

DA UN DISAGIO AD UN DOCUMENTO

WORK SHOP CURE PALLIATIVE E COMUNICAZIONE CONGRESSO SIAN 2023

D.SSA MARISA PEGORARO

INFERMIERA SENIOR DI AREA NEFROLOGICA

PAST PRESIDENT SIAN-EDTNA/ERCA



RICCIONE
8-9-10 MAGGIO 2023
HOTEL CORALLO
VALE GRAMSCI, 113



RICCIONE
8-9-10 MAGGIO 2023
HOTEL CORALLO
VALE GRAMSCI, 113



IN UN CONTESTO CHE CAMBIA NON POSSIAMO ESSERE GLI INFERMIERI DI PRIMA

CODICE DEONTOLOGICO 2019
Professione intellettuale
Relazione come strumento di cura

Legge 38/2010 e fine vita e cure palliative
Legge 219/2017 DAT & pianificazione condivisa

DOCUMENTO CONDIVISO
SICP SIN-SICP 2016

I dati del «morire in dialisi» raccolti dai vari centri

Documento di consenso SICP SIAN

Q

CODICE DEONTOLOGICO 2019

estratti

INFERMIERE come AGENTE ATTIVO NEL CONTESTO SOCIALE (art 1)

Azione orientata alla persona, alla famiglia, alla collettività (art 2)

Rispetto delle varie culture o loro considerazioni di salute e malattia (art 4)

Relazione come tempo di cura (art.4)

Azione proattiva della valutazione dei dilemmi etici (art 5)

Uso della clausola di coscienza (art 6)

Partecipazione/proposizione di attività di ricerca/sperimentazione (art 9)

Uso conoscenze validate, studio e pensiero critico (art 10)

Collaborazione con altre professioni /professionisti (art 12)

Condivisione delle informazioni con la persona assistita a supporto delle scelte consapevoli di cura (art 13, 17,18, 19)

Cura del fine vita (art 24 e rispetto dei voleri della persona relativi al fine vita (art 25)

Responsabilità e partecipazione a scelte dei modelli organizzativi, assistenziali e di cura (art 30)



Q

DOCUMENTO CONDIVISO

SICP- SIN

2016

- INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE
- EMERGENZA DI BISOGNI DI NATURA PSICOLOGIA, SOCIALE E SPIRITUALE SEMPRE PIÙ EVIDENTI
- FORTI IMPLICAZIONI ETICHE DI CARATTERE CLINICO ED ASSISTENZIALE
- RICORSO FREQUENTE ALLE CURE CONSERVATIVE NEFROLOGICHE, NON COME «NON TRATTAMENTO», MA PIUTTOSTO IN CONCOMITANZA AL «PRENDERSI CURA» DELLA PERSONA NEL FINE VITA
- NECESSITA' DI CURE PALLIATIVE CON APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ATTRAVERSO UN PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO E SIMULTANEO



DOCUMENTO CONDIVISO SICP- SIN

2016

- IL 70% DEI PAZIENTI IN STADIO 5 DELLA MALATTIA RENALE SONO ULTRA SETTANTENNI, HANNO PIÙ DI 3 COMORBIDITA' E LE LORO ASPETTATIVE DI VITA SPESSO SONO MINORI DI QUELLE DI SOGGETTI AFFETTI DA FORME TUMORALI
- PRIMA DI INIZIARE UN TRATTAMENTO SOSTITUTIVO È INDISPENSABILE UNA DISCUSSIONE CON IL PAZIENTE ED I FAMILIARI SULLE PROSPETTIVE TERAPEUTICHE E GLI OBIETTIVI DI CURA
- DIFFICILE DEFINIRE L'ESATTA TRAIETTORIA DI CURA DATA LA NATURA CRONICO DEGENERATIVA DELLA MALATTIA.
- NECESSITÀ DI UTILIZZARE STRUMENTI VALIDATI PREDITTIVI DI MORTALITÀ (CHARSTON, KARNOFSKY, ALBUMINEMIA)

Fattori prognostici negativi:

- età avanzata : > 75 a
- tipo e severità delle comorbidità associate : >2, CCI > 8.
- malnutrizione severa : alb < 2,5 g/dl, BMI <18,5
- grave compromissione cognitiva:
- ridotta autonomia funzionale : Karnofsky < 40
- comparsa di eventi sentinella (es ripetute ospedalizzazioni)

Q

DOCUMENTO CONDIVISO SICP- SIN

2016

IDENTIFICAZIONE PRECOCE DELLE PERSONE E DELLE CONDIZIONI DI CRITICITÀ SEVERA

- Risposta negativa alla domanda sorprendente (saresti sorpreso se no, non lo sarei)
- Uso di indicatori prognostici generali
- E specifici per patologia nefrologica



Valutazione Multi Dimensionale (VMD)

- Diverse figure professionali coinvolte
- Ripetuta periodicamente
- Poter accompagnare il paziente nelle diverse fasi della malattia e dei contesti assistenziali

Variabili associate ad un aumento di morte a 6 mesi nei pazienti prevalenti in emodialisi

Variabile	HR	IC 95%
Domanda sorprendente (no, vs si)	2,71	1,75-4,17
Albuminemia (per ogni 0,1 gr< di 3,5)	0,27	0,15-0,50
Età (per ogni 10 anni oltre i 16)	1,36	1,17-1,57
Malattia vascolare periferica (si, vs no)	1,88	1,24-2,84
Demenza (si, sv no)	2,24	1,11-4,48

PEPSI	COLA
P: Physical	C: Control and autonomy
E: Emotional	O: Out of hours (continuità h.24)
P: Personal	L: Living with your illness
S: Social	A: After care
I: Information & communication	

DIMENSIONE	STRUMENTO	OPERATORE
Stato funzionale	Karnmfsky, ADL. IADL	Medico e/o Infermiere
Stato cognitivo	MMSE	Medico
Sintomi	ESAS + R	Autocompilazione del pz o con aiuto
Valutazione nutrizionale	Mini Nutritional Assessment	Medico e/o Dietista
Dimensione Psicologica	Colloquio	Psicologo
Dimensione Sociale	Intervista Colloquio Valutazione ambiente di vita	Assistente sociale e/o Medico e/o Infermiere

PROPOSTA DI UTILIZZO DI VARI STRUMENTI DI RILEVAZIONE, DA PARTE DI VARIE FIGURE PROFESSIONALI NON VINCOLANTI, A SCELTA, CRITERIO E DISPONIBILITÀ DEL SERVIZIO

DOCUMENTO CONDIVISO SICP-SIN 7 SUGGERIMENTI OPERATIVI

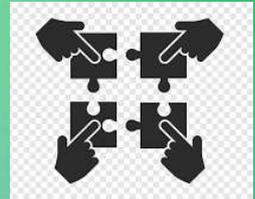
- Pianificazione condivisa delle cure riportata in cartella
 - Veridicità nella comunicazione delle condizioni cliniche
 - Coerenza tra comunicazione e comportamenti
 - Cura delle emozioni e prevenzione dei conflitti
- Non iniziare la dialisi se i dati oggettivi lo sconsigliano, anche se il pz lo richiedesse. Parimenti non iniziare la dialisi se il paziente non è consenziente
- Non prolungare il processo del morire con mezzi sproporzionati.
- Garantire supporto nefrologico e cure palliative di fine vita
- Coinvolgere il tutore legale o i famigliari in caso di incapacità del soggetto (in assenza di disposizioni)
- Stabilire una procedura di riferimento per i casi di conflitto tra i desideri del paziente e quelli della famiglia
- Nei casi di dubbia efficacia il trattamento potrà essere iniziato per un periodo limitato, valutando gli esiti



DATI CONDIVISIBILI

- **ELEVATO NUMERO DI DECESSI DEI PAZIENTI NEFROPATICI CRONICI IN OSPEDALE.**

- Abitudine di fare riferimento al servizio sia per situazione acute che croniche
- Difficoltà del personale di affrontare argomenti relativi al morire,
- Scarsa disponibilità di accesso alla rete locale delle Cure Palliative
- Mancanza di coordinamento tra i servizi ospedalieri e territoriali



- **AREE DI IMPLEMENTAZIONE**

- Migliorare gli strumenti di comunicazione
- Considerare gli aspetti psicologico-spirituali
- Controllo dei sintomi e del fine vita
- Supporto al lutto



Documento valutato positivamente da noi infermieri SIAN. Esprimeva un disagio noto e vissuto. Un disagio che anche noi dovevamo explicitare..... Insieme alla volontà di essere una parte professionale attiva/propositiva



Vennero presi contatti con la SICP per immettere la voce infermieristica nella discussione generale e nazionale «completare ed armonizzare» il documento ed aggiungere eventualmente «altro»

GLI OBIETTIVI DEL NOSTRO DOCUMENTO

RENDERE TANGIBILE UN «PERCEPITO» INFERMIERISTICO

ESSERE PARTI PROATTIVE DI UN PROCESSO DI CAMBIAMENTO
DI FOCUS ASSISTENZIALE: DALLA MALATTIA ALLA PERSONA

ARMONIZZARE LE COMPONENTI TECNICHE CON QUELLE
UMANE E RELAZIONALI

*grazie a Cesarina Prandi per l'immediato, positivo e
sostanziale supporto*



Q

ARGOMENTAZIONI BASILARI

- COSA SONO LE CURE PALLIATIVE IN AREA NEFROLOGICA
- QUALI STRUMENTI UTILIZZARE PER IL MONITORAGGIO ED IL SOSTEGNO NUTRIZIONALE AVANZATE
- COME DIALOGARE CON GLI ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI
- COME «ASCOLTARE» I SILENZI DELLE EMOZIONI TACIUTE
- COME RELAZIONARSI CON I FAMILIARI CARE-GIVER?
- COME DARE DIGNITÀ ALLA MORTE DOPO ANNI DI LOTTA E RESILIENZA?
- E' POSSIBILE POTER ESSERE UN INFERMIERE «OLISTICO» & «SPECIALISTICO» AL CONTEMPO?



1. COSA SONO LE CURE PALLIATIVE



COSA SONO LE CURE PALLIATIVE :

- PER TRATTAMENTI PALLIATIVI SI INTENDONO INTERVENTI **FINALIZZATI AL SOLLIEVO DEL DOLORE**, ALLA **POSSIBILITÀ DI DECIDERE IL LUOGO DEL DECESSO**, AD AVERE **ACCESSO A UNA COMUNICAZIONE ADEGUATA** ALLA SITUAZIONE, AD OTTENERE **SOSTEGNO PER I PARENTI**
- IN AREA NEFROLOGICA SI ESPLICANO IN **TUTTE LE FASI DEL PERCORSO DI MALATTIA**
 - PRE DIALISI – TRATTAMENTI CONSERVATIVI PROTRATTI-
 - NEI PAZIENTI INCIDENTI, CRITICI CON PROGNOSI DUBBIA - DIALISI DI PROVA –
 - NEI PAZIENTI PREVALENTI, IN DECADIMENTO - DIALISI DECREMENTALI E CURE PALLIATIVE SIMULTANEE
 - NEI PAZIENTI CHE RIFIUTANO LA DIALISI – ESAURIMENTO DEL TX - CON CURE PALLIATIVE



Q

BISOGNO EMERGENTE DI CURE PALLIATIVE



- L'OMS RACCOMANDA UNA MIGLIORE INTEGRAZIONE DEI TRATTAMENTI PALLIATIVI CON LE CURE TRADIZIONALI LA DEFINIZIONE DI CURE PALLIATIVE SI È EVOLUTA ED OGGI INCLUDE TUTTE LE MALATTIE O CONDIZIONI LIMITANTI.
- E' STATO DIMOSTRATO CHE I TRATTAMENTI PALLIATIVI RIDUCONO I COSTI, MIGLIORANO IL BENESSERE DEL PAZIENTE E SUPPORTANO LA SCELTA DEL MALATO RIGUARDO AL LUOGO DEL DECESSO
- A TAL FINE È NECESSARIO RENDERE DISPONIBILI PER TUTTI I MALATI CON CONDIZIONI CRONICHE PROGRESSIVE E A LUNGO TERMINE I TRATTAMENTI DI CURE PALLIATIVE



Q

COMPONENTI BASILARI DEL CONTESTO

- la crescente importanza dei diritti, delle preferenze e le possibilità di scelta dell'individuo;
- assicurare l'accesso alle cure palliative ai gruppi più fragili
- sviluppare programmi per migliorare la qualità delle cure palliative
- migliorare la consapevolezza, l'educazione e la formazione degli operatori sanitari
- aumentare la consapevolezza della popolazione verso le tematiche etiche e le scelte offerte dall'implementazione delle cure palliative
- Attivare tipologia di ricerca e sviluppo sulle cure palliative che possono aiutare nella formulazione delle politiche sanitarie



«ROAD MAP» PER I PROFESSIONISTI (CONTENUTI DEL DOCUMENTO)

1. **APPLICARE I PRINCIPI BASILARI DI RISPETTO DELLA PERSONA**
2. **IDENTIFICARE IL MALATO IN CONDIZIONI IDONEE PER IPOTIZZARE LE CURE PALLIATIVE;**
3. **ATTUARE ASSISTENZIALI NEL MALATO CON MALATTIA RENALE CRONICA;**
4. **COMUNICARE ADEGUATAMENTE CON IL MALATO E LA FAM**
5. **INTERAGIRE ALL'INTERNO DEL TEAM DI CURE E CON GLI ALTRI ATTORI DEL SISTEMA E DELLA RETE ASSISTENZIALE**
6. **COME PREPARARSI ALLA MIGLIORE ASSISTENZA INFERMIERISTICA AI MALATI CON MALATTIA RENALE AVANZATA**



1) PRINCIPI BASILARI DI RISPETTO DELLA PERSONA

CENTRALITÀ DEL MALATO: ABBANDONARE IL PARADIGMA BIO-TECNICO ED IMPLEMENTARE ATTEGGIAMENTI /MODELLI PROFESSIONALI PIÙ OLISTICI, CHE METTANO LA PERSONA AL CENTRO DEL «CARE»

CENTRALITÀ DELLA RELAZIONE CON IL MALATO E LA FAMIGLIA . FAR EMERGERE PENSIERI NEGATIVI, LE DIFFICOLTÀ DELLA PERSONE E DEL GRUPPO



APPLICARE I PRINCIPI CHE REGOLANO LE CURE DEI MALATI CRONICI : LE TRAIETTORIE DI ANDAMENTO

INTERROGARSI RISPETTO AI RISULTATI (OUTCOMES) : RACCOGLIERE I DATI E VALUTARLI

LAVORARE IN TEAM : LE QUESTIONI ETICHE, LE DOMANDE SCONVOLGENTI... SI AFFRONTANO IN MODO EFFICACE E EFFICIENTE SE FATTO TRA PROFESSIONISTI DIVERSI

2) IDENTIFICARE IL MALATO IN CONDIZIONI IDONEE PER LE CURE PALLIATIVE

- **VALUTARE PERIODICAMENTE** LE CONDIZIONI DEL PAZIENTE (OGNI 1-3-6 MESI...PIÙ IL PAZIENTE È FRAGILE, PIÙ FREQUENTI SARANNO LE VALUTAZIONI)
- **UTILIZZO DI QUESTIONARI VALIDATI** , CHE SONDANO ASPETTI DIVERSI DELLA PERSONA E DELL'ANDAMENTO DELLA PATOLOGIA

DIMENSIONE	STRUMENTO	OPERATORE
Stato funzionale	Karnofsky, ADL IADL	Medico e/o Infermiere
Stato cognitivo	MMSE	Medico
Sintomi	ESAS + R	Autocompilazione del pz o con aiuto
Valutazione nutrizionale	Mini Nutritional Assessment	Medico e/o Dietista
Dimensione Psicologica	Colloquio	Psicologo
Dimensione Sociale	Intervista Colloquio Valutazione ambiente di vita	Assistente sociale e/o Medico e/o Infermiere



- **DOMANDA SORPRENDENTE:** «TI SORPRENDEREBBE SE QUESTO PAZIENTE MORISSE NEI PROSSIMI 3-6-12 MESI?»



3) ATTUARE INTERVENTI ASSISTENZIALI NEL MALATO CON MALATTIA RENALE CRONICA (1)

- **ACCOMPAGNAMENTO** : DURANTE IL TRANSITO TRA I VARI SERVIZI E TEMPI DELLA MALATTIA
- **PRESA A CARICO** : CONTINUITÀ ASSISTENZIALE RISPETTO LE SCELTE DI TRATTAMENTO
- **COLLEGAMENTO FRA I SERVIZI** : ALL'INTERNO DELL'OSPEDALE E FUORI DA ESSO, CON I SERVIZI SOCIO-SANITARI
- **CURE SIMULTANEE** : COESISTENZA DI TRATTAMENTI DI DIALISI INSIEME A TRATTAMENTI ANTALGICI, SINTOMATICI, PALLIATIVI



3) ATTUARE INTERVENTI ASSISTENZIALI NEL MALATO CON MALATTIA RENALE CRONICA (2)

- **CONDURRE CONVERSAZIONI SULLE DECISIONI DA PRENDERE**: PARLARE CON IL MALATO E LA FAMIGLIA RISPETTO LA TRAIETTORIA DELLA MALATTIA, LE LORO PRIORITÀ, LE PREFERENZE
- **CONCENTRARSÌ SUL COMFORT** : PRIVILEGIARE GLI INTERVENTI ORIENTATI AL COMFORT DEL MALATO E DELLA SUA FAMIGLIA, PIUTTOSTO CHE ALL'EFFICIENZA DEL TRATTAMENTO SPECIFICO
- **APPROCCIO PROATTIVO DEL NURSING** : APPROCCIO ASSISTENZIALE ORIENTATO A PREVENIRE COMPLICANZE E SOFFERENZE, PIUTTOSTO CHE ASPETTARE LE ACUZIE
- **PROCEDURA DECISIONALE** : DEFINIZIONE DI UNA SEQUENZA DI PROCEDURE CHE IL TEAM ADOTTA PER COINVOLGERE NEL PROCESSO DECISIONALE LA PERSONA, I FAMIGLIARI E GLI OPERATORI QUALORA SI DECIDA DI INIZIARE/SOSPENDERE/MODIFICARE I TRATTAMENTI DIALITICI E I CONTROLLI DIAGNOSTICI AD ESSI COLLEGATI





.....PROCEDURA DECISIONALE..1

LA PROCEDURA, INDIPENDENTEMENTE DALLE CARATTERISTICHE LOCALI DI ASSISTENZA, DEVE PREVEDERE:

- LA DEFINIZIONE DI **UN GLOSSARIO** VALIDO PER TUTTI I COMPONENTI DEL TEAM CHE COMPRENDA CONCETTI “CONSUETI E INCONSUETI” PER UN CONTESTO ALTAMENTE TECNOLOGICO. (PRESENTE ESEMPIO IN TABELLA 1)
 - LA CONSIDERAZIONE IN **TEAM MULTIDISCIPLINARE** DI ELEMENTI RELATIVI ALLA CONDIZIONE CLINICA, I BENEFICI ATTESI, I DANNI (ANCHE IN TERMINI DI SOFFERENZA), LA QUALITÀ DELLA VITA, IL BENESSERE PSICOLOGICO, RELAZIONALE, SPIRITUALE E SOCIALE DELLA PERSONA UTILIZZANDO STRUMENTI DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE. (PRESENTE ESEMPIO IN TABELLA 2)
 - **L'UTILIZZO FREQUENTE E RIGOROSO DI STRUMENTI DI VALUTAZIONE** DEL DOLORE UNI O MULTIDIMENSIONALI E DELLA QUALITÀ DI VITA, DA PARTE DELL'INFERMIERE, ATTRAVERSO STRUMENTI AGILI MA IL PIÙ POSSIBILE SPECIFICI
 - **LA VERIFICA SISTEMATICA** CONFRONTANDOSI IN TEAM, RISPETTO ALL'EVOLUZIONE CLINICA DEGLI OBIETTIVI DEI TRATTAMENTI IMPOSTATI E IL LORO AGGIORNAMENTO
- 



.....PROCEDURA DECISIONALE ..2

• LA “**RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA**”, COSÌ COME INDICATO DAL MINISTERO DELLA SALUTE, PER INDIVIDUARE PRECOCEMENTE TRATTAMENTI INAPPROPRIATI O RISCHIOSI.

• LA **FLESSIBILITÀ ORGANIZZATIVA** DELL'EQUIPE INFERMIERISTICA BASATA SU DUE CARDINI:

- 1) IL RAPPORTO INFERMIERE/NUMERO DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO DIALITICO DEVE ESSERE VALUTATO CON UN APPROCCIO PER **INTENSITÀ ASSISTENZIALE** (VEDI ESEMPIO IN TABELLA 3)
 - 2) IL TEMPO PER L'APPLICAZIONE DI UN'ASSISTENZA DI QUALITÀ È FATTORE IMPRESCINDIBILE DELLA STESSA. **IL TEMPO DEDICATO ALL'INFORMAZIONE, ALLA COMUNICAZIONE ED ALLA RELAZIONE È TEMPO DI CURA E DEVE COMMISURARE L'ORGANICO IN TERMINI DI QUANTITÀ E DI QUALITÀ** (COMPETENZE SPECIFICHE) IN MODO ADEGUATO: POSSONO ESSERE PRESI IN CONSIDERAZIONE INFERMIERI CON MASTER IN CURE PALLIATIVE DA INSERIRE NELL'ORGANICO COME REFERENTI INTERNI DEL TEAM O SI PUÒ RICORRERE A CONSULENTI ESTERNI. DEVE ESSERE VALUTATA INOLTRE LA NECESSITÀ DI POTENZIARE IL PERSONALE AUSILIARIO DI SUPPORTO.
- 

4) COME COMUNICARE CON IL MALATO E LA FAMIGLIA

- **SVILUPPARE FIDUCIA** ATTRAVERSO UNA COMUNICAZIONE AUTENTICA
- **ATTIVARE LE RISORSE RESIDUE** PERCHÉ ATTRAVERSO DI ESSE CONTINUA LA POSSIBILE AUTONOMIA
- **INFORMARE E COINVOLGERE** SPIEGANDO LE TERAPIE , LE MANOVRE....
- **DARE E RICEVERE FEEDBACK** IN UN CONTINUOUM DI RELAZIONE
- **FAVORIRE L'ESPRESSIONE DEI SENTIMENTI** CREANDO LUOGHI E MOMENTI «NON PUBBLICI»
- **VICINANZA E PROSSIMITÀ DELLE PERSONE CARE** : FAVORENDO LA PRESENZA FISICA DURANTE I TRATTAMENTI IN CONCOMITANZA CON L'USO DI SPAZI PARTICOLARI
- **ASCOLTARE LE VOLONTÀ DEL MALATO:** ACCONDISCENDENDO ALLE SUE RICHIESTE, PER QUANTO POSSIBILE



5) COME INTERAGIRE ALL'INTERNO DEL TEAM DI CURE E CON GLI ALTRI ATTORI DEL SISTEMA E DELLA RETE

- **LA COMUNICAZIONE IN TEAM DI CURA:** CREARE UN GRUPPO DI C.P ALL'INTERNO DEL SERVIZIO
- **DISCUSSIONE DEI CASI DEI MALATI** : INCONTRARSI PERIODICAMENTE PER DISCUTERE I CASI
- **COINVOLGERE L'ÉQUIPE DI CURE PALLIATIVE:** UTILIZZARE CONSULENZE SPECIFICHE
- **CONNETTERE GLI ATTORI DEL SISTEMA DI CURE** : CONDIVIDERE PROTOCOLLI, APRIRE A TUTTE LE POSSIBILI SOLUZIONI CLINICHE, SOCIALI, TERRITORIALI
- **ATTIVARE ALTRI PROFESSIONISTI:** IN BASE ALLE ESIGENZE PSICOLOGO, ASSISTENTE SOCIALE



6) COME PREPARARSI ALLA MIGLIORE ASSISTENZA INFERMIERISTICA AI MALATI CON MALATTIA RENALE AVANZATA



- RIFERIRSI AL «CORE COMPETENCE» ITALIANO DELL'INFERMIERE IN CURE PALLIATIVE (CCIICP)
- ATTUARE STRUMENTI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA: LA MAPPA DELLE COMPETENZE CCIICP E QUESTIONARIO COMPETENZE PROFESSIONALI INFERMIERI IN CURE PALLIATIVE CCICP
- LA FORMAZIONE IN CURE PALLIATIVE È RICHIAMATA NELLA LEGGE 38/2010 ARTICOLO 8 E A LIVELLO EUROPEO SONO DISPONIBILI INDICAZIONI PER LA FORMAZIONE DI COMPETENZE TRASVERSALI ALLE PROFESSIONI



.....ESSERE QUI È CERTAMENTE UN PRIMO
IMPORTANTE PASSO

GRAZIE PER L'ATTENZIONE !



DOCUMENTO SICP-SIAN DISPONIBILE PER I SOCI, CORREDATO DI BIBLIOGRAFIA