

# Infermieri NOTIZIE DALL'OPI VICENZA Informati

## EDITORIALE

Codice Deontologico 2019:  
un Vademecum  
“degli infermieri per gli infermieri”

## FORMAZIONE

Gli indicatori in Sanità in "Pillole"

L'Health Literacy  
passa anche dal web:  
Il ruolo educativo dell'infermiere

## APPROFONDIMENTI

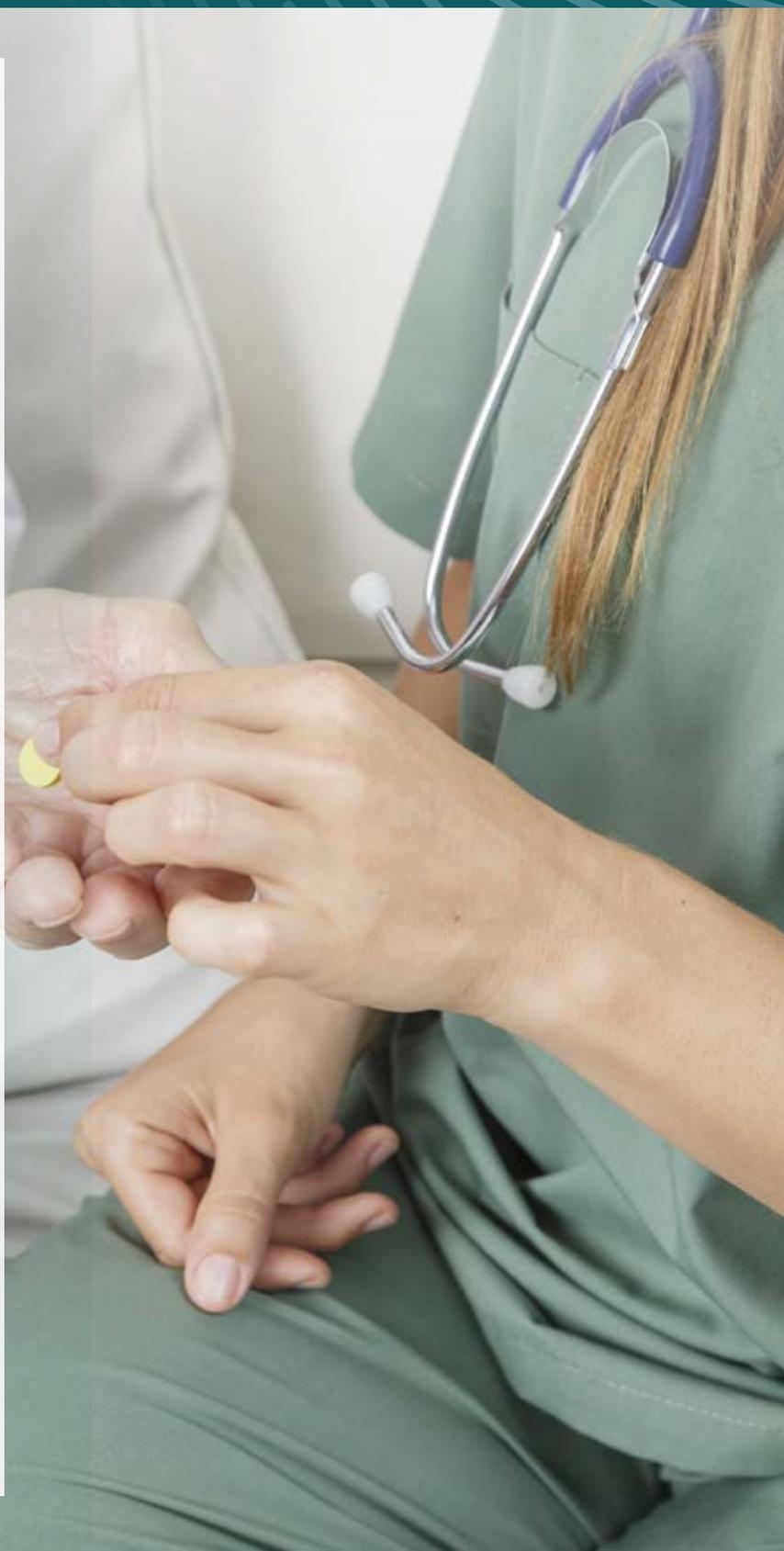
intervista a Massimo Donà

Vulnologia: il Wound Care  
attraverso I principi del time  
e le medicazioni avanzate

Alzheimer: cosa accade quando  
un familiare si ammala, il difficile  
percorso verso l'accettazione

## BANDO DI CONCORSO

1° CONCORSO FOTOGRAFICO  
“I colori e le forme per l'Alzheimer  
donati da anima, cuore e mani”



## Norme editoriali

Infermieri Informati pubblica aggiornamenti, comunicazioni brevi, note di attualità, rassegne il cui contenuto sia di chiaro interesse professionale-scientifico infermieristico. Verranno presi in considerazione solo lavori originali (non pubblicati in precedenza) e che non verranno successivamente pubblicati altrove. La responsabilità del contenuto scientifico è esclusivamente degli Autori.

La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile della Redazione, la quale si riserva la facoltà di apporre piccole modifiche nel contenuto e/o nella forma.

### Note tecniche: il materiale dovrà pervenire in formato elettronico

(Word o Rtf) via e-mail con oggetto "Proposta di pubblicazione" all'indirizzo: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it o su CD, completo di eventuali tabelle, immagini allegate (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserzione di ogni allegato). I lavori originali vanno scritti con interlinea 1,5, su una sola facciata, con pagine numerate progressivamente.

Nella prima pagina saranno indicati: il titolo, il nome (per esteso), il cognome degli autori, qualifiche professionali ed Ente di appartenenza. Sempre nella prima pagina dovrà comparire il recapito dell'autore (preferibile l'indirizzo di posta elettronica).

In particolare per la sezione "Approfondimenti" è consigliabile la presenza di un riassunto in italiano e preferibilmente anche in inglese con relative parole chiave. Eventuali ringraziamenti saranno posti alla fine dell'articolo prima della bibliografia. Le tabelle andranno citate in estenso nel testo e con numeri arabi (ad es. tabella 1, figura 1, tutto minuscolo). Se si usano parole straniere è bene ricordare che non si declina mai (ad es. caregiver e non caregivers).

La Bibliografia, secondo Vancouver Style, va inserita nell'ultima pagina e va numerata nell'ordine con cui le singole voci vengono citate nel testo. I richiami, nell'articolo, vanno in numerazione araba. Per le riviste: Autori (cognome e iniziale del nome). Titolo dell'articolo. Titolo della rivista; anno e dopo il punto e virgola (;) il volume. A seguito due punti (:) pagine. Non è obbligatorio indicare il numero del fascicolo.

### Ad esempio:

Storti M, Dal Santo P, Zanolin ME. A comparison study between two pain assessment scales for hospitalized and cognitively impaired patients with advanced dementia. Prof Inferm 2008; 61: 210-5. Per i libri: Autori (cognome e iniziale del nome). Titolo. Editore, città di edizione e anno di edizione.

ISSN 1721-2456  
Trimestrale

ANNO 2019  
NUMERO 2

**DIRETTORE RESPONSABILE**  
Arianna Saugo

**REDAZIONE**  
Federico Pegoraro  
Sonia Marcante  
Monica Vaccaretti  
Arianna Saugo

**RESPONSABILE EDITORIALE**  
Federazione OPI di Vicenza  
Viale Trieste, 29/C - 36100 Vicenza  
Tel. 0444 303313 - Fax 0444 514311  
e-mail: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

**PROGETTO GRAFICO**  
Elena Fattorelli  
www.fattorelli.it

**DIRITTI**  
Tutti i diritti sono riservati.  
È vietata la riproduzione, anche parziale,  
senza l'autorizzazione dell'editore.

## Indice



### Editoriale

Codice Deontologico 2019: un Vademecum "degli infermieri per gli infermieri"	5
---	---



### Formazione

Gli indicatori in Sanità in "Pillole"	6
L'Health Literacy passa anche dal web: Il ruolo educativo dell'infermiere	9



### Approfondimenti

Intervista a Massimo Donà	13
Vulnologia: il Wound Care attraverso i principi del time e le medicazioni avanzate	16
Alzheimer: cosa accade quando un familiare si ammala, il difficile percorso verso l'accettazione	19

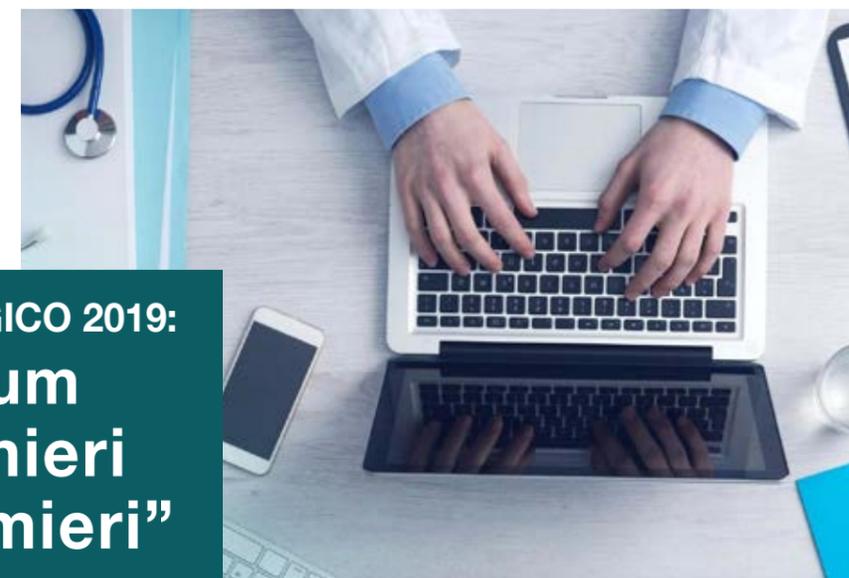


### Bando di Concorso

1° Concorso Artistico "I colori e le forme per l'Alzheimer donati da anima, cuore e mani"	21
--	----



a cura di  
**Dott. Federico Pegoraro**  
Presidente OPI VICENZA



## CODICE DEONTOLOGICO 2019: un Vademecum “degli infermieri per gli infermieri”

**C**ara/o collega  
Seppur dopo qualche mese dalla sua approvazione, l'occasione estiva apre la possibilità di fare qualche breve riflessione sul nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche.

Una data storica quella del 13 aprile scorso, nella quale i 102 Presidenti degli OPI d'Italia riuniti in Consiglio Nazionale hanno approvato l'ultima revisione del documento che traccia i riferimenti valoriali per l'esercizio professionale dell'infermiere, che arriva dopo dieci anni esatti dalla precedente edizione.

Come sintetizzato dalla Presidente Barbara Mangiacavalli **“il nuovo Codice rappresenta per l'infermiere uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura. L'infermiere deve dimostrare di saper utilizzare strumenti innovativi per una gestione efficace dei percorsi assistenziali e l'applicazione dei principi deontologici completano le competenze e permettono di soddisfare non solo il bisogno di ogni singolo paziente, ma anche quello del professionista di trovare senso e soddisfazione nella propria attività. Ed è una guida e una regola per garantire la dignità della professione e per questo va rispettato e seguito da tutti. Il Codice è per gli infermieri e degli infermieri. Li rappresenta e li tutela e mette nero su bianco la loro promessa di prendersi cura fatta da sempre ai cittadini”** Diviso in otto Capi ed in 53 articoli (nella stesura del 2009 erano 51), ognuno su un argomento che riguarda professione e/o assistenza, il nuovo Codice chiarisce il **dovere dell'infermiere di curare e prendersi cura della persona assistita nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle scelte di vita e concezione di salute e benessere della stessa persona, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento di sessualità, etnica, religiosa e culturale.** Mette al centro il paziente, l'infermiere e l'organizzazione sanitaria, mentre il precedente Codice metteva in primo piano lo spazio d'azione (tecnica) dell'infermiere in quanto responsabile dell'assistenza infermieristica.

Il Codice 2019 diviene quindi innovativo su temi come:

- l'effettiva centralità decisionale dell'assistito
- l'impegno di scienza e coscienza in funzione della persona
- la dignità, l'immagine, il decoro di una professione che agisce e ripone fiducia in sé stessa e nella propria entità istituzionale (ordinistica)
- il superamento degli infiniti orizzonti nel tempo e nello spazio dei “gesti assistenziali” contemplati nel Profilo Professionale
- l'onere di affrontare grandi temi etici e sociali

Per la prima volta nella storia, inoltre, il Codice non è stato “calato dall'alto”, elaborato esclusivamente da una stretta cerchia di persone: si è sviluppato all'insegna della trasparenza e del coinvolgimento, con 42 incontri negli anni della sua elaborazione. Nel 2015 un gruppo di esperti ha elaborato un testo presentato agli Ordini a fine 2016. Si sono poi aperte le consultazioni (durate 5 mesi ed ampiamente pubblicizzate sia a livello nazionale che territoriale locale), attivando per la prima volta in assoluto sul portale della FNOPI la modalità con cui tutti i singoli 440.000 infermieri italiani potevano commentare e suggerire la bozza di codice. Questi commenti sono arrivati direttamente all'Ordine di appartenenza che ha avuto il ruolo poi di trasmetterli alla Federazione o sintetizzandoli o aggiustandoli dentro una cornice o così come erano arrivati. Si è poi aperta una consultazione con le associazioni professionali infermieristiche, con le società scientifiche e con esperti: sono stati coinvolti due magistrati, un giurista, un esperto di filosofia e storia dell'assistenza infermieristica, due eticisti e anche il tavolo interreligioso per un confronto con le religioni monoteistiche abramitiche oltre a quella cattolica; sono state ascoltate anche le associazioni dei cittadini e dei pazienti, ultimi destinatari dei contenuti del Codice, che hanno dibattuto in gruppi di lavoro e hanno dato suggerimenti importanti. Infine, il giorno prima della presentazione in Consiglio Nazionale per la discussione ed approvazione, è stato incontrato anche il ministro della Salute

(in veste di organo vigilante della Federazione e degli Ordini) a cui è stato presentato non il testo completo del Codice, ma esclusivamente le novità dibattute.

Il nuovo Codice è stato anche elaborato considerando lo sviluppo del panorama normativo, epidemiologico, sociale, professionale (in particolare la Legge 3/2018 di riforma degli Ordini, la legge 24/2017 - legge Gelli sulla responsabilità professionale, la legge 29/2017 sulle disposizioni anticipate di trattamento).

La parola chiave del nuovo Codice Deontologico 2019 passerebbe quindi da **“caring”** (prendersi cura) ad **“advocacy”** (tutela e supporto dei/nei diritti della persona assistita); la stesura 2019 del Codice è pertanto un documento moderno, che vuole essere snello, facilmente comprensibile e concretamente applicabile, **la cui funzione fondamentale si declina nel regolare il comportamento professionale che ognuno di noi poi applica sulla particolarità del caso clinico o del contesto organizzativo per offrire la migliore risposta in termini di salute**, risposta che non può trovarsi nel Codice, ma dentro l'agito consapevole e ragionato di tutti gli iscritti di cui il Codice è a supporto.

Per concludere, invitandoti a scaricare la versione integrale del Codice Deontologico 2019 presente nel sito [www.fnopi.it](http://www.fnopi.it), riprendo le parole della Presidente Mangiacavalli:

*“con il Codice abbiamo voluto salvaguardare la libertà di coscienza degli infermieri, riconoscere gli infermieri come persone che si relazionano con altre persone.*

***È un'innovazione che affonda le radici nella nostra storia ma guarda al futuro, per salvaguardare la volontà espressa dalla persona da trattamenti incongrui o non ritenuti coerenti con la percezione di vita o di salute. È un'innovazione con cui salvaguardiamo la vita”.***

Un caro saluto.  
Federico Pegoraro



**Dott.ssa Arianna Saugo**  
Master in Risk Management  
Infermiera presso Ambulatorio  
Cardiologico Ulss 8 Berica  
Ospedale di Vicenza

## GLI INDICATORI IN SANITÀ in "Pillole"

**P**er indicatore si intende una variabile per descrivere in modo sintetico un fenomeno complesso e capace di fornire (attraverso il confronto con uno standard o valore soglia) informazioni utili per prendere decisioni e avviare iniziative di miglioramento. **Gli indicatori non misurano direttamente la qualità, essi rappresentano dei segnali che dirigono l'attenzione verso aspetti delle cure destinati ad essere approfonditi.**

Gli indicatori tuttavia servono a diversi scopi:

- **EFFETTUARE CONFRONTI** tra professionisti, tra ospedali, nel tempo...
- **ESPRIMERE VALUTAZIONI** mediante il confronto con standards
- **INDIVIDUARE PRIORITÀ** dove intervenire e con quale ordine?
- **VALUTARE ATTIVITÀ E SERVIZI** se sono ottenuti i risultati attesi?
- **MISURARE L'EFFICIENZA:** quali sono i costi dell'intervento?
- **ORIENTARE I PAZIENTI nelle scelte:** dove e da chi farsi curare?

Descrivere nel dettaglio gli indicatori utilizzabili in sanità richiederebbe l'elaborazione di un trattato. Si vuole comunque in seguito cercare di definirne in sintesi le principali caratteristiche.

Gli indicatori in Sanità sono:

1. DI STRUTTURA
2. DI PROCESSO
3. DI ESITO

### INDICATORI DI STRUTTURA

Essi comprendono i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali (STOP) delle strutture sanitarie, previsti dalle normative regionali per l'accreditamento istituzionale. Permettono la definizione delle caratteristiche del "contorno" in cui viene erogata l'assistenza e la loro conformità è *condicio sine qua non* per garantire la qualità dell'assistenza sanitaria.

### INDICATORI DI PROCESSO

Misurano l'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard di riferimento, linee guida e percorsi assistenziali; non forniscono informazione sui risultati, tuttavia possono prevedere un miglioramento degli esiti assistenziali. Tale predittività - definita

robustezza - è strettamente correlata alla forza della raccomandazione clinica su cui viene costruito l'indicatore. In altre parole, tanto più robuste sono le evidenze che documentano l'efficacia di un intervento sanitario, più forte sarà la raccomandazione clinica e più robusto il corrispondente indicatore di processo. Ad esempio, "appropriatezza della somministrazione precoce dell'aspirina nei pazienti con infarto del miocardio acuto (IMA)" è un indicatore di processo molto robusto, perché è verosimile che la sua somministrazione a tutti i pazienti con IMA senza controindicazioni assolute contribuirà a migliorarne gli esiti assistenziali. In altri termini, **la robustezza di un indicatore di processo diminuisce parallelamente alla forza della raccomandazione clinica:** le raccomandazioni forti (A, B) generano indicatori molto robusti; quelle deboli (C, D) indicatori poco robusti che, in genere, non è opportuno monitorare, tranne se strettamente correlati ad ottimizzazione delle risorse e/o ad aspetti organizzativi.

Come in tantissimi altri ambiti gli indicatori di processo presentano vantaggi e svantaggi.

#### VANTAGGI

- Misurano direttamente l'appropriatezza degli interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi, palliativi, assistenziali) prescritti ai pazienti, documentando la qualità dell'atto professionale.
- Rispetto agli indicatori di esito sono meno influenzati dalle differenze di case-mix.
- Permettono di identificare le inapproprietezze (in eccesso e in difetto), suggerendo precocemente le aree di miglioramento del processo assistenziale.

#### SVANTAGGI

- Considerata la difficoltà di ricavare indicatori di processo dai sistemi informativi aziendali, è necessario pianificare un audit clinico strutturato o disporre di database clinici dedicati.
- Rispetto agli indicatori di esito sono considerati meno rilevanti da decisori e pazienti e, in parte, anche dai professionisti.

(Cartabellotta GIMBE 2009)

### INDICATORI DI ESITO

Documentano una modifica di esiti assistenziali:

- CLINICI - mortalità morbilità
- ECONOMICI - costi diretti e costi indiretti
- UMANISTICI - qualità di vita, soddisfazione dell'utente

Gli esiti possono essere rappresentati da eventi rari. Negli studi osservazionali spesso non è facile capire quali sono i fattori in gioco nell'influenzare l'esito. Se usati per valutare i professionisti potrebbero innescare un processo di scelta dei pazienti

Una nota va tenuta in considerazione quando si parla di indicatori di esito nell'immenso mondo delle numerose realtà assistenziali ed è la seguente: si deve considerare che non tutti i pazienti trattati in modo inappropriato hanno esiti cattivi e **non tutti i pazienti trattati bene hanno esiti positivi.**

#### VANTAGGI

- In quanto variabili discrete, gli indicatori di esito sono più facili da misurare e spesso

disponibili nei sistemi informativi aziendali, la cui completezza/affidabilità è massima per gli esiti economici, intermedia per quelli clinici, minima/nulla per gli esiti umanistici.

#### SVANTAGGI

- Sono necessarie complesse tecniche statistiche (risk adjustment) per correggere differenze di case-mix e sociodemografiche, variazioni random, effetti di selezione.
- Richiedono lunghi periodi di osservazione (se l'esito si presenta a notevole distanza di tempo) e/o numeri considerevoli di pazienti (se la frequenza attesa dell'esito è bassa).
- La fonte principale degli indicatori di esito è la scheda di dimissione ospedaliera (SDO), uno strumento amministrativo-economico che presenta due limiti: la "deformazione quantitativa" degli esiti clinici conseguente alle codifiche opportunistiche e il *reverse reporting bias* inadeguato per stimare l'incidenza degli eventi sentinella, quasi mai codificati.

- Anche mettendo a punto strumenti e metodologie per prevenire alcuni svantaggi, è impossibile risalire da esiti insoddisfacenti/sfavorevoli ai processi su cui intervenire per migliorare la qualità dell'assistenza. (Cartabellotta GIMBE 2009)

Un indicatore deve possedere l'acronimo **MISURA** e le seguenti caratteristiche:

**MISURABILE** - rilevabile in modo riproducibile  
**IMPORTANTE** - pertinente ad un problema frequente o con notevoli conseguenze sui pazienti o sui costi

**SEMPLICE** - facile da capire e da calcolare  
**UTILIZZABILE** - possibilità di essere impiegato nella pratica corrente

**RISOLVIBILE** - relativo ad un problema per cui si può fare qualcosa con le risorse disponibili

**ACCETTABILE** - da chi lo deve rilevare e applicare

Morosini P.

Per quanto concerne l'utilizzo degli indicatori essi devono essere impiegati per gestire meglio i pazienti, valutare i cambiamenti nel tempo e contribuire al cambiamento. Per tale motivazione è necessario:

- Che siano coerenti con le attività prevalenti.
- Cercare l'utilità e non la perfezione nelle misure
- Usare un insieme equilibrato tra indicatori di processo, di esito e di struttura.
- Sfruttare il desiderio dei professionisti di migliorare le prestazioni e sfruttare anche la loro curiosità circa l'esito dei loro interventi.
- Cominciare da dati semplici e di facile rilevazione.
- Rilevare i dati su popolazione o su campioni rappresentativi.
- Ottenere i dati come sottoprodotto del lavoro quotidiano.
- Definire in modo operativo numeratore e denominatore.
- Avere chiari standard di riferimento (intermedi, di eccellenza).
- Rappresentare graficamente i risultati.
- Collegare la rilevazione dei dati a progetti di miglioramento.
- Comprendere gli indicatori obbligatori.

### I QUESITI DA PORSI PER UN PROCESSO DI MIGLIORAMENTO SONO I SEGUENTI:

- Qual è il problema che intendo affrontare?
- Quali sono i risultati attesi (obiettivi)?
- In che cosa consiste l'intervento che intendo realizzare?
- Come posso essere sicuro che il miglioramento c'è stato?
- Quali indicatori utilizzare? (definire caratteristiche e valori soglia)
- Quali sono le fonti dei dati e come li raccolgo?
- Quali conclusioni posso trarre dalla valutazione?

**Alcuni esempi di indicatori  
IN AMBITO CHIRURGICO:**

- Tassi di mortalità dei pazienti sottoposti a chirurgia elettiva.
- % di dimissione con infezioni delle ferite chirurgiche.
- % delle complicazioni polmonari.
- % di trombosi Venose profonde o embolie polmonari post operatorie.
- % di IMA negli operatori di chirurgia maggiore.
- % di emorragie post intervento.
- % di infezioni urinarie post chirurgiche.
- % di parti con complicazioni ostetriche.

Le informazioni evidence-based sugli esiti di assistenza sanitaria e per favorire l'assunzione di decisioni cliniche e migliorare la qualità dell'assistenza (professionale, relazionale, organizzativo-aziendale) possono essere ricavate dalle banche dati costruite ad hoc dalla consultazione di database amministrativi. Ne è un esempio l'**AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality**.

La selezione nasce dunque dall'esame della letteratura scientifica, con criteri evidence-based.

Il progetto nazionale sviluppato negli anni 2000 che ha coinvolto alcune Unità Operative di 14 regioni (Campania, Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Sicilia, Toscana, Friuli-Venezia-Giulia, Veneto, Trentino Alto Adige, Lazio, Umbria, Piemonte) forniva alcune indicazioni metodologiche. Da alcune esperienze territoriali senza entrare nello specifico sono emersi tuttavia dei limiti fra cui i contesti in cui si presentavano panorami ad alta complessità assistenziale. Per quest'ultima esplicitazione è emersa la necessità di avere a disposizione strumenti di identificazione di problemi relativi alla qualità dei servizi e di aree che permettono un'osservazione più approfondita.

**SCHEMATICAMENTE LO SVILUPPO DI UN INDICATORE (facendo poi distinzione fra micro e macro indicatore) AVVIENE NELLA SEGUENTE MODALITÀ:**

**IDENTIFICAZIONE**

- Definizione Motivazione
- Definizione Fonte dei Dati
- Definizione Area di Appartenenza
- Definizione Settore di Applicazione
- Validazione
- Tipologia

**DEFINIZIONE SPECIFICHE MISURAZIONE**

- Metodo di calcolo
- Variabile continua (media matematica)
- Quadro temporale della misurazione
- Frequenza di raccolta dei dati

**RACCOLTA DATI**

- Tipo di dati (amministrativi/sanitari)
- Flussi informativi
- Fonte per la raccolta individuale dei dati
- Registri malattie
- Cartella clinica
- SDO
- Lettera di dimissione

**ANALISI DATI**

- Strumenti di analisi
- Diagramma di Pareto
- Diagramma causa effetto
- Diagramma di controllo
- Run chart
- Rilevazione miglioramento
- Benchmarking

Quanto brevemente definito richiede tuttavia un percorso dettagliato e non esente da costanti controlli, revisioni, capacità professionali e lavoro d'equipe.

a chiusura di questo articolo una frase significativa tratta da *Health service Indicators, Handbook, London 1993*

un **indicatore**  
può segnalare qualcosa,  
**ma** non può dimostrarlo

**Bibliografia**

- Cartabellotta Antonino: "Struttura, processo, esito. Quali indicatori misurano la qualità dell'assistenza sanitaria", GIMBE news 2009; 4:4-5, tratto dal sito [www.evidence.it](http://www.evidence.it)
- Moiset C., Vanzetta M., La qualità nell'assistenza infermieristica. McGrawHill, Milano 2006.
- Tardivo Stefano: "Indicatori di qualità in assistenza" Master Risk Management, Università degli studi di Verona, appunti di Arianna Saugo maggio 2012.

AUTORE DELLA TESI  
**Chiara Lovato**  
Infermiera presso Centro Servizi per Anziani S.M Bertilla  
Laurea in infermieristica 2017



SINTESI DI TESI a cura di  
**Dott.ssa Sonia Marcante**  
Coord. attività didattiche e docente  
Corso di Laurea in Infermieristica sede di Montebelluna P.  
Università di Padova



# L'HEALTH LITERACY PASSA ANCHE DAL WEB: il ruolo educativo dell'infermiere



**ESSERE PAZIENTI OGGI È DIVERSO RISPETTO A TRENT'ANNI FA**

Le persone vogliono essere partecipi e attive nel mantenimento e/o creazione del loro stato di salute, per questo **cercano sul web quel primo consulto che un tempo era fornito solo dal medico di fiducia**. Il fenomeno di chi cerca risposte online a questioni di salute è aumentato negli ultimi tre anni: nel 2014, secondo il Censis, solo 4 italiani su 10 interrogavano Google su questioni riguardanti la salute; il sondaggio del gennaio 2017 rivela che sono l'**88%**, addirittura il 93,3% fra le donne, ma ancora più grave è il fatto che il **44% di queste persone si affida alla prima pagina** proposta dai motori di ricerca **senza verificare se le fonti siano attendibili**. Il 55% sono persone di età compresa tra i 18 e i 24 anni, mentre gli ultra 65enni sono il 22,7%.

La qualità delle informazioni disponibili in rete costituisce un problema generale ma l'ambito sanitario possiede particolare criticità poiché **l'uso di informazioni inaffidabili e/o erronee può essere fonte di grave danno per la salute** del cittadino. Secondo dati Censis del 2013, circa 100 mila persone al mondo muoiono ogni anno a causa di farmaci contraffatti acquistati tramite siti internet non autorizzati, tuttavia, i possibili danni derivanti dall'uso di informazioni online non si limitano solo ai farmaci, ma anche a **auto-diagnosi, tardiva ed erronea diagnosi, stato di ansietà, false speranze, cybercondria**.



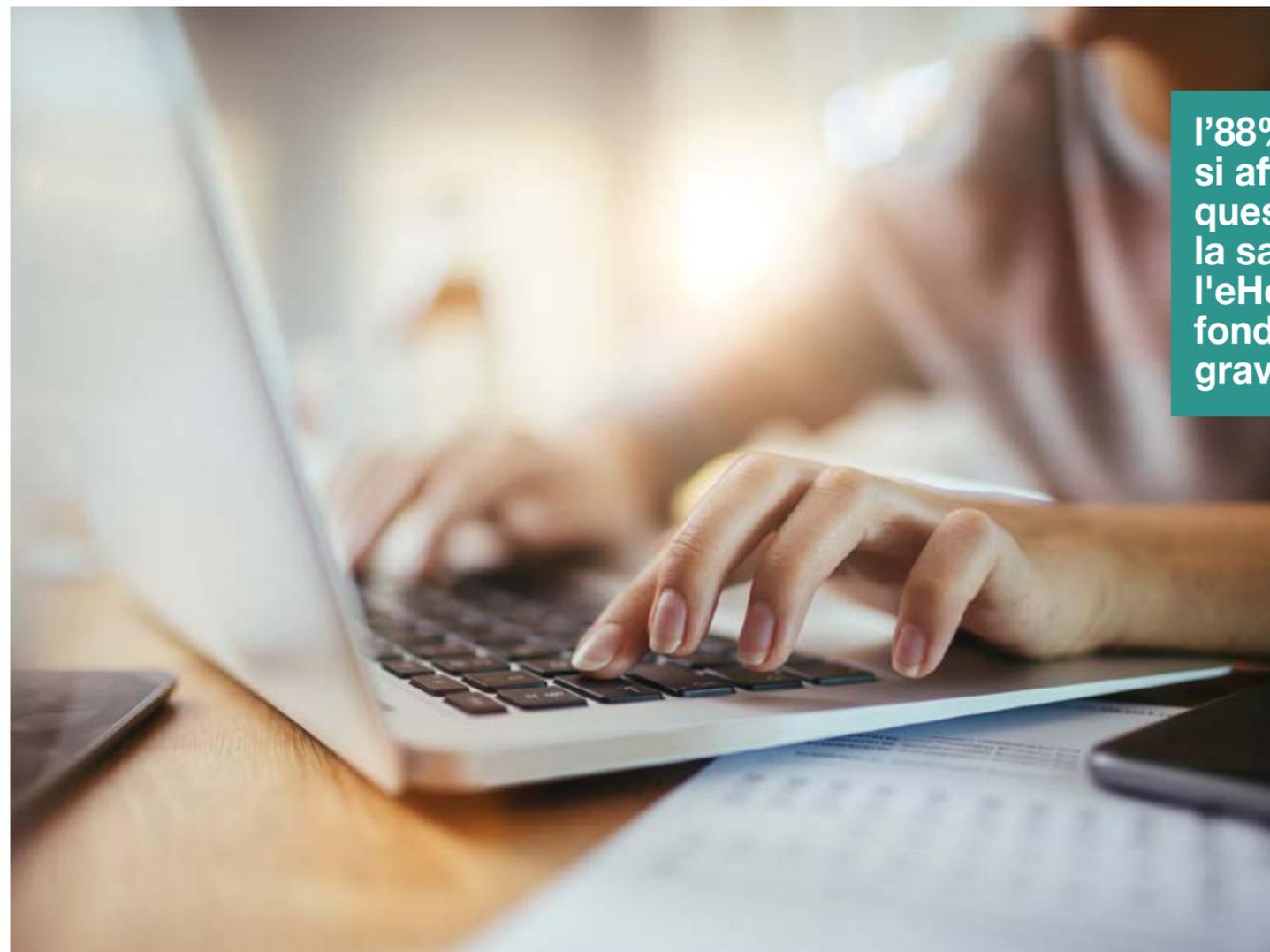
**L'Health Literacy è un concetto che promuove una crescente alfabetizzazione della persona nei riguardi della salute, incrementando il suo ruolo attivo e partecipativo. Con l'avvento di Internet il termine Health Literacy si è trasformato in eHealth Literacy, quale abilità di ricercare, trovare, capire e valutare le informazioni provenienti da fonti informatiche e applicare le conoscenze ottenute per affrontare o risolvere i problemi di salute.**

**P**urtroppo la maggior parte delle persone che utilizzano Internet per cercare informazioni in ambito sanitario compiono la loro ricerca in siti commerciali e nei motori di ricerca come Google e Yahoo e solo una minoranza utilizza siti accademici o governativi. Molte persone, in particolare con patologie croniche, prima di eseguire o dopo aver eseguito una visita medica da uno specialista si rivolgono al Web per essere più preparati o per chiarire eventuali dubbi o capire il significato di termini sconosciuti; inoltre sempre più persone si scambiano informazioni attraverso le fonti online. **L'abilità dei professionisti sanitari di essere dinamici in questi cambiamenti gioca un ruolo importante** per facilitare la propria autodeterminazione nel contesto sanitario. La relazione medico-paziente migliora se quest'ultimo ha la possibilità di discutere con il personale sanitario delle informazioni sanitarie trovate online. Purtroppo spesso ci sono resistenze da parte del personale sanitario nel discutere delle informazioni sanitarie trovate online dal paziente e ciò può provocare senso di frustrazione ed ansia. Il termine **CYBERCONDRIA** identifica una **condizione di ansia riguardante il proprio stato di salute che viene amplificata dalla ricerca di informazioni** sulla salute stessa nel Web. Dagli studi analizzati su questo fenomeno emerge l'importanza di aumentare l'alfabetizzazione alle informazioni online sulla salute per evitare di creare falsi allarmismi e ansie basate su informazioni errate o poco affidabili. Le persone che hanno una minore alfabetizzazione sanitaria hanno una maggiore difficoltà a valutare informazioni sulla salute online e possono essere esposti a informazioni sbagliate o incomplete, che sono cor-

relate a risultati negativi sulla salute come la bassa aderenza a programmi di screening o ai trattamenti o la cybercondria. Occorre prestare maggiore attenzione alla questione della qualità delle informazioni sulla salute online e in particolare sulla capacità della persona di valutarle. L'art. 29 Codice Deontologico cita "L'Infermiere, **anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei social media**, comunica in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo e il confronto al fine di contribuire a un dibattito costruttivo." Inoltre l'Infermiere "promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività" (art.7). Il concetto di eHealth sancisce il ruolo dell'infermiere quale educatore e garante del diritto del paziente di ricevere informazioni accurate in ambito sanitario per poter prendere decisioni consapevoli e idonee. Ne deriva che **lo stesso professionista sanitario debba avere un buon livello di eHealth Literacy per poter condividere questa sua abilità e conoscenza con i pazienti**. Infatti, con l'incremento da parte del paziente dell'uso del web per la ricerca di informazioni sulla salute, aumenta anche la necessità di guidarlo nella ricerca stessa, al fine di aumentare la sua cultura in ambito sanitario e la sua possibilità di empowerment. Primo passo per poter aiutare il paziente nella sua ricerca delle informazioni sanitarie sul Web è quello di valutare il suo livello di health literacy.

**Diversi sono gli strumenti a disposizione per valutare il livello di Health literacy:**

- **REAM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine):** si basa su abilità semplici di riconoscimento lessicale e letteratura; non valuta le abilità di literacy più avanzate e non si presta ad indagare il livello di alfabetizzazione sanitaria nelle fasce di popolazione di diversa origine linguistica;
- **TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults):** valuta la capacità di comprensione e le abilità numeriche del soggetto ed utilizza materiali informativi usati in ambito sanitario, tuttavia l'eccessiva durata lo rende poco adatto ad essere utilizzato in contesti sanitari, perciò è stata creata una versione più breve S-TOFHLA, in lingua inglese e spagnola;
- **NVS (Newest Vital Sign):** test di screening rapido per l'alfabetizzazione in ambito sanitario, facilmente riproducibile in più lingue ed è più sensibile rispetto al TOFHLA a captare soggetti con alfabetizzazione sanitaria marginale o medio bassa;



**L'88% degli italiani si affida a Google per questioni che riguardano la salute. promuovere l'eHealth Literacy è fondamentale per evitare gravi danni ai pazienti.**

- **HLSQMs (Health Literacy Screening Question Methodologies):** basato su sei temi dell'ambito sanitario per un totale di 16 domande per stimare la frequenza con cui il paziente non comprende le varie informazioni inerenti all'ambito sanitario, la si può trovare solo in lingua inglese;
- **eHEALS (eHealth Literacy Scale):** misura l'abilità del paziente nel trovare e utilizzare le informazioni sulla salute online. **È composta da 8 voci** per misurare l'abilità, le competenze utilizzate durante la ricerca, la valutazione e l'applicazione di informazioni sulla salute ricavate dal web inerenti a problemi sanitari. Talora utilizzata in combinazione con altre scale come la scala NVS per una visione più completa del livello di alfabetizzazione sanitaria. La scala eHEALS essendo uno strumento validato e di

semplice compilazione è utilizzata dai professionisti sanitarie in più ambiti, quando vi è la necessità di rispondere ai bisogni dei pazienti che utilizzano il web come fonte di informazione sanitarie, riuscendo così a personalizzare l'assistenza e a mettere in campo degli interventi che possono portare ad una migliore self-care.

Il passo successivo dopo aver misurato il livello di eHealth literacy è quello di mettere in campo degli interventi che lo sviluppino. Le strategie di apprendimento collettivo migliorano le conoscenze e le abilità nell'uso del computer, del web e le abilità di eHealth literacy. Qui di seguito vengono riportate **10 regole da seguire per riuscire a compiere una valida ricerca di informazioni riguardanti la salute.**

#### 1 - COME COMINCIARE

Serviti di un motore di ricerca (ad esempio Google o Yahoo) per ricercare siti web validi e dichiarati affidabili da organizzazioni o istituti di istruzione come università, enti statali o organizzazioni nazionali.

Ecco alcuni esempi di siti web affidabili:

- Ministero della Salute [www.ministerodellasalute.it](http://www.ministerodellasalute.it)
- Istituto Superiore di Sanità [www.iss.it](http://www.iss.it)
- Agenzia Italiana del Farmaco [www.agenziafarmaco.gov.it](http://www.agenziafarmaco.gov.it)
- National Institutes of Health [www.nih.gov](http://www.nih.gov)
- MedlinePlus from the National Library of Medicine [www.nlm.nih.gov/medlineplus](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus)

#### 2 - VALUTARE L'AFFIDABILITÀ DELLA FONTE

Qual è lo scopo del sito? Chi finanzia il progetto? Cercare nella pagina la dicitura "**About us**" o "**Chi siamo**" e verificare chi gestisce il sito: ente governativo, istituzioni no profit, organizzazione professionale o commerciale, un servizio sanitario o un privato. Questo serve per capire bene chi ha interesse a veicolare quel tipo di informazione. Inoltre, è importante che il sito di consultazione riporti sempre, nelle notizie pubblicate, autorevoli fonti di provenienza, una caratteristica che è misura di attendibilità del sito stesso.

#### 3 - ATTENZIONE AI MOTORI DI RICERCA

Quando si digita una parola chiave il risultato della ricerca non mostra un elenco di siti in ordine di importanza, ma la selezione può dipendere da altri fattori. Per chiarire, i motori di ricerca lavorano memorizzando le scelte e i gusti dell'utente per poi proporre argomenti in linea con le preferenze manifestate nelle scelte precedenti. **Non fermarsi quindi alla prima ricerca**, ma cercare di incrociare più ricerche e più dati.

#### 4 - ATTENZIONE ALLA QUALITÀ

I siti Web non sono tutti uguali. Il sito ha un comitato editoriale? L'informazione in esso contenuta viene controllata prima di essere pubblicata? Queste informazioni generalmente si trovano nella pagina "**About us**". Controllare se i membri del consiglio direttivo sono esperti della materia. Un sito di qualità deve sempre **tenere separata l'informazione indipendente da quella pubblicitaria** che dovrebbe sempre essere palese o dichiarata. La pubblicità dovrebbe essere segnalata con appositi avvisi. Ci dovrebbe essere l'indicazione "Avvertimento pubblicitario" o "Dai nostri sponsor".

**5 - ACCERTARSI DELL'AGGIORNAMENTO DEL SITO**

Importantissima è la verifica della data di pubblicazione. È una chiara indicazione dell'attualità della notizia. Su internet infatti non si perde nulla e può capitare, utilizzando un motore di ricerca, di arrivare su una notizia datata anche di parecchi anni.

**6 - SIATE "CYBER-SCETTICI"**

L'inganno e le frodi in ambito sanitario abbondano sul Web. Il sito emana proclami clamorosi? Le informazioni sono scritte in un linguaggio volutamente oscuro che imita il linguaggio scientifico? Il sito promette risultati rapidi o miracolosi? È l'unico sito che fa questi proclami? **Attenzione alle terapie e ai medicinali che proclamano di curare tutte le malattie!** Un sito web sanitario destinato ai cittadini dovrebbe utilizzare un linguaggio semplice e non tecnico.

**7 - CURE MEDICHE: EVITARE IL "FAI DA TE"**

Nessuna informazione scritta può sostituire la visita del medico. I professionisti sanitari devono restare i principali punti di riferimento in materia di salute. I contenuti in rete devono avere "solo" uno scopo informativo e in nessun caso possono sostituire la visita o la prescrizione di un medico o il consiglio di un professionista sanitario. Inoltre, nessun medico serio farà mai una prescrizione ad un malato sconosciuto senza

averlo visitato. Diffidare quindi dei siti e degli esperti che indicano farmaci e terapie sulla semplice descrizione dei sintomi. **Non è serio, non è professionale e può essere molto pericoloso!** Anche comprare un farmaco online può essere molto pericoloso! Acquistare farmaci online sono da farmacie autorizzate che abbiano questo logo:



**8 - CERCATE L'EVIDENZA SCIENTIFICA ATTENZIONE A BLOG E FORUM**

**Fate affidamento sulla ricerca medica, non sulle opinioni!** Perciò valutare con la giusta attenzione blog e forum che possono essere fonti utili, ma anche insidiose perché propongono storie di pazienti e dei loro familiari che suscitano empatia e coinvolgono emotivamente. Fate attenzione perché sono quasi sempre racconti soggettivi, e non è detto che abbiano affidabilità scientifica. **La lettura critica è di rigore.**

Inoltre verificare che l'autore del sito sia ben identificato, il sito fa affidamento su persone autorevoli nel campo scientifico o su "testimonials"? Cercate, perciò, l'autore dei testi, sia esso un individuo o un'organizzazione. Nel caso in cui siano presenti casi clinici o testimonials, cercate i loro recapiti. Se questi ultimi sono anonimi o difficilmente rintracciabili fate molta attenzione!

**9 - PROTEGGERE LA PROPRIA PRIVACY**

L'informazione sanitaria deve essere riservata. Il sito adotta una politica per la gestione dei dati personali/sensibili e dice quali informazioni vengono raccolte? Cercare il link "Privacy" o "Privacy policy" e leggere la liberatoria sulla privacy e controllare che la riservatezza dei dati dell'utente sia tutelata. Se è presente un modulo di registrazione, esaminare con attenzione i dati che devono essere forniti prima di accedere ai contenuti. Prima di fornire informazioni personali leggere attentamente l'informativa sulla privacy e controllare quale utilizzo viene fatto dei dati. **Se non si riesce a trovare una chiara politica sulla privacy non fornire nessun dato personale.**

**10 - NON CADERE NELLA PSICOSI DEL COMLOTTO**

Nel Web capita spesso di incappare in notizie catastrofiche sull'effetto di vaccini o farmaci. Non perdere mai la capacità di analisi e di critica e confrontarsi sempre con il proprio medico curante.

Per ultimo ma non meno importante: **CONSULTARE SEMPRE IL PROPRIO MEDICO CURANTE**, le migliori decisioni in campo sanitario scaturiscono da una corretta e trasparente relazione medico-paziente o paziente-professionista sanitario.



**Massimo Donà**  
Enterostomista presso reparto  
Chirurgia Generale Ulss 8 Berica



**Dott.ssa Monica Vaccaretti**  
Infermiera presso U.O. Poliambulatori  
Ulss 8 Berica e Consigliere OPI

# intervista a MASSIMO DONÀ

26 Settembre 2018

*"Dico sempre, e non mi stancherò mai di ripetere, che mi ritengo immensamente fortunato a fare un lavoro che mi piace e, nello stesso tempo, sono consapevole che ogni piccolo passo o sacrificio, fatto per migliorare le mie competenze, corrisponde a qualcosa di più in termini di qualità di vita per la persona di cui mi sto prendendo cura... si può forse desiderare di più dal tempo che sarebbe comunque in qualche modo speso?"*

**Massimo, vuoi raccontarci la tua esperienza ventennale come enterostomista? Quando e come nasce questa attività nel nostro ospedale, nasce casualmente o da un progetto condiviso?**

La mia esperienza inizia oltre venti anni fa, era il 1991 quando ho incominciato ad interessarmi di enterostomia come infermiere di chirurgia. Mi rendevo conto, assistendo i pazienti che ritornavano in reparto dopo il confezionamento chirurgico di una stomia, che non c'era un'adeguata educazione post operatoria e in fase di dimissione ospedaliera. Mancava la gestione degli aspetti educativi, il sostegno psicologico, il supporto tecnico organizzativo per la fornitura dei presidi. Il paziente, che veniva a trovarsi in una situazione nuova, fragile, non facile, veniva dimesso in una situazione assistenziale complicata senza un'attenzione particolare per tutti quegli aspetti e situazioni che a domicilio si sarebbero inevitabilmente presentati. Così avevo preso l'abitudine, per empatia e senso professionale, di rivederli quando tornavano in reparto per un controllo o una medicazione, ad interessarmi personalmente spesso anche fuori orario o a fine turno. Tutto nasce quindi dalla mia sensibilità di fronte ad una situazione di criticità che mi si pre-



**l'infermiere ha un ruolo fondamentale nella fasi che accompagnano la vita del paziente stomizzato.**

sentava sotto gli occhi, poi ho incominciato ad aggiornarmi personalmente frequentando dei corsi specifici sui pazienti stomizzati, che all'epoca non erano frequenti per poter fornire una corretta ed aggiornata assistenza. Più recentemente, ho conseguito un master di Riabilitazione Enterostomale. All'epoca mi sono sentito coinvolto emotivamente ed investito di questa responsabilità verso i pazienti. La passione per la chirurgia ha fatto

il resto, il setting chirurgico mi ha sempre stimolato. Nel corso degli anni ho voluto approfondire le mie conoscenze professionali sulla stomia la cui gestione, in termini di linee guida rispetto ad altre realtà europee, qui in Italia è sempre stata un po' ai margini. Me ne sono reso conto frequentando i primi congressi europei. Nei primi anni Novanta quindi mi sono formato sui pochi libri sul tema in circolazione e sull'esperienza sul campo.



**Nel corso degli anni sei stato affiancato anche da altri colleghi infermieri che, motivati dal tuo interesse, hanno incominciato a farsi carico di questo problema assistenziale?**

I primi anni sono stato da solo perché ero affiancato soprattutto da colleghi infermieri generici, molto capaci nelle attività di loro competenza ma non competenti in materia. Ho cercato allora un appoggio dai medici sia perché era indispensabile la loro presenza al mio fianco per decisioni e prescrizioni ma anche per portare avanti insieme questo progetto, motivati da una esigenza forte di miglioramento di questa attività che ci veniva chiesta dai pazienti attraverso l'espressione dei loro bisogni assistenziali. Serviva un ambulatorio divisionale e un team multidisciplinare che si occupasse di questi pazienti in modo adeguato, e insieme siamo riusciti a costruirlo.

**Illustraci l'ambulatorio. C'è personale infermieristico dedicato? Qual è il vostro carico di lavoro?**

L'ambulatorio di Riabilitazione per il paziente stomizzato nasce ufficialmente nel 1999, dopo il 1° Convegno Regionale AIOSS sulla gestione delle stomie tenutosi qui a Vicenza. Indispensabile promotore e collaboratore è stato il dottor Salano, che ha creduto nel progetto sin dall'inizio appoggiando entusiasta

la mia proposta. Situato inizialmente in area Chiostro, nell'ambulatorio della Microbiologia il martedì pomeriggio, il nostro ambulatorio riabilitativo è stato poi trasferito ai Poliambulatori e da 6 anni si trova integrato in reparto di Chirurgia Generale, sistemazione ideale per l'organizzazione e la gestione dell'attività. Attualmente l'ambulatorio è gestito da tre infermieri enterostomisti certificati nelle loro competenze. Oltre a me, collaborano attivamente Patrizia Ramon e Manuele Pietrobelli. Siamo infermieri in organico del reparto di Chirurgia, quindi non ci occupiamo esclusivamente dell'ambulatorio che ci è stato assegnato. È aperto ogni martedì pomeriggio dalle 14 alle 16.30 con orario flessibile che spesso si allunga perché il tempo assegnato risulta spesso insufficiente a coprire tutte le richieste. Spesso ci troviamo a rivedere i pazienti durante il nostro orario di servizio in reparto, pur di soddisfare tutte le necessità. Mi rendo conto che non è la gestione più corretta ed ottimale perché si tolgono tempi assistenziali dedicati ai pazienti di corsia o si carica il collega che ci sostituisce fintanto che si esegue questa prestazione aggiuntiva fuori dagli orari dedicati all'ambulatorio. Ma le risorse umane e strutturali sono queste e si fa il meglio che si può per andare incontro alle esigenze del paziente. C'è poi il triage telefonico. Sono molte le telefonate che giungono in reparto mentre siamo in servizio, da casa l'utenza chiede di parlare con gli en-

terostomisti e se siamo a casa al nostro rientro troviamo i messaggi lasciati dai colleghi. Diventa una attività aggiuntiva quotidiana che va ad incidere notevolmente sul nostro carico di lavoro in reparto perché, oltre al martedì, non esiste un tempo dedicato che possiamo ritagliarci. Talvolta mi porto il lavoro a casa, nel senso che c'è tanto da pensare ed organizzare e a volte, in casi eccezionali, è capitato di andare a domicilio. Il nostro ambulatorio è l'unico in tutta la provincia. Copriamo un territorio molto vasto, il bacino d'utenza è importante, gestiamo infatti pazienti fuori Ulss, talvolta complicati e allettati che vengono trasportati anche in ambulanza da Arzignano, Montebelluna e Valdagno. Solo a Noventa ci sono un paio di infermieri che gestiscono un ambulatorio per stomie attivo 2 volte al mese, voluto sempre dal dottor Salano che qui è Direttore, ma accessibile solo per i pazienti di Noventa e dintorni.

**Quanti sono i pazienti stomizzati che seguite mediamente all'anno? Nella gestione dei pazienti ci sono collaborazioni con altre figure professionali in ospedale e nel territorio?**

Attualmente stiamo seguendo circa 560 pazienti con stomia, con 40-50 nuovi casi all'anno da prendere in carico. Oltre alle medicazioni, all'educazione del paziente o del care giver e ai follow up, dobbiamo aggiungere anche la gestione dell'aspetto psicologico. Fino a qualche tempo fa esisteva un intervento strutturato con gruppo di auto aiuto con incontri mensili in cui era garantita anche la presenza di uno psicologo ospedaliero disponibile anche a sedute personalizzate. C'era una psicologa dedicata in reparto che affiancava il chirurgo durante la prima visita medica. Con la riorganizzazione del servizio di Psicologia purtroppo questa risorsa è venuta a mancare. Così come per la consulenza dietologica, se un paziente richiede un sostegno psicologico, ora gli viene comunque offerto ma con un percorso diverso, secondo le necessità, tramite consulenza richiesta dal medico. Collaboriamo attivamente con il personale infermieristico dell'Assistenza Domiciliare Integrata, che ci segnalano ed inviano casi complicati. Per rendere efficiente l'assistenza di questa tipologia di pazienti nel territorio negli anni sono stati organizzati spesso degli specifici corsi di aggiornamento per dare autonomia e conoscenze ai colleghi. Questo si traduce spesso in un ulteriore carico di lavoro per noi enterostomisti, perché le richieste di consulenza ci arrivano oltre che dal territorio anche dai colleghi degli altri reparti.

**Ricordo che siete stati formatori di un interessante evento formativo sulle stomie**

**qualche anno fa. Svolgete ancora periodicamente questa attività di formazione per i colleghi?**

Il corso sulle stomie è stato proposto in molte edizioni e per molti anni, prima rivolto a tutto il personale del Dipartimento Chirurgico e poi esteso a tutto il personale ospedaliero e territoriale. Da qualche anno il corso è solo on demand, a causa di alcune difficoltà organizzative del personale, con il nuovo turno europeo, che non garantiscono la nostra presenza all'evento in maniera assidua. Facciamo comunque formazione di una giornata al master di Cure Palliative della nostra Ulss e gli studenti del secondo anno in laurea infermieristica frequentano ogni martedì il laboratorio presso il nostro ambulatorio.

**Per far chiarezza sulle modalità di distribuzione dei presidi, alla dimissione qual è il percorso che deve fare il paziente per ottenerli?**

Il paziente stomizzato ha diritto alla fornitura gratuita dei presidi. Le modalità di distribuzione sono tre: quella diretta in ambulatorio che abbia un magazzino adiacente in cui il paziente può fare anche la sostituzione con un reso in caso di cambio del tipo di presidio; quella diretta con fornitore, come quella attualmente in atto ad Arzignano e Montebelluna, in cui il materiale prescritto viene consegnato al domicilio del paziente da un fornitore dopo la giustificazione della prescrizione da parte del Distretto di pertinenza; e quella cosiddetta indiretta in cui, come qui a Vicenza, il paziente deve recarsi con la prescrizione all'Ufficio Protesi e Presidi a San Felice che, dopo convalida, fornisce un ulteriore prescrizione con cui recarsi in una qualsiasi farmacia e Sanitaria territoriale per il ritiro del materiale. Questa ultima modalità non permette purtroppo tempi veloci e i costi sono più elevati. La forma migliore, in termini di efficacia, di efficienza e di risparmio economico, è indubbiamente quella diretta che auspichiamo in futuro anche per i pazienti che accedono alla nostra Ulss.

**Siete in grado di valutare il grado di soddisfazione dei pazienti che accedono al vostro ambulatorio?**

Il paziente stomizzato è legato molto al nostro ambulatorio perché siamo un punto di riferimento costante. Si sentono talmente dipendenti che se l'ambulatorio dovesse chiudere ci sarebbero 560 pazienti che entrerebbero profondamente in crisi. Anche chi non ha più bisogno del nostro servizio in maniera continuativa, perché convive con la stomia

da dieci - quindici anni ed ha ben imparato a gestirla anche senza di noi, sente spesso il bisogno di contattarci occupando però spazi e tempi che potrebbero essere dedicati ad altri. Così cerchiamo di vedere tutti, magari una sola volta all'anno. Dovrebbero essere indirizzati ad AVIST, Associazione Vicentina Stomizzati ed Incontinenti, nata nel 2009 e fondata da noi enterostomisti con l'indispensabile aiuto di Elisabetta Giorda, una paziente stomizzata che ne è diventata la Presidente. Il primo giorno di attività abbiamo raccolto ben 88 iscrizioni. La finalità, oltre a sostegni di vario tipo, è quello di creare un senso di appartenenza e attività ricreative che indirizzino i pazienti all'esterno, fuori dall'ospedale e dall'ambulatorio che dovrebbe essere soprattutto per gli acuti e i nuovi casi. La sede dell'associazione è legalmente nella biblioteca del reparto. Da un paio di anni l'attività si è fermata per cause di forza maggiore, stiamo cercando di riattivarla con nuove risorse e rinnovato entusiasmo perché è uno strumento che aiuta davvero i pazienti e i loro familiari.

**Per essere enterostomisti servono competenze infermieristiche aggiuntive? Inoltre come è valutata la vostra figura nell'organigramma aziendale?**

Serve un Master di Riabilitazione Stomale. L'Azienda ha riconosciuto le nostre Competenze Avanzate, siamo una figura infermieristica specialistica così come quella del Case Manager. Attualmente nel nostro ospedale ci sono 3 enterostomisti e 2 case manager ufficialmente riconosciuti. Un riconoscimento che dà soddisfazione e gratificazione dopo anni di impegno. A noi è concessa la prescrizione infermieristica, sottoscritta dal medico, per quanto riguarda la valutazione e la scelta più idonea di presidio e di ausili assieme al paziente. È necessario essere sempre aggiornati sui vari tipi di presidi e conoscere le linee produttive, vecchie e nuove, per soddisfare al massimo le esigenze del paziente. Abbiamo ottenuto inoltre un importante riconoscimento: la codificazione della nostra prestazione, che non è più considerata una medicazione chirurgica ma una consulenza enterostomale. Non è Regionale, è un codice di prestazione registrato solo al Cup del nostro Ospedale ma sottolinea comunque il valore diverso della nostra attività specialistica. La nostra attività inoltre viene considerata libera professione e non più come orario straordinario.

**Qual è la tua maggiore soddisfazione?**

Oltre alla valorizzazione della nostra figura e al riconoscimento del nostro ruolo, la maggior soddisfazione è la soddisfazione del

paziente. Che diventa sempre più esigente nella richiesta di una elevata qualità di assistenza. La riconoscenza, il grazie, il sorriso di chi aveva la vita sconvolta ed ora si sente tranquillo dopo il nostro intervento assistenziale ripaga di tutto il lavoro che sta dietro. Certo, servirebbero risorse umane, spazi e tempi maggiori ma fare comunque bene al meglio delle nostre possibilità mi rende fiero. La domanda è purtroppo in crescita, servirebbe quindi una maggiore capacità da parte nostra di aumentare la risposta.

**Chi è il paziente stomizzato?**

È un paziente investito da un tir. Un paziente fragile, spaventato di qualcosa che non conosce. Ma che riesce a tornare, nei tempi e nei modi più diversi, ad una vita normale e a considerarsi normale grazie ad un percorso educativo e riabilitativo adeguato messo in atto da una equipe preparata. La nostra. La stomia sembra una sconfitta per il chirurgo, dopo l'atto chirurgico. Per il paziente una accettazione difficile sia se la stomia è temporanea ma ancor di più nel caso sia permanente. Il ruolo dell'infermiere diventa fondamentale proprio in questa fase delicata, l'aspetto educativo dopo quello informativo da parte del medico è una competenza infermieristica che può davvero fare la differenza per il buon esito dell'intervento assistenziale.

**Qual è il tuo bilancio personale dell'esperienza?**

Nonostante tutto quello che mi ha tolto in energia e tempo, mi ha dato molto professionalmente. Nonostante i primi tempi siano stati duri, la collaborazione da parte degli infermieri che mi hanno affiancato nel corso degli anni nella gestione dell'ambulatorio, ha permesso di portare avanti un progetto importante che merita tempo e risorse adeguate per continuare ad essere un servizio al passo con i tempi e con le esigenze dell'utenza.

**Quali sono i tuoi progetti per il futuro?**

Credo non sia troppo sperare che Vicenza diventi una realtà come Trecenta, piccolo ospedale in provincia di Rovigo con un ambulatorio di Riabilitazione Stomale attivo dal lunedì al venerdì già da anni. O almeno due volte a settimana. Che ci sia la possibilità di fare prestazioni a domicilio, che ci sia un valido supporto con l'infermiere territoriale, che riparta il servizio con lo psicologo e la dietista dedicati per nostri pazienti. Insomma che si arrivi alla realizzazione di quel progetto multidisciplinare che da tempo abbiamo in mente. Nonostante tutto sono fiducioso.





**Dott.ssa Monica Vaccaretti**  
Infermiera presso U.O. Poliambulatori  
Ulss 8 Berica e Consigliere OPI

# VULNOLOGIA: il Wound Care attraverso I principi del time e le medicazioni avanzate

**L**e ulcere cutanee rappresentano una vera e propria "piaga sociale". L'eziologia è di **2 milioni di italiani** colpiti che necessitano di cure continue ed appropriate, quando le medicazioni semplici non bastano. Recenti studi randomizzati, che hanno confrontato diversi tipi di medicazioni in relazione a lesioni con diversa eziologia, evidenziano che le **medicazioni avanzate rappresentano un'ottima strategia** per la risoluzione della ferita e per la prevenzione e gestione delle complicanze, garantendo altresì il confort del paziente in termini di tempo e dolore ed incrementando il suo grado di soddisfazione per la risoluzione del problema di salute. L'alto costo economico sostenuto dalle aziende sanitarie nelle cure per tali lesioni complesse impone ai professionisti sanitari una specifica competenza aggiornata e una adeguata appropriatezza nell'uso dei farmaci, dei dispositivi medici e dei presidi. Il ruolo dell'infermiere in questo ambito di attuale rilevanza è quanto mai fondamentale. Collaborando attivamente e in sinergia nell'equipe, egli partecipa con competenza e professionalità alla gestione della lesione e alla presa in carico del paziente.

La **Vulnologia** o **Wound Care** è una recente branca della Medicina che **si occupa dello studio del Processo di Riparazione Tessutale di piaghe ed ulcere**, cioè di quelle lesioni cutanee croniche che non tendono alla guarigione spontanea in tempi brevi (sei mesi) nonostante la messa in atto di medicazioni semplici, a causa di diversi fattori eziologici. L'insufficienza venosa ed arteriosa e la patologia diabetica ad esempio possono ritardare e complicare la guarigione di una ferita. Lo specialista vulnologo è il medico chirurgo che si occupa a 360° di tale processo che comporta la progressiva sostituzione del tessuto lesso con del tessuto cicatriziale con l'obiettivo di raggiungere una definitiva chiusura della lesione. Egli mette in atto tutte le azioni terapeutiche volte a favorire il processo di riparazione tissutale, inquadrando il paziente con una valutazione globale - attraverso un'anamnesi accurata e una completa presa in carico multidisciplinare - e coinvolgendolo attivamente con una aderenza al piano di cura e una compliance positiva. Il vulnologo adotta gli accorgimenti più idonei e mette in atto gli interventi più appropriati volti a migliorare non solo il quadro e il monitoraggio clinico della lesione ma anche la qualità di vita del paziente per un miglioramento generale degli esiti.

Il dottor Stefano Auriemma e il dottor Nicola Abbiate, cardiocirurghi presso il San Bortolo di Vicenza con un Master in Wound Care presso l'Italian Academy Wound Care di Asti, sottolineano quanto sia **importante creare una rete capillare di centri vulnologici in Italia con una continuità terapeutica e assistenziale ospedale/territorio anche attraverso un Percorso Diagnostico Terapeutico**. Gli ambulatori di Vulnologia, dedicati a pazienti portatori di dolorose e gravi lesioni che possono portare all'amputazione e a gravi stati infettivi, sono specializzati nel fornire cure secondo le più moderne terapie quali le **medicazioni avanzate**, la **pressione negativa** e la **lampada biofotonica**.

Auriemma ed Abbiate spiegano che una cura efficace basata su azioni mediche identificate con l'acronimo **WBP (Wound Bed Preparation)** ha l'obiettivo di rimuovere gli ostacoli che impediscono la regolare successione delle fasi di guarigione: l'eliminazione del tessuto necrotico, l'abbattimento della carica batterica, la modulazione dell'essudato. La valutazione del letto e del bordo della lesione, così come della cute perilesionale, segue i principi del **TIME CARE**, una classificazione che consente una corretta e tempestiva valutazione e la scelta del trattamento più idoneo ed appropriato in un'ampia gamma di prodotti a seconda della fase della lesione.

**L'obiettivo in Vulnologia è eliminare tutte le condizioni non-healing (ostacolo per la guarigione) e sviluppare e proteggere le condizioni pro-healing (favorevoli la guarigione).**

Osservazioni cliniche	Presunta patofisiologia	WBP Interventi clinici	WBP - Effetti degli Interventi clinici	Risultati clinici
<b>Tessuto necrotico o devitalizzato</b>	Difetto della matrice e residui cellulari sono di ostacolo alla guarigione	Debridement (occasionale o di mantenimento) • chirurgico, enzimatico, autolitico, meccanico o biologico	Fondo della lesione deterso e ripristinata funzionalità delle proteine della matrice extracellulare	Fondo della lesione vitale
<b>Infezione o infiammazione</b>	Elevata carica batterica a infiammazione prolungata ↑ clitochine proinfiammatorie ↑ attività protesica ↓ attività dei fattori di crescita	Rimozione dei foci infetti terapia locale/sistematica • antimicrobici • antinfiammatori • inibitori della proteasi	Riduzione della carica batterica o controllo dell'infiammazione ↓ clitochine proinfiammatorie ↓ attività protesica ↑ attività dei fattori di crescita	Controllo dell'infezione e dell'infiammazione
<b>Macerazione o secchezza, squilibrio dei fluidi</b>	Secchezza: lenta migrazione delle cellule epiteliali  Essudato in eccesso: macerazione dei margini della ferita	Applicazione di medicazioni avanzate per favorire il giusto grado di umidità  Bendaggio compressivo, pressione negativa o altri metodi per rimuovere l'eccesso di essudato	Ripristinata migrazione delle cellule epiteliali; secchezza evitata  Riduzione dell'edema, controllo dell'eccesso di essudato; macerazione evitata	Bilancio dei fluidi (essudato)
<b>Epidermide margini non proliferativi o sottominati</b>	Cheratinociti non migranti  Cellule non responsive e anomalie nell'attività delle proteasi	Riaccertare le cause o considerare terapie correttive • debridement • innesti cutanei • terapie di supporto	Migrazione dei cheratinociti e presenza di cellule responsive  Ripristino di un appropriato profilo delle proteasi	Margini epiteliali in attiva proliferazione

Il **Debridement o sbigliamento della ferita** consiste nella rimozione del tessuto necrotico cioè non vitale.

Può essere chirurgico, enzimatico, autolitico, meccanico e fisico, biologico.

Dopo aver identificato i segni e i sintomi locali e/o diffusi, l'infezione ed infiammazione della ferita viene gestita attraverso la detersione della ferita con soluzione fisiologica e con successiva antisepsi.

La gestione dell'essudato si basa sulle sue caratteristiche (trasparente, giallo ambra, torbido, cremoso, rosato e rosso, verde, giallo marrone, grigio o blu) e sulla sua quantità (assente, basso, medio o alto). Se mal gestito, l'essudato può condurre alla macerazione dei margini della ferita e/o allo squilibrio idrico con secchezza da disidratazione.

La valutazione dell'epidermide è fondamentale quando i tessuti non rispondono agli stimoli rigenerativi e di crescita.

"Il tempo - sottolinea il dottor Auriemma - è il quinto elemento del TIME: la lesione ha i suoi tempi e le medicazioni vanno sostituite al momento giusto".

La **scelta della medicazione** - che cambia di volta in volta a seconda dello stato della lesione - più idonea per ogni singolo caso, spiega il dottor Auriemma, è **un momento cruciale** del percorso di cura. E non deve dipendere solo dal giudizio soggettivo ma anche dalla qualità e dall'effettiva performance del prodotto. È fondamentale adottare criteri condivisi e procedure oggettive. I parametri e le caratteristiche funzionali delle principali medicazioni avanzate devono essere valutati in maniera non operatore dipendente.

A differenza delle medicazioni tradizionali con Garza grassa e Garza iodoformica - materiale posto a diretto contatto con la sola funzione di emostasi - le medicazioni avanzate sono materiali di copertura con caratteristiche di biocompatibilità cioè che interagiscono con il tessuto favorendo una reazione desiderata. Mantenendo un microambiente umido, promuovono il processo di riparazione tissutale, proteggono da infezioni esogene e mantengono temperatura e permeabilità costanti. Maneggevoli, pratiche e atraumatiche, le medicazioni avanzate si distinguono in primarie e secondarie. Le primarie sono presidi progettati per essere posti a contatto diretto con il letto della ferita. Le secondarie sono medicazioni di fissaggio o che vanno a supportare, interagire e completare l'azione di quella primaria.

Secondo la classificazione Nazionale Dispositivi (CND), le medicazioni avanzate si suddividono in:

- **A contenuto salino:** ipertoniche, sono garze impregnate con cristalli di sale al 20%. Il potere osmotico del sale sbriglia la necrosi e la fibrina. Hanno azione battericida.
- **Alginati:** fibre in tessuto non tessuto derivate da alghe marine. Soffici e lanose, a contatto con l'essudato diventano un gel. Hanno proprietà emostatiche. Se con argento hanno azione battericida.
- **Idrocolloidi:** promuovono la crescita del tessuto di granulazione
- **Idrofibre:** a base di Carbossimetilcellulosa sodica

- **Gel idrofilo:** contengono alta percentuale di acqua (fino all'80%), stimolano il debridement autolitico per effetto della macerazione dell'acqua
- **Poliuretano:** in schiuma e in film (pellicola)
- **Carbone attivo**
- **Collagene animale**
- **Interattive**

Per una scelta consapevole e razionale della medicazione più idonea è necessario tener conto di alcune caratteristiche: la capacità di gestione dei fluidi, la capacità di assorbimento con eccesso di liquido, la traspirabilità, l'impermeabilità, l'elastocompressione, la variazione di volume, la propagazione laterale con rischio di danneggiamento della cute perilesionale, la capacità di convogliare l'essudato assorbito verso la superficie esterna, la capacità di mantenimento dell'integrità cutanea a contatto con l'essudato.

I dati epidemiologici sottolineano che gli ambulatori di Vulnologia, dove già attivi da decenni in alcune realtà italiane, rappresentano un **indispensabile punto di riferimento per i pazienti affetti da lesioni cutanee croniche ed acute**. L'attività clinica assistenziale in questi centri, con personale sanitario altamente specializzato, documenta la rilevanza sociale del fenomeno in continua crescita e il grado di soddisfazione della qualità del percorso terapeutico e dei risultati raggiunti da parte dell'utenza.



**Bibliografia**

- Guida pratica all'utilizzo delle medicazioni avanzate nel wound care. <http://www.aiuc.it>
- Medicazioni avanzate per la cura delle lesioni cutanee. <http://www.Nurse24.it>
- Le medicazioni avanzate sul trattamento delle ferite acute e croniche. <http://salute.regione.EmiliaRomagna.it>



**Dott.ssa Arianna Saugo**  
Master in Risk Management  
Infermiera presso Ambulatorio  
Cardiologico Ulss 8 Berica  
Ospedale di Vicenza

# ALZHEIMER: cosa accade quando un familiare si ammala il difficile percorso verso l'accettazione

L'Alzheimer porta a cambiamenti radicali l'intera famiglia di chi ne è colpito.



Foto: Milo Scramoncin, 2019

La malattia di Alzheimer porta ad una trasformazione radicale delle condizioni di vita sia a livello pratico-comportamentale che affettivo-relazionale: essa **non colpisce una sola persona ma un'intera famiglia**.

I cambiamenti che i familiari si trovano a dover affrontare sono molteplici e in tantissime circostanze entrano in gioco fattori psicologici del

familiare, pesantissimi da affrontare nel vivere quotidiano. Si diviene lentamente coscienti del fatto che la persona ammalata che fino a poco tempo prima rappresentava il "pilastro" affettivo e relazionale della famiglia non è più la stessa.

I fattori psicologici a cui può andare incontro un familiare di una paziente con Alzheimer possono essere tanti, diversi e soggettivi.

Da studi svolti su tale argomento nel familiare possono emergere:

- **NEGAZIONE**
- **ANSIA E IPER-COINVOLGIMENTO**
- **SENSO DI COLPA**
- **RABBIA**
- **SENSO DI DOLORE E IMPOTENZA**
- **ACCETTAZIONE**

**NEGAZIONE**

La negazione è data da un rifiuto di credere vero ciò che sta accadendo. Il familiare pensa che la malattia non sia Alzheimer. Nei colloqui possono emergere tali enunciati "sta benissimo, probabilmente è depresso".

Il distacco emotivo può venire dato considerando il problema non proprio assumendo atteggiamenti di allontanamento ed egocentrismo. Esempio: "Si deve arrangiare, io vivo la mia vita."

Tale negazione potrebbe diventare dannosa. Infatti può portare da una parte a sottoporre il malato a continui accertamenti e valutazioni, dall'altra a rimandare gli esami diagnostici necessari per la paura di conferme circa l'effettiva presenza di un disturbo; entrambi questi comportamenti, però, causano un ritardo nella presa in carico della persona.

**ANSIA E IPER-COINVOLGIMENTO**

Essa è connessa al "bisogno di fare" per avere costantemente la mente occupata. Si concretizza anche in comportamenti iperattivi, ma è data dalla mancanza di fiducia nei confronti di chi assiste la persona. Il familiare teme che "gli altri non sanno fare come lui" e si sostituisce in ogni attività assistenziale al malato di Alzheimer. Tale comportamento iperprotettivo potrebbe fare perdere all'assistito ogni minima capacità residua.

È dunque opportuno lasciare che il paziente continui a svolgere le attività in cui ancora riesce, facendo in modo che si senta competente e che le sue potenzialità vengano mantenute più a lungo grazie all'allenamento continuo.

**SENSO DI COLPA**

Il senso di colpa può manifestarsi per diverse motivazioni:

- per aver perso la pazienza;
- per aver provato vergogna in risposta alla condizione e al comportamento del malato;
- ricordare alcune situazioni contrastanti;
- aver desiderato che tutto finisse.

La consapevolezza del familiare riguardo a tale sentimento, comune a tutte le persone che assistono un malato di Alzheimer, è importante perché può aiutarlo a riconoscere e accettare i propri limiti rispetto alla convivenza con questa malattia.

Il familiare **dovrebbe impedire alla malattia di divenire il centro della sua vita.**

**RABBIA**

Si tratta di un sentimento di forte delusione che si trasforma in "irritazione".

Si vorrebbe riportare il malato alla condizione "normale", ma questo desiderio, data la cronicità della malattia, rimane utopia. "Ci si arrabbia con se stessi perché ci si vede impotenti".

A volte il familiare si può arrabbiare anche con il malato, trascurando il fatto che ciò che disturba non è la persona malata, ma il suo comportamento non intenzionale e la manifestazione dei sintomi della malattia.

**SENSO DI DOLORE E IMPOTENZA**

Il sentimento di dolore ed impotenza è sovrapponibile per alcuni aspetti alla rabbia. Il dolore può insorgere forte anche dopo la morte della persona affetta da Alzheimer.

Dopo la morte del malato di Alzheimer, per i familiari la ri-organizzazione di una vita normale è difficile; a volte essa può apparire ostacolo impossibile da superare e in alcuni casi può subentrare grave depressione.

**ACCETTAZIONE**

L'accettazione è data dalla consapevolezza delle difficoltà che il paziente sta affrontando e dei cambiamenti. Bisogna sottolineare che alcuni familiari potrebbero anche non arrivare mai ad accettare la malattia.

Il risultato del processo di accettazione è una ristrutturazione delle dinamiche familiari e delle modalità organizzative e comunicative che devono diventare funzionali alla cura domiciliare del malato. Infatti il compito di assistenza è un processo molto impegnativo e richiede la continua accoglienza delle emozioni del malato e quindi delle proprie.



**FATTORI DI RISCHIO SUI QUALI SI PUÒ FARE PREVENZIONE**

È impossibile poter parlare di guarigione da malattia di Alzheimer. Alla luce di quanto riportato finora è possibile agire su alcuni aspetti di prevenzione dei disturbi psicologici per il familiare del malato di Alzheimer. Fra questi vi sono:

**EVITARE L'ISOLAMENTO SOCIALE**

Esistono sul territorio numerosi centri di aiuto, associazioni di volontariato che possono

supportare le famiglie con malati di Alzheimer. Creare fin da subito una rete sociale è di fondamentale importanza. La famiglia non si sente sola e possiede così dei punti di riferimento.

**DIMINUIRE LA SCARSA CONOSCENZA DELLA MALATTIA**

I familiari devono essere informati, adeguatamente istruiti sulla malattia e sul possibile utilizzo di servizi sia per se stessi che per il malato.

**EVITARE TENSIONI E SENSI DI COLPA**

Gli operatori sanitari devono supportare il familiare in codeste situazioni facendo capire

che la malattia non deve divenire unico scopo della loro vita.

**DIMINUIRE LA DIFFICOLTÀ DI GESTIONE DELLE SITUAZIONI CRITICHE**

- **STRESS**
- **BURNOUT**

Chi si prende cura della persona con Alzheimer non deve mai dimenticare il proprio punto di vista e il sé. Il caregiver deve trovarsi spazi e tempo per se stesso, evitando di voler essere sempre presente e vigile sulla situazione del malato.

Anche dal punto di vista legislativo, vi sono varie leggi atte a tutelare chi assiste una persona con malattia di Alzheimer. La legge 104/1992 riconosce ai familiari delle persone con handicap gravi, tre giorni di permesso lavorativo retribuito al mese. Per poter usufruire di questi permessi è necessario che il familiare sia un lavoratore dipendente, coniuge, parente o affine entro il terzo grado del paziente.

Malattie come l'Alzheimer sono impegnative da affrontare per gli scompensi che producono e che coinvolgono tutto il nucleo familiare. Per arginare il dolore è indispensabile ricorrere a tutti gli strumenti disponibili. Per i caregiver la presenza di supporti esterni fornisce la possibilità di vivere il "meno peggio possibile" nonostante una malattia dalla quale purtroppo non si ha guarigione.



# 1° Concorso Artistico

PER IL MESE SUL TEMA ALZHEIMER 2019

## “I colori e le forme per l'alzheimer donati da anima, cuore e mani”

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche OPI di Vicenza bandisce un CONCORSO ARTISTICO, quale iniziativa di promozione e sensibilizzazione sull'Alzheimer e il declino cognitivo che si svolgerà nel mese di settembre/ottobre 2019.

In particolare il concorso è finalizzato alla raccolta di materiale artistico inedito, da poter esporre con lo scopo di diffondere la conoscenza e le possibilità di approccio all'Alzheimer, patologia nei nostri giorni in continuo incremento.

Il concorso è gratuito e aperto a tutti gli artisti ed appassionati senza limiti di età e nazionalità.

**CARATTERISTICHE DELLE OPERE, MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE E TERMINI DI PRESENTAZIONE**

Le opere dovranno riportare TITOLO e NOMINATIVO DELL'AUTORE e non dovranno superare la misura massima 30x40cm con o senza eventuale cornice

Possono essere presentate le seguenti opere:

- Disegni con qualsiasi tecnica
- Pittura su tela con qualsiasi tecnica
- Sculture in legno
- Sculture con tecnica sbalzo
- Incisioni su qualsiasi lastra
- Opere a tutto tondo purchè rispettanti le misure 30base x 40altezza x 30 profondità.

Le opere, la scheda di partecipazione compilata e il modulo per il trattamento dei dati personali firmato, dovranno essere accuratamente imballate e spedite con raccomandata A/R o consegnare a mano entro e non oltre il 30 SETTEMBRE 2019 a:

OPI, ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI VICENZA viale Trieste 29/C Vicenza

(Per i minorenni la scheda dovrà essere firmata dal genitore o chi ne fa le veci).

Sulla busta deve essere chiaramente indicata la dicitura:

**CONCORSO ARTISTICO OPI VICENZA “I COLORI E LE FORME PER L'ALZHEIMER DONATI DA ANIMA, CUORE E MANI”**

**COMMISSIONE GIUDICATRICE**

Le opere verranno sottoposte ad una prima selezione e le migliori 30 esposte in concomitanza dell'evento promosso da OPI VICENZA di cui giorno, location ed ora verranno comunicati ai partecipanti. Di queste 30 un'apposita Commissione di esperti CRITICI D'ARTE valuterà le migliori in base a criteri tecnici e di aderenza al tema.

**MOTIVI DI ESCLUSIONE DAL CONCORSO**

- il mancato rispetto del termine ultimo di presentazione
- la mancata indicazione dei dati richiesti sul retro delle opere o la mancata sottoscrizione della scheda di partecipazione
- l'invio di opere non conformi ai requisiti tematici stabiliti dal bando.
- appartenza al Consiglio Direttivo e Consiglio Regionale Coordinamento OPI e loro familiari.

**PREMIAZIONE**

Le opere vincitrici saranno premiate, giorno e luogo della premiazione verranno comunicati ai vincitori con comunicazione scritta.

La partecipazione al concorso implica l'accettazione del presente bando.

Ogni partecipante è responsabile delle opere presentate e di quanto dichiarato nella scheda di partecipazione: esse devono essere di proprietà dell'autore, inedite, nuove, originali e non in corso di pubblicazione.

Ogni partecipante si impegna al ritiro dopo 60 giorni dalla premiazione della propria opera svincolando in tal modo OPVICENZA da spedizioni delle stesse al mittente.

Il presente bando, unitamente alla scheda di partecipazione e al modulo per il trattamento dei dati personali possono essere scaricati dal sito: [www.opivicenza.it](http://www.opivicenza.it)

## SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

1° CONCORSO ARTISTICO PER IL MESE SUL TEMA ALZHEIMER 2019

**“I COLORI E LE FORME PER L'ALZHEIMER DONATI DA ANIMA, CUORE E MANI”**

COGNOME: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

MAIL: \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO: \_\_\_\_\_

TITOLO DELL'OPERA: \_\_\_\_\_

BREVE DESCRIZIONE DELL'OPERA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Con la presente scheda chiedo la partecipazione al 1° CONCORSO ARTISTICO PER IL MESE SUL TEMA ALZHEIMER:  
“I COLORI E LE FORME PER L'ALZHEIMER DONATI DA ANIMA, CUORE E MANI ” 2019 e autorizzo OPI VICENZA  
al trattamento dei miei dati personali conformemente alle disposizioni di legge in materia di protezione dei dati personali ai sensi  
degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/16, modulo da scaricare dal sito [www.opivicenza.it](http://www.opivicenza.it) e allegare firmato.*

FIRMA LEGGIBILE

# *Infermieri* NOTIZIE DALL'OPI VICENZA *Informati*



OPI Ordine Professioni Infermieristiche Vicenza  
Viale Trieste, 29/C - 36100 Vicenza - Tel. 0444 303313 - Fax 0444 514311  
vicenzaopi@opivicenza.it - PEC: vicenza@cert.ordine-opi.it  
[www.opivicenza.it](http://www.opivicenza.it)