fase di accertamento occorre differenziare la pollachiuria dalla poliuria, monitorando la diuresi delle 24 ore, che in caso di pollachiuria risulta essere nella norma, e accertare la presenza o meno di disuria per escludere la presenza di infezioni urinarie o stati flogistici in atto. Tutti i pazienti richiedono analisi delle urine e urinocoltura, che sono di facile esecuzione.</p> <p>Poiché le condizioni mediche che possono provocare la pollachiuria sono tante e diverse tra loro, per sottoporsi a un trattamento mirato è bene individuare la condizione che ne è alla base.</p> <p>(Enciclopedia Medica Italiana, 1985)</p>
---	-------------------	-----------------	---------------------	----------------	--

<p>In Italia, la prima esperienza di Comunità Terapeutica la si deve a...</p>	<p>V. Chiarugi</p>	<p>U. Carletti</p>	<p>F. Basaglia</p>	<p>P. Crepet</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il termine “Comunità Terapeutica” viene utilizzato per la prima volta da Thomas Main nel 1946 in riferimento alla particolare esperienza di cura dei disturbi psichici, che affliggevano i reduci di guerra. Nel 1953 il vocabolo “Comunità Terapeutica” è stato ufficializzato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), in uno studio in cui si suggeriva l’opportunità di trasformare gli ospedali psichiatrici in Comunità Terapeutiche (C.T.). L’idea era quella di trasformare una rigida organizzazione gerarchica, in cui i rapporti erano di tipo “verticale”, in una organizzazione “orizzontale” con un rapporto paritario fra gli utenti e gli operatori sanitari. Queste ospitano al loro interno un numero ristretto di pazienti (che varia da struttura a struttura) che vivono al suo interno per un determinato periodo di tempo, prestabilito al momento dell’entrata. L’obiettivo delle C.T. è quello di fornire un ambiente protetto e dei sani rapporti interpersonali con gli operatori sanitari, che permettano ai pazienti di maturare e acquisire quelle capacità di vita, necessarie una volta usciti all’esterno. Le C.T. sono caratterizzate da regole più o meno rigide che devono essere rispettate, pena l’esclusione dalla Comunità stessa.</p> <p>Negli anni ’60 fu attivata da Basaglia una delle prime sperimentazioni di C.T. in Italia e precisamente nell’ospedale psichiatrico di Gorizia. Il concetto, che stava alla base del pensiero innovativo del Basaglia, era il rifiuto dell’istituzionalizzazione come unico metodo di cura e recupero del malato.</p> <p>Le forti convinzioni del Basaglia andarono chiaramente a scontrarsi con una società gretta che non era ancora pronta al cambiamento, tanto che egli fu costretto a lasciare l’ambiente universitario a causa degli scontri di pensiero con questo mondo.</p> <p>(Franco Basaglia, 1968)</p>
--	--------------------	--------------------	--------------------	------------------	--

<p>Per provvedere alla rimozione di un corpo estraneo dal condotto uditivo, l'O.S.S. può agire...</p>	<p>In piena autonomia</p>	<p>Solo se supervisionato da un medico</p>	<p>Solo in presenza di uno specialista otorino</p>	<p>Nessuna delle precedenti</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Mantenere pulite le orecchie è necessario al fine di preservare l'udito e di evitare complicanze problematiche. Delle orecchie vanno puliti il padiglione auricolare e il canale uditivo esterno, all'interno del quale non vanno introdotti oggetti che potrebbero provocare lesioni molto pericolose (es. bastoncino con punta cotonata). Tale compito può essere attribuito all'OSS dopo che il personale infermieristico abbia valutato sia la capacità dell'assistito di provvedere alla cura di sé, sia lo stato della sua funzione cognitiva e muscolo-scheletrica, rilevandone, in definitiva, il grado di assistenza di cui necessita. L'infermiere può prescrivere tale prestazione all'OSS per prevenire complicanze dovute all'insorgenza di infezioni o alterazioni della funzione uditiva. In generale l'igiene di tale parte del corpo, così come di tutte le altre, consente di detergere adeguatamente cute e cavità naturali, allo scopo di promuovere rilassamento e benessere del paziente, conservare l'integrità del derma, stimolare la cura di sé e incentivare il senso di autostima dell'assistito. Devono essere puliti anche eventuali apparecchi acustici, per assicurarne il corretto funzionamento; quando questo non è utilizzato, va riposto in un contenitore, perché la polvere e lo sporco possono danneggiarne il meccanismo. Garze pulite, guanti monouso, soluzione fisiologica e una bacinella costituiscono il materiale occorrente per questa procedura. Nel corso della procedura sarà compito dell'OSS osservare (per poi darne comunicazione all'infermiere) i seguenti fattori: stato di coscienza dell'assistito; comportamenti del paziente (collaborativi o no); eventuale sanguinamento; eventuali lesioni; arrossamenti, secrezioni anomale; eventuale presenza di dolore o prurito riferiti dall'assistito.</p> <p>L'operatore socio-sanitario O.S.S. Manuale per i concorsi e la formazione professionale. Simone 2017</p>
--	---------------------------	--	--	---------------------------------	---

<p>La funzione respiratoria si verifica...</p>	<p>Rilevando il polso</p>	<p>Rilevando se esce aria dal naso</p>	<p>Osservando il colorito cutaneo</p>	<p>Rilevando la presenza o meno di estensioni toraciche</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Per respirazione o respiro s'intende l'atto respiratorio comprendente l'inspirazione (ingresso di aria nei polmoni) e l'espiazione (passaggio di aria dai polmoni all'esterno). È possibile apprezzare l'atto respiratorio osservando il ritmico sollevarsi e abbassarsi del torace (espansione toracica) della persona: questi 2 movimenti toracici corrispondono a un atto respiratorio. La respirazione comporta l'assunzione di ossigeno e l'eliminazione di anidride carbonica. Si parla di: inalazione e inspirazione per indicare l'ingresso di aria nei polmoni; esalazione ed espiazione per descrivere l'uscita di aria dai polmoni verso l'atmosfera; ventilazione per descrivere il movimento dell'aria in entrata e in uscita dai polmoni. I respiri possono essere molto rapidi e profondi (iperventilazione) o poco profondi (ipoventilazione). La rilevazione del respiro si esegue con l'osservazione visiva. L'OSS deve osservare due tipi di respirazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La respirazione costale (o toracica), esaminando i movimenti del torace diretto verso l'alto e l'esterno • La respirazione diaframmatica (addominale), esaminando il movimento dell'addome che è spinto verso il basso dalla contrazione del diaframma <p>Generalmente quando si rileva il respiro è necessario conoscere la frequenza respiratoria (misurata in atti respiratori per minuto, 12-20 normalmente), la profondità, il ritmo e le caratteristiche del respiro.</p> <p>I fattori in grado di modificare la respirazione sono: età (con l'aumentare di questa la frequenza respiratoria diminuisce), esercizio fisico (la frequenza e la profondità del respiro aumentano), febbre (la frequenza respiratoria aumenta), farmaci (alcuni di questi possono ridurre la frequenza respiratoria), stress (stati di ansia generalmente aumentano la frequenza e la profondità del respiro).</p> <p>(Guerriero, Carboni, Malatesta, 2018)</p>
---	---------------------------	--	---------------------------------------	---	---

<p>Durante il trasferimento del paziente dal letto alla carrozzina, quali delle seguenti manovre l'operatore deve evitare...</p>	<p>Di posizionarsi dietro la schiena del paziente</p>	<p>Di flettere gli arti inferiori</p>	<p>Di flettere e/o ruotare la schiena</p>	<p>Mettere il freno alla carrozzina</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>I cambi di posizione nel letto, i passaggi dal letto alla sedia a rotelle (e viceversa) e in generale tutti i tipi di movimenti effettuati da terze persone per spostare gli ammalati richiedono abilità, destrezza e soprattutto condizioni di sicurezza, sia per l'assistito, sia per gli operatori. La schiena delle persone che assistono i pazienti è la parte in assoluto più sollecitata ed esposta a traumi, anche gravi; risulta quindi d'obbligo cercare di mantenere una postura fisiologica per prevenire i danni, cercando di ripartire i pesi sui vari gruppi muscolari. Importante e fondamentale è evitare la flessione in avanti della schiena con le gambe tese e la torsione del tronco durante lo spostamento di pesi, fenomeni che invece si verificano con regolarità quando si spostano i pazienti.</p> <p>Il trasferimento dal letto alla carrozzina va eseguito, quando possibile, prioritariamente con sollevatore. Ove non presente, sono necessari almeno 2 operatori e per i pazienti pesanti 4 operatori. La carrozzina deve avere i braccioli estraibili e lo schienale basso. Il paziente non deve essere afferrato sotto le ascelle. Il trasferimento va scomposto in più fasi: nella prima fase mettere il paziente seduto, nella seconda un operatore si posiziona dietro il paziente ed effettua da solo la presa crociata, tenendo un ginocchio sul letto. A questo punto l'operatore A sostiene il paziente posizionandosi dietro la sua schiena, appoggia un ginocchio sul letto ed effettua da solo una presa crociata, mentre l'operatore B posiziona la carrozzina accanto al letto, dopo aver estratto il bracciolo dal lato letto. Si posiziona di fronte al paziente afferrandone gli arti inferiori sotto le ginocchia. La spinta verso la carrozzina viene effettuata in modo sincrono, sfruttando la forza degli arti inferiori.</p> <p>(Inail, 2012)</p>
---	---	---------------------------------------	---	---	---

<p>Quale tra i seguenti elementi non rientra nella patogenesi delle lesioni da decubito?</p>	<p>Pressione di filtrazione globulare</p>	<p>Forze di torsione e stiramento</p>	<p>Pressione di prominenze ossee</p>	<p>Forza di espulsione</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'ulcera da pressione è un'area localizzata di danno della cute e dei tessuti sottocutanei causata da forze di pressione, trazione, frizione, o da una combinazione di questi fattori, che si forma normalmente in corrispondenza di prominenze ossee e la cui gravità è classificata in stadi.</p> <p>La classificazione della gravità delle ulcere da pressione maggiormente utilizzata è quella dell'EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grado I, iperemia della cute intatta che non scompare alla digitopressione. • Grado II, ferita a spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma o entrambi. • Grado III, ferita a tutto spessore che comporta il danneggiamento o la necrosi del tessuto sottocutaneo ed è in grado di estendersi in profondità fino alla fascia sottostante, senza però oltrepassarla. • Grado IV, perdita di tessuto a tutto spessore, spesso con sottominatura e tunnellizzazione. Le ulcere da pressione in questo stadio possono estendersi a muscoli e/o strutture di supporto (fascia, tendine o capsula articolare), rendendo probabile l'osteomielite o l'osteite. <p>Il primo obiettivo da porsi nella presa in carico della persona a rischio e/o portatrice di ulcere da pressione è un'accurata valutazione clinica. L'attenzione dovrebbe essere rivolta a identificare e trattare le patologie che potrebbero favorire l'insorgenza di ulcere od ostacolarne la guarigione (malattia vascolare periferica, diabete, immunodeficienze, malnutrizione, tumori, malattie vascolari del collagene, psicosi e depressione). L'anamnesi clinica deve comprendere anche la valutazione del rischio nutrizionale: l'insorgenza e il grado di un'ulcera da pressione sono correlati alla gravità dei deficit nutrizionali, specialmente in relazione al basso apporto proteico e all'ipoalbuminemia. Si raccomanda, inoltre, una valutazione dello stato psicosociale dei pazienti, per determinare la loro capacità di comprensione e di adesione al trattamento. Il rischio di ulcera dovrebbe essere rivalutato periodicamente a intervalli regolari, adottando una scala di</p>
---	---	---------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------	---

					<p>rischio quale ad esempio la scala di Braden. Per identificare i primi segni di insorgenza di ulcere da pressione, tutti gli individui considerati a rischio dovrebbero essere sottoposti a un'ispezione cutanea sistematica almeno una volta al giorno, prestando particolare attenzione alle prominenze ossee (sacro, talloni, creste iliache, malleoli, gomiti, occipite), al fine di rilevare l'eventuale presenza di secchezza; lacerazione; eritema; fragilità da macerazione; ipertermia; indurimento.</p> <p>(Regione Toscana 2016)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Cosa è la forza?</p>	<p>La trazione o la spinta che produce un cambiamento nello stato di quiete o di moto di un corpo o di un oggetto</p>	<p>La trazione che produce un cambiamento nello stato di quiete di un corpo o di un oggetto</p>	<p>La spinta che produce un cambiamento nello stato di moto di un corpo o di un oggetto</p>	<p>La spinta che permette ad un corpo di arrestarsi nello spazio</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La forza (spinta o trazione) è la causa del cambiamento del moto. È una grandezza vettoriale, i suoi effetti dipendono dalla sua intensità, ma anche dalla direzione e dal verso.</p> <p>Il significato del termine forza è legato alle molteplici influenze o ad azioni che i corpi esercitano gli uni sugli altri. Due sono le manifestazioni che qualitativamente contraddistinguono una forza: la deformazione di corpi solidi fissi e l'accelerazione di corpi mobili. Il concetto di forza fu originalmente specificato da Isaac Newton (1667) nelle sue tre leggi fondamentali del moto con le quali ne diede la definizione più completa. La prima legge (principio di inerzia) predice il comportamento dei corpi sui quali tutte le forze agenti risultano bilanciate. Essi saranno in uno stato di quiete o di moto uniforme su traiettoria rettilinea. Se nessuna forza agisce su un corpo in quiete o in moto rettilineo uniforme, il corpo conserverà il suo stato indefinitamente. La seconda legge (legge di Newton) spiega perché un moto avviene con certe caratteristiche. L'interazione di un corpo con l'ambiente circostante, espressa tramite la forza "F", determina l'accelerazione "a", ovvero la variazione della sua velocità nel tempo; "m" rappresenta la massa inerziale del corpo. La terza legge (l'azione è uguale alla reazione) esprime una caratteristica generale delle forze e cioè che le stesse compaiono sempre a coppie ed agiscono con uguale intensità, ma direzione opposta, su due corpi. Se un corpo esercita una forza su un altro, quest'altro eserciterà una forza sul primo; in altri termini, non è possibile che cambi la velocità di un corpo senza che cambi la velocità di un altro corpo.</p> <p>Tra le forze della natura quella che conosciamo da più tempo è la forza di gravità. Una delle sue proprietà fondamentali fu identificata da Galileo Galilei all'inizio del diciassettesimo secolo. I corpi, se lasciati cadere liberamente vicino alla superficie terrestre, cadono tutti con la stessa accelerazione "g", detta di gravità, se può essere trascurata la resistenza dell'aria.</p> <p>(Guido Rizzi, 2013)</p>
--------------------------------	---	---	---	--	--

<p>Qual è il nome della membrana che riveste esternamente il cuore?</p>	<p>Mediastino</p>	<p>Pericardio</p>	<p>Endocardio</p>	<p>Peritoneo</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il pericardio è un sacco fibro-sieroso che avvolge e protegge il cuore e previene un'eccessiva dilatazione passiva in fase di rilassamento (diastole). È costituito da due strati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pericardio fibroso, lo strato più esterno di tessuto connettivo, in parte intimamente aderente al diaframma, che insieme al foglietto parietale del pericardio sieroso è definito clinicamente pericardio; • pericardio sieroso, membrana sierosa (come il peritoneo o la pleura) costituita da un foglietto parietale, che aderisce intimamente alla superficie interna del pericardio fibroso, e da un foglietto viscerale (clinicamente: epicardio) che riveste il muscolo cardiaco (miocardio) e le radici dei grossi vasi. <p>Tra i due foglietti si trova uno spazio virtuale fisiologicamente occupato da 20-30 mL di liquido pericardico, un ultrafiltrato del plasma prodotto dal pericardio stesso ed agente come lubrificante tra i due foglietti.</p> <p>Alcune funzioni aggiuntive del pericardio includono la presenza di funzioni endocrine del grasso epicardico e la presenza di un'intensa attività immunologica e di difesa immunitaria innata a carico della sierosa pericardica.</p> <p>Il pericardio inferiormente aderisce al tessuto connettivo della fascia diaframmatica, anteriormente è separato dalla faccia posteriore dello sterno solo dal tessuto connettivo del mediastino anteriore; lateralmente è adiacente alla cavità pleurica da cui è separato per mezzo della pleura mediastinica. Il pericardio ha una ricca vascolarizzazione sanguigna e linfatica che consente un efficace drenaggio linfatico del cuore, ma lo rende vulnerabile alla diffusione di processi patologici mediastinici o tracheobronchiali a diffusione linfatica.</p> <p>(Michael Schunke , Erik Schulte, Udo Schumacher , E. Gaudio, 2015)</p>
--	-------------------	-------------------	-------------------	------------------	---

<p>L'epidermide, partendo dall'esterno è...</p>	<p>Il primo strato</p>	<p>Il secondo strato</p>	<p>Il terzo strato</p>	<p>Il quarto strato</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La cute è il rivestimento più esterno del nostro corpo, che protegge i tessuti sottostanti, permette la traspirazione, la regolazione termica e la sensibilità (nella cute sono presenti numerose terminazioni nervose). È inoltre dotata di grande resistenza ed elasticità (riesce ad allungarsi notevolmente se sottoposta a trazione), ma con il passare degli anni e con il procedere dell'invecchiamento queste proprietà possono venire meno. La cute può avere uno spessore diverso a seconda della zona del corpo in cui si trova, ma è sempre composta da tre strati, dall'esterno all'interno, ovvero epidermide, derma e ipoderma.</p> <p>L'epidermide è lo strato più superficiale, che protegge il corpo dagli agenti esterni e impedisce la perdita di liquidi. È composto da 5 sottostrati (basale, spinoso, granuloso, lucido e corneo, che è quello più esterno) ed è ricoperto dal cosiddetto film idrolipidico, un'emulsione di acqua e grassi con effetto barriera.</p> <p>Nell'epidermide sono presenti anche i melanociti, cellule che producono un pigmento chiamato melanina che è responsabile, insieme ad altri fattori (anche genetici), del colore della pelle: più la melanina è concentrata, più il colore sarà scuro.</p> <p>Il derma (chiamato anche corio) è uno strato intermedio, elastico, ma più spesso e compatto. È formato da 2 sottostrati, lo strato papillare (superiore) e lo strato reticolare (inferiore), composti da collagene, elastina e acido ialuronico, sostanze che garantiscono l'elasticità della pelle. È in questo strato che sono presenti i follicoli piliferi, le ghiandole sebacee e quelle sudoripare.</p> <p>L'ipoderma invece è lo strato più profondo, che ha il compito di isolare il corpo e immagazzinare energia. Contiene cellule adipose e vasi sanguigni. È costituito da tre strati di tessuto connettivo, che non sono sempre facilmente separabili e sono detti: lamina superficiale, lamina intermedia e lamina profonda.</p> <p>(Richard L., Drake A., Wayne Vogl, Adam W. Mitchell, 2015)</p>
--	------------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------	---

<p>Le padelle usate dei pazienti devono essere sottoposte a...</p>	<p>Pulizia</p>	<p>Pulizia e disinfezione</p>	<p>Sterilizzazione</p>	<p>Decontaminazione</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La padella è un ausilio di plastica o metallo che viene utilizzato per praticare l'igiene intima e per raccogliere gli escrementi. Esistono due tipi di padelle: padella standard e da frattura. La prima viene utilizzata per tutte le persone che riescono a sollevare il bacino e non hanno impedimenti; le seconde possiedono una conformazione tale che ne permette l'utilizzo anche per i soggetti con problemi al bacino. È indispensabile una corretta gestione delle padelle in quanto, se non correttamente disinfettate, diventano oggetto di trasmissione di malattie trasmissibili.</p> <p>Nel 1968, Spaulding classificò, in base al loro potenziale di diffusione delle infezioni, i dispositivi medici/chirurgici come critici, semicritici e non critici. I dispositivi non critici, quali ad esempio i manicotti per misurare la pressione sanguigna o gli stetoscopi, venendo a contatto con la cute integra, hanno un basso rischio di diffusione delle infezioni, ad eccezione del trasferimento di patogeni alle mani del personale sanitario. La pulizia periodica e lo strofinamento di questi dispositivi con un detersivo neutro o con una soluzione di acqua ed etanolo al 70% (volume/volume) sono di solito sufficienti. Le padelle in particolare, anche se sono considerati dispositivi non critici, richiedono una più rigorosa pulizia, lavaggio, e disinfezione, specialmente quando si sospetta una contaminazione, ad esempio, da enterococchi resistenti alla vancomicina o Clostridium difficile. Una efficace pulizia dei dispositivi richiede spesso sostanze chimiche, affiancate da azioni meccaniche e calore. Può essere eseguita manualmente e/o con macchine automatizzate, quali ad esempio il lavapadelle.</p> <p>L'apparecchiatura deve essere regolarmente controllata e sottoposta a manutenzione.</p> <p>(IFIC, 2016)</p>
---	----------------	-------------------------------	------------------------	-------------------------	---

<p>I denti devono essere spazzolati con...</p>	<p>Movimento rotatorio del polso dal margine gengivale al margine incisivo</p>	<p>Movimento rotatorio del polso dal margine incisivo al margine gengivale</p>	<p>Qualsiasi movimento</p>	<p>Movimento modulare</p>	<p>Risposta corretta L'igiene del cavo orale e dei denti è da considerarsi una misura di confort perché fornisce una sensazione di benessere, oltre a ridurre i microrganismi che si sviluppano nella bocca e che possono causare problemi per la salute. L'operatore di supporto dovrà assistere nell'igiene orale il paziente non autosufficiente o eseguirla egli stesso. Assistere il paziente in questo bisogno fornisce l'occasione per insegnare una tecnica adeguata e per ribadire l'importanza, oltre a permettere una valutazione del cavo orale. Incoraggiando il paziente ad attuare l'igiene del cavo orale, l'operatore di supporto contribuisce alla prevenzione di carie, patologie peridontali e perdita di denti. Gli obiettivi sono: assicurare l'igiene del cavo orale, favorire il confort del paziente, la prevenzione delle infezioni del cavo orale, la prevenzione delle infezioni delle prime vie aeree, la prevenzione dell'alitosi, la prevenzione della carie, la percezione del gusto dei cibi, il mantenimento dell'integrità e dell'idratazione della mucosa orale, mantenere le relazioni sociali. Questa va eseguita almeno una volta al giorno nei pazienti che non si alimentano per via orale, dopo i pasti principali nei pazienti che si alimentano per via orale, e al bisogno dopo valutazione da parte dell'infermiere. Le operazioni preliminari consistono nella valutazione iniziale del paziente, valutazione dello stato psico-fisico, quali lo stato di coscienza e il grado di autonomia, garantire la privacy, scelta del materiale da utilizzare, controllare se vi sono prescrizioni terapeutiche, accertarsi se il paziente porta protesi dentarie, esaminare le condizioni del cavo orale. La tecnica principale prevede di procedere spazzolando ciascun dente dal colletto alla superficie masticatoria. Ripetere il procedimento fino a che, sia la superficie esterna che quella interna dei denti e delle gengive sono pulite; infine spazzolare delicatamente la lingua, facendo attenzione a non stimolare il riflesso del vomito.</p> <p>(Guerriero, Carboni, Malatesta, 2018)</p>
---	--	--	----------------------------	---------------------------	--

<p>Nell'igiene genito-perineale della donna si deve procedere...</p>	<p>Dalla regione pubica verso il perineo</p>	<p>Dalla regione pubica in modo circolare</p>	<p>Dal perineo verso la regione pubica</p>	<p>Iniziando dalle piccole labbra per procedere verso le grandi labbra</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'igiene della zona perineale può causare notevole imbarazzo, sia in chi la riceve, sia in chi la effettua. Per questo motivo è necessario favorire l'autonomia dell'individuo affinché provveda autonomamente alla pulizia ma, nel caso in cui la persona sia impossibilitata a effettuare autonomamente le cure igieniche, sono necessari interventi compensativi o sostitutivi.</p> <p>I principali obiettivi di tale procedura sono assicurare l'igiene della pelle; assicurare l'igiene e il confort delle persone incontinenti; mantenere l'integrità delle mucose genitale e perineale; prevenire ed eliminare eventuali infezioni; promuovere il benessere del paziente; garantire la privacy della persona assistita.</p> <p>Nell'accertamento si deve valutare la presenza di irritazioni, escoriazioni, infiammazioni, gonfiori, l'eccessiva secrezione, l'odore, il dolore, l'incontinenza di feci o urine, la recente chirurgia rettale o perineale, la presenza di catetere a permanenza. Per la procedura è necessario: carrello o supporto stabile su cui posizionare tutto il materiale, telo da bagno, guanti, tamponi di cotone, padella per raccogliere l'acqua di lavaggio, bacinella con acqua tiepida, sapone, manopola da bagno.</p> <p>La procedura consiste nei seguenti passaggi: 1) Spiegare al paziente che cosa si sta facendo e perché e come può collaborare, rispettando il suo eventuale imbarazzo. 2) Provvedere alla riservatezza del paziente. 3) Preparare il paziente: piegare le lenzuola ai piedi del letto e il camice in alto per scoprire l'area genitale; mettere un asciugamano da bagno sotto le anche del paziente. 4) Posizionare la donna in posizione supina con le ginocchia flesse e addotte. 5) Coprire il corpo e le gambe con i teli da bagno. 6) Ispezionare l'area perineale. 7) Lavare l'area perineale e genitale dopo aver messo una padella sotto la paziente e usando una brocca per versare l'acqua tiepida sull'area: pulire le grandi labbra e le piccole labbra avendo cura di procedere dall'area con minore contaminazione (di solito il pube) a quella maggiormente contaminata (di solito il retto); questo permette di prevenire la</p>
---	--	---	--	--	--

					<p>trasmissione di microrganismi da una parte all'altra. 8) Asciugare bene il perineo facendo particolare attenzione alle pieghe delle labbra vaginali, in quanto l'umidità favorisce la crescita di molti microrganismi.</p> <p>(Pamela Lynn, 2013)</p>
--	--	--	--	--	---

<p>In autoclave si raggiunge solitamente la temperatura di...</p>	<p>80 c°</p>	<p>100 c°</p>	<p>121 c°</p>	<p>90 c°</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La sterilizzazione è qualsiasi processo chimico o fisico che possa inattivare tutti i microrganismi (comprese le spore) che si trovano in o su un oggetto. Il calore è il mezzo di sterilizzazione più affidabile; la maggior parte degli strumenti chirurgici sono resistenti al calore. Il calore umido, utilizzato in autoclave come vapore sotto pressione, uccide i microrganismi denaturando le loro proteine, ha un'attività microbica ad ampio spettro e una buona capacità penetrante, inoltre è economico e l'efficacia facile da controllare. I dispositivi sensibili al calore richiedono una sterilizzazione a bassa temperatura; l'ossido di etilene (OE), il gas-plasma a perossido d'idrogeno, e il vapore di formaldeide, sono spesso utilizzati per questo scopo. Qualunque sia il metodo utilizzato, la sterilizzazione è un processo che comprende diverse fasi: raccolta; decontaminazione; lavaggio (manuale, automatico, ad ultrasuoni); risciacquo (acqua corrente e demineralizzata); asciugatura (pistole ad aria compressa); confezionamento; sterilizzazione; conservazione dei materiali sterilizzati. La sterilizzazione richiede un contatto diretto tra l'oggetto da sterilizzare ed il vapore, ad una necessaria temperatura e pressione per un determinato tempo. Ci sono due principali tipologie di sterilizzatrice a vapore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In autoclavi con rimozione per gravità (verso il basso), dove il vapore viene introdotto nella parte superiore della camera per eliminare la miscela di aria-vapore più fredda e più densa dal fondo della camera. La valvola di scarico si chiude quando tutta l'aria è stata rimossa, consentendo così alla pressione e alla temperatura di aumentare. La fase di sterilizzazione di solito dura circa 15 minuti a 121°C. • In autoclavi ad alto vuoto, dove viene prima creato il vuoto nella camera di sterilizzazione e poi viene introdotto il vapore, permettendo così un ingresso più veloce ed efficiente del vapore in tutto il carico. La pressione e la temperatura aumentando rapidamente consentono tempi di processo di tre minuti a 134°C. <p>(IFIC, 2016)</p>
--	--------------	---------------	---------------	--------------	---

<p>Il trasporto dei campioni ematici deve essere effettuato utilizzando...</p>	<p>Un vassoio</p>	<p>Un contenitore porta-provette</p>	<p>Un contenitore a chiusura ermetica</p>	<p>Un contenitore indeformabile</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Le attività connesse con la spedizione ed il trasporto di sostanze infettive o potenzialmente tali, di campioni diagnostici e di materiali biologici deperibili, costituiscono un potenziale pericolo di contaminazione del personale e dell'ambiente, in caso di incidenti determinanti la fuoriuscita del materiale dai contenitori, e dunque risultano essere un giustificato motivo di preoccupazione per tutti i soggetti interessati: ricercatori, personale di laboratorio, personale addetto ai servizi di trasporto ed ai servizi postali. Nello svolgimento di tali attività vanno seguite appropriate procedure per: garantire la sicurezza del personale coinvolto nelle operazioni di spedizione e di trasporto; impedire la dispersione di agenti infettanti o potenzialmente infettanti nell'ambiente; far sì che il materiale giunga a destinazione nei tempi e nelle condizioni ottimali al fine di poter essere analizzato, garantendo la sicurezza del personale di laboratorio e l'attendibilità dell'esito.</p> <p>La procedura prevede l'utilizzo di un sistema a tre involucri, così configurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recipiente primario, che contiene il campione o la sostanza infetta. Può trattarsi di provette, tubi, ampolle, in ogni caso deve essere di materiale impermeabile, a tenuta stagna, con chiusura ermetica, etichettato ed avvolto in materiale assorbente non particolato, quale carta bibula o cotone idrofilo, presente in quantità sufficiente ad assorbire tutto il liquido fuoriuscito in caso di rottura del recipiente. • Recipiente secondario, cioè un contenitore di materiale resistente, impermeabile, a tenuta stagna, adatto a contenere e proteggere il recipiente primario. Esso può contenere anche più recipienti primari, purché adeguatamente collocati e singolarmente avvolti in materiale assorbente. All'esterno del secondo recipiente devono essere applicate le schede riportanti i dati identificativi e descrittivi del contenuto ed i dati riguardanti il destinatario e lo speditore. • Recipiente esterno, cioè il contenitore più esterno in cui collocare il recipiente secondario per evitare danneggiamenti causati da fattori esterni, quali agenti fisici o acqua. Il
---	-------------------	--------------------------------------	---	-------------------------------------	--

					<p>contenitore esterno può essere di cartone rigido, plastica, legno o altri materiali resistenti ad urti ed intemperie.</p> <p>(Ministero della Salute, 2003)</p>
--	--	--	--	--	---

<p>In base alla DGR 15 luglio 2003 n° 254, a quale trattamento devono essere sottoposti i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo prima del loro allontanamento dal reparto?</p>	<p>Idonea disinfezione</p>	<p>Sterilizzazione</p>	<p>Decontaminazione</p>	<p>Nessun trattamento</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>I rifiuti sanitari provenienti da strutture pubbliche e private che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca, sono divisi in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rifiuti sanitari non pericolosi • rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo • rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo • rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani • rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione • rifiuti da esumazione ed estumulazione, nonché derivanti da altre attività cimiteriali • rifiuti speciali, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che come rischio risultano analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo, con l'esclusione degli assorbenti igienici <p>La raccolta dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo avviene all'interno di ciascun reparto o struttura, dove i contenitori devono essere collocati nelle immediate vicinanze del luogo di effettiva produzione dei rifiuti, devono essere facilmente accessibili e non devono ostacolare il passaggio degli operatori, dei pazienti e dell'utenza. I contenitori devono essere costituiti da un involucro esterno rigido e da un involucro a diretto contatto con il rifiuto; esternamente devono recare la scritta "rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo" e il simbolo del rischio biologico. L'operatore conferisce i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo nell'apposito contenitore senza comprimerli ed evitando qualsiasi manipolazione a rischio di infortunio e senza superare i $\frac{3}{4}$ del volume per consentire un'agevole chiusura del sacco oppure, in caso di rifiuti pesanti, senza superare il limite di peso di omologazione del contenitore. Per garantire la corretta gestione dei rifiuti è vietato il travaso del contenuto di un sacco all'interno di un altro. Una volta riempito il contenitore, l'operatore deve chiudere il sacco con l'apposita fascetta, utilizzando guanti monouso, facendo attenzione a non comprimere o toccare il contenuto; successivamente chiude il contenitore esterno seguendo le linee sagomate o applicando il coperchio, a seconda del modello di contenitore. Dopo la chiusura, l'operatore scrive sul contenitore, in zona ben visibile</p>
---	----------------------------	------------------------	-------------------------	---------------------------	---

					<p>e in modo leggibile, il nome del reparto o della struttura che ha prodotto il rifiuto e la data di chiusura. Successivamente il contenitore è trasferito all'area ecologica o direttamente all'impianto di trattamento dei rifiuti.</p> <p>(Regione Friuli Venezia Giulia, 2013)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>In caso di spargimento accidentale di liquido organico su una superficie bisogna...</p>	<p>Sanificare, decontaminare, sanitzare la superficie</p>	<p>Decontaminare, sanificare e sanitzare la superficie</p>	<p>Sanificare, sanitzare e decontaminare la superficie</p>	<p>Gettare alcol sul pavimento, quindi detergere</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Tutti gli operatori, nelle strutture sanitarie ed assistenziali, devono adottare misure di barriera idonee a prevenire l'esposizione della cute e delle mucose nei casi in cui sia prevedibile un contatto accidentale con sangue, con liquidi o con altro materiale biologico. Tali precauzioni, vanno in particolare applicate, oltre che al sangue, al liquido seminale, alle secrezioni vaginali, al liquido cerebrospinale, sinoviale, pleurico, peritoneale, pericardico e amniotico, nonché a feci, secrezioni nasali, lacrime, urine e vomito, liquidi provenienti da drenaggi. I rischi legati allo spandimento di sostanze liquide o solide sono rappresentati da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - contaminazione dei lavoratori o di altro personale presente; - contaminazione dell'ambiente dove si è verificato l'evento, dei locali attigui, del suolo e corsi d'acqua attraverso gli scarichi aziendali; - incendio o esplosione, qualora si tratti di una sostanza infiammabile. <p>In caso di spandimento accidentale di liquido biologico su una superficie si deve prima di tutto evacuare la zona di spandimento di liquidi e/o materiali biologici e segnalarla apponendovi un'opportuna segnaletica di avvertimento. Successivamente la superficie deve essere decontaminata, versando nella zona di spandimento un disinfettante chimico di riconosciuta efficacia su virus e batteri (ad esempio ipoclorito di sodio al 5-10%), prima ai bordi e poi al centro dell'area interessata, lasciandolo agire per circa 30 minuti ed arieggiando l'ambiente. L'operatore provvede poi a rimuovere eventuali provette, contenitori, vetri rotti, materiali acuminati, assorbire il liquido e/o materiale biologico con panni assorbenti, o se necessario anche telini monouso. Infine si provvede a lavare con detergente (sanificare) e disinfettante (sanitzare) la zona contaminata, per poi asciugarla, avendo cura di controllare l'eventuale presenza di residuo di viscosità sulla superficie.</p> <p>(Azienda Ospedaliero-Universitaria Sassari, 2014)</p>
---	---	--	--	--	--

<p>Quale molecola è indicata nell'antisepsi di una ferita traumatica?</p>	<p>Alcool etilico</p>	<p>Iodopovidone in soluzione alcolica</p>	<p>Iodopovidone in soluzione acquosa</p>	<p>Acqua ossigenata</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'antisepsi è l'insieme delle procedure che determinano l'arresto della crescita dei microrganismi presenti su tessuti viventi, attraverso una loro inibizione o distruzione, essa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • si attua mediante prodotti antisettici, cioè sostanze germicide che vengono impiegate su tessuti viventi, con l'obiettivo di ridurre la concentrazione dei microrganismi sulla cute e sulle mucose e che, pertanto, devono essere efficaci, atossiche e compatibili, a seconda dei casi, con cute integra, cute lesa e mucose; • deve essere preceduta da una accurata pulizia che elimini il materiale organico, diminuisca la carica microbica, favorisca la penetrazione del principio attivo e, quindi, il contatto tra l'agente biocida e i microrganismi rimasti. <p>La scelta dell'antisettico da utilizzare va ponderata sia in base alle proprietà della soluzione antisettica (efficacia, tollerabilità, tossicità e resistenze accertate e stabilità della soluzione a flacone aperto), sia in base al tessuto o alla lesione da trattare, tenendo presente che ciò rappresenta anche un valido strumento per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (I.C.A.).</p> <p>È da tenere presente, ad esempio, che i prodotti a base di sali di ammonio quaternari sono dotati di buone proprietà detergenti ma, a basse concentrazioni, hanno scarsa attività battericida, per cui il loro impiego è indicato, soprattutto, nella disinfezione di superfici inanimate.</p> <p>Per l'antisepsi della cute lesa uno dei prodotti utilizzati è lo Iodopovidone 10% in soluzione acquosa. Questo ha uno spettro di azione assolutamente paragonabile a quello del cloro e mantiene una colorazione ambra intensa sulla cute favorendo, in tal modo, il mantenimento di una maggiore azione residua. Soluzioni di questo genere o soluzioni alcoliche sono usate di routine per il lavaggio delle ferite anche di tipo traumatico; in realtà hanno effetto batteriostatico sulla cute perilesionale, ma sono citotossici sul tessuto di granulazione e habitat per batteri se applicati sul fondo della ferita.</p> <p>(Azienda Sanitaria Locale Pescara, 2013)</p>
--	-----------------------	---	--	-------------------------	---

<p>Quale procedura deve essere adottata nel caso in cui le confezioni di garza sottoposte a processo di sterilizzazione si presentano umide?</p>	<p>Attendere che le confezioni asciughino prima dell'utilizzo</p>	<p>Confezionare nuovamente le garze e sottoporle a nuovo ciclo di sterilizzazione</p>	<p>Farle asciugare in autoclave</p>	<p>Nessuna delle precedenti</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La sterilizzazione è qualsiasi processo chimico o fisico che possa inattivare tutti i microrganismi (comprese le spore) che si trovano in o su un oggetto. Il calore è l'agente sterilizzante più affidabile; la maggior parte degli strumenti chirurgici sono termoresistenti. Il calore umido, quando usato come vapore sotto pressione in autoclave (sterilizzatrice), uccide i microrganismi per inattivazione o denaturazione delle loro proteine. Il calore secco in una stufa agisce per ossidazione ed il processo è molto più lento. Il calore secco è usato per sterilizzare materiali che possono essere danneggiati dall'umidità (polveri), o in cui il vapore non può penetrare (oli e cere). Dispositivi termosensibili richiedono una bassa temperatura di sterilizzazione; sono spesso utilizzati a tale scopo il gas ossido di etilene (ETO), il gas plasma di perossido di idrogeno e l'autoclave a vapore-formaldeide. Gli "articoli" sterilizzati devono essere conservati in luogo pulito, privo di polvere e asciutto e deve essere protetta l'integrità del confezionamento. Le confezioni contenenti materiali sterili dovrebbero essere ispezionate prima dell'uso, per verificarne l'integrità di barriera ed il fatto che siano asciutte. Se il confezionamento è compromesso, il dispositivo non dovrebbe essere usato, ma dovrebbe essere sottoposto ad un nuovo ciclo di pulizia, confezionamento e sterilizzazione. Qualunque sia il metodo utilizzato, la sterilizzazione è un processo che comprende diverse fasi: raccolta; decontaminazione; lavaggio (manuale, automatico, ad ultrasuoni); risciacquo (acqua corrente e demineralizzata); asciugatura (pistole ad aria compressa); confezionamento; sterilizzazione; conservazione dei materiali sterilizzati.</p> <p>(IFIC, 2016)</p>
---	---	---	-------------------------------------	---------------------------------	--

<p>Mediante quale esame diagnostico si rileva l'epilessia?</p>	<p>Elettroencefalogramma</p>	<p>Agobiopsia</p>	<p>Elettrocardiogramma</p>	<p>Ecografia</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'elettroencefalogramma (EEG) è la registrazione non invasiva dell'attività elettrica dell'encefalo tramite elettrodi esterni. L'attività elettrica rilevata viene rappresentata da una serie di onde riprodotte su uno schermo e poi stampate su carta o trasferite su un supporto elettronico. L'EEG si utilizza soprattutto per la diagnosi e la gestione delle epilessie, ma viene spesso prescritto anche ai pazienti con tumori, perché sia i tumori primitivi del cervello, sia eventuali metastasi cerebrali, secondarie a tumori di altri organi, possono provocare epilessia.</p> <p>Generalmente venti elettrodi di superficie, cosparsi con un gel che facilita la conduzione elettrica, vengono tenuti aderenti al cuoio capelluto del paziente in un posizionamento standard da una cuffia elastica in neoprene; per registrazioni prolungate si usano elettrodi fissati allo scalpo con un collante al collodio. Durante la registrazione viene chiesto al paziente di aprire e chiudere gli occhi, respirare profondamente o guardare una luce intermittente, per verificare la reattività delle strutture encefaliche.</p> <p>Per l'elettroencefalogramma standard non occorre alcuna preparazione, ma è bene presentarsi all'esame a stomaco pieno (per evitare l'ipoglicemia) e con i capelli puliti, prendendo gli eventuali farmaci prescritti in terapia.</p> <p>Raramente, nei pazienti che soffrono di un tipo particolare di epilessia, le luci accese davanti agli occhi per verificarne le reazioni possono scatenare una crisi. Occasionalmente il gel utilizzato per far aderire gli elettrodi alla testa può provocare leggere irritazioni cutanee.</p> <p>Il tracciato standard dura circa 20 minuti; esiste anche l'EEG dinamico (Holter), in cui la registrazione si prolunga per 24 ore per aumentare sia le informazioni sull'attività elettrica cerebrale in veglia e sonno notturno, che le probabilità di registrare una crisi epilettica. Dopo l'applicazione degli elettrodi il paziente torna a casa con un registratore portatile e svolge le sue abituali attività, tornando il giorno seguente a riconsegnare il registratore.</p>
---	------------------------------	-------------------	----------------------------	------------------	---

					(Fondazione AIRC per la Ricerca sul cancro, 2018)
--	--	--	--	--	---

<p>Con quale frequenza la sagoma rimovibile della protesi auricolare deve essere pulita con una salvietta asciutta?</p>	<p>Due volte al giorno</p>	<p>Quotidianament e</p>	<p>Una volta alla settimana</p>	<p>Quando l'assistito lo richiede</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Gli apparecchi acustici sono l'ausilio riabilitativo essenziale per potenziare la capacità uditiva residua della persona con difficoltà comunicative. La protesi acustica svolge la funzione di amplificare i segnali sonori in base alle caratteristiche della perdita uditiva. Il modello di protesi acustica più diffuso si chiama RIC o RITE, che significa Reciever-In(the)-Canal oppure Reciever-In-The-Ear ed è costituito da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una parte centrale, che si posiziona dietro l'orecchio • un ricevitore (o chiocciola), che entra nell'orecchio. <p>Entrambe le componenti necessitano di cure e attenzioni. Il corpo dell'apparecchio ospita la batteria che va correttamente inserita, affinché possa funzionare. Per verificare che sia nel verso giusto, è possibile fare un test coprendo con una mano l'auricolare. Se questi fischia, allora siamo in presenza del normale "effetto Larsen" e sta ad indicare che la batteria è presente e carica. A questo punto, l'apparecchio può essere inserito nell'orecchio dell'assistito. Allo stesso modo, quando l'auricolare viene rimosso, bisogna spegnerlo e aprire lo scomparto della batteria per evitare che si formi umidità. La parte del ricevitore invece è più a rischio. Ossia, essendo posizionato in un ambiente ostile, dentro all'orecchio, in presenza di cerume, secrezioni e condensa, potrebbe danneggiarsi più facilmente, va dunque pulito più spesso. I principali passaggi per una corretta igiene sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pulire quotidianamente con una salvietta asciutta il filtro paracerume, che è una parte bianca, molto piccola, posta alla fine del ricevitore e, in alcuni modelli, anche del microfono. Si tratta di una sagoma che, quando diventa troppo vecchia, va sostituita • una volta a settimana, pulire con acqua e sapone sia la sagoma che il tubo di connessione, risciacquarlo e asciugarlo con cura • liberare, con uno spazzolino o una bottiglietta d'aria compressa, il canale di ventilazione, ossia un piccolo foro posto nella parte alta dell'apparecchio, che serve per far respirare l'orecchio • usare delle pastiglie che aiutano a togliere o ridurre l'umidità
--	----------------------------	-------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---

					<p>all'interno dell'apparecchio e che possono essere inserite nello stesso contenitore dove riponete la protesi</p> <p>In letteratura non si rintracciano spiegazioni sulla gestione degli apparecchi acustici, pertanto in questo caso non è possibile rifarsi a fonti validate per la definizione della risposta corretta.</p> <p>(Nurse24, 2017)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Quando un malato di AIDS si definisce portatore asintomatico?</p>	<p>Quando, allo stadio terminale, non dà alcun segno di beneficiare delle cure che gli vengono somministrate</p>	<p>Quando è in buono stato di salute</p>	<p>Quando, nella fase avanzata della malattia, il quadro clinico, che ha subito delle modificazioni importanti, diventa stazionario</p>	<p>Quando non si è ancora effettuato il test</p>	<p>Risposta corretta Il virus dell'HIV attacca il sistema immunitario indebolendolo progressivamente e impedendogli così di svolgere in modo adeguato il proprio compito, vale a dire difendere l'organismo dalle malattie. Se non trattata, un'infezione da HIV attraversa, dal momento del contagio al manifestarsi dell'Aids, tre fasi. La durata di queste fasi varia da persona a persona. Per tale motivo, il periodo durante il quale le persone sieropositive possono vivere senza disturbi può durare da alcuni mesi fino a quindici anni. La prima fase è quella dell'infezione primaria. Nelle prime settimane dal contagio il carico virale sale rapidamente. In questa fase si manifestano spesso sintomi simili a quelli di un raffreddore o di una leggera influenza: febbre, eruzioni cutanee, stanchezza, mal di testa. Nella fase dell'infezione primaria il rischio di trasmissione è particolarmente alto a causa dell'elevato carico virale. Questi sintomi scompaiono spontaneamente nel giro di poche settimane poiché il sistema immunitario reagisce all'attacco dei virus. Dopo questo primo periodo l'infezione da HIV decorre senza particolari manifestazioni. La seconda fase è quella asintomatica (nessuno o solo sintomi generali). Di norma, le persone sieropositive possono vivere per anni una vita normale senza disturbi. Il virus continua tuttavia a proliferare, danneggiando permanentemente il sistema immunitario. Il costante attacco dei virus indebolisce sempre di più il sistema immunitario, che a un certo punto non è più in grado di difendersi abbastanza dagli agenti patogeni, ovvero dalle malattie. L'organismo manifesta sempre più spesso segnali di immunodeficienza, quali ad esempio malattie della pelle, persistente gonfiore dei linfonodi, forte sudorazione notturna e altri sintomi. Nella terza ed ultima fase (quella terminale), il sistema immunitario è fortemente danneggiato e non riesce più a difendersi dalle malattie gravi e letali. Si parla di Aids quando si manifestano determinate combinazioni di malattie. La gamma delle malattie è ampia: da diversi tipi di tumori a determinate forme di polmoniti, sino all'infezione fungina dell'esofago (candida</p>
---	--	--	---	--	---

					<p>albicans). Dalla conclamazione dell'Aids la speranza di vita, senza trattamento, va da pochi mesi a tre anni.</p>
--	--	--	--	--	--

(Margherita Di Virgilio, Ivana Cucco, 2000)

<p>Cosa è la disinfezione?</p>	<p>Il processo per la sterilizzazione a freddo degli strumenti medici</p>	<p>Il complesso dei procedimenti e operazioni atti a rendere sani determinati ambienti confinati e aree di pertinenza mediante la distruzione o inattivazione di microrganismi patogeni</p>	<p>Il processo per la sterilizzazione a caldo degli strumenti medici</p>	<p>Il processo per la rimozione di spore da una superficie</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>In ambito socio sanitario la disinfezione può essere definita come l'insieme delle misure attuate al fine di ridurre a un livello detto "di sicurezza" i microrganismi patogeni (virus, batteri, funghi, spore, protozoi) presenti su una superficie o nell'ambiente tramite uccisione, inattivazione o allontanamento di questi.</p> <p>Molto spesso viene adottato come sinonimo di disinfezione anche il termine "antisepsi", in realtà questo termine è più idoneo a indicare una disinfezione di tessuti viventi come la cute.</p> <p>I disinfettanti chimici comuni includono alcoli, cloro e composti del cloro, glutaraldeide, ortoofталaldeide, perossido di idrogeno, acido peracetico, fenoli e composti dell'ammonio quaternario (CAQ). Tali sostanze chimiche possono essere usate da sole o in combinazione. Devono essere utilizzati in conformità con le indicazioni fornite dal produttore e riportate sull'etichetta del prodotto, e solo sulle superfici con le quali sono compatibili.</p> <p>I disinfettanti sono suddivisi in tre categorie a seconda dell'attività microbica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • disinfettanti di alto livello: sono attivi contro i batteri in forma vegetativa, i virus (inclusi quelli non-rivestiti), i miceti ed i micobatteri. Con tempi di contatto prolungati possono avere attività anche contro le spore batteriche. Vengono utilizzati per disinfettare dispositivi sensibili al calore e i dispositivi semicritici come ad esempio gli endoscopi flessibili a fibre ottiche. Le aldeidi (glutaraldeide e ortoofталaldeide) e ossidanti (ad esempio, perossido di idrogeno e acido peracetico) sono esempi di questo tipo. • Disinfettanti di medio livello: sono attivi contro i batteri in forma vegetativa, i micobatteri, i miceti e la maggior parte dei virus. • Disinfettanti di basso livello: sono attivi contro i batteri in forma vegetativa (ad eccezione dei micobatteri), alcuni miceti e solo i virus rivestiti. In molti casi, al posto di tali disinfettanti sarebbe sufficiente lavare con sapone non antisettico e acqua.
---------------------------------------	---	---	--	--	--

					(IFIC, 2016)
--	--	--	--	--	--------------

<p>Cosa misura il test del sudore?</p>	<p>Il contenuto di acqua nel sudore</p>	<p>Il contenuto di sale nel sudore</p>	<p>Il contenuto di acido lattico nel sudore</p>	<p>Il contenuto di albumina nel sudore</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La Fibrosi Cistica (FC) è la malattia genetica a trasmissione autosomica recessiva più frequente nella razza caucasica con un'incidenza variabile nelle diverse etnie e nei diversi paesi del mondo.</p> <p>Il test del sudore, validato nel 1959 da Gibson e Cooke, costituisce ancora oggi, il gold standard per la diagnosi di Fibrosi Cistica, in quanto è l'unico test in grado di misurare, in modo riproducibile, il difetto di funzionamento della proteina di membrana CFTR, cioè la elevata concentrazione di ione cloro (sale) nel sudore. Nella quasi totalità dei pazienti FC con caratteristiche tipiche e mutazioni identificate, il test del sudore è diagnostico; infatti i dati di letteratura confermano che con il test del sudore è possibile diagnosticare circa il 98% dei pazienti affetti da FC.</p> <p>Il test risulta essere molto semplice: dopo accurata detersione della cute si posizionano sull'avambraccio o sulla gamba speciali tamponi imbevuti di una sostanza chimica chiamata pilocarpina che stimola la produzione del sudore. Questi tamponi vengono fissati in posizione ed un piccolo flusso di corrente da un generatore a batteria attraversa i tamponi per stimolare ulteriormente il processo di produzione del sudore. Il test non è doloroso, sebbene si possa avvertire una piccola sensazione di prurito. I tamponi vengono lasciati in sede per circa 5 minuti, quindi vengono rimossi. La cute viene allora lavata accuratamente con acqua demineralizzata ed asciugata. Un pezzo di carta da filtro, una garza o talvolta un capillare di plastica avvolto a spirale, viene posizionato e assicurato sulla zona stimolata. Si attende circa 30 minuti finché il sudore non viene assorbito dalla carta da filtro, dalla garza o dal dispositivo a spirale. Al termine del tempo, la carta da filtro, la garza o la spirale viene quindi rimossa dall'operatore e inviata al laboratorio per l'analisi del sudore.</p> <p>(Gruppo di lavoro della Società Italiana per lo studio della fibrosi cistica, 2017)</p>
---	---	--	---	--	--

<p>Che cos'è il day hospital geriatrico?</p>	<p>Una forma di ricovero dei pazienti anziani in casa di riposo</p>	<p>Una forma di ospedalizzazione effettuata a casa del paziente anziano</p>	<p>Una forma di ospedalizzazione diurna che non richiede la degenza dei pazienti anziani</p>	<p>Un centro diurno per anziani</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'assistenza a ciclo diurno (Day Hospital) consiste in un ricovero o cicli di ricoveri programmati, senza pernottamento, con erogazione di prestazioni plurispecialistiche, rivolte a pazienti con patologie che per l'andamento cronico lentamente progressivo non necessitano di ricovero protratto. L'attività di DH si colloca quindi ad un livello intermedio tra la gestione ambulatoriale-territoriale ed il vero e proprio regime di ricovero in ospedale. A differenza dei day hospital ordinari, i day hospital geriatrici sono organizzati in maniera tale da consentire alla persona anziana di non sentirsi trascurata e disorientata. Inoltre gli interventi diagnostici e terapeutici e le differenti affezioni vengono valutate ed affrontate in maniera coordinata: al termine delle indagini viene proposta la terapia appropriata al caso analizzato.</p> <p>L'attività di ospedalizzazione diurna è orientata, di norma, a fornire un'adeguata risposta a diverse tipologie di prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnostico strumentale, fra le quali possono essere annoverate le prestazioni erogate essenzialmente in fase antecedente al ricovero o in sostituzione dello stesso; • terapeutiche, fra le quali possono essere annoverate le prestazioni rese in fase successiva al ricovero e in alternativa ad esso, per l'esecuzione di particolari trattamenti e somministrazioni controllate o periodiche di farmaci particolari; • riabilitative, che prevedono il trattamento di casi nei quali non è indispensabile il ricovero, ma non è neppure opportuno o sufficiente un trattamento a livello territoriale e/o ambulatoriale e, comunque, la prestazione in day hospital diventa alternativa al ricovero. <p>(Ronan O'Caomh, Siobhan Kennelly, Diamuid O'Shea, 2018)</p>
---	---	---	--	-------------------------------------	--

<p>I centri socioriabilitativi svolgono attività di prestazione assistenziale a carattere...</p>	<p>Semiresidenziale diurna</p>	<p>Semiresidenziale notturna</p>	<p>Residenziale</p>	<p>Medico</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative. L'intervento riabilitativo viene finalizzato verso quattro obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il recupero di una competenza funzionale che, per ragioni patologiche, è andata perduta; • l'evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo; • la necessità di porre una barriera alla regressione funzionale, cercando di modificare la storia naturale delle malattie cronico degenerative riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione; • la possibilità di reperire formule facilitanti alternative. <p>In generale le attività di riabilitazione sono erogate mediante una rete di servizi ospedalieri ed extraospedalieri appositamente dimensionati. Possono essere erogate in regime:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno; • residenziale a ciclo continuativo e/o diurno; • ambulatoriale, extramurale e domiciliare. <p>Gli interventi di riabilitazione estensiva o intermedia sono erogati presso le seguenti strutture pubbliche e private ad hoc accreditate:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) le strutture ospedaliere di lungodegenza; 2) i presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale territoriali e ospedalieri; 3) i presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo; 4) i centri ambulatoriali di riabilitazione; 5) le Residenze Sanitarie Assistenziali; 6) le strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-assistenziale ed i centri socio-riabilitativi, nonché il domicilio dell'utente. <p>L'offerta di servizi integrati sociali e sanitari può essere organizzata in forma domiciliare e/o attraverso il ricorso a</p>
---	--------------------------------	----------------------------------	---------------------	---------------	--

					<p>strutture diurne o residenziali allo scopo di garantire assistenza qualificata che soddisfi sia i bisogni primari che quelli psichici ed affettivi; di potenziare o mantenere il livello di autonomia acquisito per la miglior conservazione possibile del benessere psico-fisico; di perseguire l'integrazione sociale degli utenti favorendo costanti collegamenti con l'ambiente esterno.</p> <p>(Ministero della sanità, 1998)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Le residenze sanitarie assistenziali operano come...</p>	<p>Presidi ospedalieri non costituiti in azienda</p>	<p>Strutture di accoglienza a carattere residenziale</p>	<p>Strutture di accoglienza a carattere semiresidenziale</p>	<p>Strutture deputate solo al sollievo dei familiari per soggetti dementi</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Le Residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.) sono strutture non ospedaliere che realizzano un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. Sono rivolte ad anziani non autosufficienti e ad altri soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio. Si differenziano dalle strutture riabilitative per la minore intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti, che in relazione al loro stato psico-fisico possono trovare nelle stesse anche "ospitalità permanente".</p> <p>Secondo la normativa nazionale, la RSA deve offrire agli ospiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una sistemazione residenziale con un'impronta il più possibile domestica, stimolando al tempo stesso la socializzazione tra gli ospiti • tutti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi necessari a prevenire e curare le malattie croniche e le loro eventuali riacutizzazioni • un'assistenza individualizzata, orientata alla tutela e al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali e alla promozione del benessere. <p>Per quanto attiene gli aspetti strutturali ed organizzativi, l'unità di base è il modulo o nucleo, composto di 20-25 posti per gli anziani non autosufficienti e di 10-15 posti (secondo la gravità dei pazienti) per disabili fisici, psichici e sensoriali, utilizzando in maniera flessibile gli stessi spazi edilizi. In base alle loro condizioni psico-fisiche, sono ospiti delle R.S.A. tipicamente anziani non autosufficienti e/o disabili fisici, psichici e sensoriali. La RSA, in relazione alle particolari esigenze determinate dalle condizioni psicofisiche delle persone che vi trovano accoglienza vanno preferibilmente localizzate, soprattutto quelle di nuova costruzione, in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, o ben collegate mediante mezzi pubblici a centri urbani, al fine di evitare ogni forma di isolamento, difficoltà di incontro con le famiglie e di allontanamento dall'ambito sociale di appartenenza.</p>
--	--	--	--	---	--

					(Ministero della Sanità, 1994)
--	--	--	--	--	---------------------------------------

<p>Cosa è la gangrena gassosa?</p>	<p>Una infezione compartimentale</p>	<p>Una infezione da germi misti</p>	<p>Una infezione da anaerobi</p>	<p>Un'infezione causata da miceti</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La gangrena gassosa è un'infezione potenzialmente letale del tessuto muscolare, causata principalmente da batteri anaerobi della specie <i>Clostridium perfringens</i> e da varie altre specie di clostridi.</p> <p>I clostridi prosperano in assenza di ossigeno, quindi si riproducono in modo ottimale nei tessuti molli gravemente danneggiati e nelle ferite molto profonde. Tali tessuti sono scarsamente irrorati dal sangue e, pertanto, fruiscono di bassi livelli di ossigeno; qui i batteri producono grandi quantità di gas come prodotto di scarto, il quale può formare bolle e vesciche nel tessuto. Spesso, l'infezione ostruisce i vasi sanguigni di piccole dimensioni. Il risultato è la morte del tessuto infetto, con conseguente gangrena.</p> <p>La gangrena gassosa di solito si presenta a seguito di lesioni o interventi chirurgici. Le lesioni ad alto rischio includono ferite profonde e gravi, che coinvolgono i muscoli, o ferite contaminate da sporcizia, materia vegetale putrefatta o feci. La gangrena gassosa provoca dolori acuti nell'area infetta. Inizialmente, l'area è gonfia e pallida, ma in seguito diventa rossa, color bronzo e, alla fine, nero-verdastra. L'area ha una consistenza dura ed è dolente al tatto. Spesso si formano ampie vescicole. Le bolle gassose possono essere visibili all'interno della vescicola o possono essere percepite sotto la pelle, di solito quando l'infezione progredisce. In assenza di trattamento, nel 100% dei soggetti infetti si verifica il decesso, solitamente entro 48 ore. Il sospetto di gangrena gassosa sorge sulla base dei sintomi e dei risultati di un esame obiettivo.</p> <p>La conferma della diagnosi spesso richiede esami strumentali, colturali ed un intervento chirurgico esplorativo o la rimozione di un campione di tessuto per l'esame al microscopio (biopsia), per verificare la presenza delle caratteristiche alterazioni nei muscoli. Se si sospetta una gangrena gassosa, la terapia deve essere iniziata immediatamente. Si somministrano alte dosi di antibiotici e tutti i tessuti necrotici o infetti vengono asportati chirurgicamente. Circa un soggetto su cinque con gangrena gassosa di un arto deve essere sottoposto ad amputazione.</p>
---	--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--

					(Enciclopedia Medica Italiana, 1978)
--	--	--	--	--	--------------------------------------

<p>Che cos'è l'home care?</p>	<p>L'ospedalizzazione diurna</p>	<p>L'assistenza sanitaria territoriale ambulatoriale</p>	<p>L'assistenza ospedaliera domiciliare resa ad alcune categorie di assistiti</p>	<p>La residenza del personale sanitario che assiste gli anziani</p>	<p>Risposta corretta L'ospedalizzazione domiciliare viene individuata come una forma complessa e avanzata di cura che consente di trasferire le logiche della degenza al domicilio. Un programma di cure domiciliari a sofferenti affetti da patologia altamente invalidante può essere messo in opera in modo occasionale (per periodi più o meno brevi) o in modo continuativo, e può essere rivolto solo agli aspetti di tipo sociale o presentare contenuti solo medici. L'assistenza sanitaria potrà risultare generica o specialistica, e potrà essere rivolta ad alcuni aspetti della malattia o a tutti i suoi aspetti. Si sottolinea che in letteratura non vi è l'identificazione chiara e precisa di Ospedalizzazione Domiciliare, che viene genericamente compresa nella lingua inglese nella definizione di "home care". Riferendosi alla letteratura precedentemente citata, le patologie più importanti in termini di accesso alla Ospedalizzazione domiciliare sono le seguenti: Broncopatia Cronica Ostruttiva, Insufficienza Cardiaca, Insufficienza Renale, Insufficienza Epatica, Diabete. I soggetti inseriti in un programma di Ospedalizzazione domiciliare, da un punto di vista clinico, possono presentare segni e sintomi riferiti ai seguenti quadri morbosi: dolore cronico, patologie evolutive del sistema nervoso, lesioni cutanee di grado avanzato. Altri criteri sono costituiti dalle valutazioni funzionali relative al livello di non autosufficienza ed a variabili sociali quali: stress dei caregivers, appartenenza a classi sociali deboli, difficoltà di accesso alle strutture sanitarie (sia per motivi logistici che funzionali), condizioni economiche disagiate. Le prestazioni specialistiche offerte all'interno di programmi di home care fanno in genere riferimento alle seguenti aree di intervento: cardio-vascolare (ECG, doppler e più raramente Ecocardiogramma), diagnostica strumentale non invasiva e di laboratorio, monitoraggio di parametri vitali, ossigeno e ventilo terapia, terapia infusione e trasfusionale, dialisi peritoneale, chemioterapia, nutrizione artificiale, trattamenti chirurgici (ad es. trattamento lesioni cutanee), approcci antalgici.</p> <p>(Ministero della Salute, 2002)</p>
--------------------------------------	----------------------------------	--	---	---	--

<p>La bulimia è uno stato patologico caratterizzato da...</p>	<p>Una forma di inappetenza congenita</p>	<p>Un'assunzione incontrollata di liquidi</p>	<p>Un aumento dell'albumina nel sangue</p>	<p>Una assunzione incontrollata di cibo</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Le persone con bulimia nervosa presentano episodi ricorrenti di abbuffata caratterizzati dal mangiare, in un periodo definito di tempo (per es. un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili, e dalla sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare cosa o quanto si sta mangiando). Gli episodi di abbuffata sono seguiti da ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo. In questa forma di disturbo dell'alimentazione, i livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo e lo stato di salute può essere gravemente compromesso.</p> <p>L'esordio della bulimia nervosa si può verificare in relazione a una forte restrizione alimentare per modificare il peso e la forma del corpo, o in seguito a difficoltà personali ed emotive nel padroneggiare situazioni di perdita o di frustrazione. I disturbi depressivi e l'abuso o la dipendenza da sostanze sono i disturbi psichiatrici più frequentemente associati con la bulimia nervosa. Tra i disturbi d'ansia, la fobia sociale, il disturbo ossessivo-compulsivo e il disturbo di panico sono i più frequenti. Sono anche comuni disturbi di personalità, tra i quali il disturbo borderline e quello evitante si riscontrano con maggiore frequenza. Si osservano a volte comportamenti impulsivi come cleptomania, promiscuità sessuale, tentativi di suicidio.</p> <p>Le alterazioni organiche che possono verificarsi nella bulimia nervosa sono dovute al deficit di alcuni nutrienti conseguente all'alimentazione sbilanciata e al vomito autoindotto e alla perdita di sali e liquidi in seguito alle condotte di eliminazione. Possono coinvolgere la cute, il sistema orogastroenterico, il cardiovascolare, l'apparato respiratorio, e si possono avere alterazioni ormonali.</p>
--	---	---	--	---	--

					(Ministero della Salute, 2013)
--	--	--	--	--	--------------------------------

<p>Qual è il più importante fattore di trasmissione delle infezioni ospedaliere?</p>	<p>Le mani dell'operatore sanitario</p>	<p>La biancheria e gli effetti personali dell'assistito</p>	<p>Lo strumentario sanitario</p>	<p>I lenzuoli e gli effetti lettereci in genere</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Si definiscono infezioni correlate all'assistenza le infezioni insorte durante il ricovero in ospedale, o dopo le dimissioni del paziente, che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione. Sono l'effetto della progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie e dell'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, visto il largo uso di questi farmaci a scopo profilattico o terapeutico. Le persone a rischio di contrarre un'Ica sono innanzitutto i pazienti e, con minore frequenza, il personale ospedaliero. Tra le condizioni che aumentano la suscettibilità alle infezioni ci sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • età (neonati, anziani) • altre infezioni o gravi patologie concomitanti (tumori, immunodeficienza, diabete, anemia, cardiopatie, insufficienza renale) • malnutrizione • traumi, ustioni • alterazioni dello stato di coscienza • trapianti d'organo <p>I principali meccanismi di trasmissione delle Ica sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contatto diretto tra una persona sana e una infetta, soprattutto tramite le mani • contatto tramite le goccioline emesse nell'atto del tossire o starnutire da una persona infetta a una suscettibile che si trovi a meno di 50 cm di distanza • contatto indiretto attraverso un veicolo contaminato (per esempio endoscopi o strumenti chirurgici) • trasmissione dell'infezione a più persone contemporaneamente, attraverso un veicolo comune contaminato (cibo, sangue, liquidi di infusione, disinfettanti, ecc) • via aerea, attraverso microrganismi che sopravvivono nell'aria e vengono trasmessi a distanza. <p>Circa l'80% di tutte le infezioni ospedaliere riguarda quattro sedi principali: il tratto urinario, le ferite chirurgiche, l'apparato respiratorio, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Fino all'inizio degli anni Ottanta, le infezioni ospedaliere erano</p>
---	---	---	----------------------------------	---	---

					<p>dovute principalmente a batteri gram-negativi (per esempio, E. coli e Klebsiella pneumoniae). Poi, per effetto della pressione antibiotica e del maggiore utilizzo di presidi sanitari di materiale plastico, sono aumentate le infezioni sostenute da gram-positivi (soprattutto Enterococchi e Stafilococcus epidermidis) e quelle da miceti, mentre sono diminuite quelle sostenute da gram-negativi.</p> <p>(Istituto Superiore di Sanità, 2016)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Quale tra le seguenti non è una corretta modalità di conservazione dei disinfettanti?</p>	<p>Conservare ben chiuse le confezioni</p>	<p>Rispettare le temperature, considerate idonee alla loro conservazione</p>	<p>Conservarli in luoghi caldi e asciutti</p>	<p>Conservarli nella confezione originale</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Per un corretto e razionale impiego di antisettici e disinfettanti è necessario considerare più fattori, che riguardano la sede o il presidio stesso, il materiale da trattare e la popolazione microbica. I principi fondamentali da osservare sono i seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Far precedere la disinfezione da un'accurata detersione. Le superfici e gli oggetti detersi vanno asciugati. Evitare di introdurre oggetti non asciutti nei disinfettanti per non provocare una diluizione errata. 2) Ogni disinfettante deve essere utilizzato alla concentrazione indicata sulle istruzioni d'uso presenti sulla confezione. 3) Ogni disinfettante richiede un determinato tempo di contatto per agire in modo efficace: occorre perciò rispettare i tempi di azione indicati, considerando anche altri fattori, quali popolazione e carica microbica presente. 4) Non effettuare mai mescolanze di disinfettanti differenti tra loro, né alcun tipo di aggiuntorabboccamento al contenitore già aperto. 5) Le soluzioni diluite devono essere preparate estemporaneamente ed utilizzate nel più breve tempo possibile. 6) Conservare i disinfettanti in recipienti ben chiusi al riparo dalla luce e dal calore, in armadi adibiti a tale scopo. 7) Evitare operazioni di travaso in contenitori diversi dal contenitore originale o da quelli predisposti dal Servizio di Farmacia. 8) Evitare che la bocca del contenitore venga a contatto con le mani o con qualsiasi altro materiale. 9) Conservare i contenitori in uso rigorosamente chiusi con il tappo in dotazione. 10) Smaltire i contenitori vuoti dei disinfettanti secondo le indicazioni di rischio chimico indicate sull'etichetta della confezione. 11) Utilizzare l'alcool denaturato solo come solvente-detergente, non come disinfettante. 12) Non utilizzare soluzioni alcoliche su cute lesa e mucose. 13) Non impiegare mai antisettici e disinfettanti quando serve detergere o quando è necessario sterilizzare. <p>(Gianfranco Finzi, Ugo Luigi Aparo, Antonella Benvenuto, Paolo Cantaro, Paola Cugini, Daniela D'Alessandro, Karl Kob, Claudio Lazzari, Antonio Montanile, Gabriele Pelissero, Sergio Pili, Angelo Pellicanò, 2009)</p>
---	--	--	---	---	--

<p>Quale di questi alimenti è nel nostro paese il più comune responsabile delle tossinfezioni alimentari da Clostridium Botulinum?</p>	<p>Vegetali in scatola o sott'olio</p>	<p>Salumi</p>	<p>Carne</p>	<p>Olio in bottiglia</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il botulismo è una malattia paralizzante causata da una tossina prodotta dal batterio Clostridium botulinum. Questo microrganismo vive nel suolo, in assenza di ossigeno, e produce spore che possono resistere all'ambiente esterno anche per un lungo periodo finché non incontrano condizioni adatte alla crescita del batterio stesso. Il botulismo alimentare è una particolare forma di botulismo dovuto alla presenza di tossine nel cibo, specie in preparati di origine vegetale; questo può colpire individui di tutte le età e non è trasmissibile da persona a persona. I sintomi solitamente si manifestano molto rapidamente, da poche ore a pochi giorni dall'ingestione della tossina; le persone riferiscono tutti i sintomi tipici di una paralisi neurale. Il trattamento del botulismo è possibile solo con la somministrazione di un'antitossina nelle prime ore dalla comparsa dei sintomi e il recupero è molto lento. La ricerca e la sorveglianza sul botulino sono considerate prioritarie nei programmi di biosicurezza; il botulino può essere presente in cibi inscatolati o conservati, soprattutto di produzione domestica ma anche, in qualche caso, industriale. Le conserve preparate in casa (per esempio la verdura sott'olio), ma anche le verdure in scatola, sono uno dei prodotti in cui più facilmente si può rischiare la presenza della tossina botulinica. È possibile operare in forma preventiva, soprattutto nella produzione di conserve domestiche, facendo assoluta attenzione alle norme igieniche per evitare la presenza del batterio nelle varie fasi di preparazione e conservazione. La tossina botulinica viene distrutta alle alte temperature e, quindi, la sterilizzazione dei cibi in vasetto e in scatola, tramite bollitura per almeno 10 minuti, ne garantisce l'eliminazione.</p> <p>(Istituto Superiore di Sanità, 2017)</p>
---	--	---------------	--------------	--------------------------	--

<p>Nel rispetto del principio di gradualità e proporzionalità delle sanzioni, la sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a un massimo di dieci giorni si applica alle seguenti ipotesi...</p>	<p>Alterchi negli ambienti di lavoro con utenti</p>	<p>Eventi critici nel servizio</p>	<p>Atti, comportamenti o molestie, anche di carattere sessuale, di particolare gravità che siano lesivi della dignità della persona</p>	<p>Inosservanza delle disposizioni di servizio</p>	<p>Risposta corretta Nel rispetto del principio di gradualità e proporzionalità delle sanzioni in relazione alla gravità della mancanza, il tipo e l'entità di ciascuna delle sanzioni sono determinati in relazione a dei criteri generali (es: intenzionalità del comportamento, grado di negligenza, imprudenza o imperizia dimostrate, rilevanza degli obblighi violati, responsabilità connesse alla posizione di lavoro occupata dal dipendente..). Al dipendente responsabile di più mancanze compiute con unica azione od omissione o con più azioni od omissioni tra loro collegate ed accertate con un unico procedimento, è applicabile la sanzione prevista per la mancanza più grave se le suddette infrazioni sono punite con sanzioni di diversa gravità. La sanzione disciplinare, dal minimo del rimprovero verbale o scritto al massimo della multa di importo pari a quattro ore di retribuzione, si applica per: inosservanza delle disposizioni di servizio, anche in tema di assenze per malattia, nonché dell'orario di lavoro; condotta non conforme, nell'ambiente di lavoro, a principi di correttezza verso superiori o altri dipendenti o nei confronti degli utenti o terzi; negligenza nell'esecuzione dei compiti assegnati, nella cura dei locali e dei beni mobili o strumenti a lui affidati o sui quali, in relazione alle sue responsabilità, debba espletare attività di custodia o vigilanza; inosservanza degli obblighi in materia di prevenzione degli infortuni e di sicurezza sul lavoro ove non ne sia derivato danno o pregiudizio al servizio o agli interessi dell'Azienda o Ente o di terzi; rifiuto di assoggettarsi a visite personali disposte a tutela del patrimonio dell'Azienda o Ente, nel rispetto di quanto previsto dall' articolo 6 della Legge. n. 300/1970; insufficiente rendimento nell'assolvimento dei compiti assegnati.</p> <p>(ARAN, 2018)</p>
--	---	------------------------------------	---	--	--

<p>Se in una ferita sono presenti zone escoriate o genericamente prive di epitelio, come si può trattare la ferita?</p>	<p>Non bisogna utilizzare garze di alcun tipo, ma sarà sufficiente eseguire una accurata pulizia per rimuovere i grumi</p>	<p>Si procede alla disinfezione ripulendo la zona circostante la ferita con un movimento che va dall'esterno al centro della ferita</p>	<p>Possano essere d'aiuto delle garze sterili vasellinate</p>	<p>Si deve trattarla esclusivamente con soluzione fisiologica</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Le ulcere cutanee possono essere classificate secondo una scala colore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesione di colore verde indica la presenza di infezione • Lesione Nera indica la necrosi secca • Lesione Gialla indica la presenza di slough • Lesione Rossa indica il tessuto di granulazione • Lesione Rosa indica la riepitelizzazione. In questa fase, è possibile osservare aree di riepitelizzazione di color rosa traslucido al di sopra del tessuto di granulazione, costituite da cellule epiteliali migranti dai bordi dell'ulcera che avanzano in modo concentrico fino a unirsi. <p>L'obiettivo principale delle medicazioni utilizzate per le lesioni di tipo rosa sono prevenire l'insorgenza di soluzioni di continuo della cute (lesioni/abrasioni) e salvaguardare l'integrità della cute.</p> <p>Non devono essere utilizzati prodotti a base di antisettici, antibiotici e antimicotici topici, prodotti coloranti (es: eosina, fuxina...) o creme a base di cortisone o acido ialuronico. Inoltre non è indicato massaggiare vigorosamente la cute durante l'applicazione dei prodotti emollienti e idratanti o barriera, soprattutto in corrispondenza delle prominenze ossee. Per le lesioni rosa in via di riepitelizzazione e con scarso essudato è indicato l'utilizzo di medicazioni non aderenti vasellinate, da usare sia come medicazione secondaria che come medicazione primaria. Generalmente queste vanno cambiate ogni 2-3 giorni.</p> <p>(Regione Toscana, 2017)</p>
--	--	---	---	---	---

<p>Come è definito in sociologia il passaggio di un individuo o di un gruppo da una posizione sociale ad un'altra?</p>	<p>Mobilità sociale</p>	<p>Conflitto di classe</p>	<p>Teoria dell'evoluzione</p>	<p>Migrazione sociale</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Per mobilità sociale si intende il passaggio di individui o gruppi da uno strato sociale all'altro, o da una posizione all'altra, che può essere di classe, di ceto o di stato. S'intende quindi un vasto processo di mutamenti nella struttura di un sistema sociale. In particolare, ci si riferisce a mutamenti nell'occupazione (passaggio da un'economia agricola a una industriale), nella residenza, nel livello di istruzione (diminuzione drastica degli analfabeti), nell'esposizione ai mezzi di comunicazione di massa. Tutti questi fenomeni provocano una disintegrazione della struttura sociale esistente e un conseguente stato di disponibilità degli individui, dei gruppi e dei settori sociali, che vengono in tal modo mobilitati a nuove forme di integrazione.</p> <p>Il concetto di mobilità in sociologia è collegato alla teoria della "circolazione delle élites" (V. Pareto, 1902), successivamente rielaborata come teoria del "ricambio sociale" (C. Gini, 1930), ma soprattutto all'opera di P.A. Sorokin (1927), che ne delineò i temi principali: forme storiche, fattori motivazionali, variabili economiche, politiche e culturali, conseguenze sul sistema sociale. Particolare importanza è assegnata alla mobilità professionale (S.M. Lipset, R. Bendix, 1959), vista come un processo in cui l'adattamento alle trasformazioni sociali ed economiche avviene attraverso mutamenti nel sistema di ricompense, materiali e simboliche, offerte alle varie occupazioni. Tuttavia esistono barriere strutturali alla mobilità sociale, per cui l'appartenenza di status, anche nelle società che si ispirano ai valori del liberalismo meritocratico, è pesantemente condizionata da preclusioni etniche, razziali, religiose o politiche (R.K. Merton, 1957).</p> <p>(Bagnasco A., Barbagli M., Cavalli A., 2012)</p>
---	-------------------------	----------------------------	-------------------------------	---------------------------	---

<p>La pulizia del cavo orale in una persona che porta una protesi dentaria, deve essere effettuata...</p>	<p>Senza rimuovere la protesi</p>	<p>Dopo la rimozione della protesi</p>	<p>Dopo aver fatto fare degli sciacqui alla persona</p>	<p>Sono valide tutte le risposte</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Una delle condizioni di salute che influisce di più sulla qualità della vita dei pazienti è l'igiene orale. Le malattie del cavo orale sono un rischio non solo per la salute della bocca, ma anche per le basse vie respiratorie. Il paziente geriatrico ha una maggiore incidenza di problematiche inerenti al cavo orale e spesso è anche portatore di protesi dentarie necessarie a ripristinare le funzioni del cavo orale, quali la fonazione, masticazione, deglutizione, sbadiglio, sorriso. I principali obiettivi di una corretta igiene orale sono: prevenire infezioni del cavo orale, malnutrizione, alitosi, infezioni delle prime vie aeree, mantenere l'integrità e l'idratazione della mucosa orale. Come in qualsiasi tipo di paziente, l'igiene orale deve essere eseguita dopo ogni pasto, almeno due volte al giorno.</p> <p>La tecnica prevede di far assumere, in relazione alle condizioni della persona, la posizione seduta o semiseduta, indossare i guanti e, aiutandosi con una garza, afferrare con il pollice e l'indice la protesi superiore a livello degli incisivi centrali, rimuovere la protesi, esercitando inizialmente dei piccoli movimenti dall'alto verso il basso; se la protesi non dovesse staccarsi, afferrare saldamente tra pollice e indice di entrambe le mani le parti posteriori facendo trazione dall'alto verso il basso. Appoggiare la protesi nell'arcella, dove sono state messe precedentemente delle garze, afferrare la protesi inferiore come già descritto per quella superiore e ruotarla leggermente per estrarla. Mettere anche questa protesi nell'arcella e recarsi al lavandino più vicino. Posizionare delle garze sul fondo del lavandino e pulire le protesi con spazzolino e dentifricio sotto l'acqua corrente; procedere nella pulizia senza tralasciare alcuna superficie. Prima di rimettere le protesi alla persona, procedere con l'igiene del cavo orale. Applicare la dentiera senz'asciugarla dopo aver utilizzato eventuali prodotti adesivi.</p> <p>(Luca Cecchetto, Gianluigi Romeo, 2013)</p>
--	-----------------------------------	--	---	--------------------------------------	---

<p>Qual è lo scopo della c.d "prevenzione terziaria"?</p>	<p>Ridurre l'entità dei danni causati dalla malattia</p>	<p>Ridurre l'incidenza della malattia</p>	<p>Ridurre la durata della malattia</p>	<p>Individuare precocemente una malattia</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La prevenzione è strettamente legata alla promozione della salute. Le attività di prevenzione riducono le minacce per la salute degli individui e delle comunità. Alcuni fattori di rischio, come ad esempio quelli legati alla storia familiare, non possono essere alterati, altri invece, legati all'ambiente fisico e sociale o allo stile di vita, possono essere modificati e possono potenzialmente influenzare in maniera positiva o aiutare a mantenere uno stato di salute buono. Il settore della sanità gioca un ruolo centrale nell'affrontare tali fattori di rischio. Gli interventi di prevenzione si articolano su tre livelli:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenzione primaria. "Prevenire è meglio che curare" è un detto noto alla maggior parte delle persone e rappresenta il nucleo centrale della prevenzione primaria. Essa mira all'evitamento dei rischi e all'impiego di strategie al fine di impedire il verificarsi di condizioni di salute sfavorevoli. Questi interventi sono principalmente diretti alla persona (al cambio delle abitudini di vita, alle vaccinazioni, all'alimentazione) e all'ambiente nel quale essa vive (controllo dell'acqua, servizi igienici adeguati, buone condizioni di vita e di lavoro). L'intervento primario è importante sia per le persone con disabilità che per quelle senza ed è l'elemento principale di questa sezione. 2. La prevenzione secondaria consiste nella diagnosi e nel trattamento precoce delle condizioni di salute negative, con l'obiettivo di curarle o diminuirne l'impatto sulla vita delle persone. Esempi di diagnosi precoce includono le mammografie per individuare i tumori al seno e gli esami oculistici per identificare le cataratte. 3. Prevenzione terziaria. Ha l'obiettivo di limitare o capovolgere l'impatto di una condizione sanitaria sfavorevole già in essere. Essa può includere i servizi di riabilitazione e gli interventi che hanno come obiettivo la prevenzione delle limitazioni nelle attività e la promozione dell'indipendenza, della partecipazione e dell'inclusione. <p>(Organizzazione mondiale della salute, 2010)</p>
--	--	---	---	--	---

<p>Per la misurazione della temperatura corporea...</p>	<p>Non è indicato l'uso dei guanti</p>	<p>È indicato l'uso dei guanti in pvc non sterile</p>	<p>È indicato l'uso dei guanti in lattice</p>	<p>È indicato l'uso di guanti e mascherina</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>I guanti per uso sanitario, in accordo anche con le Linee Guida dell'HICPAC (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee), vengono utilizzati per tre scopi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ridurre la probabilità che microrganismi presenti sulle mani del personale vengano trasmesse ai pazienti nel corso di procedure invasive o altre procedure assistenziali che comportino il contatto con mucose e cute non integra del paziente (protezione del paziente); 2. fornire una barriera protettiva per prevenire la contaminazione grossolana delle mani in caso di contatto con sangue, fluidi corporei, secrezioni, escrezioni e strumenti o materiali contaminati da essi; con mucose; con cute non integra del paziente (protezione dell'operatore); 3. ridurre la probabilità che le mani del personale contaminate da microrganismi da un paziente o da un fomite possano trasmettere questi germi ad un altro paziente. <p>La misura cardine per il controllo delle infezioni, sia per il paziente che per l'operatore sanitario, è il lavaggio delle mani, prima e dopo ciascun contatto con il paziente o con gli effetti lettereschi. Si evidenzia altresì che l'utilizzo dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani, ma lo integra migliorando la sicurezza per tutti. Alcuni esempi di attività da effettuare con le mani non guantate, previo lavaggio sociale delle mani, eccetto casi di sospette patologie infettive diffuse sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • manipolazione provette, sacche, contenitori, non contenenti liquidi biologici e/o agenti chimici; • distribuzione vassoi del vitto; • trasporto pazienti con carrozzina o letto; • rifacimento del letto vuoto; • visita medica e assistenza al paziente in cui non sia prevedibile contatto con sangue o liquidi e agenti biologici potenzialmente infettanti; • rilevazione della temperatura corporea, della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca. <p>È necessario indossare i guanti nel corso delle attività assistenziali rivolte a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • qualunque paziente, quando è prevedibile il contatto con sangue (comprese la cute lesa e le ferite), mucose, liquidi biologici di tutti i tipi, secrezioni, escrezioni (escluso il sudore); • pazienti specifici riconosciuti o
--	--	---	---	--	---

					<p>sospetti di essere infettati o colonizzati da microrganismi trasmissibili per contatto.</p> <p>(Regione Toscana, 2017)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>In base all'art. 4 del D.Lgs. 502/1992, quale delle seguenti definizioni corrisponde al Presidio ospedaliero?</p>	<p>Ospedali non costituiti in azienda ospedaliera</p>	<p>Agenzie sanitarie articolate su basi territoriali</p>	<p>Strutture sanitarie caratterizzate da autonomia imprenditoriale</p>	<p>Istituti a carattere di ricerca</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il presidio ospedaliero è un ospedale non costituito in azienda ospedaliera, in quanto privo dei requisiti di legge. Pertanto gode di un'autonomia molto minore, esso comunque ha autonomia a livello direttivo e autonomia funzionale con contabilità separata, seppure interna al bilancio dell'azienda sanitaria locale (ASL) di riferimento. Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi conseguente al riordino del sistema delle aziende previsto dal Decreto 502/1992, le Regioni possono proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso di tutti i seguenti requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura; b) disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo; c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità; d) dipartimento di emergenza di secondo livello; e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, così come previsto dal Piano sanitario regionale e in considerazione della mobilità infraregionale e della frequenza dei trasferimenti da presidi ospedalieri regionali di minore complessità; f) attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in Regioni diverse, superiore di almeno il dieci per cento rispetto al valore medio regionale, salvo che per le aziende ubicate in Sicilia e in Sardegna; g) indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore ad almeno il venti per cento rispetto al valore medio regionale; h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie. <p>In ogni caso, non si procede alla costituzione o alla conferma in azienda ospedaliera qualora questa costituisca il solo presidio ospedaliero pubblico presente nella azienda unità sanitaria locale.</p>
---	---	--	--	--	--

					<p>(Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana, 1992)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Indicare, tra quelle elencate, la metodologia non corretta nel praticare la respirazione artificiale...</p>	<p>Bocca-maschera</p>	<p>Naso-Bocca</p>	<p>Bocca-Bocca o Bocca-Naso</p>	<p>Nessuna delle precedenti</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Lo scopo delle ventilazioni di supporto è di mantenere una adeguata ossigenazione ematica durante le manovre di rianimazione cardiopolmonare. Tuttavia, dal momento che durante l'arresto cardiocircolatorio (anche in corso di massaggio cardiaco) il flusso ematico polmonare è drasticamente ridotto, un basso flusso d'ossigeno è in grado di mantenere un adeguato rapporto ventilazione/perfusione. Le due ventilazioni da somministrare al termine delle 30 compressioni toraciche devono avere una durata complessiva non superiore ai 10 secondi. Le metodiche con cui è possibile eseguire le ventilazioni di soccorso sono principalmente tre:</p> <p>1) Ventilazione bocca a bocca o bocca-naso. Il soccorritore inspira normalmente e, mantenendo sollevato il mento con due dita, fa aderire le labbra intorno alla bocca della vittima. La mano controlaterale chiude le narici per evitare fuoriuscita di aria e mantiene il capo in iperestensione. Si insuffla aria effettuando una normale espirazione della durata di circa 1 secondo</p> <p>2) Ventilazione bocca-maschera. La tecnica prevede la completa adesione del bordo della maschera sul viso della vittima, in modo da coprire bocca e naso. Anche in questo caso il capo deve essere mantenuto in iperestensione. La maschera tascabile offre molti vantaggi: evita il contatto diretto con la cute e le secrezioni della vittima; impedisce la commistione tra aria insufflata con quella espirata dalla vittima, tramite una valvola unidirezionale; diminuisce il rischio di infezione attraverso un filtro antibatterico; permette il collegamento con una fonte di ossigeno.</p> <p>3) Ventilazione con pallone Ambu. La ventilazione con pallone autoespansibile è il sistema più efficace soprattutto se collegato ad una fonte di ossigeno. Alcuni modelli sono dotati di un reservoir, che permette di aumentare la concentrazione di ossigeno.</p> <p>(Pier Sergio Saba, Natale Daniele Brunetti, Domenico Di Clemente, Antonello Ganau, Giuseppe Nusdeo, Stefania Piga,</p>
---	-----------------------	-------------------	-------------------------------------	---------------------------------	--

					Silvio Romano, Giancarlo Roscio, Maurizio Santomauro. Società Italiana di Cardiologia, 2017)
--	--	--	--	--	---

<p>I SERT sono...</p>	<p>Servizi di carattere medico-legale</p>	<p>Servizi per le tossicodipendenze</p>	<p>Consultori familiari facenti parte della struttura organizzativa dell'AUSL</p>	<p>Servizi per la tutela dei minori</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Secondo la Legge 162 del 1990, art 29 comma 1, “Chiunque fa uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope può chiedere al servizio pubblico per le tossicodipendenze di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e di definire un programma terapeutico e socio-riabilitativo”. Tra i servizi pubblici troviamo il Servizio Tossicodipendenze SerT, erogato dal SSN e regolamentato dalla Legge n. 162 del 1990. I SerT sono dei servizi attivi delle aziende sanitarie locali e si collocano all’interno dei dipartimenti delle dipendenze. Ogni Regione ha un’autonomia sulla programmazione territoriale, quindi organizza secondo le sue esigenze le offerte e le modalità di accesso al SerT. Il SerT tratta il processo di cura, prevenzione e riabilitazione di persone con problemi di dipendenza e abuso di sostanze psicoattive illegali (cocaina, eroina, THC, metanfetamine, e molte altre) e legali (tabacco, alcool e psicofarmaci). All’interno del servizio vi è un’equipe multiprofessionale e multidisciplinare (infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali e medici) altamente qualificata e specializzata nelle dipendenze. Viene erogato direttamente e gratuitamente e non occorre l’impegnativa del medico, né il ticket per poter richiedere l’accesso al servizio. I principali servizi offerti sono: informazione e formazione degli adulti, prevenzione (nella comunità, nelle scuole e delle patologie infettive correlate alla tossicodipendenza). Nel SerT si effettuano colloqui di accoglienza per accertare lo stato di salute clinico-psichica e sociale della persona per impostare un programma terapeutico personalizzato. I SerT dal punto di vista materiale provvedono alla somministrazione dei farmaci, alle richieste degli accertamenti clinici e di laboratorio. Nella riabilitazione si impegna al reinserimento nel mondo del lavoro, collabora con le associazioni di volontariato e con le cooperative del privato sociale del territorio e facilita l’inserimento in Comunità Terapeutiche riabilitative.</p> <p>(Claudia Meazzini, 2019)</p>
------------------------------	---	---	---	---	--

<p>A norma della L. 328/2000, a chi spetta la determinazione dei criteri generali per la programmazione e della rete di interventi di integrazione sociale che devono essere attuati a livello locale?</p>	<p>Agli Enti locali</p>	<p>Alle Regioni</p>	<p>Allo Stato</p>	<p>Alle USL</p>	<p>Risposta corretta La Legge 328/2000 intitolata "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" è la Legge finalizzata a promuovere interventi sociali, assistenziali e socio-sanitari che garantiscano un aiuto concreto alle persone e alle famiglie in difficoltà. La qualità della vita, la prevenzione, la riduzione e l'eliminazione delle disabilità, il disagio personale e familiare e il diritto alle prestazioni sono gli obiettivi della Legge. Per la prima volta, altresì, viene istituito un fondo nazionale per le politiche e gli interventi sociali, aggregando e ampliando i finanziamenti settoriali esistenti e destinandoli alla programmazione regionale e degli Enti. La Legge stabilisce che hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonché gli stranieri. La Legge annuncia che per realizzare i servizi sociali in modo unitario e integrato gli Enti locali, le Regioni e lo Stato, ognuno nell'ambito delle proprie competenze, provvedano alla programmazione degli interventi e delle risorse. Allo Stato spetta: la determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale attraverso il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali; la determinazione dei criteri per la ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale per le politiche sociali; l'esercizio dei poteri sostitutivi in caso di riscontrata inadempienza delle Regioni; i rapporti con gli organismi internazionali e il coordinamento dei rapporti con gli organismi dell'Unione Europea; la fissazione dei requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sociali nonché le disposizioni generali concernenti i requisiti per l'accesso e la durata dei corsi di formazione professionale. Sono esercitate "sentita la conferenza unificata" le competenze relative alla determinazione dei criteri generali per la programmazione della rete degli interventi di integrazione sociale da attuare a livello locale.</p> <p>(Roberto Bin, Giovanni Pitruzzella, Daniele Donati, 2017)</p>
---	-------------------------	---------------------	-------------------	-----------------	---

<p>Cosa occorre fare prima di procedere al massaggio cardiaco?</p>	<p>Occorre effettuare due insufflazioni</p>	<p>Spingere all'indietro la testa del soggetto mantenendogli la fronte con l'altra mano</p>	<p>Occorre verificare le pulsazioni attraverso le rilevazioni del polso carotideo</p>	<p>Occorre verificare che la persona non abbia fratture</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Una delle fasi che precede il massaggio cardiaco nella sequenza del BLS è la valutazione del respiro e il riconoscimento dell'arresto cardiaco. Per fare questo, mantenendo il capo in iperestensione, ci si dispone con la guancia molto vicino alla cavità orale della vittima e si verifica la presenza o meno di una attività respiratoria normale. Occorre non confondere l'attività respiratoria efficace con il gasping o respiro agonico, un respiro inefficace, superficiale, che non determina scambi ventilatori e che può essere presente nelle prime fasi dell'arresto cardiaco. La manovra, che va eseguita per non più di dieci secondi, può essere schematizzata con l'acronimo GAS: Guardo eventuali movimenti del torace, Ascolto la presenza di rumori respiratori, Sento sulla mia guancia, la fuoriuscita di aria dalla bocca della vittima. Qualora il soccorritore abbia dubbi in merito alla qualità del respiro, quest'ultimo deve essere considerato anormale. Se è presente una attività respiratoria normale (efficace), il paziente deve essere messo nella posizione laterale di sicurezza. Se non è presente attività respiratoria normale, si procede con le manovre di rianimazione cardiopolmonare (RCP). Durante la manovra GAS possono essere anche ricercati i segni di circolo. La ricerca del polso carotideo va effettuata ponendo due dita della mano in corrispondenza della cartilagine tiroide della laringe e quindi facendole scorrere orizzontalmente di lato alla laringe stessa. Il polso va ricercato per non più di 10 secondi durante il GAS. Le ultime linee guida dello European Resuscitation Council (2015) raccomandano la ricerca dei segni di circolo esclusivamente da parte di personale sanitario con esperienza in rianimazione avanzata; infatti, la ricerca del polso carotideo o di qualsiasi altro polso è un metodo considerato inaccurato, sia per il personale sanitario, che per i laici.</p> <p>(Pier Sergio Saba, Natale Daniele Brunetti, Domenico Di Clemente, Antonello Ganau, Giuseppe Nusdeo, Stefania Piga, Silvio Romano, Giancarlo Roscio, Maurizio Santomauro. Società Italiana di Cardiologia, 2017)</p>
---	---	---	---	---	---

<p>L'intestino tenue è composto da...</p>	<p>Colon, sigma e retto</p>	<p>Duodeno, digiuno e ileo</p>	<p>Duodeno, ileo e sigma</p>	<p>Duodeno, digiuno e retto</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'intestino tenue è quella parte del canale alimentare che va dallo stomaco all'intestino crasso; vi si svolgono le funzioni della digestione e dell'assorbimento. Inizia in corrispondenza dello sfintere pilorico e termina alla valvola ileocecale. In forma di tubo cilindrico si estende, compiendo numerose inflessioni, dall'epigastrio alla fossa iliaca destra e occupa pertanto gran parte della cavità addominale discendendo anche nella piccola pelvi. Ha una lunghezza media di 7 metri con grandi variazioni individuali; rappresenta i 4/5 di tutto l'intestino. Ha diametro variabile, decrescente dall'origine alla terminazione, misurando all'inizio 47 mm e nella porzione terminale 27 mm. La sua capacità media è di circa 6000 ml. Vi si distinguono, in seguito al comportamento del peritoneo e alla conseguente diversa mobilità che ne deriva, due parti principali: il duodeno e l'intestino tenue mesenteriale, diviso a sua volta in digiuno e ileo. Sulle pareti interne dell'intestino tenue sono presenti delle piccole estroflessioni, i villi intestinali, costituiti da più cellule epiteliali, ciascuna delle quali possiede altre minuscole estroflessioni, i microvilli, che, nel loro insieme, formano l'orletto striato. Ogni cellula epiteliale possiede due tipi di cellule:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gli enterociti, cellule assorbenti che secernono enzimi che andranno a costituire il succo enterico; • le cellule caliciformi, che producono il muco (la cui funzione è di proteggere la parete interna dell'intestino tenue). <p>Nella prima parte del tenue (duodeno) vengono secreti alcuni enzimi (tra cui l'amilasi pancreatica, la chimotripsina, la tripsina, la maltasi, la saccarasi, l'amminopeptidasi, la nucleasi, ecc.) che idrolizzano i glucidi, i lipidi, gli acidi nucleici e i protidi. Alcuni enzimi vengono prodotti in apposite ghiandole (pancreas, fegato, cistifellea) e arrivano all'intestino per compiere la sintesi molecolare dei vari alimenti. Dal pancreas, per esempio, giungono il tripsinogeno (enzima inattivo della tripsina) e il chimotripsinogeno (enzima inattivo della chimotripsina) e, una volta giunti nel tenue, vengono attivati.</p> <p>(Giuseppe Anastasi, C. Tacchetti, Raffaele De Caro, 2009)</p>
--	-----------------------------	--------------------------------	------------------------------	---------------------------------	---

<p>Quale tra le condizioni di seguito elencate non influisce in modo positivo sul processo di cicatrizzazione di una ferita?</p>	<p>L'umidità sulla superficie della ferita</p>	<p>La temperatura fredda</p>	<p>Una buona nutrizione</p>	<p>Un microclima controllato</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La guarigione delle ferite rappresenta la capacità dell'organismo di riparare un tessuto lesa: quando un tessuto riceve un insulto che ne lede l'integrità, se il paziente non è affetto da una patologia ingravescente e se viene rimosso l'agente lesivo, l'istinto dei tessuti e dell'organismo è comunque quello di evolvere verso il processo riparativo. Questo si può verificare attraverso due meccanismi: o per rigenerazione, quando i tessuti danneggiati vengono rimpiazzati con cellule dello stesso tipo, oppure per sostituzione dei tessuti danneggiati con tessuto connettivo (fibrosi). Le ferite possono andare incontro a guarigione con tre modalità differenti: per prima intenzione, per seconda intenzione o per terza intenzione.</p> <p>Numerosi fattori sistemici e locali influenzano la guarigione delle ferite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stato nutrizionale (per es. la carenza di vitamina C che notoriamente riduce la sintesi di collagene) • presenza di dismetabolismi (per es. il diabete mellito che è noto provocare un ritardo nella guarigione) • deficit circolatori dovuti ad aterosclerosi o stasi venosa • disendocrinie (per es. gli ormoni glucocorticoidi hanno un ben documentato effetto inibitorio sull'infiammazione e sulla sintesi del collagene) <p>Il sito della lesione è anche un importante fattore influenzante la guarigione: ferite in aree riccamente vascolarizzate tendono a guarire più rapidamente di quelle in aree poco vascolarizzate. I principali ostacoli alla riparazione tessutale sono sintetizzabili in fattori generali o sistemici e fattori locali. Tra i fattori sistemici troviamo l'età del paziente, lo stato nutrizionale, lo stato immunitario, le malattie di base, le complicanze post-operatorie, alcuni farmaci, situazione psico-sociale del paziente. Tra i fattori locali, invece, ci sono la macerazione della cute perilesionale, traumi ricorrenti, presenza di tessuto necrotico, pressione sulla ferita e infezione locale. Non risulta invece in letteratura che la temperatura fredda sia un fattore favorente la cicatrizzazione.</p>
---	--	------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	--

					(Guerriero, Carboni, Malatesta, 2018)
--	--	--	--	--	---------------------------------------

<p>Quale tra i seguenti non è un fattore che influenza la frequenza dei battiti cardiaci?</p>	<p>L'assunzione di farmaci</p>	<p>L'età</p>	<p>Il sesso</p>	<p>Gli stati emotivi</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Si definisce polso, la frequenza, il ritmo e la forza del battito cardiaco rilevabile in zone centrali o periferiche. Il polso è l'espressione di un'onda sanguigna, sfigmica, creata dalla contrazione del ventricolo sinistro del cuore. Generalmente l'onda sfigmica rappresenta il volume di eiezione espulso ad ogni contrazione cardiaca ed è funzione della capacità di adattamento o compliance delle arterie, cioè della loro capacità di contrarsi e rilassarsi (distensibilità). La frequenza del polso si esprime in battiti al minuto (BPM). Si definisce periferico un polso situato alla periferia del corpo, per esempio sul piede, sulla mano o sul collo. Il polso apicale, invece, è un polso centrale localizzato in corrispondenza dell'apice del cuore. I fattori che modificano la frequenza del polso sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • età, con l'avanzare dell'età, il polso gradatamente diminuisce • genere sessuale, dopo la pubertà, nei maschi la frequenza cardiaca è leggermente più bassa di quella delle femmine • esercizio fisico, la frequenza del polso normalmente aumenta con l'esercizio fisico, anche se la frequenza del polso a riposo e durante l'esercizio fisico, negli atleti, può essere inferiore alla media delle altre persone per la maggior dimensione, contrattilità ed efficienza del loro cuore • febbre, la frequenza aumenta in risposta all'aumento della pressione arteriosa dovuta alla vasodilatazione periferica (associata ad un aumento della temperatura corporea) o a causa di un aumentato metabolismo • assunzione di farmaci, alcuni medicinali abbassano la frequenza cardiaca, altri la aumentano • ipovolemia/disidratazione, la perdita di liquidi dal sistema vascolare determina un aumento della frequenza cardiaca • stress, la stimolazione del sistema nervoso simpatico in seguito allo stress incrementa l'attività cardiaca nel suo complesso • sesso, in certa misura, influisce sul numero dei battiti, che sono in genere maggiori nel sesso femminile <p>(Guerriero, Carboni, Malatesta, 2018)</p>
--	--------------------------------	--------------	-----------------	--------------------------	--

<p>Che cosa si intende per malattia infettiva?</p>	<p>Malattia trasmissibile da un individuo all'altro</p>	<p>Malattia che si diffonde rapidamente</p>	<p>Malattia che ha bisogno di un organismo ospite</p>	<p>Malattia soggetta a restrizioni</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Una malattia infettiva è una patologia causata da agenti microbici che entrano in contatto con un individuo, si riproducono e causano un'alterazione funzionale: la malattia è quindi il risultato della complessa interazione tra il sistema immunitario e l'organismo estraneo. I germi che causano le malattie infettive possono appartenere a diverse categorie e principalmente a virus, batteri o funghi. Il tempo che intercorre tra il contatto tra un microbo e il corpo umano fino all'apparire dei sintomi viene chiamato "periodo di incubazione", che è diverso a seconda della malattia infettiva e dipende dai rapporti che si instaurano tra il germe e l'ospite. Durante il periodo di incubazione si parla anche di "infezione", ovvero della presenza di agenti microbici che si riproducono all'interno dell'organismo. L'infezione può decorrere senza sintomi e in quel caso si parla di "infezione asintomatica". Se invece compaiono dei sintomi, si instaura una "malattia". Le caratteristiche cliniche delle infezioni possono quindi variare da quadri asintomatici a quadri molto severi che possono portare anche al decesso del paziente. Le malattie infettive contagiose sono causate da agenti patogeni che, in modo diretto o indiretto, vengono trasmesse ad altri soggetti recettivi. Nelle malattie infettive non contagiose, invece, la trasmissione richiede l'intervento di appositi vettori o di particolari circostanze. In base alla suscettibilità della popolazione e alla circolazione del germe, una malattia infettiva può manifestarsi in una popolazione in forma epidemica, endemica o sporadica. L'epidemia si verifica quando un soggetto ammalato contagia più di una persona e il numero dei casi di malattia aumenta rapidamente in breve tempo. Una malattia si considera endemica quando l'agente responsabile è stabilmente presente e circola nella popolazione, manifestandosi con un numero di casi più o meno elevato, ma uniformemente distribuito nel tempo. Il caso sporadico è quello che si manifesta in una popolazione in cui una certa malattia non è stabilmente presente.</p> <p>(Istituto Superiore di Sanità, 2016)</p>
---	---	---	---	--	---

<p>Quali sono i livelli in cui può essere distinta la disinfezione?</p>	<p>Disinfezione di medio e alto livello</p>	<p>Disinfezione di basso e alto livello</p>	<p>Disinfezione di basso, medio e alto livello</p>	<p>Decontaminazione, disinfezione, sanitizzazione</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Un ambiente igienicamente sano si ottiene attraverso una serie di operazioni collegate tra loro, delle quali la disinfezione, quando necessaria, rappresenta l'ultimo passaggio. La sola disinfezione, non preceduta dalla pulizia, è inefficace ai fini della rimozione dello sporco, la cui presenza riduce l'azione del disinfettante. A seconda dell'effetto, la disinfezione può essere definita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di alto livello, quando porta alla distruzione di tutti i microrganismi, a eccezione di un elevato numero di spore batteriche • di livello intermedio, quando è in grado di distruggere le forme batteriche vegetative, i micobatteri (ad esempio, quello della tubercolosi), la maggior parte dei virus e dei funghi, ma non le spore batteriche • di basso livello, quando elimina i batteri in forma vegetativa, alcuni virus e alcuni funghi, ma non è in grado di uccidere i micobatteri (ad esempio, quello della tubercolosi) e le spore batteriche <p>Il disinfettante ideale dovrebbe possedere una serie di caratteristiche: ampio spettro di azione germicida, con attività verso virus, batteri, funghi, protozoi; rapidità di azione; capacità di essere attivo per un periodo di tempo il più lungo possibile; capacità di agire anche in presenza di sostanze organiche, ad esempio, sangue, saliva, urine, feci, pus, tessuto necrotico; assenza di tossicità acuta e cronica, con azione esclusiva sui microrganismi; facilità di impiego; capacità di non alterare i substrati su cui agisce; costo contenuto; solubilità nei liquidi di uso comune, ad esempio, acqua; stabilità alle diluizioni di uso comune; gradevolezza: buone proprietà detergenti; non inquinante in fase di smaltimento.</p> <p>Considerato che nessun prodotto possiede tutte queste caratteristiche, la scelta deve essere fatta in base all'impiego. È dunque necessario identificare di volta in volta il disinfettante più appropriato tenendo conto innanzi tutto della criticità del dispositivo (articolo), ovvero del suo livello di rischio di trasmissione di microrganismi secondo la classificazione di Spaulding: dispositivi critici (destinati al contatto con tessuti</p>
--	---	---	--	---	--

					<p>normalmente sterili o col sistema vascolare), dispositivi semicritici (destinati al contatto con mucose e cute non integra) e dispositivi non critici (destinati al contatto con la cute intatta, ma non con le mucose).</p> <p>(Azienda USL di Bologna, 2016)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>In caso di melena, le feci assumono...</p>	<p>Un colore rosso per la presenza di sangue vivo</p>	<p>Un colore nero per la presenza di sangue digerito</p>	<p>Sono normocromiche</p>	<p>Un colore rosso vivo</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Con il termine melena si indica l'emissione di feci fetide e untuose e caratterizzate da un colore particolarmente scuro tanto da essere spesso definite come feci picee. La colorazione particolarmente scura delle feci è legata al fatto che esse sono commiste a del sangue la cui emoglobina ha subito trasformazioni chimiche durante il passaggio attraverso il canale dell'intestino. La melena è un segno che non deve essere mai trascurato perché, in molte occasioni, essa è legata a patologie di una certa gravità. Gli episodi di melena sono dovuti a un sanguinamento localizzato in una zona alta dell'apparato digerente (duodeno, esofago o stomaco) ed è proprio il colore particolarmente scuro delle feci a rivelare che il sangue proviene da una zona piuttosto alta dell'apparato digerente; quando, infatti, il sangue proviene da zone più basse, le feci si presentano arrossate o al limite parzialmente coperte da striature di sangue che ha mantenuto il suo colore dal momento che non ha avuto modo di mescolarsi in modo omogeneo con il materiale fecale. In questi ultimi casi, quindi, non si parla di melena, ma di proctorragia (anche rettorragia), sintomo spesso associato a emorroidi, ragadi anali o rettocolite ulcerosa. Sono numerose le condizioni patologiche che possono provocare la comparsa di melena; fra queste si ricordano ulcera peptica, sanguinamento di varici esofagee, infarto intestinale, tumori dell'apparato digerente, febbre gialla (patologia infettiva a carattere acuto dovuta ad Arbovirus), sanguinamenti gastrici da assunzione di farmaci anticoagulanti o antinfiammatori, ecc.</p> <p>La causa del sanguinamento può essere determinata quasi sempre tramite l'esecuzione di un'endoscopia gastroesofagea. Il trattamento dipende dalle cause del sanguinamento; si va dalla somministrazione di farmaci antiulcera alla sclerotizzazione delle varici esofagee o delle eventuali ulcere emorragiche che l'esame ha evidenziato. In determinati casi può essere necessario il ricorso al trattamento chirurgico.</p> <p>(Enciclopedia Medica Italiana, 1982)</p>
--	---	--	---------------------------	-----------------------------	--

<p>L'anuria è...</p>	<p>Totale assenza di urine o formazione di 50/100 cc. nelle 24/h</p>	<p>Totale assenza di urine o formazione di 300/500 cc. nelle 24/h</p>	<p>Formazione di 500/600 cc di urine nelle 24/h</p>	<p>Formazione di 0 cc di urine nelle 24/h</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Anuria è un termine utilizzato in ambito medico per indicare l'assenza di produzione di urine; più precisamente, per convenzione, si parla di anuria quando si ha una diuresi inferiore a 100 ml nell'arco delle 24 ore; alle volte in letteratura si riscontra anche 50 ml/24h come valore soglia.</p> <p>Dell'anuria si riconoscono cause renali nonché pre- e post-renali. Tra le cause pre-renali troviamo la diminuita perfusione renale, la diminuzione del volume plasmatico (per ustioni estese, importante sanguinamento, vomito prolungato, diarrea persistente, disidratazione, sudorazione eccessiva), occlusione dell'arteria renale. Segni e sintomi associati sono secchezza di cute e mucose, ipotensione, accelerazione del battito cardiaco e confusione mentale. Tra le cause renali si ricordano principalmente: glomerulonefrite, pielonefrite, necrosi tubulare acuta, chirurgia renale, assunzione di sostanze tossiche per il rene, ischemia prolungata, trasfusioni con sangue inadeguato, malattie sistemiche che causano un danno glomerulare. L'anuria renale può essere cronicamente presente nei soggetti che devono sottoporsi a emodialisi. Mentre tra le principali cause post-renali vi è un'ostruzione a carico delle vie urinarie; tale ostruzione riconosce molteplici cause fra cui uretrite, prostatite, ipertrofia prostatica benigna, calcolosi, tumore alla prostata, tumore alla vescica, traumi addominali.</p> <p>In caso di anuria è indispensabile risalire alle cause che hanno determinato la sua comparsa; fondamentale sarà quindi un'indagine anamnestica, l'esame obiettivo dell'addome, l'introduzione di un catetere in vescica per verificare l'entità oraria della diuresi, esami emato-chimici e indagini strumentali. Il ripristino della diuresi è fondamentale. Ovviamente, trattandosi di un segno clinico, e non di una patologia a sé stante, l'anuria deve essere trattata, ove possibile, attraverso la rimozione della causa patologia sottostante.</p> <p>Il trattamento è comunque urgente a causa dell'insufficienza renale che potrebbe insorgere molto velocemente; a seconda dei casi si dovrà eliminare l'ostruzione al deflusso dell'urina o, se ciò non è realizzabile, effettuare una derivazione a monte dell'ostruzione.</p>
-----------------------------	--	---	---	---	--

					(Guerriero, Carboni, Malatesta, 2018)
--	--	--	--	--	---------------------------------------

<p>"Tutelare l'infortunato" significa...</p>	<p>Prestare primo soccorso alla persona</p>	<p>Far intervenire il prima possibile i mezzi di soccorso</p>	<p>Spostare immediatamente l'infortunato in una zona sicura</p>	<p>Mettere in sicurezza lo scenario dell'evento</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il primo soccorso è il primo aiuto che si presta alla persona vittima di un incidente o di un malore, in attesa di interventi qualificati. L'obiettivo del primo soccorso è proprio quello di conservare le funzioni vitali dell'infortunato, scongiurare possibili peggioramenti della situazione e migliorare, se possibile, le condizioni del soggetto che necessita di assistenza. Conseguire tali obiettivi non significa affatto sostituirsi al personale medico ed infermieristico, bensì utilizzare l'intervallo di tempo che intercorre tra il momento dell'accaduto e l'arrivo dei soccorsi qualificati, per compiere azioni semplici, determinate, ben ponderate, evitando assolutamente atti avventati e inopportuni. Infatti chi assiste e interviene in un infortunio, agisce con agitazione e istintivamente tende a sopravvalutare le proprie capacità, agendo direttamente su chi si è fatto male perché "bisogna fare subito qualcosa". Ma è provato che azioni sull'infortunato di persone non professionalmente preparate spesso, oltre a non essere utili, sono addirittura dannose. Il primo soccorritore dovrà rispettare un ordine delle priorità: a) Cosa evitare di fare b) Cosa fare per prima cosa c) Cosa fare subito dopo d) evitare che il primo soccorritore diventi subito la seconda vittima e) stabilire che la causa del primo incidente non sia ancora attiva. Quindi prima di dare inizio a qualsiasi tipo di intervento su una persona ferita o colpita da malore, bisogna attuare determinate misure finalizzate a tutelare sia l'infortunato che il soccorritore, poiché è chiaro che se quest'ultimo non si muove in sicurezza o addirittura risulta in pericolo la sua incolumità, non può di certo essere efficace nel fornire assistenza al soggetto che ne ha bisogno. Ciò significa, nel concreto, mettere in sicurezza la zona dell'accaduto, creando condizioni utili sia per evitare ulteriori problemi al soggetto infortunato, sia per consentire al soccorritore di operare rapidamente e in sicurezza.</p> <p>(Simone, 2017)</p>
---	---	---	---	---	--