

1.	<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> <p>a) 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.</p> <p>b) 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.</p> <p>c) 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.</p> <p>d) 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.</p>
2.	<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 rinchiude 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>

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, SpO<sub>2</sub> 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 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, 15 g di carboidrati semplici e a rapido assorbimento tramite sondino nasogastrico. In seguito reperisce un accesso venoso, ricontrollata 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>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, 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 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, 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>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> <p>a) 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.</p> <p>b) 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.</p> <p>c) 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.</p> <p>d) L'infermiere dopo aver accertato l'iperpiressia rileva la glicemia e procede al prelievo del materiale idrobiliare per esame colturale 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.</p>

5.	<p><b>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.</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Rimuovere i guanti monouso.</li><li>2) Rinforzare la medicazione solo se assolutamente necessario.</li><li>3) Far assumere all'ospite una posizione comoda, con la ferita scoperta e ben visibile.</li><li>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.</li><li>5) Indossare i guanti monouso.</li><li>6) Lavarsi le mani e osservare le indicazioni per il controllo delle infezioni.</li><li>7) Spiegare all'ospite che cosa si sta facendo e perché e come può collaborare.</li><li>8) Lasciare o premere delicatamente la medicazione sopra la ferita.</li><li>9) Rimuovere la vecchia medicazione. Applicare la medicazione ad un angolo della zona interessata, coprendo almeno 2,5 cm di cute intorno alla ferita.</li><li>10) Detergere accuratamente la cute con soluzione fisiologica. Lavare sempre bene la cute prima di applicare la medicazione.</li><li>11) Indossare guanti sterili.</li></ol> <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>
6.	<p><b>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".</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Valutare lo stato di coscienza dell'ospite.</li><li>2. Con l'altra mano afferrare il pugno.</li><li>3. Posizionare il pollice piegato appena sopra l'ombelico e sotto il processo tifoideo dell'ospite.</li><li>4. Se l'ospite diviene incosciente, posizionarlo delicatamente a terra, supportando la testa e il collo per evitare traumi.</li><li>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.</li><li>6. Posizionarsi in piedi dietro all'ospite e avvolgerlo con le braccia alla vita.</li><li>7. Inserire il pollice nel pugno.</li><li>8. Eseguire successive compressioni con movimenti separati e completi finché si liberano le vie aeree o l'ospite diviene incosciente.</li><li>9. Chiudere una mano a pugno.</li><li>10. Spingere le due mani unite nell'addome dell'ospite verso l'alto eseguendo una compressione forte e veloce.</li></ol> <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><b>Ordinare correttamente le azioni infermieristiche per effettuare la procedura di “Assistenza all’ospite per l’igiene orale”.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assistere l’ospite con il filo interdentale, se necessario.</li> <li>2. Utilizzare una lunghezza adeguata di filo interdentale. Avvolgere il filo interdentale tra le dita, tenendo una quantità di filo tesa tra le dita.</li> <li>3. Preparare il materiale sul carrellino vicino all’ospite.</li> <li>4. Garantire la privacy dell’ospite.</li> <li>5. Inserire il filo delicatamente tra i denti, muovendolo in su e giù fino alle gengive.</li> <li>6. Incoraggiare l’ospite a spazzolare i denti o assisterlo al bisogno.</li> <li>7. Umidificare lo spazzolino ed applicare la pasta dentifricia.</li> <li>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.</li> <li>9. Spazzolare la lingua delicatamente con lo spazzolino.</li> <li>10. Sciacquare vigorosamente la bocca dell’ospite e farlo sputare nella bacinella di plastica. Ripetere la manovra fino a quando le secrezioni sono chiare.</li> <li>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.</li> <li>12. Educare l’ospite a sciacquare bene la bocca dopo aver usato il filo interdentale.</li> <li>13. Rimuovere il materiale.</li> </ol> <p>A. 4-3-10-7-8-9-6-1-2-5-11-12-13  B. 4-3-7-8-6-9-10-1-2-5-11-12-13  C. 3-4-7-6-9-8-10-1-2-13-12-11-5  D. 7-6-4-3-8-9-10-1-2-5-11-12-13  E. 3-4-6-7-8-9-10-1-2-5-11-12-13</p>
8.	<p><b>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</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Centrare la placca sopra lo stoma e premere delicatamente sopra la cute dell’ospite, eliminando eventuali grinze o bolle d’aria.</li> <li>2) Misurare la dimensione dello stoma e tagliare l’anello adesivo 5 cm più grande dello stoma.</li> <li>3) Far assumere all’ospite una posizione comoda, seduta o sdraiata nel letto oppure una posizione seduta o in piedi nel bagno.</li> <li>4) Rimuovere l’aria dal sacchetto. La rimozione dell’aria dal sacchetto ne facilita l’applicazione.</li> <li>5) Svuotare il sacchetto nel cilindro graduato tramite l’apertura inferiore.</li> <li>6) Indossare i guanti.</li> <li>7) Lavarsi le mani e osservare le procedure per il controllo delle infezioni.</li> <li>8) Posizionare delle garze sopra lo stoma e sostituirle quando necessario.</li> <li>9) Rimuovere la parte posteriore per esporre la parte adesiva della placca.</li> <li>10) Utilizzare acqua tiepida e sapone neutro per pulire lo stoma ed asciugare l’area senza strofinare.</li> <li>11) Applicare la protezione per la cute peristomale.</li> <li>12) Chiudere il sacchetto girando il fondo più volte ed assicurandolo con un morsetto di chiusura.</li> <li>13) Smaltire tutto il materiale nei contenitori appropriati, rimuovere i guanti e lavarsi le mani.</li> <li>14) Spiegare all’ospite che cosa si sta facendo e perché e come può collaborare.</li> <li>15) Rimuovere delicatamente il sacchetto mentre si tiene tesa la cute dell’ospite.</li> <li>16) Documentare sulla cartella clinica integrata come i risultati saranno utilizzati nella pianificazione futura delle cure o delle terapie.</li> </ol> <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>

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