



Università Politecnica delle Marche
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
SEDE DI ASCOLI PICENO
A.A. 2011/2012

CARTELLA INFERMIERISTICA DIDATTICA

STUDENTE PRIMARY _____ (Sigla _____)

STUDENTI COLLABORATORI:

- _____ (Sigla _____)

INIZIALI PAZIENTE _____ U.O. _____ Età _____ Sesso M F

RICOVERO DAL _____ AL _____

MODELLO DI MANTENIMENTO - PERCEZIONE DELLA SALUTE

CONSUMO DI:

Tabacco: no si pipa sigarette quantità /die

Alcool: no si tipo quantità /die

Altre sostanze: no si tipo uso

Allergie (farmaci, alimenti, cerotti, vernici, altro):.....

Tipo di dieta:

Attività sportiva:

MODELLO DI ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO

CAPACITA' DI CURA DI SE'

0 = indipendente 1 = ausili 2 = aiuto di altre persone
 3 = aiuto di altre persone più ausili 4 = dipendente/disabile

	0	1	2	3	4
Mangiare / bere					
Pulizie personali					
Vestirsi / cura dell'aspetto					
Eliminazione					
Mobilità nel letto					
Trasferimenti					
Deambulazione					
Salire le scale					
Fare la spesa					
Cucinare					
Cura della casa					

Ausili: no stampelle deambulatore bastone split/tutore
 sedia a rotelle altro _____
 eventuali modificazioni _____

MODELLO NUTRIZIONALE - METABOLICO

- Dieta speciale / supplementi: no si
- Precedenti istruzioni dietetiche: no si
- Appetito: normale aumentato diminuito gusto diminuito
 nausea vomito stomatite
- Variazioni di peso negli ultimi 6 mesi: no si _____ kg di aumento/perdita
- Difficoltà di deglutizione (disfagia): no solidi liquidi
- Protesi dentali: superiore parziale completa
 inferiore parziale completa
- Anamnesi dermatologica/problemi di guarigione: no guarigione anormale
 eruzione secchezza eccessiva sudorazione
- Eventuali modificazioni:

MODELLO DI ELIMINAZIONE

- Abitudini intestinali: frequenza evacuazioni/die
caratteristiche feci
data dell'ultima evacuazione
 incontinenza stomia tipo sacchetto
uso di clisteri/lassativi no si altro.....
- Abitudini urinarie: frequenza/die caratteristiche urine.....
 disuria nicturia bisogno impellente ritenzione
- Incontinenza: no si totale diurna notturna occasionale
 difficoltà a rimandare la minzione difficoltà a raggiungere il bagno
- Ausili: cateterismo intermittente catetere permanente stomia
 mutande per incontinenti altro.....

MODELLO SONNO - RIPOSO

- Abitudini: ore/notte _____ pisolino pomeridiano
Si sente riposato dopo il sonno no si
- Problemi: risveglio precoce insonnia altro.....
Eventuali modificazioni

MODELLO COGNITIVO - PERCETTIVO

Stato di coscienza: vigile saporoso comatoso

Orientamento: orientato confuso disorientato

Linguaggio: normale inceppato ingarbugliato afasia espressiva

Lingua parlata

.....
Altro

.....
Capacità di leggere l'italiano: no si

Capacità di comunicare: no si

Capacità di comprendere: no si

Capacità di integrazione: no si

Udito: alterazioni ipoacusia

sordità destra sinistra

ausili

Vista: occhiali lenti a contatto

alterazioni quali

.....
 protesi destra sinistra

Vertigini: no si

Malessero: tipo

.....
.....
Dolore: acuto cronico sede

MODELLO DI COPING - TOLLERANZA ALLO STRESS - PERCEZIONE DI SE' -

CONCETTO DI SE'

Principali preoccupazioni (sull'ospedalizzazione o malattia, altro):

.....
.....
Livello di ansia: lieve moderata grave

Perdite/cambiamenti importanti nell'ultimo anno:

MODELLO DI SESSUALITA' – RIPRODUZIONE

Ultima mestruazione:

In gravidanza: no si con figli

Problemi mestruali: no si

MODELLO RUOLO - RELAZIONI

Stato civile:

Occupazione:.....

Sistema di supporto: coniuge figli parenti vicini-amici
 nessuno vive in famiglia altro

MODELLO DI VALORI - CREDENZE

Religione:

Restrizioni legate alla religione: no si specificare

.....

ESAME FISICO (obiettivo)

DATI CLINICI

Età Altezza Peso Temperatura

.....

APPARATO RESPIRATORIO - CIRCOLATORIO

Frequenza respiratoria: Qualità del respiro:

Tosse: no si descrivere

Polso: Ritmo: regolare irregolare

Polso dorsale del piede destro: forte debole assente

Polso dorsale del piede sinistro: forte debole assente

Pressione arteriosa:

SISTEMA METABOLICO - TEGUMENTARIO

CUTE Colorito: pallida cianotica itterica altro

Temperatura: fredda calda sede

Edemi: no si descrizione/sede

Lesioni/ferite chirurgiche: no si descrizione/sede

Contusioni: nessuna si descrizione/sede

Arrossamenti: no si descrizione/sede

Prurito: no si descrizione/sede _.....

CAVO ORALE: arrossamenti lesioni altro

ADDOME

Suoni intestinali: presenti assenti altro

Sonde: drenaggi cateteri specificare

SISTEMA NEURO - SENSORIALE

Pupille: isocoria anisocoria destra sinistra

Reattività alla luce: destra si no specificare

sinistra si no specificare

.....

Occhi: normali con secrezioni arrossati altro

.....

APPARATO MUSCOLO - SCHELETRICO

Escursione articolare: completa altro

Equilibrio e andatura: stabile instabile

Presa delle mani: debolezza paralisi destra sinistra

Muscoli arti inferiori: debolezza paralisi destra sinistra

ACCERTAMENTO POST OPERATORIO

MODELLO DI ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO

CAPACITA' DI CURA DI SE'

0= indipendente 1= ausili 2= aiuto di altre persone
3= aiuto di altre persone più ausili 4= dipendente/disabile

	0	1	2	3	4
Mangiare/bere					
Pulizie personali					
Vestirsi/cura dell'aspetto					
Eliminazione					
Mobilità nel letto					
Trasferimenti					
Deambulazione					

AUSILI: no stampelle deambulatore bastone
 sedia a rotelle altro _____

MODELLO NUTRIZIONALE – METABOLICO

Dieta speciale/supplementi: no si
Particolari prescrizioni dietetiche: _____
Appetito: normale aumentato diminuito gusto diminuito
 nausea vomito
Difficoltà di deglutizione: no si solidi liquidi

MODELLO DI ELIMINAZIONE

Funzionalità intestinale: ultima evacuazione _____
Caratteristiche delle feci _____
 incontinenza stomia tipo _____
necessità di clistere/lassativi si no altro

Funzionalità urinaria: frequenza/die _____

Caratteristiche delle urine _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> disuria | <input type="checkbox"/> nicturia |
| <input type="checkbox"/> bisogno impellente | <input type="checkbox"/> ritenzione |
| <input type="checkbox"/> incontinenza | <input type="checkbox"/> difficoltà a rimandare la minzione |
| <input type="checkbox"/> catetere a permanenza | <input type="checkbox"/> catetere intermittente |
| <input type="checkbox"/> stomia | <input type="checkbox"/> mutande per incontinenti |
| altro _____ | |

MODELLO SONNO -RIPOSO

Si sente riposato dopo il sonno sì no
Problemi: risveglio precoce insonnia altro

MODELLO COGNITIVO – PERCETTIVO

Stato di coscienza: vigile soporoso comatoso
Orientamento: orientato confuso disorientato
Linguaggio: normale afasia altro
Vertigini: sì no
Malessere: tipo _____
Dolore: sede _____
Durata _____
Intensità _____

MODELLO DI COPING – TOLLERANZA ALLO STRESS

Livello di ansia: lieve moderata grave

MODELLO RUOLO –RELAZIONI

Sistema di supporto: coniuge figli parenti
 vicini –amici nessuno altro

ESAME FISICO

1. DATI CLINICI

Temperatura _____ Peso _____

2. APPARATO RESPIRATORIO- CIRCOLATORIO

Frequenza respiratoria _____

Qualità del respiro _____

Tosse: no si/descrivere _____

Polso: _____ Ritmo: regolare irregolare

Polso dorsale del piede destro: forte debole assente

Polso dorsale del piede sinistro: forte debole assente

Pressione arteriosa: _____

3. SISTEMA METABOLICO-TEGUMENTARIO

CUTE: Colorito pallida cianotica itterica altro _____

Temperatura: calda fredda sede _____

Edemi: no si/descrizione-sede _____

Lesioni/ferite chirurgiche: no si/descrizione-sede _____

Arrossamenti: no si/descrizione-sede _____

Prurito: no si/descrizione-sede _____

CAVO ORALE: arrossamenti lesioni altro _____

ADDOME: Suoni intestinali presenti assenti altro _____

Sonde drenaggi cateteri specificare _____

4. SISTEMA NEURO-SENSORIALE

Pupille: isocoria anisocoria destra sinistra

Reattività alla luce: destra si no/specificare _____

Sinistra si no/specificare _____

Occhi: normali arrossati con secrezioni altro _____

5. APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO

Escursione articolare: completa altro _____

Equilibrio e andatura: stabile instabile

Presa delle mani: debolezza paralisi destra sinistra

Muscoli arti inferiori: debolezza paralisi destra sinistra

SCHEDE DI APPROFONDIMENTO

SCALA DI BRADEN					DATE RILEVAZIONI		
Variabili	4	3	2	1			
Percezione sensoriale	Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Totalmente limitata			
Umidità	Raramente bagnato	Occasionalmente bagnato	Spesso bagnato	Costantemente bagnato			
Attività	Cammina frequentemente	Cammina occasionalmente	In poltrona	allettato			
Mobilità	Limitazioni assenti	Parzialmente limitata	Molto limitata	Completa immobilità			
Nutrizione	eccellente	adeguata	Probabilmente inadeguata	Molto povera			
Frizione e scivolamento		Senza problemi apparenti	Problema potenziale	problema			
Rischio se inferiore o uguale a 16			Indice di Braden =				

SCALA DI BARTHEL				Date rilevazioni		
Funzioni esaminate	no	Con aiuto	Indip.			
1) Mangiare (se bisogna tagliare il cibo)	0	5	10			
2) Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare (include il sedersi sul letto)	0	10	15			
3) Eseguire la toilette personale (lavarsi la faccia, pettinarsi, ecc.)	0	0	5			
4) Sedersi ed alzarsi dal WC (togliersi gli indumenti, pulirsi, ecc.)	0	5	10			
5) Fare il bagno	0	0	5			
6) Camminare piano (spingere la sedia a rotelle se non deambula)	0 (0	10 0	15 5)			
7) Salire e scendere le scale	0	5	10			
8) Vestirsi (incluso infilarsi e allacciarsi le scarpe)	0	5	10			
9) Controllare la defecazione	0	5	10			
10) Controllare la minzione	0	5	10			
NB il soggetto che rifiuta di eseguire una funzione deve essere considerato dipendente in quella funzione	INDICE DI BARTHEL = 100					

VALUTAZIONE DELLA DEGLUTIZIONE – TEST DELL'ACQUA (WATER SWALLOW TEST)

Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	Data _____	Firma _____
Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	Data _____	Firma _____
Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	Data _____	Firma _____

Legenda: **POSITIVO ---> PRESENZA TOSSE, VOCE GORGOGLIANTE.....**

Scala NRS del DOLORE

“Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile”.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Assente

Il peggiore possibile

O altra scala(specificare): riportare il punteggio.

Scala di Glasgow

Occhi	Aperti	spontaneamente	4
		Al comando verbale	3
		Allo stimolo doloroso	2
		Nessuna risposta	1
Risposta verbale	Ottenuta anche sollecitando il paziente con stimoli dolorosi	Conversazione orientata	5
		Frasi confuse	4
		Parole sconnesse	3
		Suoni incomprensibili	2
		Nessuna risposta	1
Risposta motoria	Al comando verbale	obbedisce	6
	Allo stimolo doloroso (ottenuto premendo con le nocche delle dita sullo sterno)	Localizza il dolore	5
		Risposta in flessione	4
		Retrazione Flessione abnorme (rigidità decorticata)	3
		Estensione (rigidità decerebrata)	2
		Nessuna risposta	1

Somma del punteggio assegnato alle risposte. Il totale varia tra 3 e 15, dove **3** corrisponde allo **stato comatoso più grave** e **15** allo **stato di coscienza normale**

Monitoraggio giornaliero e Gestione dell'Accesso Venoso		Cognome e Nome (iniziali)			Età	
Accesso Venoso in situ: - Ago Cannula <input type="checkbox"/> - data posizionamento data posizionamento data posizionamento Midline <input type="checkbox"/> - PICC <input type="checkbox"/> - CVC Percutaneo <input type="checkbox"/> - CVC Tunnellizzato <input type="checkbox"/> CVC Totalmente Impiantato <input type="checkbox"/> / Data posizionamento tipo Catetere Valvolato <input type="checkbox"/> - Power <input type="checkbox"/> - Materiale: silicone <input type="checkbox"/> poliuretano <input type="checkbox"/>  Presenza di Accesso Enterale <input type="checkbox"/>						
Data e Ora	Ispezione Acces.Venoso e sito di inserzione	Irrigazione Eparinizzazione	Sostituzione Devices	Antisepsi Cutanea e Medicazione		Firma leggibile
Data _____ Ora _____	Non complicanze <input type="checkbox"/> Difficoltà infusione <input type="checkbox"/> / Aspirazione <input type="checkbox"/> Perdita liquidi dal Device <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Flogosi <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Pus <input type="checkbox"/> - tamp. Culturale <input type="checkbox"/>	Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ <input type="checkbox"/> EparinaUI 5 mL _____ <input type="checkbox"/>	Deflussore <input type="checkbox"/> Prolunga <input type="checkbox"/> Rubinetti <input type="checkbox"/>	Ordinaria <input type="checkbox"/> Straordinaria <input type="checkbox"/> Post-posizionamento <input type="checkbox"/> CHG 2% Alc Isoprop 70% <input type="checkbox"/> Iodopovidone 10% in alcol <input type="checkbox"/> Poliuret. <input type="checkbox"/> - Poliuret CHG <input type="checkbox"/> Cerotto medicato sterile <input type="checkbox"/> Connettore senza ago <input type="checkbox"/> Disco/feltrino di CHG <input type="checkbox"/> Disp fissaggio senza sutura <input type="checkbox"/> Ago di Huber G mm <input type="checkbox"/>		
Data _____ Ora _____	Non complicanze <input type="checkbox"/> Difficoltà infusione <input type="checkbox"/> / Aspirazione <input type="checkbox"/> Perdita liquidi dal Device <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Flogosi <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Pus <input type="checkbox"/> - tamp. Culturale <input type="checkbox"/>	Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ <input type="checkbox"/> EparinaUI 5 mL _____ <input type="checkbox"/>	Deflussore <input type="checkbox"/> Prolunga <input type="checkbox"/> Rubinetti <input type="checkbox"/>	Ordinaria <input type="checkbox"/> Straordinaria <input type="checkbox"/> Post-posizionamento <input type="checkbox"/> CHG 2% Alc Isoprop 70% <input type="checkbox"/> Iodopovidone 10% in alcol <input type="checkbox"/> Poliuret. <input type="checkbox"/> - Poliuret CHG <input type="checkbox"/> Cerotto medicato sterile <input type="checkbox"/> Connettore senza ago <input type="checkbox"/> Disco/feltrino di CHG <input type="checkbox"/> Disp fissaggio senza sutura <input type="checkbox"/> Ago di Huber G mm <input type="checkbox"/>		
Data _____ Ora _____	Non complicanze <input type="checkbox"/> Difficoltà infusione <input type="checkbox"/> / Aspirazione <input type="checkbox"/> Perdita liquidi dal Device <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Flogosi <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Pus <input type="checkbox"/> - tamp. Culturale <input type="checkbox"/>	Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ <input type="checkbox"/> EparinaUI 5 mL _____ <input type="checkbox"/>	Deflussore <input type="checkbox"/> Prolunga <input type="checkbox"/> Rubinetti <input type="checkbox"/>	Ordinaria <input type="checkbox"/> Straordinaria <input type="checkbox"/> Post-posizionamento <input type="checkbox"/> CHG 2% Alc Isoprop 70% <input type="checkbox"/> Iodopovidone 10% in alcol <input type="checkbox"/> Poliuret. <input type="checkbox"/> - Poliuret CHG <input type="checkbox"/> Cerotto medicato sterile <input type="checkbox"/> Connettore senza ago <input type="checkbox"/> Disco/feltrino di CHG <input type="checkbox"/> Disp fissaggio senza sutura <input type="checkbox"/> Ago di Huber G mm <input type="checkbox"/>		
Data _____ Ora _____	Non complicanze <input type="checkbox"/> Difficoltà infusione <input type="checkbox"/> / Aspirazione <input type="checkbox"/> Perdita liquidi dal Device <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Flogosi <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Pus <input type="checkbox"/> - tamp. Culturale <input type="checkbox"/>	Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ <input type="checkbox"/> EparinaUI 5 mL _____ <input type="checkbox"/>	Deflussore <input type="checkbox"/> Prolunga <input type="checkbox"/> Rubinetti <input type="checkbox"/>	Ordinaria <input type="checkbox"/> Straordinaria <input type="checkbox"/> Post-posizionamento <input type="checkbox"/> CHG 2% Alc Isoprop 70% <input type="checkbox"/> Iodopovidone 10% in alcol <input type="checkbox"/> Poliuret. <input type="checkbox"/> - Poliuret CHG <input type="checkbox"/> Cerotto medicato sterile <input type="checkbox"/> Connettore senza ago <input type="checkbox"/> Disco/feltrino di CHG <input type="checkbox"/> Disp fissaggio senza sutura <input type="checkbox"/> Ago di Huber G mm <input type="checkbox"/>		
Data _____ Ora _____	Non complicanze <input type="checkbox"/> Difficoltà infusione <input type="checkbox"/> / Aspirazione <input type="checkbox"/> Perdita liquidi dal Device <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Flogosi <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Pus <input type="checkbox"/> - tamp. Culturale <input type="checkbox"/>	Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ <input type="checkbox"/> EparinaUI 5 mL _____ <input type="checkbox"/>	Deflussore <input type="checkbox"/> Prolunga <input type="checkbox"/> Rubinetti <input type="checkbox"/>	Ordinaria <input type="checkbox"/> Straordinaria <input type="checkbox"/> Post-posizionamento <input type="checkbox"/> CHG 2% Alc Isoprop 70% <input type="checkbox"/> Iodopovidone 10% in alcol <input type="checkbox"/> Poliuret. <input type="checkbox"/> - Poliuret CHG <input type="checkbox"/> Cerotto medicato sterile <input type="checkbox"/> Connettore senza ago <input type="checkbox"/> Disco/feltrino di CHG <input type="checkbox"/> Disp fissaggio senza sutura <input type="checkbox"/> Ago di Huber G mm <input type="checkbox"/>		
Data _____ Ora _____	Non complicanze <input type="checkbox"/> Difficoltà infusione <input type="checkbox"/> / Aspirazione <input type="checkbox"/> Perdita liquidi dal Device <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Flogosi <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Pus <input type="checkbox"/> - tamp. Culturale <input type="checkbox"/>	Irrigazione con SF mL _____ <input type="checkbox"/> Eparina 250 UI 5 mL _____ <input type="checkbox"/> EparinaUI 5 mL _____ <input type="checkbox"/>	Deflussore <input type="checkbox"/> Prolunga <input type="checkbox"/> Rubinetti <input type="checkbox"/>	Ordinaria <input type="checkbox"/> Straordinaria <input type="checkbox"/> Post-posizionamento <input type="checkbox"/> CHG 2% Alc Isoprop 70% <input type="checkbox"/> Iodopovidone 10% in alcol <input type="checkbox"/> Poliuret. <input type="checkbox"/> - Poliuret CHG <input type="checkbox"/> Cerotto medicato sterile <input type="checkbox"/> Connettore senza ago <input type="checkbox"/> Disco/feltrino di CHG <input type="checkbox"/> Disp fissaggio senza sutura <input type="checkbox"/> Ago di Huber G mm <input type="checkbox"/>		

ACCERTAMENTO MIRATO

.....
.....
.....
.....
.....

1. ENUNCIAZIONI DIAGNOSTICHE

ELENCARE LE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE E PROBLEMI COLLABORATIVI IN SECONDO LA PRIORITA' , IN SEGUITO SCEGLIERE UNA DIAGNOSI INFERMIERISTICA PRIORITARIA DA SVILUPPARE NEL PIANO ASSISTENZIALE.

1. D.I.: Definizione

Caratteristiche definenti

Fattori correlati

2. D.I.: Definizione

Caratteristiche definenti

Fattori correlati

3. D.I.: Definizione

Caratteristiche definenti

Fattori correlati

4. P.C. Problemi Collaborativi o Complicanze Potenziali

Enunciazione

Segni e sintomi

Monitoraggio

Pianificazione

DIAGNOSI REALE	

DIAGNOSI POTENZIALE	

OBIETTIVI	

INDICATORI E DESCRITTORI	

DATA.....ORA.....FIRMA.....

DIAGNOSTICA

Esame	esecuzione		digiuno		Note: (premeditazioni,interventi Pre esame ecc)	Firma
	Data	ora	si	no		
ECG						
Esami ematici						
Rx						
RMN						
TAC						
ALTRO						

Data di dimissione _____ ora _____

IPOTESI DI SCHEDA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA	
1. MODELLO DI MANTENIMENTO - PERCEZIONE DELLA SALUTE	
2. MODELLO DI ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO	
3. MODELLO NUTRIZIONALE - METABOLICO	
4. MODELLO DI ELIMINAZIONE	
5. MODELLO SONNO - RIPOSO	
6. MODELLO COGNITIVO - PERCETTIVO	
7. MODELLO DI COPING - TOLLERANZA ALLO STRESS - PERCEZIONE DI SE' -	
8. CONCETTO DI SE'	
9. MODELLO DI SESSUALITA' - RIPRODUZIONE	
10. MODELLO RUOLO - RELAZIONI	
11. MODELLO DI VALORI - CREDENZE	

Data

Firma

VALUTAZIONE CASO CLINICO

Valutazione complessiva dell'esperienza:

Adeguatezza della propria preparazione all'esperienza del caso clinico:

SI

NO

IN PARTE

Descrizione di criticità o punti di forza per la realizzazione/gestione del caso clinico:

Criticità

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Punti di forza

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Conclusioni, consigli e suggerimenti:

<hr/>
