

Testo della Domanda	Risposta 1	Risposta 2	Risposta 3	Risposta 4	Feedback domanda per risposta corretta
<p>"Soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o soggetto delegato che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività, ha la responsabilità dell'organizzazione stessa o dell'unità produttiva in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa". È questa la definizione di...</p>	<p>Datore di lavoro</p>	<p>Lavoratore</p>	<p>Dirigente</p>	<p>Medico competente</p>	<p>Risposta corretta Il testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (TUSL) è un complesso di norme della Repubblica Italiana in materia di salute e sicurezza sul lavoro, emanate con il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Si tratta di una complessa e corposa normativa, all'interno della quale il legislatore ha riorganizzato il flusso informativo in quattro assi di intervento: misure generali di tutela, valutazione dei rischi, sorveglianza sanitaria, responsabile dei servizi prevenzione e protezione. Il D.Lgs. 81/2008 propone un sistema di gestione della sicurezza e della salute in ambito lavorativo preventivo e permanente, attraverso: l'individuazione dei fattori e delle sorgenti di rischio, la sua riduzione, il continuo controllo delle misure preventive messe in atto e l'elaborazione di una strategia aziendale che comprenda tutti i fattori di una organizzazione (tecnologie, organizzazione, condizioni operative). Il D.Lgs. 81/08 identifica le figure coinvolte nella gestione della sicurezza e tutela della salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro: come indicato nella risposta, il lavoratore è colui che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione. Il dirigente, in ragione delle competenze professionali e di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, attua le direttive del datore di lavoro, organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa. Infine il medico competente collabora con il datore di lavoro per la valutazione dei rischi ed è nominato dal Direttore Generale nelle Aziende della Pubblica Amministrazione per effettuare la sorveglianza sanitaria.</p> <p>(D.Lgs. 81/2008)</p>

<p>Le malattie sono intese come processi fisiologici, ogni malattia ha origini solo in disturbi o alterazioni fisiologiche. Questa è la definizione nell'infermieristica di modello...</p>	<p>Olistico</p>	<p>Persona-agente-ambiente</p>	<p>Clinico</p>	<p>Biomedico</p>	<p>La risposta corretta è la n. 4</p> <p>Il modello biomedico rappresenta un modello nel quale la componente somatica prevale su quella psichica, quindi al centro delle cure si trova la malattia, intesa come alterazione del processo fisiologico. Nel modello clinico salute e malattia sono in antitesi, l'assistenza si limita alla cura dei segni e sintomi, mentre nei modelli persona-agente-ambiente e olistico la persona è considerata nella suo complesso mente-corpo. Rispetto alla medicina, la psicologia della salute ha un'impostazione differente. Si passa infatti da un modello biomedico, basato sulla visione della malattia come una deviazione rispetto alla norma biologica, al modello biopsicosociale che tiene conto di fattori biologici, psicologici e sociali nel valutare lo stato di salute. Il modello biopsicosociale si orienta verso la salute globale, promuovendola come realizzazione di sé. In questo si attribuisce importanza alla prevenzione, considerando vari livelli di analisi del paziente, da gestire in associazione ai vari ruoli professionali nel campo. Per il modello biomedico la malattia deve essere trattata come entità indipendente dal comportamento sociale, tenendo conto delle deviazioni comportamentali attraverso processi somatici; in tal modo si enfatizza la funzione del medico e una visione passiva del paziente. Per il modello biopsicosociale o olistico (persona-ambiente) la valutazione dello stato di salute di un individuo viene contestualizzata all'interno dell'ambiente psicosociale, attraverso un approccio sistemico. Tale approccio sottolinea la complessità della salute, valorizzando l'importanza dell'interdisciplinarietà.</p> <p>(Carpenito, 2016)</p>
---	-----------------	--------------------------------	----------------	------------------	--

<p>Attività professionale che tende ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del cliente, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta. È questa la definizione di...</p>	<p>Consulenza</p>	<p>Counseling</p>	<p>Educazione terapeutica</p>	<p>Psicoterapia</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il sostantivo counseling deriva dal verbo inglese "to counsel" che a sua volta deriva dal verbo latino consulo-ĕre, traducibile in "consolare", "confortare", "venire in aiuto". Si tratta quindi di una "attività professionale che tende ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del cliente, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta". L'obiettivo principale è quello di fornire il supporto necessario a fronteggiare la vasta gamma di aspetti psicosociali connessi alla malattia. Non è di esclusiva pertinenza degli operatori di area psicologica, ma può essere esercitato da infermieri, medici, operatori sociali ed educatori professionali. Secondo l'OMS, l'educazione terapeutica (ET) consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute e a conservare e migliorare la propria qualità di vita. La psicoterapia è una pratica terapeutica della psicologia clinica e della psichiatria, ad opera di uno psicoterapeuta (psicologo o medico, adeguatamente specializzati) che si occupa della cura di disturbi psicopatologici di natura ed entità diversa. La consulenza (o consulting) è la professione di un consulente, ovvero una persona che, avendo accertata qualifica in una materia disciplina, consiglia e assiste il proprio committente nello svolgimento di cure, atti, pratiche o progetti fornendo o implementando informazioni, pareri o soluzioni attraverso le proprie competenze e le proprie capacità di problem solving.</p> <p>(Artioli et al, 2004)</p>
--	-------------------	-------------------	-------------------------------	---------------------	---

<p>Riguardo il bagno di pulizia del neonato a termine, quale tra le seguenti affermazioni è corretta?</p>	<p>Può essere eseguito in acqua a 36 - 37°C con saponi non medicamentosi</p>	<p>Deve essere sempre eseguito in incubatrice per garantire il controllo della temperatura</p>	<p>Deve mirare ad asportare tutta la vernice caseosa presente sulla cute</p>	<p>Deve essere sempre eseguito anche se le condizioni del neonato sono critiche</p>	<p>Risposta corretta Successivamente al parto, devono essere valutati nel neonato il riflesso centrale della respirazione, la FC, il colorito, il tono muscolare e l'eccitabilità dei riflessi. Lo scopo di questo indice è valutare l'adattamento del neonato alla vita extrauterina, ovvero la vitalità e l'efficienza delle funzioni vitali primarie. La valutazione si effettua a 1, 5, 10 minuti dalla nascita. Un punteggio di Apgar tra 8 e 10 indica che il neonato sta compiendo un passaggio normale alla vita extrauterina; punteggi ≤ 7 a 5 minuti dalla nascita (particolarmente se persistono oltre 10 minuti) sono correlati a una maggiore morbilità e mortalità neonatale. Molti neonati normali a 1 min, successivamente presentano cianosi che scompare entro 5 minuti. La cianosi, se non regredisce, può indicare anomalie cardiopolmonari congenite o depressione del sistema nervoso centrale. Oltre al punteggio di Apgar, i neonati devono essere valutati per deformità macroscopiche (es. alterazioni del piede, polidattilia) e altre importanti anomalie (es, i soffi cardiaci). La valutazione deve essere fatta idealmente sotto un riscaldatore radiante, con i genitori nelle vicinanze. Successivamente, il neonato viene lavato, coperto e portato alla famiglia. La testa deve essere coperta con un cappello per prevenire la perdita di calore. Devono essere incoraggiati sia il rooming-in, sia l'allattamento precoce al seno, in modo che la famiglia possa conoscere il bambino e ricevere consigli dal personale sanitario durante la degenza ospedaliera. L'allattamento al seno è più facile quando alla famiglia viene dato un sostegno frequente e adeguato. Lo scopo del bagno di pulizia del neonato dopo il parto è quello di asportare i residui di sangue e meconio, mentre non è necessario asportare la vernice caseosa che viene generalmente riassorbita spontaneamente in 24 - 48 ore, in quanto dotata di effetto preventivo e antibatterico. La prestazione deve essere eseguita avendo cura del confort ambientale e può essere</p>
--	--	--	--	---	--

					<p>effettuata con panni morbidi intiepiditi e umidi, oppure in acqua a 36 - 37°C con saponi non medicamentosi. Se le condizioni del neonato sono critiche, il bagno viene rimandato ed eventualmente eseguito in incubatrice.</p>
--	--	--	--	--	---

(Badon et al., 2002)

<p>Quale tra i seguenti comportamenti è corretto in caso di crisi tonico-clonica in un paziente epilettico?</p>	<p>Praticare la respirazione artificiale</p>	<p>Introdurre un oggetto tra i denti per evitare lesioni nella cavità buccale</p>	<p>Soccorrere la persona e stenderla su un letto</p>	<p>Non modificare la posizione del paziente</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'epilessia è una sindrome caratterizzata da particolari eventi clinici (comunemente definiti crisi epilettiche) conseguenti ad attivazione simultanea di un gran numero di neuroni, generalmente situati in un'area particolare dell'encefalo, denominata corteccia cerebrale. Si viene pertanto ad alterare la normale attività elettrica encefalica, con evidenti conseguenze sul comportamento del soggetto colpito. È caratterizzata da particolari episodi di acuzie definiti crisi che possono manifestarsi in maniera notevolmente variabile da individuo a individuo e da un evento all'altro. A seconda dell'estensione dell'area del cervello con attività elettrica alterata possono verificarsi crisi parziali (o focali) o crisi generalizzate. Le crisi parziali possono essere distinte in semplici o complesse. In tutte le crisi parziali si verificano convulsioni e alterazioni sensoriali; in aggiunta a ciò, nelle crisi parziali complesse si verifica una modifica dello stato di coscienza che invece resta inalterato nelle crisi parziali semplici. Le crisi generalizzate, più frequenti delle parziali, possono invece essere distinte in 6 tipologie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. crisi tonico-cloniche (la forma più severa), in cui ad essere coinvolti sono entrambi gli emisferi cerebrali, con crisi convulsive intense che interessano tutto il corpo, accompagnate da perdita di coscienza 2. crisi di assenza, in cui non vi sono convulsioni, ma una perdita di coscienza di breve durata che porta l'individuo a non essere consapevole del contesto che lo circonda (si tratta di manifestazioni tipiche di infanzia e adolescenza che tendono a scomparire con la crescita) 3. crisi miocloniche, contrazioni e tremori a carico degli arti senza perdita di coscienza 4. crisi cloniche, movimenti stereotipati a carico di testa, collo e arti superiori 5. crisi toniche, ossia irrigidimenti muscolari a carico degli arti o della schiena 6. crisi atoniche, accompagnate da una perdita del tono
--	--	---	--	---	---

					<p>muscolare.</p> <p>In caso di crisi tonico-clonica di un paziente affetto da epilessia è opportuno mantenere la calma, allontanare dal paziente tutti gli oggetti pericolosi che potrebbero provocargli lesioni, toglierli gli occhiali e allentare gli indumenti troppo stretti. È altresì importante non cercare di modificare la sua posizione, né cercare di alzarlo, non inserire alcun oggetto in bocca del paziente e non praticare la respirazione artificiale. Dopo la crisi sarà opportuno collocare il paziente in posizione laterale di sicurezza.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Nel paziente con danno neurologico, secondario ad emorragia intracranica spontanea, la PPC deve essere mantenuta a valori di...</p>	50 mmHg	70 mmHg	90 mmHg	110 mmHg	<p>Risposta corretta</p> <p>Un trauma cranico o lesione cerebrale traumatica si verifica quando una forza esterna causa un trauma al cervello. Può essere classificato in base alla gravità, alla tipologia (lesione chiusa o penetrante) o ad altre caratteristiche (ad es. se si verifica in una data posizione o in un'area diffusa). Il trauma cranico può causare sintomi fisici, cognitivi, sociali, emozionali e comportamentali; la prognosi può variare da un recupero completo ad una disabilità permanente o al decesso. Il trauma cranico rappresenta una delle principali cause di morte e di disabilità in tutto il mondo, soprattutto nei bambini e negli adulti più giovani. I maschi accusano traumi cranici più frequentemente rispetto alle femmine. Esistono anche sistemi per classificare i traumi cranici in base alle loro caratteristiche patologiche. Le lesioni possono essere extra-assiali (si verificano all'interno del cranio, ma al di fuori del cervello) o intra-assiali (si verificano all'interno del tessuto cerebrale). I danni da trauma cranico possono essere focali o diffusi, limitati ad aree specifiche o distribuiti in modo più generale. Tuttavia, è comune che entrambe le lesioni siano presenti in un determinato caso. Nel ventesimo secolo si sono visti grandi sviluppi nella diagnosi e nel trattamento del trauma cranico, tanto da ridurre i tassi di mortalità e migliorare la prognosi. In caso di danno neurologico secondario a trauma cranico e/o ad emorragia intracranica spontanea, l'obiettivo principale è mantenere un'adeguata ossigenazione e un'adeguata pressione intracranica. Il flusso ematico responsabile di una corretta perfusione cerebrale è strettamente correlato con la Pressione di Perfusione Cerebrale (PPC). La PPC che dipende dalla differenza tra Pressione Arteriosa Media (PAM) e Pressione IntraCranica (PIC) deve essere mantenuta intorno a valori di 70 mmHg. È inoltre opportuno che la PPC non raggiunga valori inferiori a 60 mmHg per evitare il rischio di ischemia</p>
---	---------	---------	---------	----------	---

					<p>cerebrale, e valori molto al di sopra dei 70 mmHg che incrementano il rischio di edema cerebrale.</p>
--	--	--	--	--	--

(Pintaudi et al., 2010)

<p>Quale tra i seguenti metodi di riscaldamento risulta migliore per mantenere la TC ottimale in soggetto sottoposto ad intervento chirurgico?</p>	<p>Infusione di liquidi riscaldati</p>	<p>Materassino elettrico</p>	<p>Termocoperta</p>	<p>Infusione di gas riscaldati</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'ipotermia accidentale perioperatoria modifica il metabolismo e gli effetti clinici della maggior parte dei farmaci usati in anestesia, contribuisce ad aumentare l'incidenza di complicanze infettive, di eventi ischemici cerebro-vascolari e di eventi emorragici. Complessivamente determina un aumento della degenza ospedaliera e della mortalità postoperatoria, cosa di cui pazienti e professionisti dovrebbero essere informati, per poter adottare misure preventive. L'ipotermia intraoperatoria rappresenta quindi un problema di rilevante entità che può essere fonte di complicanze anche severe a carico di diversi apparati. L'ipotermia in fase di intervento chirurgico si realizza quando la TC scende a 36°C o valori inferiori; è spesso indotta da: agenti anestetici utilizzati in anestesia totale o spinale, infusione di liquidi, gas o emoderivati non scaldati, dispersione di calore attraverso la superficie corporea e la sede di intervento. La termocoperta (forced air warming) è il dispositivo più utilizzato e più efficace per la prevenzione dell'ipotermia intraoperatoria e la sua efficacia risulta maggiore se associata ad altri metodi di riscaldamento, come l'infusione di liquidi riscaldati. La gestione ottimale del paziente deve mirare alla normotermia perioperatoria, mediante il monitoraggio appropriato della temperatura. In rapporto al tipo di chirurgia e di anestesia, si deve valutare l'utilizzo dei device disponibili per contrastare la perdita di calore: aria calda forzata se possibile, materassini e coperte termiche in base a valutazione rischi/benefici, infusione di liquidi caldi. Per contrastare l'ipotermia da redistribuzione prendere in considerazione il riscaldamento preventivo del paziente (pre-warming) da effettuarsi prima dell'induzione dell'anestesia, per una durata di almeno 10 minuti.</p> <p>(Ridolfi et al., 2008)</p>
---	--	------------------------------	---------------------	------------------------------------	---

<p>I termini stading e grading sono utilizzati per definire...</p>	<p>La stadiazione del grado di infiltrazione metastatica</p>	<p>Il dosaggio di chemioterapico da somministrare in relazione al tumore</p>	<p>La dimensione del tumore e la classificazione delle cellule tumorali</p>	<p>La dimensione della massa tumorale e il grado di infiltrazione</p>	<p>Risposta corretta Un'indagine diagnostica completa comprende l'identificazione dello stadio e del grado di malignità del tumore, pertanto lo stading (stadiazione) stabilisce la dimensione del tumore e l'esistenza di metastasi, mentre il grading la classificazione delle cellule tumorali. La stadiazione è un modo per descrivere in maniera schematica la grandezza di un tumore e quanto si è esteso rispetto alla sede originale di sviluppo. Le cellule tumorali hanno un comportamento molto diverso dalle cellule sane: crescono e si moltiplicano in maniera disordinata, non vanno incontro a morte come dovrebbero. Il risultato di ciò è la formazione di una massa tumorale. Questa ha una differenza fondamentale rispetto ai tessuti sani: alcune delle cellule che la compongono possono staccarsi e migrare, attraverso il sistema linfatico e/o il flusso sanguigno, in altre parti del corpo, dove formano altri tumori (le metastasi). La stadiazione è quindi un aspetto fondamentale della diagnosi di tumore, poiché da queste caratteristiche dipende la prognosi della neoplasia e il tipo di trattamento più appropriato. Lo stadio di un tumore è diverso dal suo grado: mentre il primo indica quanto è grande un tumore e quanto si è diffuso nell'organismo, il secondo descrive quanto le cellule tumorali sono diverse dalle cellule sane. Il grado del tumore serve a definire quanto queste caratteristiche anomale sono spiccate. Quanto più il grado è alto, tanto più le cellule tumorali sono diverse da quelle sane e sono destinate a crescere e diffondersi velocemente nell'organismo. I tumori di grado 1 hanno cellule molto simili a quelle sane e tendono a crescere lentamente. Quelli di grado 3 si discostano molto per caratteristiche morfologiche da quelle dei tessuti normali e tendono a crescere e a diffondersi rapidamente. Il dosaggio della chemioterapia viene effettuato in funzione della tipologia di tumore e del grado di stadiazione.</p>
---	--	--	---	---	---

					(Harrison, 2006)
--	--	--	--	--	-------------------------

<p>Il quesito di ricerca deve essere espresso...</p>	<p>In forma dichiarativa o interrogativa</p>	<p>A discrezione del ricercatore</p>	<p>In forma negativa</p>	<p>È indifferente</p>	<p>Risposta corretta La ricerca scientifica rappresenta un'indagine sistematica intrapresa per scoprire fatti o relazioni e raggiungere conclusioni, usando un metodo scientifico. È un processo attraverso cui i dati osservabili e verificabili del mondo che ci circonda sono raccolti attraverso i sensi per descrivere, spiegare e prevedere gli eventi. Il metodo scientifico consta di varie fasi che sono rappresentate dalla selezione e definizione di un problema, dalla formulazione delle domande di ricerca o delle ipotesi, dalla raccolta e analisi dei dati e dalla comunicazione dei risultati. Due caratteristiche uniche del metodo scientifico sono l'obiettività e l'uso dei dati empirici. La produzione della ricerca clinica è caratterizzata da tre step fondamentali: la stesura del protocollo, la conduzione dello studio e la sua pubblicazione. Il protocollo deve ovviamente derivare da un quesito di ricerca ben definito (research question), al quale lo studio deve fornire una risposta. La stesura di un protocollo di ricerca richiede tempo e impegno di uno o più ricercatori. Per la formulazione strutturata dei quesiti di ricerca relativi all'efficacia degli interventi sanitari sono indispensabili sei elementi core: quattro coincidono con il modello PICO, integrati da due elementi che fissano nel tempo le evidenze già disponibili. Deve essere espresso in forma dichiarativa o interrogativa. Il modello PICO che permette di strutturare un quesito clinico secondo il primo step dell'Evidence-based Medicine è stato successivamente utilizzato per la rappresentazione della conoscenza clinica, per migliorare l'efficienza della ricerca MEDLINE e, dal BMJ, per la submission della ricerca clinica. Gli elementi core sono la revisione sistematica delle evidenze disponibili, a partire dal quesito di ricerca. Se la qualità/quantità della ricerca già pubblicata non lascia dubbi sulla superiorità di uno dei due interventi che si intendono confrontare, viene a mancare un presupposto etico fondamentale. Infatti, al momento</p>
---	--	--------------------------------------	--------------------------	-----------------------	--

					<p>dell'avvio di uno studio sperimentale i due interventi a confronto dovrebbero essere considerati di pari efficacia (ipotesi nulla). Nel caso in cui uno dei due trattamenti risulti più efficace, l'ipotesi nulla viene rifiutata. Da tenere presente che nelle revisioni sistematiche il bias di pubblicazione (tendenza a non pubblicare gli studi con risultati negativi) sovrastima l'efficacia degli interventi sanitari. Con "popolazione" si identifica l'insieme dei soggetti in studio: malattia, stadio, eventuali comorbidità, fattori di rischio, età, genere, etnia, elenco dei principali criteri di inclusione e di esclusione, setting di arruolamento. Con "intervento" si intende la tipologia di intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, assistenziale, riabilitativo, palliativo, etc): dose e frequenza e durata di somministrazione, eventuali fattori prognostici noti. Con "confronto" ci si riferisce alla tipologia di confronto, inteso come intervento attivo, oppure placebo o assistenza standard. Con "outcome" ci si rifà agli end-point clinici, economici e umanistici che si intende misurare, migliorare, influenzare, oltre alle principali metodologie per misurarli. Il "time stamp" identifica la data in cui è stata effettuata l'ultima ricerca bibliografica che fotografa le evidenze scientifiche disponibili. Questi elementi permettono di formulare un quesito di ricerca senza particolari restrizioni.</p> <p>(GIMBE, 2010)</p>
--	--	--	--	--	---

<p>L'endoscopia digestiva...</p>	<p>Consente di evidenziare alterazioni alla cistifellea</p>	<p>Non è indicata in caso di alterazioni della peristalsi intestinale</p>	<p>Consente di tipizzare malattie benigne</p>	<p>Non è indicata nel caso di bronchiti ricorrenti</p>	<p>Risposta corretta L'endoscopia digestiva è uno strumento diagnostico indispensabile per lo studio di molte malattie gastroenterologiche. Consente sia di individuare e tipizzare le patologie benigne, sia di prevenire, sorvegliare e curare in modo mini-invasivo quelle maligne. In campo oncologico, l'endoscopia mira soprattutto alla diagnosi precoce e alla conseguente asportazione di alterazioni pre-neoplastiche (ossia lesioni che possono trasformarsi in tumori) del tubo digerente. Un'area in grande sviluppo riguarda il trattamento dell'obesità: il posizionamento per via endoscopica di un pallone intra-gastrico (che gonfiato con acqua dà al paziente una sensazione di sazietà precoce) è oggi una delle possibilità terapeutiche più utilizzate prima dell'intervento di chirurgia bariatrica. Gli esami endoscopici più diffusi sono la gastroscopia e la colonscopia. La gastroscopia è un esame diagnostico durante il quale l'endoscopio, dotato di una videocamera all'estremità, viene inserito attraverso l'esofago, lo stomaco e la prima parte dell'intestino tenue. Per eseguire l'esame in tutta sicurezza è necessario avere lo stomaco vuoto, perciò occorre evitare di assumere cibi o bevande (inclusa l'acqua) nelle 8 ore precedenti l'esame. Durante la procedura è possibile eseguire biopsie che consistono nella raccolta di campioni di tessuto e sono eseguite per la ricerca di infezioni, la verifica del buon funzionamento dell'intestino e la diagnosi di tessuti dall'aspetto anomalo che possono rivelare patologie come la malattia celiaca e le lesioni pre-tumorali o tumorali. Durante la gastroscopia possono anche essere eseguite procedure terapeutiche, quali la distensione di una zona con un restringimento, la rimozione di polipi (formazioni generalmente benigne) o il trattamento di emorragie digestive. La colonscopia è un esame diagnostico che consente di esaminare la superficie del colon inserendo, attraverso l'ano, un endoscopio sottile e flessibile che</p>
---	---	---	---	--	--

					<p>viene fatto avanzare lentamente mentre si introduce aria per distendere le pareti dell'intestino. Per rendere la procedura più confortevole, al paziente viene somministrato un sedativo per via endovenosa. La colonscopia è generalmente ben tollerata, ma durante la procedura è possibile avvertire fenomeni transitori di meteorismo o crampi.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Quale dei seguenti teorici ha elaborato il modello delle prestazioni infermieristiche?</p>	<p>M. Cantarelli</p>	<p>H. E. Peplau</p>	<p>R. Zanotti</p>	<p>L. J. Carpenito</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Marisa Cantarelli nasce a Milano nel 1930 ed è la più riconosciuta teorica del Nursing italiana per il suo modello delle prestazioni infermieristiche che fornisce un'impronta manageriale al Nursing. Il ruolo infermieristico si basa su: completezza, autonomia e responsabilità. Cantarelli definisce il bisogno di assistenza infermieristica come esigenza da parte dell'individuo di ricevere assistenza qualora si verificano particolari condizioni fisiche o psichiche che lo richiedano. Questo può essere soddisfatto unicamente dal professionista infermiere, in quanto egli possiede la conoscenza, la competenza tecnica e l'indirizzo deontologico che possono portare alla rivoluzione del bisogno. Per ogni bisogno vi sono 11 azioni di assistenza infermieristica, definite prestazioni, cioè i risultati conseguiti mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in un cittadino/malato. Tre gli elementi principali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la prestazione risolve un bisogno specifico 2. la prestazione è un complesso di azioni coordinate 3. risultato <p>L'infermiere nell'ambito delle prestazioni si occuperà di: indirizzare, guidare, sostenere, compensare e sostituire. Fra le teorie correlate all'interazione troviamo quella di Hildegard Peplau, profondamente influenzata dalla sua esperienza in ambiti psichiatrici e pedagogici. Il pensiero teorico di Peplau è fortemente incentrato su un modello psicodinamico e definisce l'assistenza infermieristica come una relazione interpersonale significativa. Il ruolo dell'infermiere, così, è soprattutto quello di sostenere il paziente con la relazione (counseling), al fine di identificarne i bisogni e risolverne i problemi. La teoria di Zanotti definita "Teoria di Nursing - Stimolatore di Armonia-Salute" si basa sull'affermazione che lo stato di salute di una persona è una variabile e rivela parzialmente quelle che sono le potenzialità vitali</p>
--	----------------------	---------------------	-------------------	------------------------	---

					<p>dell'individuo. La risposta all'intervento di Nursing è la migliore capacità della persona-sistema di mantenere o riprendere la propria armonia-salute. Carpenito ha sviluppato il suo modello bifocale dell'attività clinica. Secondo tale modello sono fondamentalmente due le tipologie di intervento che l'infermiere mette in campo durante la sua pratica professionale: da un lato ci sono le situazioni nelle quali è protagonista e prescrittore (diagnosi infermieristiche) e, dall'altro, situazioni durante le quali collabora con altri professionisti (problemi collaborativi).</p>
--	--	--	--	--	--

(Alligood,2007)

<p>Quale tra le seguenti raccomandazioni per la gestione della somministrazione di chemioterapici antineoplastici non è corretta?</p>	<p>La pervietà dell'accesso venoso deve essere verificata dopo la somministrazione, aspirando il dispositivo per la conferma del ritorno di sangue</p>	<p>L'infermiere che effettua movimentazione e miscelazione di agenti chemioterapici deve attenersi strettamente ai protocolli di protezione individuale</p>	<p>Per la somministrazione di agenti chemioterapici l'infermiere deve essere a conoscenza delle proprietà farmacologiche degli agenti chemioterapici</p>	<p>Quando si verifica lo stravasamento di un agente vescicante, la stessa sede non deve essere utilizzata per i successivi posizionamenti di accesso vascolare</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>I farmaci antineoplastici sono in grado di inibire lo sviluppo, la crescita e la proliferazione di elementi cellulari neoplastici. Possono essere classificati secondo i criteri della Classificazione Anatomica Terapeutica Chimica (ATC), oppure in base al meccanismo d'azione. Le modalità di somministrazione seguono prevalentemente la via venosa (periferica e/o centrale) e la via orale; in alcune condizioni particolari e per un ristretto numero di farmaci possono essere utilizzate altre modalità (endocavitaria, endovescicale, intratecale, sottocutanea, edendoarteriosa). La scelta del setting assistenziale per la somministrazione della chemioterapia può influenzare la sicurezza delle cure, pertanto è necessario porre attenzione ai criteri (condizioni generali del paziente, tipo di farmaco e durata della terapia, età pediatrica e condizioni logistiche e sociali, altri), necessari a classificare i pazienti in accesso al trattamento chemioterapico, ai fini di una valutazione accurata in termini di efficacia, efficienza, qualità e sicurezza. A causa dell'elevata tossicità dei farmaci antineoplastici e del loro basso indice terapeutico, gli errori in corso di terapia oncologica determinano danni molto gravi, anche alle dosi approvate. Pertanto è necessario avere a disposizione indicazioni condivise ed uniformi su tutto il territorio nazionale, mirate alla prevenzione di tali errori. Fanno parte delle raccomandazioni del Royal College of Nursing sulla terapia infusiva degli agenti chemioterapici le seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la pervietà dell'accesso venoso deve essere verificata prima della somministrazione, aspirando il dispositivo per la conferma del ritorno di sangue 2. l'infermiere che effettua la movimentazione e miscelazione di agenti chemioterapici dovrebbe attenersi strettamente ai protocolli di protezione, come ad esempio la miscelazione sotto cappe a flusso laminare o cabine di sicurezza biologica, nonché
--	--	---	--	--	--

					<p>indossare abbigliamento di protezione</p> <p>3. per la somministrazione di agenti chemioterapici l'infermiere deve essere a conoscenza di processi di malattia, classificazione dei farmaci, indicazioni farmacologiche, meccanismo di azione, effetti collaterali, reazioni avverse, metodo di somministrazione (bolo endovenoso o infusione continua), obiettivo del trattamento (palliativo o curativo), proprietà dei farmaci (vescicanti, non vescicanti o irritanti) e calcolo specifico della dose da somministrare in relazione all'età, all'altezza e al peso o superficie corporea. Quando si verifica lo stravasamento di un agente vescicante, l'estremità non deve essere utilizzata per i successivi posizionamenti di accesso vascolare e dovrebbero essere valutati interventi alternativi, la sospensione della terapia, l'utilizzo dell'altra estremità o l'uso di un accesso centrale.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Valvola di Heimlich, Bottiglia di Bulau, Pleur-evac®: quelli elencati sono presidi inclusi in...</p>	<p>Sistemi per il lavaggio peritoneale</p>	<p>Sistemi di raccolta per drenaggio endocranico</p>	<p>Sistemi di raccolta per drenaggio addominale</p>	<p>Sistemi di raccolta per drenaggio toracico</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Un drenaggio toracico è un tubo flessibile di plastica che viene inserito attraverso il torace, lateralmente, nello spazio pleurico. Esso è utilizzato per rimuovere aria (pneumotorace) o liquido (versamento pleurico, sangue, chilo), o pus (empiema) dallo spazio intratoracico. È anche conosciuto con il nome di catetere intercostale.</p> <p>Tra i sistemi di raccolta di un drenaggio toracico ritroviamo la Valvola di Heimlich con relativo sacchetto, la Bottiglia di Bulau con valvola ad acqua, ed il Pleur-evac® a secco o ad acqua. La Valvola di Heimlich è una valvola unidirezionale meccanica (detta a becco d'anatra) che viene semplicemente collegata ad una sacchetto di raccolta. La Bottiglia di Bulau è una camera di raccolta con valvola ad acqua, in cui deve rimanere immersa l'estremità distale di connessione al drenaggio stesso. Il Pleur-evac® è di solito costituito da tre camere comunicanti: quella a valvola d'acqua (che funge da valvola unidirezionale, per permettere l'uscita dell'aria dallo spazio pleurico e che consente l'osservazione del grado di perdita d'aria), quella di raccolta fluidi e quella del controllo della aspirazione, collegabile al sistema di vuoto centralizzato.</p> <p>Il lavaggio peritoneale diagnostico è una procedura medica molto utile per diagnosticare malattie relative alla cavità addominale. Il drenaggio addominale e endocranico risulta particolarmente utile in situazioni diverse. Usato di norma in chirurgia nel decorso post-operatorio degli interventi maggiori o di quelli effettuati per determinate patologie, viene impiegato abitualmente anche nel corso di determinati stati patologici allo scopo di ottenere un'azione decompressiva cioè quando si vuole evitare che l'accumulo di liquidi, o altre sostanze essudato o trasudato, esercitino una pressione sul tessuto danneggiandolo, oppure un'azione drenante quando si desidera veicolare all'esterno sostanze fisiologiche o patologiche.</p>
--	--	--	---	---	---

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

<p>Per l'esecuzione del Pap test, quale tra le seguenti indicazioni non deve essere fornita alla donna?</p>	<p>Prima dell'esame astenersi da rapporti sessuali per almeno due giorni</p>	<p>Nei 3 - 5 giorni che precedono l'esame evitare applicazioni di creme, ovuli, lavande vaginali</p>	<p>Effettuare il prelievo lontano dal flusso mestruale</p>	<p>L'inserimento all'interno della vagina di ovuli, soluzioni intime, gel prima del test non compromettono lo svolgimento dell'esame</p>	<p>Risposta corretta Il Pap test è un esame diagnostico utilizzato per la prevenzione del tumore del collo dell'utero (cervice uterina). È quindi indicato nelle donne sane come test di screening. Consiste in un prelievo di cellule dal collo dell'utero e dal canale cervicale. Le cellule vengono poi fissate su un vetrino ed esaminate in laboratorio. Il prelievo delle cellule della parte più esterna del collo uterino avviene tramite una piccola spatola di legno (spatola di Ayre), mentre quelle intracervicali vengono prelevate con uno spazzolino o tamponcino morbido. Di norma va eseguito regolarmente ogni 1-3 anni a partire dai 25 anni o dall'inizio dell'attività sessuale. Già all'inizio dell'attività sessuale le donne sono esposte a diversi fattori di rischio per lo sviluppo del tumore cervicale: tra questi il più importante è l'infezione da Human papilloma virus (HPV), un virus che causa lesioni genitali ed è considerato la prima causa di tumore della cervice uterina. Proprio per questo motivo le indicazioni più recenti suggeriscono che al Pap test vada abbinata anche la ricerca del DNA virale. Quando lo si deve effettuare è preferibile astenersi dai rapporti nelle 48 ore precedenti al test ed evitare l'inserimento all'interno della vagina di ovuli, soluzioni intime, gel, schiume nelle 12 ore precedenti. Questi prodotti potrebbero, infatti, alterare il risultato del test, rendendolo meno attendibile. Il Pap test può essere effettuato in tutte le fasi del ciclo mestruale, eccetto che nella fase di flusso pieno. Il sangue mestruale potrebbe infatti oscurare la corretta visione delle cellule cervicali. Se le mestruazioni dovessero sopraggiungere in prossimità del test, è necessario rimandare l'esame e concordare un nuovo appuntamento. L'uso di contraccettivi orali o locali o la presenza della spirale intrauterina non interferiscono con il risultato del test. Il Pap test può essere effettuato anche in gravidanza, senza che questo arrechi danni al feto o al decorso della gravidanza stessa.</p>
--	--	--	--	--	---

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

<p>"Approccio assistenziale basato sul ruolo di un professionista che prende in carico il coordinamento delle diverse prestazioni di aiuto, erogate da diversi soggetti e istituzioni, rispetto ad un singolo assistito o ad un gruppo in condizione di disagio". Tale definizione descrive il Modello Assistenziale del...</p>	Case management	Team management	Primary Nursing	Nursing funzionale	<p>Risposta corretta</p> <p>Per comprendere il significato del concetto di case management basta analizzare singolarmente i due termini: "case" è una parola che deriva dalla tradizione medico clinica centrata sulla necessità di prestare le cure alla singola persona sofferente, "management" invece è una parola più moderna che esalta la necessità di organizzare e gestire un programma che permetta di sistematizzare gli interventi nei confronti della persona sofferente. In base a tali definizioni il case manager, letteralmente, è il coordinatore/gestore del caso clinico, è chi si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata e del suo nucleo di appartenenza, divenendo responsabile dell'effettiva continuità del percorso stesso. Il case manager opera, infatti, per soddisfare tutte le esigenze del paziente, intervenendo nei rapporti che egli ha con la famiglia, i vicini, le Istituzioni e il medico; in tal modo egli monitora il percorso clinico del paziente, diventando garante dei suoi servizi e facilitando la comunicazione del paziente e i sanitari. Vi sono tre diversi modelli di case manager, differenziati a seconda del setting in cui questi si trova ad agire: ospedaliero, ospedale/comunità, comunità. Nel contesto ospedaliero il case manager coordina servizi per pazienti ad alto rischio e facilita il passaggio tra servizi e reparti. Il case manager di ospedale/comunità lavora con pazienti ad alto rischio, favorendo il passaggio tra ambienti di cura per acuti verso la lungodegenza. Nel contesto di comunità, il case manager lavora a domicilio del paziente e facilita i collegamenti con i servizi della comunità. Il Primary Nursing è una modalità di organizzazione dell'assistenza infermieristica, sviluppatasi inizialmente negli Stati Uniti, con l'intento di sostituire l'attività infermieristica di équipe o funzionale (per compiti) al fine di migliorare sia la qualità della cura che il livello professionale degli infermieri stessi. In questa modalità il paziente è affidato ad un unico infermiere (infermiere referente/di</p>
--	-----------------	-----------------	-----------------	--------------------	--

					<p>riferimento o infermiere primary) che ha la responsabilità di pianificare l'assistenza per tutta la durata del suo percorso. Gli infermieri associati sono assegnati con la massima coerenza possibile, per garantire la continuità assistenziale e ridurre il numero di professionisti sanitari dedicati paziente.</p> <p>(Calamandrei, 2000)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Quelli indicati sono tutti criteri di accesso alla CR, tranne uno: quale?</p>	<p>Frazione di eiezione $\geq 55\%$</p>	<p>Riparazione o sostituzione valvolare</p>	<p>By-pass aorto-coronarico</p>	<p>Sindrome coronarica acuta</p>	<p>Risposta corretta La riabilitazione cardiologica è una forma di terapia che insieme a quella farmacologica e/o chirurgica, deve far parte integrante del trattamento di un cardiopatico. La riabilitazione cardiologica definita anche cardiovascolare, combinando la prescrizione dell'attività fisica con la modificazione dei fattori di rischio (prevenzione secondaria), si pone come obiettivo la riduzione dei sintomi legati alla malattia, il miglioramento della capacità di esercizio fisico, la riduzione della disabilità, il reinserimento lavorativo e la riduzione del rischio di nuovi eventi cardiovascolari. È stato dimostrato che un programma di esercizio fisico personalizzato e un'adeguata correzione dei fattori di rischio comportano oltre ad un miglioramento della qualità di vita, un prolungamento della durata della vita stessa. Schematizzando, le tipologie principali di pazienti alle quali si rivolge il percorso riabilitativo sono: quelli sottoposti ad interventi cardiocirurgici, pazienti con recente sindrome coronarica acuta, pazienti con scompenso cardiaco, pazienti candidati o portatori di dispositivi cardiaci (pacemaker, defibrillatore, resincronizzatori). Per ogni tipologia vanno identificati i pazienti a più elevato rischio e indirizzati al programma terapeutico riabilitativo più indicato. In cardiologia la misura della frazione di eiezione (EF) serve a valutare l'efficacia di pompa del cuore. La frazione di eiezione del cuore è la frazione o porzione di sangue che il cuore pompa (espelle) dal ventricolo sinistro a ogni battito cardiaco (gittata ventricolare sistolica) rispetto al volume telediastolico. Nei soggetti sani la frazione di eiezione è pari a 55% o superiore. Questo significa che il 55% del sangue che riempie il ventricolo sinistro viene pompato nel corpo ad ogni contrazione. Valori superiori uguali al 55% non rappresentano quindi criteri per l'accesso alla riabilitazione cardiologica.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
---	--	---	---------------------------------	----------------------------------	---

<p>Sono pubblicazioni secondarie...</p>	<p>Gli studi di prevalenza</p>	<p>Gli studi caso controllo e serie di casi</p>	<p>Le metanalisi e le linee guida</p>	<p>Gli studi clinici randomizzati, studi di coorte</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La letteratura scientifica comprende le pubblicazioni scientifiche che trattano lavori originali (teorici o sperimentali sul campo) relativi alle scienze naturali e sociali, rese pubbliche su riviste scientifiche di settore. Tali pubblicazioni costituiscono il mezzo attraverso il quale offrire gli esiti della ricerca alle famiglie professionali interessate. Comprende tre diversi livelli di fonti: primarie, secondarie e terziarie. Le fonti primarie sono rappresentate dai lavori originali come pubblicazioni di ricerche scientifiche, brevetti, rapporti tecnici, progetti ingegneristici o di design e software. Le fonti secondarie sono costituite da lavori di ricerca bibliografica (review), raccolte di articoli e comunque tutte le pubblicazioni scientifiche che non portano alla luce nuove conoscenze per la comunità scientifica. Possono infine essere considerate fonti terziarie le enciclopedie o opere simili rivolte ad un vasto pubblico. Le pubblicazioni secondarie (uno dei principali prodotti editoriali della EBM) offrono un agevole e qualificato strumento per monitorare la letteratura. Infatti non contengono articoli originali, ma filtrano un considerevole volume di letteratura in relazione a due criteri: rilevanza clinica ed aderenza a standard metodologici predefiniti. Ciascun articolo selezionato viene presentato in una sola pagina, in forma di abstract strutturato, accompagnato da un commento critico. Le pubblicazioni secondarie si occupano di riassumere e dedurre conclusioni dalla letteratura primaria. Inquadriamo adesso le revisioni sistematiche: si tratta di una sintesi di dati provenienti da studi primari, in particolare da studi clinici, ma anche da studi condotti con altri disegni di ricerca, quali le coorti e i caso controllo. In pratica valutano e riassumono i risultati di singoli studi primari sugli effetti di un intervento sanitario. Il termine 'sistematica' deriva dal fatto che tale studio viene effettuato con una metodologia di qualità e rigorosa, con aperta dichiarazione iniziale di</p>
--	--------------------------------	---	---------------------------------------	--	--

					<p>obiettivi e metodi. Vediamo adesso le revisioni non sistematiche o narrative: pur trattandosi ancora di revisioni, come le precedenti, viene qui a mancare la sistematicità, diventando quindi uno studio condotto senza un rigore particolare. Potrebbe essere quindi definita una sintesi di vari studi primari vertenti tutti su uno stesso argomento. In ultimo le metanalisi: si tratta di revisioni sistematiche alle quali si applicano tecniche statistiche per integrare assieme risultati di studi omogenei condotti sullo stesso argomento; possiamo dire che le metanalisi sono l'aspetto quantitativo di una revisione sistematica. In ultimo le linee guida: sono raccomandazioni di comportamento clinico derivanti da studi primari e secondari; derivano da un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti ed hanno lo scopo di aiutare il sanitario nello svolgimento dei propri interventi assistenziali e decisionali.</p> <p>(Friedman, 2000)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Quale fra questi accessi vascolari è quello usato nel lungo termine in emodialisi?</p>	<p>Fistola Protetica</p>	<p>Fistola artero-venosa</p>	<p>Catetere Venoso Centrale</p>	<p>Cannula Arteriosa</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La sopravvivenza e la qualità della vita della persona sottoposta a trattamento dialitico dipendono dall'efficienza dell'accesso vascolare e soprattutto, trattandosi di una terapia cronica, dalla sua durata nel tempo. Un corretto monitoraggio offre comprovati benefici in termini di sopravvivenza dell'accesso vascolare, al pari dei programmi di sorveglianza, ma occorre un'approfondita formazione dello staff sia medico che infermieristico che comprenda elementi di anatomia dell'accesso vascolare e della sua funzionalità. Il trattamento sostitutivo renale, che si tratti di emodialisi o di dialisi peritoneale, necessita di un accesso invasivo attraverso il quale è possibile svolgere la funzione depurativa e di equilibrio idro-elettrolitico che viene a mancare in presenza di insufficienza renale. Nella dialisi extracorporea o emodialisi è necessario un accesso vascolare che permetta di realizzare con una performance elevata la circolazione extracorporea nel rene artificiale, attraverso cui avvengono i processi depurativi, la filtrazione di acqua e soluti. Un accesso malfunzionante può compromettere seriamente le condizioni cliniche della persona sottoposta a dialisi. Il gold standard degli accessi vascolari in emodialisi è rappresentato dalla fistola artero-venosa nativa, seguito dagli impianti artero-venosi protesici ed infine dai Cateteri Venosi Centrali a permanenza. Un'importante criticità nella gestione degli accessi vascolari in dialisi è rappresentata dalle complicanze sia di tipo ostruttivo (stenosi, trombosi) che di tipo infettivo (che interessano principalmente i cateteri venosi centrali). Moltissimi fattori contribuiscono all'insorgenza della complicanza ostruttiva della FAV: scarsa maturazione dell'accesso dopo il confezionamento, ripetuti stravasi ematici, tecniche di puntura scorrette, frequenti episodi ipotensivi durante il trattamento, estrema variabilità dell'emodinamica in dialisi, fattori intrinseci e molti altri. Inoltre bisogna ricordare che l'evento ostruttivo</p>
--	--------------------------	------------------------------	---------------------------------	--------------------------	--

					<p>raramente è improvviso, ma si instaura nel tempo: le stenosi si sviluppano lentamente, riducendo progressivamente la portata dell'accesso vascolare fino alla completa occlusione mediante la trombosi completa del vaso. Da questo si evince quanto sia fondamentale una gestione orientata alla prevenzione e al trattamento precoce della complicanza.</p>
--	--	--	--	--	--

(Brunner & Suddarth, 2017)

<p>La meningite...</p>	<p>È un'infezione dello spazio subaracnoideo</p>	<p>Può interessare le strutture dell'apparato respiratorio e gastrointestinale</p>	<p>Si diagnostica con la paracentesi</p>	<p>Determina un'alterazione della contrazione muscolare</p>	<p>Risposta corretta La meningite batterica acuta è un'infezione batterica delle meningi e dello spazio subaracnoideo rapidamente progressiva. I sintomi tipici sono cefalea, febbre e rigidità nucale. La diagnosi si fonda sull'esame del liquido cerebrospinale prelevato con la rachicentesi. Il trattamento prevede la somministrazione di antibiotici e steroidi appena possibile. Nella maggior parte dei casi la meningite batterica esordisce con 3 - 5 giorni di sintomi aspecifici insidiosamente progressivi tra cui malessere, febbre, irritabilità e vomito. Tuttavia, la meningite può avere un'insorgenza più rapida e può avere un decorso fulminante, rendendo la meningite batterica una delle poche patologie in cui un soggetto giovane e fino a quel momento in buona salute, può andare a dormire con lievi disturbi e non risvegliarsi. La sintomatologia meningea tipica comprende: febbre, tachicardia, cefalea, fotofobia, cambiamenti dello stato mentale (per es. letargia, ottundimento), rigidità nucale (anche se non tutti i pazienti ne riferiscono), a volte quando lo <i>Staphylococcus aureus</i> è la causa mal di schiena. Le crisi epilettiche si verificano precocemente fino al 40% dei bambini con meningite batterica acuta e possono verificarsi negli adulti. Fino al 12% dei pazienti si presenta in coma. La meningite grave può causare papilledema, ma il papilledema può essere assente nelle fasi precoci, anche quando la pressione intracranica è aumentata. Le manifestazioni sistemiche possono prevedere: rash, petecchie o porpora (che suggeriscono meningococcemia), consolidamento polmonare (spesso in caso di meningite causata da <i>S. pneumoniae</i>) e soffi cardiaci (che suggeriscono endocardite, per es. spesso causati da <i>S. aureus</i> o <i>S. pneumoniae</i>). Gli antibiotici sono il cardine della terapia. Oltre agli antibiotici, il trattamento prevede misure volte a ridurre l'infiammazione cerebrale e dei nervi cranici e l'aumento della pressione intracranica.</p>
-------------------------------	--	--	--	---	--

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

<p>Secondo la Tassonomia II di NANDA, “una suddivisione di un gruppo più ampio, una divisione di persone o cose in base alla qualità, al rango o al grado” rappresenta...</p>	<p>La prestazione infermieristica</p>	<p>La diagnosi infermieristica</p>	<p>Il dominio</p>	<p>La classe</p>	<p>Risposta corretta NANDA significa North American Nursing Diagnosis Association. È stata fondata nel 1982 e da allora si occupa di ricercare, sviluppare, perfezionare la tassonomia delle diagnosi infermieristiche. Inizialmente denominata NANDA, nel 2002 il board ha modificato il nome in NANDA International riconoscendo così l'incremento e il peso sempre maggiore acquisito dai membri provenienti da ogni parte del mondo. Si decise di mantenere l'acronimo NANDA anche in funzione del riconoscimento internazionale oramai acquisito, ma non è più un'associazione nordamericana, tant'è che vi sono membri provenienti da oltre 32 Paesi. Per tassonomia s'intende un tipo di classificazione che organizza lo studio teorico delle classificazione sistematiche. Il Comitato per la tassonomia di NANDA ha sviluppato un quadro concettuale per il sistema di classificazione delle diagnosi: la Tassonomia II comprendente 13 domini, 106 classi e 187 diagnosi. Il dominio è una sfera di attività, studio o interesse; la classe rappresenta una suddivisione di un gruppo più ampio, una divisione di persone o cose in base alla qualità, al rango o al grado. La diagnosi infermieristica è giudizio clinico riguardante le risposte della persona, famiglia, comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali che costituiscono la base per un percorso assistenziale volto a raggiungere risultati di cui l'infermiere è responsabile. Le diagnosi infermieristiche possono essere distinte in diagnosi infermieristiche reali (o attuali), diagnosi infermieristiche di rischio o rischio elevato, diagnosi infermieristiche possibili, diagnosi infermieristiche di benessere, diagnosi infermieristiche a sindrome.</p> <p>(Carpenito-Moyet, 2018)</p>
--	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------	------------------	---

<p>Le seguenti sono tutte scale utilizzate per la valutazione dei deficit cognitivi, tranne una: quale?</p>	<p>Clock Drawing Test</p>	<p>Visual Analogic Scale</p>	<p>Mini-Mental Status Exam (MMSE)</p>	<p>Neecham Confusion Scale</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il Mini-Mental Status Exam (MMSE) è uno strumento per la valutazione dello stato mentale. Si tratta di una scala, ormai universalmente adottata, che misura: memoria, orientamento, linguaggio, attenzione, abilità visuo-spaziali e costruttive. È spesso utilizzata come strumento di screening nell'indagine di soggetti con demenza e con sindromi neuropsicologiche di natura differente. Il punteggio totale è compreso tra un minimo di 0 e un massimo di 30 punti. Un punteggio uguale o inferiore a 18 è indice di una grave compromissione delle abilità cognitive, un punteggio compreso tra 18 e 24 è indice di una compromissione da moderata a lieve, un punteggio pari a 25 è considerato borderline, da 26 a 30 è indice di normalità cognitiva. Le indicazioni sono comunque orientative, essendo presenti dei fattori di taratura legati all'età ed alla scolarità del soggetto. Il Clock Drawing Test può aiutare a supportare una diagnosi di demenza o ad indicare un'area clinica di difficoltà di cui il paziente soffre. È complementare di altri test focalizzati su memoria e linguaggio. La Neecham Confusion Scale misura il livello di confusione nel controllo dell'elaborazione, del comportamento e fisiologico. La Visual Analogic Scale (VAS), o scala analogico-visiva, trova applicazione nell'auto valutazione dell'intensità del dolore e nel controllo dell'efficacia delle terapie. La scala consiste semplicemente in una striscia di carta di 10 cm che alle estremità presenta due "end points" che vengono definiti con "nessun dolore" ed il "peggiore dolore che io possa immaginare". Il professionista chiede al paziente di segnare in un punto della scala il dolore così come viene percepito in quel momento. L'intervallo tra i due estremi (end points) è segnato ogni centimetro e permette di attribuire un valore al disturbo soggettivo, il dolore, percepito dal paziente.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	---------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	---

<p>Tra le seguenti, sono complicate croniche nel Diabete...</p>	<p>Alterazioni dello stato di coscienza, insufficienza pancreatica, insufficienza renale cronica</p>	<p>Decadimento cognitivo, neuropatia diabetica, piede diabetico</p>	<p>Retinopatia diabetica, piede diabetico, colelitiasi, nefropatia diabetica</p>	<p>Arteriopatia obliterante, decadimento cognitivo, retinopatia diabetica</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il Diabete è una malattia in cui si riscontra un aumento nel sangue dei livelli di glucosio (glicemia) per un deficit della quantità e, spesso, nell'efficacia biologica dell'insulina, l'ormone che controlla la glicemia nel sangue e che viene prodotto dal pancreas. Il Diabete è diagnosticato quando: l'emoglobina glicata (HbA1c) è uguale o superiore a 6.5% (in due circostanze, misurata con metodo allineato allo standard DCCT), oppure la glicemia misurata in laboratorio è uguale o superiore a 126 mg/dl (al mattino, dopo 8 ore di digiuno, in due circostanze) oppure la glicemia è uguale o superiore a 200 mg/dl alla seconda ora dopo un carico orale di glucosio (in due circostanze), oppure la glicemia è uguale o superiore a 200 mg/dl in un momento qualsiasi della giornata in presenza di sintomi tipici della malattia (basta una sola circostanza). Esistono anche condizioni in cui i livelli di glucosio nel sangue non sono ottimali e soprattutto rappresentano un aumentato rischio di sviluppare il Diabete in futuro. Il Diabete non è una malattia ereditaria, nel senso che, tranne che per poche varietà molto rare (es. Mody), non vi è un passaggio inevitabile della malattia da una generazione ad un'altra. Esiste però una predisposizione familiare, soprattutto in caso di Diabete tipo 2, per cui chi ha un diabetico fra i parenti di primo grado (genitori, fratelli) ha un rischio di ammalarsi superiore rispetto a chi non ha parenti con la malattia. Le principali tipologie di Diabete sono le seguenti: Diabete tipo 1 (detto anche insulino-dipendente), Diabete tipo 2 (detto anche non-insulino-dipendente), Diabete gestazionale, Diabete monogenico, Diabete secondario ad altra patologia (es. malattia del pancreas) o farmaci (es cortisone). Nella grande maggioranza dei casi la malattia non dà alcun disturbo. Se questi sono presenti si tratta di sete intensa (polidipsia), necessità di urinare spesso con urine abbondanti (poliuria), stanchezza (astenia). Nel Diabete tipo 1 vi è spesso perdita di peso e l'inizio della malattia</p>
--	--	---	--	---	--

					<p>può essere brusco, con notevole malessere, sonnolenza e odore di acetone nell'alito. Nel Diabete tipo 2 spesso la diagnosi viene fatta in una persona che sta sostanzialmente bene in occasione di esami di laboratorio (check up). Spesso il Diabete viene diagnosticato in occasione di accertamenti o ricovero per altra malattia (diagnosi casuale). Le complicanze croniche del Diabete sono: retinopatia diabetica, piede diabetico, colelitiasi, nefropatia diabetica.</p>
--	--	--	--	--	--

(SID Società Italiana Diabete, 2019)

<p>Che cos'è una derivazione urinaria continente?</p>	<p>Creazione di una neovescica ottenuta mediante rimodellamento chirurgico di porzioni intestinali</p>	<p>Trapianto degli ureteri su una sezione isolata di ileo e abboccamento di un'estremità dell'ansa alla parete addominale</p>	<p>Collegamento chirurgico degli ureteri nel sigma: l'urina fluisce attraverso il colon ed esce dal retto</p>	<p>Collegamento chirurgico degli ureteri nel duodeno: l'urina fuorisce dal tratto intestinale</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La cistectomia radicale rappresenta l'intervento di scelta (cosiddetto "gold standard") per il trattamento del carcinoma vescicale infiltrante la tonaca muscolare e per i tumori della vescica ad alto rischio di progressione: forme superficiali recidivanti con associato CIS o resistenti alla chemioterapia locale (instillazioni endovesicali dopo resezioni endoscopiche). Le derivazioni urinarie sono, per definizione, delle deviazioni del flusso delle urine verso l'esterno, necessarie dopo l'asportazione della vescica. Esse si suddividono in semplici (ureterocutaneostomia) e complesse (neo vesciche continenti, uretero-ileo-cutaneostomia). Le complesse prevedono l'utilizzo di un segmento intestinale più o meno lungo, a seconda della tecnica utilizzata. Si associano a migliori risultati estetici e funzionali, tuttavia la resezione intestinale può essere causa di alcune complicazioni. Pertanto la scelta della derivazione urinaria è un momento fondamentale e andrebbe affrontata dal paziente e dal chirurgo insieme. La derivazione urinaria continente è la neovescica che rappresenta la migliore scelta dal punto di vista estetico e della qualità di vita. Essa è indicata nei pazienti in buone condizioni generali ed in cui la malattia, all'esplorazione chirurgica, risulti confinata alla vescica senza coinvolgimento dell'uretra e degli ureteri. La nuova vescica viene totalmente ricostruita utilizzando un tratto di circa 40-60 cm di intestino ileale o di colon-sigma, opportunamente riconfigurato in modo da ottenere un serbatoio di capienza adeguata a contenere le urine tra una minzione e l'altra. Il serbatoio così costruito permette di mantenere la continenza urinaria.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	--	---	---	---	---

<p>L'emodialisi extracorporea, denominata rene artificiale, è costituita da...</p>	<p>Monitor di controllo, circuito ematico extra corporeo, circuito che produce ed eroga il liquido di dialisi, filtro dializzante</p>	<p>Monitor di controllo, circuito ematico extra corporeo, respiratore automatico, monitoraggio emodinamico</p>	<p>Monitoraggio neurologico, monitoraggio emodinamico, circuito che produce ed eroga il liquido di dialisi, filtro dializzante</p>	<p>Monitor di controllo, circuito ematico extra corporeo</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'emodialisi è una terapia fisica sostitutiva della funzionalità renale indicata per tutti i pazienti che si trovano in uno stato di uremia, condizione che rappresenta lo stadio più grave dell'insufficienza renale. Il procedimento sostituisce le quattro funzionalità di base del rene: rimozione delle sostanze tossiche, riequilibrio elettrolitico, riequilibrio acido-base, rimozione dei liquidi. Nell'emodialisi le prime due funzioni vengono svolte sottoponendo il sangue del paziente al principio fisico della dialisi. Esso viene fatto scorrere in un filtro in cui entra in contatto con una membrana semipermeabile attraverso cui passano solo (o almeno in maggior quantità) le sostanze tossiche che si desidera rimuovere. Il filtro consente, oltre alla rimozione di sostanze tossiche, anche il reintegro di radicali alcalini, quindi il riequilibrio acido-base. L'altra importante funzione riguarda la necessità di rimuovere i liquidi assunti attraverso l'alimentazione e non eliminati con la diuresi, estremamente ridotta o assente (anuria) nei soggetti nefropatici in fase terminale. Il metodo utilizzato è l'ultrafiltrazione.</p> <p>Le principali metodiche sostitutive della funzione renale (oltre al trapianto renale) sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'emodialisi, nella quale il sangue viene estratto dal paziente, filtrato con una membrana semipermeabile e reinfuso - la dialisi peritoneale, metodica che prevede l'immissione nella cavità peritoneale di un liquido di scambio e l'uso del peritoneo (sottile membrana che avvolge i visceri addominali) come membrana semipermeabile per eseguire i processi sopra citati <p>Rene artificiale è il nome colloquiale che viene attribuito al complesso dei dispositivi medici utilizzato nella terapia dell'insufficienza renale tramite emodialisi. Nella realtà è costituito da: un filtro dializzatore a membrana semipermeabile, un circuito per la circolazione extracorporea del sangue, un'apparecchiatura (o</p>
---	---	--	--	--	--

					<p>monitor) per la gestione e supervisione del funzionamento.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>La Bristol Stool Scale identifica...</p>	<p>Cinque tipologie di feci</p>	<p>Sette tipologie di feci</p>	<p>Sei tipologie di feci</p>	<p>Le cause dell'alterazione del modello di eliminazione intestinale</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La Bristol Stool Scale o Bristol Stool Chart o Scala delle feci di Bristol è una scala di valutazione diagnostica, usata sia in ambito clinico che in ambito sperimentale, allo scopo di classificare in categorie la forma e consistenza delle feci. La scala prevede sette categorie distinte. Nel dettaglio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tipo 1 feci con grumi duri e separati tra loro, con forma di noci o nocchie (difficili da espellere) - tipo 2 feci caratterizzate da grumi uniti tra loro, con l'aspetto di una salsiccia - tipo 3 feci a forma di salame, con eventuali crepe in superficie, - tipo 4 feci a forma di salsiccia, liscia e morbida, espulse con facilità, lasciano la sensazione di completo svuotamento intestinale, - tipo 5 feci con frammenti morbidi e separati, con margini ben definiti (facile da evacuare) - tipo 6 feci con pezzi flocculari o informi, con bordi irregolari, feci pastose e frastagliate - tipo 7 feci acquose e liquide, senza parti solide. <p>Le prime due tipologie indicano un grado più o meno grave di stitichezza, dovuta all'eccessiva permanenza nell'intestino ed alla difficoltà nell'espulsione, la tipologia 3 si avvicina ad una condizione ideale, evidenziando però la necessità per l'organismo di una maggiore assunzione di fibre o idratazione; la tipologia 4 indica le feci ideali, espulse facilmente e seguite dalla sensazione di svuotamento dell'intestino. Anche il quinto tipo è considerato accettabile, purché evacuato con facilità; il sesto è invece compatibile con un quadro tendente alla diarrea, pienamente riscontrabile nel settimo.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	---------------------------------	--------------------------------	------------------------------	--	---

<p>Quali complicanze potenziali possono manifestarsi durante il periodo post-operatorio assistendo una persona sottoposta a nefrectomia?</p>	<p>Perdita di urina, cancrena dello stoma, ostruzione ureterale</p>	<p>Pielonefrite, stenosi dello stoma, calcolosi renale</p>	<p>Emorragia e shock, polmonite, alterazioni del bilancio idro-elettrolitico</p>	<p>Perdita di urina, polmonite, alterazioni idriche</p>	<p>Risposta corretta La nefrectomia è l'intervento chirurgico di rimozione parziale o totale di uno o entrambi i reni. Esistono tre tipi di nefrectomia: la nefrectomia radicale, la nefrectomia parziale e la nefrectomia semplice. La condizione che più di frequente richiede l'attuazione di una nefrectomia è il tumore al rene. Tuttavia i chirurghi possono ricorrere all'operazione in questione anche per un trapianto di rene o in presenza di gravi malattie renali di tipo non-neoplastico. La nefrectomia radicale (o completa) è l'intervento chirurgico di rimozione di un rene e di alcune strutture associate a questo, come l'uretere, la ghiandola surrenale e i tessuti adiposi circostanti. La nefrectomia parziale è la procedura chirurgica di rimozione di una sezione di un rene e dei tessuti adiacenti alla sezione rimossa. La nefrectomia semplice è l'operazione chirurgica di rimozione di un rene, con risparmio del surrene e delle altre strutture adiacenti. Grazie ai progressi della medicina chirurgica gli interventi di nefrectomia odierna sono alquanto sicuri e a basso rischio. Le complicanze più comuni sono quelle classiche di qualsiasi procedura di chirurgia maggiore, ossia: sviluppo di infezioni, emorragie dalle incisioni, polmonite post-operatoria, reazioni allergiche agli anestetici. Tra le complicazioni meno comuni, meritano una citazione la ridotta funzionalità del rene rimanente (quando, ovviamente, la nefrectomia è monolaterale). I benefici di una nefrectomia dipendono da svariati fattori, in primis dallo stato di salute generale del paziente e dalla gravità della condizione che ha richiesto l'intervento. Per quanto concerne le tipologie di nefrectomia più efficaci e a minor rischio di complicanze, diversi studi hanno dimostrato che la nefrectomia parziale è maggiormente associata a un mantenimento completo della funzionalità renale, rispetto alla nefrectomia radicale o semplice, le quali invece più di frequente tendono a precedere un calo funzionale del rene rimanente.</p>
---	---	--	--	---	--

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

<p>Il volume corrente è...</p>	<p>Volume d'aria mobilizzato ad ogni inspirazione</p>	<p>Volume d'aria mobilizzato ad ogni atto respiratorio con respiro eupnoico</p>	<p>Volume d'aria mobilizzato ad ogni espirazione</p>	<p>Massima quantità d'aria contenuta nel polmone all'apice di un'inspirazione profonda</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>I volumi polmonari sono delle grandezze respiratorie che vengono calcolate con la spirometria, utilizzati in ambito diagnostico. I volumi polmonari si dividono in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - volumi polmonari statici, misurabili con atti respiratori lenti - volumi polmonari dinamici, misurabili con atti respiratori veloci <p>I fattori da cui dipendono i volumi polmonari sono: sesso, età, altezza, scelta dei valori di riferimento e scelta dei limiti inferiori di normalità. I volumi polmonari statici sono singoli volumi che non possono essere ulteriormente divisi. Comprendono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Volume Corrente o Tidal volume, definibile come la quantità d'aria che viene mobilizzata con ciascun atto respiratorio non forzato (300-500 ml) 2. Volume di Riserva Inspiratorio, cioè la quantità massima di aria che, dopo un'inspirazione normale, può essere ancora introdotta nei polmoni forzatamente 3. Volume di Riserva espiratorio, cioè la quantità massima di aria che, dopo un'espirazione normale, può essere ancora espulsa con un'espirazione forzata. 4. Volume Residuo cioè l'aria che resta nei polmoni dopo un'espirazione forzata. <p>I volumi polmonari dinamici sono indicativi dell'aumento delle resistenze al flusso nelle vie aeree e del ridotto ritorno elastico del polmone. Il principale volume polmonare dinamico è il Volume Espiratorio Massimo ad 1 Secondo (VEMS o, in inglese, FEV1). Esso è dato dalla quantità di aria emessa nel primo secondo di un'espirazione forzata. Una riduzione del VEMS indica una broncostruzione con difficoltà espiratoria (asma, BPCO) e/o una riduzione del ritorno elastico del polmone (enfisema). Le capacità polmonari invece sono somme di volumi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. capacità vitale, è la somma del Volume Corrente, più quello di Riserva Inspiratorio e quello di Riserva Espiratorio. È la massima quantità di aria che può essere
---------------------------------------	---	---	--	--	--

					<p>mobilizzata in un singolo atto respiratorio, partendo da una inspirazione forzata massimale e arrivando ad una espirazione forzata massimale</p> <p>2. capacità polmonare totale, è la somma della Capacità Vitale più il Volume Residuo e costituisce la massima quantità di aria che può essere contenuta nei polmoni</p> <p>3. capacità inspiratoria, è la somma del Volume Corrente più il Volume di Riserva Inspiratorio. È la quantità massima di aria che si può inspirare partendo da una espirazione eupnoica</p> <p>4. capacità funzionale residua, somma della Riserva Espiratoria e del Volume Residuo. È la quantità di aria che resta nel nostro apparato respiratorio dopo una espirazione eupnoica. A questo volume il sistema respiratorio è in equilibrio.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Quali sono tra i seguenti i segni ed i sintomi che caratterizzano i soggetti con ipertiroidismo?</p>	<p>Bradycardia, tremori fini delle mani a riposo, cute fredda, aumento della gittata cardiaca, stipsi</p>	<p>Tachicardia, tremori fini delle mani a riposo, aumento della gittata cardiaca, diarrea, cute calda e liscia, ansia, depressione, stipsi</p>	<p>Tachicardia, tremori fini delle mani a riposo, aumento della gittata cardiaca, diarrea, tremori con assenza di coordinazione motoria, cute calda e liscia, intolleranza al caldo, sudorazione profusa, variazioni del tono dell'umore</p>	<p>Tachicardia, tremori fini e continui delle mani, aumento della gittata cardiaca, cute calda e liscia, stipsi, intolleranza al freddo, sindrome ansioso depressiva, tremori con coordinazione motoria instabile, sudorazione algida</p>	<p>Risposta corretta L'ipertiroidismo è una sindrome clinica causata da eccessiva produzione di ormoni tiroidei. Il soggetto che ne viene colpito sviluppa molto spesso alterazioni importanti a carico del metabolismo, del sistema nervoso e del cuore. L'ipertiroidismo causa un aumento del consumo di ossigeno e della produzione metabolica di calore. Gli ormoni tiroidei sono infatti termogenici e, mentre un loro difetto è spesso alla base di un sovrappeso patologico, un eccesso si correla a disturbi come ipersudorazione, tremori, intolleranza al calore e magrezza eccessiva. Il quadro clinico dell'ipertiroidismo è piuttosto vario e, oltre ai sintomi appena descritti, comprende numerosi disturbi, in gran parte legati all'aumentata attività metabolica. La cute di un paziente ipertiroideo si presenta calda per l'incrementato flusso ematico e per la vasodilatazione periferica, con la quale il corpo cerca di disperdere l'energia termica prodotta in eccesso. L'ipertiroidismo, come l'ipotiroidismo, è spesso associato a gozzo, cioè ad un sensibile aumento di volume e peso della tiroide. Un eccesso di ormoni tiroidei aumenta il catabolismo proteico e può causare astenia. Anche il cuoio capelluto soffre tale condizione: i capelli, fragili e sottili, tendono a perdere le naturali ondulazioni diventando lisci; è frequente l'alopecia. Per quanto riguarda le ripercussioni sull'apparato cardiovascolare, l'ipertiroidismo si associa ad aumento della frequenza cardiaca (tachicardia) e della forza di contrazione del cuore. Si osserva inoltre ipertensione, spesso associata a ipertrofia del ventricolo sinistro. Altri segni minori dell'ipertiroidismo comprendono: mestruazioni irregolari, infertilità sia nel maschio che nella femmina, calo della libido, ginecomastia nel 5% dei maschi, congiuntivite, epidermide sottile ma non atrofica, edema periorbitale e disfunzione della muscolatura extra oculare. Il sintomo più evidente associato ai disturbi oculari è l'esoftalmo, ovvero la protrusione dei bulbi oculari che conferisce al paziente</p>
--	---	--	--	---	--

					<p>un'espressione apprensiva e spaventata. Le principali cause di origine sono dovute a: gozzo multinodulare e nodulare tossico, adenoma iperfunzionante, iperplasia primitiva diffusa o morbo di Graves-Basedow. La terapia dell'ipertiroidismo è strettamente legata alla sua causa d'origine. Può essere necessario l'intervento chirurgico di asportazione parziale o totale del corpo ghiandolare (tiroidectomia) o il ricorso alla terapia con iodio marcato (in grado di distruggere selettivamente le cellule tiroidee anomale). Il trattamento farmacologico si basa sull'utilizzo di medicinali tireostatici, in grado di bloccare la sintesi ormonale (sostanze affini alla tiourea) o bloccare la conversione periferica di T4 (forma inattiva) in T3 (forma attiva).</p>
--	--	--	--	--	---

(Brunner & Suddarth, 2017)

<p>Le seguenti sono tutte attività di vita quotidiana (ADL), tranne...</p>	<p>Lavarsi</p>	<p>Servirsi del bagno per l'eliminazione</p>	<p>Preparare il cibo</p>	<p>Vestirsi</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La valutazione dello stato globale di salute dell'assistito può avvalersi di scale standardizzate che permettono di indagare lo stato funzionale. Tra queste vi sono la scala Activities of Daily Living (ADL) e la scala Instrumental Activities of Daily Living (IADL). La scala ADL valuta la capacità della persona di compiere le 6 attività quotidiane più semplici che presiedono alla cura di sé (lavarsi, vestirsi, servirsi del bagno per l'eliminazione, spostarsi, continenza, alimentarsi). Nell'interpretazione del punteggio finale di ogni singolo item della scala 0 corrisponde alla totale autonomia, 6 alla completa dipendenza. Queste semplici valutazioni e i relativi punteggi forniscono un quadro rapido dell'autonomia del soggetto e, se interpretate regolarmente, possono fornire indicazioni sul grado di peggioramento o miglioramento dello stato. La scala IADL esplora invece l'autonomia del soggetto a vivere da solo in casa in 8 funzioni principali. Il soggetto è autonomo se realizza un punteggio minimo di 6 ad ogni indicatore della scala. Per i maschi il punteggio varia da 0 (dipendenza completa) a 5 (totale indipendenza), in relazione al fatto che alcune delle attività indicate vengono svolte prevalentemente dalle donne. Per le donne il punteggio varia da 0 (dipendenza) a 8 (indipendenza). Gli indicatori presenti all'interno della scala sono: preparazione del cibo insieme a capacità di usare il telefono, fare acquisti, governare la casa, tenere pulita la biancheria, servirsi dei mezzi di trasporto, prendere i medicinali in modo responsabile, maneggiare il denaro. Occorre ricordare anche il contributo dell'Indice di Barthel che fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare la defecazione e la minzione. Il punteggio assegnato per ogni funzione può essere 15, 10, 5 o 0. Il punteggio massimo come risultato della</p>
---	----------------	--	--------------------------	-----------------	--

					<p>sommatoria dei singoli punteggi è 100 ed indica l'indipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>In relazione alla sintomatologia e al decorso fisiopatologico, in quanti stadi di gravità viene classificata la BPCO?</p>	<p>Nessuno, la fisiopatologia della malattia non prevede stadiazioni</p>	<p>Cinque stadi</p>	<p>Due stadi</p>	<p>Tre stadi</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia dell'apparato respiratorio caratterizzata da un'ostruzione irreversibile delle vie aeree, di entità variabile a seconda della gravità. La malattia è solitamente progressiva ed è associata a uno stato di infiammazione cronica del tessuto polmonare. La conseguenza a lungo termine è un vero e proprio rimodellamento dei bronchi che provoca una riduzione consistente della capacità respiratoria. Ad aggravare questo quadro clinico è l'aumento della predisposizione alle infezioni respiratorie di origine virale, batterica o fungina. Non esiste al momento una cura efficace, ma sono disponibili diversi trattamenti per controllare i sintomi e per evitare pericolose complicanze. Fondamentale è invece la prevenzione, per ridurre al minimo i fattori di rischio (fumo di sigaretta in primis). Prima della diagnosi, i due sintomi principali della BPCO sono la tosse e la dispnea, qualche volta accompagnati da respiro sibilante. Spesso la tosse è cronica, più intensa al mattino e caratterizzata dalla produzione di muco. La dispnea compare gradualmente nell'arco di diversi anni e nei casi più gravi può arrivare a limitare le normali attività quotidiane. In genere, queste persone sono soggette a infezioni croniche dell'apparato respiratorio che occasionalmente provocano ricadute accompagnate da una sintomatologia aggravata. Con il progredire della malattia questi episodi tendono a divenire sempre più frequenti. Il principale strumento diagnostico per la BPCO è la spirometria che permette di misurare la capacità polmonare residua. La malattia è stata classificata in quattro diversi livelli di gravità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stadio 0 identifica un soggetto a rischio che presenta tosse cronica e produzione di espettorato; la funzionalità respiratoria risulta ancora normale alla spirometria - stadio I identifica un soggetto con malattia lieve, caratterizzata da una leggera riduzione della capacità
---	--	---------------------	------------------	------------------	--

					<p>respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none">- stadio II identifica un soggetto con malattia moderata, caratterizzata da una riduzione più consistente della capacità respiratoria e da dispnea in caso di sforzo- stadio III identifica un soggetto con malattia severa caratterizzata da una forte riduzione della capacità respiratoria oppure dai segni clinici di insufficienza respiratoria o cardiaca. <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Quale tra le seguenti rappresenta la traduzione italiana dell'acronimo inglese NIC?</p>	<p>Classificazione dei risultati infermieristici</p>	<p>Classificazione degli interventi infermieristici</p>	<p>Classificazione degli esiti infermieristici</p>	<p>Classificazione delle diagnosi infermieristiche</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La classificazione degli interventi infermieristici Nursing Interventions Classification (NIC) è la classificazione completa e standardizzata degli interventi infermieristici che sono messi in atto dagli infermieri nell'interesse dell'assistito. Questi interventi possono essere sia indipendenti che collaborativi, di assistenza sia diretta che indiretta. Essa è utile per la documentazione clinica, per la comunicazione relativa all'assistenza, per l'integrazione dei dati, per le ricerche sull'efficacia della pratica, per la valutazione della competenza. È la prima classificazione complessiva standardizzata degli interventi infermieristici, sviluppata da un gruppo di ricerca dell'Università dello Iowa che descrive le attività di assistenza diretta svolte dagli infermieri. Riguarda globalmente molteplici aree specialistiche di attività professionale e include 514 interventi che gli infermieri attuano a beneficio degli assistiti. La NIC classifica gli interventi infermieristici in sette domini: Fisiologico di base, Fisiologico complesso, Comportamento, Sicurezza, Famiglia, Sistema Sanitario e Comunità. Ogni intervento NIC ha una struttura composta da Titolo, Definizione, Elenco Attività che sintetizzano le azioni chiave che gli infermieri compiono per portare a termine l'intervento. La classificazione dei risultati è denominata NOC. La Nursing Outcomes Classification è una terminologia standard per la descrizione dei risultati degli assistiti. In questo sistema un risultato è una condizione, un comportamento o una percezione del soggetto, della famiglia o della comunità misurabile lungo un continuum che rappresenta la risposta agli interventi infermieristici. La tassonomia riporta 330 risultati, organizzati in sette domini. Il risultato è l'enunciazione di massima, il nome standard in due o tre parole è espresso con un'affermazione neutra che consente l'identificazione dei cambiamenti positivi o negativi nella condizione dell'assistito. Gli "Indicatori" sono condizioni e comportamenti concreti, osservabili (ad es. il</p>
---	--	---	--	--	--

					<p>movimento) che possono essere utilizzati per valutare la condizione dell'assistito. Una scala di misura a cinque punti permette di valutare lo stato dell'assistito relativamente ad ogni indicatore. La tassonomia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) è la più diffusa e conosciuta a livello internazionale ed è quella che offre la letteratura più vasta, proponendo la classificazione delle diagnosi infermieristiche.</p> <p>(McCloskey Dochterman, Bulenchek G., 2007, NANDA-I 2018)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>L'articolo di ricerca generalmente è suddiviso in paragrafi con il seguente ordine...</p>	<p>Abstract, introduzione, obiettivi, selezione del campione e disegno dello studio, risultati, discussione, conclusione</p>	<p>Abstract, end point, selezione dei pazienti, disegno dello studio, risultati, conclusione</p>	<p>Introduzione, end point, disegno dello studio, selezione dei pazienti, discussione e conclusione</p>	<p>Introduzione, discussione, selezione dei pazienti, risultati e conclusione</p>	<p>Risposta corretta Nell'editoria accademica una pubblicazione scientifica è uno scritto redatto in modo oggettivo, ovvero evidenziando in maniera trasparente e verificabile il metodo e i risultati di ricerca, da parte di scienziati o tecnici, su un argomento scientifico. Esso viene poi pubblicato attraverso i canali di comunicazione della comunità scientifica, tipicamente su riviste accademiche, una volta validato secondo le regole della revisione paritaria entrando di diritto a far parte della letteratura scientifica. Assieme ai testi di divulgazione scientifica le pubblicazioni scientifiche costituiscono le forme più importanti di comunicazione scientifica all'interno della comunità. Ciò nonostante esistono anche pubblicazioni scientifiche non rigorosamente validate e diffuse sul web a scopi divulgativi o promozionali. Le pubblicazioni di questi gruppi editoriali, in generale, sono regolamentate da procedure di accettazione e di valutazione dei lavori presentati; tali procedure sono mirate a stabilire quali lavori scientifici posseggano i requisiti necessari per essere pubblicati. I lavori scientifici che superano tali procedure vengono pubblicati, divenendo così pubblicazione scientifica. Una delle procedure di accettazione maggiormente diffuse è la revisione paritaria. Le pubblicazioni scientifiche nella maggioranza dei casi appartengono a una delle seguenti tre categorie principali: articoli (o lettere) pubblicate su riviste scientifiche, comunicazioni pubblicate in atti di congressi, libri (monografie scientifiche) o contributi a libri. La struttura dell'articolo scientifico prevede i seguenti campi: abstract, introduzione, obiettivi, selezione del campione e disegno dello studio, risultati, discussione, conclusioni.</p> <p>(Cartabellotta, 2012)</p>
---	--	--	---	---	--

<p>Quali sono le manifestazioni cliniche della cirrosi compensata?</p>	<p>Ascite, angiomi stellati, ipertensione, febbre lieve intermittente, unghie bianche, atrofia gonadica, fegato compatto ed ingrossato, dolore addominale, splenomegalia, perdita di massa muscolare</p>	<p>Febbre lieve intermittente, splenomegalia, dolore addominale, porpora, diradamento dei peli e dei capelli, ipertensione, angiomi stellati, ascite, ippocratismo digitale</p>	<p>Lieve febbre continua, lieve indigestione mattutina, edema delle caviglie, epistassi, ecchimosi spontanee, splenomegalia</p>	<p>Febbre lieve intermittente, eritema palmare, angiomi stellari, epistassi senza causa apparente, edema delle caviglie, lieve indigestione mattutina, dispepsia con flatulenza, dolore addominale, fegato compatto ed ingrossato, splenomegalia</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La cirrosi epatica è una malattia cronica e degenerativa del fegato. Si manifesta quando l'organo risponde ad una lesione o ad un processo morboso, distruggendo le proprie cellule e sostituendole con interconnessioni cicatriziali, tra le quali si sviluppano noduli di cellule in rigenerazione. Di conseguenza, il fegato perde a poco a poco architettura e funzioni con ripercussioni negative sull'intero organismo. Tutto ciò che determina un danno epatico cronico può provocare cirrosi. Tra le principali cause di questa malattia troviamo: epatiti virali (B, C e D) e epatiti autoimmuni, abuso di alcool (che nei Paesi industrializzati rappresenta la causa più comune di cirrosi) o di certi farmaci, alcune malattie dismetaboliche (steatosi epatica non alcolica, morbo di Wilson), occlusione dei dotti biliari (per calcoli, processi infiammatori o tumori) e la stasi circolatoria a livello epatico (che caratterizza l'insufficienza cardiaca cronica). A causa delle suddette situazioni patologiche, il fegato si viene a trovare in uno stato infiammatorio cronico che porta alla liberazione di determinate sostanze (chiamate citochine). A loro volta queste sostanze favoriscono la proliferazione di tessuto fibroso (fibrosi epatica) e, nelle fasi più avanzate, portano allo sviluppo di noduli di rigenerazione tipici della cirrosi. La cirrosi determina conseguenze drammatiche per il paziente. Tra queste si annoverano l'ipertensione portale, l'ittero, la splenomegalia, le varici, l'edema e ascite. Le principali manifestazioni cliniche descritte dalla letteratura in caso di cirrosi scompenzata sono: febbre lieve intermittente, eritema palmare, angiomi stellari, epistassi senza causa apparente, edema delle caviglie, la mattina lievi disturbi gastrointestinali, dispepsia con flatulenza, dolore addominale, fegato compatto ed ingrossato, splenomegalia.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
---	--	---	---	--	---

<p>La manovra di Heimlich...</p>	<p>È indicata in caso di ostruzione delle vie aeree</p>	<p>Può essere effettuata solo sull'adulto</p>	<p>Non è indicata in caso di tosse secca e stizzosa</p>	<p>Facilita la rimozione di un corpo estraneo solo in soggetti in età pediatrica</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La manovra di Heimlich è una tecnica di primo soccorso per rimuovere un'ostruzione delle vie aeree. Costituisce un'efficace misura per risolvere in modo rapido molti casi di soffocamento. I primi segni e sintomi di soffocamento sono caratterizzati dai seguenti fenomeni: la persona porta disperatamente le mani alla gola (segno universale di soffocamento), la persona non riesce a parlare e ha una respirazione difficoltosa che spesso produce un rumore acuto, la persona ha una tosse molto debole e non riesce a riempire i polmoni per tossire con energia, il viso della persona diventa cianotico per mancanza di ossigeno (anossia). L'evoluzione del quadro porta alla perdita di coscienza. In breve, una persona esegue la manovra di Heimlich utilizzando mani e braccia per esercitare una serie di rapide e profonde pressioni sull'area addominale della vittima sotto lo sterno e sopra l'ombelico, dirigendo la spinta verso l'alto in modo da comprimere il diaframma. Ciò provoca la compressione dei polmoni, esercitando così una spinta pneumatica sull'oggetto che ostruisce la trachea, in modo da provocarne l'espulsione. In sostanza ciò rappresenta un potente e artificiale colpo di tosse. Dopo aver liberato le vie aeree per mezzo dell'espulsione dell'oggetto o dei liquidi che le ostruivano, è comunque possibile, specialmente se la vittima ha perso conoscenza, che la respirazione non riprenda spontaneamente. Continuare la manovra di Heimlich non fa riprendere la respirazione. In questo caso, dal momento che è possibile un arresto cardiocircolatorio, la respirazione artificiale o la rianimazione cardiopolmonare dovranno essere utilizzate secondo la necessità.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
---	---	---	---	--	---

<p>Cosa si intende per randomizzazione?</p>	<p>Una procedura attraverso la quale vengono scelti i pazienti del campione dalla popolazione in studio</p>	<p>Una procedura per verificare se i risultati dello studio sono stati influenzati dal caso</p>	<p>Una procedura attraverso la quale i pazienti in studio vengono assegnati al gruppo di controllo o di trattamento in maniera casuale</p>	<p>Una procedura casuale per analizzare i dati tratti da studi osservazionali</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La randomizzazione è un metodo per l'assegnazione o la selezione senza l'utilizzo di alcun sistema. È puramente casuale. Negli studi clinici i partecipanti sono di solito assegnati a differenti bracci della sperimentazione (ad es. per ricevere il farmaco dello studio o il placebo) in modo casuale. Questa è una parte fondamentale dello studio randomizzato controllato (Randomised Controlled Trial, RCT). Consiste nell'assegnazione casuale dei membri di una popolazione ad un gruppo, tale che ogni membro abbia le stesse possibilità di essere scelto. Questo dovrebbe essere il criterio fondamentale di un buon campionamento, poiché garantisce la validità di un risultato statistico, privandolo di fattori di disturbo che potrebbero distorcere il risultato stesso. Per fare un esempio pratico, è il metodo che si dovrebbe usare quando si decide di testare un farmaco su una popolazione. Si cerca di dividere la popolazione in due gruppi, al primo dei quali verrà somministrato il farmaco in questione, mentre al secondo un farmaco usato come confronto, di solito un placebo. Affinché i due gruppi siano confrontabili, ogni membro di ciascun gruppo dovrà essere scelto in modo del tutto casuale, senza che un particolare fattore influenzi la scelta di un individuo piuttosto che di un altro. Questo errore di campionamento che viene chiamato bias di selezione potrebbe compromettere i risultati della sperimentazione. In tal caso il campione viene detto randomizzato o casuale. Il campionamento per randomizzazione, più specificatamente, può essere di tre tipi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. semplice, si effettua scegliendo le unità che comporranno il campione con un metodo che garantisce la casualità della scelta, ad esempio per estrazione, come avviene con i numeri della tombola. È un metodo pratico e attendibile, ma non sempre facilmente realizzabile. Esso infatti richiede la numerazione di tutte le unità e la successiva individuazione delle unità
--	---	---	--	---	---

					<p>corrispondenti ai numeri estratti. Pertanto è applicata ai casi in cui si disponga di unità già numerate e/o di un numero di unità non elevato</p> <p>2. sistematica, la scelta delle unità all'interno della popolazione avverrà usando come criterio un intervallo regolare. Ad esempio, in una libreria piena di volumi sistemati in fila, si sceglierà un volume ogni tre. Bisogna solo porre attenzione sul fatto che la scelta di quel determinato intervallo non dipenda da qualche fattore confondente.</p> <p>3. stratificata, si sfrutta questa randomizzazione quando si vuole studiare un carattere che probabilmente è influenzato da un fattore presente nella popolazione. Prima di selezionare le unità, si divide la popolazione in 'strati' in base al suddetto fattore e, su ciascuno strato, si sceglie un campione col metodo della randomizzazione semplice o sistematica.</p> <p>Supponiamo di voler sapere se le cardiopatie, dopo i 50 anni, colpiscono più gli uomini con calvizie o quelli senza. Dal momento che la patologia cardiovascolare aumenta comunque con l'età, come prima cosa dovremo dividere tutti gli individui in fasce d'età, all'interno delle quali il rischio cardiovascolare sia il medesimo, ossia dovremmo stratificare la popolazione. Fatto ciò, sceglieremo a caso, con randomizzazione semplice o sistematica, cento soggetti calvi e cento no e verificheremo quanti di loro sono affetti da cardiopatia.</p> <p>(Friedman, 2000)</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Quali sono i fattori da cui dipendono i volumi polmonari?</p>	<p>Sesso, età, altezza, peso, scelta dei valori di riferimento e della posizione eretta per l'esecuzione del test</p>	<p>Sesso, età, altezza, scelta dei valori di riferimento e scelta dei limiti inferiori di normalità</p>	<p>Patologie respiratorie pregresse, scelta dei limiti inferiori di normalità, sesso ed età</p>	<p>Sesso, età, peso, scelta dei valori di riferimento ed esami emogasanalitici</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>I volumi polmonari sono delle grandezze respiratorie calcolate con la spirometria utilizzate per la diagnosi di patologie respiratorie. Essi dipendono da alcune importanti variabili come sesso, età, altezza, oltre alla scelta dei valori di riferimento e dei limiti inferiori di normalità. I volumi polmonari si dividono in: volumi polmonari statici che si misurano con atti respiratori lenti e volumi polmonari dinamici che si misurano con atti respiratori veloci.</p> <p>I volumi polmonari statici sono singoli volumi che non possono essere ulteriormente divisi e sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volume Corrente o Tidal volume cioè la quantità d'aria che viene mobilizzata con ciascun atto respiratorio non forzato (300-500 ml) - Volume di Riserva Inspiratorio cioè quantità massima di aria che, dopo un'inspirazione normale, può essere ancora introdotta nei polmoni forzatamente - Volume di Riserva Espiratorio cioè la quantità massima di aria che, dopo un'espirazione normale, può essere ancora espulsa con un'espirazione forzata - Volume Residuo cioè l'aria che resta nei polmoni dopo un'espirazione forzata <p>I volumi polmonari dinamici sono indicativi dell'aumento delle resistenze al flusso nelle vie aeree e del ridotto ritorno elastico del polmone. Il principale volume polmonare dinamico è il Volume Espiratorio Massimo ad 1 Secondo (VEMS o, in inglese, FEV1). Esso è dato dalla quantità di aria emessa nel primo secondo di un'espirazione forzata. Una riduzione del VEMS indica una broncoostruzione con difficoltà espiratoria (asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva) e/o una riduzione del ritorno elastico del polmone (enfisema). Le capacità polmonari invece rappresentano somme di volumi tra cui ritroviamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la Capacità vitale cioè la somma del Volume Corrente, più quello di Riserva Inspiratorio e quello di Riserva Espiratorio, la quale rappresenta la massima quantità di
---	---	---	---	--	---

					<p>aria che può essere mobilizzata in un singolo atto respiratorio, partendo da una inspirazione forzata massimale e arrivando ad una espirazione forzata massimale</p> <ul style="list-style-type: none">- la Capacità polmonare totale cioè la somma della Capacità Vitale più il Volume Residuo ovvero la massima quantità di aria che può essere contenuta nei polmoni- la Capacità inspiratoria cioè la somma del Volume Corrente più il Volume di Riserva Inspiratorio, ovvero la quantità massima di aria che si può inspirare partendo da una espirazione eupnoica- la Capacità funzionale residua cioè la somma della Riserva Espiratoria e del Volume Residuo, ovvero la quantità di aria che resta nel nostro apparato respiratorio dopo una espirazione eupnoica <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	--	--	--	--	---

<p>In Italia, le cadute nell'anziano dentro casa si verificano maggiormente in...</p>	<p>Cucina</p>	<p>Bagno</p>	<p>Camera da letto</p>	<p>Scale interne ed esterne</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Le cadute rappresentano un evento significativo per le persone con fragilità e disabilità, come fattore di morbosità, disabilità e mortalità. Molte di queste cadute sono considerate prevedibili, e quindi prevenibili. Per tentare di evitare le cadute è importante individuare i pazienti a rischio. In letteratura si trovano diversi strumenti di valutazione, con punteggi che permettono di esprimere se il paziente è più o meno a rischio di cadere sulla base della valutazione di una serie di variabili. Di tutti gli strumenti individuati alcuni, come il Tinetti Balance and Gait Scale, sono troppo complessi da utilizzare per l'elevato numero di aspetti da indagare, mentre altri, come il Morse Fall Scale, sono troppo orientati all'ambiente residenziale ma extraospedaliero. Altri due strumenti, ovvero la Scala di Conley e la Scala Stratify, sono invece di agile utilizzo nel contesto ospedaliero, sia per il numero di voci necessarie per definire il punteggio di rischio finale, sia per la relativa semplicità di rilevazione.</p> <p>Tra i problemi clinici più seri degli anziani, le cadute e l'equilibrio instabile causano tassi di mortalità e morbilità elevati, oltre a contribuire sostanzialmente alla limitazione della mobilità e all'ingresso prematuro in residenze assistite. Secondo i risultati dello studio Argento, gli anziani cadono il 48% delle volte fuori casa. Dentro casa gli ambienti a maggior rischio sono: la cucina (25%), la camera da letto (22%), le scale interne ed esterne (20%), il bagno (13%). Passi d'Argento (PdA) è un sistema di sorveglianza a rilevanza nazionale dedicato alla popolazione con 65 anni e più, fornisce informazioni sulle condizioni di salute, abitudini e stili di vita e sui bisogni di cura e assistenza specifici della popolazione anziana, ma con uno sguardo nuovo al fenomeno dell'invecchiamento, a partire dalla definizione di invecchiamento attivo voluta dall'OMS. Il modo con cui una persona cade determina il tipo di lesione: le fratture del polso si verificano quando si cade</p>
--	---------------	--------------	------------------------	---------------------------------	---

					<p>in avanti o all'indietro, appoggiandosi a terra con la mano, le fratture dell'anca si verificano tipicamente quando si cade sul lato, mentre le cadute all'indietro sui glutei sono associate più raramente a fratture.</p>
--	--	--	--	--	--

(Brunner & Suddarth, 2017)

<p>Secondo la scala VIP (Visual Infusion Phlebitis Scale), il punteggio 3 indica che sono presenti tutti questi segni...</p>	<p>Dolore lungo il decorso della vena, eritema, indurimento, cordone palpabile; c'è indicazione a rimuovere la cannula e si ritiene probabile la necessità di trattare la flebite</p>	<p>Dolore lungo il decorso della vena, eritema, indurimento; c'è indicazione a rimuovere la cannula e si ritiene probabile la necessità di trattare la flebite</p>	<p>Dolore lungo il decorso della vena, eritema, gonfiore; c'è indicazione a rimuovere la cannula e si ritiene necessario trattare la flebite</p>	<p>Dolore lungo il decorso della vena, eritema, indurimento, cordone palpabile; c'è indicazione a rimuovere la cannula e si ritiene necessario trattare la flebite</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La flebite è un esito di eventi di tipo chimico-biologico, infettivo o meccanico che abbiano condotto all'infiammazione della parete interna delle vene. Per valutare se il paziente ha una flebite, la gravità della stessa e il tipo di intervento, occorre innanzitutto osservare e palpare il sito di infusione. Il dolore è uno dei segni precoci più comuni. Inoltre per valutare il grado di flebite occorre utilizzare una scala di valutazione standardizzata e documentare il punteggio e la successiva azione intrapresa in base ai segni e ai sintomi rilevati. Una valutazione infermieristica prevede: l'ispezione del sito di introduzione del dispositivo venoso per escludere segni di infiammazione o di infezione, la palpazione del sito per rilevare il calore e/o la presenza di un cordone palpabile lungo la vena, la rilevazione della presenza di dolore a livello del sito di infusione da parte del paziente. La Infusion Nurses Standards of Practice raccomanda l'utilizzo della scala Visual Infusion Phlebitis score, finalizzata alla valutazione del grado di flebite in base ai segni e ai sintomi presenti. Occorre tuttavia segnalare che esistono numerose scale per valutare la flebite, ma non vi è ancora consenso su quale sia la scala da preferire. L'utilizzo di scale di valutazione diverse fa sì che non vi siano dati uniformi anche riguardo all'incidenza e alla gravità della flebite. La scala VIP prevede l'assegnazione di uno score da 0 a 5. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 se il sito endovenoso appare sano, senza alcun segno di alterazione. In tal caso non è presente alcun segno di flebite. È indicato solo di osservare e rivalutare il sito/device - 1 se dopo il controllo si evidenzia sul sito di inserzione o un leggero dolore alla palpazione, o un leggero rossore. In tal caso siamo davanti a un possibile primo segno di flebite. È indicato mantenere sotto osservazione sito/device - 2 se nel sito di inserzione solo presenti almeno due
---	---	--	--	--	---

					<p>segni tra dolore, arrossamento o gonfiore. In tal caso si ha una fase iniziale di flebite. Se presente, è consigliabile rimuovere e riposizionare il device</p> <ul style="list-style-type: none">- 3 se sono presenti tutti i segni cioè dolore lungo il percorso del device, arrossamento attorno al sito di inserzione e/o gonfiore. La flebite si trova nella fase intermedia. È raccomandabile rimuovere il device e valutare se la zona è da trattare- 4 se tutti i segni sono evidenti ed ampi cioè dolore lungo il percorso del vaso o del device, eritema attorno al sito, gonfiore, indurimento o presenza di cordone venoso. In tal caso stiamo constatando una fase avanzata di flebite, o addirittura siamo di fronte all'insorgenza di una tromboflebite. È consigliabile in tal caso rimuovere e riposizionare il device e valutare se è da trattare- 5 se tutti i segni sono evidenti ed ampi cioè dolore lungo il percorso del vaso o del device, eritema attorno al sito, gonfiore, indurimento o presenza di cordone venoso. In tal caso siamo in presenza di una fase avanzata di tromboflebite. È consigliabile in tal caso rimuovere e riposizionare il device e iniziare il trattamento. Maggiore sarà il punteggio, maggiore sarà la gravità dell'infiammazione e maggiore sarà, quindi, la portata degli interventi da pianificare. <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Quale di queste affermazioni è vera rispetto ai fattori che influenzano l'insorgenza di UdP?</p>	<p>Basse pressioni esercitate per lunghi periodi sono dannose tanto quanto elevate pressioni per breve durata</p>	<p>Elevate pressioni esercitate per breve durata sono molto più dannose che basse pressioni per lunghi periodi</p>	<p>Basse pressioni esercitate per lunghi periodi sono molto più dannose di elevate pressioni per breve durata</p>	<p>Nessuna delle precedenti, non ci sono evidenze scientifiche in materia che confrontino questi due fattori</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La misurazione del rischio dei pazienti di sviluppare Lesioni da Pressione è il primo passo da compiere per una corretta pianificazione degli interventi di prevenzione. Tale misurazione deve essere effettuata impiegando strumenti validati quali scale di valutazione. Esistono differenti scale di valutazione utilizzate per la definizione di questo rischio: tra tutte, le più utilizzate sono la scala di Norton e quella di Braden. I fattori di rischio implicati nell'insorgenza delle LdP si possono suddividere in: fattori intrinseci, legati al paziente e fattori estrinseci, legati all'ambiente. Tra i fattori estrinseci ritroviamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stress meccanico, ad es. frizione quando il paziente viene mobilizzato) - inadeguata rimozione della compressione nel paziente allettato - interventi chirurgici senza rimozione della compressione per oltre 2.5 ore - riduzione della temperatura della sede di compressione (cellule ed enzimi sono maggiormente attivi a temperatura corporea) - essiccazione della medicazione (la guarigione è facilitata in ambiente umido) - utilizzo di steroidi che abbassano le difese dell'organismo e riducono i processi riparativi - alto turnover e carenze nei flussi informativi tra operatori sanitari. <p>È opportuno ricordare che sia lo stress meccanico che le basse pressioni esercitate per lunghi periodi sono dannose tanto quanto elevate pressioni di breve durata; infatti la pressione bassa, continua e costante, attiva processi ischemici locali dando avvio al danno tissutale. Alcuni dei fattori intrinseci sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - malnutrizione (albumina sierica < 3,5 g/dL, linfociti <1200 mm³, diminuzione del peso corporeo superiore al 15%) - ipoproteinemia che aumenta la vulnerabilità
--	---	--	---	--	--

					<p>all'ischemia</p> <ul style="list-style-type: none">- anemia, quindi ipossigenazione- età avanzata, che comporta modificazioni della cute- ridotte difese immunitarie con ritardata riparazione/cicatizzazione dei tessuti- incontinenza con conseguente macerazione- perdita di sensibilità che genera la compromissione del meccanismo riflesso del cambio di postura;- ipoperfusione e ischemia- malattie cardiovascolari e respiratorie, quindi alterata circolazione ematica e quindi di conseguenza ipossia tissutale- obesità che comporta un carico eccessivo sulle prominenze ossee- magrezza che comporta riduzione dei tessuti che fanno da cuscinetto tra la cute e le prominenze ossee- Diabete Mellito con conseguente angiopatia- disidratazione con aumentata ipoperfusione tissutale- immunodepressione- fumo di sigaretta con conseguente fibrosi del derma <p>(LG NPUAP - EUAP, 2014)</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Il codice deontologico dell'infermiere afferma che l'infermiere deve obbligatoriamente erogare prestazioni incentrate sulle prove di efficacia. Questa affermazione è...</p>	<p>Falsa, è previsto dal profilo professionale</p>	<p>Falsa, è uno standard di buona condotta professionale</p>	<p>Vera, è previsto all'Articolo 10 del Codice Deontologico</p>	<p>Vera, è previsto nel capo dedicato al rapporto con la persona assistita</p>	<p>Risposta corretta L'Art. 10 del Codice Deontologico del 2019 "Conoscenza, formazione e aggiornamento" afferma che l'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina. L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale. È quindi un impegno di fondo della professione, non solo verso l'assistito, ma anche verso i colleghi stessi. Nel profilo Professionale dell'infermiere (DM 739/1994) si afferma che l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'infermiere diventa un professionista sanitario e come tale acquisisce l'onere della responsabilità giuridica del proprio operato, responsabilità che può essere di natura penale, civile e disciplinare. Attraverso il DM 739/94 viene inoltre individuato il potenziale operativo dell'assistenza infermieristica: il comma 2 dell'Articolo 1, afferma che "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria".</p> <p>(Calamdrej, Orlandi, 2008)</p>
--	--	--	---	--	---

<p>I seguenti sono tutti aspetti del brainstorming, tranne uno: quale?</p>	<p>È adatto solo per piccoli gruppi</p>	<p>Si attua in contesti lavorativi in cui si voglia promuovere un cambiamento</p>	<p>È una tecnica partecipativa utile per la formazione e/o addestramento</p>	<p>Richiede un conduttore direttivo per assicurare democrazia interna</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Il brainstorming è una tecnica molto utilizzata nei gruppi in cui si voglia arrivare ad una decisione con il coinvolgimento di tutto il gruppo. Si basa sulla creatività, sulla comunicazione e sull'eterogeneità del gruppo: le persone vengono orientate ad un metodo collettivo di immaginazione, di creatività, non richiede pertanto un conduttore direttivo per assicurare democrazia interna, ma si sviluppa nel gruppo un atteggiamento elastico, interrogativo, di apertura. Sinteticamente consiste, dato un problema, nell'organizzare una riunione in cui ogni partecipante propone liberamente soluzioni di ogni tipo al problema, senza che nessuna di esse venga minimamente censurata. Le due regole principali per la gestione e realizzazione del brainstorming sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. non criticare mai le idee degli altri, ogni rivoluzione dell'idea iniziale è benvenuta, la qualità deve accompagnare il processo creativo 2. ogni idea va perfezionata, sempre. <p>Il risultato principale di una sessione di brainstorming può consistere in una nuova e completa soluzione del problema, in una lista di idee per un approccio ad una soluzione successiva o in una lista di idee che si trasformeranno nella stesura di un programma di lavoro per trovare in seguito una soluzione. Uno strumento metodologico che facilita l'impiego di questa tecnica è quello delle mappe mentali o concettuali che permettono di rappresentare graficamente gli spunti via via che emergono in chiave grafica. Oggi il brainstorming si fa anche online: sono tanti i software che aiutano a creare delle sessioni di lavoro anche a distanza.</p> <p>(Calamandrei et al., 2009)</p>
---	---	---	--	---	--

<p>Il periodo di tempo necessario per raggiungere il nadir delle cellule ematiche dopo la somministrazione della chemioterapia dipende da agenti specifici. Per la maggior parte dei farmaci antineoplastici, il nadir si verifica dopo...</p>	<p>10 giorni</p>	<p>4 ore</p>	<p>1 mese</p>	<p>24 ore</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La terapia con farmaci antitumorali è gravata spesso da importanti effetti collaterali. Di norma questi sono classificati a seconda del tempo di latenza che impiegano per manifestarsi in: immediati (insorgono subito), precoci (entro alcuni giorni) e tardivi (entro settimane). Gli effetti tossici precoci degli antitumorali coinvolgono i tessuti a rapido turnover cellulare, principalmente la cute, le mucose (cavo orale con l'insorgenza di mucositi, intestino con diarrea) e il sistema emopoietico, con la comparsa di anemia, leucopenia, piastrinopenia. Quindi la maggior parte dei farmaci chemioterapici induce tossicità midollare, cioè la distruzione delle cellule staminali e progenitrici contenute nel midollo osseo. In maniera più o meno selettiva, tutte e tre le linee ematopoietiche sono compromesse: globuli rossi, globuli bianchi e piastrine. Tuttavia, dato che l'emivita dei neutrofili è di 6-8 ore, quella delle piastrine è di 5-7 giorni e quella dei globuli rossi è di 50-65 giorni, è intuitivo che la prima manifestazione della chemioterapia è la neutropenia, mentre l'anemia è l'ultima a comparire. Il periodo di tempo necessario per raggiungere il nadir (cioè il punto più basso dei valori nel tempo) delle cellule ematiche dopo la somministrazione della chemioterapia dipende dagli agenti specifici: per la maggior parte dei farmaci antineoplastici il nadir si verifica dopo 10 giorni e il recupero avviene in 3-4 settimane, mentre per gli altri (melfalan, dacarbazina, procarbazina e busulfano) il nadir si verifica dopo 2-4 settimane e il recupero avviene in 6-8 settimane.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
---	------------------	--------------	---------------	---------------	--

<p>Tutte le seguenti affermazioni sul tamoxifene sono vere, tranne una: quale?</p>	<p>Le vampate di calore possono essere considerate un effetto collaterale del tamoxifene</p>	<p>Il tamoxifene, alla dose di 20mg/die, è raccomandato per le donne con neoplasie con recettori estrogenici positivi o sconosciuti</p>	<p>La somministrazione di tamoxifene è raccomandata per le donne affette da neoplasia non endocrina responsiva</p>	<p>Nelle donne in terapia con tamoxifene deve essere indagato ogni sanguinamento vaginale</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'ormonoterapia, o terapia ormonale, consiste nella somministrazione di farmaci in grado di interferire con l'attività degli estrogeni, ormoni ritenuti coinvolti nell'insorgenza e nello sviluppo di almeno due terzi dei tumori mammari. Per tale motivo si ritiene che la loro riduzione possa essere un trattamento efficace. I meccanismi di azione fondamentali dell'ormonoterapia sono sostanzialmente tre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - impedire alla cellula tumorale di essere influenzata dagli ormoni prodotti dall'organismo attraverso la somministrazione di un antiestrogeno (Tamoxifen) - inibire la produzione di estrogeni, bloccando l'azione di un enzima (aromatasi) che trasforma gli androgeni in estrogeni (inibitori dell'aromatasi) - inibire la produzione degli estrogeni prodotti dalle ovaie, utilizzando gli analoghi dell'LHRH (ablazione ovarica) <p>Il tamoxifene appartiene alla classe degli antiestrogeni. Il meccanismo di azione di tali sostanze consiste nell'impedire che l'estrogeno si combini con le cellule tumorali e ne stimoli la crescita. Può essere attivo sia nelle donne che non hanno raggiunto la menopausa (stato pre-menopausale), sia nelle donne che sono già in menopausa (stato post-menopausale). È un farmaco raccomandato per le donne che presentano neoplasie con recettori estrogenici positivi o sconosciuti, alla dose di 20mg/die, indipendentemente dall'età delle assistite; risulta invece inefficace nelle neoplasie non endocrino responsive. Il tamoxifene può presentare effetti collaterali, quali vampate di calore, turbe della coagulazione, sanguinamenti vaginali, carcinoma dell'endometrio: è quindi necessaria l'indagine accurata di ogni manifestazione di sanguinamento vaginale.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
---	--	---	--	---	---

<p>Il neglet...</p>	<p>Rappresenta un deficit cognitivo determinato da una lesione situata nell'emisfero sinistro</p>	<p>È un disturbo della mobilità conseguente a emiplegia</p>	<p>È un disturbo della cognizione spaziale</p>	<p>È un disturbo della mobilità conseguente a emiparesi</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La negligenza spaziale unilaterale (NSU), nota anche come eminegligenza spaziale o sindrome neglect o eminegligenza spaziale unilaterale, è un disturbo della cognizione spaziale nel quale, a seguito di una lesione cerebrale, il paziente ha difficoltà ad esplorare lo spazio controlaterale alla lesione e non è consapevole degli stimoli presenti in quella porzione di spazio esterno o corporeo e dei relativi disordini funzionali. Più frequentemente la lesione è situata nell'emisfero destro ed il deficit si manifesta in un'incapacità di orientare l'attenzione in direzione opposta alla lesione quindi verso sinistra. Benché possano presentarsi insieme, la negligenza spaziale unilaterale è una condizione diversa dall'emianopsia, dove vi è un deficit del campo visivo causato generalmente da un danno alle vie ottiche (chiasma, tratto ottico, radiazione ottica, aree visive primarie). Nella NSU vi è invece una lesione di aree corticali di ordine superiore, tanto è vero che si continuano a riscontrare potenziali evento-correlati nella corteccia visiva primaria, a dimostrazione del fatto che l'elaborazione sensoriale non è danneggiata. Analogamente, la NSU è distinta dall'emianestesia e dall'emiplegia. Oltre alla mancanza di consapevolezza dello spazio controlaterale, sono presenti altri deficit come riduzione delle capacità attentive, tendenza patologica a focalizzarsi sui dettagli, basse capacità di memoria visuospatiale e deficit nella pianificazione ed esecuzione di attività nell'emispazio controlaterale. Possono essere presenti anche deficit motori, rappresentativi, attenzionali ed esplorativi sempre per l'emispazio sinistro. Le manifestazioni della negligenza spaziale unilaterale sono molteplici e, poiché sono parti di una sindrome, possono variare moltissimo da un soggetto ad un altro. Può capitare infatti che due pazienti affetti da questa patologia manifestino segni totalmente diversi da uno all'altro, pur essendo considerati entrambi affetti da neglect.</p>
----------------------------	---	---	--	---	--

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

<p>L'onda T all'ECG normale, registrato con derivazione I, rappresenta...</p>	<p>Ripolarizzazione atriale</p>	<p>Depolarizzazione atriale</p>	<p>Polarizzazione ventricolare</p>	<p>Ripolarizzazione ventricolare</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>L'elettrocardiogramma (ECG) è la riproduzione grafica dell'attività elettrica del cuore durante il suo funzionamento, registrata a livello della superficie del corpo. Nell'ECG a 12 derivazioni, quattro elettrodi sono posizionati sugli arti del paziente e sei sulla superficie del torace. La grandezza complessiva del potenziale elettrico del cuore viene quindi misurata da dodici diversi angoli (derivazioni) e viene registrata per un periodo di tempo (in genere dieci secondi). In questo modo, l'ampiezza e la direzione generali della depolarizzazione elettrica del cuore vengono catturate in ogni momento e per tutto il ciclo cardiaco. Secondo le convenzioni adottate a livello internazionale, si identificano nella traccia ECG le seguenti onde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onda P, è la prima onda che si identifica nel ciclo. Corrisponde alla depolarizzazione degli atri e ha origine dal nodo senoatriale - Intervallo PR, detto anche intervallo PQ, viene misurato dall'inizio dell'onda P all'inizio del complesso QRS. Nei casi di intervallo PR corto ($PR < 120$ ms) si possono attivare aritmie a frequenza cardiaca elevata, al contrario nei casi di PR lungo ($PR > 200$ ms), parlando di blocco atrioventricolare, potremmo avere delle frequenze cardiache basse - Complesso QRS, si tratta di un insieme di tre onde che si susseguono l'una all'altra, corrispondente alla depolarizzazione dei ventricoli. - Tratto ST, rappresenta il periodo in cui le cellule ventricolari sono tutte depolarizzate e pertanto non sono rilevabili movimenti elettrici, sino all'inizio della ripolarizzazione; ne deriva che di norma il tratto ST è isoelettrico. - Onda T, rappresenta la prima onda della ripolarizzazione dei ventricoli. Non sempre è identificabile, in quanto può essere di ampiezza molto piccola
--	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---

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

<p>Il gruppo sanguigno fenotipo AB presenta nel siero...</p>	<p>Agglutinine anti-A(α) e anti-B(β)</p>	<p>Nessun antigene</p>	<p>Nessuna agglutinina</p>	<p>Agglutinina A e B</p>	<p>Risposta corretta Il gruppo sanguigno è una delle numerose caratteristiche di un individuo e viene classificato tramite la presenza o l'assenza di antigeni sulla superficie dei globuli rossi. Questi antigeni possono essere proteine, carboidrati, glicoproteine o glicolipidi dipendenti dal sistema di classificazione usato e alcuni di essi sono presenti anche sulla superficie di altri tipi di cellule di vari tessuti. Sebbene la Società Internazionale delle Trasfusioni di Sangue riconosca ad oggi 30 diversi sistemi di classificazione dei gruppi sanguigni, la maggior parte degli antigeni secondari (che sono collocati nella parte più superficiale dei globuli rossi) non determinano un cambiamento del gruppo di riferimento studiato inizialmente da K. Landsteiner. Fra le varie metodiche di classificazione che sono meno conosciute e impiegate, ricordiamo: il sistema MNS, il sistema Kell e il sistema Lewis, i quali si differenziano per essere positivi o negativi per ogni modello di gruppo sanguigno che rientra nella lista ufficiale e riconosciuta. Approfondiamo brevemente il Sistema AB0. Tutti i mammiferi presentano sui globuli rossi l'antigene O, un glicano associato alla membrana plasmatica. Questo è costituito da due residui glucidici: N-acetilglucosamina e galattosio. A quest'ultimo viene poi aggiunto un residuo di fucosio portando alla formazione dell'antigene H. Questa struttura viene ulteriormente modificata da glicosiltransferasi che portano all'aggiunta di residui glucidici per formare i diversi antigeni: galattosioaminoacile nel caso del gruppo A, galattosio nel caso del gruppo B. Gli individui del gruppo AB presentano entrambe le aggiunte. Gli individui del gruppo O sono invece sprovvisti dell'enzima e quindi presentano semplicemente l'antigene H. I 4 gruppi sanguigni del sistema AB0 sono: O, A, B, AB. Parlando di Fattore Rh si intende proteine idrofobiche non glicosilate, presenti sulla membrana dei globuli rossi. Le agglutinine e gli antigeni del sangue pongono dei limiti</p>
---	---	------------------------	----------------------------	--------------------------	--

					<p>alla possibilità di trasfondere il sangue tra persone appartenenti a gruppi sanguigni diversi.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Gli strumenti della programmazione sanitaria sono...</p>	<p>Piano Sanitario Nazionale, Piano Sanitario Regionale e Statuto aziendale</p>	<p>Piano Sanitario Regionale, Piano Attuativo Locale e Statuto aziendale</p>	<p>Piano Sanitario Nazionale, Piano Sanitario Regionale e Piano Attuativo Locale</p>	<p>Piano Sanitario Nazionale, Piano Sanitario Regionale e Programma Nazionale Esiti</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La programmazione sanitaria è un processo che consente di orientare, e/o di adattare, un'organizzazione sanitaria al soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione/comunità di riferimento, attraverso un iter razionale e realistico costituito dalle seguenti fasi: identificazione degli obiettivi di salute, fornitura dei mezzi necessari al loro raggiungimento, monitoraggio del percorso, valutazione dei risultati, ridefinizione degli obiettivi. La programmazione è un metodo di governo che dovrebbe garantire l'assunzione di scelte consapevoli (assunte conoscendo le loro conseguenze) e coerenti (non in contraddizione tra loro, né con quelle esercitate tra i settori collegati in qualche modo a quello sanitario). Nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) coesistono diversi ambiti di programmazione sanitaria. L'attività di programmazione sanitaria nazionale, nel complesso equilibrio di rapporti tra le competenze dello Stato, delle Regioni e degli Enti locali stabilisce gli obiettivi del SSN (obiettivi di salute e obiettivi di assistenza) e in relazione ai problemi fondamentali della popolazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - individua le linee generali per il miglioramento continuo della qualità, le linee generali per la ricerca, lo sviluppo, la formazione - definisce inoltre i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) come l'elemento unificante tra federalismo ed equità - non stabilisce però le azioni da attuare per il raggiungimento degli obiettivi, in quanto ambito di competenza regionale <p>Le principali attività di programmazione sanitaria regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prevedono l'individuazione degli obiettivi specifici di salute sulla base di un'analisi capace di evidenziare i principali bisogni - definiscono il modello di organizzazione dei servizi sanitari sul proprio territorio, formulando indirizzi per la riorganizzazione dell'offerta del Servizio Sanitario
--	---	--	--	---	---

					<p>Regionale (rete ospedaliera, rete territoriale, riequilibrio ospedale-territorio, messa in rete dei servizi, modalità di integrazione socio-sanitaria degli interventi, programmi per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni)</p> <p>- infine collabora alla definizione delle attività di programmazione sanitaria all'interno delle aziende sanitarie (meccanismi di programmazione e controllo rispettivamente strategico, di gestione e operativo)</p> <p>Di fondamentale importanza per il conseguimento degli obiettivi di salute e delle finalità del sistema sanitario è la coerenza tra le linee di programmazione istituzionale (nazionale e regionale) e i meccanismi di programmazione aziendale volti al soddisfacimento dei bisogni del paziente e all'economicità dell'organizzazione.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>I principi fondamentali della bioetica sono...</p>	<p>Le leggi dello Stato italiano</p>	<p>Beneficienza, non maleficenza, equità, autonomia</p>	<p>Principi d'ispirazione religiosa</p>	<p>Autonomia, beneficenza, giustizia</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La bioetica rappresenta lo studio sistematico delle dimensioni morali (caratterizzate dalla visione morale, dalla capacità decisionale, dalla condotta, dalle azioni politiche) delle scienze della vita e della cura della salute, attraverso una varietà di metodologie applicate in un contesto interdisciplinare in quanto particolarmente affine ai fenomeni della vita organica, del corpo, della generazione, dello sviluppo dell'organismo, della salute, della malattia e della morte. Non è una disciplina autonoma e indipendente: comprende problematiche legate al progresso della conoscenza e delle tecniche biologiche, ma un adeguato approfondimento riporta alle questioni e agli atteggiamenti etici fondamentali, concernenti l'uomo in quanto anima e corpo, spirito e materia, organismo capace di azioni e interazioni significanti e simboliche eccedenti il campo d'indagine della biologia. La bioetica si caratterizza così come un sapere interdisciplinare che, a partire dai dati della biologia e della medicina, ne analizza le componenti etiche e le eventuali implicazioni giuridiche per cercare di costruire un consenso rispetto alle situazioni e ai nodi problematici di tali pratiche e di tali conoscenze. In particolare, per quanto riguarda la sua applicazione in medicina, vi è stato un riferimento ed un recupero forte della tradizionale etica medica, a partire dalla quale si sono individuati 4 principi, riconosciuti come finalità implicite di questa pratica, cui fare riferimento in senso regolativo. Essi sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. il principio di autonomia, con il quale si riconosce e si afferma il dovere di rispettare l'individuo nella sua autonomia, il suo diritto ad avere delle opinioni, a compiere delle scelte e ad agire in base a valori e convinzioni personali, nonché il dovere di promuovere l'autonomia dei diversi soggetti coinvolti nel processo di cura 2. il principio di beneficenza che è teso alla prevenzione o rimozione di un danno ed alla promozione del bene del
--	--------------------------------------	---	---	--	--

					<p>paziente. Esso si struttura come versione positiva del principio di non-maleficenza con il quale si riprende il tradizionale principio ippocratico del primum non nocere e si afferma il dovere di non provocare intenzionalmente un danno</p> <p>3. il principio di giustizia che sottolinea l'esigenza di equità e giustizia della pratica medica e sanitaria e introduce la dimensione socio-economica e politica tra i fattori determinanti questo settore</p> <p>(Reich, 1995)</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Nel follow-up seguente ad annessectomia, quali indicazioni darà l'infermiere all'assistita?</p>	<p>Sottoporsi a visita ginecologica ogni 6 mesi nel primo anno dopo l'intervento</p>	<p>Eeguire un dosaggio del Ca 125 ogni 3-4 mesi nel primo anno dopo l'intervento</p>	<p>Eeguire una TAC di controllo dopo un anno dall'intervento</p>	<p>Sottoporsi ad esame clinico ogni 3-4 mesi nei primi due anni dopo l'intervento</p>	<p>Risposta corretta Con i termini cancro e tumore si fa riferimento ad una condizione patologica caratterizzata dalla proliferazione non controllata di cellule che hanno la capacità di infiltrarsi nei normali organi e tessuti dell'organismo, alterandone la struttura e il funzionamento. Il cancro ha anche la capacità di localizzarsi a distanza dalla malattia primitiva ed in questo caso si parla di malattia secondaria o metastatica. I tumori si dividono in tumori solidi (caratterizzati da una massa compatta di tessuto) e tumori del sangue (es. linfomi e leucemie). Il cancro all'ovaio è dovuto alla proliferazione incontrollata delle cellule dell'organo, il più delle volte le cellule epiteliali, ovvero non quelle che producono gli ovuli. Anche le cellule germinali possono, però, essere all'origine di una forma tumorale. Tra i fattori di rischio per il cancro dell'ovaio ritroviamo l'età: la maggior parte dei casi viene identificata dopo l'ingresso in menopausa, tra i 50 e i 69 anni. Altri fattori di rischio sono la lunghezza del periodo ovulatorio, ossia un menarca (prima mestruazione) precoce e/o una menopausa tardiva e il non aver avuto figli. La diagnosi si effettua mediante l'esame pelvico, ossia la visita ginecologica e la palpazione dell'addome. Nella valutazione clinica sono importanti l'età della paziente, le dimensioni e la consistenza delle ovaie. Per il tumore ovarico epiteliale occorre precisare però che non vi sono evidenze chiare relative al fatto che una diagnosi precoce di recidiva migliori le aspettative di vita. Nella pratica clinica è in uso il controllo periodico con esame clinico, visita ginecologica e dosaggio di Ca 125 ogni 3-4 mesi nel primo anno, mentre dal secondo al quinto anno i controlli vengono eseguiti ogni 6 mesi. Una ecografia addome-pelvi di controllo viene comunque eseguita ogni 6 mesi. La TAC è consigliata solo nel caso in cui si noti un aumento rilevante del marker Ca 125. Il trattamento prevede l'intervento chirurgico, chemioterapia e radioterapia.</p>
---	--	--	--	---	--

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

<p>Rispetto a carenze di servizio o organizzative, la responsabilità dell'infermiere è...</p>	<p>Relativa, in quanto la sua autonomia decisionale in materia organizzativa del servizio di appartenenza è limitata</p>	<p>In causa, poiché vi è un impegno attivo da parte dell'infermiere a creare le situazioni più favorevoli possibili nei confronti dei pazienti</p>	<p>Limitata, in quanto ne risponde in prima persona il responsabile del servizio</p>	<p>Fuori causa, poiché l'infermiere non ha né un impegno attivo né potere decisionale in merito</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La responsabilità professionale rappresenta l'insieme degli obblighi e dei doveri giuridici e morali di colui che è chiamato a rispondere in prima persona di un fatto o di un atto compiuto nell'esercizio delle proprie funzioni con piena autonomia decisionale e che opera con l'obiettivo di garantire un'adeguata assistenza alla singola persona. La responsabilità ha in sé due accezioni che si distinguono in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - positiva, o ex ante, che deriva dalla consapevolezza di dover mantenere un comportamento corretto (il "non nuocere" dell'Art. 9 del Codice Deontologico 2009) e di doversi assumere gli obblighi previsti dalla professione, dalle Leggi e dal Codice Deontologico - negativa, o ex-post, che si esplica nel dover rispondere del proprio comportamento davanti a qualcuno che giudica <p>Se la valenza positiva della responsabilità obbliga il professionista a fare i conti con sé stesso e con la sua coscienza, la sua valenza negativa porta l'infermiere di fronte ad un giudice che valuterà l'effettiva quantità e qualità della sua non responsabilità. Secondo il Codice Deontologico, l'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito. Rispetto alle carenze di servizio e organizzative, nell'interesse primario degli assistiti, l'infermiere deve compensare alle carenze e ai disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Vi è quindi un impegno a mettere in primo piano l'interesse e la tutela dell'assistito in qualsiasi situazione, orientando i servizi e la loro organizzazione nell'ottica del o dei suoi fruitori.</p> <p>(Lattarulo P., 2011)</p>
--	--	--	--	---	---

<p>Quale tra i seguenti non rappresenta un concetto fondamentale della teoria di Orem?</p>	<p>Sostituirsi nell'assistenza</p>	<p>Promuovere l'autoassistenza</p>	<p>Sistemi infermieristici</p>	<p>Deficit di autoassistenza</p>	<p>Risposta corretta Secondo Orem ciò che spinge l'uomo a chiedere l'intervento dell'infermiere è la condizione di deficit della cura di sé, ovvero di pratiche quotidiane che gli individui compiono in autonomia al fine di conservare la vita, la salute e il benessere. La teoria generale del Nursing secondo Orem è un insieme integrato di tre teorie specifiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. teoria della cura di sé; riguarda fattori universali, evolutivi e legati all'alterazione dello stato di salute associati ai processi vitali e al mantenimento dell'integrità e del funzionamento della struttura umana (i fattori evolutivi o di sviluppo dipendono dalla maturità del singolo individuo o dal verificarsi di particolari eventi) 2. teoria del deficit della cura di sé; quando le richieste terapeutiche di self-care superano le capacità di autocura si instaura una condizione deficitaria che può essere parziale o completa 3. teoria di sistemi di assistenza infermieristica; rappresenta la componente organizzativa del Nursing, descrive l'assistenza infermieristica e la relazione tra infermiere e assistito, entrambe necessarie per risolvere i deficit individuati <p>Tra i sistemi di assistenza infermieristica si individuano quello totalmente compensatorio (l'infermiere agisce direttamente per il soddisfacimento dei requisiti di self-care del paziente), quello parzialmente compensatorio (vi è cooperazione tra infermiere e assistito) e quello educativo e di supporto (l'infermiere guida, controlla ed educa il paziente circa abilità e conoscenze utili alla compensazione dei bisogni). Orem definisce quindi il concetto di Nursing come "un'arte praticata operando per la persona disabile, aiutandola a operare da sola o aiutandola a imparare a fare da sola". La teoria infermieristica della Orem ruota quindi attorno a tre concetti fondamentali: la teoria dell'autoassistenza, i deficit di autoassistenza e i sistemi infermieristici. Il</p>
---	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--

					<p>sostituirsi fa riferimento a V. Henderson, per la quale l'infermiere, nell'assistere, può aiutare, sostituirsi o essere il partner per il paziente.</p> <p>(Alligood et al., 2007)</p>
--	--	--	--	--	--

<p>L'Evidence-Based Practice è...</p>	<p>La revisione della letteratura infermieristica pratica tradotta in protocolli</p>	<p>La selezione delle linee guida e la loro raccolta per argomento specifico</p>	<p>Un processo di raccolta dei dati che viene effettuato direttamente sul campo</p>	<p>Un processo sistematico di raccolta, valutazione e buon uso dei risultati della ricerca</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La pratica basata sulle evidenze o prove d'efficacia (in inglese Evidence-Based Practice o EBP) è un approccio interdisciplinare alla pratica clinica che si è diffuso dopo un'introduzione formale nel 1992. Si diffuse inizialmente in ambito clinico come medicina basata sulle evidenze (Evidence-Based Medicine o EBM) e successivamente in altri campi, come l'infermieristica (Evidence-Based Nursing). La pratica basata sulle evidenze (EBP) “implica prendere decisioni per la promozione della salute o sulla cura integrando le migliori evidenze disponibili con l'esperienza professionale, le caratteristiche, lo stato, i bisogni, i valori e le preferenze dei pazienti che siano compatibili con il contesto ambientale e organizzativo. Le evidenze (o prove d'efficacia) sono costituite dai risultati della ricerca che derivano dalla raccolta sistematica di dati attraverso l'osservazione e la sperimentazione, sulla formulazione di quesiti e sulla convalida delle ipotesi. L'EBP sviluppa linee guida individualizzate sulle migliori pratiche per favorire il miglioramento di ogni pratica professionale. È un approccio filosofico che si contrappone alle regole basate sul “buon senso” del folklore e della tradizione. La pratica dell'EBP deve quindi bilanciare e integrare le migliori le evidenze scientifiche, l'esperienza clinica e i valori e le circostanze individuali del paziente, utilizzando non solo le tradizionali competenze diagnostiche, ma anche l'applicabilità delle evidenze rilevanti e le preferenze e circostanze del paziente per scegliere quali azioni intraprendere. Un processo di raccolta di dati che viene effettuato direttamente sul campo è definito accertamento infermieristico.</p> <p>(Chiari, 2006)</p>
--	--	--	---	--	---

<p>La scala di Borg è indicata per...</p>	<p>La valutazione dei gradi di severità della dispnea</p>	<p>La valutazione della percezione dello sforzo fisico</p>	<p>La valutazione del rischio di cadute</p>	<p>L'accertamento del grado di estensione di un'ulcera</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La scala di percezione dello sforzo (RPE, Rate of Perceived Exertion), chiamata anche scala di Borg serve per valutare la percezione soggettiva dello sforzo fisico in relazione all'entità o intensità dello stesso durante l'attività fisica. Essa può essere applicata come sistema integrativo assieme alla misurazione diretta dell'intensità dello sforzo nelle attività cardiovascolari, riconoscibile con i parametri della frequenza cardiaca massima. Può essere utilizzata anche da sola, senza alcun monitoraggio diretto dell'intensità dello sforzo, per persone che praticano l'attività fisica a scopo ricreativo, senza dati fisiologici alla mano per poter risalire all'intensità vera e propria. Poiché la misurazione della frequenza cardiaca (FC) durante l'esercizio può risultare spesso imprecisa a causa di metodi di rilevazione poco accurati, viene comunque suggerito che la Scala RPE possa essere usata come strumento integrativo assieme alla FC per stimare lo sforzo percepito indipendentemente dai battiti cardiaci. I livelli identificati si collocano in una scala da 6 (fatica o intensità nulla, analogo a stare seduti o rilassati) a 20 (sforzo massimale cioè un'intensità massima poco sostenibile) con i seguenti livelli intermedi di sforzo fisico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sforzo estremamente leggero cioè un movimento molto facile - sforzo molto leggero simile ad una normale camminata - sforzo leggero paragonabile all'intensità di un riscaldamento leggero - sforzo abbastanza duro con un'intensità percepita come leggermente impegnativa - sforzo duro con un'intensità percepita come impegnativa - sforzo molto duro con un'intensità percepita come molto impegnativa - sforzo estremamente duro con intensità molto alta che non può essere mantenuta
--	---	--	---	--	---

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

<p>Qual è la più frequente tra le principali complicanze a carico delle stomie e della cute peristomale a 3 mesi dal confezionamento?</p>	<p>Necrosi</p>	<p>Prolasso</p>	<p>Ernia peristomale</p>	<p>Retrazione</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La stomia è un'apertura creata chirurgicamente sull'addome per consentire la fuoriuscita degli effluenti (feci o urine) dall'organismo, poiché un tratto dell'apparato digerente o urinario sono compromessi da una patologia e non possono svolgere le normali funzioni. La stomia può essere: temporanea (in questo caso dopo un periodo di tempo necessario alla guarigione del tratto interessato viene effettuato un nuovo intervento, detto di ricanalizzazione) oppure definitiva (la persona stomizzata dovrà convivere tutta la vita con questo nuovo assetto). In genere la stomia sporge leggermente dall'addome (fino a un massimo di 2 centimetri), favorendone la gestione. Tuttavia, possono esistere due diversi tipi: stomie piane, quando non sporgono rispetto al piano cutaneo e stomie introflesse o retratte che sono rientrate rispetto al piano cutaneo. In questi ultimi due casi è necessario che il prodotto che si adopera per la gestione della stomia presenti una barriera cutanea convessa, le cui caratteristiche aiutino a far sporgere la stomia dall'addome. Nella gestione della stomia è fondamentale proteggere la cute peristomale: dalla sua integrità, infatti, dipende la tenuta della sacca di raccolta degli effluenti e, di conseguenza, la qualità della vita della persona stomizzata. Per questo è importante che nella scelta del presidio si tenga bene a mente il rischio di infiltrazioni, causa primaria dell'alterazione della cute peristomale e di distacco del sistema di raccolta. Le caratteristiche della sacca variano a seconda del tipo di stomia. Le complicanze precoci della stomia intestinale si manifestano entro 30 giorni dall'intervento ed includono l'ischemia/necrosi, la retrazione, la separazione muco-cutanea e l'ascesso peristomale. Le complicanze tardive includono invece l'ernia parastomale, il prolasso, la retrazione e le varici. La retrazione è costituita da tutta/una parte della mucosa stomale che si retrae sotto il piano della cute, può</p>
--	----------------	-----------------	--------------------------	-------------------	--

					<p>coinvolgere anche la cute circostante lo stoma e ciò provoca la trazione del viscere exteriorizzato. Una revisione sistematica identifica le maggiori complicanze precoci e tardive a carico dello stoma e della cute peristomale. I tassi si aggirano dal 12% al 72% e in una tabella riassuntiva identifica proprio la retrazione come la più probabile complicanza a 3 mesi. Le percentuali relative alle complicanze evidenziate sono: retrazione 3-7%, ernia peristomale 0,8%, necrosi e prolasso 0-3%.</p>
--	--	--	--	--	---

(Salvadalea, 2008)

<p>Quali tra i seguenti antibiotici appartiene alla famiglia dei macrolidi?</p>	<p>Amikacina</p>	<p>Gentamicina</p>	<p>Eritromicina</p>	<p>Tobramicina</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>I macrolidi costituiscono una classe di antibiotici di origine naturale. Il capostipite di questa classe è l'eritromicina. Possiedono uno spettro d'azione che può essere paragonabile a quello delle penicilline a medio spettro. I macrolidi vengono somministrati soprattutto per via orale, talvolta sotto forma di formulazioni farmaceutiche gastroresistenti, dal momento che sono instabili nell'ambiente acido dello stomaco. Vengono impiegati soprattutto per il trattamento d'infezioni sistemiche non gravi dell'apparato respiratorio, delle ghiandole mammarie, del fegato, dei reni e della prostata. Gli effetti collaterali che possono manifestarsi durante la terapia con macrolidi sono a carico del tratto gastrointestinale, del fegato e della bile. Più precisamente i macrolidi possono provocare: crampi addominali, disturbi gastrointestinali, ittero colestatico dose-dipendente che può essere anche molto grave. La tobramicina è un antibiotico appartenente alla classe degli aminoglicosidi. È indicato per il trattamento di infezioni delle vie urinarie (somministrazione per via parenterale), setticemie (somministrazione per via parenterale), infezioni delle ossa (somministrazione per via parenterale), infezioni della cute e dei tessuti molli (somministrazione per via parenterale), infezioni dell'apparato gastrointestinale (somministrazione per via parenterale), meningiti (somministrazione per via parenterale), infezioni dei bronchi e dei polmoni (somministrazione per via parenterale), infezioni dell'occhio e degli annessi oculari (somministrazione per via oculare), infezioni polmonari. La tobramicina è ototossica e nefrotossica (rispettivamente, tossica per l'orecchio e per i reni) pertanto, prima di cominciare il trattamento con il farmaco e per tutta la durata dello stesso, dovrebbero essere eseguiti regolari controlli della funzionalità renale e dell'udito. La gentamicina è un antibiotico appartenente alla classe degli aminoglicosidi ed è utilizzata per trattare infezioni</p>
--	------------------	--------------------	---------------------	--------------------	---

					<p>provocate da batteri ad essa sensibili. Infine anche l'amikacina è un antibiotico appartenente alla classe degli amminoglicosidi. Solitamente è impiegata nel trattamento d'infezioni causate da ceppi di Mycobacterium tuberculosis.</p>
--	--	--	--	--	--

(Brunner & Suddarth, 2017)

<p>La scala BRASS...</p>	<p>Si utilizza al momento della dimissione del paziente</p>	<p>Stima il rischio di dimissione protetta</p>	<p>Stima il rischio di ospedalizzazione prolungata</p>	<p>Stima il rischio di ospedalizzazione prolungata e di dimissione difficile</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La dimissione di un paziente dall'ospedale al territorio, al domicilio, presso altre strutture, ma anche nel passaggio da un reparto all'altro è un momento critico nel percorso di qualunque persona, perché si modificano i regimi di cura, cambiano i contesti e gli operatori sanitari, l'intensità e la tipologia degli interventi. La preparazione del paziente alla dimissione è quindi una responsabilità assistenziale, oltre che un diritto del paziente e dei suoi familiari che devono essere coinvolti e accompagnati in tutto il percorso assistenziale. In particolare, occorre porre una specifica attenzione agli scambi informativi su di uno stesso caso e non si può non fare riferimento alla modalità di valutazione della persona e dei suoi bisogni, valutazione che viene inevitabilmente influenzata dal contesto di riferimento. La pianificazione della dimissione è un intervento assistenziale che mira ad assicurare la continuità delle cure; consiste in una serie di passaggi in cui dovrebbero essere analizzati i problemi della persona uno ad uno. Per fare ciò è possibile utilizzare uno strumento di valutazione, l'indice di BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening) che può essere adottato già dal momento dell'ammissione in reparto e che consente di identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile. I dati vengono raccolti compilando la scala, intervistando i parenti o chi assiste il paziente. L'indice di BRASS indaga 10 dimensioni ovvero età, situazione di vita, supporto sociale, stato funzionale, stato cognitivo, modello comportamentale, deficit sensoriali, ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso, problemi clinici attivi, numero di farmaci assunti. Sono identificate 3 classi di rischio: basso (0-10), medio (11-19) e alto (20-40).</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2017)</p>
---------------------------------	---	--	--	--	---

<p>Quelli indicati sono tutti interventi infermieristici che possono essere gestiti dall'infermiere per la presa in carico dell'assistito con peritonite, tranne uno: quale?</p>	<p>Il controllo della rigidità addominale</p>	<p>Il monitoraggio della diarrea</p>	<p>La gestione sondino nasogastrico</p>	<p>La somministrazione della terapia antibiotica</p>	<p>Risposta corretta La peritonite è un'infezione della membrana sierosa che riveste i visceri e la cavità peritoneale dovuta, in genere, a contaminazione batterica. Si distingue in primitiva (quando non c'è evidenza di un focolaio settico) o secondaria (per invasione batterica o azione di agenti chimici a partenza da un focolaio tossi-infettivo del tubo digerente, del sistema epato-bilio-pancreatico, dell'apparato uro-genitale, per necrosi o perforazione di un viscere cavo o per deiscenza anastomotica oppure per un trauma chiuso o aperto). I pazienti affetti da peritonite hanno di solito forti dolori e tendono a restare in posizione fetale. La parete addominale è di solito rigida, il dolore può essere locale o diffuso; i pazienti possono soffrire di nausea, vomito e febbre. I segni della peritonite acuta sono caratterizzati da dolore, reazione della parete addominale (ipertono muscolare o contrattura) e rialzo termico che accompagna sempre la peritonite. La terapia è nella maggior parte dei casi chirurgica e si basa sulla risoluzione delle cause specifiche che hanno portato a un quadro di peritonite acuta. Inoltre si procederà a correggere eventuali squilibri idro-elettrolitici. L'infermiere nella presa in carico dell'assistito mira prioritariamente ad alleviare il dolore, prevenire la disidratazione, mantenere uno stato nutrizionale ottimale, ridurre l'ansia e controllare l'integrità cutanea, mantenere il drenaggio gastrico e somministrare l'antibiotico terapia. La diarrea non rappresenta un segno clinico tipico della peritonite, pertanto non rappresenta un ambito di intervento specifico della presa in carico dell'assistito con peritonite.</p> <p>(Brunner & Suddarth, 2010)</p>
---	---	--------------------------------------	---	--	--

<p>La levo-dopa è un farmaco usato per la cura del Parkinson. Quale tra i seguenti non è un effetto collaterale del farmaco?</p>	<p>Nausea</p>	<p>Tachicardia</p>	<p>Ipotensione</p>	<p>Incoordinazione dei movimenti</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>La malattia di Parkinson sovente definita come morbo di Parkinson (parkinsonismo idiopatico, parkinsonismo primario, sindrome ipocinetica rigida o paralisi agitante) è una malattia neurodegenerativa. I sintomi motori tipici della condizione sono il risultato della morte delle cellule che sintetizzano e rilasciano la dopamina. Tali cellule si trovano nella substantia nigra, una regione del mesencefalo. La causa che porta alla loro morte è sconosciuta. All'esordio della malattia i sintomi più evidenti sono legati al movimento ed includono tremori, rigidità, lentezza nei movimenti e difficoltà a camminare. In seguito possono insorgere problemi cognitivi e comportamentali, con la demenza che si verifica a volte nelle fasi avanzate. La malattia di Parkinson è più comune negli anziani e la maggior parte dei casi si verifica dopo i 50 anni. La levo-dopa è stata per anni il farmaco più utilizzato nel trattamento di sintomi motori e nella cura del Parkinson. Le risposte al farmaco dopo un periodo di somministrazione (variabile dai 3 ai 10 anni) cominciano ad essere mutevoli. Le persone sottoposte a questo trattamento iniziano ad accusare una riduzione della durata dell'effetto farmacologico: si alternano periodi di buona efficacia a periodi in cui invece l'efficacia è scarsa. La levo-dopa determina fastidiosi effetti collaterali come nausea, ipotensione e incoordinazione nei movimenti. Negli ultimi anni, il trattamento di questa patologia ha fatto comunque dei notevoli passi avanti, con l'introduzione dei nuovi dopaminoagonisti, riscuotendo un notevole successo sulla riduzione del tremore e sulla discinesia e permettendo di rinviare di cinque anni il ricorso alla levo-dopa che diventa così un farmaco secondario.</p> <p>(AIFA, 2019)</p>
---	---------------	--------------------	--------------------	--------------------------------------	--

<p>Sta arrivando in degenza un paziente che presenta diagnosi di tumore cerebrale del lobo temporale sinistro. L'assistito presenterà...</p>	<p>Disturbi visivi</p>	<p>Disturbi dell'equilibrio</p>	<p>Perdita di memoria e disattenzione</p>	<p>Disturbi del linguaggio</p>	<p>Risposta corretta Poiché aree diverse del cervello controllano funzioni specifiche, la sede del danno cerebrale determina il tipo di disfunzione conseguente. Inoltre è importante distinguere il lato cerebrale coinvolto, in quanto le funzioni delle due parti del cervello (emisferi cerebrali) non sono identiche. Alcune funzioni cerebrali sono eseguite esclusivamente da uno dei due emisferi, altre funzioni vengono eseguite invece in modo predominante da un emisfero che si definisce dominante per quella funzione, mentre l'altro emisfero viene detto non dominante. Generalmente il danno a carico dei lobi frontali causa la perdita della capacità di risolvere i problemi e di pianificare e svolgere le azioni, come attraversare la strada o rispondere a una domanda complessa (chiamate a volte funzioni esecutive). Ma alcune alterazioni specifiche variano a seconda della parte del lobo frontale danneggiata. Se è danneggiata la parte posteriore centrale del lobo frontale sinistro (area di Broca) le persone possono avere difficoltà ad esprimersi con le parole, un disturbo chiamato afasia di Broca (espressiva). Se è danneggiata la parte centrale del lobo frontale le persone possono diventare apatiche, disattente e non motivate. La loro capacità di pensare si fa molto lenta, come anche le loro risposte alle domande. Se la parte posteriore del lobo frontale (che controlla i movimenti volontari) è danneggiata si può andare incontro a debolezza o paralisi. Poiché ogni lato del cervello controlla principalmente il movimento del lato opposto del corpo, la lesione dell'emisfero sinistro causa debolezza sul lato destro del corpo e viceversa. Se è danneggiata la parte frontale del lobo frontale le conseguenze possono essere: difficoltà a trattenere temporaneamente le informazioni disponibili ad essere elaborate (detta memoria di lavoro), diminuzione della scioltezza di esecuzione, apatia (mancanza di emozioni, interesse e preoccupazione), disattenzione, risposte ritardate alle</p>
---	------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------	---

					<p>domande, mancanza evidente di inibizione, incluso un comportamento inappropriato a livello sociale. Nella maggioranza delle persone una parte del lobo temporale sinistro controlla la comprensione del linguaggio. Se questa parte è danneggiata, ciò può influire drasticamente sulla memoria delle parole, così come sulla capacità di capire il linguaggio, un disturbo chiamato afasia di Wernicke (recettiva).</p>
--	--	--	--	--	---

(Cambier et al., 2008)

<p>Per empowerment del paziente si intende...</p>	<p>L'acquisizione di autonomia massima del paziente</p>	<p>Un nuovo rapporto tra paziente e organizzazioni sanitarie incentrato sull'autonomia del paziente</p>	<p>L'acquisizione di competenze da parte del paziente per la gestione del suo stato di salute, cioè di autonomia funzionale</p>	<p>Un rapporto simmetrico tra paziente e organizzazioni sanitarie incentrato sul rispetto reciproco</p>	<p>Risposta corretta</p> <p>Negli ultimi anni il concetto di empowerment è passato attraverso molteplici e composite trasformazioni e, recentemente, ha acquisito un ruolo di crescente importanza all'interno della letteratura dedicata. Secondo l'OMS, l'empowerment è un processo attraverso il quale le persone/pazienti possono acquisire un maggiore controllo, autonomia e quindi competenze sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la loro salute. L'etimologia della parola suggerisce di suddividere la stessa in sezioni: em – power -ment. Il prefisso "em" viene utilizzato con il significato di "mettere nella condizione di" o anche di "andare verso", riferendosi quindi ad un movimento propositivo verso qualcosa. Il sostantivo "power" viene in genere tradotto letteralmente come "potere", "essere in grado di", "potere di". Infine, il suffisso "ment" definisce al tempo stesso sia un processo, sia un risultato. In sanità fare empowerment di pazienti e cittadini risponde a esigenze etiche, consente una medicina più umana, più capace di integrare clinica e vita, più rispettosa delle persone, con rapporti meno asimmetrici e più soddisfacenti. Oggi abbiamo prove abbastanza consistenti che l'empowerment migliora le cure e la salute della popolazione, tanto che dovremmo considerarlo parte integrante dell'attività sanitaria. Le maggiori evidenze che ha un impatto sulla salute sono nelle patologie croniche (Diabete, cardiopatie, osteoporosi, ecc.), ma sappiamo anche che l'empowerment favorisce la prevenzione, la partecipazione ai programmi di screening, l'accesso alle cure quando servono e la loro buona gestione, come la preparazione a esami, interventi e procedure.</p> <p>(C. Calamdrei, C. Orlandi, 2008)</p>
--	---	---	---	---	---