

# ENTE PER LA GESTIONE ACCENTRATA DEI SERVIZI CONDIVISI

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA  
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

## CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA DI N. 466 POSTI DI C.P.S. INFERMIERE CAT.D DA ASSEGNARE AGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DEL FRIULI VENEZIA GIULIA

Bando prot. n. 17601 del 27.06.2017 Scadenza: 27.07.2017

VERBALE N. 12 DEL 26.02.2018 DELLA COMMISSIONE ESAMINATRICE

Alle ore 09.00, presso l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine - P.le S. Maria della Misericordia n. 15 - Udine - SOC Gestione Risorse Umane - pad. 10, III piano, stanza 8 - si è riunita la commissione esaminatrice del pubblico concorso in oggetto.

*OMISSIS*

Vengono definite le seguenti prove scritte:

PROVA A:

1. Specificare i dati utili per la valutazione dell'efficacia del piano assistenziale nel paziente con Ipertensione arteriosa.
2. Descrivere gli scopi e come si effettua l'accertamento infermieristico.
3. Individuare i contenuti del progetto educativo per familiari e caregiver di un paziente cirrotico per prevenire l'encefalopatia porto-sistemica.
4. Descrivere quali sono le Raccomandazioni Ministeriali rispetto alle finalità ed ai contenuti della check-list in sala operatoria.
5. Indicare come si effettua la valutazione completa del dolore.

PROVA B:

1. Specificare quali elementi devono essere considerati nell'addestramento di un paziente diabetico adulto all'autocontrollo glicemico.
2. Descrivere gli scopi e come si effettua la valutazione infermieristica.
3. Delineare le responsabilità infermieristiche nella gestione di un paziente nel pre-operatorio.
4. Indicare gli elementi utili per la prevenzione delle complicanze della stipsi nella popolazione anziana.
5. Individuare i dati necessari per l'accertamento di un paziente cirrotico in encefalopatia porto-sistemica.

PROVA C:

1. Indicare gli aspetti da considerare per la prevenzione del piede diabetico.
2. Descrivere gli scopi e come si effettua la sorveglianza infermieristica.
3. Delineare le responsabilità infermieristiche nella gestione di un paziente al rientro in degenza nell'immediato post-operatorio.
4. Definire tre obiettivi prioritari con tre interventi correlati nell'assistenza di un paziente con Scompenso cardiaco congestizio.
5. Individuare i comportamenti per la gestione di un paziente adulto ricoverato che è caduto.

*OMISSIS*

La commissione procede, come previsto dall'art. 9, comma 3 del DPR 220/2001, ad individuare i criteri di valutazione per ogni domanda come da **ALLEGATO 3**.

*OMISSIS*

Attinenza/pertinenza  
Completezza

1. Specificare i dati utili per la valutazione dell'efficacia del piano assistenziale nel paziente con Iperensione arteriosa.

RISPOSTA

- A. Contenuti sulla patologia: verbalizzare la natura della patologia e sue complicanze, riconoscere/gestire segni e sintomi di ipo/ipertensione
- B. Aspetti educativi: assumere e gestire correttamente la terapia farmacologica antiipertensiva, comportamento di autocura: riduzione peso (mantenere BMI tra 18.5 e 24.9 kg/m2), adottare un piano alimentare: dieta ricca di frutta, verdura, e prodotti a basso contenuto di grassi saturi totali, riduzione introito di sale (ridurre l'introito di sodio, non più di 2.3gr/die), attività fisica (dedicarsi all'attività aerobica regolare, come camminata veloce minimo 30min/die, più giorni alla settimana), moderato consumo di alcool (non più di 2 dosi al giorno per uomini e 1 dose per le donne) e cessare l'abitudine tabagica. Attuare automonitoraggio della pressione arteriosa

CRITERI VALUTAZIONE

Valore domanda: 6 punti

-Attinenza/pertinenza e completezza, per un massimo di punti 6,0 distinti in due aree: una relativa ai contenuti sulla patologia (fino ad un massimo di punti 2,0) ed una relativa agli aspetti educativi (fino ad un massimo di punti 4,0)

2. Lo scopo e come si effettua l'accertamento infermieristico.

RISPOSTA

Scopo

Raccolta sistematica di una serie di dati sul paziente per comprendere come risponde e reagisce, o potrà rispondere e reagire, ai problemi di salute e per valutare le possibili soluzioni per soddisfare i suoi bisogni  
Indagare il grado di autonomia dell'individuo nel soddisfacimento del bisogno, al fine di poter esprimere un giudizio infermieristico clinico  
Pianificare azioni che siano di sostegno, guida, compensazione o sostituzione  
Conduce al giudizio clinico importante per stesura pianificazione  
Consente la stima sul percorso del paziente

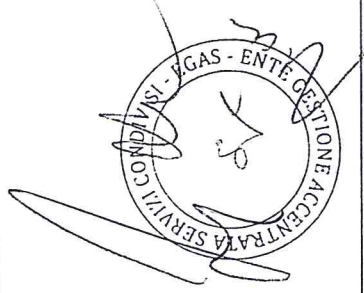
Modalità

Avviene durante ogni interazione tra infermiere e paziente e tramite la consultazione delle altre fonti disponibili  
Diversificata in base alla competenza (novizio, esperto, competente)  
Raccolta di dati soggettivi ed oggettivi, metodi (osservazione, colloquio, intervista, esame obiettivo),  
Organizzazione/registrazione dei dati raccolti  
Tipologie e fonti dei dati  
Utilizzo di scale/strumenti di valutazione  
Iniziale o globale, continuo o di monitoraggio, d'urgenza, di valutazione, di rivalutazione

CRITERI VALUTAZIONE

Valore domanda: 6 punti

- Attinenza/pertinenza e completezza, per un massimo di punti 6,0 distinti in due aree: una relativa allo scopo (fino ad un massimo di punti 4,0) e una relativa alla modalità (fino ad un massimo di punti 2,0)



3. Individuare i contenuti del progetto educativo per familiari e caregiver di un paziente cirrotico per prevenire l'encefalopatia porto sistemica.

RISPOSTA

- La patologia cirrotica e sue complicanze. L'autonomia nelle attività di vita quotidiana (ADL) ed il rischio cadute
- Riconoscimento di iniziale encefalopatia: euforia, depressione, eccessi, loquacità, irritabilità, comportamento disinibito, ansietà, apatia, aggressività, rabbia, alterazione ritmo sonno-veglia, disorientamento, confusione, difficoltà a scrivere, deambulazione incerta e instabile, tremore
- Aspetti nutrizionali: dieta ipoproteica ed iposodica, energetica per un incremento della massa muscolare
- Monitoraggio del peso, della temperatura, dell'alvo, della diuresi, del dolore addominale, di crampi notturni, di difficoltà di respiro
- Gestione della terapia farmacologica: diuretici, antibiotici, lassativi (squilibri idro-elettrolitici e disidratazione) e benzodiazepine. Precoce trattamento domiciliare: aumento assunzione di lattuloso per os e/o esecuzione del clistere con lattuloso
- Supporto sociale e psicologico a familiari e caregiver

CRITERI VALUTAZIONE

Valore domanda: 6 punti

-Attinenza/pertinenza e completezza, per un massimo di punti 6,0

4. Descrivere quali sono le Raccomandazioni Ministeriali rispetto alle finalità ed ai contenuti della check-list in sala operatoria.

RISPOSTA

Finalità

Favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie. Sostiene sia i cambiamenti di sistema, sia i cambiamenti dei comportamenti individuali rafforzando gli standard per la sicurezza ed i processi di comunicazione, contrastandone i possibili fattori di fallimento.

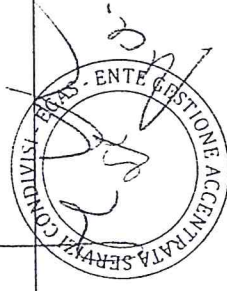
Contenuti:

- Fase SIGN IN prima dell'induzione dell'anestesia tutta l'équipe: il paziente ha confermato identità, sede di intervento, procedura e consensi, conferma marcatura del sito di intervento, conferma dei controlli per la sicurezza dell'anestesia, conferma posizionamento del pulsossimetro e verifica del corretto funzionamento, identificazione rischi allergie, identificazione rischi difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione, identificazione rischio di perdita ematica
- Fase TIME OUT dopo l'induzione prima dell'incisione tutta l'équipe: si sono presentati tutti i componenti dell'équipe con il proprio nome e funzione, il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato identità del paziente -sede d'intervento - procedura - corretto posizionamento, criticità chirurgo, criticità anestesista, criticità infermiere, conferma profilassi antibiotica eseguita negli ultimi 60 minuti, visualizzazione immagini diagnostiche
- Fase SIGN OUT durante o immediatamente dopo la chiusura della ferita e prima che il paziente lasci la sala operatoria tutta l'équipe: conferma nome della procedura effettuata e sua registrazione, conferma conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, conferma etichettatura del campione chirurgico, conferma problemi relativamente all'uso di dispositivi medici, chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria, conferma del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso

CRITERI VALUTAZIONE

Valore domanda: 6 punti

-Attinenza/pertinenza e completezza, per un massimo di punti 6,0 distinti in due aree: una relativa alla finalità (fino ad un massimo di punti 3,0) ed una relativa ai contenuti composta da tre fasi (fino ad un massimo di punti 3,0)



5. Indicare come si effettua la valutazione completa del dolore.

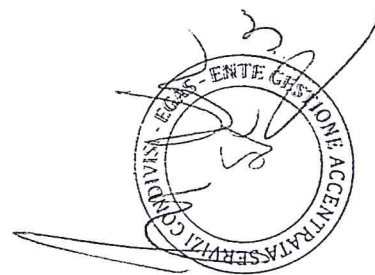
RISPOSTA

- Valutare le dimensioni del dolore: insorgenza e durata, localizzazione e sede, intensità, descrittori del dolore, fattori allevianti ed aggravanti, effetti del dolore sulle attività quotidiane, aspettative del paziente, effetto di precedenti trattamenti, trattamenti farmacologici e non
- Utilizzare strumenti di valutazione: meglio se auto-compilati dal paziente, monodimensionali, multidimensionali, in modo sistematico e riconoscere, rilevare e svelare il dolore: educare a riferire, credere al paziente, tre componenti del dolore (discriminativa, cognitiva, affettiva), a riposo, in movimento
- Prevenire il dolore prima delle procedure potenzialmente dolorose

CRITERI VALUTAZIONE

Valore domanda: 6 punti

- **Attinenza/pertinenza e completezza**, per un massimo di punti 6,0



**Attinenza/pertinenza  
Completezza**

**1. Specificare quali elementi devono essere considerati nell'addestramento di un paziente diabetico adulto all'auto controllo glicemico.**

**RISPOSTA**

- A. Contenuti sulla patologia e sue complicanze, i segni e sintomi di ipo/iperglicemia
- B. Aspetti educativi concernenti la gestione farmacologica e gli elementi comportamentali: La terapia farmacologica antidiabetica, la misurazione della propria glicemia, i tempi appropriati per monitorare tutti i momenti della giornata, misurazioni extra in caso di malattia intercorrente, eventi speciali o cambio di terapia, registrazione dei dati sul diario cartaceo oppure elettronico, interpretazione dei risultati come base per intraprendere una azione, comportamenti correttivi, farmacologici e non, in risposta ai risultati delle misurazioni glicemiche, soprattutto per la prevenzione del rischio ipoglicemico, condividere periodicamente i dati con il team curante

**CRITERI VALUTAZIONE**

Valore domanda: **5 punti**

- **Attinenza/ pertinenza e completezza**, per un massimo di punti 6,0 distinti in due aree: una relativa ai contenuti sulla patologia (fino ad un massimo di punti 2,0) ed una relativa agli aspetti educativi concernenti la gestione farmacologica e gli elementi comportamentali (fino ad un massimo di punti 4,0)

**2. Descrivere gli scopi e le modalità della valutazione infermieristica.**

**RISPOSTA**

**Scopo**

Consente di determinare in che misura i risultati siano stati ottenuti, se completamente o parzialmente o per nulla, e in base a questo si decide se concludere o revisionare il piano di cura. Promuove un meccanismo di feedback permettendoci, in un clima di assoluta circolarità ed elasticità, di modificare obiettivi, interventi e rivalutare costantemente. Accerta l'efficacia del piano di assistenza

**Modalità**

La valutazione è dinamica e può essere effettuata più volte durante le cure ad un paziente, in rapporto ai problemi e alle condizioni del paziente stesso

Prevede l'utilizzo di scale/strumenti di valutazione adottate nell'accertamento

Diversificata in base alla competenza (novizio, esperto, competente)

Si riferisce ai risultati attesi definiti nella pianificazione e che sono un cambiamento dello stato del paziente in risposta agli interventi infermieristici

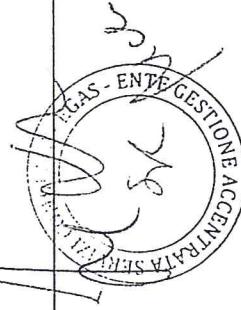
Il cambiamento deve essere misurabile e indicare il livello di benessere o l'indipendenza in alcune funzioni

Mettere in evidenza se l'obiettivo è stato raggiunto, se è stato raggiunto solo parzialmente, se non è stato raggiunto, se sono sorti altri problemi, altre priorità

**CRITERI VALUTAZIONE**

Valore domanda: **5 punti**

- **Attinenza/ pertinenza e completezza**, per un massimo di punti 6,0 distinti in due aree: una relativa allo scopo (fino ad un massimo di punti 4,0) ed una relativa alle modalità (fino ad un massimo di punti 2,0)



### 3. Definire le responsabilità infermieristiche nella gestione di un paziente nei pre-operatorio.

#### RISPOSTA

- A. Pre-ricovero: accertamento: raccolta sistematica di dati oggettivi e soggettivi, acquisizione di dati utili per la definizione dei problemi, determinazione delle funzioni del paziente, determinazione delle risorse del paziente, presenza risorse familiari per la dimissione. Educazione preoperatoria/post: (opuscolo informativo), promuovere una ventilazione efficace (ginnastica tosse, spirometro incentivante), promuovere la mobilità, no fumo, addestramento utilizzo di presidi
- B. Aspetti assistenziali: digiuno preoperatorio e verifica alimentazione preoperatoria, preparazione fisica (igiene personale, doccia antisettica, Igiene del cavo orale), tricotomia solo se necessaria, pulizia intestinale e/o verifica preparazione a domicilio, prescrizione terapeutica (somministrazione/verifica farmaci prescritti, verifica sospensione farmaci prescritti), dispositivi medici eventualmente applicabili in degenza (catetere venoso periferico, catetere vescicale, sondino naso-gastrico), profilassi antiembolica (compressione pneumatica, calze antitrombo), identificazione del paziente e del sito chirurgico (lateralità!), verifica delle attività attribuite all'OSS: preparazione del letto di degenza, vestizione del paziente, minzione avvenuta prima dell'invio in sala operatoria se non cateterizzato, rimozione di smalto, protesi dentarie ed effetti personali del paziente, segnalazione paziente portatore di ponti o denti instabili, deposito degli effetti personali in luogo sicuro o consegna ad un parente chiaramente identificato, accompagnamento e trasporto del paziente in sala operatoria
- C. Verifica della correttezza e completezza della cartella clinica: documentazione medica e infermieristica, consenso informato, referti diagnostici, check list operatoria

#### CRITERI VALUTAZIONE

Valore domanda: 5 punti

- **Attinenza/ pertinenza e completezza**, per un massimo di punti 6,0 distinti in tre aree: una relativa al pre-ricovero (fino ad un massimo di punti 1,0), una relativa agli aspetti assistenziali di preparazione all'intervento (fino ad un massimo di punti 3,5) ed una relativa alla documentazione/informazioni (fino ad un massimo di punti 1,5)

### 4. Indicare gli elementi utili per la prevenzione delle complicanze della stipsi nella popolazione anziana.

#### RISPOSTA

- A. Definizione: la stipsi e sue complicanze nell'anziano
- B. Accertamento: modalità, frequenza, orari, dolore, alimentazione, idratazione, attività fisica, patologie, interventi chirurgici, assunzione di farmaci/prodotti lassativi, interazioni farmacologiche, condizioni mentali relative alle capacità di comunicare i bisogni e seguire semplici istruzioni. Accertamento fisico dell'addome e del retto: forza muscolare addominale, suoni dell'intestino, massa addominale, fecalomi, emorroidi e riflesso anale intatto.
- C. Aspetti educativi: idratazione (1500-2000 ml/die) alimentazione: alimenti ricchi di fibre (25-30 gr/die) e da escludere (caffè, the, ...), attività fisica in base al grado di mobilità, evacuazione: regolare sulla base "del primo pasto", stimolo fisiologico assecondato, attenzione alla privacy, posizione squat, utilizzo di un diario delle evacuazioni: frequenza, caratteristiche e quantità delle feci, episodi di costipazione /incontinenza fecale, utilizzo di lassativi (orale e rettale)

#### CRITERI VALUTAZIONE

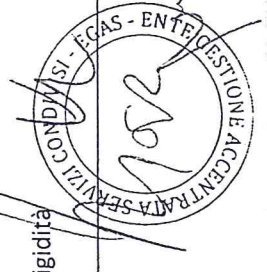
Valore domanda: 5 punti

- **Attinenza/ pertinenza e completezza**, per un massimo di punti 6,0 distinti in tre aree: una relativa alla definizione (fino ad un massimo di punti 2,0), una relativa alle modalità di accertamento (fino ad un massimo di punti 2,0) ed una relativa agli aspetti educativi (fino ad un massimo di punti 2,0)

### 5. Individuare gli elementi utili per l'accertamento di un paziente cirrotico in encefalopatia porto sistemica.

#### RISPOSTA

- Stato di coscienza: alterazione ritmo sonno-veglia, ipersonnia, lentezza di risposta, letargia, disorientamento, confusione, sonnolenza stupore fino a coma
- Funzione intellettuale: compromissione elaborazione, attenzione, perdita di tempo, perdita di spazio, inabilità di elaborazione, perdita del sé
- Personalità e comportamento: euforia, depressione, eccessi, loquacità, irritabilità, comportamento disinibito, ansietà, apatia, aggressività, rabbia
- Anormalità neuromuscolari: tremore, mancanza di coordinamento, flapping tremor (asterixis), difficoltà a scrivere, atassia, riflessi ipo-iperattivi, nistagmi, rigidità
- Rischio cadute: alterazione stato mentale, disturbo dello stato di coscienza, deambulazione incerta e instabile, alterazione dell'equilibrio





**Attinenza/pertinenza  
Completezza**

**1. Indicare le aree da considerare per la prevenzione del piede diabetico.**

**RISPOSTA**

- A. Contenuti educativi: educazione dei pazienti, familiari e sanitari: migliorare la conoscenza dei pazienti, dei familiari/caregiver, degli operatori sanitari sulla patologia, sul controllo glicemico, sugli stili di vita (nutrizione, attività fisica, igiene personale, ...), sul trattamento farmacologico (Identificazione del piede a rischio)
- B. Azioni pratiche sul piede: ispezione periodica ed esame del piede a rischio: anamnesi ed esame dei piedi e valutazione della neuropatia. Determinare se il paziente diabetico, o caregiver, sia in grado di eseguire un controllo quotidiano del piede. Eseguire ispezione giornaliera del piede, evitare di camminare a piedi nudi, o solo con calze. Scegliere calzature e calze adatte ed ispezionarle prima di indossarle. Indossare calzature adeguate (tutte le calzature devono essere adattate per conformarsi alla biomeccanica e deformità del piede del paziente), lavare i piedi a temperatura corporea ed asciugarli bene ogni giorno, non utilizzare alcun tipo di riscaldamento per scaldare i piedi. Non usare agenti chimici o taglienti per rimuovere calli e duroni. Trattamento delle lesioni pre-ulcerative, infettive e micotiche. Utilizzare emollienti per ammorbidire la pelle secca. Tagliare le unghie dei piedi in maniera dritta. Far esaminare regolarmente i piedi dal personale sanitario

**CRITERI VALUTAZIONE**

Valore domanda: 5 punti

- **Attinenza/pertinenza e completezza**, per un massimo di punti 6,0 distinti in due aree una relativa ai contenuti educativi (fino ad un massimo di punti 1,5) ed una relativa alle azioni pratiche sul piede (fino ad un massimo di punti 4,5)

**2. Descrivere gli scopi e come si effettua la sorveglianza infermieristica.**

**RISPOSTA**

Scopi

È un presupposto del prendersi cura della persona

Prevede la rilevazione dei cambiamenti significativi nelle condizioni di un paziente cogliendo i primi segnali, prevede i bisogni di assistenza al paziente, assunzione di responsabilità delle proprie azioni

Le altre discipline sanitarie dipendono dalla vigilanza svolta dagli infermieri, in quanto grazie alle loro osservazioni possono ottenere le informazioni necessarie al loro lavoro

Un processo continuo attraverso il quale gli infermieri monitorano, valutano e agiscono sugli indicatori emergenti di un cambiamento nelle condizioni dei pazienti

La continua e finalizzata acquisizione, interpretazione e sintesi dei dati dei pazienti per la presa di decisioni clinica

L'applicazione di processi cognitivi e comportamentali nella raccolta sistematica di informazioni utilizzata per esprimere giudizi e previsioni sullo stato di salute di una persona

Cinque elementi: osservazione e accertamento continui, riconoscimento, interpretazione, processo di presa di decisioni

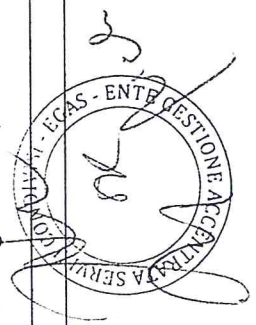
Modalità

Individuare le situazioni più a rischio di carenza sorveglianza (cambio turno, consegne, turno notturno, staffing, competenze, ...)

Diversificata in base alla competenza (novizio, esperto, competente)

Individuare pazienti in base a stabilità clinica, risorse umane (staffing, skill-mix, familiari), modifiche organizzative, risorse materiali, scale/strumenti di valutazione

**CRITERI VALUTAZIONE**





- **Attinenza/pertinenza e completezza**, per un massimo di punti 6,0 distinti in due aree una relativa agli scopi (fino ad un massimo di punti 4,0) ed una relativa alle modalità (fino ad un massimo di punti 2,0)

### 3. Delinare le responsabilità infermieristiche nella gestione di un paziente al rientro in degenza nel post-operatorio

#### RISPOSTA

- A. Area della documentazione/informazioni: Identificazione del paziente e documentazione clinica, anamnesi intra-operatoria, prescrizioni postoperatorie diagnostico-farmacologiche  
 B. Aspetti assistenziali: ventilazione adeguata, stabilità emodinamica, gestione devices, orientamento e vigilanza, sintomi significativi (nausea, vomito, singhiozzo), la presenza di dolore e/o l'adeguatezza del regime analgesico, termoregolazione, stato neuro-vascolare, sicurezza del paziente ed ambientale, supporto emotivo al paziente ed alla famiglia

#### CRITERI VALUTAZIONE

Valore domanda: 6 punti

- **Attinenza/pertinenza e completezza**, per un massimo di punti 6,0 distinti in due aree una relativa alla documentazione/informazioni (fino ad un massimo di punti 1,5) ed una relativa agli aspetti assistenziali (fino ad un massimo di punti 4,5)

### 4. Definire tre obiettivi prioritari con tre interventi correlati nell'assistenza di un paziente con Scompenso cardiaco congestizio.

#### RISPOSTA

##### Obiettivi prioritari:

- Prevenire le complicanze da accumulo di liquidi
- Prevenire le complicanze derivate dall'allettamento
- Potenziare le capacità per affrontare l'ansia
- Aumentare il livello di attività fisica senza superare la riserva energetica del cuore
- Assicurare l'assunzione dei nutrienti necessari per la stabilizzazione clinica e per far fronte alle aumentate richieste energetiche
- Definire col paziente un progetto educativo
- Garantire l'adesione alla terapia prescritta
- Accompagnare il paziente ed i familiari nel fine vita

##### Interventi correlati:

- Prevenire le complicanze da accumulo di liquidi: riconoscere segni e sintomi di scompenso; rilevare parametri vitali; somministrare la terapia diuretica; controllare l'assunzione di liquidi ed alimenti; effettuare bilancio entrate-uscite, prevenire lesioni nelle zone edematose
- Prevenire le complicanze derivate dall'allettamento: rilevare parametri vitali; definire rischio e prevenire di LdP, di malnutrizione, di caduta, di stipsi; programma graduale di attività fisica a letto, in poltrona ed in piedi; valutare tolleranza all'attività fisica; alternare attività fisica e riposo a letto; addestrare i familiari all'attività fisica del paziente; somministrare farmaci anti-coagulanti
- Potenziare le capacità per affrontare l'ansia: fornire sostegno psicologico e fisico; insegnare tecniche di rilassamento; garantire adeguati periodi di sonno e riposo; favorire il sostegno dei familiari
- Aumentare il livello di attività fisica senza superare la riserva energetica del cuore: valutare il cammino e l'equilibrio (Scala Tinetti) e rischio di caduta; determinare le capacità del paziente; insegnare tecniche di conservazione dell'energia; stabilire un ritmo e le priorità; concordare l'attività fisica e gli esercizi; garantire apporto nutrizionale; prevedere supporto psicologico e sociale
- Assicurare l'assunzione dei nutrienti necessari per la stabilizzazione clinica e per far fronte alle aumentate richieste energetiche: valutare lo stato nutrizionale (scale); definire la dieta necessaria; pianificare l'assunzione dei cibi; registrare l'assunzione degli alimenti e dei liquidi; controllare il peso; educare alla corretta alimentazione

- Definire coi pazienti un progetto educativo su: la natura del rischio, i fattori di rischio, i comportamenti da evitare, le conseguenze del rischio, la modalità di verifica tempi e le modalità di verifica
- Garantire l'adesione alla terapia prescritta: valutare capacità, conoscenze, volontà, supporti familiari; evidenziare elementi e motivazioni di criticità; fornire informazioni sui farmaci (farmacocinetica, effetti terapeutici, effetti collaterali, orari, interazioni con altri farmaci e alimenti); concordare strategie di assunzione; stabilire indicatori di risultato (tipologia, tempi, risorse, responsabilità) e verificarne il raggiungimento
- Accompagnare il paziente ed i familiari nel fine vita: riconoscere la condizione di fine vita; utilizzare le fasi dell'accompagnamento; rispettare le volontà dell'assistito; valutare e gestire il dolore; valutare e gestire l'alimentazione e l'idratazione; gestire il rischio/presenza di LdP; assicurare supporto religioso; fornire informazioni accurate sulla prognosi e sui contatti professionali; agevolare la discussione di ansie e timori; garantire supporto farmacologico concordato (respiro, nausea, vomito, agitazione, depressione, ansia, delirium)

CRITERI VALUTAZIONE

Valore domanda: 6 punti

- **Attinenza/pertinenza e completezza**, per un massimo di punti 6,0

5. Individuare i comportamenti per la gestione di un paziente adulto ricoverato che è caduto.

RISPOSTA

- A. Ambiente: Raccogliere informazioni esaurienti per la descrizione della dinamica, avvalendosi dei resoconti del paziente, e, in caso di impossibilità, di altre persone che abbiano assistito all'accaduto, valutazione del rischio cadute, ridurre i fattori di rischio modificabili di ulteriori cadute
- B. Paziente: che rimane al suolo, a seguito di caduta improvvisa, richiede da parte degli operatori una valutazione delle condizioni e un trattamento immediati, chiamare il medico per rivalutazione del danno a valle della caduta per ridurre il danno secondario, monitorare il paziente per le possibili complicanze immediate e/o tardive, agire in base alle diverse competenze degli operatori che devono essere preparati per affrontare una situazione di emergenza-urgenza, attivare la procedura (BLS) mirata di emergenza-urgenza necessaria all'interno di ogni struttura/servizio/unità
- C. Comunicazioni e documentazione: garantire l'adeguata informazione ai familiari, rivalutare il rischio e registrare puntualmente l'accaduto nella sua completezza, insieme al medico, sulla documentazione clinica e compilare i documenti di incident reporting

CRITERI VALUTAZIONE

Valore domanda: 6 punti

- **Attinenza/pertinenza e completezza**, per un massimo di punti 6,0 distinti in tre aree, una relativa all'ambiente (fino ad un massimo di punti 1,5), una relativa all'assistenza al paziente (fino ad un massimo di punti 2,5) ed una relativa alle comunicazioni (fino ad un massimo di punti 2,0)

IL SUPERAMENTO DELLA PROVA AVVIENE OTTENENDO 21 PUNTI SU 30, CIOE' 4,2 PUNTI IN CIASCUNA DOMANDA

