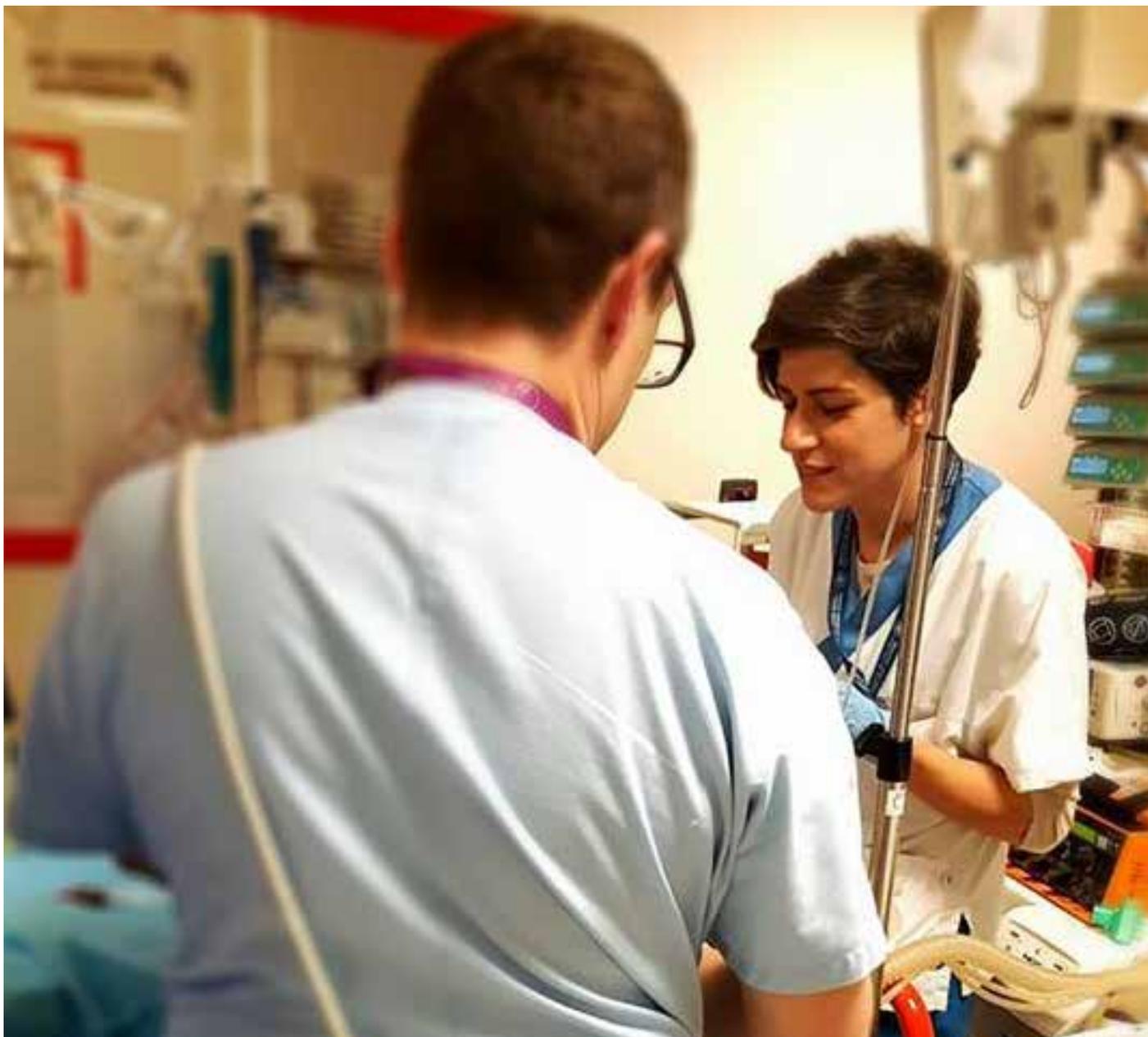


Aprile  
2017 - N. 62

ISSN 2281-9479

# Algorà

SPAZIO DI INFORMAZIONE DEL COLLEGIO DI COMO



Riforma sanitaria, P. 3  
al centro  
c'è il cittadino

DI ORESTE RONCHETTI

Formazione P. 24  
Infermieristica  
Multiculturale  
2016

DI SANDRO TANGREDI



# Agorà

Aprile 2017 - N. 62

## Direttore Responsabile:

Oreste Ronchetti

## ViceDirettore

Massimo Franzin

## Comitato di Redazione:

Ronchetti Oreste, Cavadini Elena,

Pozzi Paola Mariella,

Redaelli Rita, Seveso Maria Elisabetta

## Segreteria di Redazione:

Daniela Sereni, Daniela Zanini

## Sede, Redazione, Amministrazione:

Collegio IPASVI - Viale C. Battisti, 8 - 22100 Como

## Proprietario:

Collegio IPASVI - Como

## Impaginazione e stampa:

Elpo Edizioni - Como

[www.elpoedizioni.com](http://www.elpoedizioni.com)

Quadrimestrale Informativo del Collegio IPASVI di Como

Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como

con decreto 1/98 del 09/02/1998

## Per contattarci:

tel. 031/300218 - fax 031/262538

e-mail: [info@ipasvicomo.it](mailto:info@ipasvicomo.it)

## FOTO IN COPERTINA

Assistenza infermieristica in area critica

## Editoriale

### RIFORMA SANITARIA

di Oreste Ronchetti

## Lavorare all'estero

5 Italia e Inghilterra, modelli a confronto

## Il Collegio informa

7 Il nuovo Codice Deontologico

## Focus

8 I sostituti cutanei nel *wound care*: strategia di trattamento per la persona affetta da ulcere del piede diabetico

## L'infermiere altrove

11 Diario di un viaggio in Guatemala

## Pubblicazioni università

18 "Brief intervention": l'efficacia dell'intervento infermieristico in persone adulte con consumo dannoso di alcol

## Commissione Formazione

24 Percorso esperienziale di Formazione Infermieristica Multiculturale 2016

## Il Collegio informa

29 Ipasvi per i migranti

## Formazione

31 Esserci quando è il momento e non quando avete un momento: è qui la differenza

## Collegi lombardi

33 Innovazione e sviluppo della professione infermieristica

## Il Collegio informa

40 Iscrizioni e cancellazioni

# Riforma sanitaria, al centro c'è il cittadino

**I**n questi mesi stiamo vivendo, nella nostra regione, la realizzazione della riforma sanitaria voluta con la legge 23 del 2015. È una legge che vuole mettere al centro del sistema sanitario l'utente, il cittadino che usufruisce dei servizi che il sistema offre. In questa logica si sta sempre più affermando la volontà di superare l'idea del remunerare la prestazione per passare alla remunerazione della presa in carico; ovvero garantire al professionista un compenso sulla base della presa in carico dell'utente/paziente, con i suoi bisogni e le sue patologie, anziché remunerare le singole prestazioni che i professionisti erogano all'utente/paziente.

È un cambiamento importante, di quelli destinati a modificare il sistema. Insieme a questo, la riforma si propone l'obiettivo di spostare l'attenzione dalla realtà ospedaliera

alla realtà del territorio, in particolare di quel territorio fatto di interventi volti a garantire la più lunga permanenza possibile della persona al proprio domicilio, allontanando il suo possibile ricovero in strutture di lungo degenza.

È su questo ultimo aspetto che stiamo lavorando come collegi lombardi con l'università Bocconi di Milano; in particolare stiamo cercando di elaborare proposte che permettano la realizzazione di servizi utili sul territorio, che permettano al cittadino di evitare di doversi rivolgere al pronto soccorso, utilizzando in modo improprio ed inefficiente la realtà ospedaliera.

Tutto questo significa, un notevole investimento sul piano economico di risorse umane, che come collegio stiamo sostenendo insieme agli altri collegi lombardi.

Ci aspettiamo molto da questo sforzo; contiamo

di riuscire finalmente a completare quel processo di autonomia professionale che dovrà portarci ad offrire il servizio dell'infermiere di famiglia attraverso:

- una direzione infermieristica in AST che governi ed orienti il servizio in base ai bisogni della popolazione;

- una capillare presenza di care manager sul territorio in grado di prendersi cura dei bisogni delle persone ed orientarli verso le migliori possibili soluzioni che permettano al sistema di reggere sul piano economico ed al cittadino di vedere soddisfatti i suoi bisogni, in particolare di sicurezza psico fisica;

- una presenza di infermieri accreditati che erogino le prestazioni richieste in base alle necessità riscontrate dai care manager, che permetta finalmente di superare un sistema di assistenza domiciliare basato su cooperative che utilizzano gli infermieri,



Oreste Ronchetti  
Presidente IPASVI Como

per passare ad un servizio che veda gli infermieri liberi professionisti come i principali attori del sistema e non come comprimari delle cooperative;

- una guardia infermieristica che possa intervenire durante le ore di assenza del care manager per tutti quei problemi assistenziali che le persone non sanno come risolvere, dalla fuoriuscita del catetere, venoso piuttosto che vescicale alla puntura di antidolorifico.

Anche per questo, il 13 maggio abbiamo organizzato un incontro a Villa Gallia presso la sede della provincia, in via Borgovico, per discutere con rappresentanti della Regione e dell'Università Bocconi i possibili scenari che potrebbe offrire alla popolazione comasca questa riforma. Un momento importante di confronto, per la nostra professione con le istituzioni. Un momento che spero ci veda partecipare numerosi.

mar282017

## Responsabilità diretta dell'infermiere nella somministrazione dei farmaci

TAGS: RELAZIONI INFERMIERE-PAZIENTE, ETICA INFERMIERISTICA, INFERMIERE



Le riforme normative dell'ultimo ventennio hanno permesso di ricavare ambiti di autonomia e responsabilizzazione diretta dell'infermiere che conducono per converso a ritenere, in alcuni casi, insussistente una responsabilità del medico per omessa vigilanza.

Rientrano certamente nell'ambito dell'esclusiva responsabilità e cura dell'infermiere le prestazioni consistenti nella somministrazione dei farmaci.

In particolare, l'autonomia e la responsabilità dell'infermiere riguardano le procedure e le valutazioni necessarie per garantire la correttezza dell'applicazione della cura.

La prescrizione, per contro, costituisce ancora atto proprio ed esclusivo del medico, che deve individuare la scelta del farmaco più appropriato sulla base della diagnosi e della indicazione terapeutica ritenuta più idonea al trattamento della patologia, ma l'interpretazione della terapia, così come la (eventuale preparazione e) somministrazione della stessa, sono atti propri dell'infermiere.

A fronte dell'autonoma responsabilità dell'infermiere, nell'ambito della fattispecie di somministrazione dei farmaci, arretra, evidentemente, la posizione di garanzia del medico con riferimento all'obbligo di vigilanza dell'operato del predetto professionista sanitario.

(Avv. Ennio Grassini - [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net))

<http://www.doctor33.it/politica-e-sanita/responsabilita-diretta-dell-infermiere-nella-somministrazione-dei-farmaci/>



# Italia e Inghilterra, modelli a confronto

## Un bagaglio formativo da conservare

La mia esperienza inizia a novembre 2015, esattamente tre giorni prima della laurea in Infermieristica. Un po' spavalda e un po' inconsapevole decido di mandare un curriculum vitae ad un'agenzia che reclutava infermieri per importanti ospedali inglesi. Vengo contattata telefonicamente esattamente un'ora dopo per un primo colloquio conoscitivo e vengo invitata a partecipare ad un colloquio orale e ad una prova scritta il giorno seguente. Mi presento all'appuntamento e, dopo mezza giornata, so già che ancora prima di essermi laureata, avrò l'opportunità di lavorare a tempo indeterminato e in un ospedale pubblico inglese! Un sogno per pochi direte voi ma, soprattutto, per la categoria "infermieri" in Italia!

Qui possiamo già notare la prima importante differenza tra Italia e Inghilterra. La carenza di infermieri esiste in entrambi i

Paesi ma, semplicemente, l'Inghilterra assume utilizzando un metodo lineare, semplice ed efficace, da cui anche l'Italia potrebbe prendere spunto.

Proverò ad essere quanto più obiettiva e realistica possibile nel raccontarvi la mia esperienza perché il mio non vuol essere, né spero lo sarà, un articolo denigrante nei confronti del mio amato Bel Paese. Ma veniamo al dunque. Una volta partita mi sono trovata a lavorare in una Cardiologia, reparto da me scelto vista la possibilità datami dall'agenzia.

Ho trovato un reparto dove per ogni turno contavamo almeno dodici persone tra infermieri e OSS, per un totale di trentasei assistiti. Ho colleghi partiti con me dall'Italia che lavoravano da soli con tre OSS e per lo stesso numero di assistiti!(se non di più).

Ho trovato un reparto dove il materiale era quasi inestimabile, sempre all'avanguardia e al passo con i

tempi rispetto alle più recenti evidenze scientifiche. Quello che effettivamente non ho trovato e che invece, secondo me, l'Italia può vantare di avere è l'infermiere flessibile, disposto ad imparare una tecnica o una nozione pur di poterla mettere in pratica al momento del bisogno. È fondamentale sottolineare bene questo concetto in quanto risulta impensabile avere così tanto personale a disposizione ma dover chiamare il medico di guardia per un prelievo venoso o per il posizionamento di un catetere vescicale.

In Inghilterra, infatti, esiste il cosiddetto staff nurse o infermiere di base che all'occorrenza può consultare o chiamare il medico, il/la nurse practitioner (infermiere che può prescrivere farmaci al pari di un medico) o l'infermiere specialista (diabetes nurse, tissue viability nurse, solo per citarne alcuni)

Pertanto, quando lo staff nurse ha un dubbio, arriva

sempre qualcun altro ad affrontarlo al posto suo. Se da un lato avere così tanti professionisti coinvolti può essere utile al fine di raggiungere il miglior esito clinico, dall'altro implica dare meno responsabilità e conoscenze all'infermiere di base. Quest'ultimo si troverà quindi impreparato ed ansioso nel dover gestire situazioni cliniche tra le più semplici e comuni della professione.

Per noi italiani, assunti come staff nurse, questa situazione rappresenta l'ostacolo più grande da affrontare.

Infatti pretendiamo di poter usare il ragionamento clinico acquisito con anni di studi e seguire ciecamente un protocollo o le direttive imposte da qualche altro professionista, risulta frustrante.

Per esperienza posso dirvi di aver conosciuto alcuni staff nurse da mettersi le mani nei capelli ma di aver avuto la possibilità di lavorare con infermieri specializzati che rappresentano solo un esempio di come la nostra professione pos-

sa evolvere e migliorare. In un mondo in cui l'errore e le accuse di malasanità sono all'ordine del giorno, l'esempio inglese ritengo sia all'avanguardia per quanto riguarda la specializzazione e la sicurezza sul lavoro mentre, per quanto concerne le abilità, le capacità di adattamento e le conoscenze dei suoi infermieri di base, la realtà italiana ritengo sia migliore.

Parlando di infermieri specializzati e conoscenze specifiche non posso non citarvi la formazione che l'infermiere inglese riceve rispetto a quello italiano. Il corso di laurea dura tre anni, esattamente come il nostro, ma la differenza principale è che, una volta laureato, l'infermiere inglese può solo somministrare la terapia orale e, successivamente, ad almeno sei mesi/un anno dalla laurea, partecipare a corsi di formazione relativi a incannulamento periferico, somministrazione di infusioni endovenose e procedure cliniche che invece noi impariamo direttamente nel corso del triennio. Le

conoscenze di base dell'infermiere inglese neolaureato sono oggettivamente minori rispetto alle nostre ma la cosa interessante del loro percorso formativo è che, con il tempo, si ha la possibilità di fare carriera e raggiungere livelli di specializzazione e competenze ancora purtroppo impensabili in Italia.

Un altro ostacolo difficile da gestire per noi italiani è la mancanza di comunicazione tra i diversi membri dello staff. Per quanto possano usare cartelle cliniche condivise dai più svariati professionisti (infermieri, medici, fisioterapisti, terapisti occupazionali o logopedisti...) capiterà sempre che una determinata informazione venga scritta ma non comunicata verbalmente per cui, ad esempio, un assistito venga dimesso ma l'infermiere di base lo scopra solo verso la fine del turno quando finalmente ha tempo di scrivere la consegna. Il tutto termina ovviamente con lamentele da parte dell'assistito e ritardi nei tempi di gestione oltre

che un clima lavorativo in cui si rischia di perdere dettagli assistenziali fondamentali.

Potrei continuare all'infinito citando la miglior distribuzione delle risorse o di investimenti più adeguati che ho riscontrato in Inghilterra piuttosto che in Italia ma si enterebbe in un discorso politico che non sarò certo io a dover affrontare. Terminerei solo dicendo che la scelta che io (ed altri mille come me) stiamo facendo non è semplice e l'auspicio è quello che non diventi una scelta obbligata dalla mancanza di prospettive future in Italia. È un'esperienza unica e che rifarei altre mille volte perché le situazioni che ti trovi a dover gestire ti aiutano a crescere a livello personale prima che lavorativo ma il mio augurio è quello di poter tornare ad essere una risorsa per il futuro del mio Paese perché in fin dei conti se amo il mio lavoro e lo faccio con passione è tutto merito della formazione che ho ricevuto in Italia.

# IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

Ultimi giorni per intervenire nella consultazione

Da lunedì 6 febbraio 2017 è partita la consultazione pubblica sul testo della prima stesura del nuovo Codice deontologico dell'infermiere elaborato dalla Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi.

Il Codice è una guida e una regola per garantire la dignità della professione e per questo va rispettato e seguito da tutti. È uno strumento essenziale che ogni infermiere deve avere nel suo "cassetto degli attrezzi" e che lo deve accompagnare quotidianamente durante l'attività lavorativa. Tutti gli interventi, i suggerimenti, le proposte, le idee di tutti i professionisti infermieri saranno un arricchimento importante per far crescere la nostra professione. Il Codice è per gli infermieri e degli infermieri. Li rappresenta e li tutela e mette nero su bianco quello che i cittadini si aspettano da loro. La consultazione avrà la

durata di tre mesi e si chiuderà il 30 aprile 2017.

Durante questo periodo ogni infermiere iscritto all'albo potrà, con le sue credenziali, accedere all'area appositamente predisposta e proporre correzioni, modifiche e integrazioni all'articolato della prima stesura del nuovo Codice deontologico.

Quanto proposto da ognuno sarà raccolto dal Collegio di appartenenza e formalizzato in una proposta complessiva che deve pervenire alla Federazione entro il 31 maggio 2017.

Le Associazioni infermieristiche e dei cittadini riceveranno le modalità di partecipazione alla consultazione pubblica con un'informativa successiva e potranno formalizzare le loro osservazioni a partire dal 1° marzo e fino al 31 maggio 2017.

Al termine della consultazione, il Comitato Centrale analizzerà e tratterà le osservazioni ricevute.

## Come accedere alla consultazione

Ogni iscritto al Collegio Provinciale, attraverso il link **"Consultazione nuovo Codice deontologico"** presente all'interno della Intranet dell'Albo Unico Nazionale, potrà collegarsi all'applicazione per la consultazione del nuovo Codice deontologico e inserire un commento per ogni Capo e articolo, oltre a un commento generale.

Tutti i commenti una volta inseriti e confermati non saranno più modificabili ma solo consultabili dall'iscritto stesso.

Il link (<http://albo.ipasvi.it/intranet>) all'area riservata dell'Albo Unico Nazionale, dove sarà presente l'applicazione per la consultazione del nuovo Codice deontologico, è raggiungibile dal portale istituzionale della Federazione Nazionale ([www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)) nella specifica sezione

"Comunica online con il tuo Collegio".

Ogni singolo Collegio Provinciale, invece, attraverso il link "Consultazione nuovo Codice deontologico" presente all'interno della Intranet del portale istituzionale della Federazione Nazionale ([www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)) riservata ai Collegi Provinciali, potrà collegarsi all'applicazione per consultare e scaricare le osservazioni inserite dai propri iscritti.

Ogni Collegio Provinciale può scaricare, analizzare, sintetizzare ed eventualmente acquisire le osservazioni per la stesura della proposta che dovrà essere inviata al Comitato Centrale entro il 31 maggio 2017.

Ogni Collegio, attraverso l'area riservata potrà inserire, quindi, le osservazioni per ogni Capo e articolo e un commento generale.



# I sostituti cutanei nel *wound care*: strategia di trattamento per la persona affetta da ulcere del piede diabetico

## ABSTRACT

Il diabete mellito è una delle patologie a maggior impatto socio-sanitario. Le complicanze legate alla formazione di ulcere del piede rappresentano un pericolo per la vita della persona, richiedendo spesso l'ospedalizzazione; circa il 25% di tutti i pazienti diabetici sviluppa ulcere del piede, lesioni che comportano, nell'85% dei casi, l'amputazione dell'arto. Tenuto conto del rallentato processo di guarigione delle ulcere e dell'aumentato rischio infettivo, dovuto alla patologia diabetica, è necessario considerare la presenza di dispositivi di *wound care* favorevoli al processo di guarigione. I sostituti cutanei rappresentano una possibile scelta disponibile, una strategia efficace ed efficiente per l'assistenza alla persona affetta da ulcere del piede diabetico. A dimostrazione di quanto enunciato è stata condotta un'analisi della letteratura, ricercando articoli rilevanti, ovvero evidenze scientifiche, attraverso siti internet dedicati ed utili per la ricerca infermieristica, *clinical guideli-*

*nes*, testi evidence based practice, ed interrogando le seguenti autorevoli banche dati: *Medline (PubMed), Cinahl, Embase, Cochrane Library e ClinicalTrials*. Dall'analisi critica degli articoli si evince che i sostituti cutanei rappresentano un valido trattamento avanzato ed adiuvante per la completa guarigione delle ferite. In particolare modo *Epifix, Apligraf, Hyallograft 3D e Dermagraft* favoriscono la rigenerazione tissutale, ripristinano la funzione morfologica, biologica e funzionale della cute e, in un rapporto costo-beneficio, hanno il potere di ridurre le infezioni, l'incidenza delle amputazioni e l'ospedalizzazione, assicurando così un miglioramento della qualità di vita della persona ed un notevole risparmio di risorse economiche socio-sanitarie.

## INTRODUZIONE

Il diabete mellito è ad oggi una patologia ad alta incidenza e prevalenza sia nel mondo sia in Italia. Le dimensioni del problema, la diffusione e la gravità delle complicanze, fanno del

diabete uno dei maggiori problemi sanitari su scala globale. Sono circa 400 milioni le persone affette da questa patologia ed in Italia se ne contano circa un milione. Le complicanze ad esso associate sono molteplici, ma soprattutto invalidanti. Tra le molteplici complicanze vi sono le ulcere del piede diabetico, quali ulcere croniche non *healing*, il cui tasso d'incidenza è pari al 25% della popolazione diabetica, che rappresentano la principale causa di ospedalizzazione ed aumentano la probabilità di amputazione dell'arto con un tasso fino al 70%. Inoltre, l'85% delle amputazioni è preceduto sempre dalla formazione di ulcera. Le complicanze legate al piede diabetico assorbono circa il 12-15% della spesa sanitaria. Si evince dunque che le complicanze del piede diabetico, oltre ad aumentare il rischio di amputazione dell'arto, siano un vero e proprio pericolo per la vita della persona, incrementando il tasso di morbilità e mortalità fino al 70%, entro 5 anni, a seguito di amputazione, condizionando,

\* Infermiera specialista in wound care

altresì, notevolmente la spesa sanitaria e creando deterioramento della qualità di vita della persona. Sono questi i motivi per cui per il professionista sanitario risulta di fondamentale importanza trattare questa tipologia di lesioni. Tenuto conto del rallentato processo di guarigione delle ulcere del piede diabetico e l'aumentato rischio infettivo, con conseguente aumento dell'incidenza di amputazione, è necessario ed indispensabile individuare nuove strategie di *wound care* favorevoli al processo di guarigione: tra queste i sostituti cutanei rappresentano una scelta disponibile.

#### METODO

L'obiettivo di questo articolo è dimostrare che i sostituti cutanei sono un nuovo metodo efficace ed efficiente per favorire la completa guarigione delle ulcere del piede diabetico. Sebbene queste nuove tecnologie di trattamento delle ulcere diabetiche possano risultare più costose, rispetto alle cure convenzionali, esse risultano comunque vantaggiose in termini di rapporto costo-beneficio. Inoltre, l'effetto che tale trattamento ha nella prevenzione delle complicanze, quali l'insorgenza di infezioni ed il ricorso alle amputazioni, garantisce un minor impatto economico sul sistema sanitario e sociale. Il metodo utilizzato per perseguire l'obiettivo di questo articolo è stato l'analisi critica della letteratura, prendendo in considerazione studi di maggior evidenza scientifica, tra cui linee guida, metanalisi, revisioni siste-

matiche, RCT (*Randomized Clinical Trial*) e HTA (*Health Technology Assessment*). Sono state interrogate le seguenti banche dati: *MEDLINE (PubMed)*, *Embase*, *Cochrane Library*, *ClinicalTrials*, *Cinahl* ed infine *National Guideline Clearinghouse*. Gli articoli, ritenuti pertinenti, reperiti, impostando quali limiti della ricerca gli ultimi 5 anni di pubblicazione e la lingua inglese e facendo ricorso a specifiche parole chiave (*Skin Artificial*, *Skin Ulcer*, *Diabetes Mellitus*, *Diabetes Complications*, *Diabetic foot Ulcers*), sono stati 46, sommati poi ad ulteriori articoli ritrovati in letteratura attraverso una ricerca libera su siti di interesse infermieristico. Tutti gli articoli trovati, considerati pertinenti e rilevanti, sono stati analizzati in modo critico, così da definire la forza dell'evidenza scientifica e della raccomandazione. Questi includevano studi riguardanti le ulcere del piede diabetico non healing con le sole cure convenzionali in soggetti adulti (età > di 18 anni), ed escludevano gli studi non pertinenti all'argomento o che trattassero il ricorso ad ulteriori terapie avanzate (NPTW, terapia iperbarica o fattori di crescita), studi riferiti ad ulcere del piede diabetico ischemiche ed infette, il ricorso per il trattamento ad innesti cutanei umani, ulcere in soggetti pediatrici, studi effettuati su animali e gli articoli che non rispettassero i limiti di ricerca imposti. Successivamente ogni studio è stato definito e valutato per il disegno di ricerca, la tipologia di studio, la presenza della

domanda di ricerca, il metodo di randomizzazione, l'essere o meno blinded, il campionamento e l'uniformità delle caratteristiche del gruppo di controllo e del gruppo sperimentale, il *follow-up* al termine del trattamento, i risultati e la loro applicabilità.

#### RISULTATI

I risultati ottenuti dall'analisi critica della letteratura supportano l'utilizzo dei sostituti cutanei, quale metodo efficace ed efficiente di trattamento per le ulcere del piede diabetico. Nonostante l'attuale varietà di strategie disponibili per il trattamento delle ulcere del piede diabetico, non tutte guariscono completamente con l'utilizzo delle strategie del solo *standard wound care*, per questo, i sostituti cutanei si sono sviluppati come trattamento avanzato ed adiuvante al fine di ottenere la completa guarigione della ferita. I sostituti cutanei che rispondono nel miglior modo a questa tipologia di lesione sono quelli dermici cellulari, i bilayer cellulari ed acellulari e soprattutto la membrana amniotica. In particolare le linee guida RAO e NICE, rispettivamente del 2013 e del 2015, considerano i sostituti cutanei un trattamento di *wound care* promuovente la guarigione, soprattutto qualora le medicazioni convenzionali non portino al miglioramento ed alla riduzione delle dimensioni della lesione. Il documento di *Best Practice* del 2013 dal titolo "*Best Practice Guidelines: Wound Management in diabetic foot ulcers*", pubblicato da un gruppo di esperti,

facenti parte dell'*International Best Practice Guidelines*, considera i sostituti cutanei medicazioni avanzate per le *diabetic foot ulcers* (DFU) di difficile gestione; il documento di posizionamento della *World Union of Wound Healing Societies* (WUWHS), dal titolo "Gestione locale delle ulcere del piede diabetico", pubblicato nel 2016, ritiene che questi siano necessari qualora le dimensioni delle ulcere del piede diabetico non si riducano di almeno il 50% entro le 4 settimane di solo *standard wound care*. I risultati dell'analisi della letteratura dimostrano che i sostituti cutanei sono un valido trattamento, avanzato ed adiuvante allo *standard wound care*, per la promozione del processo riparativo delle ulcere del piede diabetico senza gravare sulla spesa sanitaria. La metanalisi (Li, Xu and Chen, 2015), la revisione sistematica (Santema, Poyck and Ubbink, 2016), l'HTA (Buchberger et al., 2011) e molteplici RCT (Zelen et al., 2013), (Zelen et al., 2015), (Zelen et al., 2016) (Rice et al., 2015) (Fetterolf, Istwan and Stanziano, 2014) (Driver et al., 2015) supportano e sostengono l'utilizzo dei sostituti cutanei, in confronto al solo *standard wound care*, in termini di efficacia di trattamento, rapidità di guarigione, riduzione del tasso di recidiva in un ottimale rapporto costo-beneficio.

#### DISCUSSIONE

Si evince, dunque, che i sostituti cutanei sono una valida alternativa ad allo ed auto trapianti, riducendo le complicanze relative

alla tecnica di prelievo di cute, al dolore correlato, alla probabilità di trasmissione di malattie, soppendo, altresì, al problema relativo alle scarsa disponibilità dei tessuti prelevabili dall'uomo. Inoltre favoriscono la rigenerazione tissutale, producono fattori di crescita e citochine, coinvolte nel fisiologico processo di guarigione, riducono il livello di metalloproteasi, causanti nelle ulcere croniche il ritardo di guarigione ed un permanente stato infiammatorio, ripristinano la funzione morfologica, biologica e funzionale della cute e

hanno un ulteriore potere di ridurre le infezioni, l'incidenza delle amputazioni e dunque l'ospedalizzazione.

### CONCLUSIONI

Le proprietà benefiche fin ora descritte possano garantire un miglioramento della qualità di vita della persona con un notevole risparmio delle risorse economiche socio-sanitarie, giustificando ulteriormente il loro utilizzo nel wound care, distinguendosi per un favorevole rapporto costo-efficacia. Tra tutti i sostituti cutanei, efficaci nel favorire e promuovere la guarigio-

ne delle DFU, analizzati in letteratura, risultano maggiormente efficaci ed efficienti quelli appartenenti alla classe dei sostituti dermici cellulari, in particolar modo *Derma-graft*, quelli appartenenti alla classe dei sostituti a doppio strato cellulare, *Apligraf* e *Hyalograft 3D*, e soprattutto la membrana amniotica, *Epifix*. La scelta appropriata del sostituto cutaneo è dettata dai requisiti della lesione, in quanto ogni tipo di sostituto cutaneo è caratterizzato da proprietà differenti. L'utilizzo di quest'ultimi però, il cui scopo è di migliorare

i risultati, non esclude la necessità di massimizzare il trattamento standard delle ulcere del piede diabetico.

*Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003*

*Autorizzo la pubblicazione*

*Como, 15 marzo 2017*

# Diario di un viaggio in Guatemala

**A.I.N.S**  
Onlus

**DONARE AD AINS ONLUS  
PER FINANZIARE UN  
PROGETTO È MOLTO  
SEMPLICE. BASTA USARE  
QUESTO IBAN**

**IT70 W076 0111 3000 0004  
6330 429**

**Codice BIC/SWIFT:**

**BPPIITRRXXX**

**CIN: w**

**ABI: 07601**

**CAB: 11300**

**N.CONTO: 000046330429**



## 21 febbraio 2017: primo giorno al Comedor

Sono arrivato!!!! Mancavo da un anno, giusto giusto un anno, ed eccomi nuovamente in Guatemala. Che posso dire? Fa bene, ogni tanto, partire per staccare un po' anche se, invecchiando, il peso del viaggio si fa sentire. Pensavo molto peggio passare dagli Stati Uniti invece non è stato neanche un grande problema. Solo una cosa: due ore di transito sono poche perché i controlli sono stati tre e la polizia aeroportuale è molto, molto lunga: ti prende le impronte, ti fa la foto, ti fa un sacco di domande e se ne frega se tu hai un'altro aereo da prendere.

Con l'American Airlines non si è viaggiato male. I posti a sedere sono un po' stretti ma anche con l'Iberia non era un gran che. Hanno distribuito un pranzo (tranne la pasta che non era male, il resto è plastica pura senza sapore) a metà volo un gelato, uno snack, acqua o bibite a volontà e poi, prima dell'arrivo a Miami, un pezzo di pizza. Qui al Comedor Infantil oggi vedrò un po' di attività e ne approfitterò per parlare con Alvaro, il nostro referente progettuale. Alle 12 arrivano i bambini per il pranzo,

poi la maestra e poi in un attimo saranno le 18. Intanto ho visto il nuovo frigorifero, molto grande, che Unbound, l'ONG dove lavora Alvaro, ha regalato per il Comedor. Pazzesco quanto Alvaro sia capace di tessere relazioni e fare rete.

Tutti i giorni vengono per due ore, a turno, tre ragazze sostenute scolasticamente da Unbound per fare volontariato (40 ore al mese). Questo è un accordo che funziona così: si riceve la possibilità di andare a scuola (in questo caso sono tre ragazze che fanno le superiori con un'età dai 15 ai 17 anni) ma in cambio si fanno 40 ore di volontariato sociale. Loro tre hanno scelto il Comedor. Interessantissima forma di solidarietà e condivisione. Tinita l'ho incontrata per la prima volta questa mattina. Viene tre volte alla settimana a fare le pulizie al Comedor avendo chiesto ad Alvaro di rendersi utile volontariamente (lo sottolineo perché è importante sapere che anche tra poveri c'è una solidarietà che funziona). Viene dalle dieci alle tre del pomeriggio ricevendo in cambio un pasto gratuito (è una minima riconoscenza al suo impegno). Ha 56 anni, si sveglia

alle quattro del mattino per andare a fare le pulizie privatamente fino alle 9 e poi viene al Comedor. Una scelta, la sua, anche per stare insieme ad altre persone visto che a casa non ha nessuno e l'unico figlio glielo hanno ammazzato.

Alvaro mi ha poi raccontato che da gennaio, dopo un confronto con chi lavora stabilmente all'interno del Comedor Infantil, ogni lavoratore (compreso Alvaro anche se non lavora nella struttura), ogni mese, doni 25 quetzales del proprio stipendio per creare un fondo cassa (con il cambio attuale 25 quetzales sono poco più di 3 euro). Perché questo? Perché dare l'esempio è importante e poi il Comedor deve essere anche di chi ci lavora. Questo è uno di quei gesti che vi può aiutare a capire quanto sia importante questa struttura e quello che stiamo facendo qui in questa baraccopoli abbandonata da tanti, soprattutto dallo stato del Guatemala che dovrebbe garantire alcuni servizi e soprattutto il benessere delle persone, dei suoi cittadini. Questa è la strada che stiamo percorrendo con l'obiettivo di creare una cultura del lavoro, una cultura della



solidarietà nel lavoratore del Comedor Infantil, un'idea dove sei parte di questo progetto. Non sei un semplice lavoratore. L'idea è che il lavoro e il luogo dove esso si svolge sia anche del lavoratore. Non solo un luogo dove venire al mattino, fare delle cose e poi tornarsene a casa. In questo modo il Comedor, per chi ci lavora dentro, vogliamo che sia un bene comune da preservare, rispettare e fare in modo che possa continuare ad esserci, anche senza di noi di AINS onlus.

Alvaro mi diceva che manca l'idea del risparmio in molti lavoratori guatemaltechi i quali, quando portano a casa lo stipendio lo spendono tutto senza pensare al futuro. Ronald è il responsabile della farmacia ed ha bisogno di essere seguito da questo punto di vista perché è giovane, perché guadagna uno stipendio discreto per la sua età e perché se non si sta attenti lo spende tutto. Cosa ha fatto Alvaro? Gli ha parlato, gli ha spiegato l'importanza del risparmio e di pensare al suo futuro, proponendogli di mettere da parte, ogni mese, il 10% del

suo stipendio in un conto bancario. Questo è e deve essere, anche, il Comedor. Certo, non è semplice ma è necessario lavorare sull'educazione. Se non lo si fa non ha senso continuare con la cooperazione e con il tenere aperta una struttura come questa. Ho visto il terreno comprato da Alvaro che confina con il Comedor Infantil dove vogliamo costruire l'altra ala mancante e lo stato dei lavori della chiesa che la comunità sta costruendo. Hanno completamente pagato, autotassandosi, il terreno e ora inizieranno a cercare i soldi per terminarla. Questo è un progetto esterno voluto dalla comunità dove noi non contribuiamo economicamente.

### 22 febbraio 2017: Brevi trascrizioni da un libro appena terminato di leggere

"Mi sono detto: ho ventiquattro ore al giorno, cosa ne faccio? Ho un'intelligenza: serve solo a me? Ho dei soldi: sono solamente miei? Appena elaborato bene quest'idea, ho proposto agli amici: ogni volta che ci incontriamo, in tre o

in tre mila, ovunque siamo, facciamo la restituzione. Cioè, passa un sacchetto tra le nostre mani e ognuno mette il denaro che può e che vuole. È stata la nostra rivoluzione. La prima fonte di mantenimento della nostra storia. La facciamo ancora oggi, in qualsiasi luogo ci troviamo. È accaduto anche dal Presidente della Repubblica e dal Papa: non conta la quantità o la qualità o la profondità dell'incontro. È anche la fonte della nostra credibilità: prima di chiedere agli altri, doniamo e ci doniamo noi stessi".

**Ernesto Olivero**  
*Fondatore del Sermig*

"Avevamo già stabilito di dare una giornata di lavoro al mese per i poveri, aprendo subito un conto corrente dove mettevamo i nostri soldi, io bancario, lei segretaria nell'azienda del papà. Dividevamo gli stipendi in base ai giorni di ogni mese, versando su quel conto il corrispettivo di un giorno. Un impegno serio, continuo, faticoso, coerente. Tirando pure fuori i soldi di tasca propria."

**Ernesto Olivero**  
*Fondatore del Sermig*



### 23 febbraio: due brevi flash



Chi non può contribuire con qualche quetzales (la moneta locale) lo fa in un altro modo: donando!!!! In un paese povero come il Guatemala la solidarietà è anche donare magliette in buono stato al Comedor Infantil per venderle a prezzi popolari. Quando la solidarietà diventa rete.



Una carota di 36 cm. mi fa pensare a che schifezze le multinazionali del cibo ci fanno mangiare. Una carota di queste dimensioni non è naturale e me lo conferma Alvaro dicendomi che oramai tutto è chimico e si fatica a trovare prodotti naturali. Forse si trova qualcosa dal piccolo contadino che però non può competere con la grande distribuzione e produce solo per autoconsumo. Riflettiamo, tutti, se

vogliamo e passiamo su questo aspetto. Una buona cooperazione è anche pensare di migliorare la qualità alimentari di chi è povero garantendo l'acquisto e il consumo di cibi sani, buoni, biologici e giusti sia lavorativamente che dal punto di vista economico.

### 24 febbraio: cibo e solidarietà



Oggi distribuzione dei 25 pacchi di alimenti ai 25 anziani seguiti presso il Comedor Infantil. Un piccolo ma importante progetto di solidarietà per una delle fasce deboli della comunità di Santa Gertrudis che ricordiamo essere una baraccopoli. Pacco che contiene prodotti alimentari per un valore di 9 euro e che non viene distribuito gratuitamente. Ogni anziano "paga" 10 quetzales pari a 1 euro e 30 centesimi circa, per evitare l'assistenzialismo puro. È chiaro che chi non può non paga. Loro sanno che questi 10 quetzales vanno a creare un fondo cassa per sostenere tutte le attività che si

svolgono all'interno del Comedor contribuendo a creare un circolo virtuoso che funziona. Tutti i prodotti contenuti nel pacco sono comprati nel nostro mini-market e, se possibile, direttamente dal contadino, come mais e fagioli.

### 25 febbraio 2017: sesto giorno al Comedor Infantil

Da quando sono qui, per capire meglio il lavoro quotidiano delle donne per farlo funzionare, non sono mai uscito dal Comedor. Gli unici momenti di tranquillità e silenzio sono al mattino presto e dopo le 17. Perché dalle 7:30 si inizia. Il primo ad arrivare è Ronald che libera il cane, inizia a pulire il giardino dalle foglie e ad innaffiare le piante (massima attenzione alla pulizia e all'igiene). Alle 8:00 arriva Genoveffa e a seguire Rosa che inizia a pulire l'interno della casa e gli spazi dove si riuniscono i bambini per le loro attività. Arriva Tinita e alle 10 Silvia, la cuoca. Ognuno con le proprie mansioni da svolgere. Alle 12:00 arriva Zulma, la maestra, per seguirà i bambini facendoli lavorare con piccoli laboratori e nei compiti. Durante la settimana, poi, arrivano il maestro di musica e le volontarie. La logica, la politica di questo posto è quella di avere a cuore le persone che lavorano e il loro benessere. Per questo numerosi sono i momenti di condivisione e confronto dove guardarsi negli occhi e capire se si sta facendo bene o male. Alvaro ha da subito impostato il lavoro in questo modo e i risultati si vedono. Certo, anche lui

è andato avanti per tentativi ed errori ma ora, posso dire (me lo conferma anche lui) che problemi grossi non ce ne sono.

I disturbatori, quelle persone che mettevano zizzagna se ne sono andati spontaneamente. C'è armonia. Quello che mi colpisce è soprattutto la presenza di persone che non ci guadagnano da questo posto, persone che non percepiscono uno stipendio, persone che non hanno nessun interesse e bussano alla porta del Comedor chiedendo se possono essere d'aiuto. Donne semplici che vengono, come è successo l'altro giorno, a fare una torta spiegando come si fa a Rosa e Zulma in modo tale che possano imparare e rifarla quando c'è un compleanno da festeggiare. Oppure la storica volontaria che viene una volta alla settimana a giocare con i bambini insegnando loro l'importanza del riciclo. Altro esempio è Zulma, la maestra, che spesso arriva al Comedor insieme ad alcune ragazzine, sue alunne (Zulma lavora al mattino presso il Collegio San José a El rancho) che si offrono volontarie per fare laboratori con i bambini o aiutarli nei compiti.



Oggi giornata di salute ed esecuzione di 10 visite ginecologiche con relativo pap test. Tutto sommato, mi dice Alvaro, una buona partecipazione delle donne che vedono in questa struttura un luogo dove avere dei servizi e soddisfare dei bisogni. Il problema è che eseguono l'esame ma non comprano i farmaci (anche se presso la nostra farmacia costano meno che nelle altre avendo scelto di venderli a prezzi molto popolari) perché non hanno soldi e se li hanno devono scegliere se usarli per comprare cibo o curarsi. La vita, per loro è una questione di priorità e poi, mi dice sempre Alvaro, vivono alla giornata.

Non sono abituate a programmare il domani, il futuro. Va detto, per correttezza, che la visita con la dottoressa, che è anche ginecologa, è gratuita.

Pagano solamente 15 quetzales (poco più di due euro) il costo dell'esame al laboratorio.

Purtroppo, tutto gratuitamente non è possibile. Si cerca di far pagare il minimo e questo minimo a prezzi popolari, molto popolari.

Questo è un progetto costoso a cui teniamo molto. È importante garantire una qualità assistenziale, sempre nella logica che la salute deve essere un diritto gratuito.

Faccio mia e vi propongo una frase di Gino Strada, fondatore di Emergency:

*"Uno dei principi della nostra organizzazione, che spieghiamo al personale medico e infermieristico disposto a partire con noi, è semplicissimo: non si va nei Paesi del cosiddetto "Ter-*

zo mondo” a portare una sanità da Terzo mondo. Un ospedale va bene quando tu saresti disposto, senza esitazione, a ricoverarci tuo figlio, tua madre, tua moglie”. Sante parole e santa verità. Sta di fatto però che per avere una sanità ambulatoriale di qualità come la nostra, occorrono soldi e bisogna fare in modo di recuperarli. E non è semplice.

Un'ultima cosa: Alvaro mi ha raccontato della quantità di visite da parte di funzionari statali che vengono al Comedor per controllare ciò che si fa e le varie autorizzazioni. L'ultimo controllo è stato per verificare l'acqua del pozzo. Sì, l'acqua del pozzo in un paese dove l'acqua non è potabile. Assurdo, vero????? Però è così e così, probabilmente, deve essere.



### 26 febbraio: foto panoramica

Il Comedor Infantil visto dall'alto.



### 27 febbraio 2017: El Bosque

El Bosque è una comunità da visitare (le piste di polvere per arrivarci aprono squarci su una vallata che mi ricorda il viaggio, per chi

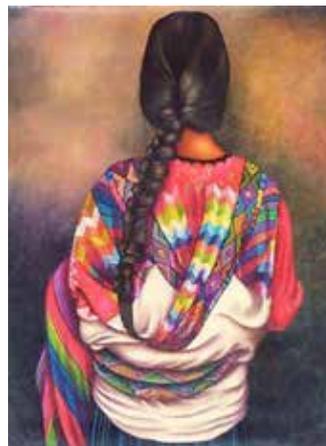
c'è andato, per arrivare a Colmenas, una comunità a più di 2 mila metri) con persone che a pelle mi sono piaciute subito. E poi sono i particolari che ti fan capire che ne è valsa la pena alzarsi alle 5 del mattino. Particolari disinteressati di chi ti aspetta al parco centrale, scende dalla macchina sorridendoti e ti saluta stringendoti la mano. Jorge che appena iniziata la salita si ferma per visionare il pickup che si è fermato e ti allunga due banane dicendoti: per una piccola colazione. Il saluto di Enrique, di Neri. Il loro chiamare chi sta lavorando per fare una riunione. La visita all'Infermiera che ha subito un piccolo intervento agli occhi e ci aspetta a casa della figlia di Enrique dove le altre donne hanno preparato il pranzo. La chiacchierata con l'Infermiera e, alla fine, il ritorno alla cooperativa per bere un caffè. Alvaro è stato da subito onesto e franco con loro dicendogli: “c'è la voglia e la possibilità di lavorare ad un progetto comune ma dobbiamo, prima di tutto, essere noi gli artefici del cambiamento. Non dobbiamo sempre aspettare che l'aiuto arrivi dagli altri. Per cambiare occorre che ci mettiamo in gioco in prima persona per cui, cosa siamo disposti a mettere sul tavolo?”

Ecco, parto da qui per raccontarvi per punti, brevemente e a ruota libera, la nostra salita a El Bosque.

#### Punto 1.

Fino alla sua chiusura il salario dell'Infermiera veniva pagato in parte dalla cooperativa El Bosque (1300 quetzales) e in parte dal Ministero della Salute

(600 quetzales). Le politiche del Governo si sono modificate per cui questo finanziamento è saltato e l'Infermiera ha rimesso in gioco la sua presenza perchè il suo salario è troppo basso (1300 quetzales). Che ruolo aveva all'interno dell'ambulatorio? Da facilitatore, comadrona (levatrice). Un ruolo di “smistamento” delle problematiche delle persone verso l'ospedale più vicino. Il problema è che la gente ci potrebbe anche andare all'ospedale più vicino che dista 15 km. dalla comunità. Se c'è bisogno, attraverso i bomberos o vigili del fuoco, sale un'ambulanza che ci mette, però, del tempo. Il problema è che tutto ha un costo economico e di tempo, sottratto al lavoro. Ci hanno detto che per chi vive con un salario minimo, andare all'ospedale vicino significa pagare il trasporto, aspettare ore ed ore, pagare la medicina e ancora prima la consulta. La gente se ha un problema di salute se lo tiene. Breve particolare: salendo a El Bosque abbiamo visto un centro di salute statale completamente chiuso e in stato di abbandono che potrebbe servire nella comunità.



Nella comunità, viene un medico (1 o al massimo 2 volte al mese) per fare le vaccinazioni e nulla più. L'Infermiera chiedeva la possibilità, se il progetto parte, di potersi confrontare anche a distanza con un medico per parlare degli eventuali casi clinici che si presentano. Questo è importante e fondamentale per trovare soluzioni adeguate ai problemi che si presentano.

Altro problema è quello dei parti. Qui è ancora presente una Comadrona, levatrice, che però ha informato di non voler più esercitare perchè anziana (era presente alla riunione) e perchè non trova chi vuole imparare e prendere il suo posto.

Certo, lei c'è quando c'è bisogno, ma partorire, come si può immaginare, può essere un problema.

#### Punto 2.

Numero di persone che compongono la comunità de El Bosque: 1000 abitanti circa.

#### Punto 3.

Patologie normalmente riscontrate in chi si presentava all'ambulatorio e idee di possibili soluzioni e/o interventi.

L'infermiera ci comunica quanto segue:

- diarrea. Cause? Beh, viene spontaneo pensare alla qualità dell'acqua e a quanto sia necessario intervenire sulla prevenzione. Ma anche sull'igiene ambientale (case, strade, mancanza di rete fognaria, mancanza di luoghi dove stoccare l'immondizia evitando di buttarla per strada, ecc.)
- mal di gola

- febbre
- dolore di stomaco e gastrite.



Cause? Stili alimentari? Qui, chiaramente non possiamo pretendere di modificare gli stili di vita di chi fatica ad arrivare a fine mese con il salario che prende. Però è un dato di fatto che l'abuso di caffè, lo stress, i cibi piccanti possano contribuire. Se si lavorasse con l'educazione alimentare si potrebbe, forse, evitare l'assunzione/abuso di farmaci.

- dolori muscolari causati dal lavoro nei campi
- Ipertensione arteriosa. Problematica cronica che va affrontata sia con la misurazione della pressione arteriosa che con l'eventuale assunzione di farmaci. Oltre, naturalmente ad un lavoro educativo, ecc.
- Diabete. Molte sono le persone che per motivi diversi si trovano ad essere diabetici assumendo, principalmente far-

maci ipoglicemizzanti. Sicuramente, una causa è l'abuso di bevande molto zuccherate (coca cola, ecc.). Anche qui è importante l'educazione sanitaria e il lavoro d'informazione che si può fare.

#### Punto 4.

Cosa serve nell'ambulatorio? Praticamente serve di tutto perchè l'ambulatorio (una stanza con bagno) ha al suo interno mobili vecchi e in cattivo stato e un bagno non funzionante. Servirebbe:

- apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa (sfigmomanometro e fonendoscopio)
- apparecchi per la misurazione della glicemia con lancette e strisce reattive
- un termometro e dei kit di primo intervento nel caso in cui qualcuno si facesse male o occorra fare una prima medicazione.

Abbiamo chiesto all'Infermiera di fare una lista di materiale necessario per la clinica e anche un elenco di medicinali che servono durante l'anno. Questo per avere un'idea di cosa ci aspetta.

Occorre organizzarsi per rimettere tutto in piedi e ripartire.

Abbiamo chiesto se serve la presenza di un medico. La risposta è stata: se c'è la gente viene!

Alvaro ha proposto di farne richiesta all'ospedale per far sì che sia lo stato a mandarlo. Richiesta documentata dal numero di persone che hanno avuto accesso alla clinica quan-

do era aperta e dal numero probabile di interventi che si prevede nel 2017.

Importante documentare gli accessi alla clinica: persone della comunità de El Bosque ma anche esterne alla comunità (normalmente, durante il raccolto di caffè, viene manodopera esterna che soggiorna a El Bosque e, se necessario, si rivolge alla clinica).

Quando la clinica era aperta, ci dice l'infermiera, l'affluenza giornaliera era di 10-15 persone di tutte le età.

#### Punto 5.

Alla domanda, rivolta ad Enrique e Jorge: "Siete dell'idea che valga la pena riaprire la clinica?", hanno risposto sì:

Alla domanda, rivolta all'Infermiera: "Con un salario adeguato sarebbe disposta a lavorare nella clinica?", l'Infermiera ha risposto di sì. Da qui occorre ripartire.

Alvaro ha consigliato:

- Che sia la Cooperativa a fare una proposta economica all'infermiera
- che sia la cooperativa, insieme all'infermiera, a definire i tempi e gli orari di lavoro (quante volte alla settimana tenere aperta la clinica, ad esempio)
- Abituarci, tutti, a pensare in grande: pensare ad una progettualità di almeno 3-5 anni.
- Scambiarci le professionalità e soprattutto, i prodotti. Se occorre comprare i farmaci, che vengano comprati presso la farmacia del Comedor valutandone i costi. Questo è importantissimo in una logica

di rete. Come lo è scambiarci le professionalità (mediche, infermieristiche, ecc.)

- Non ragionare solo ed esclusivamente con una logica assistenzialista ma pensare all'erogazione di prestazioni anche a pagamento, non a scopo lucrativo ma per autofinanziamento. Anche per i farmaci non è possibile pensare di distribuire sempre e solamente i farmaci gratuitamente. Chi può deve pagare. Poco ma lo deve fare. Va detto che in questo caso un ruolo importante ce l'ha l'Infermiera che vive nella comunità e conosce le povertà e le estreme povertà.
- La progettualità deve essere di Cooperazione dove tutti i soggetti interessati ci mettono qualche cosa.



- Per poter pensare ad una progettualità continuativa occorre, da subito, porre le basi valutando i pro e i contro del progetto.
- Tutto deve essere fatto in regola (ma questo passaggio era già stato anticipato da loro) per cui si è ragionato come fare se e quando arriva un finanziamento. Sicuramente occorre capire se la Cooperativa può ricevere denaro sotto forma di donazione per un progetto. Se può

aprire un conto con la voce "Progetto salute", se può emettere fatture o ricevute. Chi paga l'infermiera? Per iniziare il pagamento delle prestazioni può essere fatto dalla Cooperativa. Poi, se si procede con la progettualità, occorre cambiare rotta accreditando presso il ministero la struttura, ecc..... ma questo si vedrà successivamente. Ciò che è importante, visto che il ministero della salute non aiuta, è informarlo e mantenere rapporti di collaborazione chiedendo ma agendo autonomamente.

Collaborare rimanendo autonomi.

Altro punto, ma questo riguarda la rete che può crearsi tra di noi in Italia, capire chi manda i soldi alla cooperativa. Vengono raccolti e inviati su un conto nuovo (occorre valutare tutte le possibili spese) che poi manda il denaro alla cooperativa? Oppure li raccoglie una associazione (AINS? La Giostra? Mondo Solidale?) e poi li manda? Tutto questo è comunque da valutare.

Un grazie a Massimo e Mondo Solidale per averci dato la possibilità di conoscere la comunità de El Bosque e gli amici della Cooperativa La Nueva Esperancia per averci accettato a casa loro, averci ascoltato (non è scontato) e aver riconosciuto ed accettato l'esperienza e la professionalità di Alvaro. Anche qui, non è scontato!!!!. Noi siamo andati a El Bosque cercando di non avere un atteggiamento da "veniamo noi qui a raccontarvi come si fa!!!" e ci

sembra che gli amici della Cooperativa lo hanno capito e apprezzato. Siamo andati perchè crediamo in una cultura della Cooperazione, del dono e della solidarietà non assistenzialista dove ognuno non salverà il mondo ma cerca almeno di dare il suo contributo mettendoci del proprio, il proprio sapere e saper fare.

Due ultime cose.

Se tutto procede e il progetto va in porto... occorre lavorare molto con la comunicazione cercando di fare articoli, o farli fare, da inviare ai quotidiani locali. Perchè dico questo? Perchè ritengo sia un progetto molto interessante frutto di una rete che gira intorno ad una confezione di caffè. Per cui, importantissimo, far circolare questa idea. Idea che è spendibile, essendo molto originale, anche nel mondo infermieristico e sanitario.

Alvaro si è permesso di fare alcune proposte ai soci della cooperativa La Nueva Esperancia: una che già stiamo realizzando con i lavoratori del Comedor Infantil è quella che i soci della Cooperativa, ogni mese, mettano 10 qtzales in un fondo cassa comune (sono 40 soci....10 qtzales per 40 fa 400 qtzales che in un anno fanno 4800 qtzales) da non toccare oppure utilizzare per comprare, ad esempio, farmaci.

Etica ed economia sono compatibili? Questa domanda la pongo a tutti ma soprattutto agli amici di Mondosolidale, a Massimo e Giulia che da anni portano avanti progetti etici ed

economici. Durante questa permanenza in Guatemala mi sto sempre più rendendo conto che etica ed economia possono convivere e mi convinco del fatto che comunque, se vogliamo sopravvivere e dare continuità alle nostre progettualità dobbiamo trovare altre strade di finanziamento ma soprattutto rendere loro autonomi. Per questo motivo, noi del Comedor Infantil abbiamo aperto una farmacia e un piccolo minimarket all'interno del Comedor Infantil e ogni prestazione, per chi può pagare, ha un costo...piccolo ma ce l'ha. Se non si ragiona in questo modo i soldi finiscono, noi invecchiamo e tutto finisce. Anche di questo abbiamo discusso con gli amici de El Bosque. Importante pensare, un giorno o l'altro di trovarci intorno ad un tavolo per discutere del tema: Etica ed economia sono compatibili? Discuterne ragionando su temi concreti, già in essere e realizzabili?

**28 febbraio**



Da ieri, dopo la visita alla cooperativa El Bosque, posso dire di sapere cosa sto bevendo quando bevo una tazzina di caffè El Bosque. È stata una bella giornata e una bellissima esperienza incontrare Jorge ed Enrique. Grandi lavoratori con le idee chiare. Vale assolutamente la pena comprare il caffè El Bosque.

Mancano pochi minuti al primo pranzo del mese. Pasta con verdure e carne di pollo. Piatto unico abbondante accompagnato da un bicchiere di acqua e tamarindo con zucchero. A seguire un dolce, distribuzione della borsa di alimenti e momenti ludico ricreativi con la riffa finale. È come essere a Pavia dagli anziani dell'APS Borgo Ticino.





**1 marzo**

Piccole aiutanti crescono. Ha apparecchiato e ora si gode il momento dell'arrivo dei bimbi dalla scuola, per mangiare insieme.

Domani riparto dal Guatemala dopo 10 giorni trascorsi a condividere un progetto che si sta co-

struendo giorno dopo giorno, con molta fatica ma anche molto impegno. Un progetto che produce lavoro, crea indotto e comunità. Torno con la convinzione, dopo aver conosciuto i soci della Cooperativa Nueva Esperanza de El Bosque, che etica ed economia possono essere compatibili. Che è possibile far

coesistere sostenibilità e competitività, innovazione e cooperazione, profitto e benessere. Che una "economia altra" è possibile e auspicabile se si vuole che le progettualità continuino nel tempo e non muoiano dopo pochi anni per mancanza di fondi. Il Comedor ne è un esempio con la sua farmacia popolare interna dove l'utile di fine anno viene re-investito nel Comedor stesso, ma anche la piccola rivendita di alimenti che compongono il paniere basico di chi vive nella baraccopoli di Santa Gertrudis e il fondo mensile dei lavoratori del Comedor che ogni mese mettono da parte l'1% del loro stipendio per autofinanziamento, consci del

fatto che il Comedor sono loro e loro, anche loro, devono preservare questo bene comune. Ma anche la Cooperativa de El Bosque con il loro autofinanziamento per tenere aperta l'unica clinica presente per 1000 abitanti del villaggio, salvando il posto di lavoro all'Infermiera. "Mettere le mani nella pasta. Sporcarsi le mani. Se vuoi cambiare le cose devi andare dove le cose bisogna cambiarle". Cito dal film di Giorgio Diritti "Un giorno devi andare", che vi consiglio di vedere. Una semplice verità. Il Guatemala è queste iniezioni di speranza concreta come lo sono i libri che mi porto in valigia e Giulia che mi permette di partire credendoci anche lei.



# “Brief intervention”: l’efficacia dell’intervento infermieristico in persone adulte con consumo dannoso di alcol

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA  
Dipartimento di Medicina e Chirurgia  
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA



Anno Accademico 2014/2015

## RIASSUNTO

L'uso di alcolici ai nostri giorni è largamente diffuso, ogni anno sono attribuibili a tale consumo il 10% di tutte le malattie, il 10% dei tumori, il 63% delle cirrosi ed il 9% delle invalidità e/o malattie croniche. Al fine di diminuire le percentuali citate e i costi a esse collegati, molta importanza assumono la prevenzione primaria, realizzata attraverso il “brief intervention”, e la prevenzione secondaria, attraverso gli screening. Il “brief intervention” è una strategia d’informazione del bevitore a rischio, di durata media di 30 minuti, con lo scopo di indurre la persona a modificare il consumo di alcol. Tale intervento può essere svolto durante il ricovero dall’infermiere, il quale sfruttando la posizione di “trusted healthcare providers”, può difatti entrare in contatto con forti bevitori e bevitori a rischio e realizzare un intervento che, con buone probabilità, renderà la per-

sona consapevole del legame tra ospedalizzazione e abuso di alcol. La strategia così delineata può portare a lungo termine alla diminuzione o al ritardo di numerosi problemi alcol correlati, determinando la riduzione dei costi sanitari e favorendo la diffusione dell’infermiere quale professionista dell’assistenza.

## INTRODUZIONE

Il Ministero della Salute definisce l’alcolismo come disturbo a genesi multifattoriale, presente nel DSM-5 con l’unicotermine di “Alcohol Use Disorder”. Tale classificazione è però prettamente diagnostica e ricorre ad una progressione, come quella qui riportata, per valutarne l’impatto in termini di malattia (Tab.1.1):

L’uso di alcolici è largamente diffuso e ha causato 3,3 milioni di morti nel 2012, ossia 5,9% di tutti i decessi e 5,1% di riduzione degli anni di vita (OMS, 2014).

Ogni anno sono attribuibili al consumo il 10% di tutte le malattie, il 10% di tutti i tumori, il 63% di tutte le cirrosi ed il 9% delle invalidità e/o malattie croniche. Al fine di diminuire le percentuali citate e i costi a esse collegati, molta importanza assumono la prevenzione primaria, realizzata attraverso il “brief intervention”, e la prevenzione secondaria (screening). Il “brief intervention” è una strategia d’informazione del bevitore a rischio con lo scopo di modificare il consumo di alcol, partendo dal presupposto che interventi minimali condotti su un gran numero di bevitori sono in grado di modificare i comportamenti. È maggiormente efficace nei pazienti con consumo a rischio e dannoso ed è applicabile in qualsiasi unità operativa. Parte dal presupposto che un individuo che non ha ancora sviluppato dipendenza può ridurre o smettere di bere, ricevendo un’assistenza e un supporto adeguati.

Ispirato al Modello degli Stadi di Cambiamento (Prochaska & Di Clemente, 1986) e al Colloquio Motivazionale (Miller e Rollnick, 1991), ha una durata massima di 30 minuti e mira all’aumento di consapevolezza dei rischi legati al consumo, seguendo 5 fasi, le “5 A” (Tab.1.2):

Può essere fornito da varie figure professionali quali medici, psicologi o infermieri, proprio durante il ricovero, raccogliendo, durante l’anamnesi, anche informazioni relative all’assunzione di bevande alcoliche. Vi è inoltre la possibilità di usare un intervento minore, “intervento minimo”, meno strutturato rispetto al precedente e con una durata massima stimata di 5 minuti.

La prevenzione secondaria si avvale primariamente di scale di valutazione. L’Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), sviluppata nel 1989 dall’OMS, è la scala più usata per l’individuazione

**Tab.1.1: Progressione del consumo alcolico**

Consumo a rischio "Hazardousdrinking"	Determina un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini, caratterizzato da un consumo giornaliero medio di oltre 20 g di per le donne e di 40 g per gli uomini (Rehm et al. 2004).
Consumo dannoso "Harmfuldrinking"	Causa danno alla salute, a livello fisico o mentale (WHO,1992), contraddistinto da un'assunzione media giornaliera di oltre 40 g per le donne e di oltre 60 g per gli uomini (Rehm et al. 2004).
Consumo eccessivo episodico	Assunzione di almeno 60 g di alcol in un'unica occasione (WHO, 2004).
Intossicazione	Stato di deficit funzionale a carico delle attività psicologiche e psicomotorie indotto dalla presenza di alcol nel corpo (WHO, 1992) anche a livelli di consumo bassi (Eckardt et al. 1998).
Alcoldipendenza	Alterazione dei fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi. Vi è un continuo desiderio di ricominciare a bere (WHO, 2004).

**Tab.1.2: Fasi del Brief intervention**

Ask/Assess: chiedere/valutare il consumo di alcol con uno strumento di screening seguito, eventualmente, da una valutazione clinica.

Advice: fornire avvertenze sui rischi legati al consumo di alcol e suggerimenti chiari, specifici e personalizzati per il cambiamento.

Agree: concordare gli obiettivi di cambiamento identificati dal soggetto per ridurre il consumo o raggiungere l'astinenza.

Assist: assistere la persona nel raggiungimento degli obiettivi, stimolando la sua motivazione e supportandola nel potenziamento del senso di autoefficacia.

Arrange: organizzare il follow-up per fornire sostegno, spiegazioni e assistenza.

**Tab.1.3: Scala Audit**

Livelli di rischio	Punteggi audit
Basso	AUDIT ≤ 7
A rischio "Hazardousdrinkers"	8 ≤ AUDIT ≤ 15
Dannoso "Harmfuldrinkers" Disturbo ad uso di alcol lieve/moderato	16 ≤ AUDIT ≤ 19
Alcoldipendenza "DependentDrinkers" Disturbo ad uso di alcol moderato/grave	AUDIT ≥ 20

di bevitori a rischio e la più valida nell'identificazione dei principali sintomi della dipendenza da sostanze alcoliche. Somministrata come test scritto o orale, è costituita da 10 items, con un punteggio totale di 40 ed un cut-off di 8 (Tab.1.3).

L'obiettivo dell'elaborato è la valutazione dell'efficacia del "Brief Intervention", eseguito dall'infermiere, al fine di stimolare la persona a intraprendere un percorso

di modifica del proprio stile di vita.

### METODOLOGIA

È stato formulato un quesito di foreground, strutturandolo secondo il metodo PIO (Tab.2.1):

In seguito è stata effettuata una ricerca bibliografica con l'obiettivo di reperire documenti dotati di buone evidenze scientifiche. Le banche dati di lettera-

tura scientifica consultate sono state PubMed, Cinahl, Cochrane, TripDatabase, Scopus, ponendo come limiti l'anno di pubblicazione, la data di pubblicazione, le keywords, la popolazione (>18anni) e il personale che attuava l'intervento ("nurse"). La strategia di ricerca si è basata sull'utilizzo dei termini liberi "brief intervention alcohol nurse", "hazardousharmful alcohol bief intervention nurse" e "brief motivational intervention

specialist nurse alcohol". Per la ricerca sono stati essenziali anche siti internet, libri di testo, riviste sanitarie e motori di ricerca generali quali Google. I documenti trovati, recuperati in full text in lingua italiana e inglese, come anno di pubblicazione non sono precedenti al 2006. Sono stati scartati quei documenti che richiedevano un pagamento per la consultazione, che esaminavano una popolazione di

Tab.2.1: Metodo PIO

P	<b>Patient /Population</b>	Persone adulte con consumo di alcool dannoso "Harmfuldrinkers" e a rischio "Hazardousdrinkers"
I	<b>Intervention</b>	Intervento breve ("Brief intervention")
O	<b>Outcome</b>	Efficacia dell'intervento infermieristico e conseguente riduzione del consumo alcolico

Tab.2.2: Articoli reperiti

Banca dati consultata	Articoli reperiti				
	Articoli riviste opinioni esperti	Revisioni sistematica	RCT	Studi osservazionali	Studi pilota
PubMed	1	1	1	2	1
Cinahl	/	1	/	/	/
Cochrane	/	/	1	/	/
Scopus	1	/	/	/	/
Motori di ricerca: Google	3	/	/	/	/

Tab.3.1.1: Brief intervention

Intervento molto breve	Intervento breve "Brief intervention"	Intervento breve esteso	Intervento alta intensità
Intervento di pochi minuti in cui si danno brevi consigli e s'identifica il punto di vista della persona.	Intervento che dura in media 30 minuti, definito come una discussione verbale, con negoziazione e incoraggiamento.	Intervento breve può essere ripetuto in più sessioni.	La persona è seguita regolarmente da un professionista.

giovani o di pazienti già alcolodipendenti o tossicodipendenti, e quelli che non prendevano in considerazione l'infermiere come attuatore dell'intervento (Tab.2.2).

**CORPO DEL TESTO**

**Risultati**

Secondo una ricerca svolta in Taiwan nel 1999 le probabilità di successo per il trattamento e il recupero di una persona con consumo eccessivo di alcol diminuiscono con l'aumentare della quantità assunta, pertanto un individuo con alcol dipendenza più difficilmente riuscirà a migliorare. La percentuale di successo ha quindi una prognosi positiva se l'inter-

vento è attivato quando la persona è nello stadio del bere rischioso o dannoso. Tuttavia, gli individui che rientrano in tali categorie, tendono a non cercare volontariamente il colloquio con l'operatore se non quando i problemi alcol correlati sono così gravi da aver determinato problemi psicologici severi e incapacità a svolgere le attività quotidiane in autonomia. L'intervento, attuato prima che si manifestino tali problemi, può essere così schematizzato (Tab.3.1.1): Nella ricerca effettuata sono state prese in considerazione due revisioni sistematiche. La prima (Zena Hymanz, 2006) ha preso in analisi sei revisioni, una metanalisi e tre RCT.

Da tale revisione emerge una riduzione del consumo alcolico nei gruppi che hanno ricevuto il trattamento rispetto ai gruppi di controllo e l'individuazione di un limite massimo di 3 sessioni d'intervento che possono essere eseguite sullo stesso paziente. Inoltre un numero maggiore di sessioni non è direttamente correlato a un maggiore beneficio e non sono state riscontrate differenze nell'esecuzione dell'intervento da parte del medico o da parte dell'infermiere. La seconda (J. Joseph et al,2014) riporta i risultati ottenuti attraverso la ricerca in letteratura di studi sull'intervento breve condotto da infermiere, medico o non condotto

(Fig.3.1). Su 11 trials selezionati, pubblicati dal 1995 al 2012, 5 hanno riportato statisticamente una riduzione nel consumo di bevande alcoliche, tramite somministrazione del test AUDIT, nel gruppo che ha ricevuto l'intervento, con follow up a 6 e 12 mesi di distanza. In tutti i trials è stato eseguito un training per gli infermieri. Inoltre sono stati presi in considerazione strumenti diversi per screening e follow up, tra cui i test "AUDIT" e "CAGE", i livelli di GGT nel sangue, i giorni di astinenza e il numero di drink per sera. In Tab.3.1.2 sono schematizzate le conclusioni appena riportate. Uno studio sperimentale

condotto nel 2007 in Scozia da F. Oakeyat al. confronta l'esecuzione di un intervento minore con il brief intervention. Migliori risultati sono difatti stati evidenziati nel gruppo che ha avuto diretto contatto con il personale rispetto al gruppo che ha avuto solo una breve conversazione con rilascio d'informazioni cartacee. Il personale infermieristico è stato in grado di fornire tale intervento aggiungendolo alla routine giornaliera del reparto, previa partecipazione ad corso di formazione. Secondo uno studio osservazionale cross section svolto in Sud Africa uno studio (Karl Peltzer, 2007) un'attenzione migliore deve essere prestata proprio

alla modalità di training e all'organizzazione del reparto.

Nella Tab. 3.1.3 ho schematizzato i limiti espressi dagli infermieri, nei diversi articoli letti, rispetto all'esecuzione dell'intervento.

Per superare i limiti delineati l'articolo di Anthony O' Brien (2012) analizza il ruolo di un'APN "advance-practice nurse" nel migliorare la gestione delle persone con disturbi di alcool nei reparti d'emergenza, con una conclusione positiva in merito a tale inserimento.

Un articolo pubblicato nel 2014 sulla rivista scientifica "Am a nurse today" identifica la figura infermieristica quale "trustee-

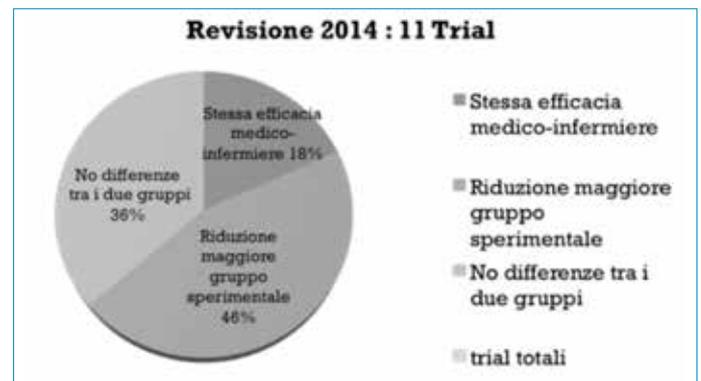


Fig. 3.1: Revisione 2014

dhealthcare providers", in grado quindi di ottenere risultati positivi sfruttando la sua posizione di persona "familiare al paziente". Sabrina Fuller nel 2015 lo definisce inoltre quale figura ideale, in quanto ha conoscenze, esperienza e una buona relazione con il paziente, spesso maturata

nel lungo tempo. K. Bridgman nel 2012 introduce poi il concetto di "teachable moment", affermando che l'efficacia dell'intervento infermieristico aumenta scegliendo il momento migliore per intervenire, ad esempio mentre si rimuovono i punti di sutura.

Tab. 3.1.2: Riassunto revisione 2014

McIntosh et al. (1997) e Tompson et al. (1998) [2 RCTs]	L'intervento breve eseguito da un infermiere, con adeguata preparazione, ha la stessa efficacia di quello eseguito dal medico.
Ockene et al. (1999) [RCTs]	<b>Riduzione del consumo alcolico nel gruppo sperimentale.</b>
Smith et al. (2003) [RCTs]	<b>Riduzione del numero di bevitori dannosi nel gruppo sperimentale.</b>
Lock et al. (2006) e Holloway et al. (2007) [2 RCTs]	Non sono state rilevate differenze significative fra i due gruppi.
Goodall et al. (2008) [RCTs]	<b>Risultati migliori sono stati riscontrati nel gruppo sperimentale a 12 mesi.</b>
Dent et al. (2008) e Lane et al. (2008) [2 RCTs]	Non sono state rilevate differenze significative fra i due gruppi.
Tsai et al. (2009) [RCTs]	<b>Risultati migliori sono stati riscontrati nel gruppo sperimentale a 12 mesi.</b>
Tsai et al. (2011) [RCTs]	<b>Il gruppo sperimentale ha riscontrato un significativo miglioramento del punteggio AUDIT.</b>

Tab. 3.1.3: Limiti

ARTICOLO	INFERMIERE
Church et al. 1995 e Rendalat al. 2003	- inadeguatezza
Bendtsen et al. 1999	- mancanza di modelli da seguire - mancanza di materiale di preparazione - ambiguità sul ruolo da eseguire
Lock et al. 2002	- confusione sulla classificazione del paziente con consumo alcolico - mancanza di autostima - percezione di tempi stretti - mancanza di linee guida, cui attenersi - percezione di un colloquio difficile da gestire - mancanza di conoscenze
Sabrina Fuller 2015	- mancanza di tempo e lavoro pressante - "i miei pazienti non vogliono cambiare" - possibilità di offendere il paziente - non essere un buon modello

**Tab.4.1: Strumenti per la valutazione degli outcome**

ARTICOLO	STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEGLI OUTCOME
<b>Revisione sistematica 2014</b>	Giorni di astinenza, cambi nell'AUDIT, comparsa di problemi alcolcorrelati, numero di giorni in cui la persona ha bevuto, episodi di binge drinking,
<b>Revisione sistematica 2006</b>	Cambi AUDIT o CAGE (test alcolismo composto da 4 domande), dosaggio della gamma -GT (come indice di funzionalità epatica).

**CONCLUSIONI**

Gli articoli proposti delineano l'infermiere, quale professionista sanitario idoneo a svolgere un ruolo educativo nella prevenzione dell'alcolismo. Durante il ricovero, sfruttando la posizione di "trusted healthcare providers", può difatti entrare in contatto con forti bevitori e bevitori a rischio e realizzare un intervento che, con buone probabilità, renderà la persona consapevole del legame tra ospedalizzazione e abuso di alcol.

Emerge quindi dalla ricerca un riscontro positivo nell'esecuzione dell'intervento, rilevando la necessità per l'infermiere di investire sulla propria formazione partecipando a training. La strategia così delineata può portare a lungo termine alla diminuzione o al ritardo di numerosi problemi alcol correlati, determinando la riduzione dei costi sanitari e favorendo la diffusione dell'infermiere quale professionista dell'assistenza.

Nonostante gli esiti positivi appena citati sono state riscontrate alcune criticità, quali la mancanza di omogeneità nella conduzione degli studi, per l'utilizzo di strumenti diversi per lo screening e la rilevazione degli outcome, come riportato in tabella (Tab.4.1).

Gli ottimi risultati ottenuti dalle ricerche effettuate sull'argomento dovrebbero

quindi stimolare l'effettuazione di ricerche più rigorose.

Sulle banche dati non sono stati reperiti studi italiani, una ricerca mirata sul motore di ricerca Google ha permesso di recuperare una vasta gamma di proposte attivate in seguito alla legge 125, 30 Marzo 2001 in materia di prevenzione.

Merita menzione il progetto RAR dell'APSS Trento, che ha portato all'attivazione in ogni nosocomio di un Gruppo Alcolologico Ospedaliero, all'individuazione di un referente RAR (Referente Alcolologico di Reparto) e all'utilizzo di una scheda sugli stili di vita per ogni paziente. Il RAR, di recente formato per seguire anche fumatori e DCA, può essere ricoperto da un infermiere, ma anche da caposala, medico o OSS.

Nonostante non si parli ancora di "Brief intervention", anche in Italia si evidenziano le fondamenta per investire sull'infermiere quale promotore di pratiche educative, in linea con quanto enunciato dal codice deontologico (art 1, 2 e 19).

**Bibliografia**

- Azienda USL 3 Pistoia, Locandina corso ECM Toscana 2011: "L' identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcolcorrelati

nei contesti lavorativi"

- Bridgeman K et al (2012) Brief intervention for alcohol misuse. Nursing Times, 108 online issue.
- Broyles LM1 et al (2013) Evaluation of a pilot training program in alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment for nurses in inpatient settings. Journal of Addictions Nursing, 24 (1):8-19
- Clinical Nurse Specialist: Job Description, Duties and Requirements, reperito dal sito study.com
- Dipartimento delle Dipendenza in collaborazione con la presidenza del consiglio dei ministri, Dipartimento Politiche Antidroga, Alcol e patologie correlate, La dipendenza
- Fanucchi T., Convegno società italiana di alcologia (2014) "Il contributo degli operatori sanitari: identificazione precoce ed intervento breve come priorità di prevenzione"
- Federazione nazionale collegio IPASVI: "Codice deontologico" (2009), art 1, 2, e 19.
- Fuller S. (2015) "Building your brief intervention into your everyday work". Nursing time, 111:5, 23-25
- Governo Italiano, approvata dalla Camera dei deputati dal Senato della Repubblica, promulgata dal presidente del-

la Repubblica, Legge 30 Marzo 2001 n.125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati", pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n.90 del 18-04-2001

- Joseph J (2014) Are nurse-conducted brief interventions (NCBIs) efficacious for hazardous or harmful alcohol use? A systematic review. International Nursing Review, 61 (2): 203-210
- Magnavita N. et al. (2014), Alcol e Lavoro Documento di consenso del gruppo La.R.A., La Medicina del Lavoro; 105 (Suppl 1): 3-68
- Ministero della Salute, Relazione del ministero della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 N.125 (2010) "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati" da pag 113 (157)
- Ministero della Salute, Relazione del ministero della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 N.125 (2013) "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati" da pag 85 (132)
- Nancy E. et al (2014) Alcohol Screening and Brief Intervention: A Clinical Solution to a Vital Public Health Issue. Am Nurse Today, 9 (9): 34-35
- National Institute on AL-

- cohol Abuse and Alcoholism (2014) Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5, No. 13-7999
- Oakey F1 et al (2008) Delivery of a brief motivational intervention to patients with alcohol-related facial injuries: role for a specialist nurse. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 46 (2):102-6
  - O'Brien et al. (2012) Could an advanced practice nurse improve detection of alcohol misuse in the emergency department?. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4): 340-348
  - Pancheri R. (2014) Direttore del Dipartimento Dipendenze APSS Trento, La rete ospedale - territorio: valore, limiti e bisogni
  - Patussi V. e Fanucchi T. (2014) Alcol e lavoro: norme e buona prassi, Centro Alcológico Regionale Toscano e Centro di Alcologia e Patologie correlate, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze
  - Peltzer K et al (2008) Evaluation of alcohol screening and brief intervention in routine practice of primary care nurses in Vhembedistrict, South Africa. *Croatian medical Journal*, 49 (3):392-401
  - Saiani L. e Brugnoli A. Trattato di cure infermieristiche (2011)
  - Scafato E., Patussi V. et al (2009), Guida utile all'identificazione e alla diagnosi dei problemi alcol-relati, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali
  - Scafato E., Alcol e giovani: I rischi e le tendenze, Istituto superiore di sanità
  - WHO, The alcohol use disorders identification test, guidelines for use in primary care, second edition.
  - Scafato E, Gandin C, Patussi V ed il gruppo di lavoro IPIB, Linea guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve (2010), traduzione e adattamento del testo prodotto nel 2005 dai membri del Progetto PHEPA (Primary Health Care European Project on Alcohol) cofinanziato dalla Commissione Europea e dal Dipartimento della Salute del Governo della Catalonia.
  - Surace M. (2015) I dati ISTAT sull'alcol in Italia, il POST
  - Tsai MC, Tsai YF, Hwang FM, Liu CY (2011) Effectiveness of a brief intervention for managing hazardous drinking problems of inpatients in Taiwan. *Journal of advanced nursing*, 67 (9): 2038-2046
  - Tsai YF1 et al (2010) Facilitators and barriers to intervening for problem alcohol use. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7):1459-68
  - Zena Hyman (2006) Brief interventions for high-risk drinkers. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1383-1396



# Percorso esperienziale di Formazione Infermieristica Multiculturale 2016



- Antonella Altieri  
IPASVI Varese
- Sandro Tangredi  
IPASVI Como

Il S. Luke Hospital è una struttura del CUAMM, associazione che opera in numerosi paesi africani, ed è situato nel distretto di Nebbi, Uganda del nord, a circa 400 chilometri da Kampala, la capitale.

È un ospedale missionario ormai gestito da laici: malaria, AIDS, piaghe, parassitosi e infezioni sempre presenti e in tempi recenti hanno anche affrontato e gestito una epidemia di colera.

I reparti:

- OPD (pronto soccorso e accettazione)
- Childrens ward
- Maternity
- Male ward
- Female ward
- Isolation ward

inoltre

- Sala operatoria
- Nutrition unit per i malnutriti/denutriti
- Dental clinic
- Laboratorio analisi cliniche e microbiologiche
- Radiologia

Da qualche anno è attivo il progetto "Percorso esperienziale di Formazione Infermieristica Multiculturale" portato avanti dai colleghi IPASVI di Varese, Como e Ancona in collaborazione con il CUAMM COMO, che consente a chi è interessato, di fare una esperienza presso l'ospedale S. Luke di Angal, Uganda.

Quest'anno vi abbiamo partecipato in 4:

- Barbara Favini  
IPASVI Varese
- Barbara Galli  
IPASVI Varese

È in atto da anni un processo di "africanizzazione", di passaggio della gestione clinica e amministrativa a personale locale. Ad oggi sono quattro i medici ugandesi che lavorano nella struttura, il personale infermieristico è tutto di locali e le suore comboniane, un tempo molto attive nella struttura, non sono più presenti. Il team management è interamente affidato a locali, sostenuti nel processo di passaggio dall'associazione Amici di Angal e dai molti volontari e professionisti che si alternano nella struttura.

In tre settimane, tempo della permanenza a Angal, è difficile conoscere e comprendere a fondo una realtà, la si legge con occhi non pronti né consapevoli della dimensione sociale e culturale. Si analizza piuttosto il proprio stato, le reazioni e azioni che si muovono in noi alla visione di questa o quella particolare situazione o caso.

## Il report

Si è concluso il periodo di permanenza ad Angal ed è

\* Infermieri IPASVI Como



Ivan



I bimbi di Omol

tempo di bilanci e riflessioni sull'esperienza. Il gruppo costituito da 4 infermieri che hanno aderito all'iniziativa proposta dai colleghi IPASVI di Como e di Varese ha portato a termine una serie di obiettivi minimi che alla partenza erano stati identificati:

- Sperimentare da osservatore la realtà ospedaliera di Angal, Uganda, gestita dal CUAMM medici con l'Africa: tale

il coinvolgimento e le necessità che quotidianamente si toccano con mano che non si riesce solo ad osservare, inevitabilmente si diventa subito operativi, si muovono mani ed emozioni. C'è molto da fare ma anche molto da cui stare attenti, qui l'HIV ha percentuali sulla popolazione tutta molto alta, i presidi che si utilizzano non sono certo equipa-



Sede del CUAMM a Kampala

rabili ai nostri e massima deve essere l'attenzione posta nel nostro agire. È Africa, le risorse sono poche e i problemi molti. Ad Angal il S. Luke hospital è una struttura non governativa e, seppur ai noi può apparire diversamente, di buona qualità. Vi si trovano competenza e farmaci, oltre alla solidarietà tipica di questo ospedale nato all'interno di un più ampio intervento missionario iniziato nei primi anni del secolo scorso ad opera dei comboniani. I finanziamenti sono garantiti per una buona parte dall'ass. Amici di Angal, per il resto dal governo, associazioni europee varie e proventi dall'attività ospedaliera stessa. Il distretto di Nebbi a cui Angal appartiene è caratterizzato da estrema povertà, qui si muore ancora per malnutrizione, vera disgrazia

e supplizio per chi malauguratamente nasce a queste latitudini. Ventri gonfi e magrezza estreme che non ci si abitua mai a guardarle, si inorridisce e lo stomaco si chiude. I bimbi di Angal. Molti, e prime vittime della povertà. Abbondano nelle corsie: oltre che della malnutrizione sono vittime della malaria, dell'anemia, di problemi bronco-polmonari e di ogni sorta di possibile infezione che seppur banale può diventare letale. Li trovi normalmente nel reparto pediatria, ma anche e spesso nei reparti per adulti, nella nutrizione unit, dove ai malnutriti con protocollate procedure di svezzamento si reinserisce una alimentazione corretta, e, naturalmente, in maternità. Numerosi anche lì, la media di figli per coppia in Uganda è di circa 6...



Il villaggio Omol

- Preparare un momento di scambio professionale, un incontro formativo, con i colleghi ugandesi. È stato scelto come tema da trattare “le infezioni ospedaliere” ed in particolare l’igiene delle mani come argomento per una riflessione più allargata sull’operato infermieristico. Documento di riferimento è stata la linea guida dell’OMS “WHO: Hand Hygiene in Health Care” da cui sono state estratte circa 30 slides, le più significative e semplici da illustrare: scopo, tecnica, qualche confronto con la realtà italiana ed in ultimo un riferimento ad un articolo scientifico ugandese sul tema delle infezioni ospedaliere e sul loro abbattimento grazie proprio al semplice lavaggio delle mani. Interessante sottolineare che nelle linee guida vi si trovano indicazioni

e raccomandazioni anche per strutture a “basse risorse”, quelle dei paesi in via di sviluppo, che non dispongono di quegli ausili e materiali che normalmente troviamo nelle realtà ospedaliere avanzate, ricche. Il confronto successivo ha affrontato il tema delle medicazioni e delle criticità che abbiamo rilevato dal quotidiano lavoro gomito a gomito: pulizia e disinfezione delle attrezzature, mantenimento di un setting “pulito” (evitare manovre contaminanti ed evidenziare i “clean movements”) ed in ultimo esecuzione corretta delle manovre di disinfezione delle lesioni e delle ferite chirurgiche. Contenuti semplici e apparentemente banali ma importanti per una realtà che si presenta dura, difficile, sia al punto di vista architet-

tonico che ambientale: interi padiglioni senza servizi igienici ed acqua con camere a 10 letti malridotte e poco illuminate... l’acqua (sia da bere che per lavarsi le mani) è presente in appositi e distinti contenitori che vengono quotidianamente riforniti... infermeria piccola e arredi vecchi e mal messi completano il quadro. Nel confronto abbiamo evidenziato come piccole modifiche e accorgimenti nell’agire infermieristico possono essere di notevole aiuto e ridurre l’incidenza delle infezioni: per esempio è stato fatto notare che chi svolge le medicazioni dovrebbe occuparsi solo di quello, garantendosi la massima pulizia possibile nei suoi movimenti, senza sporcarsi né contaminarsi e che le medicazioni pulite devono essere eseguite

per prima lasciando in ultimo le più impegnative e le infette. Queste indicazioni di facile intuizione ed applicazione sono state sicuramente capite e recepite, sulla loro applicazione si vedrà, avrebbero bisogno di un affiancamento che nel breve periodo del nostro soggiorno con è stato possibile garantire, né d’altronde era richiesto... ma qualche seme in più è stato lanciato.

Utilizzando criteri di analisi “nostri” stabiliremmo che il livello e le conoscenze professionali sono mediamente scarse (con qualche eccezione), che l’organizzazione del lavoro infermieristico e non necessita di maggior regia e guida e che gli staff necessitano di ulteriore formazione... tutto vero.

Eppure... in questa struttura di riferimento per una vasta area del nord Uganda (e spesso arrivano anche dal vicino Congo, francofono) viene erogata assistenza medico chirurgica che, valutata con indicatori di qualità locali modellati sulla realtà e sulle risorse tipiche di un paese in via di sviluppo, è considerata di eccellenza e dove, cosa questa di valore inestimabile, vengono salvate numerose vite Umane.

### Qualche stralcio dagli appunti di viaggio

24/10/2016 Siamo ad An-gal, quattro infermieri e due medici oltre una cooperante che è qui da un anno. È un ospedale mis-



**Donna ad un mercato di Kampala**

sionario ormai gestito da laici, loro sono comunque presenti per la comunità, messe etniche con folle. Tanta miseria intorno, vera, e tanti problemi, sanitari in testa. Malaria, AIDS e piaghe a gogò dovute alle infezioni più assurde...oggi un dito di una mano orrendamente piagato x una lisca di pesce che non era stata rimossa per tempo. Parassitosi e altre stranezze sempre presenti e a luglio hanno affrontato e gestito una epidemia di colera. Tre reparti pediatrici, in Uganda più del 50% della popolazione è minorenni ed è il paese africano con il più alta percentuale di orfani. Una intera generazione negli anni 90 è stata decimata dall'AIDS. Vivono prevalentemente in abitazioni tradizionali, capanne con il tetto di paglia, e campano di quel poco di agricoltura a bassa bassissima resa che riescono a fare. Il paesaggio è maestoso, terra di laghi e altopiani. Noi siamo a 1000 mt di altitudine e poco lontano da qui nasce il Nilo... Lo abbiamo attraversato nel viaggio di avvicinamento ad Angal... emozionante nella sua maestosità...

25/10/2016 Ieri mattina è morto un piccolo, forse un anno o poco meno la madre disperata fuori dall'ospedale che si dimenava e contorceva e urlava. Ho capito il tutto oggi... avevo interpretato diversamente quel pianto, non mi aveva minimamente sfiorato l'idea che fosse accaduto qualcosa di così terribile. Pare che accada di frequente, qui la mortalità infantile esiste ancora e il più delle volte legata a problemi di malnutrizione e infezioni. Un intero reparto è dedicato ai malnutriti: Bimbi piccoli con magrezza estreme e pance gonfie. Si muore di fame ancora oggi nei villaggi isolati. Qui ad Angal almeno questo non succede, la presenza dell'ospedale ha creato una piccola economia locale e gli abitanti nei paraggi sono in qualche modo assistiti dai missionari. Arrivano i malati anche da 30, 40 km di distanza e si rivolgono a questo ospedale perché quelli governativi non hanno mezzi e tutto è a pagamento...e non possono permetterselo. Pagano qualcosa anche qui, poco e a volte anche nulla, ma soprattutto trovano assi-

stenza e competenza.  
27/10/2016 Inizio il giro medicazioni in autonomia senza che nessuno mi affianchi, arriveranno... Amputazione alla coscia, intervento intestinale con diastasi della ferita e fuoriuscita di parte dell'intestino (!!)(invito il paziente, nel mio misero inglese, a comprimere la ferita quando tossisce per evitare la diastasi totale), dito mano per infezione da lisca di pesce, ferita al volto da incidente con boda-boda (moto in lingua locale) e in ultimo ferita su esterno piede estesa e purulenta, infetta. Mi sono trovato nelle stesse condizioni igieniche e assistenziali in cui lavorano i colleghi africani. Inutile dire lo sconforto, pur stando attento mi rendo conto di fare nulla se non addirittura danno. Nel mezzo della mattinata vedo un trambusto in cortile: stanno trasportando una morta con la moto... moto funeraria. Bloccata prima la sedia, seduta la morta avvolta in panni ed in ultimo bloccata con cinghie e spago in modo tale da fissarla rigidamente alla moto. Partenza e via...



**Joseph, 9 anni. Malnutrito, entra x anemia. 3,2 hb, dimesso dopo 2 trasfusioni con 7,4hb.**

scena da film. Fantasy. Per oggi basta. Vado a casa.

02/11/2016 Qui giorni pieni di attività e impegni. Continuo ad andare in reparto dove in questi giorni ho principalmente eseguito medicazioni, le più inusuali per me: tre fishermen, uno con un dito e parte della mano mangiata da un cocodrillo, gli altri con caverne da pregresso ascesso di dimensioni spaventose. Seguo anche i bambini ricoverati nel reparto adulti, mi occupo del cibo, food,



**Pietro, 85 anni, più di 30 figli e la moglie.**



**Cocrodile man. Pescatore. Dito della mano mangiato da un enorme cocodrillo. Scampato a morte certa.**

che manca sempre. Inizialmente lo procuro alla nutrition unit e quando stanno un po' meglio usciamo a fare acquisti insieme alle "bancarelle" fuori dall'ospedale dove le donne vendono dolci artigianali, chapati, pannocchie di mais abbrustolite e le onnipresenti banane ...e gli occhi si sgranano alla vista di così tante buone cose. Sono timidi, hanno un timore che si supera solo nei giorni, conoscendosi. Da una serietà terribilmente triste si passa così a qualche sorriso, qualche sguardo timido e curioso

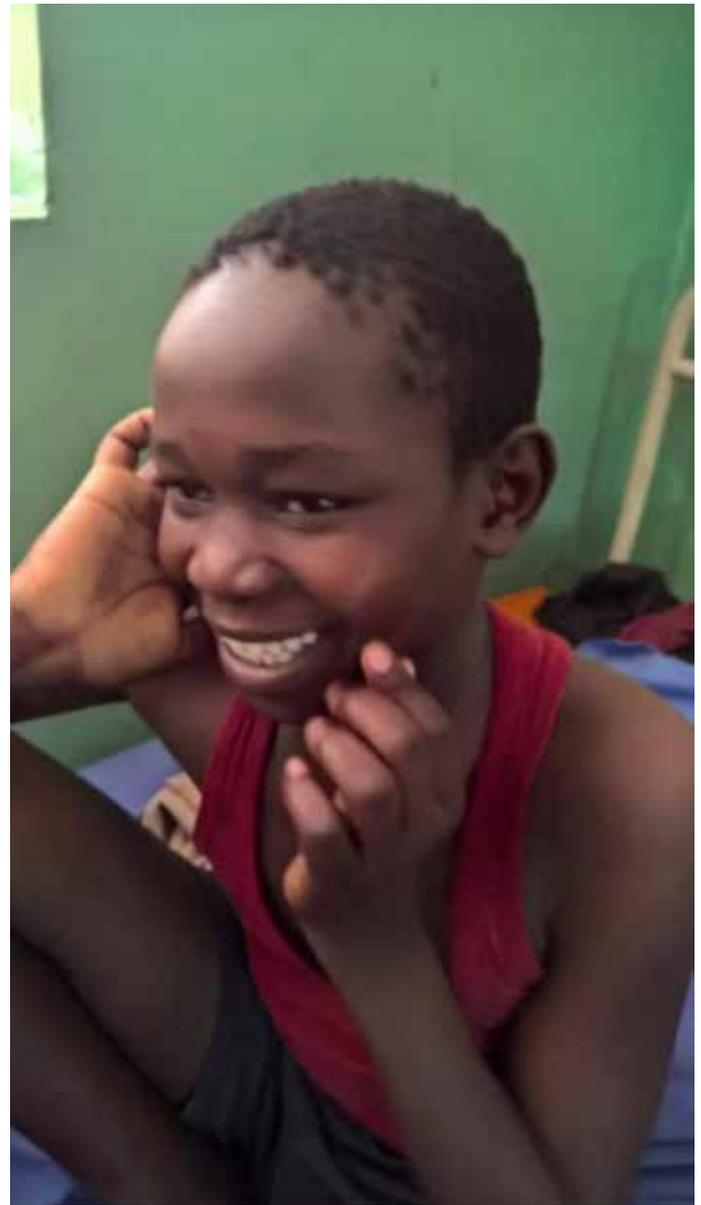
nello stesso tempo. Sono soli, i familiari sono probabilmente impegnati con gli altri figli e loro passano la giornata immobili a letto, timorosi dell'ambiente. Nei giorni scorsi ho fatto vedere loro, sono 3 Aron Sovan e Joseph, un film sul computer. Avresti dovuto vedere lo sguardo di meraviglia ...penso fosse la prima volta che vedevano un documentario... A bocca aperta!!

05/11/2016 Stasera è morto il bambino con il tetano. È rimasto per 3 giorni in stato comatoso, accudito giorno e notte dai suoi parenti, madre in primis. Lui denutrito, molto. Tristezza. Ma nonostante le tragedie che quotidianamente qui si consumano la voglia di stare insieme, cantare e scherzare non manca. Anche oggi. La costante nelle esperienze a queste latitudini.

11/11/2016 È terminato questo intenso periodo a Angal. Sono contento degli incontri fatti e del tempo condiviso con i colleghi. Tre settimane non sono molte ma sufficienti per conoscersi più in profondità, apprezzarci e supportarci per superare anche i momenti no. Conserverò con affetto il ricordo di questo tempo.



**Le colleghe Dorina e Caroline**



**Aron. Brutta infezione al piede, ricoverato da più di un mese, in lenta guarigione.**



**Camera per singoli 10!!!**

# IPASVI PER I MIGRANTI

Un gruppo di infermieri da luglio 2016 a tutt'oggi è impegnato nel dare assistenza alla comunità migrante che si è stabilita a Como. Senza entrare nel merito delle politiche locali e globali che hanno determinato tale situazione, gli infermieri hanno contribuito con alcune forze cittadine a promuovere e garantire un ambiente rispettoso dei diritti della popolazione in marcia. Obiettivo di questo documento, frutto di più incontri e confronti, è raggiungere tutti gli infermieri coinvolti in questa iniziativa per restituire loro una panoramica delle attività svolte e una riflessione "motivazionale".

“Il rispetto dei diritti dell'uomo, compresi i diritti culturali, il diritto alla vita, alla dignità e a essere trattati con rispetto, fanno parte integrante dell'assistenza infermieristica.”  
(dall'International Council of Nurses)



La città di Como dal luglio 2016 è stata raggiunta, come altre zone calde di transito, dai migranti in marcia verso i paesi del nord Europa.

Il blocco esercitato al confine ha costretto la comunità migrante ad accamparsi in città. La stazione San Giovanni è così diventata il luogo di vita di queste persone: vita che necessitava di cibo, assistenza sanitaria e supporto giuridico. Forze cittadine da sempre impegnate nel campo del volontariato si sono attivate per soddisfare i bisogni primari in attesa di strutturati interventi istituzionali.

L'iniziale presenza di infermieri nel gruppo di volontari della città ha portato

al coinvolgimento del collegio IPASVI, che ha garantito un supporto logistico e di coordinamento, estendendo l'iniziativa ad altri iscritti che hanno risposto numerosi all'appello. Il 6 agosto viene istituito l'Ambulatorio Sanitario Mobile presso la stazione San Giovanni, frutto dell'unione di ATS, CRI, ASST Lariana, Ordine dei medici, Federfarma, Collegio IPASVI e Collegio delle Ostetriche. A fine settembre, a seguito dell'iniziativa assunta dal prefetto, nasce il Centro di Transito Governativo in via Regina Teodolinda, in cui viene trasferito anche l'ambulatorio.

La straordinarietà dell'evento e la pronta risposta alla chiamata civile ha per-

messo a molti infermieri di sperimentare e apprezzare il lavoro in sinergia con le altre realtà volontaristiche, sanitarie e non, che si occupano del fenomeno "migrazione" e conoscere sul campo, in presa diretta, le innumerevoli problematiche di natura sanitaria, sociale e giuridica.

Le prestazioni infermieristiche svolte in questo periodo al Presidio Sanitario Mobile e al campo governativo sono sovrapponibili

a quelle che quotidianamente l'infermiere compie in ambito preventivo, educativo e di cura.

L'approccio solidale e la presenza continua sono elementi che hanno creato un rapporto di fiducia con la popolazione migrante e con le altre realtà solidali cittadine in campo, quali, ad esempio, i volontari della mensa di Sant'Eusebio, del Centro Servizi del Volontariato, della comunità di don Giusto Della Valle a

Rebbio, Don Roberto Malgesini della Caritas e Medici Senza Frontiere.

Infine: l'esperienza ha dato luogo ad una importante crescita personale/professionale e donato a molti di noi un appagante senso di appartenenza ad una comunità attiva e militante nel campo dei diritti umani. Hanno partecipato all'iniziativa più di 100 infermieri. Oltre agli iscritti di Como hanno collaborato alcuni colleghi del collegio di Mi-

lano e di Varese, nonché colleghe che esercitano anche in ambito ostetrico.

Sono stati pianificati e svolti dal 6 agosto al 31 dicembre 2016 643 turni di due ore ciascuno.

Attualmente sono 72 gli infermieri impegnati nel garantire il funzionamento su base volontaria dell'ambulatorio medico-infermieristico del campo governativo.

Como, 10 gennaio 2017

Documento elaborato da:

- Paola Pozzi
- Maria Luisa Bianchi
- Giulia Bortolami
- Enkela Myftaraj
- Ardulia Cerutti
- Isa Cazzulati
- Simona Boka
- Patrizia Lissi
- Mariangela Longaretti
- Grazia Buono
- Sandro Tangredi

# Esserci quando è il momento e non quando avete un momento: è qui la differenza

La significativa frase scelta come titolo di questo articolo, richiama un messaggio appeso sulla parete di uno degli uffici della DAPS (Direzione Aziendale Professioni Sanitarie) presso l'ASST-Iariana a San Fermo presso la quale ho effettuato un breve periodo di tirocinio per completare il percorso del master di ricerca ed *evidence based nursing* dell'Università degli Studi di Pavia.

La scelta di effettuare il tirocinio presso questa sede è stata consapevole e dettata dalla volontà di analizzare alcuni aspetti legati all'ambito della ricerca all'interno una struttura di modeste dimensioni e che si distaccasse dalla realtà di un IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico).

Lo aveva anticipatamente compreso Socrate affermando che "una vita senza ricerca non è degna di essere vissuta" L'appello che

"ogni infermiere deve avere sufficiente cura della propria pratica da voler essere sicuro sia basata sulle migliori informazioni possibili" non è nuovo, risale a circa 20 anni fa (Robb, 2004); Le decisioni e le scelte che gli infermieri si trovano quotidianamente a prendere nelle realtà operative, nel loro agire professionale, oggi devono necessariamente ed inevitabilmente riferirsi alle migliori prove di efficacia esistenti all'interno dei risultati di ricerca, senza tralasciare la competenza del professionista, le risorse disponibili e i valori delle persone assistite (EVIDENCE BASED PRACTICE).

Spesso siamo abituati a pensare al mondo della ricerca come qualcosa di legato esclusivamente ai grandi centri specializzati nella cura di patologie ignorando tutto il lavoro svolto dai centri ospedalieri di dimensioni inferiori.

Grazie a questa esperienza formativa è stato possibile osservare e analizzare il contributo offerto da tutti coloro che quotidianamente mettono in atto il proprio agire professionale per favorire lo sviluppo e il miglioramento della propria realtà professionale. Inoltre, è stato possibile individuare gli strumenti a disposizione del professionista individuati dagli autori per valorizzare e potenziare il proprio ruolo, a qualsiasi livello si trovi ad agire.

In particolare durante il percorso formativo si è potuto sfruttare l'opportunità di affiancare due figure professionali di importante rilievo: il collaboratore professionale sanitario esperto si occupa della promozione,

gestione e monitoraggio di progetti per la qualità dell'assistenza infermieristica, della collaborazione nella progettazione e monitoraggio dei progetti relativi alle infezioni correlate all'assistenza, del coordinamento di progetti degli studenti dei master di primo e secondo livello e di attività di formazione e docenza.

Entrando nel dettaglio, nel corso dell'esperienza formativa svolta, è stato possibile assistere e collaborare allo studio di tipo osservazionale, prospettico, progettato con lo scopo di stimare l'incidenza di



infezioni delle vie urinarie correlate a cateterizzazione di pazienti ortopedici trasferiti in riabilitazione attraverso la compilazione di un'apposita scheda realizzata con la finalità di registrare da parte dei professionisti coinvolti nello studio, i dati di interesse epidemiologico; lo studio avrà una durata di sei mesi ed è in fase sperimentale. Il responsabile infermieristico dello sviluppo scientifico e ricerca è la seconda figura affiancata durante il periodo di tirocinio, la quale si occupa del coordinamento di gruppi finalizzati alla stesura di linee guida, protocolli e procedure diretti a uniformare e migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica attraverso studi che consentono di effettuare scelte assistenziali basate su prove di efficacia validate; inoltre propone e partecipa alla realizzazione di progetti di ricerca in ambito assistenziale attraverso la rilevazione degli indicatori assistenziali (outcomes) e sulla base delle criticità riscontrate, individua le strategie di intervento opportune.

Le attività svolte a fianco del responsabile scientifico hanno riguardato, in particolare, la rilevazione di indicatori della qualità assistenziale significativi attraverso la revisione retrospettiva e la conseguente progettazione di interventi atti al miglioramento in base alle criticità rilevate tramite la raccolta dei dati; inoltre, è stato possibile assistere alla progettazione della formazione infermieristica trasversale e alla collaborazione con i responsabili di area per iniziative formative mirate. Particolarmente significativa è stata l'esperienza di collaborazione per la progettazione di alcuni corsi sulla base di singole problematiche rilevate e di consulenze effettuate all'interno delle singole realtà operative come la gestione e monitoraggio delle lesioni da pressione. Altro aspetto interessante è risultato essere quello legato al coordinamento del PICC team attraverso il reclutamento e la formazione di nuovi infermieri e la sperimentazione di nuovi

presidi utilizzati in ambito assistenziale con la relativa valutazione degli stessi. Oltre alle attività con finalità di ricerca svolte dalle figure appartenenti alla DAPS, durante il periodo di tirocinio è stato possibile osservare il lavoro svolto da tutti i professionisti infermieri che direttamente o indirettamente nel proprio agire professionale quotidiano, impegnano i propri sforzi per favorire la diffusione di una pratica basata sulle evidenze scientifiche con lo scopo di raggiungere un livello di assistenza di qualità. Sono numerosi gli infermieri che all'interno dell'ASST-lariana collaborano per promuovere lo sviluppo della ricerca partecipando a gruppi di lavoro come ad esempio il PICC-team o il gruppo di ricerca che in collaborazione con gli infermieri del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere), si stanno occupando dello studio legato alle infezioni delle vie urinarie rendendo così visibile l'agire professionale infermieristico.

Le scienze infermieristiche sono una disciplina in continua evoluzione e al pari di tutte le altre scienze necessita di una revisione continua per garantire una pratica clinica assistenziale sicura ed efficace. In questo continuum gli infermieri, si possono collocare in diversi momenti: nel contribuire allo sviluppo di un'idea che il più delle volte può scaturire dalla pratica clinica, nella raccolta dei dati utili alla ricerca, o anche nel favorire la partecipazione degli assistiti ad una ricerca, informandoli in modo eticamente corretto ed adeguato, o nel cercare di risolvere un problema clinico cercando le evidenze in letteratura, o anche discutendo le implicazioni dei risultati di uno studio sulla pratica clinica. In conclusione, questa esperienza ha rappresentato un valido stimolo per il sostegno allo sviluppo di un indispensabile sapere e alle modalità esistenti per realizzarlo a tutti i livelli di professionalità, come a dire: "si può fare" e "si può fare bene".





COLLEGI LOMBARDI



PROVINCE DI BERGAMO, BRESCIA, COMO, CREMONA, LECCO, MANTOVA, MILANO-LODI-MONZA-BRIANZA, PAVIA, SONDRIO, VARESE

## **IPASVI - Province della Lombardia**

### **Innovazione e sviluppo della professione infermieristica**

#### **Resoconto attività 2016**

Il progetto in oggetto, ha avuto inizio nel 2016, per concretizzare una scelta strategica della comunità infermieristica lombarda: svolgere, con il diretto coinvolgimento degli organi di rappresentanza della professione, un'azione di stimolo, di proposta e di sostegno all'innovazione, nel complesso e delicato processo di implementazione della riforma del sistema socio sanitario regionale.

La strategia che si è deciso di perseguire è declinata nelle seguenti linee di attività:

- proporre un proprio “punto di vista” sorretto da una “visione di alto profilo”;
- proporre indicazioni e suggerimenti nella fase del concreto avvio della riforma, dopo un'attenta analisi dello scenario e delle dinamiche presenti nel sistema delle aziende;
- presentare proposte innovative, comprensive di possibili soluzioni di taglio operativo;
- sostenere sperimentazioni mirate in alcune aree di particolare importanza per il sistema socio sanitario e per la professione;
- monitorare costantemente lo stato di attuazione della riforma, con la costruzione di un insieme di indicatori;
- valutare i risultati raggiunti, in una prospettiva multi dimensionale.

Questa azione strategica, che si colloca in un orizzonte pluriennale ed è finalizzata alla qualificazione del sistema socio sanitario, in relazione ai bisogni della popolazione lombarda e allo sviluppo della professione infermieristica, si è declinata nel 2016 attraverso le azioni riportate nel seguito del documento.

L'intento principale dell'Osservatorio Permanente è quello di promuovere, sostenere, innovare, monitorare e valutare il processo di attuazione della riforma, puntando, ove possibile, all'attivazione e al sostegno di importanti iniziative di carattere sperimentale.

All'inizio del progetto l'Osservatorio, la comunità infermieristica lombarda ha individuato quattro aree di intervento che si ritengono prioritarie, per i seguenti motivi:

- risultano molto innovative, rispetto al sistema precedente;
- sono determinanti nel processo di implementazione della riforma;
- sono ambiti dove la professione può offrire un importante contributo, anche in chiave di innovazione, a servizio della popolazione e della comunità;
- si connotano come interessanti opportunità per la professione.

Le quattro aree su cui dedicare, in una prima fase, particolare attenzione erano state così identificate:

- la Direzione delle Professioni Sanitarie;
- il Servizio dell'infermiere di famiglia;
- il ruolo dell'infermiere nei POT e nei PreSST;
- il ruolo degli infermieri nelle UCCP.

Durante la prima parte del 2016, le quattro aree sono state ridiscusse e si è arrivati alla nuova individuazione delle seguenti aree:

- Il ruolo dell'infermiere nella sperimentazione della "Porta dell'emergenza";
- Il servizio dell'infermiere di famiglia;
- Il ruolo dell'infermiere nei POT e nei PRESST, contribuendo alla costruzione del nuovo disegno organizzativo.

Il Laboratorio sta svolgendo un'intensa attività di formazione e tutorship, rivolta ai componenti dell'Osservatorio, con l'obiettivo di sviluppare competenze strategiche, organizzative e metodologiche per costruire una squadra di professionisti capace di realizzare tutti gli obiettivi dell'Osservatorio, in stretta sintonia con gli organi di rappresentanza della professione, e di promuovere, affiancare e sostenere le molteplici iniziative che possono contribuire ad una efficace implementazione della riforma lombarda, apportando i necessari aggiustamenti di percorso, in sintonia con le indicazioni e i suggerimenti dei Presidenti dei collegi Ipasvi, nel ruolo di committenti.

Per il periodo di attività interessato dalle due linee progettuali 2016 – primo semestre 2018 (in seguito: 2016 – 2018), si prevede, come di seguito specificato, l'attivazione di due organi, che dovranno operare in stretta sintonia, con il costante supporto del team SDA:

- una cabina di regia con funzione di indirizzo e orientamento strategico, composta dai Presidenti dei Collegi IPASVI lombardi;
- un gruppo di professionisti, a composizione variabile, in relazione agli obiettivi, alle linee di attività da promuovere, sostenere, monitorare e valutare nelle due linee progettuali, tra loro interconnesse: Laboratorio e Sperimentazioni.

In particolare, gli obiettivi della collaborazione tra i Collegi IPASVI lombardi e SDA Bocconi possono essere così riassunti:

- fornire modelli concettuali utili alla individuazione e classificazione degli spazi di azione e delle potenzialità che la riforma offre all'infermieristica, valorizzando tutte le opportunità organizzative, con particolare attenzione al sistema dei ruoli e delle responsabilità;
- sviluppare competenze per saper definire, approfondire e condividere visioni e chiavi interpretative al fine di affrontare le questioni individuate con un linguaggio omogeneo, dando la necessaria "coralità" alla voce della professione;
- saper identificare possibili soluzioni da promuovere e diffondere, anche con diverse declinazioni operative, pur all'interno di un quadro di riferimento concettuale unitario;
- saper promuovere, attivare, implementare e monitorare sperimentazioni in coerenza con alcune indicazioni predefinite (obiettivi, contenuti, metodologia, indicatori, etc.) per renderle leggibili e reciprocamente confrontabili;
- proporre e condividere una mappa concettuale per individuare le best-practices che possano fornire indicazioni utili e potenzialmente trasferibili;
- proporre modelli concettuali per poter effettuare un confronto strutturato nel tempo tra le diverse esperienze e le innovazioni implementate in ambito aziendale;
- costruire, in modo condiviso, un "portafoglio delle competenze" professionali e di leadership da sviluppare e consolidare per rispondere alle nuove sfide e assumere ruoli potenzialmente contendibili;

- sostenere, accompagnare e qualificare le molteplici iniziative che la Regione Lombardia e gli erogatori accreditati e/o a contratto (Pubblici e privati) stanno attivando nelle diverse articolazioni del territorio e in relazione ai differenti target di cittadini/utenti;
- rafforzare le capacità negoziali della professione e contribuire alla formazione e allo sviluppo della rappresentanza professionale.

Il percorso di formazione e affiancamento continuerà, per il 2017 e per il primo semestre del 2018, vuole rappresentare un'occasione per lavorare lungo due direzioni:

1. costruire un'impalcatura concettuale omogenea e condivisa (il messaggio);
2. lavorare per la formazione di un qualificato team di professionisti (i messaggeri) capaci di proporre e sostenere la "nuova visione" e di diffonderla in tutta la professione.

## I Collegi coinvolti

- IPASVI Bergamo
- IPASVI Brescia
- IPASVI Como
- IPASVI Cremona
- IPASVI Lecco
- IPASVI Mantova
- IPASVI Milano - Lodi - Monza e Brianza
- IPASVI Pavia
- IPASVI Sondrio
- IPASVI Varese.

Dopo una preventiva azione finalizzata alla condivisione del modello concettuale e una puntuale definizione dei contenuti e della metodologia, il progetto ha previsto l'inizio di un'azione di formazione e affiancamento dei Collegi partecipanti, attuato da SDA Bocconi, con lo scopo di definire gli obiettivi, i criteri e gli assi portanti per la concreta attivazione di sperimentazioni su temi prioritari per la professione, tenendo conto delle indicazioni fornite dall'attività di analisi dello scenario e delle dinamiche presenti nel sistema delle aziende fatta all'interno del Laboratorio.

Nell'individuazione delle aree di possibile sperimentazione particolare attenzione è stata dedicata alle opportunità offerte dalla riforma, tenendo conto delle disponibilità delle aziende e delle esperienze sul campo già avviate.

Nelle due linee progettuali un ruolo importante è svolto da un gruppo di professionisti, individuato dai Presidenti dei Collegi, e impegnato a sviluppare progettualità nelle aree prima specificate, dopo una prima rimodulazione condivisa con la i Presidenti dei Collegi Ipasvi:

- Il ruolo dell'infermiere nella sperimentazione della "Porta dell'emergenza";
- Il servizio dell'infermiere di famiglia;
- Il ruolo dell'infermiere nei POT e nei PRESST, contribuendo alla costruzione del nuovo disegno organizzativo.

La scelta fatta risulta coerente con gli obiettivi del progetto, poiché si tratta di ambiti di progettazione organizzativa che offrono interessanti opportunità per la professione e che si caratterizzano come elementi di forte innovazione all'interno della riforma lombarda.

Per ciascuna delle sperimentazioni si sta proseguendo con la costruzione di un "canovaccio metodologico" in grado di rappresentare un quadro di riferimento concettuale e una sintetica "guida operativa" capace di rappresentare un punto di riferimento per tutti gli attori coinvolti e in grado di accompagnare il percorso della sperimentazione.

In questo ambito si sta definendo un sistema di monitoraggio anche attraverso la definizione di indicatori che consentano la valutazione delle sperimentazioni stesse.

Di seguito gli incontri e quanto è stato fatto nel 2016.

### **Incontri plenaria 2016**

- 12 febbraio 2016: incontro per l'individuazione di possibili criteri operativi per un'attività di progettazione organizzativa all'interno di quattro aree:
  - la Direzione delle Professioni Sanitarie
  - l'infermiere di famiglia
  - il ruolo dell'infermiere nei POT e nei PreSST
  - il ruolo degli infermieri nelle UCCP.

Redazione e invio ai Presidenti di un documento con la specificazione di un mix di possibili criteri progettuali in relazione alle quattro aree.

- 6 aprile 2016: incontro di avvio del Laboratorio costituito con i Collegi IPASVI delle province lombarde e SDA Bocconi.
- 4 maggio 2016: presentazione e discussione dei lavori delle innovazioni relative ai 4 gruppi di lavoro: infermiere di famiglia, PRESST, POT, Porta dell'emergenza.
- 7 giugno 2016: incontro con Presidenti IPASVI per allineamento sui lavori del laboratorio e sul lavoro dei 4 gruppi.
- 15 luglio 2016: incontro con Presidenti per aggiornamento lavori del laboratorio.
- 29 luglio 2016: incontro con i Presidenti per programmazione dei lavori dopo la pausa estiva e per l'identificazione delle aree su cui individuare, promuovere e sostenere l'innovazione.
- 22 settembre 2016: Avvio dei lavori dei quattro gruppi individuati. Pomeriggio letterario relativo a "Le strutture fisiche nelle terre di mezzo".

### **Incontri gruppi di lavoro 2016**

#### **Gruppo: Infermiere di famiglia**

- 22 settembre 2016: inizio dei lavori e definizione degli obiettivi.
- 15 novembre 2016: discussione del documento in bozza, scritto in accordo tra i vari collegi,

relativo alla definizione condivisa di “Infermiere di famiglia”. Discussione e definizione della “rete” in cui l’infermiere di famiglia opera e di cui si avvale per gestire le proprie attività al meglio.

- 19 dicembre 2016: discussione e definizione del documento prodotto con approfondimento della legislazione relativa all’infermiere di famiglia.

#### STEP SUCCESSIVI

Formalizzazione del documento relativo all’infermiere di famiglia.

Definizione di una serie di indicatori per la valutazione e il monitoraggio dei progetti relativi agli infermieri di famiglia.

Approfondimenti vari ed eventuali a seconda delle esigenze dei progetti attivi o in fieri nei vari collegi.

#### **Gruppo: PreSST – POT**

- 22 settembre 2016: inizio dei lavori, definizione dei macro-obiettivi, in particolare:
  - il censimento dell’esistente e della sua evoluzione;
  - predisporre una metodologia per affiancare e qualificare il processo di progettazione;
  - proporre una ipotesi di modello concettuale aperto per classificare, mappare e confrontare le innovazioni afferenti all’“area PreSST” e POT
- 8 novembre: declinazione delle principali linee di azione, in particolare:
  - Fare un censimento delle innovazioni, con la diretta partecipazione delle aziende socio sanitarie pubbliche e private.
  - Accompagnare l’innovazione.
  - Mettere in rete le sperimentazioni in atto proponendo possibili integrazioni tra le diverse sperimentazione.
  - Offrire visibilità sociale e pubblica alle innovazioni.
  - Metter a fuoco il ruolo della professione infermieristica nei PreSST che si stanno attivando, tenendo conto di un modello a tendere.
- 16 Dicembre: le linee operative e le attività:
  - Individuazione dei tratti distintivi che devono essere presenti nelle sperimentazioni da analizzare, funzionali allo sviluppo della professione infermieristica.

Inoltre si sono assunte due decisioni:

- Invio lettera a Giovanni Daverio (DG Welfare) per offrire la nostra disponibilità a collaborare con il team incaricato dalla regione a definire le nuove regole, con l’obiettivo di offrire un contributo alla costruzione delle Linee guida PreSST.
- Invio lettera, firmata da SDA e IPASVI, ad aziende sociosanitarie pubbliche e private, associazioni no-profit, fondazioni, per un censimento selezionato delle innovazioni attivate ascrivibili all’area PreSST e POT
- 10 Gennaio 2017: riunione gruppo ristretto per:
  - Validazione lettera a Giovanni Daverio (DG Welfare).
  - Validazione lettera per aziende sociosanitarie pubbliche e private, associazioni non profit, fondazioni, per un censimento selezionato delle innovazioni.

- Validazione bozza contenente i tratti distintivi che devono essere presenti nelle sperimentazioni da analizzare, funzionali allo sviluppo della professione infermieristica.

### **STEP SUCCESSIVI**

Invio lettere con azioni di sostegno diretto e indiretto.

Specificazione puntuale dei sei indicatori di qualità, di seguito riportati, che devono caratterizzare le sperimentazioni:

1. Attivazione e gestione di una «Presenza in carico e valutazione multidimensionale», nella logica del «prendersi cura» e della «medicina di iniziativa», con meccanismi e strumenti dedicati (UVD).
2. Presenza di una «Progettualità multidimensionale e interdisciplinare», focalizzata sui bisogni del paziente, inserito nel suo tessuto familiare sociale.
3. Presenza e concreta applicazione di strumenti di gestione, monitoraggio e valutazione del paziente, in una logica di continuità (PAI).
4. Presenza codificata e concreta attivazione di alcuni ruoli organizzativi di coordinamento interdisciplinare (Case o Care manager).
5. La concreta attivazione di meccanismi organizzativi e procedurali di accompagnamento, facilitazione e di costante tracciatura e monitoraggio delle attività previste dal PAI, per verificare la compliance e il rispetto dei percorsi predefiniti (Centro Servizi e procedure correlate).
6. Presenza riconosciuta e validata, all'interno delle innovazioni proposte, di posizioni organizzative, di ruoli di coordinamento organizzativo e professionale e di direzione attribuite ed effettivamente svolte dagli infermieri.

Avvio di azioni concrete lungo due direzioni:

Promuovere interventi e azioni per partecipare alle più qualificate progettualità che si sviluppano in ambito regionale ascrivibili all'area PreSST e POT.

Raccogliere e censire le progettualità espresse dalle aziende pubbliche e private.

Definire azioni operative per promuovere, sostenere e valorizzare progetti innovativi riguardanti l'area PreSST e POT.

### **Gruppo: Porta dell'emergenza**

- 22 settembre 2016: Inizio dei lavori e definizione degli obiettivi, del metodo di lavoro e delle principali criticità da considerare.
- 19 ottobre 2016: Declinazione delle principali attività della fase di analisi del problema, in particolare:
  - Mappatura dello stato dell'arte nei PS della Regione Lombardia con riferimento alla presenza di protocolli e di meccanismi di verifica dell'applicazione dei protocolli;
  - Analisi documentale a livello Regionale e Nazionale.
- 14 novembre 2016: Mappatura dello stato dell'arte nei PS della Regione Lombardia con riferimento alla presenza di protocolli e di meccanismi di verifica dell'applicazione dei protocolli, in particolare:
  - Identificazione dei PS su cui condurre l'analisi;
  - Suddivisione delle aree su condurre le interviste con il questionario;
  - Definizione di una bozza di una griglia di questionario da testare in ogni provincia.

- 01 dicembre 2016: Mappatura dello stato dell'arte nei PS della Regione Lombardia con riferimento alla presenza di protocolli e di meccanismi di verifica dell'applicazione dei protocolli, in particolare:
  - Licenziamento della griglia di questionario, modificata sulla base dei test condotti;
  - Definizione del rationale da inviare alle Direzioni Generali aziendali a cura dei Presidenti dei Collegi IPASVI.
  - Le interviste sono previste nel periodo tra il 10.01.2017 e il 24.01.17. Per il Collegio Ipasvi di Lecco, non rappresentato nel gruppo di lavoro, sarà la Presidente stessa a condurre le interviste e ad inviare al Gruppo il report entro il 24.01.17 per poter procedere con i lavori.
  - I dati da chiedere in regione per i pronto soccorsi che parteciperanno alla sperimentazione saranno oggetto di riflessione nel prossimo incontro (25.01.17).

## ENTRANO A FAR PARTE DEL NOSTRO COLLEGIO

### INFERMIERI

BONACINA	GIUSEPPINA
DASCALU	ALINA ANDREEA
DESORMEAUX	CHARLOTTE MARION
LEONE	MARIANNA
PERIN	LORENA
RENDA	MARIA
SAIBENI	VIRGINIA ANDREA
ZUCCHETTI	FRANCA
CAMAGNI	LAURA
CAPSONI	VICTORIA
FIORI	SILVIA
GIORATO	NICOLO'
OLIVEIRA LOPES TAVARES	SAMUEL FILIPE
RICCI	FRANCESCA
SALVIONI	SOFIA

## ARRIVANO DA ALTRI COLLEGI

### INFERMIERI

BASILE	ANGELO
ELZI	ELENA
REBOSIO	ELISA
FONTANA	GIULIANA
LUONGO	NATALE

## HANNO CESSATO LA LORO ATTIVITÀ

### INFERMIERI

BIANCHI	ROBERTO
BONAFINI	MASSIMO
CAPPATO	MARIA DOLORES
CELLURA	ANGELO
CERATI	AGNESE
CHIRIATTI	AGOSTINO
CISARI	MARIA MARISA
COLAIANNI	PASQUALE
DETTORI	FRANCESCO
FERRAROLI	LODOVICA
MERCANTI	VINCENZA
NICOLINI	ENRICA
NOSEDA	LIDIA
PALLIMULLE HEWA GEEGANAGE	LINOKA HANSI RASHOMANI
RISTAINO	ANNA
SAVOLDELLI	MARCO
SILVA	VIVIANA
TETTAMANTI	VIVIANA RACHELE
TOTIS	ROMANA
ZATTI	SILVIA

### ASSITENTI SANITARI

NOSEDA	SILVIA
--------	--------

## SI SONO TRASFERITI

### INFERMIERI

MIHAI	GEORGETA VIOLETA
VALENTINO	PAOLA

## DECEDUTI

### INFERMIERI

CAVALLERI	SILVIO
-----------	--------

## MOROSITÀ

### INFERMIERI

ARGENTINI	JACOPO
BALDUCCI	MANUELA
BIANCHI	FRANCESCA
BORRONI	OTTAVIA
CALI'	CATERINA
DESSI'	CARLA
GAZZOLA	GABRIELLA
GRAMEGNA	LUIGIA
ION	ELENA DIANA
MATORDES	CLAUDIA
MORANDI	GIUSEPPINA
PERLINI	PAOLA
PIGLIAPPOCHI	ERICA
PORTELLA	TERESA
SALA	ANTONELLA
TORRE	FRANCESCO

### INFERMIERI PEDIATRICI

MARELLI	LORETTA
---------	---------

## MOROSITÀ E TRASFERIMENTO ALL'ESTERO

### INFERMIERI

FOKANA DJIOGUIM	PASCAL BLAISE
-----------------	---------------

## MOROSITÀ E IRREPERIBILITÀ

### INFERMIERI

ANCUTA	PATRU
CUDRICI	OANA
LACHHEB	SAMIA
LONLA KENGNE	OLIVIER CLOVIS
MOLINARI	ONORINA
PARASSERIL	JOBY LUCKOSE
PELOSI	PAOLA MINCIOTTI
PURCARIU	ANISOARA
QUISPE LLACTAHUAMAN	IRMA SARA
SOVLJANSKI	ZIVANKA
TIPLEA	RODICA
VICENTE MAMANI	CELIA
VIGLIAROLO	MARIO

# SCHEDA DI CANDIDATURA PER RINNOVO CARICHE TRIENNIO 2018/2020

COGNOME

NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

ISCRITTO AL COLLEGIO IPASVI DI COMO DAL  AL NUMERO

QUALIFICA:  INF.  AS  VI/INF.PED.

SEDE DI LAVORO

RECAPITO TELEFONICO

e-mail

ESPERIENZE PROFESSIONALI E/O FORMATIVE SIGNIFICATIVE

SPECIFICARE SE INTENDE CANDIDARSI NEL:

CONSIGLIO DIRETTIVO

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Firma \_\_\_\_\_

INVIARE LA SCHEDA A:  
COLLEGIO IPASVI VIALE C. BATTISTI, 8 - 22100 COMO  
TEL.031/300218 - FAX. 031/262538  
E-mail: [info@ipasvicomo.it](mailto:info@ipasvicomo.it) - [pec.como@ipasvi.legalmail.it](mailto:pec.como@ipasvi.legalmail.it)

## INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La informiamo che, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche e integrazioni, i dati e le informazioni richieste verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuale ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti il rinnovo delle cariche nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

Il titolare del trattamento è il Collegio IPASVI di Como, viale C.Battisti,8. Il responsabile del trattamento è il presidente pro-tempore dell'Ente.

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.lgs n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente autorizza il trattamento dei dati personali.

Data

Firma \_\_\_\_\_