



Provider: Istituto di Ricerche Farmacologiche 'Mario Negri'  
N° provider: 3842 – ID evento: 205860

## 26° Meeting GiViTI

8-9-10 novembre 2017  
Centro Congressi  
Baia Flaminia Resort, Pesaro

1. Lo studio di Fine Vita pubblicato nel 2010 è stato condotto per verificare:

- |  |          |
|--|----------|
| a. le pratiche di scelta di desistenza terapeutica nelle Terapie Intensive   | (81.29%) |
| b. il ruolo dei caregiver nei processi decisionali                           | (01.75%) |
| c. la conoscenza delle normative giuridiche riguardo al Testamento Biologico | (00.00%) |
| d. nessuna delle precedenti risposte   | (16.96%) |

2. Le scelte di desistenza terapeutica è un processo che deriva:

- |   |          |
|---|----------|
| a. da un percorso decisionale che deve essere condotto necessariamente dal responsabile del reparto   | (00.00%) |
| b. da un percorso decisionale che deve essere condotto necessariamente da un medico, in funzione del ruolo di responsabilità legale attribuitogli | (00.58%) |
| c. preferenzialmente da un percorso multiprofessionale e multidisciplinare  | (94.74%) |
| d. nessuna delle precedenti risposte  | (04.68%) |

3. Un paziente "non\_competent" in Terapia Intensiva è :

- |  |          |
|--|----------|
| a. un paziente con GCS < 8   | (00.58%) |
| b. un paziente con delirium  | (00.00%) |
| c. un paziente con una capacità di esprimere la propria autodeterminazione compromessa | (05.85%) |
| d. tutte le precedenti   | (93.57%) |

IRCCS – Decreto Ministeriale 18 gennaio 2013 (Gazzetta Uff. N. 34 del 9/2/2013)

I CONTRIBUTI PER LA RICERCA VERSATI ALL'ISTITUTO SONO FISCALMENTE DEDUCIBILI DAL REDDITO (Gazzetta Uff. N. 179 del 3/8/2011)  
FONDAZIONE PER RICERCHE ERETTA IN ENTE MORALE, D.P.R. 361 DEL 5/4/1961 - REGISTRO PERSONE GIURIDICHE PREFETTURA MILANO N.227  
CONTO CORRENTE POST. N.58337205 - COD. FISC. E PARTITA IVA 03254210150 - ANAGRAFE NAZIONALE RICERCHE COD.G1690099

RECOGNIZED AS A TAX EXEMPT ORGANIZATION UNDER SECTION 501 (c)(3) OF THE USA INTERNAL REVENUE CODE-TAX I.D. No.: 98-6000957

Istituto con sistema di gestione qualità UNI EN ISO 9001:2008 certificato da Certiquality

(Il dettaglio delle attività oggetto del certificato N. 6121 è disponibile sul sito <http://www.marionegri.it/mn/it/sezioni/fo rmazione/index.html>)

SEDE LEGALE: Via Giuseppe La Masa, 19 - 20156 Milano MI - Italy



4. Nel contesto di uno studio clinico il termine “dati individuali” è utilizzato per indicare

- a. i dati riportati nelle pubblicazioni scientifiche (00.58%)
- b. set di dati relativi ai singoli partecipanti ad uno studio clinico, come i dati su variabili socio-demografiche, cliniche e di esito (97.08%)**
- c. le osservazioni cliniche su un dato partecipante prima che entri nella sperimentazione (02.34%)
- d. i dati relativi agli autori delle pubblicazioni scientifiche (00.00%)

5. La condivisione dei dati individuali raccolti durante uno studio clinico

- a. è sempre proibita per problemi di privacy (00.00%)
- b. è obbligatoriamente richiesta dagli editori delle riviste scientifiche (00.58%)
- c. avviene attraverso il registro americano dei trial ClinicalTrials.gov (00.58%)
- d. può avvenire se i dati sono opportunamente de-identificati e nel rispetto del consenso espresso dai partecipanti (98.83%)**

6. Il Comitato Internazionale degli editori medico scientifici (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE) ha recentemente reso pubblico un documento sulla condivisione dei dati individuali alla base dei risultati delle pubblicazioni scientifiche. Tale documento richiede che gli autori di studi clinici:

- a. mettano a disposizione i dati individuali entro un anno dalla pubblicazione (15.20%)
- b. si impegnino a mantenere confidenziali i dati individuali, evitando di condividerli con altri ricercatori prima della pubblicazione (01.75%)
- c. includano una dichiarazione relativa alle condizioni (se e come) i dati individuali verranno condivisi (82.46%)**
- d. trasferiscano i dati individuali su database delle riviste (01.75%)

7. Quali regioni aderiscono al nuovo “progetto indicatori” GiViTI?

- a. Piemonte, Toscana e Veneto (00.58%)
- b. Lazio, Lombardia, Piemonte (00.00%)
- c. Lombardia e Toscana (00.00%)
- d. Piemonte e Toscana (99.42%)**

8. Selezionare, tra i seguenti, uno o più indicatori valutati nel “progetto indicatori”:

- a. Numero di ore di visita concesse ai parenti dei pazienti (92.40%)**
- b. Percentuale di turni in difetto di risorse (92.40%)**
- c. Utilizzo di soprascarpe e camici protettivi per i parenti dei pazienti (07.60%)
- d. Incidenza di sepsi e/o shock settico (92.40%)**

IRCCS – Decreto Ministeriale 18 gennaio 2013 (Gazzetta Uff. N. 34 del 9/2/2013)

I CONTRIBUTI PER LA RICERCA VERSATI ALL'ISTITUTO SONO FISCALMENTE DEDUCIBILI DAL REDDITO (Gazzetta Uff. N. 179 del 3/8/2011)  
FONDAZIONE PER RICERCHE ERETTA IN ENTE MORALE, D.P.R. 361 DEL 5/4/1961 - REGISTRO PERSONE GIURIDICHE PREFETTURA MILANO N.227  
CONTO CORRENTE POST. N.58337205 - COD. FISC. E PARTITA IVA 03254210150 - ANAGRAFE NAZIONALE RICERCHE COD.G1690099

RECOGNIZED AS A TAX EXEMPT ORGANIZATION UNDER SECTION 501 (c)(3) OF THE USA INTERNAL REVENUE CODE-TAX I.D. No.: 98-6000957

Istituto con sistema di gestione qualità UNI EN ISO 9001:2008 certificato da Certiquality

(Il dettaglio delle attività oggetto del certificato N. 6121 è disponibile sul sito <http://www.marionegri.it/mn/it/sezioni/formazione/index.html>)



9. Il Sistema di Valutazione della performance coordinato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) si propone di:

- a. Verificare il rispetto dei vincoli di bilancio delle aziende sanitarie posti dalle Regioni (00.00%)
- b. Valutare la performance delle aziende sanitarie in ottica multidimensionale con un focus sempre maggiore verso i percorsi dei pazienti (96.49%)**
- c. Comparare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse con gli esiti (01.17%)
- d. Valutare le aziende sanitarie tenendo distinte le attività ospedaliere, distrettuali e di prevenzione (02.34%)

10. Segnare la risposta non corretta. I risultati degli indicatori inclusi nel Sistema di Valutazione della performance coordinato dal Laboratorio MeS:

- a. Sono utilizzati da alcune Regioni per assegnare gli obiettivi aziendali (07.02%)
- b. Sono direttamente integrabili nei sistemi informativi aziendali (09.94%)
- c. Sono pubblici e aperti alla consultazione tramite un sito dedicato (04.68%)
- d. Vengono condivisi tramite una piattaforma online accessibile solo alle tecno-strutture regionali e alle Direzioni Generali delle aziende sanitarie (78.36%)**

11. Gli indicatori "C22 – Terapie Intensive" inclusi nel Sistema di Valutazione coordinato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS):

- a. sono stati introdotti nel 2017 come misure di valutazione (26.32%)
- b. prevedono un obiettivo di miglioramento del 10% rispetto al dato dell'anno precedente per tutte la aziende (03.51%)
- c. mirano a fornire una valutazione in benchmark sia delle attività dei reparti di terapia intensiva, sia della presa in carico complessiva dei pazienti nei diversi setting assistenziali (67.25%)**
- d. intendono focalizzare la valutazione esclusivamente sull'attività interna dei reparti intensivi (02.34%)

12. A che livello si è deciso di mappare i dati da MargheritaTre a Prosafe?

- a. Sintattico (04.09%)
- b. Semantico (95.32%)**
- c. Umanistico (00.00%)
- d. Linguistico (00.58%)

13. Come e' definito il CRF (Case Report Form) di MargheritaTRE?

- a. Non esiste un CRF di MargheritaTRE (73.10%)**
- b. È una definizione simile a quella di Prosafe (02.34%)
- c. È una definizione molto diversa da quella di Prosafe (02.34%)
- d. È una definizione che usa lo stesso linguaggio di quella di Prosafe, ma è diversa nei contenuti (22.22%)



14. Cos'è il propensity score?

- |   |                 |
|---|-----------------|
| a. la propensione di un soggetto a rifiutare un trattamento | (00.00%)        |
| b. la probabilità di morte di un paziente                   | (00.00%)        |
| <b>c. la probabilità di ricevere un trattamento</b>         | <b>(96.49%)</b> |
| d. nessuna delle precedenti                                 | (03.51%)        |

15. Perché si utilizza il propensity score?

- |   |                 |
|---|-----------------|
| <b>a. per valutare l'efficacia di un trattamento in uno studio osservazionale</b> | <b>(87.72%)</b> |
| b. per valutare l'efficacia di un trattamento in uno studio randomizzato          | (07.60%)        |
| c. per misurare la propensione ad essere randomizzato                             | (04.68%)        |
| d. per misurare la propensione a partecipare ad uno studio clinico                | (00.00%)        |

16. La GOSe (Glasgow Outcome Scale extended) è

- |   |                 |
|---|-----------------|
| a. una scala di misurazione del livello di coma         | (00.00%)        |
| <b>b. una scala di misurazione della disabilità</b>     | <b>(97.08%)</b> |
| c. una misura del livello di coma a distanza dal trauma | (00.58%)        |
| d. una scala di valutazione della qualità della vita    | (02.34%)        |

17. Per sviluppare modelli prognostici con outcome a più livelli si può usare

- |                                   |                 |
|-----------------------------------|-----------------|
| a. il propensity score            | (00.58%)        |
| <b>b. la logistica politomica</b> | <b>(97.08%)</b> |
| c. la regressione lineare         | (00.00%)        |
| d. la banda di calibrazione       | (2.34%)         |

18. Qual è il disegno di studio del progetto COMPACT-2?

- |  |                 |
|--|-----------------|
| <b>a. Studio randomizzato adattativo</b> | <b>(97.08%)</b> |
| b. Studio osservazionale                 | (02.34%)        |
| c. Studio caso-controllo                 | (00.58%)        |
| d. Studio trasversale                    | (00.00%)        |

19. L'interim analysis da cui poi si è deciso di interrompere lo studio COMPACT-2 è stata richiesta dal:

- |   |                 |
|---|-----------------|
| a. Comitato scientifico                                 | (09.36%)        |
| b. Principal Investigator                               | (04.09%)        |
| <b>c. External Data and Safety Monitoring Committee</b> | <b>(85.38%)</b> |
| d. Centri partecipanti                                  | (01.17%)        |



20. Quale tra le seguenti cefalosporine, di solito, ha una MIC più bassa in AmpC?

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| a. Ceftazidime     | (00.00%)         |
| b. Cefotaxime      | (00.00%)         |
| <b>c. Cefepime</b> | <b>(100.00%)</b> |
| d. Ceftriaxone     | (00.00%)         |

21. In *Proteus* spp uno dei seguenti farmaci non è attivo

- |                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| a. Piperacillina/tazobactam | (00.58%)        |
| b. Meropenem                | (00.00%)        |
| <b>c. Imipenem</b>          | <b>(99.42%)</b> |
| d. Amikacina                | (00.00%)        |

22. La terapia con chinoloni in infezioni da *Enterococcus* spp quando è identica?

- |  |                 |
|--|-----------------|
| a. Sempre                                      | (02.92%)        |
| b. Solo per le infezioni delle basse vie aeree | (00.00%)        |
| <b>c. Solo per infezioni urinarie</b>          | <b>(97.08%)</b> |
| d. Solo per infezioni gastrointestinali        | (00.00%)        |