



**UNIVERSITÀ
di VERONA**
Scuola
di **MEDICINA
E CHIRURGIA**

Corso di Laurea In Infermieristica
poli didattici di Verona, Trento, Vicenza, Legnago, Bolzano

Indicazioni metodologiche per l'elaborazione della Tesi

**Orientamento allo studio per l'esame di
abilitazione**

approvate in Commissione didattica

A cura di

Commissione attività didattiche professionalizzanti

ESAME FINALE

L'Esame finale, con valore di Esame di Stato abilitante alla professione, è organizzato in 2 sessioni definite dal Ministero dell'Università annualmente con decreto e comprende le seguenti prove:

1. una **prova pratica** nel corso della quale lo studente deve dimostrare di aver acquisito le conoscenze, le abilità teorico-pratiche e operative proprie dello specifico profilo professionale;
2. la **redazione di un elaborato di una tesi e sua dissertazione.**

Per essere ammessi alla prova finale occorre avere conseguito tutti i crediti nelle attività formative previste dal piano degli studi, compresi quelli relativi all'attività di tirocinio.

La prova finale ha l'obiettivo di valutare l'apprendimento atteso con i Descrittori di Dublino (2004) nei seguenti ambiti:

- Conoscenza e capacità di comprensione applicate – *Applying knowledge and understanding*,
- Autonomia di giudizio – *Making judgements*,
- Abilità comunicative – *Communication skills*,
- Capacità di apprendere – *Learning skills*.

che corrispondono al 2, 3, 4 e 5 Descrittore.

Pertanto, l'abilitazione finale è conferita a studenti che:

- siano capaci di applicare le loro conoscenze dimostrando un approccio professionale, e competenze adeguate per risolvere problemi nel proprio campo di studio;
- abbiano la capacità di raccogliere e interpretare i dati per formulare giudizi professionali autonomi, inclusa la riflessione su temi sociali, scientifici o etici a essi connessi;
- sappiano comunicare informazioni, idee, problemi e soluzioni a utenti e ad altri professionisti;
- abbiano sviluppato capacità di apprendimento autonomo.

Il punteggio totale attribuito all'esame finale è equamente diviso per la prova pratica e la dissertazione scritta. **Le due prove sono contestuali**, per accedere alla discussione della Tesi è necessario ottenere l'idoneità nella prova pratica

Il punteggio finale di laurea è espresso in centodieci (110) con eventuale lode e dalla somma delle valutazioni ottenute nella prova finale che concorrono alla determinazione del voto finale.

La prova a valenza applicativa costituisce uno sbarramento: in caso di valutazione insufficiente, il candidato non può proseguire con la discussione della tesi.

La prova finale è valorizzata con un punteggio massimo di 12 punti: 6 punti per la prova applicativa e 6 punti per l'elaborato di tesi

1.0 DISSERTAZIONE SCRITTA e ORALE [TESI]

Finalità

La dissertazione è una occasione istituzionale in cui lo studente può dimostrare la propria capacità di pensiero e di elaborazione delle esperienze teorico-professionali ricevute nel corso del triennio. La Tesi di Laurea, secondo l'ordinamento del Corso consiste in “*una dissertazione scritta di natura teorico - applicativa - sperimentale*”, pertanto deve rappresentare un'occasione formativa coerente con gli obiettivi didattici del curriculum formativo.

La dissertazione permette di accertare il raggiungimento delle competenze indicate nel 5° Descrittore di Dublino, ovvero la capacità dello studente di **condurre un percorso di apprendimento autonomo e metodologicamente rigoroso**. Scopo della tesi è impegnare lo studente in un lavoro che contribuisca al completamento della sua formazione professionale e scientifica.

Scelta dell'argomento

Gli argomenti possono riguardare, temi e argomenti di interesse dello studente e pertinenti ai programmi svolti durante il corso di laurea. Lo sviluppo **nasce da una domanda** alla quale il laureando si pone l'obiettivo di rispondere - anche senza dare un'unica risposta o una risposta “certa” - e di sviluppare delle implicazioni o possibili sviluppi per la pratica.

Un approccio efficace prevede:

- **approfondimento di background** dell'argomento di interesse attraverso la consultazione e lo studio di testi (fonti terziarie o integrative specifiche). Tale approfondimento è propedeutico al lavoro di tesi, necessario per comprendere le fonti di foreground (studi primari o revisioni sistematiche) e non sempre è necessario poi inserirlo nel lavoro di tesi.
- **focalizzazione del quesito e selezione fonti di foreground.**

Stile di scrittura

La tesi porta in sé le caratteristiche di un lavoro scientifico pertanto lo stile di scrittura necessita di essere per questo chiaro, semplice (ma non semplicistico), utilizzo appropriato di termini e concetti (es prevalenza/incidenza; fattori di rischio, patogenetici, o causali; fonti disponibili o fonti possibili; ..) e ben argomentato. Si suggerisce di utilizzare la forma impersonale, curare la punteggiatura, evitare l'utilizzo di sigle non internazionalmente riconosciute (come FC e PAO) anche se per la prima volta citate tra le parentesi; numerare progressivamente tabelle e figure. Le tabelle e figure sono posizionate il più vicino possibile al punto del testo in cui sono richiamate per la prima volta.

Alcuni suggerimenti rispetto allo stile di scrittura

Uno scritto tecnico-scientifico necessita di essere chiaro, conciso, essenziale. A questo scopo frasi brevi e lineari, con pochi incisi, sono di più agile lettura rispetto a frasi lunghe e articolate. Per la costruzione della frase si suggerisce una struttura lineare e comprensibile. Un testo tecnico-scientifico deve essere un testo vero e proprio, non un elenco; non è ammissibile limitarsi ad esporre i concetti per punti, ma devono esistere delle frasi di senso compiuto, connesse tra loro, che in italiano corretto sviluppano l'argomento trattato, introducono le tabelle e i dati e commentano i risultati riportati.

Uso degli “a capo”: l'applicativo Word considera un capoverso l'insieme di righe scritte prima di premere il tasto invio per andare a capo. Il capoverso rappresenta il blocco di testo che analizza un “concetto” e vive da solo separato dal precedente da un punto e a capo. Più periodi connessi tra di loro formano un capoverso e più capoversi formano un paragrafo (paragrafo/capoverso : porzione di testo che dovrebbe essere formata da uno o più periodi “isolati” da ciò che precede e ciò che segue). Quando i periodi trattano concetti omogenei *non si va a capo*. Si suggerisce pertanto di rimuovere dall'applicativo word “ layout di pagina la spaziatura prima e dopo lasciando “zero punti” .

Parole inglesi: i termini in inglese si scrivono in corsivo e vanno utilizzati con parsimonia e solo quando necessario. All'interno di un testo italiano le parole straniere non si declinano al plurale (esempio outcome e non outcomes). Si usano solo per "concetti noti", se esiste il termine italiano si usa quello.

Scegliere i caratteri

Il corsivo va usato come elemento distintivo all'interno del testo, ma anche per i titoli e i sottotitoli, oppure per evidenziare parole e le frasi straniere oppure enfatizzare una parola o una breve frase.

Il grassetto si usa generalmente per i titoli e per dare maggiore enfasi; poiché comporta far "gridare" una parola all'interno del testo, va usato con molta parsimonia, e più per singole parole che per intere frasi.

Il sottolineato era molto usato quando si scriveva a macchina: il corsivo non esisteva e non c'era altro modo per evidenziare le parole. Oggi va usato il meno possibile, perché non ce n'è più ragione.

Valutazione della dissertazione scritta e orale (Tesi)

La dissertazione del Corso di laurea triennale si articola in due momenti: a) redazione di un elaborato scritto e b) la presentazione e discussione orale dell'elaborato stesso.

L'elaborato **scritto** (tesi) sarà valutato secondo i seguenti *criteri*:

- grado di approfondimento dell'argomento,
- contributo critico ed elaborativo del laureando di analisi della letteratura e ed elaborazione di implicazioni per l'applicazione pratica,
- grado di autonomia e responsabilità nel processo di stesura ed elaborazione della tesi;
- carattere scientifico della struttura del lavoro e aderenza alla guida per la citazione delle fonti;
- accuratezza della metodologia adottata (es citazione delle fonti), onestà intellettuale;
- stile di scrittura.

La **discussione** della tesi con la Commissione di laurea, richiede la capacità di illustrare il proprio lavoro in maniera sintetica, logica e chiara e di interagire dialetticamente con le osservazioni della commissione. La discussione del lavoro è finalizzata a valutare la capacità dello studente di sostenere riflessioni e ragionamenti con dotte argomentazioni (ragionare in un contesto di incertezza). È l'occasione per apprezzare la capacità dei candidati di organizzare e gestire un discorso pubblico in modo efficace, argomentato, naturale e fluido, seppur con la dovuta formalità. È pertanto consigliabile evitare un'esposizione imparata a memoria o recitata, il cui risultato è spesso una comunicazione dogmatica e poco argomentata.

In tale contesto si suggerisce di adottare un abbigliamento sobrio e una presenza contenuta di famigliari e/o amici che per esigenze pratiche non potranno essere più di 5.

Il relatore

Il relatore orienta il laureando nella fase iniziale di impostazione del lavoro (concorda l'argomento, la tipologia di tesi e fornisce indicazioni per l'individuazione delle fonti) e successivamente fornisce consulenza sulla stesura. L'elaborato deve essere il frutto del lavoro autonomo del laureando.

Il Relatore deve appartenere al Corpo docente del Corso di Laurea nell'anno accademico di discussione della Tesi (formalmente incaricato). Non possono essere Relatori i conferenzieri e conduttori di esercitazioni non appartenenti al "corpo docente".

Si suggerisce di definire un contratto formativo tra studente e relatore per

- concordare i tempi di produzione del lavoro e stabilire le scadenze degli incontri
- alcuni giorni prima dell'appuntamento consegnare il progetto di tesi
- eventuali incontri in fase di stesura inoltrando preventivamente specifici quesiti e/o dubbi o dopo il primo incontro prima degli appuntamenti successivi le parti o capitoli prodotti.

Domanda di Tesi

I moduli e modalità di compilazione della **domanda di ammissione** all'Esame di Laurea sono disponibili sul sito univr.it

Autorizzazioni

Qualora per la tesi lo studente preveda di raccogliere dati o di accedere alla documentazione dei servizi (vedere tipologie), è necessario che acquisisca:

- **parere positivo preventivo** per gli aspetti metodologici e etico-deontologico del progetto di ricerca o del case report da parte di una Commissione del CLI;

Successivamente

- **approvazione/autorizzazione alla raccolta o uso di dati** del Direttore dell'Ospedale o Distretto, del responsabile del servizio infermieristico, del direttore di UO o Servizio e del capo sala, tramite richiesta formale firmata dal relatore.

Consegna Tesi

Le scadenze sono indicate sul sito www.univr.it per ogni sessione.

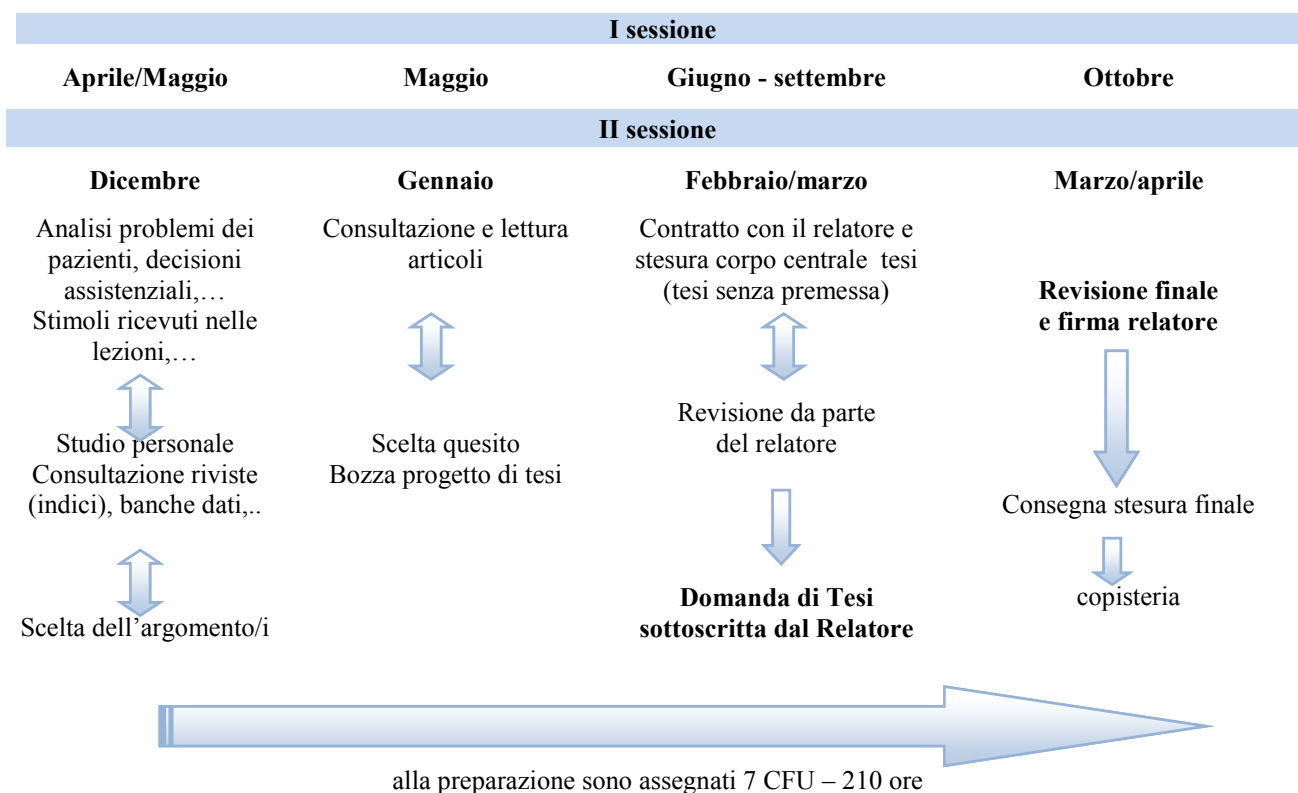
Il laureando dovrà predisporre copie della tesi:

- N. 1 copia della tesi rilegata per la segreteria e firmata in originale dal relatore (scannerizzare anche modulo Autorizzazione alla consultazione della tesi di laurea riportato a pag. 20 della Guida) circa **10 giorni prima** della data di discussione
- N. 1 copia di Tesi rilegata da consegnare al relatore **prima** della sessione dell'esame finale
- N. 1 copia al correlatore, qualora presente e da consegnare **prima** della sessione dell'esame finale
- N. 4 copie da consegnare al presidente al momento della discussione e che **rimangono a disposizione della Commissione.**

Agenda dello studente

In sede di Consiglio di Corso il corpo docente ha proposto una agenda per lo sviluppo – revisione e approvazione della tesi di carattere compilativo per evitare proposte di Tesi in prossimità della scadenza della “domanda di tesi”. La firma della Scheda di Tesi avviene qualora il docente relatore abbia potuto revisionare e approvare la stesura definitiva della tesi .

Il tempo di preparazione della Tesi è considerato a tutti gli effetti tempo di formazione per lo studente; pertanto necessita di essere pianificato nel tempo e non improvvisato o ritagliato nelle ultime settimane o mese del percorso.



Tipologie di tesi

L'approccio scelto dallo studente per l'elaborato di tesi può essere molto vario, l'importante che sia coerente con la domanda che si propone. La commissione didattica ha suggerito **tesi di carattere compilativo**: revisione, traduzione e analisi critica di un articolo scientifico, resoconto di una esperienza significativa di tirocinio, , case report della letteratura su una tematica circoscritta

Tesi compilative

A. Analisi "critica" di un studio pubblicato su una rivista scientifica (simil CAT): richiede di selezionare e esaminare uno studio pubblicato su una rivista scientifica. La finalità principale è quella di elaborare un commento metodologico dello studio, analizzare i risultati dello studio con quelli di studi simili e di fornire indicazioni applicative. Questa tipologia **non** va confusa con un esercizio di traduzione o con un "sommario" o "abstract" degli articoli originali. Possono essere sintetizzati con commento metodologico esclusivamente studi di ricerca (chiamati studi primari) o revisioni sistematiche o meta analisi (systematic review o meta- analysis) ma **non** revisioni narrative (review , clinical review, evidence report).

B. Case report: si tratta di un rapporto su un "caso", che può includere: una persona, un evento o situazione (es. la comunicazione al paziente della diagnosi, la caduta di un paziente,), il rimedio di un evento/situazione, un programma d'intervento. Richiede una presentazione strutturata del caso e una analisi alla luce delle evidenze/teorie, risorse, preferenze/valori del paziente (ottica EBP) per sostenere dati del paziente, scelte di accertamento, di trattamento assistenziale, preventivo, educativo, organizzative o scelte etico deontologiche;

C. Revisione narrativa della letteratura su problema- quesito allo scopo di elaborare critica dei lavori pubblicati su uno specifico argomento e svolge una funzione fondamentale in ambito sanitario, che è quella di offrire una revisione della letteratura finalizzata all'aggiornamento su un determinato argomento. Si apre con l'enunciazione di una questione possibilmente controversa, prosegue con l'analisi della letteratura esistente e si chiude suggerendo risposte e proposte ed eventualmente sollecitando ulteriori ricerche sulla base di rinnovati interrogativi.

D. Documentazione di esperienze applicative di modelli assistenziali e metodi e strumenti collegati ad specifica situazione assistenziale. Per esempio modello della presa in carico, continuità assistenziale, dimissione protetta, autocura, uso di strumenti per l'accertamento mirato, strumenti per la pianificazione e documentazione dell'assistenza, metodologia educativa, etica,). Questa tipologia di tesi si propone *di documentare/descrivere un'esperienza pratica, analizzarla e discuterla alla luce della letteratura, dell'applicabilità e/o utilità per affrontare problemi o situazioni di competenza infermieristica.*

Lo studente con buone capacità metodologiche di informatica, statistica e di ricerca e un buon curriculum formativo nel triennio che intende orientarsi verso una **tesi di ricerca/indagine** può collaborare con progetti di ricerca di docenti , oppure anche **replicare** uno studio con strumenti già validati riferiti ad altri contesti (es. questionari, interviste, analisi di documenti,...). **Questa tipologia di tesi richiede di seguire i seguenti step:**

- a) **approvazione preventiva del protocollo di ricerca** - almeno 3 mesi prima della sessione - da parte di una commissione del CdL che ne analizza la metodologia e i requisiti etico deontologici. Il protocollo dovrà contenere obiettivo, quesito, materiali e metodi (campione, criteri di inclusione, contesto strumenti di raccolta dati, procedura per la raccolta dati); gli strumenti di raccolta dati e livello raggiunto durante il corso nelle capacità informatiche, di ricerca e statistica. **Al protocollo è necessario allegare gli strumenti originali che si ipotizza di utilizzare** (questionari validati, domande di intervista, griglie) e **l'articolo guida tratto da una rivista indicizzata.**

dopo l'approvazione,

- b) acquisire le autorizzazioni del Direttore della Struttura (ospedale, distretto), del Direttore di UO e Caposala della /e Unità operativa/e per la raccolta e utilizzo dei dati

Suggerimenti per la struttura dei vari modelli di tesi

A) Analisi “critica” di un articolo scientifico

Implica realizzare le 5 tappe del processo EBP (pag 21 step ed esempi di CAT)

- partire da un problema o scenario clinico o specifico analizzare quali studi-articoli sono pertinenti al quesito clinico e screenarli
- valutare la validità dello studio: Quali sono i risultati?I risultati sono validi? Possono essere trasferiti alla mia realtà, al mio paziente? <http://www.casp-uk.net/> critical appraisal checklists oppure attraverso il PC-based software tool CATmaker (<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1157>)

Un esempio di indice

Introduzione o premessa

Nell'introduzione descrivere lo *scenario e/o problema* clinico - assistenziale e il contesto nel quale si sviluppa.

Cosa già si conosce e aree di incertezza rispetto al problema. Successivamente definire il *quesito clinico* (PI/E CO) e la strategia di ricerca bibliografica. Il problema e il quesito vanno descritti in modo focalizzato: caratteristiche della popolazione (età, caratteristiche cliniche,...) e del setting (lungo termine, acuti, pazienti critici, stabili, domicilio, ..), per comprendere quale tipologia di disegno di ricerca meglio risponde al quesito e per selezionare/screenare i documenti reperiti tramite la ricerca bibliografica

In questa sezione *motivare la scelta dell'articolo* ovvero spiegare come l'articolo selezionato è pertinente al paziente o al problema e la sua validità metodologica

Abstract o riassunto strutturato dell'articolo selezionato

Il riassunto di una pubblicazione di studi primari o di una revisione sistematica con o senza meta analisi non è il riassunto di ogni singola sezione della fonte originale ma richiede una forma “strutturata” che segue specifiche indicazioni derivanti dalla comunità scientifica. Si suggerisce di consultare come esempi i riassunti strutturati pubblicati sulla rivista Evidence based medicine <http://ebm.bmj.com/> e gli esempi allegati (pag 21 esempi di CAT).

Titolo: solitamente è una affermazione concisa delle conclusioni o del principale risultato. Esempio:

I probiotici a base di lactobacillus possono prevenire le ricorrenti infezioni del tratto urinario nelle donne in menopausa: trial clinico randomizzato controllato

Fonte originale: si cita la fonte originale utilizzando il sistema delle referenze fondo testo. Esempio:

Beerepoot MA, Ter Riet G, Nys S, et al. Lactobacilli vs antibiotics to prevent urinary tract infections: a randomized, double-blind, non inferiority trial in postmenopausal women. *Arch Intern Med* 2012;172:704–12.

Redigere un riassunto dell'articolo di massimo 4 cartelle seguendo le voci inserite negli esempi dell'allegato 1 (pg19-22). Un ulteriore esempio di riassunto strutturato di uno studio primario è riportato nella dispensa 2013/14 di Assistenza basata sulle evidenze

Le tabelle o figure vanno inserite nel testo e vicini al punto del testo in cui sono citate. Le tabelle devono essere numerate progressivamente di solito con un numero romano (I, II, III.) ed avere un *riferimento all'interno del testo*, devono inoltre *avere un titolo* ed essere sufficientemente chiare. Non devono eccedere il profilo del corpo del testo.

INDICE

Premessa.....
1.0 La terapia insulinica tramite microinfusore migliora il controllo glicemico rispetto alla terapia multiniettiva: riassunto di una meta-analisi
2.0 Commento e implicazioni per la pratica
Bibliografia
Allegati	
Misso ML, Egberts KJ, Page M, O'Connor D, Shaw J. Continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) versus multiple insulin injections for type 1 diabetes mellitus. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2010, Issue 1. Art. No.: CD005103. DOI:10.1002/14651858.CD005103.pub2.	
Versione originale
Versione tradotta in italiano.....

Commento e implicazioni per la pratica clinica

Il commento: commentare i risultati utilizzando altre fonti (studi primari, linee guida) che hanno prodotto risultati simili o diversi (2-3 articoli). Se avete riassunto una revisione sistematica le fonti non dovranno essere contemplate tra gli studi inclusi o esclusi dalla revisione stessa.

Le implicazioni per la pratica assistenziale, quali risorse umane (competenze), tecnologiche sono necessarie per applicare questi risultati? Quale è il punto di vista dei pazienti che comunemente sono assistiti con questo problema? Cosa ne pensano gli esperti? Come è possibile applicare o usare questo intervento? Il laureando per elaborare le sue conclusioni può sentire il parere di “testimoni privilegiati” (esperti,...), in questo caso la richiesta di consulenza/contributo è mediata dal relatore e non sono necessarie specifiche autorizzazioni. Il contributo emerso è elaborato nelle conclusioni **senza** riportare in forma integrale le interviste/pareri.

Referenze- bibliografia

Vedere norme editoriali

Allegati

articolo originale in inglese in pdf

articolo tradotto integralmente in italiano

Capacità richieste

Comprendere e valutare una pubblicazione di studio primario o di fonte secondaria (RS o meta analisi – non revisioni della letteratura)

Selezionare un articolo di buone qualità metodologiche

Comprensione e traduzione lingua inglese

B) Case report

Per un approfondimento si rimanda al testo: Jenicek M. Casi Clinici ed Evidence Based Medicine – Come preparare e presentare case report. Ed. Pensiero Scientifico Editore Milano 2001; cap 5 *Come preparare un report di caso singolo.*

Preparazione per un case report

Identificare un paziente o una situazione adatta realmente assistita e seguita nel tempo

Ricerca la letteratura relativa a casi – problemi simili

Ottenere il consenso del paziente e del Direttore di UO

Assistere il paziente (case report prospettico)

Raccogliere informazioni sulla storia del paziente (case report retroattivo)

Si consiglia di tenere un diario degli apprendimenti che sarà utile per la stesura della tesi e delle conclusioni

Aspetti deontologici nella gestione del case report

Per assicurare la protezione della riservatezza e privacy del paziente la revisione del progetto di Tesi da parte di esperti e/o responsabili si consiglia il confronto con il relatore, il coordinatore della Didattica professionale e i responsabili del servizio.

Intimamente associato al diritto di **protezione della privacy** vi è il diritto dei soggetti di rimanere anonimi e di vedersi assicurata la confidenzialità. Per ottemperare a questo diritto il ricercatore deve fare attenzione nella manipolazione, nell'archiviazione e nella pubblicazione dei dati. **Anonimato** significa tenere gli individui senza nome e limitare l'accesso alle informazioni raccolte. Per **confidenzialità** si intende la protezione dei dati acquisiti o appresi durante l'assistenza o la ricerca, in modo tale che non possano essere divulgati senza il permesso degli individui o omessi dal report in quanto non pertinenti all'obiettivo (essere divorziato).

Struttura del Case report

Introduzione risponde alla domanda perché ho selezionato questo paziente? Questa situazione e questi problemi?

Case report

es Ulcera cronica dell' arto inferiori di un giovane paziente diabetico: case report

Si descrive la storia, anamnesi infermieristica e risultati di eventuali indagini, trattamenti e cure infermieristiche e esiti ottenuti

Discussione (nucleo centrale del report)

Esempi di quesiti che orientano la discussione: *Cosa afferma la letteratura/evidenze rispetto a situazioni/problem simili? Quanto è rara o frequente questa condizione? Quali sono le cause primarie di questa condizione? sia in generale che rispetto al caso specifico Perché sono state fatte quelle scelte d'intervento/i? Quanto i miei interventi hanno influenzato l'esito (outcome) di quel paziente?*

Quali sono gli interventi standard previsti dalla letteratura (linee guida, Rev. Sistematiche RCT,..) per quella condizione?

Conclusioni (nucleo elaborativo)

Quali sono le tue raccomandazioni trattare in futuro pazienti con questa stessa condizione? Quale "lezione" hai appreso da questo case report? Quali apprendimenti?

Referenze

Vedere norme editoriali

Allegati

possono essere allegati previa autorizzazione schemi, strumenti utilizzati per la raccolta dati, o reperti, fotografie .. e in modalità anonima

Capacità richieste

Avere assistito e seguito il percorso del paziente/situazione, compreso il suo punto di vista (patient centred) e dei suoi risvolti

Utilizzare letteratura di foreground (studio primario RS o meta analisi)

Gestione etico - deontologica della situazione

Aspetti deontologici nella gestione del case report

Per assicurare la protezione della riservatezza e privacy del paziente si consiglia il confronto con il relatore, il coordinatore della Didattica professionale e i responsabili del servizio. Intimamente associato al diritto di **protezione della privacy** vi è il diritto della persona assistita, dei professionisti,.. di rimanere anonimi e di vedersi assicurata la confidenzialità. Per **confidenzialità** si intende la protezione dei dati acquisiti o appresi durante l'assistenza, in modo tale che non possano essere divulgati senza il permesso degli individui o omessi dal report in quanto non pertinenti all'obiettivo (es essere divorziato). **Anonimato** significa tenere gli individui senza nome e limitare l'accesso alle informazioni raccolte.

C) Revisione narrativa della letteratura

Si rimanda al materiale didattico “ Revisione della letteratura

Con il termine “**revisione o rassegna**” si intende una **sintesi critica dei lavori pubblicati su uno specifico argomento** e svolge una funzione fondamentale in ambito sanitario, che è quella di offrire una revisione della letteratura finalizzata all’aggiornamento su un determinato argomento.

Fornisce al lettore la struttura e i focus affrontati. Si suggerisce pertanto che sia specifico e non eccessivamente sotto-articolato
Un esempio di indice di una tesi sulla Analgesia controllata dal paziente

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag. 1
1.0 FINALITA' E METODI DI SOMMINISTRAZIONE.....	pag. 2
2.0 L'ANALGESIA CONTROLLATA DAL PAZIENTE NELLA GESTIONE DEL DOLORE POSTOPERATORIO.....	pag. 7
2.1 EFFICACIA DELLA PCA.....	pag. 8
2.1.1 Intensità del dolore.....	pag. 8
2.1.2 Consumo di oppioidi.....	pag. 11
2.1.3 Incidenza di complicanze e effetti avversi.....	pag. 12
2.1.4 Durata della degenza.....	pag. 14
2.1.5 Soddisfazione del paziente.....	pag. 15
2.2 PERCEZIONE DEL PAZIENTE E DEGLI OPERATORI.....	pag. 16
2.2.1 Percezione del paziente.....	pag. 16
2.2.2 Percezione degli operatori.....	pag. 19
3.0 CONCLUSIONI E IMPLICAZIONI PER LA PRATICA.....	pag. 21
BIBLIOGRAFIA.....	pag. 27

Esempio di indice

Introduzione

E' come una lettera d'accompagnamento con la quale si affida il proprio lavoro al lettore e al suo giudizio. Di solito si redige *a fine stesura*, non supera le 2 pagine e contiene:

- descrizione del problema, definizione, incidenza, contesto nel quale si sviluppa
- lo scopo o finalità della tesi: obiettivi e quesiti
- Organizzazione interna del lavoro di tesi
- Percorso della revisione: key words, motori di ricerca, limitatori e criteri di scelta

Corpo centrale della revisione

Breve presentazione degli studi inclusi

I risultati della revisione devono essere organizzati in modo che la presentazione sia scorrevole e significativa.

Le revisioni possono essere **scritte**:

A) in modo cronologico, con un riassunto della storia della ricerca in quel campo, ma questo è utile solo se si possono individuare nel tempo chiare tendenze.

B) per variabili dipendenti, indipendenti, e poi una combinazione delle due, seguita dalle ricerche sui fattori che influenzano il rapporto tra le due. Anche se gli aspetti specifici dell'organizzazione differiscono da argomento a argomento, lo scopo generale è di strutturare la revisione in modo che *la presentazione sia logica, coerente e significativa*, ed esponga chiaramente tutto quello che si conosce sull'argomento.

Eventuali tabelle o figure nel corpo del testo devono essere numerate e avere un riferimento all'interno del testo, devono avere un titolo ed essere sufficientemente chiare.

<p>Conclusioni e implicazioni per la pratica (nucleo elaborativo)</p>	<p>La revisione della letteratura dovrebbe concludersi con una sintesi dell'attuale stato di conoscenza sull'oggetto preso in esame.</p> <p>Le conclusioni dovrebbero includere le implicazioni per la pratica assistenziale, per esempio ponendosi domande quali : <i>i nostri pazienti sono simili a quelli degli studi ? L'intervento è realistico nella nostra situazione?</i></p> <p>Si possono considerare alcuni dei seguenti fattori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli studi si sono svolti in altri Paesi con caratteristiche demografiche o serv. sanitario diverse? - si sono svolti in una situazione clinica differente (pazienti ricoverati, assistenza domiciliare, clinica universitaria, pronto soccorso, pazienti ambulatoriali, medicina di base,..)? - alcuni interventi, in particolare i test diagnostici, possono essere non accessibili o lenti nella risposta? - Il trattamento (es intervento educativo) da chi era realizzato, richiedeva una specifica competenza o preparazione? - L'opzione di trattamento al paziente sarà differente dalla situazione della sperimentazione? Questo può influire sull'aderenza del paziente
<p>Capacità richieste</p>	<p>Ricerca in pubmed e selezione le fonti pertinenti al quesito e/o al problema Comprensione e schedatura del materiale e delle fonti Organizzare il materiale e la struttura Scrittura e comprensione/traduzione lingua inglese Capacità di scrittura</p>

D) Tesi di ricerca

Si rimanda a pag 6 della presente guida e al materiale didattico del Corso di Metodologia della ricerca e teoria infermieristica per elaborare protocollo

Norme editoriali

Titolo	Breve, incisivo e richiamare il nucleo centrale della Tesi Si suggerisce di concordare il titolo con il Relatore.
Indice	Generalmente suddiviso in capitoli, sottocapitoli e paragrafi. Devono essere evidenziati con la stessa numerazione, con le stesse pagine e con le stesse parole presenti nel testo. L'indice ha lo scopo di fornire uno sguardo d'insieme preciso di tutto il lavoro. Deve essere sufficientemente descrittivo, contestualizzato e contenere le divisioni principali del lavoro
Formato	E' quello di una cartella standard : <i>formato A4</i> <i>Carattere consigliato:</i> Arial pt 11; Times New Roman, pt 11 o simili. <i>Interlinea:</i> 1,5 Il numero massimo di righe per pagina dovrà essere di 25-30 righe con i seguenti <i>margini</i> : sinistro 4 cm; destro 2.5 cm; superiore ed inferiore 3 cm Numero massimo di pagine: <u>non superiore a 20-30 cartelle</u> <u>Stampato fronte-retro</u> Tutte le <i>pagine vanno numerate progressivamente</i> in alto o in basso centrato. Le pagine relative alla copertina e all'indice <i>non</i> vanno numerate. La copertina deve essere riprodotta in duplice copia, la prima riprodotta in cartoncino leggero, la seconda (pagina interna) deve essere firmata dal Relatore e dal Correlatore prima della consegna della Tesi in Segreteria
Iconografie	Le tabelle, figure,... vanno inserite nel testo e nella più prossima vicinanza al punto del testo in cui sono citate. Le tabelle devono essere numerate progressivamente di solito con un numero romano (I, II, III,) ed avere un <i>referimento all'interno del testo</i> , devono inoltre <i>avere un titolo</i> ed essere sufficientemente chiare. Non devono eccedere il profilo del corpo del testo. Le tabelle o grafici vanno utilizzati solo per gli aspetti più significativi (2-3 tab.)
Copertina	<p style="text-align: center;">Fac Simile</p> <p style="text-align: center;">UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA</p> <p style="text-align: center;">LAUREA IN INFERMIERISTICA</p> <p style="text-align: center;">Sede di</p> <p style="text-align: center;">TITOLO</p> <p>Relatore: Prof/dott/Inf/.....</p> <p>Correlatore:</p> <p style="text-align: right;">Laureando</p> <p style="text-align: center;">ANNO ACCADEMICO ...-</p>

Cultura dell'onestà ed integrità accademica

Gli studenti si impegnano al rispetto dell'onestà e integrità accademica evitando di commettere plagio di opere altrui, di qualsiasi genere esse siano (scientifico, didattico, software, banche dati, etc.).

Il criterio di originalità dell'elaborato di tesi è vincolante: un prodotto in cui siano riscontrabili parti più o meno estese di un testo, di un elaborato o di una tesi già pubblicata o già discussa non può essere considerata accettabile e può invalidare l'esame di laurea.

Quando si elabora un lavoro che incorpori parole o idee di altri, si deve citare appropriatamente la fonte di quell'informazione. Se non lo si fa, si commette un plagio sul diritto d'autore. Il plagio è l'uso di parole o di idee di altri senza citare la fonte. Il plagio consiste nell'uso improprio di materiale di altrui proprietà intellettuale, in genere facendo passare per propri pensieri e parole che non lo sono. Le opere dell'ingegno di terzi possono essere impiegate nelle proprie argomentazioni, ma ciò va fatto rigorosamente secondo le regole illustrate sopra.

L'integrità e onestà richiedono di:

- citare sempre la fonte di materiale illustrativo, slide, documenti, creato da altri, fatti, statistiche, o qualsiasi altra informazione che non sia di conoscenza comune;
- chiedere consenso all'uso completo o parziale di materiale didattico, documenti, di un autore o gruppo di autori citando "tratto da – con autorizzazione" senza farlo proprio
- non fare propri materiali e/o pubblicazioni di altri

Perché è sbagliato plagiare?

- priva l'autore originale del riconoscimento che merita.
- consente impropriamente a chi lo attua di acquisire meriti per parole o idee di cui non è autore.
- impedisce a chi lo pratica di imparare a sviluppare le proprie idee.
- non è accettato in altri campi, come la scienza, il lavoro, etc.

Che cosa può essere considerato "conoscenza comune"

Se un'informazione è compresa in una delle seguenti categorie, può essere considerata "conoscenza comune" e, quindi, non richiede una citazione della fonte:

- contenuti di background o buona pratica ovvero informazioni che chi vi legge certamente conosce già
- informazioni che sono facilmente reperibili, diventate "comuni e generali"
- informazioni che si trovano frequentemente in altre fonti senza la citazione corrispondente

Se ci sono dubbi sul fatto che un'informazione sia o non sia "conoscenza comune," allora citate la fonte.

Come si individua un plagio

I segnali per un possibile plagio sono i seguenti:

- formattazione delle pagine diversa da quella comunemente usata
- riferimenti a molte fonti che non sono disponibili nelle biblioteche dell'università e poco plausibile la consultazione e lettura
- presenza di diversi stili di scrittura o di "occultamento" con inserimento di pezzi di documento non pertinenti o poco collegati con il focus primario all'interno dello stesso documento

incapacità dello studente/autore di discutere il contenuto del suo lavoro

Modalità di citazione lungo il testo e in fondo al testo della bibliografia

Tutti gli elaborati del CdL di Infermieristica dovranno adottare il sistema APA per la compilazione della bibliografia

COME CITARE I LIBRI		
	ESEMPI DI CITAZIONE NEL TESTO	ESEMPI DI CITAZIONE IN BIBLIOGRAFIA (referenze)
1 autore	<p>Possiamo affermare che il resoconto sia l'unica modalità con cui la propria azione può essere comunicata alla comunità scientifica (Carli, 1987).</p> <p>...Carli (1987) afferma che il resoconto sia l'unica modalità con cui la propria azione può essere comunicata alla comunità scientifica</p> <p>.....Il resoconto è l'unica modalità con cui la propria azione può essere comunicata alla comunità scientifica (Carli, 1987)</p>	<p>Carli, R. (1987). <i>Psicologia dinamica. Introduzione alla teoria ed alla tecnica</i>. Torino: UTET.</p>
2 autori	<p>It is futile to maintain that the sexes are interchangeable (Moir & Jessel, 1991)</p> <p style="text-align: center;">OR</p> <p>Moir and Jessel (1991) found students...</p> <p>Dazzi e De Coro (2001) hanno mostrato che...</p> <p>Riportare gli autori nell'ordine in cui compaiono nella pubblicazione.</p> <p>Citare sempre entrambi gli autori (anche se la referenza compare più volte nel testo).</p>	<p>Moir, A., & Jessel, D. (1991). <i>Brain sex: The real difference between men and women</i>. London: Mandarin.</p> <p>Dazzi, N., & De Coro, A. (2001). <i>Psicologia dinamica: Le teorie cliniche</i>. Roma-Bari: Laterza.</p> <p>Tra il primo ed il secondo autore o, in caso di più autori, prima dell'ultimo, si usa la & commerciale.</p>
Da 3 a 5 autori	<p>O'Keefe, Bell, and Wyne affermano(2009)</p> <p>(O'Keefe, Bell, & Wyne, 2009)</p> <p>(O'Keefe et al., 2009)</p> <p>La prima volta che la referenza compare citare nel testo tutti gli autori; le volte successive citare il cognome del primo autore seguito da et al.</p>	<p>O'Keefe, J. H., Bell, D. S. H., & Wyne, K.L. (2009). <i>Diabetes essentials</i>. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.</p>
6 o piu' autori	<p>Johnson et al. (2005) argue ...</p> <p>OR</p> <p>It was argued that...(Johnson et al., 2005)</p> <p>Fin dalla prima volta che la referenza compare (e tutte le volte successive) citare nel testo solo il cognome del primo autore seguito da et al. e anno</p>	<p>Johnson, L., Lewis, K., Peters, M., Harris, Y., Moreton, G., Morgan, B., . . . Smith, P. (2005). <i>How far is far?</i> London: McMillan.</p> <p>Se un lavoro ha fino a 7 autori, nella bibliografia includerli tutti.</p> <p>Se un lavoro ha 8 o più autori, in bibliografia citare il cognome e le iniziali del nome dei primi 6 seguiti da una virgola e da tre puntini di sospensione (...), infine il cognome dell'ultimo autore.</p>

Nessun autore	Management is defined as (<i>CCH Macquarie Dictionary</i> , 1993) OR <i>CCH Macquarie Dictionary</i> (1993) defines... Nel testo citare le prime poche parole del titolo e l'anno	<i>The CCH Macquarie dictionary of business</i> . (1993). North Ryde, NSW: CCH Australia.
Autore anonimo	(Anonymous, 1996) Usare solo se se l'autore viene specificatamente riportato come "anonimo"	Anonymous. (1996). <i>Primary colors : A novel of politics</i> . New York, NY: Random House. Nei riferimenti bibliografici un lavoro anonimo viene ordinato sulla base della parola "Anonimo"
Più lavori dello stesso autore pubblicati in anni diversi	...geology of Queensland's national parks (Willmott, 2004, 2006). Ordinare le referenze cronologicamente, dalla più datata alla più recente	Willmott, W.F. (2004). <i>Rocks and landscapes of the national parks of Southern Queensland</i> . Brisbane: Geological Society of Australia, Queensland Division. Willmott, W.F. (2006). <i>Rocks and landscapes of the national parks of Central Queensland</i> . Brisbane: Geological Society of Australia, Queensland Division. Ordinare le referenze cronologicamente, dalla più datata alla più recente
Più lavori dello stesso autore pubblicati nello stesso anno	(Dawkins, 1996a, 1996b)	Dawkins, R. (1996a). <i>Climbing Mount Improbable</i> . London: Viking. Dawkins, R. (1996b). <i>River out of Eden</i> . London: Phoenix. Ordinare alfabeticamente in base al titolo
Pubblicazioni a cura di enti, istituti o università	(Queensland Health, 2002) OR Queensland Health (2002) recommends that... <i>Primo riferimento nel testo:</i> (National Institute of Mental Health [NIMH], 1991) <i>Citazioni successive nel testo:</i> (NIMH, 1991) Nel caso di acronimi, la prima volta che la referenza compare scrivere il nome per esteso e l'acronimo tra parentesi quadre. Nelle citazioni successive riportare esclusivamente.	Queensland Health. (2002). Best practice guidelines for the management of type 1 diabetes in children and adolescents. Brisbane, Australia: Author.
COME CITARE CAPITOLI DI LIBRO		
Capitolo di un libro "a cura di"	(Baker & Lightfoot, 1993) (Bordi, 1995) Usare l'autore del capitolo, non l'editore del libro	Baker, F. M., & Lightfoot, O. B. (1993). Psychiatric care of ethnic elders. In A. C. Gaw (Ed.), <i>Culture, ethnicity, and mental illness</i> (pp. 517-552). Washington, DC: American Psychiatric Press. Bordi, S. (1995). Il contributo di Selma Fraiberg. In E. Pelando (Ed.), <i>Modelli di sviluppo in psicoanalisi</i> (pp.479-495). Milano: Raffaello Cortina.

ARTICOLO DI RIVISTA		
<p>Digital Object Identifier (DOI) è stato definito "il codice a barre per la proprietà intellettuale": analogamente ai codici a barre dei prodotti fisici, l'utilizzo dei DOI costituisce un valore aggiunto e consente un risparmio di risorse lungo l'intera catena produttiva e commerciale. Il DOI si reperisce per le riviste indicizzate in pubmed</p> <p>Individuazione del nome e cognome degli Autori in rivista formato cartaceo Attenzione all'individuazione del cognome e nome degli Autori all'interno del titolo dell'articolo perché talvolta si utilizzano I titoli accademici (MD, PhD, RN, MSC, FAAN) per le iniziali del nome o si riportano nelle citazioni.</p>		
Articolo di rivista cartacea senza doi	(Lowrie & Diezmann, 2009)	Lowrie, T., & Diezmann, C. M. (2009). National numeracy tests: A graphic tells a thousand words. <i>Australian Journal of Education</i> , 53, 141-158. Il numero del volume è in corsivo
Articolo di rivista con doi – un autore	(Osman, 2010) OR Osman (2010) thought that.... (Cortese, 2013) O Cortese (2013) ha affermato che...	Osman, M. (2010). Controlling uncertainty: A review of human behavior in complex dynamic environments. <i>Psychological Bulletin</i> , 136(1), 65-86. doi: 10.1037/a0017815 Cortese, C.G. (2013). Predittori dell'intenzione di lasciare la professione infermieristica in due ospedali italiani [Predictors of intention to leave the nursing profession in two Italian hospitals]. <i>Assist Inferm Ric</i> , 32(1), 20-7. doi: 10.1702/1267.13987
Articolo di rivista con doi – due autori	(Kerrigan & Kingdon, 2010) (Basso & Dimonte, 2013)	Kerrigan, A. M., & Kingdon, C. (2010). Maternal obesity and pregnancy: A retrospective study. <i>Midwifery</i> , 26, 138-146. doi: 10.1016/j.midw.2008.12.005 Basso, I., & Dimonte, V. (2013). Le decisioni degli infermieri nella cura dei pazienti con demenza avanzata: una survey [Nurses' decisions in the care of advanced dementia patients: a survey]. <i>Assist Inferm Ric</i> , 32(2), 73-83. doi: 10.1702/1304.14417
Articolo di rivista con doi – da 3 a 5 autori	Se il lavoro ha 3-5 autori, la prima volta che la referenza compare citare tutti gli autori; le volte successive citare solo il cognome del primo autore seguito da "et al." <i>Primo riferimento nel testo:</i> (Skenderian, Siegel, Crano, Alvaro, & Lac, 2008); (Ottone, Portaluri, & Tognoni 2013) <i>Citazioni successive nel testo:</i> (Skenderian et al., 2008); (Ottone et al., 2013)	Skenderian, J. J., Siegel, J. T., Crano, W. D., Lac, A., & Alvaro, E. E. (2008). Expectancy change and adolescents' intentions to use marijuana. <i>Psychology of Addictive Behaviors</i> , 22, 563-569. doi:10.1037/a0013020 Ottone, M., Portaluri, M., & Tognoni G. (2013). Rischio e vittima nei disastri ambientali [Risk and casualty in environmental disasters]. <i>Assist Inferm Ric</i> , 32(2), 92-111. doi: 10.1702/1304.14419

<p>Articolo di rivista con doi – 6 o più autori</p>	<p>(Carli et al., 2013) (Wolchik et al., 2008) (Palese et al., 2012) Se il lavoro ha 6 o più autori, fin dalla prima volta che la referenza compare (e tutte le volte successive) citare solo il cognome del primo autore seguito da et al.</p>	<p>In bibliografia includere tutti gli autori fino al settimo Carli, E., Fonzi, E., Moltre, F., Mon, E., Miori, G., Brunori, G., & Campomori, A. (2013). Clisteri a base di fosfati: una pratica rischiosa sottovalutata? La gestione di un evento avverso [Phosphate containing enemas: an undervalued risky practice? The management of an adverse event]. <i>Assist Inferm Ric</i>, 32(2):84-91. doi: 10.1702/1304.14418 Se un lavoro ha 8 o più autori, in bibliografia citare il cognome e le iniziali del nome dei primi 6 seguiti da una virgola e da tre puntini di sospensione (...), infine il cognome dell'ultimo autore Wolchik, S. A., West, S. G., Sandler, I. N., Tein, J., Coatsworth, D., Lengua, L., . . . Griffin, W. A. (2000). An experimental evaluation of theory-based mother and mother-child programs for children of divorce. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 68, 843-856. doi:10.1037/0022-006X.68.5.843</p>
<p>PUBBLICAZIONI (enti, istituti o università)</p>		
<p>Report governativo</p>	<p>(Queensland Health, 2005) (Conferenza Stato-Regioni, 2003)</p>	<p>Queensland Health. (2005). <i>Health systems review. Final report</i>. Brisbane, Australia: Queensland Government. Conferenza Stato-Regioni. (2003). Accordo tra il Ministero della Salute, il Ministro del lavoro e delle Politiche Sociali, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la disciplina della formazione complementare in assenza sanitaria della figura dell'operatore socio sanitario di cui art.1, comma 8, D.L. 12 novembre 2001. Roma, Italia: Presidenza del Consiglio dei Ministri.</p>
<p>Report online</p>	<p>(Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2010)</p>	<p>Australian Institute of Health and Welfare. (2010). <i>Child protection Australia 2008-09 (Report No. CWS 35)</i>. Retrieved from http://www.aihw.gov.au/publications/cws/35/10859.pdf</p>

ALLEGATO A : SCHEDA PROGETTO DI TESI

Studente _____ **Tipologia** _____

Problema /Area / Tematica e Titolo Provvisorio

Quesito

Piano di sviluppo della tesi: mappa o scaletta

Background già approfondito e studiato (mettere i concetti approfonditi e in quali fonti, questo approfondimento non fa parte della Tesi ma è preparatorio)

Bibliografia di Foreground Essenziale

data _____

**Alla Cortese Attenzione
COMMISSIONE CLI
Approvazione progetto
Tesi di ricerca**

Il sottoscritto studente _____

Matricola _____ del Corso di Laurea in Infermieristica di _____ chiede l'approvazione del **progetto di ricerca** per l'elaborazione della Tesi, che **allego alla presente** Livello delle abilità informatiche, statistiche e di ricerca e delle competenze relazionali (paziente, team e colleghi) ed assistenziali raggiunte in tirocinio:

Firma dello studente _____

Allegato: progetto di indagine, strumento

Esito referaggio

- Si autorizza.
- Non si autorizza, per i seguenti motivi:
- Si suggerisce di riprestare il progetto per l'approvazione dopo con le seguenti modifiche:

Dichiarazioni che lo studente deve inserire nella 1° pagina prima dell'indice

- obbligatoria -

Autorizzazione alla consultazione della tesi di laurea

Scuola di Medicina e Chirurgia - Corso di laurea in Infermieristica

Il/La sottoscritto/a

Laureando

- autorizza
- non autorizza

la consultazione con supervisione a vista della copia cartacea della tesi di laurea / relazione finale dal titolo depositata nella Biblioteca del Corso di Laurea

- autorizza
- non autorizza

l'utilizzo di parti per scopo didattico

Relatore

- autorizza
- non autorizza

- autorizza
- non autorizza

- in specifiche situazioni -

Nelle situazioni in cui lo studente collabora ad un'idea o progetto del Relatore, inserire la seguente liberatoria:

Questa tesi è stata elaborata a partire da un'idea e progetto del relatore e di altro/i collaboratore/i

_____, che possono utilizzare il suo contenuto come concordato con il Relatore _____ al momento dell'approvazione del progetto. Gli accordi presi con il relatore prevedono che in caso di pubblicazione il mio nome sarà inserito nell'elenco dei co-autori

Firma Laureando..... Firma Relatore

_____, li _____

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA - _____

data _____

Al Direttore Ospedale /Distretto di _____

Al Responsabile del Servizio Prof.ni Sanitarie _____

Al Direttore dell'U.O./ Servizio _____

Al Capo Sala/ Coordinatore _____

Oggetto: **richiesta autorizzazione raccolta** dati ai fini della Tesi di Laurea in Infermieristica

Il sottoscritto studente _____

del Corso di Laurea in Infermieristica di _____ chiede di poter raccogliere dati per il seguente progetto di Tesi, che **allego alla presente in formato integrale**:

tematica _____

tipo di Tesi case report ricerca, con disegno _____ _____

destinatari _____

strumento e tipologia di dati _____

Dichiaro che

- Il protocollo di ricerca è stato **valutato ed approvato** dalla commissione interna del Corso di Laurea per gli aspetti etico-deontologici e metodologici
- i dati raccolti, in forma anonima, formeranno oggetto di trattamento per le finalità strettamente connesse e strumentali al lavoro di Tesi;
- una sintesi del lavoro o una copia della Tesi verrà consegnata ai/al responsabile del/dei Servizio/i in cui è stata effettuata l'indagine

Relatore _____ Tel _____ Firma _____

Studente _____ Firma _____

Allegato: progetto

Si autorizza. Firma _____

Inoltro al Coordinatore del CdL Infermieristica via _____

DICHIARAZIONE DIRITTI D'AUTORE

Il Principal investigator e team di ricerca mi hanno autorizzato a partecipare al loro progetto di ricerca/indagine e ad utilizzare schede o questionari di rilevazione dati, usare parte dei dati per il mio lavoro di Tesi. Il sottoscritto _____ DICHIARA altresì di essere consapevole e informato/a che i contenuti e risultati contenuti nel lavoro di Tesi sono soggetti ai diritti di proprietà intellettuale del relatore/correlatore (Team di ricerca) e non propri.

In fede _____
(firma Laureando)

Firma Relatore _____

Il Relatore e correlatore mi ha / hanno coinvolto nello sviluppo di un lavoro di revisione e analisi di un problema assistenziale. Il sottoscritto _____ DICHIARA altresì di essere consapevole e informato/a che i contenuti del lavoro di Tesi sono soggetti ai diritti di proprietà intellettuale del:

- _____
- _____
- _____

In fede _____
(firma Laureando)

Firma Relatore _____

Allegato 1 – step ed Esempi di Riassunti strutturati

1° step: Scenario e quesito. un *critically appraised topic* nasce da una particolare situazione del paziente e da un quesito clinico. Lo scenario dal quale nasce il quesito e il quesito stesso devono essere ben descritti. I quesiti di foreground o di primo piano riguardano decisioni cliniche che necessitano di essere prese rispetto alla scelta di un'indagine diagnostica, di un test o scala di valutazione, scelta di un trattamento o intervento per un paziente e di solito hanno quattro componenti. Il quesito deve essere importante per il benessere del paziente; rilevante per chi eroga l'assistenza; di interesse per il paziente, professionista o studente.

Step 2: Search—Ricerca della letteratura. Questa fase implica individuare un disegno di ricerca (sperimentale, ...) coerente al quesito e tipologia di decisione (trattamento, etiologico,...) e di selezionare la fonte in base alla gerarchia delle fonti (4S: fonti secondarie, fonti primarie)

1. Identificare i termini da adattare al P I/E CO
2. Cercare fonti secondarie: revisioni sistematiche, meta-analisi
3. cercare fonti primarie

Step 3 Valutare la fonte/i per validità, importanza e applicabilità all'assistenza del paziente

Ad esempio per uno studio di efficacia o trattamento, per valutare la qualità si possono usare le seguenti domande:

- Gruppo sperimentale e controllo iniziano una prognosi simile?
- I pazienti sono stati randomizzati? La randomizzazione era celata?
- I pazienti sono stati analizzati nei gruppi a cui erano randomizzati?
- I gruppi sperimentali e di controllo mantengono una prognosi simile dopo l'inizio dello studio?
- Pazienti, clinici, e valutatori degli esiti erano consapevoli dell'assegnazione ai gruppi (blinding)?
- Quanti hanno completato il follow-up?

Al link http://cebmh.warne.ox.ac.uk/cebmh/education_critical_appraisal.htm sono disponibili strumenti per la valutazione critica di RS, studi diagnostici, di trattamento, di prognosi

Selezione della fonte migliore per prendere la decisione

Step 4 Sintetizzare le evidenze chiave in un format che sia facilmente comprensibile agli altri

1. Disegno di studio
2. Campione (breve descrizione)
3. Procedura
4. Esiti misurati
5. Risultati (breve riassunto dei risultati)
al link <http://www.cebm.net/catmaker-ebm-calculators/> per utilizzare CAT maker uno strumento
6. Conclusione

La sintesi non è un riassunto di ogni sezione della fonte originale. Prevede singole voci e informazioni necessarie per facilitare la lettura e comprensione della validità dello studio da parte del lettore. È l'Autore della sintesi che interpretando la fonte originale segnala se lo studio è in cieco o se la randomizzazione è celata o la % di pazienti che hanno concluso il follow anche se non espressamente scritto nella fonte originale. Elementi che sono stati valutati e "estratti" *a-priori* (step 3) in quanto parametri per scegliere la fonte.

NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA COLON RETTALE ELETTIVA MASTICARE LA *CHEWING GUM* MIGLIORA IN L'ILEO POSTOPERATORIO: SINTESI E ANALISI SYSTEMATIC REVIEW

Fonte Originale: Vasquez W, Hernandez AV, Garcia-Sabrido JL (2009). Is Gum Chewing useful for Ileus after elective colorectal surgery? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *J Gastrointest Surg* 13:649-656

Quesito Nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico del colon l'uso della chewing gum è efficace nel prevenire l'ileus postoperatorio?

Studio e scopo Revisione sistematica con Meta-analisi. Lo scopo era di valutare gli effetti dell'uso della *chewing gum* sulla motilità intestinale dopo intervento chirurgico del colon.

METODI DI REVISIONE

La ricerca degli articoli è stata effettuata su banche dati quali: MEDLINE, EMBASE, Cochrane Controlled Trials Register, e Cochrane Database of Systematic Reviews (tutti fino a luglio 2008).

Criteri di inclusione. Studi condotti su pazienti con età superiore a 15 anni e sottoposti a intervento chirurgico del colon o del colon-retto affetti da cancro o altro tipo di patologia in questo distretto (ad esempio diverticolite), e pazienti sottoposti a intervento in laparotomia o laparoscopia. Erano inclusi gli studi con disegno sperimentale (*trials clinici*) prospettico, a gruppi paralleli; studi clinici di fase III con assegnazione casuale al trattamento (masticazione di *chewing gum*, con o senza associazione al trattamento standard, o trattamento con placebo).

Outcome primari. Tempo intercorso al primo episodio di flatulenza, il tempo intercorso al primo passaggio di feci e la durata della degenza ospedaliera. In tutti gli studi presi in considerazione "il tempo", elemento comune a tutti e tre gli *outcome*, è stato riportato in ore, per cui, la differenza della media (MD) e l'intervallo di confidenza del 95% (IC 95%) sono stati calcolati come misura della dimensione dell'effetto.

RISULTATI

Dalla ricerca iniziale della letteratura sono stati identificati 59 studi potenzialmente rilevanti sull'uso del *chewing gum* nell'intervento chirurgico sul colon; di questi solo 6 RCT possedevano i criteri di inclusione. I sei RCT inclusi per un totale di 244 pazienti

La gomma da masticare - senza zucchero in cinque RCT, veniva "somministrata" tre volte al giorno dal mattino della prima giornata post operatoria; fino al primo episodio di flatulenza; il paziente masticava la gomma da 5 a 60 minuti. In tutti i *trials*, il paziente poteva alimentarsi dal momento in cui si verificava il primo episodio di flatulenza. Il trattamento standard peri-operatorio includeva: l'analgesia epidurale, idratazione e deambulazione precoce. Solo in due studi i pazienti avevano subito l'intervento chirurgico a livello del colon sinistro e del retto.

4 RCT dimostravano una significativa riduzione del tempo intercorso al primo episodio di flatulenza e solo due una significativa riduzione del tempo per il primo episodio di passaggio di feci. La riduzione nella durata della degenza ospedaliera si è verificata in 2 RCT (tabella 1).

Tab. 1 Risultati Chewing-gum versus no Chewing-gum dei singoli RCT

Autori/ anno	Tipo intervento chirurgico	N trattamento /standard	Differenza dalla Media [95% IC]		
			T. 1° episodio flatulenza	T emissione feci	Tempo di degenza
Asao 2002	Laparoscopia K colon-retto	10/9	-26.40 [-42.35, -10.45]	-64.80 [-102.98, -26.62]	-24.00 [-129.54, 81.54]
Hirayama 2006	Laparotomia K colon-retto	11/11	-34.70 [-48.58, -20.82]	-51.50 [-91.82, -11.18]	NV
Quah 2006	Laparotomia K colon-retto K colon-SX	24/19	-7.20 [-22.46, 8.06]	-16.80 [-39.69, 6.09]	-40.80 [-124.07, 42.47]
Schuster 2006	Laparotomia K colon-SX Diverticolite	17/17	-14.80 [-26.29, -3.31]	NV*	-60.00 [-76.49, -43.51]
Matros 2006	Laparotomia K+ altre patologie	22/21	-6.00 [-21.20, 9.20]	NV*	-13.00 [-47.65, 21.65]
McCormick 2005 A	Laparotomia K+ altre patologie	18/19	2.40 [-19.40, 24.20]	-7.20 [-26.62, 12.22]	7.20 [-13.01, 27.41]
2005 B	Laparoscopia K+ altre patologie	35/16	-4.80 [-21.68, 12.08]	-16.80 [-34.03, 0.43]	-31.20 [-64.35, 1.95]

NV Non valutato

La meta analisi (tabella 2) dimostra che l'utilizzo del Chewing-gum riduce significativamente il tempo del 1° flatus e di passaggio di feci ma riduce il tempo di degenza in modo solo marginale e non significativo. Emerge anche una significativa eterogeneità legata ai trial.

Tab 2 Risultati Meta analisi Chewing-gum versus no Chewing-gum post intervento sul colon

	N trials (N)	Differenza dalla Media	95% IC ;	pValue
Primo flatus	6 (244)	-14	- 23,45, -4,55	.004
Tempo di passaggio feci	5 (167)	-24.99	-42, -7.66	.005
Durata di degenza	45 (222)	-26.17	-57.51, -5.18	.10

Dai risultati emerge inoltre una riduzione significativa del tempo intercorso al primo episodio di flatulenza nei pazienti affetti da neoplasia al colon retto rispetto a quelli con neoplasia e altre patologie non maligne (p = 0,01 e nei pazienti sottoposti a laparotomia rispetto al gruppo di pazienti sottoposti a laparoscopia.

CONCLUSIONI

Nei pazienti sottoposti a chirurgia colon rettale elettiva, il trattamento “masticare la *chewing gum*” migliora in modo significativo l'ileo postoperatorio riducendo il tempo del primo episodio di flatulenza di 14 h, il tempo del passaggio di feci di 25 h, e la durata della degenza ospedaliera di 26 h; quest'ultimo esito migliora notevolmente il benessere della persona e comporta una riduzione dei costi. Questo trattamento inoltre stimola l'appetito e il paziente riferisce maggiore sensazione di benessere nel post-operatorio. L'intervento in laparotomia rispetto a quello in laparoscopia, a livello colon-rettale, richiede tempi più lunghi per la ripresa della motilità intestinale, probabilmente a causa di una maggiore manipolazione viscerale e utilizzo di farmaci analgesici.

NB le conclusioni sono tratte dalle conclusioni dell'articolo/fonte originale

COMMENTO E IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Il CAT per essere completo necessita di un breve commento metodologico e di implicazioni per la pratica

IL VOLUME GASTRICO RESIDUO DURANTE NUTRIZIONE ENTERALE NEI PAZIENTI IN TERAPIA INTENSIVA: SINTESI E ANALISI RCT

Fonte originale: Montejo J. C., Miñambres E., Bordejé L., Mesejo A., Acosta J., Heras A., Ferré M., Fernandez-Ortega F., Vaquerizo C.I., Manzanedo R. (2010). Gastric residual volume during enteral nutrition in ICU patients: the REGANE study. *Intensive Care Medicine*, 36:1386-1393.

Quesito Nei pazienti ventilati meccanicamente in corso di nutrizione enterale (NE) aumentare il limite definito come “volume gastrico residuo normale”, permette di ridurre gli episodi di sospensione dell'alimentazione?

METODI

Disegno: studio randomizzato controllato multicentrico

Assegnazione: celata

Cecità: in aperto

Periodo di follow-up: fino alla fine della NE o per un massimo di 28 giorni di NE

Contesto: 28 Unità di Terapia Intensiva della Spagna

Pazienti: sono stati randomizzati 329 pazienti adulti sottoposti a ventilazione invasiva e con indicazione alla NE per almeno 5 giorni.

Intervento: limite di volume gastrico residuo fissato a 500 ml (n=157) o limite di volume gastrico residuo fissato a 200 ml (n=165). La misurazione del volume gastrico residuo venne eseguita ad intervalli di 6 ore durante la prima giornata di NE, ogni 8 ore durante il secondo giorno di NE e a cadenza quotidiana dopo la terza giornata di NE tollerata. La NE venne somministrata tramite sondino naso-gastrico (SNG). Il metoclopramide (10mg ogni 8 ore) venne somministrato per via endovenosa a tutti i pazienti come agente procinetico profilattico, durante i primi 3 giorni di NE. E' previsto l'utilizzo di una flow-chart per la gestione del volume gastrico residuo elevato.

Outcome: il rapporto tra il volume dietetico ricevuto e quello prescritto; l'incidenza delle complicanze gastrointestinali: distensione addominale, residui gastrici elevati, vomito, rigurgito alimentare, diarrea; la polmonite acquisita in terapia intensiva; le giornate di ventilazione meccanica e la durata del ricovero in terapia intensiva.

Follow-up del paziente: Sono stati analizzati 322 pazienti

RISULTATI PRINCIPALI

La frequenza delle complicanze gastrointestinali (tabella 1) fu maggiore nel gruppo di controllo: 63.6% vs 47.8% (p=0.004); tuttavia la differenza fu dovuta solamente alla frequenza del volume gastrico residuo elevato (42.4% vs 26.8%; p=0.003). La media del rapporto tra nutrizione somministrata e nutrizione prescritta fu maggiore nel gruppo sperimentale durante la prima settimana di NE (88.20% vs 84.48%; p=0.0002) ed anche al 12° giorno di NE (88.25% vs 86.44%; p=0.035). Tuttavia tali risultati possono essere considerati non significativi dal punto di vista clinico, poiché la differenza cumulativa tra i due gruppi del rapporto tra il volume dietetico somministrato e quello prescritto per la 1^a settimana era solo del 3.7% (meno di 100Kcal).

Tab. 1: Complicanze gastrointestinali

	Gruppo di controllo (N 165) (GRV*: 200ml)	Gruppo sperimentale (N 157) (GRV*: 500ml)	Pvalue
Pazienti con complicanze gastrointestinali	105 (63.6%)	75 (47.8%)	0.004
Pazienti con HGRV	70 (42.4%)	42 (26.8%)	0.003
Pazienti con distensione addominale	18 (10.9%)	16 (10.2%)	0.83
Pazienti con diarrea	33 (20.0%)	31 (19.7%)	0.95
Pazienti con vomito	24 (14.5%)	17 (10.8%)	0.31
Pazienti con rigurgito	12 (7.3%)	8 (5.1%)	0.41
Pazienti con inalazione	0	1 (0.6%)	0.48

*GRV: volume gastrico residuo, HGRV: volume gastrico residuo elevato

Per quanto riguarda gli altri outcome misurati, le differenze tra i due gruppi non sono risultate significative.

CONCLUSIONI

Nei pazienti ventilati meccanicamente in terapia intensiva, alimentati con NE tramite SNG e che ricevono metoclopramide come agente della motilità intestinale dall'inizio della NE, un valore di 500 ml potrebbe essere raccomandato come limite di volume gastrico residuo indicato nei protocolli di gestione di NE. Il rapporto tra il volume di dieta somministrata e il volume di dieta prescritta dei pazienti ventilati meccanicamente alimentati tramite NE non è influenzato dall'aumento del limite del volume gastrico residuo.

COMMENTO E IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Lo studio di Montejo et al. è uno studio randomizzato controllato multicentrico che risponde al quesito se nei pazienti ventilati meccanicamente in corso di nutrizione enterale aumentare il limite definito permette di ridurre gli episodi di sospensione dell'alimentazione. Tale RCT dimostra che un limite pari a 500 ml di volume gastrico residuo in corso di NE non è associato a complicanze gastrointestinali, dato che l'unica differenza statisticamente significativa riguarda solamente la frequenza in cui si riscontra un ristagno gastrico elevato. Non si riscontrano differenze statisticamente significative anche per le altre variabili misurate nello studio, come le giornate di ventilazione meccanica, le giornate di permanenza in terapia intensiva, l'incidenza di polmonite, le giornate libere da ventilazione meccanica, il SOFA a 5 e a 10 giorni, la mortalità in terapia intensiva e la mortalità in ospedale. Inoltre si afferma che il rapporto tra il volume dietetico somministrato e quello prescritto non risente dell'aumento del limite del volume gastrico residuo. Questo perché, nonostante alla 1^a settimana e al 12^o giorno di NE la differenza tra i due gruppi risultò statisticamente significativa, per quanto riguarda l'implicazione clinica tale differenza è da considerarsi non rilevante dal punto di vista di apporto calorico fornito al paziente. Questa minima differenza in termini di fabbisogno energetico può probabilmente spiegare l'assenza di differenze rilevanti degli altri outcome misurati sui pazienti in studio.

L'RCT preso in analisi viene considerato di buona qualità metodologica (Jadad score ≥ 3), secondo la Scala di Jadad, la quale analizza la randomizzazione, la cecità e la perdita al follow-up. Lo studio descrive chiaramente il metodo di randomizzazione e assegnazione random dei pazienti. Sono però da considerare alcune criticità riscontrate. A causa della natura dello studio, durante la conduzione dello stesso i clinici coinvolti non erano in cieco rispetto all'intervento applicato. Nello studio vengono randomizzati 329 pazienti, 7 pazienti (4 nel gruppo di controllo e 3 nel gruppo sperimentale) sono stati inappropriatamente inclusi (pazienti non ventilati meccanicamente durante la nutrizione enterale) e sono stati esclusi dall'analisi finale; vengono quindi analizzati 322 pazienti (165 nel gruppo di controllo e 157 nel gruppo sperimentale). Tale analisi dei dati viene definita "per protocollo", poiché, a differenza dell'analisi "per intenzione di trattamento" esclude, dall'analisi finale, i pazienti randomizzati che non hanno completato lo studio. Ciò potrebbe minare i risultati ottenuti dallo studio. Inoltre, nello studio vengono utilizzati SNG con diverso diametro per somministrare la NE, viene dichiarato che vengono utilizzati due modi diversi per misurare il volume gastrico residuo, a seconda della routine clinica dei diversi centri, infine tale misurazione venne eseguita nella medesima posizione in cui si trovava il paziente in quel determinato momento. Viene anche dichiarato che non vengono messi in atto tentativi per controllare questa variabile. Un altro limite presente in questo studio sperimentale è che la popolazione reclutata è formata da pazienti con diagnosi medica al momento dell'ammissione in terapia intensiva per oltre l'80%. Tale limite, aggiunto a quello di utilizzare un trattamento "profilattico" con agenti procinetici che teoricamente proteggono dalle complicanze polmonari causate dalla NE, sono da tenere in considerazione prima di generalizzare l'utilizzo clinico delle raccomandazioni risultate dallo studio.

INCIDENZA DI FLEBITI, OCCLUSIONI, RIMOZIONI ACCIDENTALI E INFILTRAZIONI DA CVP E POSSIBILI VARIABILI PREDITTIVE NELLA POPOLAZIONE ORTOPEDICA: ANALISI DI UNO STUDIO DI COORTE PROSPETTICO

Fonte originale: Forni, C., Loro, L., Tremosini, M., Trofa, C., D'Alessandro, F., Sabbatini, T., Kapron, M., Genco, R., Schiavone, M., Borri, C., Bombino, C., Notarnicola, T., Amodeo, A., Boschi, R., Capezzali, D., Mosci, D., Mini, S. (2010) Studio di coorte sulla popolazione ortopedica delle complicanze correlate all'utilizzo del catetere venoso periferico e identificazione dei fattori predittivi *AIR*; 29(4):166-73.

Quesito Nel pazienti ortopedici adulti portatori di catetere venoso periferico quale è l'incidenza e le variabili predittive di flebiti, occlusioni, rimozioni accidentali e infiltrazione ?

METODI

Disegno Studio di Coorte prospettico 4 al 31 maggio 2009

Setting 12 reparti di degenza di un ospedale ortopedico di ricerca con 250 posti letto nel nord Italia.

Partecipanti Erano stati arruolati 877 pazienti - oltre la metà erano donne (n=470/873) e l'età media era 56 anni (DS 22.3) - e un totale di 1397 cateteri periferici. 4 pazienti non sono stati valutati: uno è deceduto dopo un giorno dal posizionamento dei CVP e gli altri 3 sono stati esclusi in quanto nelle schede mancava la causa di rimozione del catetere.. I pazienti valutati sono stati quindi 873 per un totale di 1390 cateteri.

I dati sono stati raccolti su tutti i CVP posizionati per >24 ore nei pazienti ricoverati, erano esclusi i pazienti in regime di Day Surgery, quelli sottoposti a trapianto di cellule staminali, i pazienti con emofilia o con trombofilia accertata, con piastrinopenia o i CVP posizionati in altri ospedali.

Variabili predittive di rischio: Riferite al paziente: età, sesso, diagnosi di diabete mellito e ricovero per infezione del sito di una pregressa procedura ortopedica, terapia sistemica antitromboembolica, uso di stampelle e/o deambulatore. Riferite al CVP: calibro, inserimento in sala operatoria o in reparto, sede del posizionamento (mano, polso avambraccio, fossa antecubitale e arto inferiore), lato destro o sinistro, arto dominante, eventuale riposizionamento del CVP sullo stesso arto, fissaggio alla cute secondo il metodo Chevron (con cravatta), giorni di permanenza, numero di accessi giornalieri (< o > 3, infusione continua e non utilizzo), lavaggi con soluzione eparinata o fisiologica, infusione di sangue, emoderivati o terapia irritante per osmolarità e/o PH.

Esiti: flebite attraverso una scala di valutazione sviluppata dall'Intravenous Nurses Society che identifica 5 diversi gradi (0 nessuna flebite, 5 massimo grado) a seconda del tipo e quantità di segni e sintomi (dolore, rossore, edema, cordone palpabile e secrezione purulenta). L'occlusione era intesa come l'impossibilità ad infondere liquidi attraverso il CVP (impossibilità ad infondere dopo aver fatto i tentativi di disostruzione per la presenza di trombo nel catetere e perdita della pervietà), l'infiltrazione come la fuoriuscita di liquidi nei tessuti circostanti il CVP (permeabilità dei liquidi infusi nell'interstizio che causa gonfiore intorno al sito del catetere) e la rimozione accidentale come la fuoriuscita involontaria totale del CVP dal sito di inserzione

PRINCIPALI RISULTATI

Rispetto agli 873 pazienti arruolati e ai 1390 CVP monitorati. Si sono verificate le seguenti complicanze: flebiti (10.9%), occlusioni (16.8%), rimozioni accidentali (5.8%) e infiltrazioni (14.4%); 648 CVP sono stati rimossi senza complicanze (46.6%). All'analisi multivariata il principale fattore di rischio per tutte le complicanze è risultato l'età anziana a cui si aggiungono per la flebite: uso del CVP per emotrasfusioni, terapie irritanti e più di 3 accessi al giorno. Per l'occlusione, oltre all'età, il piccolo calibro, non usare il CVP e l'infezione della ferita chirurgica. Per le rimozioni accidentali, posizionare il CVP nella mano, il fissaggio a cravatta (metodo Chevron) e fare medicazioni del catetere; per l'infiltrazione, il sesso femminile, la somministrazione di sangue e terapia antitromboembolica (tabella 1).

Tabella 1. Associazione fra le possibili variabili predittive e gli esiti identificati

Evento	Variabile	OR	I.C.	Pvalue
Flebite	1. età anziana	1.01	[1.01-1.02]	0.024
	2. emotrasfusioni attraverso il CVP	1.63	[1.12-2.37]	0.010
	3. terapia irritante attraverso il CVP	1.66	[1.09-2.54]	0.010
	4. >3 accessi al CVP nelle 24 ore	8.96	[1.17-68.72]	0.030
Occlusione	1. età anziana	1.01	[1.00-1.01]	0.070
	2. trasfusioni di sangue attraverso il CVP	1.89	[1.35-2.64]	0.005
	3. CVP di piccolo calibro	1.74	[1.12-2.71]	0.010
	4. nessun accesso al CVP	1.81	[1.02-3.23]	0.040
	5. paziente ricoverato per infezione della pregressa procedura ortopedica	2.80	[1.38-5.7]	0.004
Rimozioni	1. età anziana	1.04	[1.02-1.05]	0.0005

accidentali	2. CVP posizionato nella mano	2.67	[1.06-6.72]	0.040
	3. posizionato nell'arto inferiore	9.12	[1.45-57.13]	0.020
	4. CVP fissato con metodo Chevron	1.81	[1.07-3.06]	0.030
	5. effettuazione della medicazione	2.93	[1.41-6.08]	0.004
	6. maggior permanenza del CVP	0.82	[0.69-0.98]	0.03
	7. uso di stampelle/deambulatore	0.45	[0.25-0.79]	0.006
	Infiltrazioni	1. età anziana	1.01	[1.00-1.02]
2. sesso femminile		1.78	[1.26-2.52]	0.001
3. aver fatto trasfusioni di sangue attraverso il CVP		1.66	[1.18-2.34]	0.004
4. fare terapia antitromboembolica		2.19	[1.01-4.74]	0.047
5. maggior permanenza del CVP		0.79	[0.70-0.88]	0.0005

Conclusioni

L'incidenza di flebiti è elevata (gold standard 5%). Conoscere l'incidenza delle principali complicanze è un pre-requisito per qualsiasi azione di miglioramento e può favorire l'abbandono di pratiche inutili o dannose.

2.0 GUIDA ALLA STUDIO ESAME ABILITANTE

E' finalizzata a valutare il raggiungimento delle competenze previste dagli specifici profili professionali. I Rappresentanti designati dai Collegi/Associazioni sono coinvolti nella scelta delle competenze core da valutare con la prova a valenza applicativa.

In tale prova sono valutate le competenze di cui ai Descrittori di Dublino n. 2, 3 e 4 riportati di seguito:

2. *Conoscenza e capacità di comprensione applicate – Applying knowledge and understanding,*
3. *Autonomia di giudizio – Making judgements,*
4. *Abilità comunicative – Communication skills.*

e, in particolare, la capacità di individuare problemi, assumere decisioni, individuare priorità su singoli pazienti, gruppi di pazienti o processi lavorativi; progettare e decidere interventi sulla base delle evidenze disponibili e delle condizioni organizzative date; agire in sicurezza, considerare nel proprio agire le dimensioni etiche, deontologiche e legali; dimostrare orientamento alla pratica interprofessionale, ed alla valutazione degli rischi e degli effetti sui pazienti.

La prova pratica, l'esame abilitante alla professione viene svolto per tutti i candidati dei poli didattici del CdL, nello stesso giorno e la data viene fissata dalla Commissione didattica per entrambe le sessioni di ottobre- novembre e marzo-aprile. **La prova in forma scritta composta da 50/60 domande a scelta multipla e aperte con risposta breve** che apprezzano la conoscenza applicata a casi, problemi e situazioni organizzative, etico-deontologiche.

Le dimensioni oggetto della prova sono sintetizzate nella tabella I e fanno riferimento ai seguenti criteri guida:

1. problemi o "focus" delle cure infermieristiche: promozione della salute, gestione di malattie croniche, problemi legati all'invecchiamento, criticità vitale e cure fine vita, individuati in base alla rilevanza e priorità epidemiologica, ai bisogni sanitari e di salute maggiormente incontrati dagli infermieri, alla rappresentazione dei bisogni della popolazione assistita (necessità che il paziente sente come necessarie, ad es. continuità per la terapia nelle condizioni di cronicità).
2. Valutare capacità di affrontare situazioni esemplari dal punto di vista assistenziale: logiche e percorsi assistenziali, la sicurezza, la pratica etica, il lavoro in team, l'abilità di comunicazione-relazione, l'evidence based practice e principi di caring.

Tabella I Dimensioni della prova pratica		% approssimative
Problematiche trasversali di interesse assistenziale e di sorveglianza		20%
persona con problemi clinici cronici in fase di stabilità e non	Problematiche assistenziali in situazione di criticità	26-30%
	Problematiche assistenziali della persona con problemi cardio - respiratori cronici in fase di stabilità e non	
	Problematiche assistenziali della persona con problemi oncoematologici	
	Problematiche assistenziali della persona con problemi metabolici (esempio diabete) cronici in fase di stabilità e non	
	Problematiche assistenziali della persona con problemi gastro-intestinali acuti e cronici	
	Problematiche assistenziali della persona con problemi neurologici cronici in fase di stabilità e non	
Problematiche assistenziali della persona sottoposta ad intervento chirurgico		18%
Sicurezza cure infermieristico -assistenziali e ambiente		20%
Gestire regimi terapeutici in modo sicuro		
Organizzazione dell'assistenza e continuità		16%
Responsabilità professionali - deontologiche - etiche		

GUIDA ORIENTATIVA ALLE DIMENSIONI E CONTENUTI ESSENZIALI

La seguente guida ha la finalità di orientare (in modo non vincolante) lo studente/laureando alla preparazione all'esame finale per la parte di prova pratica abilitante.

Dimensione: Cure assistenziali primarie e di sorveglianza

Valutazione, misurazione e gestione del dolore acuto e cronico, nella persona non comunicante, non comunicante o con deficit cognitivo, barriere linguistiche e culturali (straniero/incomprensione linguistica/altra cultura, afasia)

Valutazione della funzione intestinale ; prevenzione e cure infermieristiche per la stipsi e diarrea acuta e cronica (adulto - anziano, da farmaci..)

Riposo-sonno e disturbi del sonno

Sorveglianza e responsabilità nell'assistenza notturna; problemi che più facilmente si manifestano durante la notte e peculiarità dell'osservazione -raccolta dati durante la notte

La cura del corpo e cura di sé. Attività assistenziali di cura del corpo: la detersione e i principi guida; Attività e ausili di igiene e cura del corpo al lavandino e letto. Igiene orale e dei denti/occhi

Valutazione dello stato nutrizionale e principi di una sana alimentazione e idratazione.

Assistenza al pasto: identificazione e decisione di interventi per paziente con malnutrizione in eccesso e in difetto (obesità, cachessia)

Valutazione e gestione della disfagia/prevenzione e gestione ab-ingestis

Prevenzione e gestione delle infezioni del tratto urinario (es cistite) e infezioni catetere correlate

La nutrizione tramite Ne e PEG; modalità di gestione e prevenzione complicanze

Valutazione e gestione della ritenzione e incontinenza urinaria cronica e acuta

Valutazione della funzione respiratoria. Manifestazione e gestione delle principali alterazioni: dispnea acuta e cronica, ortopnea, respiri patologici, ipossia, stasi secrezioni, tosse, ostruzione/stasi bronchiale

Valutazione della mobilità e esercizio fisico. Valutazione e cure assistenziali tolleranza/intolleranza all'esercizio fisico. Effetti della sedentarietà sulla salute . La gestione assistenziale e uso di ausili nelle difficoltà motorie Presidi e ausili per la deambulazione e posizionamento.

Concetto di sindrome da immobilizzazione o sindrome ipocinetica: conseguenze psico-sociali (impatto su paziente/famiglia/care-giver) e fisiche dell'immobilità e interventi di prevenzione e trattamento contratture, TVP, ipotensione ortostatica, stasi polmonare, osteoporosi.

Prevenzione e gestione delle lesioni cutanee da pressione: fattori di rischio e pato meccanici, scale di valutazione del rischio, ausili e interventi preventivi, stadiazione della lesione e decisioni di trattamento

Valutazione, prevenzione e trattamento alla persona con disturbo della termoregolazione: iperpiressia, ipertermia e ipotermia

La misurazione e interpretazione dei segni vitali (coscienza, Fc, PA, FR, pulsossimetria e TC) : modalità e criteri per stabilire la frequenza di misurazione, fattori/interferenze che influenzano l'accuratezza del dato, valori di normalità e indicatori di instabilità o criticità

Il decesso e la cura del corpo/della salma: sostegno dei familiari, la cura del corpo dopo il decesso, procedura di cura della salma a domicilio e in strutture sanitarie

Dimensione: Sicurezza cure infermieristico gestire regimi terapeutici -assistenziali e ambiente

Precauzioni standard: Igiene delle mani, sistema barriera e dispositivi di protezione individuale

Precauzioni aggiuntive per contatto, per la trasmissione per via aerea, droplet, e contatto: sistemi barriera e DPI, collocazione del paziente, educazione paziente e familiari

Corretto utilizzo dei dispositivi di protezione aggiuntiva: maschere FFP2-FFP3.- Igiene respiratoria/cough etiquette

Classificazione dei presidi in critico, semicritico e non critico e loro trattamento (decontaminazione, detersione, disinfezione, sterilizzazione)

Lo Smaltimento delle diverse tipologie di rifiuti, gestione della biancheria, principi e criteri di igiene ambientale

Principi ergonomici nel fornire assistenza (dispositivi/presidi) e nella movimentazione dei pazienti. Prevenzione delle lombalgie

Fattori di rischio, prevenzione e gestione delle cadute

Caratteristiche e principi di sicurezza dell'intero processo della terapia: dalla fase di prescrizione alla fase di monitoraggio degli effetti attesi. I sistemi di distribuzione e conservazione dei farmaci

Preparazione e somministrazione sicura dei farmaci per via orale, parenterale, sangue Ipodermoclisi: uso delle 7 o 9 G, gestione farmaci a basso indice terapeutico e ad alto livello di attenzione (LASA), fonti di informazione

Effettuare i calcoli di farmaci: calcolo dosaggio (trasformazioni, diluizioni, mcg, mg, gr ...) e velocità gtt /ml orario e tempi di infusione terapia infusione

Terapia orale e alimenti: assunzione a stomaco pieno e vuoto e gestione farmaci nel pre-postoperatorio ed durante esami diagnostici, interazioni tra farmaci e tra farmaci ed alimenti, frantumazione e polverizzazione dei farmaci

Predisporre distribuzione oraria giornaliera di un piano di trattamento considerando intervalli tra farmaci, relazione farmaco/pasto terapia s/c i/m e ipodermoclisi: tipologia e caratteristiche delle sedi; quantità, farmaci e soluzioni infusionali più frequenti, prevenzione complicanze locali. L'idratazione tramite ipodermoclisi

Terapia e/v e infusione: criteri di scelta della via intravenosa, tipologia e caratteristiche dei farmaci e soluzioni infusionali più frequenti, prevenzione e trattamento delle complicanze correlate alla terapia infusione: sovraccarico, stravasato (accenno anche chemioterapici), flebite chimica e infettiva, infiltrazione, occlusione), scelta di dispositivi appropriati di controllo velocità infusione

Gestione cateteri vascolari periferici, PICC e centrali

Farmaco- sorveglianza dei principali farmaci: diuretici come la furosemide, beta bloccanti, ACE inibitori, Levo- dopa, FANS, Oppioidi, Antiaggregante (ASA), Anticoagulanti orali (acenocumarolo/warfarin), psico-farmaci
Soluzioni e modalità di somministrazione per nutrizione parenterale periferica ed centrale (NPT) monitoraggio e prevenzione delle principali complicanze
Gestione assistenziale della persona con nutrizione enterale tramite SNG o PEG: miscele nutritive, modalità e tempi di somministrazione, prevenzione complicanze, posizionamento,
Principi della venipuntura e puntura arteriosa. Riconoscere valori ematici alterati: globuli bianchi e rossi, HCT, Hb, ematocrito, valori del K, Na, INR, creatinina, clearance creatinina, piastrine, azotemia, Hb glicata, pH, pO ₂ , pCO ₂
Preparazione ed assistenza post-esame strumentali/diagnostici alla persona colonscopia e broncoscopia o con mezzi di contrasto – ripresa della alimentazione dopo gastroscopia, , procedure invasive (toracentesi, paracentesi, rachicentesi, biopsie - es. epatica),
Dimensione: La persona con problemi cronici
Le reazioni del paziente e della famiglia alla malattia cronica ed alla sua cronicizzazione e le strategie di supporto
La cronicità ed autonomia nella persona con malattia cronica: modello di approccio alla cronicità
sotto dimensione: problemi cardio - respiratori
Assistere ed educare la persona con scompenso cardiaco cronico/stabilizzato per promuovere l'auto-cura: monitoraggio dei sintomi e dei segni di instabilizzazione, dieta-idratazione, attività fisica ed esercizio, assunzione e vigilanza trattamento farmacologico, prevenzione instabilità. La gestione assistenziale (sorveglianza e cure assistenziali) dell'instabilità clinica e edema polmonare
Bilancio idrico, parametri del bilancio dei liquidi standard e significato, disequilibrio dei liquidi, eccesso e difetto di volume e maldistribuzione
La valutazione e gestione assistenziale del dolore toracico e IMA, vigilanza e cure assistenziali della fase acuta e durante angioplastica o trattamento antitrombotico. Assistere ed educare la persona con Sindrome coronarica acuta - Angina, post-infartuato per promuovere l'auto-cura: monitoraggio dei sintomi e dei segni di instabilizzazione, dieta, riabilitazione e tolleranza esercizio, assunzione e vigilanza trattamento farmacologico, prevenzione instabilità, auto-controllo dei segni/sintomi e stile di vita;
Educare (monitoraggio ed educazione del) il paziente in terapia con anticoagulanti orali
Assistere ed educare la persona con BPCO stabilizzato per promuovere l'auto-cura: monitoraggio dei sintomi e dei segni di instabilizzazione , dieta-idratazione, tolleranza esercizio fisico e ginnastica respiratoria, assunzione e vigilanza trattamento farmacologico (terapia inalatoria, puff) , prevenzione instabilità. La gestione assistenziale dell'insufficienza respiratoria acuta
Assistere ed educare la persona con OTLT (es O ₂ a domicilio)e supporto ventilatorio non invasivo a lungo termine, Bi-PAP, C-PAP, nasal C-PAP
Assistere la persona con asma: indicatori di gravità e cure in fase di crisi, autogestione farmaci, riduzione allergeni (ambiente), affrontare una situazione acuta, riconoscimento dei segni di riacutizzazione
sottodimensione: problemi oncoematologici
La gestione dei sintomi della persona con malattia oncologica in corso di trattamento chemio-radioterapico e in fase avanzata e/o fine vita : mucosite, radiodermite, alopecia, dispnea, fatigue, neutropenia e neutropenia febbrile, piastrinopenia, nausea e vomito, cachessia, anoressia, xerostomia, disgesua, astenia e fatica cronica)e strategie di miglioramento della qualità di vita
La nutrizione nel paziente neoplastico e chemiotrattato e la valutazione e gestione della cachessia neoplastica
Reazioni e paure del morente e della famiglia e accompagnamento del paziente dei famigliari
L'accompagnamento di fine vita, i contetti di presa in carico (cure palliative), e l'accompagnamento nella elaborazione del lutto
sottodimensione: problemi metabolici
La gestione assistenziale ed educativa dell'ipoglicemia, iperglicemia, coma chetoacidotico
La prevenzione e il trattamento del piede diabetico e delle ulcere croniche
Educare la persona all'autocontrollo e all'autogestione dei regimi terapeutici per la cura del diabete attività fisica, dieta, terapia insulinica e ipoglicemizzante orale.
sottodimensione: problemi gastro-intestinali
Assistere la persona affetta cirrosi epatica alterazione della coscienza da encefalopatia, ascite, contenuti educativi rispetto a dieta, auto-controllo dei segni/sintomi
Sorveglianza e gestione del sanguinamento Delle vie difestive e monitoraggio, ripresa alimentazione post-trattamento endoscopico
Assistenza ed educazione alla persona con pancreatite
sottodimensione: problemi neurologici
La valutazione, misurazione e gestione del deficit di memoria, di linguaggio, di percezione, stato confusionale e delirium e agitazione, comportamento aggressivo
Reazioni aggressive della persona con declino cognitivo da bisogno non soddisfatto e durante le cure assistenziali
Valutazione, prevenzione e gestione dello stato confusionale o delirium nell'anziano, post-operatorio o di origine metabolica
Aspetti assistenziali ed educativi ad una persona affetta da ictus: sorveglianza delle prime 24 ore e fase postacuta , esiti aspetti riabilitativi della persona con emiparesi
Peculiarità assistenziali della persona affetta da Parkinson e demenza
dimensione: Problematiche assistenziali della persona sottoposta ad intervento chirurgico
Lo stress chirurgico e conseguenze sul decorso chirurgico
Le incisioni chirurgiche: strutture anatomiche coinvolte, definizioni e denominazione, motivo della scelta del sito di incisione, il processo fisiologico di guarigione della ferita chirurgica
Informazione pre-operatoria ed effetto sulla paura e informare per acquisire consenso
Valutazione clinica preoperatoria del rischio chirurgico e rischio infettivo
Preparazione infermieristica all'intervento chirurgico: cute, igiene cavo orale, preparazione intestinale, alimentazione, principali interventi per prevenire le complicanze tromboemboliche, profilassi antibiotica e rischio "infettivo" chirurgico e attenzioni allo spazio e all'intimità del paziente
Sorveglianza postoperatoria: monitoraggio, controllo ferita e drenaggi , ipotermia, complicanze da posizionamento in sala, fluidoterapia liquidi, ipotensione, ritenzione urinaria, dolore, nausea vomito
Interventi educativo-assistenziali finalizzati per facilitare recupero della mobilità post-operatoria, ripresa peristalsi-ileus (fisiologico e patologico), ripresa rialimentazione, ridurre la fatica e convalescenza postoperatoria

Bisogno educativo-informativi della persona sottoposta ad intervento chirurgico in regime di ricovero o day surgery: alimentazione, ferita e medicazione, quando lavarsi, rimozione dei punti, controlli post-operatori, convalescenza e fatigue post operatoria, ripresa dell'attività lavorativa
Approccio assistenziale educativo e riabilitativo al paziente sottoposto ad intervento di sostituzione valvolare e by pass aorto coronarico,
Peculiarità assistenziali ed educative ai principali quadri chirurgici: intervento sul colon, mastectomia gastrectomia, lobectomia/pneumectomia, esofago, pancreas.
Effetti sul paziente, sull'assistenza e dimissione di modelli organizzativi chirurgici (day e week surgery), approcci chirurgici mini-invasivi (laparoscopica e con uso di tecnologia robotica) e della metodologia fast-track surgery
Peculiarità assistenziali e riabilitative del persona sottoposta ad intervento di protesi d'anca e con frattura di femore
Assistere ed educare la persona con arto immobilizzato da apparecchio gessato
Gestione e educazione paziente con stomia (colon/urostomia)
Problematiche assistenziali in situazione di criticità
Triage: principi, criteri e codici per definire le priorità in emergenza e valutazione primaria e secondaria del paziente in emergenza
Indicatori di instabilità -recupero stabilità del paziente critico o instabile (vari contesti assistenziali)
La vigilanza e il monitoraggio non cruento del paziente con instabilità neurologica e cardio-respiratoria: monitoraggio gestione respiratoria (NIMV e invasiva), sorveglianza e risposta ai trattamenti e/v complessi (amine, sorveglianza effetti attesi , controllo effetti indesiderati, interazioni), valutazione della funzione neurologica
Approccio nutrizionale al paziente critico/instabile
Assistenza al paziente con Tracheostomia: cura stoma e tecniche di comunicazione
Bisogni della famiglia e principi di caring (intimità e nudità, tocco, ...),adattamento del paziente, ricordo legati alla criticità (gravità della situazione clinica e/o permanenza in terapia intensiva
Modificazioni emodinamiche legate agli interventi di cura e di assistenza (durante il posizionamento, cura del corpo,..)
Approccio al paziente poli traumatizzato e triage: ABCDE con particolare attenzione alla gestione vie aeree, immobilizzazione e trasporto
Arresto cardio – circolatorio: principi fisiopatologici e manovre BLSd, segni elettrocardiografici di Fibrillazione ventricolare, asistolia, extrasistole su onda T
Situazioni di primo intervento: per paziente ustionato, annegato, puntura di vipera o insetti, frattura esposta, sincope, crisi convulsiva indipendentemente dalla causa, ferite e le manovre di tamponamento dell'emorragia esterna,
Modalità di attivazione di un sistema di soccorso extra - intraospedaliero e catena della sopravvivenza
Dimensione: Metodologie assistenziali educative, relazionali e EBP e organizzative
Il metodo Clinico
La comunicazione e il processo comunicativo, forme di comunicazione verbale, paraverbale, non verbale
I principi di una buona relazione assistenziale , accettazione incondizionata, congruenza, empatia e giusta distanza
La relazione di cura: stili e tecniche che facilitano il colloquio nella relazione conquistare la fiducia del paziente, conoscere la storia e utilizzo dell'agenda
La relazione professionale ed interprofessionale tra pari, relazioni di potere all'interno del team
Informare educare istruire il paziente e la famiglia: effetto terapeutico dell'educazione, la motivazione e capacità di apprendimento, autoefficacia, i destinatari degli interventi educativi
Le fasi per progettare un intervento educativo strutturato per il paziente e famiglia/caregiver
Leggere e comprendere gli articoli scientifici di interesse infermieristico relativi a studi primari e secondari
Caratteristiche delle Linee Guida, sistema Grade e trasferimento delle raccomandazioni nella pratica assistenziale
Tappe e abilità richieste per una pratica basata sulle evidenze
Dimensione: Organizzazione dell'assistenza e continuità
Organizzare le cure infermieristiche: priorità assistenziali, modalità di classificazione dei pazienti, gestione del tempo e il turno
Modelli assistenziali di erogazione delle cure infermieristiche in contesti ospedalieri e di comunità/distrettuali
Criteri e modalità per attribuire attività assistenziali e supervisionare gli operatori di supporto
La documentazione delle cure assistenziali (criteri per la trasmissione e documentazione scritta e orale delle informazioni)
Trasmissione delle informazioni per garantire continuità attraverso le consegne: standard di una buona consegna, modalità di trasmissione.
La qualità dell'assistenza infermieristica: indicatori di qualità e standard
Servizi che garantiscono la continuità assistenziale: cure intermedie, RSA, Assistenza domiciliari integrata
Gestione dell'assistenza infermieristica domiciliare nel rapporto con la famiglia: valutazione delle risorse famigliari e scelta del caregiver di riferimento
Dimissione pianificata: criteri e strumenti per la valutazione dei pazienti per la dimissione pianificata e il processo e le fasi della dimissione pianificata, criteri di eleggibilità della famiglia
Responsabilità professionali - deontologiche - etiche
Confidenzialità e privacy, segreto professionale e d'ufficio, contenzione, uso del placebo, gestione dell'errore/malpractice, privacy ed segreto professionale e d'ufficio, informazione e consenso alle cure
Caring infermieristico e i principi di caring: presenza, dare comfort, vigilanza, intimità e tocco, favorire l'autodeterminazione, sostenere l'autocura, rispettare le diversità culturali
La salute e i fattori determinanti della salute e la malattia e impatto sulla persona/famiglia, le reazioni della famiglia alla malattia
La professione e le funzioni dell'infermiere in Italia, sbocchi professionali
Codice deontologico e principi etici della professione e di responsabilità professionale (amministrativa, civile, deontologica e penale)

