

1.	<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 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>
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. 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.
- 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.
- Il candidato valuti il caso proposto e identifichi gli interventi infermieristici che rispettano la cronologia, l'efficacia e la sicurezza per il signor Nicola.
- 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, 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. 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.

4.	<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, 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> <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, 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>
----	---

5.	<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 diritti. 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. 2-4-10-7-3-8-1-6-5-9 D. 3-4-10-2-7-8-1-5-6-9 E. 3-4-10-8-7-2-6-1-5-9</p>
6.	<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. 7-4-10-5-3-8-2-6-9-1 B. 10-7-3-4-8-5-2-6-9-1 C. 7-10-4-3-5-8-2-6-9-1 D. 7-10-4-3-8-2-5-9-6-1 E. 10-7-4-3-5-8-2-9-6-1</p>

7.	<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. 7-6-3-4-14-10-9-12-2-5-13-11-8-1 D. 7-14-3-4-10-9-6-2-12-5-11-13-8-1 E. 7-14-3-4-10-6-9-12-2-8-13-11-1-5</p>
8.	<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>

9.	<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>
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>