

Infermieri Informati

Collegio IPASVI di Vicenza - Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - tel/fax 0444 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale
Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46), art. 1, comma 2 - DCB Vicenza - Reg. Trib. Vicenza n. 997 del 03/04/01

Rinnovo del Consiglio Direttivo

Linee programmatiche

**del Collegio IPASVI di Vicenza
per il triennio 2006-2008**

Infermieri Informati

ISSN 1721-2456

quadrimestrale, anno VII - numero 1

Direttore Responsabile

Fanchin Gianmaria

Redazione

Bottega Andrea, Dal Degan Sonia
c/o Collegio IPASVI di Vicenza

Responsabile Editoriale

Collegio IPASVI di Vicenza
viale Trieste 29/c - 36100 Vicenza
tel/fax 0444 303313 e-mail info@vicenzaipasvi.it

Progetto Grafico e Stampa

Edizioni MAXIMUS
tel. 0444 624070 - fax 0444 809825
e-mail info@edizionimaximus.com

Abbonamenti

Le richieste di abbonamento vanno inviate al Responsabile Editoriale (Collegio IPASVI di Vicenza). Il costo dell'abbonamento annuo è: 20 € per le persone fisiche e 40 € per Enti ed Associazioni (+ 25% per l'estero)

Diritti

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

Copertina

Villa Da Porto Colleoni - Thiene (Foto: G. Zaltron 2006)

Norme Editoriali per le proposte di pubblicazione

Verranno presi in considerazione solo lavori originali (non pubblicati in precedenza) il cui contenuto sia di chiaro interesse professionale-scientifico infermieristico.

La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile della Redazione, la quale si riserva facoltà di apportare piccole modifiche nel contenuto e/o nella forma, comunque in accordo con gli autori.

Ogni articolo esprime l'idea degli autori, i quali si assumono la piena responsabilità di quanto scritto.

Note tecniche: il materiale dovrà pervenire in formato elettronico (word o rtf) via e-mail o su floppy disk, completo di eventuali tabelle o immagini allegate (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserzione di ogni allegato).

Ogni pagina dovrà essere numerata e nella prima dovrà comparire:

- titolo dell'articolo
 - autori (nomi completi e qualifiche professionali)
 - data di completamento del lavoro
 - recapiti per eventuali contatti (telefono, fax, e-mail)
- La bibliografia va inserita nell'ultima pagina seguendo i seguenti criteri:

- per le riviste: cognome e nome degli autori, titolo dell'articolo, nome della rivista, numero e anno di pubblicazione.
- per i libri: cognome e nome degli autori, titolo del libro, casa editrice, anno di pubblicazione.
- per gli atti: titolo dell'evento, città, data.

Quando il lavoro coinvolge, a vario titolo, l'Istituzione di appartenenza degli autori o soggetti diversi dagli autori, è necessario allegare una liberatoria scritta dai relativi responsabili.

Il materiale inviato non verrà restituito in alcun caso.

Collegio IPASVI di Vicenza - Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - tel/fax 0444 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale - Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46), art. 1, comma 2 - DCB Vicenza - Reg. Trib. Vicenza n. 997 del 03/04/01

EDITORIALE	3	SOMMARIO	10	IL SOGNO DI PADRE GIUSEPPE CAROLLO E L'INCONTRO DI NADIA CON L'ECUADOR
LINEE PROGRAMMATICHE 2006-2008	4		12	CLIENTE - INFERMIERE A CONFRONTO DURANTE IL TRIAGE
PROGETTO FORMAZIONE 2006	6		15	ASSEMBLEA ANNUALE ISCRITTI: PRESENTAZIONE DEI BILANCI
GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE 2006	7		18	DA COLLEGIO A ORDINE: L'INIZIO DI UNA NUOVA RIFORMA
L'INFERMIERE PUÒ PRELEVARE IL SANGUE (da QN Economia&Politica)	9		22	INFORMAZIONI DI SEGRETERIA E AGENDA CORSI E.C.M. 2006



UNA DATA IMPORTANTE PER GLI INFERMIERI

Elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo del Collegio (Ordine) IPASVI di Vicenza

In queste date si sono svolte le elezioni per individuare i 15 componenti del Consiglio Direttivo e i 3 componenti del Collegio dei Revisori dei Conti dell'Ordine provinciale degli Infermieri di Vicenza

(IPASVI). Le persone individuate a rappresentare la professione infermieristica nel prossimo triennio (2006/2008) in seguito al primo consiglio direttivo tenutosi lunedì 30 gennaio sono:

Presidente	Consiglieri
Fanchin Gianmaria (3° mandato)	Bertozzo Loretta
Vicepresidente	Bottega Andrea (3° mandato)
Pegoraro Federico (2° mandato)	Capozzo Sonia
Tesoriera	Ferracin Mauro
Dal Degan Sonia (3° mandato)	Gomitolo Olga (2° mandato)
Segretario	Pagiusco Gaetana (3° mandato)
Brodesco Davide	Pozza Barbara
	Rossetto Valeria
	Sarzo Paola (3° mandato)
	Trevisani Massimo
	Zimello Francesca

Una squadra pronta ad affrontare le tematiche della professione infermieristica che ha visto il 24 gennaio l'approvazione della legge di riforma degli **Ordini** Professionali. Un provvedimento di grande rilievo per gli infermieri e per i cittadini perché conferma e valorizza la centralità dei percorsi formativi accademici, che conferma e riconosce la fondamentale importanza per i cittadini di poter contare su professionisti preparati e capaci, che conferma e riconosce il ruolo all'Ordine degli Infermieri quale istituzione garante delle competenze e dell'impegno deontologico dei professionisti a fianco dei cittadini con l'iscrizione all'Albo Professionale. Una legge che rende manifesta l'attenzione nei confronti del nostro impegno professionale che, con tenacia, continua a camminare verso

quelle mete volte al miglioramento del nostro sistema salute, affinché sia più solido, equo ed efficiente.

Il miglioramento del sistema salute si realizza con l'impegno di tutti noi infermieri e per questo fine, l'Ordine professionale di Vicenza si sta impegnando su due versanti:

- ✓ un **fronte interno**, lavorando e agendo all'interno della professione con interventi volti a valorizzare la professionalità degli infermieri associati, come ad esempio realizzando eventi formativi per un aggiornamento costante, con la pubblicazione di materiale scientifico per un'assistenza infermieristica basata su prove di efficacia. Ed ancora intervenendo sulla delicata questione degli infermieri non comunitari, per garantire l'esercizio professionale di tutti gli infermieri stranieri che deci-



dono di lavorare presso le nostre strutture socio-sanitarie, nel rispetto delle stesse regole che gli stessi infermieri italiani sono chiamati a conoscere ed osservare. L'ordine degli infermieri infatti ha l'autorità per certificare le conoscenze della lingua italiana e delle norme che guidano l'esercizio professionale, elementi necessari per poter professare sul territorio italiano. In questi ultimi 5 anni, dal 2000 al 2005, più di 200 infermieri non comunitari hanno sostenuto l'esame presso il nostro Ordine.

✓ Un **fronte esterno**, con interventi volti a promuovere la nostra immagine professionale nel contesto sanitario e sociale con interventi di sensibilizzazione nelle strutture extraospedaliere, come la campagna informativa promossa in collaborazione della Regione Veneto diretta agli studenti del 4- 5° anno di scuola media superiore, allo scopo di far conoscere chi è l'infermiere, le possibilità di lavoro e di sviluppo professionale. Questo progetto realizzato nel 2001 e ripetuto nel 2005 registra un andamento positivo con un aumento di iscrizioni alla Laurea di 1° livello in infermieristica per il Nord -Est del 36,3%. Un lavoro importante, ma ancora non basta. L'Italia è purtroppo l'unico paese europeo ad avere un rapporto di 5 infermieri ogni 1000 abitanti, mentre realtà come l'Irlanda possono contare, per lo stesso numero di cittadini, del triplo. Dobbiamo lavorare e farci conoscere per sostenere l'insostituibilità delle nostre funzioni, in una società oggi caratterizzata da un 20% di ultrasessantacinquenni (fonte OCSE). In questi cittadini i problemi cronico-degenera-

tivi si acquiscono ed emerge chiaramente lo squilibrio tra la domanda e l'offerta sanitaria e il limite di un sistema sanitario in grande difficoltà. Dobbiamo iniziare a comunicare con i referenti delle Aziende Sanitarie, della Regione, del mondo politico locale e regionale e attivarci per un modello di sanità pubblica sostenibile, spostando l'asse dall'ospedale al territorio, puntando sulla valorizzazione del ruolo dell'infermiere.

LINEE PROGRAMMATICHE dell'Ordine degli Infermieri di Vicenza per il triennio 2006 - 2008

La direzione assunta dal nuovo direttivo mira dunque a raggiungere, per il prossimo triennio, queste grandi tematiche: lo sviluppo della professione agendo all'interno della stessa e il miglioramento dell'immagine sociale dell'infermiere e della sua visibilità, agendo all'esterno della professione nel tessuto sociale nel quale viviamo e lavoriamo. Questi due grandi obiettivi generali si traducono nei seguenti obiettivi specifici, portati in essere da questi colleghi che si sono assunti l'onere e l'onore da portare in avanti per il bene di tutti noi. Ecco quindi nello schema qui a fianco il progetto.

C'è molto da fare, ma non importa il tempo, abbiamo una responsabilità etica e professionale nei confronti dei cittadini: non possiamo abbandonarli a se stessi.

Devono sapere di poter contare su una classe professionale - gli infermieri - caratterizzata dalla certezza di svolgere un ruolo rilevante ed anche insostituibile a fianco delle persone che hanno bisogno di assistenza e con la consapevolezza di voler e dover essere sempre all'altezza di alti compiti sia sul piano umano che su quello professionale.

DENTRO la professione

OBIETTIVO:

Favorire lo sviluppo professionale degli infer

Progetto FORMAZIONE

OBIETTIVI:

L'aggiornamento e la formazione continua nella:

- ✓ Clinica (definire gli ambiti prioritari)
- ✓ Etica / Deontologia
- ✓ Inglese scientifico
- ✓ Organizzazione
- ✓ Libera Professione

Progetto RICERCA

OBIETTIVI:

Sviluppare la cultura della ricerca attraverso la promozione di progetti di ricerca (con un bando e con incentivi economici e professionali, pubblicazione del lavoro)

Progetto DIFFUSIONE MATERIALE SCIEN

OBIETTIVI:

Publicare materiale scientifico su tematiche specifiche:

- ✓ Protocolli, procedure
- ✓ Review
- ✓ Articoli scientifici

Progetto ORGANIZZAZIONE DELL'ASSIS

OBIETTIVI:

Sviluppare e implementare progetti di ri-organizzazione attraverso:

- ✓ Realizzazione di corsi per l'integrazione dell'OSS in tutta la provincia
- ✓ Diffusione Linee Guida del Collegio
- ✓ Pubblicazione esperienze di applicazione di nuovi modelli organizzativi

Progetto BIBLIOTECA

OBIETTIVI:

Aggiornare il materiale bibliografico della biblioteca attraverso l'acquisto di testi e l'abbonamento a riviste scientifiche

Progetto CONVENZIONI

OBIETTIVI:

Agevolare i servizi convenzionati con l'ordine quali:

- ✓ Willis (assicurazione)
- ✓ Wall Street Institute (corso inglese)
- ✓ Istituto comprensivo (corsi italiano x non comunitari)
- ✓ Fita (teatro)



mieri iscritti all'ORDINE

REFERENTI:

Pegoraro Federico
Pozza Barbara
Fanchin Gianmaria
Zimello Francesca

REFERENTI:

Brodesco Davide
Capozzo Sonia
Pegoraro Federica
Pozza Barbara
Fanchin Gianmaria

TIFICO

REFERENTI:

Comitato di Redazione "Infermieri Informati"

TENZA

REFERENTI:

Pagiusco Gaetana
Bertoza Loretta
Trevisani Massimo

REFERENTI:

Zimello Francesca
Capozzo Sonia

REFERENTI:

Rossetto Valeria
Trevisani Massimo

Progetto INFORMAZIONE E SERVIZI

OBIETTIVI:

Potenziare i servizi e gli strumenti di informazione:

- ✓ Internet
- ✓ Infermieri Informati
- ✓ Sportello Libera professione (Vanzo Elena)
- ✓ Sportello Cure complementari (Polverino Mauro)
- ✓ Sportello Esercizio Professionale (Bottega Andrea)

REFERENTI:

Fanchin Gianmaria
Pegoraro Federico
Dal Degan Sonia
Bottega Andrea
Brodesco Davide
Pozza Barbara

Progetto INFERMIERI NON COMUNITARI

OBIETTIVI:

Facilitare l'inserimento degli infermieri non comunitari:

- ✓ Corsi preparatori agli esami per l'iscrizione all'Albo
- ✓ Corsi di italiano (Ist. Comprensivo)
- ✓ Pubblicazione test e materiale specifico (per l'esame di iscrizione)

REFERENTI:

Sarzo Paola
Gomitolo Olga

FUORI la professione

OBIETTIVO:

Migliorare la visibilità dell'infermiere nella professione e nel contesto sociale

Progetto IMMAGINE

OBIETTIVI:

Promuovere l'immagine dell'infermiere

- ✓ Interventi di orientamento nelle scuole medie superiori
- ✓ 12 maggio, giornata internazionale dell'infermiere
- ✓ Coinvolgimento Ordine dei giornalisti del Veneto per promuovere un giornalismo attento e partecipe allo sviluppo e al ruolo sociale dell'infermiere
- ✓ Articoli con i media
- ✓ Incontri pubblici (conferenze, TV,)

REFERENTI:

Pozza Barbara
Ferracin Mauro
Bottega Andrea
Rossetto Valeria
Fanchin Gianmaria
Pegoraro Federico

Progetto RAPPORTO CON LE ISTITUZIONI

OBIETTIVI:

Migliorare i rapporti con le Istituzioni attraverso progetti condivisi:

- ✓ Regione - campagna informativa, integrazione OSS, country hospital,
- ✓ Università - protocollo d'intesa standard organizzativi e strutturali, attivazione master (forense?)
- ✓ Aziende ULSS, Case di cura, RSA - individuare criteri per una valutazione della qualità dell'assistenza

REFERENTI:

Bottega Andrea
Brodesco Davide
Fanchin Gianmaria
Ferracin Mauro

Progetto GERIATRIA

OBIETTIVI:

(oltre il 20% degli italiani è ultra 65enne)

- ✓ Approfondire la peculiarità dell'assistenza infermieristica alla persona anziana
- ✓ Tessere contatti con associazioni del settore (censimento)
- ✓ Costruire un archivio della letteratura accreditato sull'assistenza all'anziano

REFERENTI:

Bertoza Loretta
Trevisani Massimo
Gomitolo Olga

Progetto COPERNICO

OBIETTIVI:

Dimostrare il miglioramento dell'assistenza sanitaria con l'utilizzo di infermieri e riducendo i costi (consulenti esterni Marmo, Santullo)

REFERENTI:

Pagiusco Gaetana
Fanchin Gianmaria
Pegoraro Federico
Ferracin Mauro
Bottega Andrea



PROGETTO FORMAZIONE 2006

Piano formativo ECM per il PRIMO semestre 2006

di **Gianmaria Fanchin**
Presidente del Collegio
IPASVI di Vicenza

In seguito alle elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e all'insediamento dei consiglieri (di cui 8 nuovi entrati), si è delineata la rotta di dove si vuole andare.

Due i grandi obiettivi da raggiungere attraverso un percorso costellato da numerose tappe fondamentali. Una di queste la riveste la formazione che, come per il triennio precedente, sarà ricca di avvenimenti proposti dal gruppo formazione costituito da Zimello Francesca, Pegoraro Federico, Pozza Barbara e Fanchin Gianmaria.

Diverse le tematiche che verranno affrontate in questo triennio, in particolare sullo sviluppo della **clinica** per garantire un'assistenza basata sulle evidenze, dell'**organizzazione**, della **libera professione**, dell'**etica** e **deontologia** e della **ricerca scientifica**.

Tema quest'ultimo che richiede un'attenzione costante per favorirne lo sviluppo e successivamente per un'applicazione nella pratica clinica quotidiana.

Per tale finalità stiamo elaborando un concorso aperto a tutti dove, per partecipare, è richiesta la presentazione di un lavoro originale di ricerca in ambito infermieristico. I lavori più interessanti e rispettosi della metodologia scientifica saranno premiati.

Come per lo scorso anno i **crediti ECM per l'anno 2006 sono 30**, con un minimo di 15 ed una massimo di 60.

Chi consegue 15 crediti, (il minimo previsto) potrà recuperare gli ulteriori 15 nel corso dell'anno successivo; mentre chi ne ottiene fino a 60 (il massimo previsto), potrà utilizzare i crediti in esubero per l'anno 2007.

	Data	Luogo	Titolo dell'evento	Crediti ECM	Posti disp.
Programmazione corsi IPASVI primo semestre 2006	21 aprile	Arcugnano (VI) Villa Margherita	L'infermiere si avvale delle figure di supporto: Linee Guida.	5	50
	20 maggio	Noventa Vicentina Teatro Modernissimo	La motivazione come motore di miglioramento della performance lavorativa.	4	120
	26-27 maggio	Vicenza Alfa Hotel	Assistenza infermieristica e nutrizione parenterale ed entrale. - IV Congresso Nazionale ANINPE con il patrocinio dell'IPASVI di Vicenza	in accr.	n.c.
	16 giugno	Sandriago (VI) Cinema Arena	Problematiche giuridiche e deontologiche dell'inizio della vita e della fecondazione assistita.	in accr.	300

Per maggiori informazioni ed iscrizioni vedi pagine 22, 23 e 24



L'assistenza infermieristica risorsa fondamentale nella sanità: IERI, OGGI, DOMANI.

a cura del Gruppo
PROGETTO IMMAGINE

Per gli infermieri oggi è una giornata di festa. Molti sono le manifestazioni realizzate in questi giorni in tutta l'Italia per ricordare questa professione. Ed ecco il motivo per cui siamo in questa splendida piazza. Un giorno per dire "ci siamo" per un po' di visibilità. Molti ancora non conoscono chi è l'infermiere oggi, gli stereotipi veicolati dai media non ci aiutano in tal senso: la rappresentazione più famosa è dell'infermiera con minigonna e calze a rete, dotata di un bel sorriso e non solo. Le persone credono che l'infermiere sia quello che fa le punture e non capiscono perché si debba studiare tanto per fare una cosa che chiunque, con un po' di buona volontà, è in grado di fare.

Allora questo momento abbiamo deciso di condividerlo con la gente per far capire, lontani dalla corsia, chi siamo.

IL NURSING CURA L'INDIVIDUO, INTEGRATO COME UN UNICO INTEGRATO.

L'assistenza infermieristica che si rivolge non tanto e solo alle componenti fisiche, ma anche alle componenti psicologiche e sociali della persona.

L'infermiere di fronte all'evento malattia riveste un ruolo molto più ampio di quello che consiste il fornire un *sostegno tecnico*, nel percorso terapeutico verso la guarigione. Aspetto importante che diverrebbe impoverito se non accompagnato da momenti di condivisione, di relazione in cui la persona malata si sente che qualcuno si sta prendendo cura di lui.

L'infermiere tra le tante figure che gravitano nell'ambito sanitario gode di maggiori contatti con l'utenza, trascorre più tempo nelle corsie, svolge man-

sioni di differente specificità, incontra più facilmente i parenti e gli amici dei ricoverati e raccoglie, in questo modo lo spettro più ampio di informazioni sulla persona e sulla sua qualità di vita.

È all'infermiere che, in genere, il malato si rivolge per trovare soluzioni ai problemi emotivi che accompagnano la degenza, è all'infermiere che viene chiesta la risposta a domande che il paziente stesso non ha il coraggio di fare ad altri, è all'infermiere che spetta il compito di confrontarsi con paure, ansie, timori, delusioni degli assistiti.

TUTTO QUESTO È ASSISTENZA INFERMIERISTICA.

I pazienti sono cambiati, le loro esigenze si sono modificate, sono più informati, vogliono poter decidere ed essere elementi attivi della loro salute e non solo destinatari passivi.

In questo cambiamento la soggettività dell'individuo scompare dietro un insieme di sintomi, emerge il quadro clinico di un organismo, ma non di un corpo-mente - spirito.

Per gli infermieri abbracciare la concezione globale dell'assistenza significa lavorare su questi piani. Significa avviare un percorso di consapevolezza personale per riuscire a non perdere mai di vista l'uomo e di non identificarlo con la sua malattia.

Significa accogliere la persona, facendo leva e alleandoci con lui e la sua parte sana, senza togliere l'indipendenza e la dignità, riconoscendo il diritto ad uguale considerazione, indipendentemente dall'età, dalla condizione



sociale ed economica, dalle cause di malattia

Ogni infermiere, in questa prospettiva di continua valutazione della domanda di assistenza infermieristica, di definizione del progetto, di scelta dell'intensità di assistenza è una **RISORSA**.

Con il **patto infermiere - cittadino**, rinnoviamo il nostro impegno, una dichiarazione che guida lo sviluppo dell'identità professionale e dell'assunzione, nei vostri confronti, di un comportamento eticamente responsabile, che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere.

E come infermieri mettiamo a disposizione questa **ricchezza** di cui siamo portatori fatta di:

- ✓ conoscenza professionale rigorosa, raggiunta oggi all'Università, (Laurea di 1° livello e Laurea Specialistica,
- ✓ di conoscenza insita nella pratica, tacita, esperta nella gestione dei problemi di assistenza
- ✓ e attenta a considerare i malati nella loro condizione di fragilità.

NON CI SONO DUBBI SULLA STRADA INTRAPRESA.

Siamo pronti a gestire nella pratica le ricadute di questo cambiamento, di questa crescita professionale e di agire con impegno e responsabilità.

Crediamo al contributo che possiamo offrire per migliorare i servizi sanitari e sociali.

A te cittadino chiediamo il giusto riconoscimento, che passa attraverso piccole attenzioni come **riconoscere all'infermiere il ruolo di professionista**,

Una risorsa fondamentale non tanto per il futuro degli infermieri, quanto per il **futuro della salute dei cittadini**.

Come da cinque anni a questa parte la giornata dell'infermiere è diventata un momento da trascorrere e condividere insieme, infermieri e cittadini. Senza barriere di ruoli e posizioni ma solo un momento di incontro tra persone.

Come per le passate edizioni abbiamo cercato dei sistemi di comunicazione in grado di coinvolgere tutti.

Negli anni passati abbiamo organizzato incontri di musica, teatro, cabaret e Sabato 13 maggio in Piazza dei Signori di Vicenza, dalle ore 21,00, una serata dedicata alla musica Jazz, in collaborazione con il Comune di Vicenza, Assessorato alla Cultura.

Si esibirà la famosa cantante Diane Shure leader del gruppo

jazz **Diane Shure Quartet**, per una serata di piacevole musica sudamericana e per uno straordinario incontro tra infermieri e cittadini.

La partecipazione alla serata è **gratuita** e tutti gli infermieri di Vicenza e di tutta Italia sono invitati a questa "nostra" festa.

Buon divertimento e ricordate:

**PROFESSIONE INFERMIERE,
RISORSA FONDAMENTALE PER
LA SALUTE DEI CITTADINI.**

NEW CONVERSATIONS
VICENZA
13/20 MAGGIO 2006

COMUNE DI VICENZA
TRIVELLATO
Mercedes-Benz
REGIONE VENETO
MINISTERO PER I BENI E LE ATTIVITÀ CULTURALI

UNDICESIMA EDIZIONE

Miles & Trane:
*indimenticabili
quegli anni*

SABATO 13 MAGGIO
Piazza dei Signori - ore 21
Diane Schuur Quartet
in collaborazione con I.P.A.S.V.I.

direzione artistica: Riccardo Brazzale



L'INFERMIERE PUÒ PRELEVARE IL SANGUE

DOMANDA

Mi sono ultimamente sottoposta a una serie di esami clinici, come abitualmente faccio ogni due o tre anni.

Nel corso di questi mi sono stati fatti anche alcuni prelievi di sangue.

Questi sono stati effettuati da un medico e questo mi ha tranquillizzato perché alcuni amici mi hanno riferito che spesso gli stessi vengono demandati a personale infermieristico che pur essendo molto attento credo non abbia titolo per infilare un ago nella vena. Mi chiedo e vi chiedo cosa disponga la legge al riguardo.

Giuseppina F., Cremona

RISPOSTA

Le indicazioni che hanno dato alla nostra lettrice non sono del tutto corrette in quanto l'attività di prelievo di sangue venoso non è attribuita alla esclusiva competenza dei medici, potendo essa essere effettuata anche da ausiliari della professione medica quali gli infermieri professionali e le ostetriche.

A queste ultime categorie l'abilitazione è stata attribuita sin dal 1973 con provvedimenti di legge

che ne hanno riconosciuto la idonea professionalità ottenuta dopo un percorso di studi di qualità seguito da un tirocinio specifico e qualificante.

In ogni caso è bene ricordare che una attività di questo tipo si è ritenuto di doverla riservare esclusivamente agli esercitanti la professione medica perché viene qualificata come atto invasivo della sfera corporale del paziente e, per tale ragione, viene riservata a chi si ritiene abbia (per formazione professionale) un ragionevole riconoscimento di competenze tecniche professionali. Recentemente però una infermiera generica che ha effettuato un prelievo in una situazione di inderogabile emergenza e in assenza di personale medico e di colleghi con idonea abilitazione professionale, è stata assolta dal pesante reato di esercizio abusivo della professione sanitaria, per il quale è stata portata innanzi al giudice penale, proprio perché si è giustamente riconosciuto che se si opera in stato di oggettiva necessità la rigidità della norma può essere derogata.

Renato Mantovani

il commento del PRESIDENTE

Per fortuna che il “giornalista?” risponde alla lettrice affermando che le indicazioni ricevute non sono del tutto corrette, altrimenti non so di cosa sarebbe stato capace. Infatti il problema non è della signora che ignora chi è e che cosa può fare l'infermiere, ma del giornalista che dimostra una incompetenza tale da essere segnalato all'ordine dei giornalisti.

In questa Italia del fai da te non è accettabile una situazione simile da parte di chi,

per professione, si pone quale strumento per veicolare la verità. Leggere parole di una tale leggerezza feriscono tutti gli infermieri, senza immaginare quale danno determinano alla nostra immagine.

Da tempo, come ordine professionale, perseguiamo l'obiettivo di far conoscere alla comunità chi è l'infermiere oggi, il percorso formativo e la responsabilità del suo ruolo. Ma aldilà della caduta di stile di questo giornalista, non dobbiamo demordere dal-

lo portare in alto la professione, coinvolgendo il cittadino, sempre. Questi saprà conoscere ed apprezzare questa importante figura professionale, elemento portante del nostro sistema sanitario. Da parte nostra, come ordine, ci attiveremo presso la redazione di QN Economia&Politica nei confronti di Renato Mantovani.

Gianmaria Fanchin
*Presidente del Collegio
IPASVI di Vicenza*



Il sogno di Padre Giuseppe Carollo e l'incontro di Nadia con l'Ecuador

Nato il 13 aprile del 1931 a Carrè, Italia, Monsignor Giuseppe (Josè) Crollo Pasin, è arrivato a Quito, Ecuador, nel 1949. Da 50 anni il Padre, come lo chiamano generalmente, lotta per la dignità dei poveri perchè, secondo il suo pensiero, anche se per sempre esisterà la povertà, non si deve permettere la sofferenza. Il suo sogno è che tutti possono intraprendere un "cammino di dignità".

Nel sud di Quito, il Padre è conosciuto anche come "l'operaio di Dio". Durante il 50 anni vissuti in Ecuador, ha costruito una città. Le "sue" strutture sono più di 1.000 e includono chiese, centri medici, case parrocchiali, asili nido, una università, biblioteche, case di accoglienza e scuole. L'ospedale dei poveri (Ospedale Tierra Nueva) realizzerà la sua visione di salute della migliore qualità per la gente che ne ha più bisogno. Grazie ad una buona salute ed educazione i poveri hanno un proprio cammino, ed il Padre è la loro guida.

Il sogno di Padre Crollo però deve ancora realizzarsi perchè il 13 maggio 2005 lui ci ha lasciati in seguito a malattia. Se ne è andato in silenzio, povero tra i poveri per i quali ha speso interamente la sua vita. Ci lascia un'eredità importante a livello spirituale e soprattutto come nuovo impegno per il futuro.

La fondazione Tierra Nueva nata quasi 30 anni fa per opera sua è divenuta una grande organizzazione sociale di riferimento per i più bisognosi della periferia sud di Quito che sta diventando in questi ultimi anni una terra di frontiera dove accanto ai quartieri



antiche e oggi meglio organizzati vi sono innumerevoli quartieri marginali dove vivono circa 1 milione di persone con un tasso di crescita dell'8-10% annuo. Il 50% di questa gente non ha accesso ai servizi basici (acqua, scuole, salute, abitazioni, sopravvivenza) e vive sotto il livello minimo di povertà cioè con meno di 1 dollaro al giorno. Lo stipendio basico per chi ha la fortuna di avere un lavoro regolare e garantito è di 130 dollari mensili con famiglie mediamente composte da almeno 5 persone. Sempre citando dati ufficiali l'aspettativa di vita media è di 68 anni e la disponibilità di strutture sanitarie nella periferia suburbana di Quito stima che vi siano 0.27 posti letto ospedalieri per 1000 abitanti contro il 4.5 per 1000 degli standard europei.

Dobbiamo ricordare pure che la mortalità infantile sotto i 5 anni è ancora del 33% e che il 50% dei bambini dei quartieri rurali e periferici sub urbani soffre di malnutrizione e sindromi carenziali.

Da ciò si deduce come l'enorme domanda di sanità ed istruzione sia soprattutto coperta da strutture private nazionali ed extranazionali, e questo ci fa capire quale sia il substrato nel quale interviene la Fondazione Di Padre Crollo che nell'ultimo decennio ha ampliato e diversificato in quantità e qualità il proprio intervento, attraverso la professionalità capillare dei propri operatori.

Un'opera che si sostiene in parte dal contributo popolare di chi accede alle strutture, ed in parte da donazioni e sostegni di altre ONG internazionali che collaborano anche inviando proprio personale medico ed infermieristico in stage periodici aventi l'obiettivo di proporre un'alternativa alle difficoltà del sistema sanitario nazionale (carenze strutturali) e allo stesso tempo in grado di creare una serie di relazioni non solo professionali ma di vera amicizia che sono lo stimolo più importante per fare in modo che la collaborazione si protragga a lungo termine.

Attualmente le aree di intervento dove opera la Fundacion Tierra Nueva sono:

Programma Educativo

- ✓ **Centro di sviluppo integrale per l'infanzia "El Nino"** un progetto socio assistenziale offerto a circa 100 bambini disabili di varia entità. Un servizio unico nel suo genere dove all'attività socio occupazionale viene garantita la fisioterapia, logopedia, idroterapia e ippoterapia. Le famiglie partecipano alla retta mensile richiesta per fare funzionare la struttura (lo stato sociale o welfare in Ecuador non esiste) e periodicamente ci sono delle occasioni formative anche per le famiglie.
- ✓ **Centro infantile "Tierra Nueva"** (Scuola Materna) segue circa 200 bambini di famiglie con scarse risorse di età tra 1 e 5 anni. L'80% di questi bambini proviene da famiglie disagiate e spesso dove esistono forme di maltrattamento su minore. Equipis di specialisti inoltre cercano forme di recupero extra scolastiche che coinvolgano i genitori o tutori dei piccoli

Assistenza integrale

- ✓ **Consultorio giuridico Popolare** opera dal 1998. All'inizio della sua attività prendeva il nome di Centro di Assistenza



Integrale, e, così come lo stesso nome suggerisce, era stato creato al fine di aiutare persone con problemi psicologici e le rispettive famiglie, oltre ad assistere coloro cui, per una qualsiasi ragione, vedevano negati i loro diritti legali. Dal 1999 ha assunto la denominazione di Consultorio Giuridico Popolare con l'obiettivo di concentrarsi su un'ampia gamma di questioni sociali e prefiggendosi di risolvere conflitti legali tra cui cause civili, cause con minori, cause di lavoro, cause locatario/locatore, cause familiari e cause ereditarie. Nei primi del 2000 abbiamo ricevuto la registrazione da parte del Dipartimento Giuridico nazionale di un Centro per la Risoluzione di Conflitti a causa della crescente necessità di soluzioni di conflitti legali attraverso il dialogo e l'accordo tra le parti. Dal momento della sua creazione il Consultorio Giuridico Popolare ha fornito assistenza in 80 cause al mese. Nel dettaglio il 60% circa di questa ha riguardato cause familiari e cause con minori, il 20% sono state cause civili, il 15% cause locatario/locatore e il 5% cause ereditarie. Il Centro per la Soluzione di Conflitti è coinvolto nella soluzione di 10/20 cause mensilmente che non figurano nelle statistiche precedenti. Al momento, stiamo lavorando su circa 45 cause che coinvolgono minori, 40 di violenza domestica, 50 cause civili generiche e cause familiari e 15 soluzioni di conflitti.

✓ **Lavoro sociale con le famiglie.**

Programma sanitario

1. **Istituto Medico "Tierra Nueva"** definito ospedale di media entità specialità dotato di 53 posti letto per pazienti internistici, chirurgici, ortopedici, orl e ostetrico ginecologici: Dispone di 2 sale operatorie, di un piccolo pronto soccorso e di un vasto poliambulatorio specialistico, inoltre è dotato di radiologia, ecografia, laboratorio analisi e palestra per recupero e FKT. Viene offerta assistenza a circa 400 persone al giorno con un costo per ogni prestazione di circa 2 dollari a paziente; In tale struttura si verificano ogni anno le missioni o "Brigadas Medicas" di equipe europee, canadesi e americane che operano gratuitamente liste predefinite per specialità di pazienti poveri, Qualche anno fa anche Nadia Dal Lago, Anna Scuccato e il Dott. Sergio D'Agostino e il Dott. Politi, tutti operatori della nostra ULSS si sono recati più volte in questa sede per pe-

riodi di 15-20 giorni, garantendo oltre che il servizio alla gente anche stage formativi per il personale medico ed infermieristico locale.

2. **Unità mobile di medicina territoriale:** da più di due anni esiste una equipe medico assistenziale che raggiunge con un vecchio camion attrezzato le zone impervie e povere della periferia sud di Quito, garantendo campagne di vaccinazioni infantili e corsi di educazione sanitaria alle partorienti.
3. **Rete sanitaria di Salute:** progetto di collaborazione e cooperazione tra le strutture medico ospedaliere nel sud di Quito sia pubbliche sia quelle appartenenti a congregazioni religiose.
4. **Progetto dell'Ospedale "UN CANTO A LA VIDA":** progetto lanciato nel 2002 e tuttora in fase di sviluppo. Rappresenterà una struttura di media

complessità perchè concepita per garantire assistenza primaria, secondaria, servizi di diagnosi e cura, recupero e riabilitazione. Il progetto prevede una disponibilità di 170 posti letto ed una proiezione di 10.000 ricoveri annui, 75.000 visite specialistiche e 30.000 consulenze annue di pronto soccorso (le situazioni critiche saranno trasferite al Nord nelle strutture pubbliche abilitate). La struttura è stata progettata su 3 piani su una superficie di circa 7.000mq con l'annessione di altre 3 strutture quali: il centro diagnostico, la centrale servizi e una futura sezione materno infantile. Il preventivo di spesa è altissimo circa 6 milioni di dollari e la cui copertura attuale esiste per il 50% della spesa attraverso donazioni nazionali e di altre ONG internazionali.

Nadia Dal Lago

L'associazione "Fundacion Tierra Nueva" sta realizzando grandi progetti volti a migliorare le condizioni sanitarie in alcune aree dell'Ecuador, grazie all'impegno di tante persone che in modo volontario, mettono a disposizione le proprie capacità per il bene di quella comunità.

Nadia Dal Lago era una di queste straordinarie persone e come infer-

miera era attiva nel programma sanitario presso l'istituto medico "Tierra Nueva". Nadia è prematuramente scomparsa a causa di un male incurabile ma il "suo" progetto deve andare avanti, come Lei avrebbe voluto. Possiamo aiutare questa fondazione e in questo articolo vengono evidenziate le modalità, per non dimenticare tutti quei bambini e per Nadia.

Come puoi AIUTARCI

Aiutaci con il nostro Programma di Educazione

- ✓ **Adotta un bimbo portatore di handicap** del Centro di Sviluppo Infantile "El nino"
- ✓ **Educa un bimbo** di uno degli Asili Nido Tierra Nueva

Aiutaci con il nostro Programma di Salute

- ✓ **Lavora** con il Progetto di Salute Comunitaria con il nostro nuovo ospedale "Un Canto a la Vida"

Dona direttamente alla Fondazione

**Associazione Amici della
FUNDACION TIERRA NUEVA - ONLUS**

via Porta Catena 9 - 44100 Ferrara

tel: 0532-55538 - fax: 0532-55811 - mail: fterranueva@iol.it

- ✓ **C/C Postale** n. 69314441 - Casuale: progetto Nadia Dal Lago
- ✓ **C/C Bancario** n. 10501/3 - Agenzia n° 7 CARIFE SpA - ABI 6155 - CAB 13007 - Intestato a Amici della Fundacion Tierra Nueva Onlus - Casuale: progetto Nadia Dal Lago



CLIENTE - INFERMIERE a confronto durante il Triage

di Chiara Carturo,
infermiera ULSS 6 Vicenza

INTRODUZIONE

All'interno del servizio di Pronto Soccorso la prima figura sanitaria che risponde alla richiesta di aiuto del cittadino è l'infermiere di Triage, il quale si trova spesso ad operare in un clima caotico determinato dalla presenza contemporanea di più utenti con diverse necessità.

È inevitabile che in tale clima si verifichino delle tensioni ed è qui che l'infermiere deve mettere in pratica le migliori capacità di relazione e comunicazione per far fronte alla situazione.

L'intensità e la ripetitività delle richieste e delle emozioni che ogni singolo utente esprime all'operatore di Triage durante un turno di lavoro sono veramente molte e complesse.

Nasce allora la consapevolezza che sia necessario indirizzare l'infermiere verso uno stile comunicativo più proficuo sia per se stesso, in modo tale da evitare tutti quegli eventi stressanti che possono poi sfociare in sindrome di Burnout, sia per l'utente che sarà così più soddisfatto delle risposte alle sue necessità.

TRIAGE E PROBLEMATICHE COMUNICATIVE CORRELATE

Si legge testualmente, nell'Atto di Intesa tra Stato e Regioni del 17 maggio 1996, che "all'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento".

Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio".

Dunque l'infermiere è investito quotidianamente di una notevole responsabilità, ma scostandoci un poco dalla pura difficoltà tecnico organizzativa del triage, si può affermare con assoluta certezza che un altro problema che pervade sempre più l'ambito del triage è anche quello comunicativo, inteso come comunicazione triagista-cliente che accede ai servizi di Pronto Soccorso.

La comunicazione è una componente fon-

damentale e decisiva nella vita sociale, quotidiana, di ogni essere vivente: questa ovvietà trova però alcune particolari eccezioni ambientali ed una di queste è tipicamente quella del mondo ospedaliero.

In ambiente ospedaliero, la stessa presenza di persone "in divisa", intendendo le divise dei sanitari, stabilisce già un primo termine di confronto tra utente e sanitario stesso, e ciò si ripercuote successivamente anche sulla comunicazione.

Dare e ottenere di continuo le stesse informazioni diventa noioso e stancante. Può anche essere irritante continuare a esporre gli stessi argomenti e replicare alle stesse obiezioni. Quando l'irritazione inquina la relazione tra operatori e utenti non fa che alimentare la disposizione d'animo negativa accrescendo lo stress del contatto.

Ma facendo un'analisi ancor più accurata sulle problematiche che rivestono il Pronto Soccorso giornalmente, sono state riscontrate:

- ✓ la assoluta mancanza di una programmazione del lavoro legata alle continue urgenze;
- ✓ la paura di violenze e atti di prepotenza;
- ✓ la sensazione, consapevole, di non saper più offrire un apporto compiutamente motivato;
- ✓ lo stesso ambiente caotico che favorisce il nascere di nuove tensioni soprattutto tra utenza e personale di triage.

Fondamentale è, inoltre tenere in considerazione altri due aspetti della comunicazione con l'utente:

- ✓ trattare con persone diverse;
- ✓ parlare di argomenti sgraditi.

L'infinita varietà degli esseri umani è l'elemento che rende il lavoro con la gente tanto interessante, entusiasmante e stimolante, ma a volte tanto difficile. Il metodo che un operatore impiega con un cliente, può non funzionare con un'altra persona a causa delle differenze di età, sesso, retroterra culturale, personalità, valori, atteggiamenti e così via.

Trattare con persone maleducate, aggressive e talvolta minacciose richiede capacità diverse dal lavoro con persone che parlano



raramente e che non ti guardano mai negli occhi. Gli operatori desiderano spesso un'unica tattica che funzioni bene con tutti, ma la verità è che devono avere strategie in tasca, pronte da usare al momento opportuno.

Il secondo aspetto evidenzia, invece, gli argomenti più difficili da gestire: come fare domande difficili, come discutere argomenti delicati, come dare cattive notizie. Le domande difficili comprendono quelle imbarazzanti, che possono rivelare mancanze o debolezze del cliente-utente, svelare informazioni relative a reati, provocare collera o turbamento emozionale. Dover dire di no, negare una richiesta, mettere termine alla relazione, dire che i servizi o terapie non sono più disponibili, sono tutti casi in cui l'operatore dell'aiuto smette di dar aiuto.

Per capire meglio le esigenze dei clienti, è utile tenere presente che la società di oggi non è programmata per aspettare. Ci sono i "fast-food", i "cash and carry" e così via; la gente semplicemente non impara ad aspettare e così diviene ansiosa, nervosa e anche irritabile, se si verifica un intoppo e deve restare in attesa. Le nozioni della soddisfazione del cliente devono essere attivate specialmente nella fase in cui la gente deve aspettare per la visita. L'aspettativa delle persone è quella di essere visitate immediatamente, per tornarsene a casa quanto prima: anche questa aspettativa va gestita dall'infermiere di triage. L'urgenza soggettiva è il motivo del disagio e delle incomprensioni che spesso si verificano durante l'attesa, tanto più quanto maggiore è lo scarto che deriva tra l'urgenza percepita dal cliente e l'urgenza oggettiva legata alla gravità del suo caso. Tra i clienti e il personale ospedaliero, sovente, c'è un modo diverso di interpretare il grado d'urgenza legato a una patologia o a un evento traumatico. Importante è sapere che questa discrepanza esiste. L'urgenza soggettiva non è solo ciò che risulta dai dati rilevati ed analizzati mediante il processo di triage; l'urgenza soggettiva è invece qualcosa di più complesso, dipende da quanto "si sente grave" il paziente ed è la risultante dell'evento dannoso che ha colpito la persona e l'elaborazione attraverso i suoi vissuti, il suo stato emozionale, le sue conoscenze sanitarie spesso viziate dai mass-media, la percezione del proprio corpo, l'interpretazione del dolore.

L'accavallarsi di queste molteplici problematiche non fa altro che creare stress, e quando lo stress è continuo, intenso e ripetuto può sfociare in sindrome di burnout con conseguente esaurimento emozionale e demotivazione lavorativa.

POSSIBILI SOLUZIONI

Da un punto di vista pratico, si possono sottolineare alcuni aspetti del comportamento dell'oratore che rendono più efficace la comunicazione al pubblico.

ESSENZIALITÀ: la massima comprensione si ha quando chi comunica ha preventivamente operato una chiara selezione per separare l'essenziale dal secondario. E' consigliabile anche formulare il proprio pensiero con proposizioni brevi.

AUTENTICITÀ: è molto importante che i messaggi siano sempre improntati a sincerità e veridicità.

L'autenticità si esprime anche e soprattutto nel linguaggio non verbale. Sarà quindi importante che l'atteggiamento esteriore sia consona al messaggio che si sta dando, secondo anche le inclinazioni personali.

LINGUAGGIO: l'abitudine di ricorrere a termini tecnici o stranieri, senza una reale necessità e senza darne una breve definizione rende incomprensibile il discorso per l'utente.

Il linguaggio deve essere sempre chiaro e comprensibile, adeguato agli interlocutori; sono da evitare le frasi di circostanza e i luoghi comuni ("si faccia coraggio!" "la vita continua" "non pianga" "si calmi!" ecc.). Non devono spaventare momenti di silenzio che anzi devono essere assecondati in segno di rispetto per il dolore delle persone con cui avviene il colloquio.

RITMO: pause adeguate consentono, a chi parla, di valutare le possibili direzioni del discorso e, a chi ascolta, di riflettere e di organizzare le informazioni.

COMUNICAZIONE EMPATICA: è quello che differenzia una comunicazione da una informazione. Significa "mettersi nei panni dell'altro" e "vedere attraverso gli occhi dell'altro" senza identificarsi eccessivamente per non essere coinvolti.

Comportamenti Empatici:

- ✓ Verbali - Focus sui sentimenti, Riflettere i sentimenti, Domande aperte, Atteggiamento non giudicante, Tono di voce caldo.
- ✓ Non verbali - Contatto attraverso gli occhi, Orientamento del corpo verso il paziente, Cenni col capo, Sorrisi, Gestualità tranquilla, Braccia aperte, Inclinarsi in avanti, Apparire a proprio agio, Movimenti sincronizzati.

ASSERTIVITÀ: l'assertività è la caratteristica di chi realizza se stesso, manifestando le proprie doti e le proprie esigenze nel contesto sociale. O meglio assertività come qualità di chi è in grado di far valere le proprie opinioni e i propri diritti pur rispettando quelli degli altri.

Per migliorare l'aspetto comunicativo, c'è una condizione che deve essere

assolutamente rispettata: controllare il livello d'ansia che accompagna tutta l'attività svolta in Pronto Soccorso.

Essa infatti, affligge i pazienti e non risparmia gli operatori sanitari.

Pertanto sedare l'ansia e conquistare la fiducia del paziente, diventa il momento più dell'approccio al paziente in Pronto Soccorso. Ciò è fondamentale per ottenere quella collaborazione del malato che semplifica notevolmente l'iter diagnostico-terapeutico.

Importante è "l'ascolto creativo" che permette di individuare tra varie sfumature, il messaggio che il paziente vuole comunicare.

Non tutti i pazienti infatti, sono in grado di descrivere la propria situazione.

Lo sforzo del sanitario quindi, deve essere orientato alla valutazione di quelle sensazioni che il paziente non sa esprimere e deve incoraggiarlo a rispondere a specifiche domande su ciò che prova e su come si sente, in rapporto alla situazione del momento.

Tale obiettivo viene raggiunto nel modo ottimale, solo ed esclusivamente adottando in Pronto Soccorso il processo di Triage Infermieristico!

Tale attività deve assolutamente diventare una pratica fondamentale e parte integrante del Pronto Soccorso.

Al momento dell'accettazione è compito dell'infermiere informare il paziente sulle priorità cliniche e sui conseguenti tempi di attesa, tutto ciò ovviamente sulla scorta di linee guida, protocolli, e con l'ausilio di materiale e segnaletica chiaramente esplicativi.

PROPOSTA REDATTA DAL GRUPPO FORMAZIONE TRIAGE

Quando un cliente entra al Pronto Soccorso deve sempre essere accolto e salutato dall'infermiere di triage.

La prima conversazione deve sempre contenere due aspetti:

1. riconoscimento del cliente (chiamarlo per nome: Signor/a Rossi);
2. riconoscimento del problema (evitare di banalizzare o, peggio, di ironizzare).

La raccolta delle informazioni inizia solo dopo che si sono instaurate buone relazioni.

Alcuni suggerimenti per iniziare in modo positivo:

- ✓ Date il benvenuto e salutate il paziente;
- ✓ Utilizzate il nome del paziente (il cognome, non il nome);
- ✓ Sorridete;
- ✓ Cercate e mantenete il contatto visivo;
- ✓ Usate tatto, se la situazione è delicata;
- ✓ Siate educati (spesso ci si dimentica di questo, magari dandone la colpa all'utente: "E' lui che mi ha provocato!");



- ✓ Trattare il paziente con rispetto;
- ✓ Date al paziente tutta la vostra attenzione;
- ✓ Rispettate al massimo la privacy;
- ✓ Ascoltate!
- ✓ Tenete in considerazione anche la comunicazione non verbale;
- ✓ Fate domande per chiarire ciò che non capite;
- ✓ Parlate lentamente e chiaramente, piuttosto che ad alto volume (anche con gli anziani: spesso non sono sordi, ma rallentati nella comprensione della sequenza delle parole);
- ✓ Riassumete quanto vi è stato detto, per confermare di aver capito;
- ✓ Non utilizzate scuse non vere, se dovette giustificarvi o giustificare qualcosa; Altri accorgimenti possono rendere l'attesa meno stressante per il paziente e per il personale;
- ✓ Dite sempre la verità;
- ✓ Siate positivi, ma non date false speranze;
- ✓ Ascoltate i bisogni e le preoccupazioni dei clienti;
- ✓ Evitate atteggiamenti negativi;
- ✓ Assicuratevi che in sala d'attesa siano presenti riviste o materiale educativo da leggere;
- ✓ Se c'è una televisione, accendetela;
- ✓ Controllate i pazienti più spesso che potete, appena la disponibilità di tempo lo consente;
- ✓ Rassicurate i pazienti sul fatto che saranno visitati appena possibile;
- ✓ Ri-valutate visivamente le condizioni dei pazienti;
- ✓ Spiegate come mai alcuni pazienti accedono all'area di trattamento per la visita prima di altri o prima della persona che vi ha richiesto questa informazione.
Alcuni consigli comportamentali sempre utili in corso di prevaricazione immotivata effettuata da parte di chiunque:
- ✓ Preventivare le situazioni a rischio e cercare eventuali soluzioni.
- ✓ Pianificare interventi correttivi a situazioni già verificatesi che potrebbero ripetersi.
- ✓ In caso di prevaricazione, mai mettersi a discutere animatamente davanti all'utenza.
- ✓ Cercare le soluzioni con l'interlocutore in riunioni collegiali, comunque in momenti di tranquillità.
- ✓ Se richiesto, spiegare sempre il perché delle proprie decisioni.
- ✓ Ricercare sempre la mediazione.
- ✓ Ascoltare le motivazioni dell'interlocutore: forse siete voi che state sbagliando.
- ✓ Cercare di isolare i casi di over-rule "rissosi", per non fomentare ulteriori disquisizioni.
- ✓ Rimandare se possibile la discussione a momenti più propizi per gli opportuni chiarimenti.
- ✓ Non attaccare mai l'interlocutore.
- ✓ Non usare mai un tono autoritario.
- ✓ Cercare di capire le spinte emozionali dell'interlocutore.
- ✓ Non dimenticare mai che potrebbe esserci un utente che ha bisogno del vostro intervento.

Concludendo si può dire che qualsiasi sia la natura delle difficoltà che l'infermiere incontra ogni giorno a contatto con l'utente, egli non deve dimenticare che ha "l'obbligo etico" di migliorare l'approccio umano e psicologico nei confronti di chi soffre; questo fa parte dell'essere professionisti e del saper fare bene il mestiere, e deve essere lo stimolo migliore per maturare una coscienza etico-deontologica che può permettere di gestire un buon approccio relazionale anche nei momenti in cui è più difficile farlo, magari essendo disponibili ad imparare nel corso dell'esperienza professionale a correggere le proprie lacune etiche e così poter migliorare la sfera relazionale.

Suor Rosa Augusta: una vita dedicata agli infermieri

Lo scorso 15 febbraio dinanzi ad un'aula magna gremita di infermieri e dai vertici della direzione generale dell'ULSS 6 di Vicenza ci ha salutato Suor Rosa Augusta, una vita dedicata agli infermieri. Per 21 anni ha assunto e ha svolto con rigore e tanta attenzione il ruolo di Direttrice dei corsi, oggi di laurea, per diventare infermieri. In questi lunghi anni molte cose sono cambiate, aspetto messo in evidenza da un video proiettato durante i festeggiamenti, che ha fatto vedere gli enormi cambiamenti che ci sono stati, e come gli infermieri siano sempre stati al passo con i tempi. Immagini che si sovrapponevano di studenti, di giovani infermieri e infermieri dai capelli bianchi ma portatori di quella indispensabile ricchezza che è l'espe-

rienza. E la formazione ha sempre avuto un peso determinante nel portare questo cambiamento. Un lavoro questo, talvolta invisibile ma di estrema rilevanza sulla formazione professionale ed individuale. Suor Rosa Augusta in chi ha avuto modo di conoscerla non è passata inosservata ed ha lasciato un segno profondo e indelebile in noi. Un sentito grazie per tutto il lavoro che ha fatto, per il suo importante contributo, a nome di tutti gli infermieri di questo ordine professionale.

*Gianmaria Fanchin
Presidente del Collegio IPASVI
di Vicenza ed ex-studente*



Assemblea Annuale degli Iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza

Relazione e presentazione dei bilanci

di **Sonia Dal Degan**
Tesoriere Collegio
IPASVI di Vicenza

Il Consiglio Direttivo, durante il consiglio del 29 aprile 2005, con delibera n° 005.05/B1 ha approvato lo schema di regolamento di amministrazione e contabilità per i collegi provinciali. Già approvato dal Consiglio Nazionale l'11 dicembre 2004. Con tale regolamento il Collegio di Vicenza adegua il proprio ordinamento contabile ai principi contenuti nella Legge 3 aprile 1997, n° 94, come disposto dall'Articolo 1, comma 3 della legge 25 giugno 1999, n° 208. Il regolamento disciplina la formazione del bilancio di previsione e del rendiconto generale, la gestione finanziaria, economica e patrimoniale, le scritture contabili ed il controllo del collegio dei revisori e l'attività contrattuale.

Nella redazione del bilancio di previsione, del rendiconto generale e dei relativi allegati questo Collegio si attiene ai seguenti principi contabili: veridicità, imparzialità, correttezza, attendibilità, significatività, chiarezza, pubblicità, coerenza, annualità, continuità, prudenza, costanza, universalità, integrità, unità, flessibilità, competenza finanziaria ed economica.

Il bilancio di previsione, predisposto dal Tesoriere, è stato deliberato dal

Consiglio Direttivo il 15 novembre e presentato all'assemblea degli iscritti per l'approvazione entro il 31 gennaio dell'anno successivo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Leg.vo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n° 233 e dell'art. 23 del D.P.R. 5 aprile 1950, n° 221.

Il Collegio di Revisori dei conti:

- ✓ Ha vigilato sulla regolarità contabile, finanziaria ed economica della gestione relativamente all'acquisizione delle entrate, all'effettuazione delle spese, all'attività contrattuale, all'amministrazione dei beni, alla completezza della documentazione, agli adempimenti fiscali ed alla tenuta della contabilità;
- ✓ Ha espresso parere sul bilancio di previsione e sui documenti allegati nonché sui bilanci di variazione e redatto le relazioni sui bilanci stessi;
- ✓ Ha espresso parere sul rendiconto generale e sui documenti allegati e redatto le relazioni sui bilanci stessi;
- ✓ Ha effettuato la verifica trimestrale di cassa;



RAFFRONTO CONSUNTIVO/PREVENTIVO ESERCIZIO 2005

(in unità di €uro)

ENTRATE	Preventivo	Consuntivo		Totale	Differenza
		riscosse	da riscuotere		
Fondo amm.ne iniziale	107.104				-107.104
Fondo cassa iniziale		61.526		61.526	61.526
Residui attivi iniziali	74.672	64.459	10.213	74.672	0
Residui attivi sopravvenuti		8.500		8500	8.500
Totale a)	181.776	134.485	10.213	144.698	-37.078

ENTRATE EFFETTIVE	Preventivo	Consuntivo		Totale	Differenza
		riscosse	da riscuotere		
Contributi quote Collegio					
Quote Postel	184.000	200.330		200.330	16.330
Quote nuovi iscritti		7.280		7.280	7.280
Totale b1)	184.000	207.610		207.610	23.610
Accertamento lingua italiana					
Accertamento lingua italiana		6.110		6.110	6.110
Totale b2)		6.110		6.110	6.110
Aggiornamento					
Aggiornamento		5.800		5.800	5.800
Totale b3)		5.800		5.800	5.800
Interessi attivi					
Interessi attivi B.co Posta e Banca		171		171	171
Totale b4)		171		171	171
Totale b)	184.000	219.691		219.691	35.691

Totale ENTRATE (a + b)	365.776	354.176	10.213	364.389	-1.387
-------------------------------	----------------	----------------	---------------	----------------	---------------

USCITE	Preventivo	Consuntivo		Totale	Differenza
		pagate	da pagare		
Residui passivi					
Residui passivi iniziali	29.094	29.094		29.094	
Residui passivi sopravvenuti		7.165		7.165	7.165
Totale a)	29.094	36.259		36.259	7.165

USCITE EFFETTIVE	Preventivo	Consuntivo		Totale	Differenza
		pagate	da pagare		
Contributi alla Federazione					
Ruoli	51.170	51.167		51.167	-3
Totale b1)	51.170	51.167		51.167	-3
Spese generali funzionamento sede					
Luce-acqua-gas-rifiuti-mat.pluizie	3.500	2.563		2.563	-937
Telefono	5.000	4.493		4.493	-507
Spese postali	20.000	4.145		4.145	-15.855
Cancelleria - stampati- tabul.	4.000	2.742		2.742	-1.258
Spese condominiali	1.000	856		856	-144
Manutenzioni e riparazioni	2.000	1.575		1.575	-425
Assicurazione Consiglieri e beni mobili	3.500	1.846		1.846	-1.654
Bolli - tessere - distintivi	100	29		29	-71
Home Banking	300	186		186	-114
Totale b2)	39.400	18.435		18.435	-20.965
Spese del personale e dei consulenti					
Costo personale amm.vo	40.000	30.011	3.803	33.814	-6.186
Consul. contabili e amministr.	10.000	1.743	4.499	6.242	-3.758
Consulenze legali	10.000	4.189		4.189	-5.811
Consulenze professionali	5.000		200	200	-4.800
Totale b3)	65.000	35.943	8.502	44.445	-20.555
Attività Collegio					
Aggiornamento Collegio	44.000	37.789	2.946	40.735	-3.265
Rivista Infermieri Informati	12.000	7.552	3.776	11.328	-672
Abbonamenti riviste e testi	6.000	3.088		3.088	-2.912
Spese rappresentanza	1.500	1.236		1.236	-264
Contributo coordinamento Regione Veneto	2.500	1.168	58	1.226	-1.274
Internet	1.000	438		438	-562
Quota Albo Giornalisti	500	515		515	15
Fondo progetti	14.000	8.000		8.000	-6.000
Totale b4)	81.500	59.786	6.780	66.566	-14.934
Spese Organi Collegio					
Rimborso Consigli Nazionali	4.000	1.182		1.182	-2.818
Rimborso spese Consiglieri	30.000	20.203	4.327	24.530	-5.470
Totale b5)	34.000	21.385	4.327	25.712	-8.288
Spese generali varie e imposte					
Postel e spese postali	6.000	5.215		5.215	-785
Spese bancarie	500	296		296	-204
I.C.I. - I.R.P.E.G. - I.R.A.P. - I.N.A.I.L.	6.000	3.647	1.359	5.006	-994
Totale b6)	12.500	9.158	1.359	10.517	-1.983
Campagna informativa					
Campagna informativa		9.010		9.010	9.010
Totale b7)		9.010		9.010	9.010

Accertamento Lingua Italiana					
Accertamento Lingua Italiana		6.110		6.110	6.110
Totale b8)		6.110		6.110	6.110
Acquisto strumenti tecnici					
Acquisto strumenti tecnici		2.538		2.538	2.538
Totale b9)		2.538		2.538	2.538
Totale b)	283.570	213.532	20.968	234.500	-49.070
Fondo riserva					
Fondo riserva	7.534				-7.534
Totale c)	7.534				-7.534

Totale USCITE (a + b + c)	320.198	249.791	20.968	270.759	-49.439
----------------------------------	----------------	----------------	---------------	----------------	----------------

QUADRO RIASSUNTIVO - ESERCIZIO 2005

(in unità di €uro)

Totale riscossioni	354.176	
Totale pagamenti	-249.791	
Fondo cassa (disponibilità finanziaria al 31.12.2005)		104.385
Residui attivi		10.213
Residui passivi		-20.968
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE 31.12.2005		93.630

Fondo cassa 1.1.2005	61.526
Residui attivi 1.1.2005	74.672
Residui passivi 1.1.2005	-29.094
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE 1.1.2005	107.104
Entrate accertate esercizio 2005	219.691
Uscite impegnate esercizio 2005 (incluso acquisti di beni d'uso)	-234.500
Disavanzo finanziario di competenza 2005	-14.809
Sopravvenienze e insussistenze: - maggiori residui attivi incassati 2005	8.500
- maggiori residui passivi pagati 2005	-7.165
Totale sopravvenienze e insussistenze	1.335
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE 31.12.2005	93.630

STATO PATRIMONIALE AL 31 DICEMBRE 2005

(in unità di €uro)

ATTIVO		
Beni mobili		
1994	Arredo	184
1995	Mobili nuova sede	17.727
1995	Telefax	516
1996	Proiettore e carrello	584
1996	Tende - lampadari	1.529
1996	Frigorifero	191
1997	Stampante	1.144
1998	Computer e modem	2.166
1999	Mobili	12.085
1999	Lampade	479
1999	Fotocopiatrice	5.070
1999	Stampante	348
2000	Condizionatore	3.250
2002	Cordless	99
2003	Videoproiettore	2.749
2004	Stampante laser	208
2005	Cellulare	229
2005	P.C.	569
2005	Mouse - schermo video LCD	589
2005	Note Book	1.151
		50.867
	Fondo ammortamento	-43.795
		7.072
Beni immobili		
1997	Nuova sede e spese accessorie	142.944
	Fondo ammortamento	-36.451
		106.493
		113.565
	Residui attivi	10.213
	Disponibilità finanziaria	104.385
Totale Attivo		228.163
PASSIVO		
	Residui passivi	20.968
	Patrimonio netto al 31.12.2004	226.737
	Disavanzo patrimoniale 2005	-19.542
	Patrimonio netto al 31.12.2005	207.195
Totale a pareggio		228.163



RENDICONTO ECONOMICO DELL'ESERCIZIO 2005

(in unità di euro)

PROVENTI DI BILANCIO

Quote Postel	200.330
Quote Nuovi Iscritti	7.280
Accertam. lingua italiana	6.110
Aggiornamento	5.800
Interessi attivi	171
TOTALE PROVENTI	219.691

SPESE DI BILANCIO

Contributi alla Federazione Nazionale	
Ruoli	51.167
Spese generali funzionamento sede	
Luce-acqua-gas-rifiuti-mat.pulizia	2.563
Telefono	4.493
Spese postali	4.145
Cancelleria - stampati - tabulati	2.742
Spese condominiali	856
Manutenzioni e riparazioni	1.575
Assicurazione Consiglieri e beni mobili	1.846
Bolli - tessere - distintivi	29
Home - Banking	186
Spese del personale e dei consulenti	
Costo del personale amministrativo	33.814
Consulenze contabili e amministrative	6.242
Consulenze legali	4.189
Consulenze professionali	200
Spese per attività istituzionale e culturale	
Aggiornamento Collegio	40.735
Rivista Infermieri Informati	11.328
Abbonamenti - riviste - testi	3.088
Spese rappresentanza	1.236
Contributi Coord.Reg.Veneto	1.226
Internet	438
Quota Albo Giornalisti	515
Fondo progetti	8.000
Spese Organi Collegio	
Rimborsi Consigli Nazionali	1.182
Rimborsi spese Consiglieri	24.530
Spese generali varie e imposte	
Postel	5.215
Spese bancarie	296
ICI - IRES - IRAP - INAIL	5.006
Campagna informativa	9.010
Accertamento lingua italiana	6.110
TOTALE SPESE CORRENTI	231.962
Ammortamenti	
- mobili	2.875
- immobili	4.288
TOTALE	239.125

Totale proventi	219.691
Totale spese	-239.125
DISAVANZO ECONOMICO 2005	-19.434
Sopravvenienze nei beni d'uso: minusvalenze per dismissioni	-1.442
Sopravvenienze e insussistenze nei residui: per maggiori residui attivi	8.500
per maggiori residui passivi	-7.165
	1.335
Arrotondamento Euro	-1
DISAVANZO PATRIMONIALE 2005	-19.542

BILANCIO PREVENTIVO DELL'ESERCIZIO 2006

(in unità di Euro)

Il bilancio preventivo dell'esercizio 2006 è stato redatto secondo il nuovo regolamento di amministrazione e contabilità. Descrive sia le previsioni di competenza (vengono prese in considerazione le entrate e le uscite effettive), sia le previsioni di cassa (vengono prese in considerazione le entrate e le uscite effettive più rispettivamente i residui attivi e passivi).

Descrizione	Previsioni di competenza	Residui	Previsioni di cassa
Avanzo iniziale di amministrazione	93.630		
Fondo di cassa iniziale			104.385
Contributi ordinari	223.928	10.213	234.141
Tassa prima iscrizione Albo	3.220		3.220
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO ISCRITTI	227.148	10.213	237.361
Proventi corsi	2.000		2.000
ENTRATE PER INIZIATIVE CULT. E AGG. PROF	2.000		2.000
Diritti di segreteria	300		300
QUOTE PARTECIP. ISCRITTI ALL'ONERE GEST.	300		300
Trasferimento correnti, contributi	3.500		3.500
TRASFERI CORR.DA STATO-REGIONE-COMUNI-E.	3.500		3.500
Interessi attivi su depositi e c/corrent	160		160
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI	160		160

Recuperi e rimborsi	100		100
Recupero spese esami extracomunitari	4.000		4.000
POSTE CORRETTIVE-COMPENS.USCITE CORRENTI	4.100		4.100
Entrate diverse	20		20
More su quote iscritti	20		20
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	40		40
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	237.248	10.213	247.461

TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE

Ritenute Erariali	20.000		20.000
Ritenute Previdenziali e Assistenziali	10.000		10.000
Altre partite di giro	5.000		5.000
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	35.000		35.000
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	35.000		35.000

Riepilogo Complessivo dei Titoli

TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	237.248	10.213	247.461
TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE			
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	35.000		35.000
TOTALE ENTRATE	272.248	10.213	282.461
Utilizzo presunto dell'avanzo di amministrazione	64.182		
Utilizzo presunto del Fondo di Cassa iniziale			74.937
TOTALE GENERALE ENTRATE	336.430		357.398

Compensi, indennità, Consiglieri	33.950		33.950
Assicurazione Consiglieri	1.000		1.000
Rimborsi spese	7.500	4.327	11.827
Compensi per Progetti Operativi	5.000		5.000
Oneri Previdenziali e Assistenziali CD	5.000		5.000
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE	52.450	4.327	56.777
Acquisti libri,riviste,giornali...	6.000		6.000
Acq. mat.consumo e noleggio mat. Tecnico	100		100
Consulenza informatica	2.000		2.000
Consulenza fiscale, legale, profess.le	14.500	4.699	19.199
Competenze Comm.ne esami extracomunitari	4.000		4.000
Prestazioni occasionali	1.500		1.500
Spese varie documentate	3.000		3.000
Manutenzioni e riparazioni	5.000		5.000
Compensi per la riscossione	6.000		6.000
Servizi amministrativi	40.000	3.803	43.803
USCITE PER ACQUISTO BENI CONSUMO-SERVIZI	82.100	8.502	90.602
Spese condominiali	1.000		1.000
Servizi di pulizia	800		800
Servizi telefonici	5.000		5.000
Servizi fornitura energia, riscaldamento	4.000		4.000
Servizi postali	6.000		6.000
Cancelleria e stampati	5.000		5.000
Spese varie documentate per ufficio	500		500
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI	22.300		22.300
Quote spettanti alla Fed. Nazionale	46.730		46.730
Rivista "Infermieri informati"	15.000	3.776	18.776
Spese di coord. Coll. Veneto	2.500	58	2.558
Spese per realiz. di eventi culturali, prog.obiettivo, aggiornam.	61.000	2.946	63.946
Internet	1.000		1.000
Uscite di rappresentanza	2.000		2.000
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI	128.230	6.780	135.010
Spese e commissioni bancarie	800		800
ONERI FINANZIARI	800		800
Imposte e tasse	2.500	1.359	3.859
Irap collaboratori e occasionali	4.000		4.000
ONERI TRIBUTARI	6.500	1.359	7.859
Rimborsi vari	200		200
POSTE CORR.VE E COMP.VE ENTRATE CORRENTI	200		200
Fondo spese impreviste	8.850		8.850
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	8.850		8.850
TITOLO I - USCITE CORRENTI	301.430	20.968	322.398

Acquisto mobili			
ACQUIS.BENI USO DUREVOLE ED OPERE IMMOB.			
Acquisto programmi informatici			
Acquisto macchine ufficio			
ACQUISIZIONE IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE			
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE			

Ritenute Erariali	20.000		20.000
Ritenute Previdenziali e Assistenziali	10.000		10.000
Altre partite di giro	5.000		5.000
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	35.000		35.000
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	35.000		35.000

Riepilogo Complessivo dei Titoli

TITOLO I - USCITE CORRENTI	301.430	20.968	322.398
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE			
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	35.000		35.000
TOTALE USCITE	336.430	20.968	357.398
TOTALE GENERALE USCITE	336.430	20.968	357.398



Da COLLEGIO a ORDINE Professionale: l'inizio di una nuova ri-forma

di **Andrea Bottega**
Resp. Sportello *Esercizio Professionale*

E tre. Dopo un percorso travagliato e irto di ostacoli è stato approvato definitivamente (legge n. 43 del 1 febbraio 2006 pubblicata nella GU n. 40 del 17/02/2006) il Disegno di Legge recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali" (A.C. 6229). Si tratta, come ha sottolineato il Benci, della «terza riforma organica delle professioni della salute» dopo la legge n. 42 del 26 febbraio 1999 e la legge n. 251 del 10 agosto 2000.

Con il parere favorevole di tutti i deputati presenti e l'astensione del gruppo di Rifondazione comunista (da sempre contrario all'istituzione di nuovi ordini e all'obbligatorietà di iscrizione all'albo), la Camera ha varato, il 24 gennaio scorso, il testo pervenuto dal Senato e licenziato pochi giorni prima dalla commissione affari sociali. In 75 minuti il provvedimento è andato in porto senza modifiche e voti contrari. Quasi un record. Dopo anni di attesa e di rinvii, l'out-out posto dalla chiusura dei lavori parlamentari per la scadenza della legislatura e le imminenti elezioni politiche hanno reso possibile l'approvazione di una legge che interessa più di mezzo milione di professionisti della salute italiani.

Certamente per tutti i 22 profili delle professioni sanitarie si tratta di un risultato atteso e di un riconoscimento che serve a garantire maggiore tutela della professione e migliore regolamentazione deontologica a garanzia del cittadino utente dei servizi sanitari. Si tratta soprattutto di un nuovo inizio sia per le professioni, come la nostra, che avevano già l'albo sia per le professioni a cui mancava (ad esempio: i fisioterapisti, ortottisti, podologi, audiometristi, igienisti dentali, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, ecc.).

Per alcuni dunque una ri-forma, un secondo inizio, ma pur sempre un inizio. E non è solo questione di quale denominazione si andrà ad acquisire attraverso il decreto legge che il governo dovrà emanare entro sei mesi ma anzitutto è l'occasione di rilancio

di tutta la professione infermieristica. Una professione che ha pari dignità di quella medica (aspetto già ribadito dalla legge 42/99) ma che spesso fa fatica a farsi spazio nella sua autonomia. Non a caso nella legge le professioni sanitarie non appaiono definite in riferimento alla professione medica, non si parla di "professioni sanitarie non mediche" bensì di "professioni sanitarie". È questo un ribadire ulteriormente che la sanità italiana deve saper fare un passo oltre una posizione medico centrica delle cure per accede alla consapevolezza che la salute del cittadino richiede una pluralità di professioni e professionisti che sappiano prendersi cura dei molti aspetti fondamentali di cui è composta. Un salto culturale di non poco conto. Un riconoscimento sociale evidente.

La nuova legge però non parla solo di ordini professionali, ma si compone anche di altri aspetti acquisiti nel corso dell'iter parlamentare. Infatti, nella sua approvazione definitiva il testo è il risultato dell'assorbimento di nove proposte di legge e l'unificazione di tre disegni di legge ("Istituzione della funzione di coordinamento per le professioni infermieristiche ed individuazione di alcuni profili tecnico professionali operanti nella sanità veterinaria"; "Istituzione degli ordini professionali per le professioni della sanità"; "Modifiche alla legge 10 agosto 2000, n. 251, in materia di professioni sanitarie e di istituzione dei relativi ordini e albi professionali").

Nel dettaglio le novità rilevanti presenti nella legge sono:

1. il chiarimento definitivo dell'obbligatorietà dell'iscrizione all'albo anche per i pubblici dipendenti (art. 2, comma 3), che mette la parola fine alle recenti controversie derivanti soprattutto dalla nota sentenza della Corte di Cassazione del 1 aprile 2004.
2. l'istituzione di "ordini e albi" (art. 3) per le professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251.
3. la delega al governo (art. 4), da esercitarsi entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge, per emanare dei decreti legislativi secondo i seguenti principi e criteri:
 - ✓ la trasformazione dei collegi pro-

fessionali in ordini professionali;

- ✓ l'assegnazione della professione dell'assistente sanitario all'ordine della prevenzione;
 - ✓ l'istituzione di un ordine specifico, con albi separati per ognuna delle professioni previste dalla legge n. 251 del 2000, per ciascuna delle seguenti aree di professioni sanitarie: area delle professioni infermieristiche; area della professione ostetrica; area delle professioni della riabilitazione; area delle professioni tecnico-sanitarie; area delle professioni tecniche della prevenzione;
 - ✓ definire, per ciascuna delle professioni, le attività il cui esercizio sia riservato agli iscritti agli ordini e quelle il cui esercizio sia riservato agli iscritti ai singoli albi;
 - ✓ definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un unico ordine per due o più delle aree di professioni sanitarie;
 - ✓ definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un ordine specifico per una delle professioni sanitarie, nell'ipotesi che il numero degli iscritti al relativo albo superi le ventimila unità;
4. l'individuazione di nuove professioni sanitarie riconosciute su tutto il territorio nazionale avviene in sede di Conferenza Stato-Regioni (art. 5);
 5. la classificazione dei professionisti sanitari secondo quattro tipologie diverse per titolo di studio (art. 6, comma 1):
 - ✓ i professionisti in possesso del titolo base abilitante (diploma di laurea di I livello);
 - ✓ i professionisti coordinatori in possesso del master di I livello in coordinamento o management;
 - ✓ i professionisti specialisti in possesso del master di I livello per le funzioni specialistiche (master clinici in area pediatrica, area critica, area geriatria, area psichiatrica, area della salute pubblica);
 - ✓ i professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di II livello con 5 anni di servizio o già esercitanti l'incarico di dirigente ai sensi dell'art. 7 della legge 10 agosto 2001, n. 251.



6. l'istituzione della funzione di coordinamento (art. 6, comma 2), le cui modalità e i criteri di attribuzione saranno definiti entro 90 giorni da un accordo tra il Ministro della salute e le regioni. Per svolgere le funzioni di coordinamento occorre essere in possesso del master di I livello in coordinamento o management oppure il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica (comma 5) e un'esperienza nel profilo almeno di 3 anni.

Molta carne al fuoco dunque, ma non tutta pronta da servire. Se alcuni aspetti hanno trovato una determi-

nazione altri restano ancora da sviluppare. Decreti legislativi e accordi Stato-Regioni hanno da venire. La speranza è quella che questi provvedimenti portino a compimento una moderna riforma delle professioni sanitarie rendendole più vicine al corpus professionale e maggiormente incisive nella certificazione della qualità delle competenze dei singoli professionisti. Ruolo importante avranno anche i contratti di lavoro nazionali, i quali si dovranno confrontare con la seconda parte della legge n. 43/2006 dove si parla di classificazione di personale e funzione di coordinamento. La materia, ad oggi, era stata di competenza contrattuale e

non aveva ricevuto vincoli normativi. Ora si dovranno rivedere gli inquadramenti e i relativi importi economici. Dovrà essere riconosciuta la funzione e il percorso formativo complementare. Aspetti di non poco conto in una situazione di ristrettezza economica e di non facile gestione sindacale per la differenziazione del personale.

Aspettiamo dunque che i "compiti per casa" vengano svolti dal governo e dalle regioni, dai sindacati come dai rappresentanti dei datori di lavoro. Nel frattempo godiamoci questo bel risultato e guardiamo fiduciosi verso un nuovo ordine.

Legge 1 febbraio 2006 n. 43

Disposizioni in materia di professioni sanitarie, infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali

ART. 1. - (Definizione).

1. Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione.

2. Resta ferma la competenza delle regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie come definite dal comma 1.

3. Le norme della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano in quanto compatibili con i rispettivi statuti speciali e le relative norme di attuazione.

ART. 2. - (Requisiti).

1. L'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, è subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione. Tale titolo universitario è definito ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera c), è valido sull'intero territorio nazionale nel rispetto della normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni ed è rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), individuate dalle regioni, sulla base di appositi protocolli d'intesa tra le stesse e le università, stipulati ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Fermo restando il titolo universitario abilitante, il personale del servizio sanitario militare, nonché quello addetto al comparto sanitario del Corpo della guardia di finanza, può svolgere il percorso formativo presso le strutture del servizio stesso, individuate con decreto del Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo. Per il personale addetto al settore sanitario della Polizia di Stato, alle medesime condizioni, il percorso formativo può essere svolto presso le stesse strutture della Polizia di Stato, individuate con decreto del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo.

2. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 1 sono definiti con uno o più decreti del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni. L'esame di laurea ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio della professione. Dall'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le università possono procedere alle eventuali modificazioni dell'organizzazione didattica dei corsi di laurea già esistenti, ovvero all'istituzione di nuovi corsi di laurea, nei limiti delle risorse a tal fine disponibili nei rispettivi bilanci.

3. L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge.

4. L'aggiornamento professionale è effettuato secondo modalità identiche a quelle previste per la professione medica.

5. All'articolo 3-bis, comma 3, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « , ovvero espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale ».

6. All'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 2 è aggiunto il seguente: « 2-bis. I laureati in medicina e chirurgia e gli altri operatori delle professioni sanitarie, obbligati ai programmi di formazione continua di cui ai commi 1 e 2, sono esonerati da tale attività formativa limitatamente al periodo di espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale ».

ART. 3. - (Istituzione degli ordini delle professioni sanitarie).

1. In ossequio all'articolo 32 della Costituzione e in conseguenza del riordino normativo delle professioni sanitarie avviato, in attuazione dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, nonché delle riforme degli ordinamenti didattici adottate dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, al fine di adeguare il livello culturale, deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario a quello garantito negli Stati membri dell'Unione europea, la presente legge regola le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, nel rispetto dei diversi iter formativi, anche mediante l'istituzione dei rispettivi ordini ed albi, ai quali devono accedere gli operatori delle professioni sanitarie esistenti, nonché di quelle di nuova configurazione.

ART. 4. - (Delega al Governo per l'istituzione degli ordini ed albi professionali).

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera b) e ferma restando, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del citato decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, l'assegnazione della professione dell'assistente sanitario all'ordine della prevenzione, prevedendo l'istituzione di un ordine specifico, con albi separati per ognuna delle professioni previste dalla legge n. 251 del 2000, per ciascuna delle seguenti aree di professioni sanitarie: area delle professioni infermieristiche; area della professione ostetrica; area delle professioni della riabilitazione; area delle professioni tecnico-sanitarie; area delle professioni tecniche della prevenzione;

b) aggiornare la definizione delle figure professionali da includere nelle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, come attualmente disciplinata dal decreto ministeriale 29 marzo 2001;

c) individuare, in base alla normativa vigente, i titoli che consentano l'iscrizione agli albi di cui al presente comma;

d) definire, per ciascuna delle professioni di cui al presente comma, le attività il cui esercizio sia riservato agli iscritti agli ordini e quelle il cui esercizio sia riservato agli iscritti ai singoli albi;

e) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un unico ordine per due o più delle aree di professioni sanitarie individuate ai sensi della lettera a);

f) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un ordine specifico per una delle professioni sanitarie di cui al presente comma, nell'ipotesi che il numero degli iscritti al relativo albo superi le ventimila unità, facendo salvo, ai fini dell'esercizio delle attività professionali, il rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli altri albi dell'ordine originario e prevedendo che gli oneri della costituzione siano a totale carico degli iscritti al nuovo ordine;

g) prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli ordini a livello provinciale o regionale o nazionale;

h) disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli ordini neocostituiti;

i) prevedere che le spese di costituzione e di funzionamento degli ordini ed albi professionali di cui al presente articolo siano poste a totale carico degli iscritti, mediante la fissazione di adeguate tariffe;

l) prevedere che, per gli appartenenti agli ordini delle nuove categorie professionali, restino confermati gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previsti dalle disposizioni vigenti.

2. Gli schemi dei decreti legislativi predisposti ai sensi del comma 1, previa acquisizione del parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia, che sono resi entro quaranta giorni dalla data di trasmissione. Decorso tale termine, i decreti sono emanati anche in mancanza dei pareri. Qualora il termine previsto per i pareri dei competenti organi parlamentari scada nei trenta giorni che precedono o seguono la scadenza del termine di cui al comma 1, quest'ultimo s'intende automaticamente prorogato di novanta giorni.

ART. 5. - (Individuazione di nuove professioni in ambito sanitario).

1. L'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute.

2. L'individuazione è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla presente legge, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

3. L'individuazione è subordinata ad un parere tecnico-scientifico, espresso da apposite commissioni, operanti nell'ambito del Consiglio superiore di sanità, di volta in volta nominate dal Ministero della salute, alle quali partecipano esperti designati dal Ministero della salute e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra



lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti degli ordini delle professioni di cui all'articolo 1, comma 1, senza oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, la partecipazione alle suddette commissioni non comporta la corresponsione di alcuna indennità o compenso né rimborso spese.

4. Gli accordi di cui al comma 2 individuano il titolo professionale e l'ambito di attività di ciascuna professione.

5. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

ART. 6. - (Istituzione della funzione di coordinamento).

1. In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, della presente legge, è articolato come segue:

a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42;

b) professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

c) professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

d) professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.

2. Per i profili delle professioni sanitarie di cui al comma 1 può essere istituita la funzione di coordinamento, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, l'eventuale conferimento di incarichi di coordinamento ovvero di incarichi direttivi comporta per le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie

pubbliche interessate, ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, l'obbligo contestuale di sopprimere nelle piante organiche di riferimento un numero di posizioni effettivamente occupate ed equivalenti sul piano finanziario.

3. I criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private sono definiti, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con apposito accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

4. L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

a) master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

5. Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido per l'esercizio della funzione di coordinatore.

6. Il coordinamento viene affidato nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali.

7. Le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, nelle aree caratterizzate da una determinata specificità assistenziale, ove istituiscano funzioni di coordinamento ai sensi del comma 2, affidano il coordinamento allo specifico profilo professionale.

ART. 7. - (Disposizioni finali).

1. Alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione già riconosciute alla data di entrata in vigore della presente legge continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, salvo quanto previsto dalla presente legge.

2. Con il medesimo procedimento di cui all'articolo 6, comma 3, della presente legge, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa acquisizione del parere degli ordini professionali delle professioni interessate, si può procedere ad integrazioni delle professioni riconosciute ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. La presente legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Educazione Continua in Medicina

Accordo ponte, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 28, tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007".

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 16 marzo 2006:

SANCISCE ACCORDO

tra il Ministero della Salute e le Regioni e le Province autonome, nei termini sotto riportati:

PREMESSO CHE:

- gli Accordi sanciti dalla Conferenza Stato Regioni il 20 dicembre 2001, il 13 marzo 2003 e il 20 maggio 2004 hanno consentito l'avvio a partire dal 2002, dell'accreditamento a regime dei singoli eventi residenziali e l'avvio, nel 2004, del sistema di accreditamento sperimentale regionale e/o nazionale dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative residenziali, a distanza, nonché formazione sul campo;
- l'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, ha inserito tra gli obiettivi che le Regioni devono conseguire, al fine di ottenere l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato per le risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, la realizzazione del "Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007", coerentemente con il Piano Sanitario Nazionale.
- il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 ha individuato, tra gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, la "realizzazione di una formazione permanente di alto livello e qualità in medicina e sanità" per tutti i professionisti della salute.
- con l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 per quanto concerne il "Piano Nazionale dell'Aggiornamento del personale sanitario" si è convenuto che esso dovrà contemplare la ridefinizione degli obiettivi formativi garantendo, in ogni caso che, nella formazione continua del personale sanitario, siano presenti:
 - a) i temi comuni a tutte o più professioni, di prevalente interesse dello Stato;
 - b) i temi specifici delle singole professioni, discipline e specialità mediche e sanitarie;
 - c) i temi di natura organizzativo-gestionale, di prevalente interesse delle Regioni;
 - d) la fissazione delle tipologie delle attività formative;
 - e) le modalità per l'accreditamento dei provider e le modalità della tenuta dell'albo nazionale dei provider;
 - f) la definizione di un organico intervento formativo nazionale;
 - g) i criteri per l'attribuzione dei crediti;
 - h) l'armonizzazione delle regole già previste nei precedenti accordi;
 - i) il ruolo delle società scientifiche;
 - l) la definizione delle problematiche relative alla contribuzione alle spese da parte degli organizzatori di eventi.

SI CONVIENE

1. Fino alla definizione del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007, restano confermati gli obiettivi formativi di interesse nazionale definiti con l'accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001 (atti rep. n. 1358), nonché le modalità di accreditamento degli eventi formativi residenziali e le spe-

- rimentazioni in corso, così come confermato con gli accordi Stato-Regioni del 13 marzo 2003 (rep. Atti n. 1667) e del 20 maggio 2004 (rep. Atti n. 1992).
- 2. Nelle more della definizione dei procedimenti di cui al punto 1) e comunque entro il 15 marzo 2006, verrà costituito presso il Ministero della Salute un Gruppo di Lavoro paritetico Stato-Regioni, che opererà, avvalendosi anche dei documenti prodotti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, per la definizione della proposta "Piano Nazionale dell'Aggiornamento del Personale sanitario".
- 4. Per l'anno 2006, ai fini del debito formativo, il valore di riferimento dei crediti da acquisire da parte degli operatori sanitari resta fissato a n. 30 crediti. I crediti formativi possono essere acquisiti dagli operatori sanitari con gli stessi criteri di flessibilità stabiliti con il Programma Nazionale di Educazione continua in medicina, avviato con Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001, in base al quale l'operatore può acquisire il numero minimo o massimo di crediti formativi fino a raggiungere l'ammontare complessivo pari a 120 crediti formativi, a completamento del debito formativo stabilito nel quinquennio 2002-2006;
- 5. Sono fatti salvi i crediti maturati con la partecipazione ad eventi formativi nel periodo compreso dal 1° gennaio 2006 alla data del presente Accordo.
- 6. Durante il periodo di validità del "Piano Nazionale dell'Aggiornamento del personale sanitario 2005-2007", gli obiettivi possono essere prevalentemente connessi al "Piano Nazionale della Prevenzione" ed agli altri interventi previsti in attuazione dell'intesa di cui al comma 173 della legge n. 311 del 2004 ed in particolare:
 - alla prevenzione cardiovascolare;
 - allo screening dei tumori;
 - all'appropriatezza clinico-assistenziale;
- 7. Per l'anno 2005 ai fini della certificazione degli adempimenti di cui all'articolo 4, comma 1 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e dell'Allegato 3 della medesima per quanto attiene agli impegni assunti dalle Regioni ai punti 2.8 e 2.10 del suddetto Allegato 3, sarà resa l'auto certificazione a cura delle Regioni al Comitato di cui all'articolo 9 della Intesa medesima in ordine agli interventi realizzati.
- 8. Fino alla definizione del Piano Nazionale dell'Aggiornamento del Personale sanitario 2005-2007, proseguono le sperimentazioni relative alle diverse attività poste in essere sia per l'accreditamento dei Provider che per le tipologie di formazione.
- 9. In sede di formulazione del Piano Nazionale dell'Aggiornamento del personale sanitario verrà disciplinata anche la formazione sul campo (FSC) e saranno stabiliti i criteri e le modalità per privilegiare l'aggiornamento sul posto di lavoro e nello studio o presso il domicilio dell'operatore sanitario, nonché in stages di lavoro presso centri di documentata eccellenza.
- 10. Entro il 31 maggio del 2006 dovrà essere approvato il Piano Nazionale dell'Aggiornamento del Personale sanitario 2005-2007, predisposto secondo quanto previsto al comma 2 del presente accordo, all'interno del quale saranno definiti i requisiti minimi per l'accreditamento dei Provider integrati con i criteri per l'attribuzione dei crediti formativi per le diverse tipologie di formazione.

IL SEGRETARIO
dott. Riccardo Carpinò

IL PRESIDENTE
Sen. Prof. Enrico La Loggia



PRIVACY: le regole per le strutture sanitarie

IL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

NELLA riunione odierna, in presenza del prof. Francesco Pizzetti, presidente, del dott. Giuseppe Chiaravallotti, del dott. Mauro Paissan e del dott. Giuseppe Fortunato, componenti e del dott. Giovanni Buttarelli, segretario generale;

CONSIDERATO:

1. Premessa

Sono pervenuti a questa Autorità reclami e segnalazioni con i quali si rappresenta che alcune strutture sanitarie, nell'erogare prestazioni e servizi per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, non rispetterebbero le garanzie previste dalla legge a tutela, in particolare, della dignità e della riservatezza delle persone interessate.

In materia di trattamento dei dati personali in ambito sanitario, il Codice prevede che gli organismi sanitari pubblici e privati adottino misure ed accorgimenti di carattere supplementare rispetto a quelle già previste per il trattamento dei dati sensibili e per il rispetto delle misure di sicurezza. In particolare, l'art. 83 individua alcune specifiche prescrizioni che devono tradursi anche in adeguate misure organizzative, ferma restando la necessità di adottare comunque tutti gli ulteriori accorgimenti che si rendessero opportuni per garantire il più ampio rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati, nonché del segreto professionale.

Con il presente provvedimento, il Garante intende richiamare l'attenzione dei soggetti che operano in ambito sanitario in ordine alla necessità di adeguare il funzionamento e l'organizzazione delle strutture sanitarie alle previsioni stabilite dal Codice in materia di protezione di dati personali (art. 83). I medesimi soggetti sono altresì invitati ad adottare tutte le misure ritenute necessarie ed opportune, conformemente ai principi generali, per garantire il rispetto della dignità della persona e il massimo livello di tutela degli interessati in ambito sanitario.

2. Ambito di applicazione delle misure per il rispetto dei diritti degli interessati

Le misure organizzative in esame devono essere adottate per espresso obbligo di legge da tutti gli organismi sanitari, sia pubblici (es. aziende sanitarie territoriali, aziende ospedaliere), sia privati (es. case di cura).

Sono tenuti alla loro adozione anche i servizi e le strutture di soggetti pubblici operanti in ambito sanitario o aventi competenza in materia di prevenzione e sicurezza del lavoro (es. osservatori epidemiologici regionali, servizi di prevenzione e sicurezza sul lavoro).

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, nonché, deve ritenersi, anche i medici specialisti operanti in studi medici privati, non sono invece destinatari dell'obbligo di adottare dette misure, che riguardano l'organizzazione di strutture. I medesimi soggetti devono comunque ottemperare ai principi cui si ispirano le disposizioni in esame, predisponendo in ogni caso misure idonee a garantire il rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati, nonché del segreto professionale, secondo modalità adeguate a garantire un rapporto personale e fiduciario con gli assistiti (art. 83, comma 2-bis, del Codice).

3. Garanzie per l'interessato

Gli organismi sanitari pubblici e privati, in qualità di titolari del trattamento dei dati personali, devono garantire, in particolare, il rispetto dei seguenti principi:

a) dignità dell'interessato (art. 83, comma 2, lett. e) del Codice

La prestazione medica e ogni operazione di trattamento dei dati personali deve avvenire nel pieno rispetto della dignità dell'interessato (artt. 2 e 83 del Codice).

La tutela della dignità personale deve essere garantita nei confronti di tutti i soggetti cui viene erogata una prestazione sanitaria, con particolare riguardo a fasce deboli quali i disabili, fisici e psichici, i minori, gli anziani e i soggetti che versano in condizioni di disagio o bisogno.

Particolare riguardo deve essere prestato nel rispettare la dignità di pazienti sottoposti a trattamenti medici invasivi o nei cui confronti è comunque doverosa una particolare attenzione anche per effetto di specifici obblighi di legge o di regolamento o della normativa comunitaria (ad es., in riferimento a sieropositivi o affetti da infezione da Hiv -1. 5 giugno 1990, n. 135-, all'interruzione di gravidanza -1. 22 maggio 1978, n. 194- o a persone offese da atti di violenza sessuale -art. 734-bis del codice penale-).

Nei reparti di rianimazione dove si possono visitare i degenti solo attraverso vetrate o videotermini devono essere adottati accorgimenti, anche provvisori (ad es., mediante paraventi), che delimitino la visibilità dell'interessato durante l'orario di visita ai soli familiari e conoscenti.

La necessità di rispettare la dignità è stata rappresentata a questa Autorità anche in relazione alle modalità di visita e di intervento sanitario effettuati nelle aziende ospedaliere-universitarie alla presenza di studenti autorizzati. Le strutture che intendono avvalersi di questa modalità devono indicare nell'informativa da fornire al paziente che (art. 13 del Codice), in occasione di alcune prestazioni sanitarie, si perseguono anche finalità didattiche, oltre che di cura e prevenzione (cfr. d.l.g. n. 517/1999). Durante tali prestazioni devono essere adottate specifiche cautele volte a limitare l'eventuale disagio dei pazienti, anche in relazione al grado di invasività del trattamento circoscrivendo, ad esempio, il numero degli studenti presenti e rispettando eventuali legittime volontà contrarie.

b) riservatezza nei colloqui e nelle prestazioni sanitarie (art. 83, comma 2, lett. c) e d))

È doveroso adottare idonee cautele in relazione allo svolgimento di colloqui, specie con il personale sanitario (ad es. in occasione di prescrizioni o di certificazioni mediche), per evitare che in tali occasioni le informazioni sulla salute dell'interessato possano essere conosciute da terzi. Le medesime cautele vanno adottate nei casi di raccolta della documentazione di anamnesi, qualora avvenga in situazioni di promiscuità derivanti dai locali o dalle modalità utilizzate.

Il rispetto di questa garanzia non ostacola la possibilità di utilizzare determinate aree per più prestazioni contemporanee, quando tale modalità risponde all'esigenza terapeutica di diminuire l'impatto psicologico dell'intervento medico (ad es., alcuni trattamenti sanitari effettuati nei confronti di minori).

c) notizie su prestazioni di pronto soccorso (art. 83, comma 2, lett. f))

L'organismo sanitario può dare notizia, anche per via telefonica, circa una prestazione di pronto soccorso, ovvero darne conferma a seguito di richiesta anche per via telefonica.

La notizia o la conferma devono essere però fornite correttamente ai soli terzi legittimati, quali possono essere familiari, parenti o conviventi, valutate le diverse circostanze del caso.

Questo genere di informazioni riguarda solo la circostanza che è in atto o si è svolta una prestazione di pronto soccorso, e non attiene ad informazioni più dettagliate sullo stato di salute.

L'interessato -se cosciente e capace- deve essere preventivamente informato dall'organismo sanitario (ad es. in fase di accettazione), e posto in condizione di fornire indicazioni circa i soggetti che possono essere informati della prestazione di pronto soccorso. Occorre altresì rispettare eventuali sue indicazioni specifiche o contrarie.

Il personale incaricato deve accertare l'identità dei terzi legittimati a ricevere la predetta notizia o conferma, avvalendosi anche di elementi desunti dall'interessato.

d) dislocazione dei pazienti nei reparti (art. 83, comma 2, lett. g))

Il Codice incentiva le strutture sanitarie a prevedere, in conformità agli ordinamenti interni, le modalità per fornire informazioni ai terzi legittimati circa la dislocazione dei degenti nei reparti, allorché si debba ad esempio rispondere a richieste di familiari e parenti, conoscenti e personale del volontariato.

L'interessato cosciente e capace deve essere, anche in questo caso, informato e posto in condizione (ad es. all'atto del ricovero) di fornire indicazioni circa i soggetti che possono venire a conoscenza del ricovero e del reparto di degenza. Occorre altresì rispettare l'eventuale sua richiesta che la presenza nella struttura sanitaria non sia resa nota neanche ai terzi legittimati (cfr. Carta dei servizi pubblici sanitari, dPCM 19 maggio 1995).

Come per le prestazioni di pronto soccorso, questo genere di informazioni riguarda la sola presenza nel reparto e non anche informazioni sullo stato di salute.

Possono essere fornite informazioni sullo stato di salute a soggetti diversi dall'interessato quando sia stato manifestato un consenso specifico e distinto al riguardo, consenso che può essere anche manifestato da parte di un altro soggetto legittimato, in caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato (art. 82).

e) distanza di cortesia (art. 83, comma 2, lett. b))

Le strutture sanitarie devono predisporre apposite distanze di cortesia in tutti i casi in cui si effettua il trattamento di dati sanitari (es. operazioni di sportello, acquisizione di informazioni sullo stato di salute), nel rispetto dei canoni di confidenzialità e della riservatezza dell'interessato.

Vanno in questa prospettiva prefigurate appropriate soluzioni, sensibilizzando gli utenti con idonei inviti, segnali o cartelli.

f) ordine di precedenza e di chiamata (art. 83, comma 2, lett. a))

All'interno dei locali di strutture sanitarie, nell'erogare prestazioni sanitarie o espletando adempimenti amministrativi che richiedono un periodo di attesa (ad es., in caso di analisi cliniche), devono essere adottate soluzioni che prevedano un ordine di precedenza e di chiamata degli interessati che prescindano dalla loro individuazione nominativa (ad es., attribuendo loro un codice numerico o alfanumerico fornito al momento della prenotazione o dell'accettazione). Ovviamente, tale misura non deve essere applicata durante i colloqui tra l'interessato e il personale medico o amministrativo.

Quando la prestazione medica può essere pregiudicata in termini di tempestività o efficacia dalla chiamata non nominativa dell'interessato (ad es. in funzione di particolari caratteristiche del paziente anche legate ad uno stato di disabilità), possono essere utilizzati altri accorgimenti adeguati ed equivalenti (ad es., con un contatto diretto con il paziente).

Non risulta giustificata l'affissione di liste di pazienti nei locali destinati all'attesa o comunque aperti al pubblico, con o senza la descrizione del tipo di patologia sofferta o di intervento effettuato o ancora da erogare (es. liste di degenti che devono subire un intervento operatorio). Non devono essere, parimenti, resi facilmente visibili da terzi non legittimati i documenti riepilogativi di condizioni cliniche dell'interessato (es. cartelle infermieristiche poste in prossimità del letto di degenza) (artt. 22, comma 8, e 26, comma 5, del Codice).

g) correlazione fra paziente e reparto o struttura (art. 83, comma 2, lett. h))

Gli organismi sanitari devono mettere in atto specifiche procedure, anche di formazione del personale, per prevenire che soggetti estranei possano evincere in modo esplicito l'esistenza di uno stato di salute del paziente attraverso la semplice correlazione tra la sua identità e l'indicazione della struttura o del reparto presso cui si è recato o è stato ricoverato.

Tali cautele devono essere orientate anche alle eventuali certificazioni richieste per fini amministrativi non correlati a quelli di cura (ad es., per giustificare un'assenza dal lavoro o l'impossibilità di presentarsi ad una procedura concorsuale).

Analoghe garanzie devono essere adottate da tutti i titolari del trattamento, ivi comprese le farmacie, affinché nella spedizione di prodotti non siano indicati, sulla parte esterna del plico postale, informazioni idonee a rivelare l'esistenza di uno stato di salute dell'interessato (ad es., indicazione della tipologia del contenuto del plico o del reparto dell'organismo sanitario mittente).

h) regole di condotta per gli incaricati (art. 83, comma 2, lett. i))

Il titolare del trattamento deve designare quali incaricati o, eventualmente, responsabili del trattamento i soggetti che possono accedere ai dati personali trattati nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi per svolgere le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché quelle amministrative correlate (artt. 30 e 29 del Codice).

Fermi restando, in quanto applicabili, gli obblighi in materia di segreto d'ufficio, deve essere previsto che, al pari del personale medico ed infermieristico, gli tenuti al segreto professionale (art. 9 del codice di deontologia medica del 3 ottobre 1998; art. 4 del codice deontologico per gli infermieri del maggio del 1999), gli altri soggetti che non sono tenuti per legge al segreto professionale (ad es., personale tecnico e ausiliario) siano sottoposti a regole di condotta analoghe (cfr. anche art. 10 del codice di deontologia medica).

A tal fine, anche avvalendosi di iniziative di formazione del personale designato, occorre mettere in luce gli obblighi previsti dalla disciplina in materia di protezione dei dati personali con particolare riferimento all'adozione delle predette misure organizzative (artt. 30 e 35 del Codice e punto 19.6 del disciplinare tecnico allegato B) al Codice), evidenziando i rischi, soprattutto di accesso non autorizzato, che incombono sui dati idonei a rivelare lo stato di salute e le misure disponibili per prevenire effetti dannosi.

4. Comunicazione di dati all'interessato

Gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari possono comunicare all'interessato informazioni sul suo stato di salute solo per il tramite di un medico (individuato dallo stesso interessato, oppure dal titolare del trattamento) o di un altro esercente le professioni sanitarie che, nello svolgimento dei propri compiti, intrattenga rapporti diretti con il paziente (ad es., un infermiere designato quale incaricato del trattamento ed autorizzato per iscritto dal titolare).

La necessità di rispettare queste modalità andrebbe menzionata nelle istruzioni impartite agli incaricati del trattamento (art. 84, comma 2, del Codice). Nel caso in cui l'interessato riceva una comunicazione dalla struttura sanitaria che documenti gli esiti di esami clinici effettuati, l'intermediazione può essere soddisfatta accompagnando un giudizio scritto con la disponibilità del medico a fornire ulteriori indicazioni a richiesta.

Il personale designato deve essere istruito debitamente anche in ordine alle modalità di consegna a terzi dei documenti contenenti dati idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato (es. referti diagnostici). In riferimento alle numerose segnalazioni pervenute, va rilevato che le certificazioni rilasciate dai laboratori di analisi o dagli altri organismi sanitari possono essere ritirate anche da persone



informazioni di segreteria

Negli orari di apertura al pubblico del Collegio la segreteria amministrativa potrà fornirvi tutte le informazioni che le chiederete in merito a:

- ❖ Adempimenti necessari per l'iscrizione, la cancellazione o il trasferimento da/per un altro Collegio
- ❖ Qual è il consigliere più indicato a dare una risposta veloce ed esauriente ai vostri quesiti/problemi
- ❖ Quando potete consultare la biblioteca del Collegio

Inoltre con una semplice telefonata, fax o e-mail potete aggiornare il vostro indirizzo e gli altri dati contenuti nell'archivio dell'Albo Professionale (titoli di studio, sede di lavoro, ecc)

Per quanto riguarda i certificati di iscrizione all'Albo Professionale, si ricorda che gli enti pubblici sono obbligati ad accettare l'autocertificazione.

Per quei casi in cui si renda necessario il certificato di iscrizione, lo si può richiedere direttamente e gratuitamente in sede, negli orari di apertura al pubblico, o per posta (in questo caso è necessario allegare un francobollo o una busta pre-affrancata per il ritorno).

Orario di Apertura al Pubblico

martedì	dalle ore 14.00 alle ore 18.00
mercoledì	dalle ore 10.00 alle ore 12.00
giovedì	dalle ore 14.00 alle ore 18.00

Sportello Libera Professione

Ogni primo lunedì del mese presso i nostri uffici, dalle ore 15,00 alle ore 17,00 (previo appuntamento) è disponibile lo sportello libera professione con la consulenza della Sig.ra Elena Vanzo, infermiera libero professionista. Per appuntamento contattare il Collegio.

Biblioteca

È possibile consultare la biblioteca del Collegio IPASVI di Vicenza durante gli orari di apertura al pubblico.

Collegio IPASVI di Vicenza

v.le Trieste 29/C - 36100 Vicenza

tel./fax: 0444 30 33 13

e-mail: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

agenda corsi ECM 2006

Bassano D.G. (VI) - settembre/ottobre 2006 (2 edizioni)

Collegio IPASVI di Vicenza

L'INFERMIERE SI AVVALE DELLE FIGURE DI SUPPORTO. LINEE GUIDA. 5 crediti ECM per infermieri

Per informazioni e iscrizioni (modulo di iscrizione a pagina 23):

Collegio IPASVI di Vicenza

Tel./fax 0444 303313 (mer-gio 10.00-12.00) - www.vicenzaipasvi.it

Noventa Vicentina (VI) - 20 maggio 2006

Collegio IPASVI di Vicenza

LA MOTIVAZIONE COME MOTORE DI MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE LAVORATIVA 4 crediti ECM per tutte le professioni

Per informazioni e iscrizioni (modulo di iscrizione a pagina 24):

Edizioni MAXIMUS

Tel. 0444 624070 (lun-ven 8.00-12.00) - www.ecm-online.org

Sandrigò (VI) - 16 giugno 2006

Collegio IPASVI di Vicenza

PROBLEMATICHE GIURIDICHE E DEONTOLOGICHE DELL'INIZIO VITA E DELLA FECONDAZIONE ASSISTITA. in accreditamento per tutte le professioni

Per informazioni e iscrizioni (modulo di iscrizione a pagina 24):

Edizioni MAXIMUS

Tel. 0444 624070 (lun-ven 8.00-12.00) - www.ecm-online.org

Vicenza - 26-27 maggio 2006

ANINPE (con il patrocinio del Collegio IPASVI di Vicenza)

ASSISTENZA INFERMIERISTICA E NUTRIZIONE PARENTERALE ED ENTERALE.

in accreditamento per infermieri

Per informazioni e iscrizioni:

EFFE EMME sas

Tel. 0444 502849 - email anna@e4a.it

Sandrigò (VI) - 13 maggio 2006

Società Italiana di Nursing

ERRORE CLINICO E GESTIONE DEL FARMACO: IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA GESTIONE DEL RISCHIO.

7 crediti ECM per infermieri

Per informazioni e iscrizioni:

Edizioni MAXIMUS

Tel. 0444 624070 (lun-ven 8.00-12.00) - www.ecm-online.org





Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza

MODULO DI ISCRIZIONE AI CORSI



Iscrizione:

- ✓ inviare il presente modulo di iscrizione (via e-mail o fax) a:

Collegio IPASVI di Vicenza

telefono: **0444 303313**

(attivo mercoledì e giovedì dalle 10.00 alle 12.00)

fax: **0444 303313** (attivo 24h)

e-mail: **vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it**

- ✓ Nel modulo di iscrizione, oltre al **Cognome e Nome**, deve essere compilato obbligatoriamente e in modo chiaro anche l'**indirizzo** postale, il **codice fiscale** e la **professione**. Le schede incomplete non saranno considerate valide.
- ✓ Al fine di poter comunicare eventuali variazioni relative al corso a cui ci si iscrive, è utile inserire anche un contatto telefonico e/o e-mail valido.

Conferma dell'avvenuta iscrizione:

- ✓ È necessario chiamare il numero 0444 303313 per avere conferma dell'avvenuta iscrizione.
- ✓ L'accettazione dell'iscrizione al corso è subordinata al pagamento della quota annuale di iscrizione all'Ordine.

Pagamento:

- ✓ Una volta ricevuta conferma di avvenuta iscrizione (vedi punto precedente) la relativa quota deve essere versata, tramite bollettino postale, sul CCP **53229126** intestato al **Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza**:
 - scrivere obbligatoriamente cognome e nome del partecipante e nella causale data e sede del corso
 - inviare copia del bollettino per fax al numero 0444 303313
- ✓ Le quote di partecipazione ai corsi sono:
 - **25,00 Euro** per gli **iscritti** al Collegio IPASVI di Vicenza
 - **50,00 Euro** per i **non iscritti** al Collegio IPASVI di Vicenza
- ✓ Il versamento deve essere effettuato **entro 7 giorni dall'iscrizione**, pena l'annullamento dell'iscrizione stessa.
- ✓ Il bollettino postale costituisce ricevuta di pagamento.

ATTENZIONE!

- ✓ I corsi sono accreditati unicamente per gli Infermieri
- ✓ La quota di partecipazione, una volta versata, **non viene restituita per nessun motivo**. Per non perdere la quota è comunque possibile effettuare un cambio nel nome del partecipante, anche in sede congressuale.

DATI CORSO

Iscrizione al corso:

- L'infermiere si avvale delle figure di supporto. Linee guida.** **Bassano Del Grappa (VI) - 28 settembre 2006**
 25 € (iscritto IPASVI Vicenza) **50 €** (non iscritto)
- L'infermiere si avvale delle figure di supporto. Linee guida.** **Bassano Del Grappa (VI) - 10 ottobre 2006**
 25 € (iscritto IPASVI Vicenza) **50 €** (non iscritto)

DATI PARTECIPANTE

Cognome e Nome

Codice Fiscale

Professione

Via

CAP

Città

Telefono

E-mail

Data _____

Firma _____

Ai sensi del DLgs. 196/2003, autorizzo il Collegio IPASVI di Vicenza al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione del corso/convegno. **Firmando e inviando il presente modulo accetto integralmente le modalità di iscrizione sopra descritte e dichiaro che quanto compilato corrisponde al vero.**

MODULO DI ISCRIZIONE AI CORSI

Iscrizione:

- ✓ inviare il presente modulo di iscrizione (via e-mail o fax) a:

Edizioni MAXIMUS

telefono: **0444 624070**

(attivo dal lun. al ven. dalle 8.00 alle 12.00)

fax: **0444 809825** (attivo 24h)

e-mail: **corsiecm@edizionimaximus.com**

- ✓ in alternativa è possibile (e consigliabile) compilare il modulo on-line all'indirizzo:

www.ecm-online.org

- ✓ nel modulo di iscrizione, sia cartaceo che on-line, oltre al **Cognome e Nome** deve essere compilato obbligatoriamente e in modo chiaro anche l'**indirizzo** postale, il **codice fiscale** e la **professione**. Le schede che deficeranno di queste informazioni non saranno considerate valide;
- ✓ al fine di poter comunicare eventuali variazioni relative al corso a cui ci si iscrive, è utile inserire anche un contatto telefonico e/o e-mail valido.

Conferma dell'avvenuta iscrizione:

- ✓ per chi si iscrive on-line all'indirizzo **www.ecm-online.org** la conferma è automatica, in quanto al raggiungimento dei posti disponibili il modulo di iscrizione on-line scomparirà dal web;

- ✓ per chi si iscrive inviando il presente modulo via fax o e-mail, è necessario chiamare il numero 0444 624070 per avere conferma dell'avvenuta iscrizione.

Pagamento:

- ✓ una volta ricevuta conferma di avvenuta iscrizione (vedi punto precedente) la relativa quota dovrà essere versata tramite bonifico bancario intestato a:

Edizioni MAXIMUS

presso Unicredit Banca Spa

ABI: 02008 - CAB: 60290 - C/C: 000020871325 - CIN: V

IMPORTANTE: Nella causale mettere obbligatoriamente la **data del corso** e il **cognome e nome** del partecipante

- ✓ è possibile pagare più quote di partecipazione con lo stesso bonifico (un corso per più partecipanti o più corsi per un solo partecipante), purché nella causale siano riportati i nomi dei partecipanti e le date dei corsi;
- ✓ **IMPORTANTE:** Il versamento deve essere effettuato entro 7 giorni dall'iscrizione, pena l'annullamento dell'iscrizione stessa.

ATTENZIONE!

- ✓ La quota di partecipazione, una volta versata, **non viene restituita per nessun motivo**. Per non perdere la quota è comunque possibile effettuare un cambio nel nome del partecipante, anche in sede congressuale.

DATI CORSO

Iscrizione al corso:

- La motivazione come motore di miglioramento della performance lavorativa** **Noventa Vicentina (VI) - 20 maggio 2006**
 30 € (iscritto IPASVI Vicenza) **60 €** (non iscritto)
- Problematiche giuridiche e deontologiche dell'inizio vita e della fecondazione assistita.** **Sandrigo (VI) - 16 giugno 2006**
 30 € (iscritto IPASVI Vicenza) **60 €** (non iscritto)

N.B.: tutte le quote si intendono IVA 20% inclusa.

DATI PARTECIPANTE

Cognome e Nome

Codice Fiscale

Professione

Via

CAP

Città

Telefono

E-mail

INTESTAZIONE

Denominazione

FATTURA

(compilare solo se diversa dai dati del partecipante)

Partita IVA

Indirizzo

Data _____

Firma _____



Ai sensi del DLgs. 196/2003, autorizzo Edizioni MAXIMUS al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione del corso/convegno. **Firmando e inviando il presente modulo accetto integralmente le modalità di iscrizione sopra descritte e dichiaro che quanto compilato corrisponde al vero.**