

1.	<p>Il signor Franco, 62 anni, diabetico, con esiti di pregresso ictus cerebrale (importante afasia e disfagia per liquidi), è ospite da alcuni mesi di un Nucleo di Gravissima Disabilità Acquisita in Casa Residenza. Nel turno pomeridiano l'infermiere rileva uno stato di confusione mentale, astenia e una temperatura di 38,7 °C con brivido in corso. Poco dopo viene chiamato dall'OSS in turno per episodi di conati di vomito.</p> <p>Si analizzi il caso clinico e si stabilisca quali sono le azioni infermieristiche che rispettano cronologia, efficacia e sicurezza per il signor Franco.</p> <ol style="list-style-type: none"> L'infermiere si limita a riferire al medico di struttura la temperatura corporea in quanto unico dato rilevato e a raffreddare il paziente con mezzi fisici, quali ghiaccio e spugnature d'acqua fredda, e decide di delegare all'operatore sociosanitario il posizionamento del sondino nasogastrico. L'infermiere dopo aver accertato l'iperpiressia rileva anche tramite hemoglucotest il valore della glicemia, poiché il paziente si presenta astenico e con sudorazione profusa in atto, quindi rileva pressione arteriosa e frequenza cardiaca. Comunica tempestivamente i parametri al medico, utilizza mezzi fisici quali borse del ghiaccio in zona inguinale e ascellare per ridurre la temperatura, rinnova la biancheria del letto, posiziona il paziente sul fianco sinistro e, inserisce un sondino nasogastrico per facilitare l'eliminazione del ristagno gastrico per ridurre il rischio di ab ingestis. L'infermiere dopo aver accertato l'iperpiressia posiziona il signor Franco semiseduto. Rileva pressione arteriosa e frequenza cardiaca e tramite hemoglucotest il valore della glicemia, poiché il paziente si presenta astenico e confuso. Comunica tempestivamente i valori al medico presente in quel momento in struttura che decide di posizionare un sondino nasogastrico per facilitare eliminazione del ristagno gastrico e ridurre il rischio di ab ingestis. Decide di raffreddare il paziente solo al termine del brivido, con mezzi fisici quali borse del ghiaccio in zona inguinale e ascellare. L'infermiere dopo aver accertato l'iperpiressia rileva la glicemia e procede al prelievo del materiale idrobiliare per esame culturale e chimico-fisico. Raffredda in un secondo tempo il paziente con mezzi fisici e somministra liquidi in attesa di riscontro e del parere medico di struttura.
2.	<p>Il signor Nicola, di anni 92, è ricoverato da cinque anni in Casa Residenza. È affetto da ipertensione in trattamento farmacologico, morbo di Parkinson da sei anni, dislipidemia e diabete mellito di tipo 2, controllato con terapia insulinica. Il paziente ha un'autonomia molto limitata nelle attività di vita quotidiana, è poco collaborante ma comunque mantiene un buon grado di interazione con il personale sanitario. Da circa due settimane viene rilevata la difficoltà ad alimentarsi a causa di disfagia, che ha portato all'applicazione di un sondino nasogastrico in attesa di una valutazione chirurgica per l'applicazione di una PEG. L'infusione enterale viene applicata alle ore 8.00 e rimossa alle ore 22.00, ed è composta da 1000 ml di miscela nutrizionale e 500 ml di acqua.</p> <p>Alle 2.00 l'infermiere di turno, effettuando il giro di controllo, si accorge che il signor Nicola si presenta diaforetico, pallido, non reattivo allo stimolo vocale e scarsamente a quello doloroso. Vengono rilevati i parametri vitali: pressione arteriosa 115/80 mm/Hg, frequenza cardiaca 115 ritmico battiti/minuto, frequenza respiratoria 11 atti/minuto, SpO₂ 94% in aria ambiente, temperatura corporea 36,2 °C, stick glicemico 35 mg/dl.</p> <p>Il candidato valuti il caso proposto e identifichi gli interventi infermieristici che rispettano la cronologia, l'efficacia e la sicurezza per il signor Nicola.</p> <ol style="list-style-type: none"> L'infermiere valuta i parametri vitali, lo stato neurologico, lo stato cutaneo e la terapia farmacologica in prescrizione. Somministra, come da protocollo della struttura, 15 g di carboidrati semplici e a rapido assorbimento tramite sondino nasogastrico, reperisce un accesso venoso e ricontra la glicemia dopo 15 minuti dalla somministrazione di carboidrati per valutare la necessità di una seconda somministrazione di 15 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento: se il valore dello stick glicemico risulta ancora inferiore a 60 mg/dl allerta il medico reperibile. Nell'attesa, monitora il paziente e predispone il materiale per un'eventuale terapia endovenosa o intramuscolare. L'infermiere valuta i parametri vitali, lo stato neurologico, lo stato cutaneo, la terapia farmacologica in prescrizione e allerta il medico reperibile. In attesa dell'arrivo del medico somministra, come da protocollo della struttura, 30 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento tramite sondino nasogastrico, reperisce un accesso venoso, ricontra la glicemia dopo 15 minuti dalla somministrazione di carboidrati per valutare la necessità di una seconda somministrazione di 30 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento. Nell'attesa, monitora il paziente e predispone il materiale per un'eventuale terapia endovenosa o intramuscolare. L'infermiere valuta i parametri vitali, lo stato neurologico, lo stato cutaneo, la terapia farmacologica in prescrizione e allerta il medico reperibile. In attesa dell'arrivo del medico somministra, come da protocollo della struttura, 15 g di carboidrati semplici e a rapido assorbimento tramite sondino nasogastrico. In seguito reperisce un accesso venoso, ricontratta la glicemia dopo 15 minuti dalla somministrazione di carboidrati per valutare la necessità di una seconda somministrazione di 15 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento. Nell'attesa dell'arrivo del medico, monitora il paziente e predispone il materiale per un'eventuale terapia endovenosa o intramuscolare. L'infermiere valuta i parametri vitali, lo stato neurologico, lo stato cutaneo, la terapia farmacologica in prescrizione e allerta il medico reperibile. Nell'attesa monitora il paziente, reperisce un accesso venoso e predispone il materiale per un'eventuale terapia endovenosa o intramuscolare; in seguito prevede alla somministrazione, come da protocollo della struttura, di 30 g di carboidrati semplici e a rapido assorbimento tramite sondino nasogastrico, ricontra la glicemia dopo 5 minuti dalla somministrazione di carboidrati per valutare la necessità di una seconda somministrazione di 30 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento nel caso lo stick glicemico riporti un valore inferiore a 60 mg/dl.

3.	<p>La signora Maria, di 78 anni, è ospite da due settimane della CRA "I Tigli". Nella relazione medica di ingresso, il Medico di Medicina Generale in anamnesi riporta: recente scompenso cardiaco, BPCO, obesità, ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale cronica e diabete di tipo 1. La prima settimana Maria scendeva dal letto autonomamente e provvedeva da sola alla propria igiene personale. Negli ultimi giorni, presenta astenia ingravescente e frequenti episodi di dispnea dopo minimi sforzi, che la costringono a restare a letto tutto il giorno e a diventare quasi completamente dipendente. Al mattino Maria chiede la padella per mangiare e dopo l'igiene intima, durante la mobilitazione nel letto per il cambio della biancheria, gli operatori segnalano un eritema fisso in zona sacrale non rilevato in precedenza: viene calcolato l'indice di Braden che risulta pari a 12.</p> <p>Si analizzi il caso clinico e si stabilisca quali sono le azioni infermieristiche che rispettano cronologia, efficacia e sicurezza per la signora Maria.</p> <ol style="list-style-type: none"> L'infermiere, di fronte a un eritema fisso in zona sacrale, posiziona il materasso antidecubito dinamico, pianifica il cambio posturale per eliminare lo scarico pressorio e il monitoraggio dell'eritema, valutando il rischio potenziale di macerazione da contatto con urine nella zona interessata. L'infermiere, di fronte a un eritema fisso in zona sacrale e a un indice di Braden pari a 12, pianifica il posizionamento di un materasso antidecubito dinamico, il monitoraggio dell'eritema e l'utilizzo del pannolone per ridurre il rischio di macerazione da contatto con urine della zona interessata. L'infermiere, di fronte a un eritema fisso in zona sacrale e a un indice di Braden pari a 12, pianifica il posizionamento di un materasso antidecubito statico a basso scarico pressorio, applica una placca adesiva di idrocolloide sull'eritema per alleviare lo scarico pressorio e posiziona un pannolone per ridurre il rischio di macerazione da contatto con urine della zona interessata. L'infermiere chiede al medico di determinare il rischio di lesione da pressione e di prescrivere eventualmente il posizionamento del materasso antidecubito, nel frattempo applica una placca adesiva di idrocolloide sull'eritema per alleviare lo scarico pressorio e posiziona un pannolone per ridurre il rischio di macerazione da contatto con urine della zona interessata.
4.	<p>Matteo di 68 anni, affetto da malattia di Alzheimer, dopo un periodo di frequenza di un Centro Diurno Integrato è stato ricoverato nel nucleo specialistico per le Demenze a causa del suo globale peggioramento per la presenza di alcuni disturbi del comportamento quali wandering, affaccendamento e aggressività quando stimolato in alcune attività, come l'igiene. Dopo un breve periodo di osservazione iniziale e raccolta dati l'équipe multiprofessionale ha pianificato nel PAI una serie di azioni va gestione delle criticità emerse, ed in particolare le difficoltà nell'esecuzione dell'igiene. Infatti, nelle consegne, è segnalato che Matteo diventa aggressivo durante il momento del bagno al punto che un'operatrice è stata colpita più volte. L'équipe si interroga su quali provvedimenti sia necessario adottare, valutandone pro e contro. Tra questi, è presa in considerazione la sedazione farmacologica, che viene prescritta dal medico. La somministrazione di sedativi, continuata nel tempo, spegne via via l'iniziativa di Matteo, che lentamente si isola e si rinchioda in sé stesso, non camminando più; i famigliari non riescono a contattarlo emotivamente.</p> <p>Si analizzi il caso e si stabilisca quali tra le seguenti azioni infermieristiche e dell'équipe tutelano maggiormente i diritti del signor Matteo rispettando allo stesso tempo i principi e i valori della professione infermieristica, contenuti nel Codice deontologico.</p> <ol style="list-style-type: none"> L'équipe propone al medico, come alternativa alla sedazione, la contenzione fisica: posizionamento di spondine di protezione quando Matteo è a letto e posizionamento di fascia addominale di contenimento e tavolino davanti alla poltrona durante i pasti; il tutto associato all'aumento del numero di OSS durante le attività di igiene. L'équipe ritiene che la sedazione farmacologica sia l'intervento che meglio garantisca la sicurezza di Matteo, impedendogli di farsi male o collocarsi in una situazione di pericolo con il wandering. L'équipe propone al medico, come alternativa alla sedazione, di chiedere al figlio di Matteo, di essere più presente in alcuni momenti della giornata. L'équipe propone al medico, come alternativa alla sedazione, la pianificazione per Matteo, di una serie di interventi di tipo organizzativo (quale quelli di flessibilizzare il momento dell'igiene quando Matteo è più tranquillo) e psico-sociali: attività occupazionali, coinvolgendo una persona di riferimento nell'attività apparse più significative dalla raccolta della storia di vita, adattamenti ambientali, creando percorsi dedicati e protetti per facilitare il wandering e dedicare un'area morbida nella sala soggiorno per favorire il riposo.

5.	<p>Ordinare correttamente le azioni infermieristiche per effettuare la procedura di “Assistenza all’ospite per l’igiene orale”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assistere l’ospite con il filo interdentale, se necessario. 2. Utilizzare una lunghezza adeguata di filo interdentale. Avvolgere il filo interdentale tra le dita, tenendo una quantità di filo tesa tra le dita. 3. Preparare il materiale sul carrellino vicino all’ospite. 4. Garantire la privacy dell’ospite. 5. Inserire il filo delicatamente tra i denti, muovendolo in su e giù fino alle gengive. 6. Incoraggiare l’ospite a spazzolare i denti o assisterlo al bisogno. 7. Umidificare lo spazzolino ed applicare la pasta dentifricia. 8. Porre lo spazzolino con un angolo di 45 gradi rispetto alla linea gengivale e spazzolare dalla linea gengivale fino alla corona di ogni dente. Spazzolare le superfici esterne ed interne. Spazzolare su e giù e tra le superfici dentali e interdentali. 9. Spazzolare la lingua delicatamente con lo spazzolino. 10. Sciacquare vigorosamente la bocca dell’ospite e farlo sputare nella bacinella di plastica. Ripetere la manovra fino a quando le secrezioni sono chiare. 11. Muovere il filo in su e giù, prima da un lato del dente e poi dall’altro lato fino a che le superfici siano pulite. Ripetere la manovra negli spazi interdentali. 12. Educare l’ospite a sciacquare bene la bocca dopo aver usato il filo interdentale. 13. Rimuovere il materiale. <p>A. 4-3-10-7-8-9-6-1-2-5-11-12-13 B. 3-4-6-7-8-9-10-1-2-5-11-12-13 C. 4-3-7-8-6-9-10-1-2-5-11-12-13 D. 3-4-7-6-9-8-10-1-2-13-12-11-5 E. 7-6-4-3-8-9-10-1-2-5-11-12-13</p>
6.	<p>Durante il pranzo l’infermiere viene chiamato dall’OSS per soccorrere la signora Alda che presenta colpi tosse insistenti e fatica a respirare, dopo aver inghiottito un boccone. Il candidato ordini in maniera corretta le azioni infermieristiche per effettuare la “manovra di Heimlich”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valutare lo stato di coscienza dell’ospite. 2. Con l’altra mano afferrare il pugno. 3. Posizionare il pollice piegato appena sopra l’ombelico e sotto il processo tifoideo dell’ospite. 4. Se l’ospite diviene incosciente, posizionarlo delicatamente a terra, supportando la testa e il collo per evitare traumi. 5. Se l’ospite risponde, seguire i protocolli per la gestione delle emergenze previsti dalla struttura. Se è presente una persona mandarla a chiedere aiuto. 6. Posizionarsi in piedi dietro all’ospite e avvolgerlo con le braccia alla vita. 7. Inserire il pollice nel pugno. 8. Eseguire successive compressioni con movimenti separati e completi finché si liberano le vie aeree o l’ospite diviene incosciente. 9. Chiudere una mano a pugno. 10. Spingere le due mani unite nell’addome dell’ospite verso l’alto eseguendo una compressione forte e veloce. <p>A. 1-5-6-9-7-3-2-8-4-10 B. 1-6-5-7-9-3-10-8-2-4 C. 1-6-9-5-7-2-3-8-4-10 D. 1-5-6-9-7-3-2-10-8-4 E. 1-5-6-2-3-7-9-10-8-4</p>

7.	<p>Il signor Franco, dopo un ricovero ospedaliero, rientra in casa residenza con urostomia. Il candidato riordini correttamente le azioni infermieristiche per effettuare la procedura di gestione dell'urostomia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Centrare la placca sopra lo stoma e premere delicatamente sopra la cute dell'ospite, eliminando eventuali grinze o bolle d'aria. 2) Misurare la dimensione dello stoma e tagliare l'anello adesivo 5 cm più grande dello stoma. 3) Far assumere all'ospite una posizione comoda, seduta o sdraiata nel letto oppure una posizione seduta o in piedi nel bagno. 4) Rimuovere l'aria dal sacchetto. La rimozione dell'aria dal sacchetto ne facilita l'applicazione. 5) Svuotare il sacchetto nel cilindro graduato tramite l'apertura inferiore. 6) Indossare i guanti. 7) Lavarsi le mani e osservare le procedure per il controllo delle infezioni. 8) Posizionare delle garze sopra lo stoma e sostituirle quando necessario. 9) Rimuovere la parte posteriore per esporre la parte adesiva della placca. 10) Utilizzare acqua tiepida e sapone neutro per pulire lo stoma ed asciugare l'area senza strofinare. 11) Applicare la protezione per la cute peristomale. 12) Chiudere il sacchetto girando il fondo più volte ed assicurandolo con un morsetto di chiusura. 13) Smaltire tutto il materiale nei contenitori appropriati, rimuovere i guanti e lavarsi le mani. 14) Spiegare all'ospite che cosa si sta facendo e perché e come può collaborare. 15) Rimuovere delicatamente il sacchetto mentre si tiene tesa la cute dell'ospite. 16) Documentare sulla cartella clinica integrata come i risultati saranno utilizzati nella pianificazione futura delle cure o delle terapie. <p>A. 14-7-5-3-15-6-8-10-2-9-11-1-4-12-13-16 B. 14-7-5-6-3-8-15-2-9-10-11-1-4-12-13-16 C. 14-7-3-5-6-10-9-15-2-8-11-1-4-13-12-16 D. 14-7-3-6-5-15-8-10-2-9-11-1-4-12-13-16 E. 14-7-3-5-6-15-8-2-10-11-9-1-4-13-12-16</p>
8.	<p>La signora Maria, dopo esser stata sottoposta ad intervento per frattura di femore, rientra in struttura con un programma di medicazione della ferita chirurgica. Il candidato riordini le azioni infermieristiche necessarie per procedere alla medicazione della ferita chirurgica.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Rimuovere i guanti monouso. 2) Rinforzare la medicazione solo se assolutamente necessario. 3) Far assumere all'ospite una posizione comoda, con la ferita scoperta e ben visibile. 4) Determinare l'estensione dell'accumulo di liquido sieroso sotto la medicazione, lo stato della ferita e la necessità di sostituire la medicazione. Se si è accumulato siero in eccesso, valutare se è necessario sostituire la medicazione trasparente con una medicazione più assorbente come quella idrocolloidale. 5) Indossare i guanti monouso. 6) Lavarsi le mani e osservare le indicazioni per il controllo delle infezioni. 7) Spiegare all'ospite che cosa si sta facendo e perché e come può collaborare. 8) Lasciare o premere delicatamente la medicazione sopra la ferita. 9) Rimuovere la vecchia medicazione. Applicare la medicazione ad un angolo della zona interessata, coprendo almeno 2,5 cm di cute intorno alla ferita. 10) Detergere accuratamente la cute con soluzione fisiologica. Lavare sempre bene la cute prima di applicare la medicazione. 11) Indossare guanti sterili. <p>A. 7-5-1-10-5-9-6-11-4-2-8 B. 7-6-3-9-5-11-10-1-4-2-8 C. 7-3-6-11-1-10-5-9-8-2-4 D. 7-3-6-5-10-9-1-11-4-2-8 E. 7-6-3-9-5-10-1-11-8-2-4</p>

9.	<p>Il candidato, descriva come applicherebbe una medicazione idrocolloidale”, riordinando correttamente le azioni infermieristiche.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ispezionare giornalmente la medicazione per valutare la presenza di materiale di secrezione, lo spostamento della medicazione e il suo odore. 2. Fare assumere all’ospite una posizione comoda che consenta la massima visione della ferita. Scoprire solamente la zona interessata. 3. Documentare tutte le informazioni utili sulla cartella clinico-infermieristica. 4. Rimuovere ed eliminare i guanti utilizzati. 5. Applicare la medicazione idrocolloidale. 6. Spiegare all’ospite che cosa si sta facendo e perché e come può collaborare. 7. Detergere accuratamente la cute con soluzione fisiologica o con altro detergente non aggressivo. Sciacquare sempre bene la cute prima di applicare la medicazione. 8. Lavarsi le mani e osservare le indicazioni per il controllo delle infezioni. <p>A. 2-8-6-5-7-1-4-3 B. 6-8-2-5-7-1-4-3 C. 2-6-8-5-4-7-3-1 D. 2-6-4-5-8-3-7-1 E. 6-8-2-7-5-4-1-3</p>
10.	<p>Ordinare in modo corretto le azioni infermieristiche necessarie per effettuare la procedura di irrigazione della colostomia per il signor Davide, ospite di un Nucleo di Gravissima Disabilità.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lubrificare la punta del beccuccio a cono. 2. Eseguendo un movimento rotatorio, inserire il catetere o il beccuccio a cono nell’apertura sopra il manicotto del drenaggio di irrigazione e delicatamente nello stoma. 3. Inserire il catetere per circa 7 cm. 4. Far assumere un decubito laterale all’ospite allettato. Mettere una traversa monouso vicino all’ospite con la padella sopra la traversa e sotto lo stoma. 5. Rimuovere il sacchetto della colostomia e posizionare il manicotto di drenaggio della medicazione. 6. Lavarsi le mani ed osservare tutte le procedure per il controllo delle infezioni. 7. Inserire delicatamente il dito mignolo nello stoma praticando un’azione di dilatazione. 8. Spiegare all’ospite che cosa si sta facendo e perché e come può collaborare. 9. Lubrificare la punta del dito mignolo inguantato. 10. Quando tutto il liquido è stato introdotto, rimuovere il catetere o il beccuccio a cono per consentire al colon di svuotarsi. 11. Irrigare il colon. 12. Incoraggiare l’ospite autonomo a muoversi per circa 30 minuti. 13. Pulire l’area intorno allo stoma ed asciugarla bene. <p>A. 8-6-4-9-7-1-2-5-3-11-12-13-10 B. 8-6-4-5-9-7- 2-1-3-10-12-11-13 C. 8-6-4-5-9-7-3-2-1-11-12-13-10 D. 8-6-4-5-9-7-1-2-3-11-10-12-13 E. 8-6-5-4-7-9-3-2-1-11-12-13-10</p>

1.	<p>Il sig. Daniele è entrato in casa residenza dopo un periodo di ricovero ospedaliero per comparsa di broncopolmonite e sottoposto a terapia antibiotica. Al sig. Daniele è stata diagnosticata recentemente una demenza senile ma conserva una parziale autonomia di base : deambula con l'aiuto di una persona a piccoli passi e per brevi tragitti. E' portatore di pannolone per incontinenza urinaria e fecale. Il sig. Daniele durante il mattino presenta i seguenti parametri vitali: PA 130/90, FC 82R, TC 37.2 °C, FR 20 atti/minuto, SpO2 93% AA con occasionali rumori respiratori. Nella stessa mattinata riferisce di essersi scaricato due volte con abbondanti scariche liquide, maleodoranti e di colore giallo. Gli OSS informano che si alimenta solo con il cibo fornito dalla struttura. A letto mantiene spesso il decubito per riferita astenia. Dopo circa un'ora l'OSS avvisa il personale sanitario che il signor Daniele ha avuto un altro episodio di scarica simile alle due precedenti e manifesta malessere generale con presenza di pallore cutaneo, L'infermiere rileva i parametri vitali e nota un rialzo termico fino a TC 38,2 °C, FC 99R, FR 14 atti/minuto. Si analizzi il caso clinico e si stabilisca quali sono le azioni infermieristiche che rispettano cronologia, efficacia e sicurezza per il signor Daniele.</p> <p>a) Il rialzo della temperatura corporea rende necessaria la dispersione del calore quindi l'infermiere esegue spugnature fresche e in seguito accerta lo stato di disidratazione del paziente monitorando la secchezza delle membrane mucose e la riduzione del turgore cutaneo, valuta il polso periferico e la diuresi e poi lo invita a bere per compensare l'imminente fase di sudorazione.</p> <p>b) Il rialzo della temperatura corporea rende necessaria la dispersione del calore quindi l'infermiere valuta insieme al medico l'eventuale somministrazione di antipiretico; in seguito, accerta lo stato di disidratazione del paziente monitorando la secchezza delle membrane mucose e la riduzione del turgore cutaneo, valuta il polso periferico e la diuresi e poi lo invita a bere per compensare l'imminente fase di sudorazione.</p> <p>c) L'infermiere assicura un'accurata igiene e applica un prodotto all'ossido di zinco e argento colloidale per proteggere la cute dai danni provocati dalle feci acide e liquide, raccoglie il prima possibile un campione per coprocultura e Clostridium difficile, accerta lo stato di disidratazione ed esegue il bilancio idrico, poi assicura un giusto apporto di liquidi.</p> <p>d) L'infermiere assicura un'accurata igiene e applica un prodotto all'ossido di zinco e argento colloidale per proteggere la cute dai danni provocati dalle feci acide e liquide, assicura un giusto apporto di liquidi, visto il sospetto di trasmissione da contatto predispone un isolamento preventivo, raccoglie il prima possibile un campione per coprocultura e Clostridium difficile e accerta lo stato di disidratazione eseguendo il calcolo del bilancio idrico.</p>
2.	<p>Il signor Guido presenta febbre ricorrente, inappetenza e calo ponderale da qualche settimana (ha perso 4 kg). È affetto da gotta e da cardiopatia ischemica cronica. In seguito al riscontro di ipopotassiemia gli è stata prescritta una terapia infusiva con soluzione fisiologica 500 ml + 20 mEq KCl.</p> <p>Al fine di prevenire l'insorgenza di flebite, quali interventi è necessario pianificare nella fase di inserzione e gestione del dispositivo di accesso venoso periferico?</p> <p>a) Scegliere un ago cannula del calibro più piccolo possibile compatibilmente con le esigenze terapeutiche (osmolarità, pH soluzioni da infondere) e la tipologia di persona assistita; evitare di selezionare una vena in prossimità della piega del gomito; effettuare un'antisepsi della cute con clorexidina 2%; garantire un'adeguata igiene delle mani con soluzione alcolica prima dell'inserzione e a ogni accesso al dispositivo; fissare il catetere con una medicazione trasparente in poliuretano; utilizzare un regolatore di flusso e impostare l'infusione a una velocità di 10-20 mEq KCl/ora; ispezionare a ogni turno il sito e compilare la scala VIP; effettuare lavaggi di flushing e locking con soluzione fisiologica secondo le raccomandazioni.</p> <p>b) Scegliere un ago cannula 18-20 gauge e posizionarlo in prossimità di una grossa vena della piega del gomito; effettuare un'antisepsi della cute con clorexidina 0,5%; garantire un'adeguata igiene delle mani con soluzione alcolica prima dell'inserzione e a ogni accesso al dispositivo; fissare il catetere con cerotto a cravatta; utilizzare un regolatore di flusso e impostare l'infusione a una velocità di 10-20 mEq KCl/ora; ispezionare ogni 24 ore il sito di inserzione e compilare la scala VIP; effettuare lavaggi di flushing e locking con soluzione fisiologica secondo le raccomandazioni.</p> <p>c) Scegliere un ago cannula del calibro più piccolo possibile compatibilmente con le esigenze terapeutiche (osmolarità, pH soluzioni da infondere) e la tipologia di persona assistita; evitare di selezionare una vena in prossimità della piega del gomito; effettuare un'antisepsi della cute con ipoclorito di sodio al 10%; garantire un'adeguata igiene delle mani con acqua e sapone prima dell'inserzione e a ogni accesso al dispositivo; effettuare una medicazione con garza e cerotto; utilizzare un regolatore di flusso e impostare l'infusione a una velocità di 5 mEq KCl/ora; ispezionare ogni giorno il sito e compilare la scala VIP; effettuare lavaggi di flushing e locking con soluzione fisiologica secondo le raccomandazioni.</p> <p>d) Scegliere un ago cannula 18-20 gauge e posizionarlo in prossimità di una grossa vena della piega del gomito; evitare di selezionare una vena in prossimità della piega del gomito; effettuare un'antisepsi della cute con clorexidina 2%; impostare l'infusione a una velocità di 40 gocce al minuto; ispezionare ogni giorno il sito e compilare la scala VIP; i lavaggi di flushing e locking con soluzione fisiologica non sono più raccomandati.</p>

3.	<p>Matteo di 68 anni, affetto da malattia di Alzheimer, dopo un periodo di frequenza di un Centro Diurno Integrato è stato ricoverato nel nucleo specialistico per le Demenze a causa del suo globale peggioramento per la presenza di alcuni disturbi del comportamento quali wandering, affaccendamento e aggressività quando stimolato in alcune attività, come l'igiene. Dopo un breve periodo di osservazione iniziale e raccolta dati l'équipe multiprofessionale ha pianificato nel PAI una serie di azioni va gestione delle criticità emerse, ed in particolare le difficoltà nell'esecuzione dell'igiene. Infatti, nelle consegne, è segnalato che Matteo diventa aggressivo durante il momento del bagno al punto che un'operatrice è stata colpita più volte. L'équipe si interroga su quali provvedimenti sia necessario adottare, valutandone pro e contro. Tra questi, è presa in considerazione la sedazione farmacologica, che viene prescritta dal medico. La somministrazione di sedativi, continuata nel tempo, spegne via via l'iniziativa di Matteo, che lentamente si isola e si rinchioda in sé stesso, non camminando più; i famigliari non riescono a contattarlo emotivamente.</p> <p>Si analizzi il caso e si stabilisca quali tra le seguenti azioni infermieristiche e dell'équipe tutelano maggiormente i diritti del signor Matteo rispettando allo stesso tempo i principi e i valori della professione infermieristica, contenuti nel Codice deontologico.</p> <p>a) L'équipe propone al medico, come alternativa alla sedazione, la contenzione fisica: posizionamento di spondine di protezione quando Matteo è a letto e posizionamento di fascia addominale di contenimento e tavolino davanti alla poltrona durante i pasti; il tutto associato all'aumento del numero di OSS durante le attività di igiene.</p> <p>b) L'équipe ritiene che la sedazione farmacologica sia l'intervento che meglio garantisca la sicurezza di Matteo, impedendogli di farsi male o collocarsi in una situazione di pericolo con il wandering.</p> <p>c) L'équipe propone al medico, come alternativa alla sedazione, di chiedere al figlio di Matteo, di essere più presente in alcuni momenti della giornata.</p> <p>d) L'équipe propone al medico, come alternativa alla sedazione, la pianificazione per Matteo, di una serie di interventi di tipo organizzativo (quale quelli di flessibilizzare il momento dell'igiene quando Matteo è più tranquillo) e psico-sociali: attività occupazionali, coinvolgendo una persona di riferimento nell'attività apparse più significative dalla raccolta della storia di vita, adattamenti ambientali, creando percorsi dedicati e protetti per facilitare il wandering e dedicare un'area morbida nella sala soggiorno per favorire il riposo.</p>
4.	<p>Il signor Nicola, di anni 92, è ricoverato da cinque anni in Casa Residenza. È affetto da ipertensione in trattamento farmacologico, morbo di Parkinson da sei anni, dislipidemia e diabete mellito di tipo 2, controllato con terapia insulinica. Il paziente ha un'autonomia molto limitata nelle attività di vita quotidiana, è poco collaborante ma comunque mantiene un buon grado di interazione con il personale sanitario. Da circa due settimane viene rilevata la difficoltà ad alimentarsi a causa di disfagia, che ha portato all'applicazione di un sondino nasogastrico in attesa di una valutazione chirurgica per l'applicazione di una PEG. L'infusione enterale viene applicata alle ore 8.00 e rimossa alle ore 22.00, ed è composta da 1000 ml di miscela nutrizionale e 500 ml di acqua.</p> <p>Alle 2.00 l'infermiere di turno, effettuando il giro di controllo, si accorge che il signor Nicola si presenta diaforetico, pallido, non reattivo allo stimolo vocale e scarsamente a quello doloroso. Vengono rilevati i parametri vitali: pressione arteriosa 115/80 mm/Hg, frequenza cardiaca 115 ritmico battiti/minuto, frequenza respiratoria 11 atti/minuto, SpO₂ 94% in aria ambiente, temperatura corporea 36,2 °C, stick glicemico 35 mg/dl.</p> <p>Il candidato valuti il caso proposto e identifichi gli interventi infermieristici che rispettano la cronologia, l'efficacia e la sicurezza per il signor Nicola.</p> <p>a) L'infermiere valuta i parametri vitali, lo stato neurologico, lo stato cutaneo e la terapia farmacologica in prescrizione. Somministra, come da protocollo della struttura, 15 g di carboidrati semplici e a rapido assorbimento tramite sondino nasogastrico, reperisce un accesso venoso e ricontra la glicemia dopo 15 minuti dalla somministrazione di carboidrati per valutare la necessità di una seconda somministrazione di 15 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento: se il valore dello stick glicemico risulta ancora inferiore a 60 mg/dl allerta il medico reperibile. Nell'attesa, monitora il paziente e predispone il materiale per un'eventuale terapia endovenosa o intramuscolare.</p> <p>b) L'infermiere valuta i parametri vitali, lo stato neurologico, lo stato cutaneo, la terapia farmacologica in prescrizione e allerta il medico reperibile. In attesa dell'arrivo del medico somministra, come da protocollo della struttura, 30 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento tramite sondino nasogastrico, reperisce un accesso venoso, ricontra la glicemia dopo 15 minuti dalla somministrazione di carboidrati pe valutare la necessità di una seconda somministrazione di 30 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento. Nell'attesa, monitora il paziente e predispone il materiale per un'eventuale terapia endovenosa o intramuscolare.</p> <p>c) L'infermiere valuta i parametri vitali, lo stato neurologico, lo stato cutaneo, la terapia farmacologica in prescrizione e allerta il medico reperibile. In attesa dell'arrivo del medico somministra, come da protocollo della struttura, 15 g di carboidrati semplici e a rapido assorbimento tramite sondino nasogastrico. In seguito reperisce un accesso venoso, ricontrata la glicemia dopo 15 minuti dalla somministrazione di carboidrati per valutare la necessità di una seconda somministrazione di 15 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento. Nell'attesa dell'arrivo del medico, monitora il paziente e predispone il materiale per un'eventuale terapia endovenosa o intramuscolare.</p> <p>d) L'infermiere valuta i parametri vitali, lo stato neurologico, lo stato cutaneo, la terapia farmacologica in prescrizione e allerta il medico reperibile. Nell'attesa monitora il paziente, reperisce un accesso venoso e predispone il materiale per un'eventuale terapia endovenosa o intramuscolare; in seguito prevede alla somministrazione, come da protocollo della struttura, di 30 g di carboidrati semplici e a rapido assorbimento tramite sondino nasogastrico, ricontra la glicemia dopo 5 minuti dalla somministrazione di carboidrati per valutare la necessità di una seconda somministrazione di 30 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento nel caso lo stick glicemico riporti un valore inferiore a 60 mg/dl.</p>

5.	<p>Il signor Mario ospite in Casa Residenza, durante le attività di animazione presenta crisi convulsive. Il candidato indichi la corretta procedura riordinando le azioni infermieristiche.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Spostare gli oggetti circostanti in modo che l'ospite non possa riportare traumi.2. Girare l'ospite in posizione laterale, se possibile.3. Aprire i vestiti intorno al collo e al torace.4. Assisterlo sul pavimento, proteggendo la testa nel proprio grembo o su un cuscino.5. Effettuare il lavaggio delle mani ed indossare i guanti se necessario.6. Garantire la privacy dell'ospite.7. Rimanere con l'ospite e richiedere altra assistenza se necessario.8. Applicare la maschera di ossigeno.9. Spiegare all'ospite che cosa si sta facendo e perché e come può collaborare.10. In accordo con i protocolli della struttura, inserire l'abbassalingua tra i denti dell'ospite.11. Mettere l'ospite in una posizione comoda al termine dell'attacco convulsivo. Provvedere all'igiene se necessario. Aiutare l'ospite ad esprimere le sensazioni provate durante l'attacco.12. Osservare l'andamento dell'attacco convulsivo, annotare la sequenza e il tipo di movimenti degli arti. Osservare il colore della cute. Quando l'attacco finisce, controllare la frequenza del polso e del respiro. <p>A. 10-7-5-6-9-4-3-8-11-12-1-2 B. 7-12-6-5-4-3-11-2-8-1-9-10 C. 7-12-6-5-4-11-3-8-2-1-9-10 D. 9-7-4-6-5-10-3-8-11-12-1-2 E. 9-5-6-7-4-10-3-8-2-1-12-11</p>
6.	<p>La signora Matilde, ospite disabile di Casa Residenza, durante il pasto prende di nascosto dal piatto del vicino una polpetta di carne, ingoiandola intera voracemente. L'operatore la trova inconsciente. Il candidato indichi la corretta procedura per "liberare le vie aeree ostruite in un ospite incosciente" riordinando le azioni infermieristiche.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Posizionare il palmo di una mano appena sopra l'ombelico dell'ospite e ben al di sotto del processo xifoideo.2. Inclinare la testa dell'ospite all'indietro, sollevare il mento e stringere il naso con le dita. Indossare una protezione per la bocca se disponibile.3. Se il corpo estraneo è visibile nella bocca deve essere immediatamente rimosso.4. Aprire la bocca dell'ospite pinzando la lingua e abbassando la mandibola tra il pollice e le dita e sospingendo la mascella verso l'alto.5. Posizionare l'altra mano direttamente sopra la prima. Le spalle dell'operatore devono trovarsi sopra l'addome dell'ospite con i gomiti dritti.6. Effettuare cinque compressioni addominali veloci verso l'alto e l'interno.7. Insufflare due respiri lenti.8. Divaricare le gambe dell'ospite.9. Ripetere i tentativi di ventilazione, le compressioni addominali e le verifiche di corpi estranei finché le vie aeree sono libere ed il ospite respira.10. Per rimuovere materiale solido, inserire l'indice della mano libera lungo l'interno della guancia fino in fondo alla gola dell'ospite. Con il dito a gancio eseguire un movimento circolare allo scopo di dislocare e sollevare il corpo estraneo. <p>A. 3-4-9-2-7-8-1-6-5-10 B. 3-4-10-5-6-8-1-2-7-9 C. 3-4-10-2-7-8-1-5-6-9 D. 2-4-10-7-3-8-1-6-5-9 E. 3-4-10-8-7-2-6-1-5-9</p>

7.	<p>In una Casa Residenza, l'infermiere si reca al letto del sig. Antonio per il posizionamento di un condom. Il candidato ordini correttamente le azioni infermieristiche per effettuare la procedura.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Rimuovere i guanti e provvedere all'igiene delle mani. 2) Collegare il sistema di drenaggio urinario al condom. 3) Praticare l'igiene all'area genitale ed asciugarla accuratamente. 4) Coprire adeguatamente l'ospite con una traversa lasciando scoperto solamente il pene. 5) Srotolare il condom delicatamente sul pene, lasciando circa 2,5 cm tra la fine del pene ed il tubo di connessione di plastica o di gomma. 6) Controllare il pene dopo 30 minuti dall'applicazione del condom e verificare il flusso urinario. 7) Lavarsi le mani ed osservare tutte le procedure per il controllo delle infezioni. 8) Assicurare il condom al pene senza stringere troppo. Alcuni condom hanno un adesivo interno verso la fine che aderisce alla cute della base del pene. 9) Ancorare il sacchetto di drenaggio urinario alla struttura del letto se l'ospite deve rimanere a letto. 10) Spiegare all'ospite che cosa si sta facendo e perché e come può collaborare. <p>A. 10-7-4-3-5-8-2-9-6-1 B. 7-4-10-5-3-8-2-6-9-1 C. 10-7-3-4-8-5-2-6-9-1 D. 7-10-4-3-5-8-2-6-9-1 E. 7-10-4-3-8-2-5-9-6-1</p>
8.	<p>Il candidato descriva correttamente le azioni infermieristiche per effettuare la procedura di "sostituzione di una medicazione asciutta".</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rimuovere ed eliminare i guanti e lavarsi le mani. 2. Rimuovere la medicazione interna con le pinze anatomiche. 3. Fare assumere all'ospite una posizione comoda che consenta la massima visione della ferita. 4. Rimuovere le fasciature e i cerotti, se presenti. 5. Utilizzare pinze anatomiche sterili e tamponi inumiditi per detergere la ferita. 6. Posizionare il telino sterile di fianco alla ferita ed indossare i guanti sterili. 7. Spiegare all'ospite che cosa si sta facendo e perché e come può collaborare. 8. Applicare le medicazioni sterili sopra alla ferita, una alla volta, utilizzando le pinze anatomiche o i guanti sterili. 9. Aprire il pacco per medicazione sterile utilizzando una tecnica asettica. 10. Indossare i guanti monouso e rimuovere la medicazione esterna. 11. Detergere con dei movimenti dall'alto verso il basso, iniziando dal centro e continuando verso l'esterno. 12. Verificare la localizzazione, il tipo (colore, consistenza) e l'odore del materiale drenato dalla ferita, il numero delle garze saturate e/o il diametro delle secrezioni raccolte sulla medicazione. 13. Ripetere il processo di pulizia fino alla rimozione completa del materiale di secrezione. 14. Lavarsi le mani e osservare le indicazioni per il controllo delle infezioni. <p>A. 7-14-3-4-10-9-6-2-12-5-11-8-13-1 B. 3-14-7-4-9-10-6-12-2-5-11-8-13-1 C. 7-14-3-4-10-9-6-2-12-5-11-13-8-1 D. 7-6-3-4-14-10-9-12-2-5-13-11-8-1 E. 7-14-3-4-10-6-9-12-2-8-13-11-1-5</p>

9.	<p>Il candidato indichi l'ordine corretto delle azioni infermieristiche per effettuare la "medicazione di una ferita chirurgica con drenaggio".</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavarsi le mani e osservare le indicazioni per il controllo delle infezioni. 2. Applicare la medicazione chirurgica, rimuovere i guanti sterili ed eliminarli. Assicurare la medicazione con cerotto adeguato. 3. Detergere la ferita utilizzando la mano guantata o le pinze anatomiche con le garze inumidite della soluzione detergente. 4. Supportare e tenere un eventuale drenaggio, se presente, diritto mentre si pulisce l'area. 5. Rimuovere la medicazione interna, facendo attenzione a non dislocare eventuali drenaggi. 6. Spiegare all'ospite che cosa si sta facendo e perché e come può collaborare. 7. Eliminare la medicazione sporca. 8. Rimuovere le fasciature e il cerotto della medicazione. 9. Sollevare la medicazione in modo che la parte inferiore non sia visibile all'ospite. 10. Verificare la zona, il tipo (colore e consistenza), l'odore del materiale drenato dalla ferita ed il numero di garze sporcate. 11. Applicare la medicazione sul sito del drenaggio e dell'incisione. 12. Aprire il set di medicazione sterile utilizzando una tecnica asettica. <p>A. 6-8-1-5-10-9-7-12-3-4-11-2 B. 6-1-8-9-5-10-12-7-4-3-2-11 C. 6-1-8-5-9-7-10-12-3-4-11-2 D. 6-8-9-1-5-10-12-7-4-3-2-11 E. 6-1-8-9-5-10-7-12-3-4-11-2</p>
10.	<p>Il candidato indichi la sequenza corretta delle azioni infermieristiche necessarie per effettuare la procedura di 'somministrazione di farmaci per via sottocutanea'.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Scegliere una zona che non sia particolarmente sensibile, dura, gonfia, dove non sono presenti cicatrici, prurito o flogosi. 2. Eliminare appropriatamente il materiale e rimuovere i guanti. 3. Verificare l'identità dell'ospite. 4. Confrontare l'etichetta sul contenitore del farmaco con le prescrizioni terapeutiche e verificare la data di scadenza. 5. Indossare guanti puliti. 6. Lavarsi le mani e osservare le indicazioni per il controllo delle infezioni. 7. Iniettare il farmaco tenendo la siringa ferma e spingendo lo stantuffo con una pressione costante e lenta. 8. Far assumere all'ospite una posizione che permette il rilassamento del braccio, dell'addome o della gamba, a seconda della zona da utilizzare. 9. Disinfettare la cute interessata iniziando dal centro con un movimento circolare, e allargandosi per circa 5 cm. far asciugare la zona utilizzata. 10. Posizionare e tenere il tampone tra l'anulare ed il medio della mano non dominante o posizionare il tampone sulla cute dell'ospite sopra la sede prescelta. 11. Utilizzando la mano non dominante, pizzicare o estendere la cute ed inserire l'ago a 45° utilizzando la mano dominante con una spinta ferma e decisa. 12. Aspirare tenendo lo stantuffo. Se compare sangue nella siringa, ritirare l'ago, eliminare la siringa e preparare una nuova iniezione. 13. Rimuovere l'ago lentamente e delicatamente, tirandolo dalla linea di inserimento mentre si preme sulla cute con la mano non dominante. 14. Afferrare la siringa con la mano dominante tenendola tra il pollice e le dita. <p>A. 6-4-3-1-5-8-10-14-9-11-12-13-2-7 B. 13-3-6-8-1-5-10-14-12-9-11-4-2-7 C. 4-3-6-8-1-5-13-10-12-9-11-14-2-7 D. 4-3-6-8-1-5-9-10-14-11-12-7-13-2 E. 4-3-6-8-1-5-13-10-12-9-11-14-2-7</p>

1.	<p>La signora Anna, di anni 80, è stata dimessa dal Reparto di Ortopedia dell'ospedale in seguito a una caduta accidentale a causa della quale ha riportato una frattura costale con ematoma al quadricipite destro. Ipertesa, obesa. Presenta un decubito laterale obbligato a letto e soffre di vene varicose e dolori articolari da artrosi.</p> <p>In relazione alla prevenzione del rischio di trombosi venosa profonda, cosa è prioritario pianificare?</p> <p>a) Educare la signora Anna a fare esercizi di potenziamento muscolare degli arti superiori e inferiori (5 cicli di almeno 15-20 movimenti per articolazione); mantenere un adeguato livello di idratazione secondo il fabbisogno giornaliero; favorire il ritorno venoso posizionando gli arti in scarico (20°-30°); indossare le calze elastiche a compressione graduata adeguata alle sue condizioni; assumere per via venosa con regolarità l'eparina a basso peso molecolare prescritta.</p> <p>b) Educare la signora Anna a fare esercizi di rotazione e dorsiflessione dei piedi e di flessione ed estensione del ginocchio e dell'anca (5 cicli di almeno 15-20 movimenti per articolazione); mantenere un adeguato livello di idratazione secondo il fabbisogno giornaliero; favorire il ritorno venoso posizionando gli arti leggermente in scarico (20°-30°), senza accavallare le gambe; indossare le calze elastiche a compressione graduata adeguata alle sue condizioni; assumere per via sottocutanea con regolarità l'eparina a basso peso molecolare prescritta</p> <p>c) Educare la signora Anna a mantenere un adeguato livello di idratazione secondo il fabbisogno giornaliero; favorire il ritorno venoso posizionando gli arti leggermente in scarico (20°-30°); indossare le calze elastiche a compressione graduata adeguata alle sue condizioni; assumere con regolarità l'eparina a basso peso molecolare prescritta; effettuare massaggi energici agli arti inferiori a intervalli prestabiliti.</p> <p>d) Educare la signora Anna a fare esercizi di rotazione e dorsiflessione dei piedi e di flessione ed estensione del ginocchio e dell'anca (1 ciclo di almeno 10 movimenti per articolazione); mantenere un adeguato livello di idratazione secondo il fabbisogno giornaliero; favorire il ritorno venoso posizionando un cuscino a livello del cavo popliteo; indossare le calze elastiche a compressione graduata adeguata alle sue condizioni; assumere per via sottocutanea con regolarità l'eparina a basso peso molecolare prescritta.</p>
2.	<p>Il signor Romano, di anni 72, affetto da diabete mellito e BPCO, rientra in struttura dopo un breve ricovero per broncopolmonite.</p> <p>Riferisce dispnea da sforzo e astenia che lo costringono a rimanere a letto. In condizioni di riposo presenta i seguenti parametri vitali: FR 20, PA 150/70, FC 98, SpO₂, 94% in terapia con ossigeno a 2 litri/minuto attraverso maschera semplice. Durante le cure igieniche del mattino e il cambio della biancheria del letto, il paziente riporta un cambiamento dei seguenti parametri: FR 30, PA 170/80, FC 110, SpO₂, 88%. L'infermiere rileva inoltre importanti rumori respiratori che indicano presenza di secrezioni abbondanti nelle alte vie respiratorie, lieve dispnea, malessere generale e pallore cutaneo.</p> <p>Il candidato valuti il caso e stabilisca quali sono le azioni che rispettano cronologia, efficacia e sicurezza per il signor Romano.</p> <p>a) L'abbassamento della saturazione dell'ossigeno indica una compromissione degli scambi gassosi che causa la risposta emodinamica per compenso. Al signor Romano viene fatta assumere la posizione semiseduta e gli viene somministrato aerosol con soluzione fisiologica a 5-6 l/min di ossigeno. Questo porta a umidificare le secrezioni, facilitarne l'espettorazione e a migliorare gli scambi gassosi con stabilizzazione dei parametri emodinamici e regressione del pallore cutaneo e del malessere. Quando le condizioni sono stabili l'infermiere invita il paziente a effettuare una tosse efficace per rimuovere le secrezioni bronchiali che, rese più fluide dall'aerosol, vengono espettorate con minor fatica. Liberate efficacemente le vie aeree è possibile riportare il flusso di ossigeno a 2 l/min.</p> <p>b) L'abbassamento della saturazione dell'ossigeno indica una compromissione degli scambi gassosi che causa la risposta emodinamica per compenso. Il signor Romano viene posizionato semiseduto e, visto il rischio di una progressione del quadro clinico, l'infermiere effettua la manovra della broncoaspirazione per liberare le vie aeree nel più breve tempo possibile. Dopo la manovra, l'infermiere aumenta di almeno altri 2 l/min l'erogazione di ossigeno per migliorare gli scambi gassosi, stabilizzare i parametri emodinamici e far regredire il pallore cutaneo e il malessere. Quando le condizioni di Romano sono stabilizzate, l'ossigeno può essere erogato di nuovo a 2 l/min e l'infermiere mette in atto le tecniche per rendere fluide le secrezioni per ridurre il rischio di recidive.</p> <p>c) L'abbassamento della saturazione dell'ossigeno indica una compromissione degli scambi gassosi che causa la risposta emodinamica per compenso. Visto il rischio di una progressione del quadro clinico, l'infermiere posiziona il signor Romano supino, aumenta di 4-5 l/min l'erogazione di ossigeno ed effettua la manovra della broncoaspirazione per liberare le vie aeree nel più breve tempo possibile. La manovra risolve la dispnea, il miglioramento degli scambi gassosi stabilizza i parametri emodinamici con regressione del pallore cutaneo e del malessere. Quando le condizioni di Romano sono stabilizzate, l'ossigeno può essere erogato di nuovo a 2 l/min e l'infermiere mette in atto le tecniche per rendere fluide le secrezioni per ridurre il rischio di recidive.</p> <p>d) La presenza di secrezioni bronchiali ostacola la normale respirazione con alterazione degli scambi gassosi che causa la risposta emodinamica per compenso con malessere e pallore cutaneo. L'infermiere posiziona il signor Romano seduto sul letto, lo invita e lo educa a compiere una tosse efficace per liberare le vie aeree e successivamente a compiere atti respiratori profondi e non rapidi. Il miglioramento degli scambi gassosi viene confermato dalla regressione della dispnea e dal malessere generale e dalla stabilizzazione dei parametri emodinamici, nonché dall'aumento della saturazione. Successivamente l'infermiere mette in atto le tecniche per rendere efficace la respirazione e liberazione delle vie aeree per ridurre il rischio di recidive.</p>

3.	<p>Il signor Nicola, di anni 92, è ricoverato da cinque anni in Casa Residenza. È affetto da ipertensione in trattamento farmacologico, morbo di Parkinson da sei anni, dislipidemia e diabete mellito di tipo 2, controllato con terapia insulinica. Il paziente ha un'autonomia molto limitata nelle attività di vita quotidiana, è poco collaborante ma comunque mantiene un buon grado di interazione con il personale sanitario. Da circa due settimane viene rilevata la difficoltà ad alimentarsi a causa di disfagia, che ha portato all'applicazione di un sondino nasogastrico in attesa di una valutazione chirurgica per l'applicazione di una PEG. L'infusione enterale viene applicata alle ore 8.00 e rimossa alle ore 22.00, ed è composta da 1000 ml di miscela nutrizionale e 500 ml di acqua.</p> <p>Alle 2.00 l'infermiere di turno, effettuando il giro di controllo, si accorge che il signor Nicola si presenta diaforetico, pallido, non reattivo allo stimolo vocale e scarsamente a quello doloroso. Vengono rilevati i parametri vitali: pressione arteriosa 115/80 mm/Hg, frequenza cardiaca 115 ritmico battiti/minuto, frequenza respiratoria 11 atti/minuto, SpO₂ 94% in aria ambiente, temperatura corporea 36,2 °C, stick glicemico 35 mg/dl.</p> <p>Il candidato valuti il caso proposto e identifichi gli interventi infermieristici che rispettano la cronologia, l'efficacia e la sicurezza per il signor Nicola.</p> <p>a) L'infermiere valuta i parametri vitali, lo stato neurologico, lo stato cutaneo e la terapia farmacologica in prescrizione. Somministra, come da protocollo della struttura, 15 g di carboidrati semplici e a rapido assorbimento tramite sondino nasogastrico, reperisce un accesso venoso e ricontrolla la glicemia dopo 15 minuti dalla somministrazione di carboidrati per valutare la necessità di una seconda somministrazione di 15 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento: se il valore dello stick glicemico risulta ancora inferiore a 60 mg/dl allerta il medico reperibile. Nell'attesa, monitora il paziente e predispose il materiale per un'eventuale terapia endovenosa o intramuscolare.</p> <p>b) L'infermiere valuta i parametri vitali, lo stato neurologico, lo stato cutaneo, la terapia farmacologica in prescrizione e allerta il medico reperibile. In attesa dell'arrivo del medico somministra, come da protocollo della struttura, 30 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento tramite sondino nasogastrico, reperisce un accesso venoso, ricontrolla la glicemia dopo 15 minuti dalla somministrazione di carboidrati per valutare la necessità di una seconda somministrazione di 30 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento. Nell'attesa, monitora il paziente e predispose il materiale per un'eventuale terapia endovenosa o intramuscolare.</p> <p>c) L'infermiere valuta i parametri vitali, lo stato neurologico, lo stato cutaneo, la terapia farmacologica in prescrizione e allerta il medico reperibile. In attesa dell'arrivo del medico somministra, come da protocollo della struttura, 15 g di carboidrati semplici e a rapido assorbimento tramite sondino nasogastrico. In seguito reperisce un accesso venoso, ricontrolla la glicemia dopo 15 minuti dalla somministrazione di carboidrati per valutare la necessità di una seconda somministrazione di 15 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento. Nell'attesa dell'arrivo del medico, monitora il paziente e predispose il materiale per un'eventuale terapia endovenosa o intramuscolare.</p> <p>d) L'infermiere valuta i parametri vitali, lo stato neurologico, lo stato cutaneo, la terapia farmacologica in prescrizione e allerta il medico reperibile. Nell'attesa monitora il paziente, reperisce un accesso venoso e predispose il materiale per un'eventuale terapia endovenosa o intramuscolare; in seguito prevede alla somministrazione, come da protocollo della struttura, di 30 g di carboidrati semplici e a rapido assorbimento tramite sondino nasogastrico, ricontrolla la glicemia dopo 5 minuti dalla somministrazione di carboidrati per valutare la necessità di una seconda somministrazione di 30 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento nel caso lo stick glicemico riporti un valore inferiore a 60 mg/dl.</p>
4.	<p>Matteo di 68 anni, affetto da malattia di Alzheimer, dopo un periodo di frequenza di un Centro Diurno Integrato è stato ricoverato nel nucleo specialistico per le Demenze a causa del suo globale peggioramento per la presenza di alcuni disturbi del comportamento quali wandering, affaccendamento e aggressività quando stimolato in alcune attività, come l'igiene. Dopo un breve periodo di osservazione iniziale e raccolta dati l'équipe multiprofessionale ha pianificato nel PAI una serie di azioni va gestione delle criticità emerse, ed in particolare le difficoltà nell'esecuzione dell'igiene. Infatti, nelle consegne, è segnalato che Matteo diventa aggressivo durante il momento del bagno al punto che un'operatrice è stata colpita più volte.</p> <p>L'équipe si interroga su quali provvedimenti sia necessario adottare, valutandone pro e contro. Tra questi, è presa in considerazione la sedazione farmacologica, che viene prescritta dal medico. La somministrazione di sedativi, continuata nel tempo, spegne via via l'iniziativa di Matteo, che lentamente si isola e si rinchiede in sé stesso, non camminando più; i famigliari non riescono a contattarlo emotivamente.</p> <p>Si analizzi il caso e si stabilisca quali tra le seguenti azioni infermieristiche e dell'équipe tutelano maggiormente i diritti del signor Matteo rispettando allo stesso tempo i principi e i valori della professione infermieristica, contenuti nel Codice deontologico.</p> <p>a) L'équipe propone al medico, come alternativa alla sedazione, la contenzione fisica: posizionamento di spondine di protezione quando Matteo è a letto e posizionamento di fascia addominale di contenimento e tavolino davanti alla poltrona durante i pasti; il tutto associato all'aumento del numero di OSS durante le attività di igiene.</p> <p>b) L'équipe ritiene che la sedazione farmacologica sia l'intervento che meglio garantisca la sicurezza di Matteo, impedendogli di farsi male o collocarsi in una situazione di pericolo con il wandering.</p> <p>c) L'équipe propone al medico, come alternativa alla sedazione, di chiedere al figlio di Matteo, di essere più presente in alcuni momenti della giornata.</p> <p>d) L'équipe propone al medico, come alternativa alla sedazione, la pianificazione per Matteo, di una serie di interventi di tipo organizzativo (quale quelli di flessibilizzare il momento dell'igiene quando Matteo è più tranquillo) e psico-sociali: attività occupazionali, coinvolgendo una persona di riferimento nell'attività apparse più significative dalla raccolta della storia di vita, adattamenti ambientali, creando percorsi dedicati e protetti per facilitare il wandering e dedicare un'area morbida nella sala soggiorno per favorire il riposo.</p>

5.	<p>Il candidato indichi l'ordine corretto delle azioni infermieristiche necessarie per effettuare la procedura di "prelievo di un tampone faringeo" ad un ospite di un Nucleo di Casa Residenza.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lavare le mani e osservare le procedure per il controllo delle infezioni. 2) Inserire un tampone in bocca senza toccare nessuna parte della bocca o della lingua. 3) Spiegare all'ospite che cosa si sta facendo, perché e come può collaborare. 4) Inserire il tampone nel tubo sterile senza fargli toccare l'esterno del contenitore. Spingere la punta del tampone nel terreno di coltura liquido. 5) Rimuovere il tampone senza toccare la bocca o le labbra. 6) Usare la torcia per illuminare il faringe e abbassare la lingua con una spatola. 7) Far trasportare il corretto campione al laboratorio. 8) Chiedere all'ospite di aprire la bocca, di estendere la lingua e di dire "aaaahhh". 9) Chiedere all'ospite di inclinare la testa all'indietro. 10) Appoggiare dolcemente e rapidamente il tampone sulle tonsille soprattutto nelle zone particolarmente eritematose e/o su quelle che contengono essudato. 11) Schiacciare l'ampolla del terreno di coltura nel fondo della provetta. <p>A. 3-1-8-9-10-6-2-5-4-7-11 B. 3-1-9-8-6-2-10-5-11-4-7 C. 3-9-8-1-2-10-6-5-4-7-11 D. 3-1-8-9-2-10-6-11-5-4-7 E. 3-1-9-8-6-2-10-11-5-7-4</p>
6.	<p>Il candidato ordini correttamente le azioni infermieristiche per effettuare la procedura di "utilizzo del defibrillatore automatico esterno" in Casa Residenza.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Muovere le dita dalla gabbia toracica fino all'incavo dove le coste inferiori incontrano lo sterno. 2. Assicurare un'adeguata ventilazione. 3. Verificare la circolazione. 4. Successivamente mettere la prima mano sulla seconda parallelamente. Le dita possono essere estese o intrecciate. La compressione avviene solamente sullo sterno e attraverso il palmo delle mani. 5. Defibrillare come indicato. 6. Posizionare il palmo dell'altra mano, quello vicino alla testa dell'ospite, lungo la zona mediana inferiore dello sterno, chiudere l'indice e il medio nell'incavo. 7. Liberare le vie aeree. 8. Verificare le vie aeree. 9. Effettuare il massaggio cardiaco. 10. Valutare lo stato di coscienza dell'ospite. 11. Posizionare l'ospite supino su di una superficie rigida. 12. Applicare gli elettrodi sul torace. 13. Iniziare l'analisi della frequenza. 14. Se l'ospite non risponde, seguire i protocolli per la gestione delle emergenze previsti dalla struttura. Se è presente una persona mandarla a chiedere aiuto. 15. Verificare la respirazione. 16. Con la mano più vicina alle gambe dell'ospite, utilizzare il dito indice e medio per localizzare l'arcata inferiore della gabbia toracica. 17. Accendere il defibrillatore automatico esterno. <p>A. 10-14-11-8-7-15-2-3-17-1-6-4-9-16-5-12-13 B. 10-14-15-8-7- 11-2-3-16-1-6-4-9-17-5-12-13 C. 10-13-15-8-7-12-2-3-16-1-6-4-9-17-11-14-5 D. 10-14-17-8-7-15-3-2-16-1-6-4-5-11-12-13-9 E. 10-14-11-8-7-15-2-3-16-1-6-4-9-12-17-13-5</p>

7.	<p>Sostituzione di una medicazione umida. Il candidato ordini le azioni infermieristiche per una corretta procedura.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Applicare delle garze 10x 10 cm o altro materiale di medicazione assorbente per proteggere la ferita e raccogliere un eventuale eccesso di secrezioni. 2. Utilizzando le dita della mano con il guanto sterile e le pinze anatomiche, mettere la garza in tutte le fessure e i solchi della zona da trattare. 3. Fare assumere all'ospite una posizione comoda che consenta la massima visione della ferita. Scoprire solamente la zona interessata. 4. Proteggere la cute circostante con una barriera specifica o una medicazione idrocolloidale. 5. Rimuovere la medicazione esistente e detergere la ferita come indicato. 6. Aprire la confezione del pacco di medicazione sterile, garze e capsula. 7. Spiegare all'ospite che cosa si sta facendo e perché e come può collaborare. 8. Indossare i guanti sterili. 9. Lavarsi le mani e osservare le indicazioni per il controllo delle infezioni. 10. Versare la soluzione prescritta nella capsula. 11. Posizionare la garza nella capsula e bagnarla bene con la soluzione. <p>A. 7-3-9-10-6-5-8-11-4-2-1 B. 7-9-3-6-5-8-10-11-4-2-1 C. 7-9-10-5-6-3-8-11-2-4-1 D. 7-9-3-5-6-10-8-11-2-4-1 E. 7-3-9-6-10-8-5-11-4-2-1</p>
8.	<p>Si indichi come effettuare la procedura di "prelievo di un campione dal drenaggio di una ferita".</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coprire la ferita con una medicazione sterile e inviare immediatamente il campione al laboratorio. 2. Ruotare il tampone avanti e indietro sulle zone di tessuto di granulazione ai lati o alla base della ferita. 3. Lavare le mani e osservare le procedure per il controllo delle infezioni. 4. Spiegare all'ospite che cosa si sta facendo e perché e come può collaborare. 5. Tamponare con garza sterile la ferita dopo il lavaggio. 6. Schiacciare l'ampolla in fondo al contenitore che contiene il terreno di coltura e girare il tappo per chiudere ermeticamente. 7. Lavare la ferita con soluzione fisiologica per pulire tutto l'essudato visibile. 8. Indossare i guanti sterili. 9. Valutare la quantità di secrezione. 10. Rimuovere la medicazione e osservare i drenaggi presenti sulla ferita. 11. Indossare i guanti monouso. 12. Gettare la medicazione nell'apposito contenitore dei rifiuti. 13. Rimettere il tampone dentro il contenitore con il terreno di coltura senza toccare l'esterno. <p>A. 4-3-13-12-9-10-8-7-5-2-11-6-1 B. 4-3-11-12-9-10-8-7-5-2-6-1-13 C. 4-3-13-10-9-12-8-5-2-7-6-1-11 D. 4-3-11-10-9-12-8-7-5-2-13-6-1 E. 4-3-10-11-12-8-1-7-5-2-9-6-13</p>

9.	<p>La terapia delle ore 15.00 prevista per il signor Lucio, ospite della Casa Residenza “Le Rose”, prevede l’introduzione di farmaci in infusione di liquidi per via endovenosa. Il candidato riordini le azioni infermieristiche necessarie per la sua preparazione.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Accertarsi che la dose e la via di somministrazione siano corrette. 2) Regolare la frequenza di infusione come prescritto. 3) Verificare quale soluzione di infusione deve essere impiegata per il farmaco. 4) Confrontare l’etichetta sul contenitore del farmaco con le prescrizioni terapeutiche e verificare la data di scadenza. 5) Preparare il farmaco da aggiungere aspirandolo da un flacone o da una fiala. 6) Lavarsi le mani e osservare le indicazioni per il controllo delle infezioni. 7) Mescolare delicatamente la soluzione ruotando delicatamente la sacca o la bottiglia. 8) Rimuovere il cappuccio dell’ago dalla siringa ed introdurre il farmaco nella sacca o bottiglia. 9) Completare l’etichetta sulla sacca con la data, il nome e il dosaggio del farmaco aggiunto e con la firma del somministratore. 10) Localizzare il raccordo per introdurre il farmaco nella sacca o bottiglia e disinfettarlo. 11) Aprire l’infusione endovenosa. <p>A. 3-1-4-5-10-6-9-7-2-11-8 B. 3-1-4-5-10-6-8-7-9-11-2 C. 4-1-3-6-5-8-10-9-2-7-11 D. 4-1-3-6-5-10-8-7-9-11-2 E. 9-11-2-4-1-3-6-5-10-8-7</p>
10.	<p>Il candidato ordini in modo corretto le azioni infermieristiche per effettuare l’aspirazione delle vie aeree dal tubo tracheostomico o endotracheale.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indossare guanti ed occhiali ed osservare tutte le procedure per il controllo delle infezioni. 2. Indossare guanti sterili. 3. Inserire il sondino velocemente ma delicatamente senza aspirazione. 4. Mettere l’ospite in posizione semiseduta, salvo controindicazioni, per favorire la respirazione profonda, la massima espansione polmonare e la tosse produttiva. 5. Praticare l’aspirazione ad intermittenza per 5-10 secondi. 6. Collegare il filtro al sondino di aspirazione. 7. Accendere l’aspirazione e regolarne la pressione. 8. Spiegare all’ospite che cosa si sta facendo e perché e come può collaborare. 9. Aprire il materiale sterile. 10. Ruotare il sondino tra pollice ed indice mentre lo si estrae lentamente. 11. Sciacquare e lubrificare il sondino con la soluzione fisiologica. 12. Se l’ospite non presenta grosse quantità di secrezioni, iperventilare i polmoni prima di aspirare. 13. Riordinare il materiale ed assicurarsi della disponibilità dello stesso per l’aspirazione successiva. <p>A. 8-1-9-7-4-6-11-12-2-3-10-5-13 B. 8-1-7-9-4-11-2-6-13-3-5-10-12 C. 8-1-2-6-7-4-9-11-12-3-10-5-13 D. 8-1-4-9-7-2-6-11-12-3-5-10-13 E. 8-1-4-9-7-2-11-12-6-3-10-5-13</p>

Azienda pubblica di Servizi alla Persona dei Comuni Modenesi Area Nord

elezione pubblica per soli esami per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 14 unità con profilo professionale di infermiere - categoria professionale di posizione giuridico economica D1 - di cui n. 8 da assegnare al servizio presso le diverse sedi di ASP Comuni Modenesi Area Nord, con riserva per n. 3 posti ai militari congedati ai sensi del comma 3 dell'art. 1014 del d.lgs. 66/2010, n. 2 da assegnare al servizio presso ASP Terre d'Argine, n. 4 da assegnare al servizio presso ASP Delia Repetto di Castelfranco con riserva per n. 1 posto ai militari congedati ai sensi del comma 3 dell'art. 1014 del d.lgs. 66/2010.

Seconda prova scritta
4 settembre 2019

Griglia di correzione

N.	TRACCIA 1				TRACCIA 2				TRACCIA 3			
	FORMA A	FORMA B	FORMA C	FORMA D	FORMA A	FORMA B	FORMA C	FORMA D	FORMA A	FORMA B	FORMA C	FORMA D
001	C	B	A	C	C	C	D	C	A	D	D	B
002	C	A	D	A	A	A	A	D	D	A	C	D
003	A	C	B	C	D	D	C	D	C	D	D	D
004	D	A	C	D	C	C	D	D	D	C	A	A
005	B	D	E	E	E	A	D	D	B	D	E	E
006	D	D	D	E	C	C	E	E	E	E	D	D
007	D	D	E	E	A	E	D	D	D	B	D	A
008	E	D	D	E	C	C	E	D	D	D	B	C
009	E	A	D	D	E	D	E	E	D	D	D	D
010	D	E	A	D	D	E	D	E	D	D	D	D