

INFERMIERI

informati

notizie dal Collegio IPASVI di Vicenza



Collegio IPASVI di Vicenza - Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - Tel./Fax 0444 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale
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 ISSN: 1721-2456

Anno VIII - Numero 2
MAGGIO-AGOSTO 2007



EDITORIALE

Da Florence Nightingale al Doctor House: come cambia l'assistenza

Analisi semiseria (ma non troppo)
di un fenomeno presente
nel contesto sanitario

A PAG. 3



INCONTRI

A spasso con "TESI"

1° concorso provinciale Ipasvi
Edizione 2007
Premiazione e divulgazione
della cultura infermieristica

A PAG. 16



INIZIATIVE

Musicoterapia per la festa degli infermieri

Il collegio IPASVI apre il festival
"New Conversations" di Vicenza

A PAG. 18



AGGIORNAMENTO

Eventi formativi

Le proposte del secondo semestre
2007

A PAG. 19



Infermierinformati

ISSN 1721-2456
Quadrimestrale, anno VIII – numero 2

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 vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

Progetto grafico
Ergon Edizioni – Vicenza - Tel. 0444 302460
info@ergonedizioni.it - www.ergonproject.it

Stampa
Grafiche Simonato Snc - Fara Vic.no (VI)

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.

Foto di copertina:
Villa Gazzotti Grimani Curti, prima metà del 1500
(foto: Giorgia Segala)

**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 rispettando i seguenti criteri:

- per le riviste: cognome e nomi 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 dei 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
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

Infermierinformati
SOMMARIO

DA FLORENCE NIGHTINGALE AL DOCTOR HOUSE: COME CAMBIA L'ASSISTENZA	3	L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA COME STRATEGIA NELLA RIABILITAZIONE FUNZIONALE AL PAZIENTE UROSTOMIZZATO	14
ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI	5	A SPASSO CON "TESTI"	16
IL RENDICONTO 2006	6	MUSICOTERAPIA PER LA FESTA DEGLI INFERMIERI	18
L'AZIENDA SANITARIA: UN'ORGANIZZAZIONE CONFLITTUALE	8	EVENTI FORMATIVI	19
IL PROGETTO IRINGA	12	SCHEDA ISCRIZIONE AI CORSI	20



Da Florence Nightingale al Doctor House: come cambia l'assistenza

Analisi semiseria (ma non troppo) di un fenomeno presente nel contesto sanitario



Il titolo di questo editoriale è curioso ma necessario per affrontare il tema dell'assistere, anzi meglio, come stà cambiando il modo di assistere in senso professionale.

Da Florence Nightingale nasce il nursing in senso moderno.

La nostra capostipite pose le basi di un'assistenza con la necessità di cambiare, in particolare, l'organizzazione degli ospedali da campo militari. Le gravi notizie delle gravissime condizioni in cui venivano trattati i feriti nel corso della guerra di Crimea la spinsero ad offrire la sua collaborazione al governo britannico. Insieme a 38 infermiere da lei formate partì alla volta di Scutari in Turchia dove trovò un ospedale militare iperaffollato, scarso di medicinali e con condizioni igieniche disastrose. Nonostante qualche resistenza da parte dei medici l'ospedale fu rivoluzionato e in pochi mesi il tasso dei decessi crollò. La fama raggiunta per merito del suo intervento le permise di ottenere fondi sufficienti per la formazione di infermiere. La

professione, fino ad allora mal considerata, guadagnò di status. Molti ospedali, soprattutto militari, vennero costruiti seguendo le sue indicazioni.

Da allora molta strada è stata fatta e anche in Italia la professione infermieristica ha avuto una grande evoluzione ma molte cose restano da fare.

Per noi il grande cambiamento lo segna la Legge 42 del 1999 che riconosce l'infermiere una figura sanitaria che previene, cura, riabilita la persona ammalata occupandosi non solo della componente fisica. L'infermiere ha sempre offerto un'assistenza attenta a non separare psiche e corpo, attenta alla persona, alle difficoltà dettate dalla malattia, donando parole in grado di confortare, sostenere, di prendersi carico di un peso che schiaccia il malato, restituendogli fiducia e speranza. Un rapporto di uomini con altri uomini.

Ma la legislazione da sola non può essere in grado di portare a cambiamenti culturali.

Il nostro sviluppo (al di là della norma) è stato accompagnato da elementi fortemente religiosi che hanno connotato

la professione ad una forte valenza missionaria per prendersi carico dell'altro. Un elemento questo forse superiore della conoscenza scientifica, tant'è che ancora oggi facciamo fatica a scrollarci di dosso modalità operative prive di fondamento scientifico e dai risultati dimostrabili.

E qui interviene il Doctor House, freddo, maleducato, disattento alle tragedie umane che appaiono alla sua attenzione. Quel che conta non è come stai emotivamente, se la malattia ti fa paura, ma al fatto che di debba curare. Per curare serve la conoscenza, la ricerca, l'intelligenza e nient'altro. Nel telefilm scompare infatti l'aspetto del prendersi cura e mai nel palinsesto appare l'infermiere. La medicina così concepita non ha bisogno di noi, tutt'al più di qualcuno (con animo missionario) che si occupi di faccende che poco contano per risultati tangibili in termine di salute.

Il doctor House rappresenta tutto questo, la concezione dei grandi successi della medicina scientifica che ha diffuso il sogno che la morte e l'infermità possano essere dominate, con l'adozione



del modello tecnologico della medicina moderna, fondato sulla concezione riduzionista e sull'idea di un continuo progresso.

Senza entrare nel tema di quale sia il livello di assistenza sostenibile che Callahan, nel suo libro "La medicina impossibile", afferma che il sogno perseguito dalla medicina vada sostituito da quello di un'assistenza sanitaria sostenibile, diretta a conseguire una condizione di stabilità a un livello accessibile a tutti ed economicamente sopportabile, ci si chiede dove sta il giusto confine.

Ma soprattutto che cosa deve fare la professione infermieristica per colmare questo grande gap dal confronto della professione medica?

Se la medicina ultra specialistica e riduzionista, che si spinge nella cura degli organi e non dell'uomo, è in grado di negare l'apporto dell'assistenza infermieristica perché questa non influisce sui risultati determinati dalle cure, non è sufficiente che gli infermieri parlino di professionalità perché la stessa deve essere dimostrata, con dati.

E qui viene il punto. Non dobbiamo aspettare che qualcuno ci dica cosa dobbiamo fare, come trattare una lesione da decubito, come gestire un cvc, quali strategie favoriscono l'educazione al paziente diabetico, cardiopatico, come pianificare la dimissione di una paziente mastectomizzata. Dobbiamo essere in grado di farlo e per farlo dobbiamo possedere le conoscenze scientifiche



e imparare ad interrogarci per poi cercare le risposte. E se queste risposte non ci sono dobbiamo imparare a cercarle con l'aiuto della ricerca.

La letteratura in ambito infermieristico si sta orientando verso questa strada ed esistono studi che dimostrano i miglioramenti nella salute determinati dall'assistenza infermieristica.

Con questo sviluppo accompagnato dalla capacità (che non è innata) acquisita dalla formazione, dall'esperienza e dall'aggiornamento continuo non può che elevare lo status dell'infermiere e forse il Doctor House sarebbe il primo a richiedere al suo fianco un infermiere.

Il tipo di assistenza così offerta sarebbe sicuramente in grado di occuparsi del malato a 365 gradi, condividendo e integrando le specifiche competenze professionali del medico e dell'infermiere, coinvolgendo il malato.

Dobbiamo essere consci di questi elementi e capire qual è il nostro ruolo e come sia necessario invertire la rotta. Se questo non avviene allora ha ragione il Doctor House: per curare serve conoscenza, per assistere un animo missionario.

Questo cambiamento va fatto ma senza dimenticare le nostre origini e mantenere quella capacità di saper guardare il malato, non la sua malattia, capire la sua paura e difficoltà, non solo il suo sintomo, e dare quel sostegno che fa della professione infermieristica una figura unica e insostituibile, anche per il Doctor House.





ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI 2007

Come tutti gli anni, nel corso dell'Assemblea degli iscritti all'IPASVI di Vicenza, viene fatto il punto della situazione, un confronto tra quanto è stato dichiarato nelle linee programmatiche e che cosa è stato effettivamente fatto.

Un momento importante in cui ogni iscritto può vedere concretamente quali attività sono state realizzate in risposta a precisi scopi. Sappiamo infatti che è ricorrente la frase interrogativa di molti colleghi "ma che cosa fa il Collegio?" È difficile dare questa risposta se non si partecipa a questa occasione prevista una sola volta all'anno ed è per questo che in queste pagine illustriamo che cosa abbiamo fatto.

I due grandi obiettivi che ci eravamo posti nel triennio erano volti a favorire lo sviluppo della professionale, agendo, sia all'interno che all'esterno della stessa.

- Favorire lo sviluppo professionale degli infermieri iscritti all'ordine
- Migliorare la visibilità dell'infermiere nella professione e nel contesto sociale

Per questi scopi nel corso del 2006 abbiamo realizzato

- **9 corsi di aggiornamento e formazione** continua

1. L'infermiere e le cure complementari
14/01/2006, Vicenza
2. L'infermiere si avvale delle figure di supporto. Linee guida
21/04/2006, Arcugnano
3. La motivazione come motore di miglioramento della performance lavorativa
20/05/2006, Noventa Vic.
4. Assistenza infermieristica e nutrizione parenterale ed enterale
26 e 27 maggio 2006, Vicenza

5. Problematiche giuridiche e deontologiche dell'inizio della vita e della fecondazione assistita

16/06/2006, Sandrigo

6. L'infermiere si avvale delle figure di supporto. Linee guida

28/09/2006, Bassano del Gr.

7. L'infermiere si avvale delle figure di supporto. Linee guida

10/10/2006, Bassano del Gr.

8. La crisi in ambito psichiatrico: aspetti clinici, problemi medico legali, modelli organizzativi ed operativi

18/11/2006, Vicenza

9. Introduzione alla metodologia di una pratica basata **sulle evidenze**

25/11/2006, Vicenza

- **Uno studio osservazionale multicentrico** per lo sviluppo della cultura della ricerca, sulla prevalenza della depressione negli anziani residenti in casa di riposo coinvolgendo 7 case di riposo nel vicentino coinvolte 121 ospiti arruolati

- **Miglioramento e aggiornamento della biblioteca**, con l'acquisto di 20 nuovi testi, l'abbonamento alla rivista inglese Clinical Governance e la catalogazione delle tesi di laurea di 1° livello in Infermieristica

- **Garantiti e migliorati i servizi per gli infermieri**,

* Polizza assicurativa WILLIS, corso di inglese con la LONDON SCHOOL, Convenzione con l'Istituto Comprensivo di Vicenza per lo sviluppo della conoscenza della lingua italiana per infermieri stranieri e con la FITA (teatro).

* Sportello per la Libera professione con infermiere esperto (E.

Vanzo) ogni primo lunedì del mese, la consulenza fiscale, su richiesta, con il commercialista (Dr. Bottene), la consulenza giuridica con l'Avvocato (Dr. Roetta)

* Sportello Esercizio professionale con infermiere esperto (Dr. Bottega) e la consulenza del giurista (Dr. Benci) dove sono stati trattati i seguenti quesiti;

- 4 hanno riguardato l'ECM, la Formazione a distanza (FAD)
- 1 il prelievo arterioso nel territorio da parte dell'infermiere
- 1 la somministrazione dei farmaci in casa di riposo (scatolette)
- 1 il diritto allo studio
- 1 l'obiezione di coscienza in caso di IVG cosa deve fare l'inf
- 1 somministrazione del ferro ev nel territorio
- 1 la documentazione infermieristica
- 1 l'idrocolonerapia (competenza infermieristica)
- 1 competenze inf in radiodiagnostica
- 1 responsabilità in un caso di abbandono del luogo di lavoro in patologia neonatale
- 1 cambiamenti della normativa sulla pubblicità a seguito del decreto Bersani
- 1 abolizione del tariffario minimo a seguito del decreto Bersani
- 1 competenze infermieristiche in urologia
- 1 concorsi pubblici e infermieri extracomunitari
- 1 prelievo arterioso in pediatria
- 1 obbligo del dipendente a lasciare un recapito nei giorni di riposo/reato penale
- 1 utilizzo monitor con allarmi (tacitare gli allarmi)
- 1 rapporto infermieri/ospiti in casa di riposo



- 1 rapporto infermieri/pz in semintensiva
- 1 convenzione tra libero prof e struttura privata
- **Migliorati gli strumenti di informazione**, modificando la grafica della rivista del collegio *Infermieri Informati*, il sito internet con **71532** Visitatori, con **94543** accessi per un totale di **176224** pagine consultate nel 2006.
- **Inserimento di 21 infermieri non comunitari** nel 2006, realizzando corsi preparatori all'esame, corsi di Italiano, la pubblicazione delle norme per l'esercizio professionale ed espletamento della prova di italiano e di normativa, necessaria per la regolare iscrizione all'albo professionale
- Realizzazione di progetti ed interventi per **promuovere l'immagine dell'infermiere**, con attività di orientamento nelle scuole medie superiori di Vicenza e provincia, apertura del Festival Nazionale Vicenza Jazz in collaborazione del Comune di Vicenza (presenza all'evento di 10.000 persone)
- Sviluppati **rapporti di collaborazione con Enti** quali la Regione Veneto, l'Università, le ULSS, le case di cura

Per l'anno in corso, oltre a mantenere gli impegni dichiarati abbiamo deciso di realizzare

- Corsi ECM per gli iscritti del COLLEGIO IPASVI di Vicenza a 10 euro
- Premiare le TESI più interessanti e recuperare prezioso materiale bibliografico ed infine premiare lavori di ricerca infermieristica.

Un grande lavoro che ha richiesto, impegno e volontà e per il quale sono stati necessari 13 consigli del direttivo, 7 consigli regionali e 4 consigli nazionali e molto tempo per contribuire allo sviluppo della professione dell'Infermiere.

Il rendiconto 2006

Relazione del tesoriere all'Assemblea degli iscritti del 3 marzo 2007

Il bilancio di esercizio, oltre ad essere un obbligo amministrativo, contabile e fiscale, rappresenta anche un momento di sintesi dell'attività, di confronto degli iscritti con il Collegio e una occasione per rendicontare quanto è stato fatto durante l'anno appena trascorso e ciò che si intende fare per l'anno a venire.

Il bilancio, quindi, non deve essere solamente considerato una incombenza, ma invece è un importante momento in cui gli iscritti possono valutare l'attività svolta ed intervenire qualora lo ritengano utile o opportuno. Con questo spirito è stato redatto il bilancio che segue nelle pagine successive e con una particolare attenzione nel renderlo (rispettando comunque i vincoli amministrativi) più completo e comprensibile.

In queste pagine viene pubblicato un estratto riassuntivo del bilancio che riporta le voci principali in modo completo, ma sintetico. Per chiunque volesse approfondire la materia, o visionare tutti i documenti inerenti al bilancio di esercizio si può collegare al sito del Collegio all'indirizzo www.vicenzaispasvi.it.



Nella pagina a fianco sono riportati tre documenti:

- Lo stato patrimoniale;
- Il rendiconto finanziario anno 2006;
- Il bilancio di previsione per l'anno 2007.

STATO PATRIMONIALE

Lo stato patrimoniale presenta le voci delle attività e delle passività del collegio alla fine dell'esercizio, confrontate con le medesime voci alla fine dell'anno precedente.

Attività

Le immobilizzazioni materiali per mobili ed immobili sono pari a 106.669.

L'attivo circolante è costituito dai crediti (non riscossi) di 76.642,29 e dalla disponibilità liquida di 125.903,96.

Per un totale di attivo pari a 309.215,25.

Passività

il totale passivo è dato dal patrimonio netto pari a 270.997,68 e dai residui passivi pari a 38.217,57 per un totale passivo di 309.215,25

RENDICONTO FINANZIARIO ANNO 2006

Il rendiconto finanziario o conto consuntivo consta di una **gestione di competenza** e di una **gestione di residuo**.

Il conto consuntivo-gestione di competenza è redatto nella forma a 5 colonne:

- la prima riguarda le somme del preventivo;
- la seconda colonna riporta le entrate (riscosso) e le uscite monetarie (pagato);
- la terza colonna riporta i crediti maturati (da riscuotere) e i debiti assunti (da pagare);
- la quarta colonna riporta le somme accertate e le spese impegnate;
- la quinta colonna indica lo scostamento (positivo o negativo) tra la prima e la quarta colonna, ovvero, tra il preventivo per il 2006 e l'accertato del 2006.

Il conto consuntivo - gestione dei residui è redatto nella forma a cinque colonne.

- la prima colonna indica l'ammontare dei crediti/debiti al 1.1.06
- la seconda colonna indica le riscossioni e i pagamenti rispettivamente dei crediti e dei debiti nel corso dell'anno 2006.
- la terza colonna riporta i crediti e i debiti ancora da riscuotere e da pagare.
- la quarta colonna riporta i crediti e i debiti relativi al 2006
- la quinta colonna, residui finali, è la sommatoria tra le somme da riscuotere e da pagare degli anni precedenti (terza colonna) e le somme da riscuotere e da pagare del 2006 (quarta colonna).



IL BILANCIO PREVENTIVO 2007

Il bilancio di previsione 2007 è stato redatto nel rispetto del regolamento di amministrazione e contabilità approvato dal Consiglio Nazionale nel 2004. Lo scopo del bilancio di previsione è sostanzialmente quello di prevedere e destinare le risorse economiche necessarie ai singoli progetti, alle attività formative e culturali, alle iniziative in genere ed alle spese di funzionamento.



Stato Patrimoniale

ATTIVITA'	ANNO		PASSIVITA'	ANNO	
	2006	2005		2006	2005
A) CREDITI VERSO LO STATO ED ALTRI ENTI PUBBLICI PER LA PARTECIPAZIONE AL PATRIMONIO INIZIALE	0,00	0,00	A) PATRIMONIO NETTO		
B) IMMOBILIZZAZIONI			I. Fondo di dotazione		
I. Immobilizzazioni immateriali			II. Riserve obbligatorie e derivanti da leggi		
a detrarre: fondo ammortamento immobilizzazioni immateriali			III. Riserve di rivalutazione		
sub totale			IV. Contributi a fondo perduto		
II. Immobilizzazioni materiali			V. Contributi per ripiano disavanzi		
Beni immobili	142.944,00	142.944,00	VI. Riserve statutarie		
a detrarre: fondo ammortamento immobilizzazioni materiali	40.739,00	36.451,00	VII. Altre riserve distintamente indicate		
sub totale	102.205,00	106.493,00	VIII. Avanzi (Disavanzi) economici portati a nuovo	207.194,73	226.737,00
Beni mobili	50.976,00	50.867,00			
a detrarre: fondo ammortamento immobilizzazioni materiali	46.462,00	43.795,00	IX. Avanzo (Disavanzo) economico d'esercizio	63.802,95	-19.542,00
sub totale	4.464,00	7.072,00	Totale Patrimonio netto (A)	270.997,68	207.195,00
III. Immobilizzazioni finanziarie					
Totale Immobilizzazioni (B)	106.669,00	113.565,00	B) CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE	0,00	0,00
C) ATTIVO CIRCOLANTE			C) FONDI PER RISCHI ED ONERI	0,00	0,00
I. Rimanenze			D) TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO DI LAVORO SUBORDINATO	0,00	0,00
II. Crediti, con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo entro 12 mesi	76.642,29	10.213,00	E) DEBITI, con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo		
III. Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni			I. Debiti bancari e finanziari entro 12 mesi		
IV. Disponibilità liquide	125.903,96	104.385,00	oltre 12 mesi		
Totale attivo circolante (C)	202.546,25	114.598,00	II. Residui Passivi entro 12 mesi	38.217,57	20.968,00
D) RATEI E RISCONTI			Totale Debiti (E)	38.217,57	20.968,00
			F) RATEI E RISCONTI	0,00	0,00
Totale attivo	309.215,25	228.163,00	Totale passivo e netto	309.215,25	228.163,00

Rendiconto finanziario 2006

	GESTIONE DI COMPETENZA				
	Previsioni	SOMME ACCERTATE			Differenze sulle previsioni
		Risorse	da riscuotere	Totale	
Entrate contributive a carico iscritti	€ 227.148,00	€ 209.530,00	€ 21.896,00	€ 231.426,00	€ 4.278,00
Entrate per iniziative cult. e agg. prof.	€ 2.000,00	€ 3.625,00	€ -	€ 3.625,00	€ 1.625,00
Quote partecip. iscritti all'onere gest.	€ 300,00	€ 528,00	€ -	€ 528,00	€ 228,00
Trasferimenti correnti da parte Regioni	€ 3.500,00	€ 12.507,20	€ -	€ 12.507,20	€ 9.007,20
Redditi e proventi patrimoniali	€ 160,00	€ 249,08	€ -	€ 249,08	€ 89,08
Poste corr.ve - compens. uscite correnti	€ 4.100,00	€ 2.910,00	€ -	€ 2.910,00	€ -1.190,00
Entrate non classificabili in altre voci	€ 40,00	€ -	€ -	€ -	€ -40,00
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 237.248,00	€ 229.349,28	€ 21.896,00	€ 251.245,28	€ 13.997,28
TITOLO II - ENTRATE IN OCAPITALE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Entrate aventi natura di partite di giro	€ 35.000,00	€ 9.104,63	€ 7.509,73	€ 16.614,36	€ -18.385,64
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	€ 35.000,00	€ 9.104,63	€ 7.509,73	€ 16.614,36	€ -18.385,64
TOTALE ENTRATE	€ 272.248,00	€ 238.453,91	€ 29.405,73	€ 267.859,64	€ -4.388,36
Utilizzo dell'avanzo di amministrazione iniziale	€ 64.182,00				
TOTALE GENERALE	€ 336.430,00			€ 267.859,64	

	GESTIONE DI COMPETENZA				
	Previsioni	SOMME IMPEGNATE			Differenze sulle previsioni
		Pagate	da pagare	Totale	
Uscite per gli organi dell'Ente	€ 52.450,00	€ 23.534,95	€ 14.361,69	€ 37.896,64	€ -14.553,36
Uscite per acquisto beni consumo-servizi	€ 82.100,00	€ 57.510,83	€ 12.974,49	€ 70.485,32	€ -11.614,68
Uscite per funzionamento uffici	€ 22.300,00	€ 11.073,80	€ 694,64	€ 11.768,44	€ -10.531,56
Uscite per prestazioni istituzionali	€ 128.230,00	€ 98.325,56	€ 146,00	€ 98.471,56	€ -29.758,44
Oneri finanziari	€ 800,00	€ 784,99	€ -	€ 784,99	€ -15,01
Oneri tributari	€ 6.500,00	€ 3.462,68	€ 2.268,62	€ 5.731,30	€ -768,70
Poste corr.ve e comp.ve entracorrenti	€ 200,00	€ -	€ -	€ -	€ -200,00
Uscite non classificabili in altre voci	€ 8.850,00	€ 371,36	€ -	€ 371,36	€ -8.478,64
TITOLO I - USCITE CORRENTI	€ 301.430,00	€ 195.064,17	€ 30.435,44	€ 225.499,61	€ -75.930,39
Acquisizione beni uso durevole ed opere imm.	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Acquisizioni immobilizzazioni tecniche	€ -	€ 59,00	€ -	€ 59,00	€ 59,00
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE	€ -	€ 59,00	€ -	€ 59,00	€ 59,00
Uscite aventi natura di partite di giro	€ 35.000,00	€ 9.104,63	€ 7.509,73	€ 16.614,36	€ -18.385,64
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	€ 35.000,00	€ 9.104,63	€ 7.509,73	€ 16.614,36	€ -18.385,64
TOTALE USCITE	€ 336.430,00	€ 204.227,80	€ 37.945,17	€ 242.172,97	€ -94.257,03
Avanzo di amministrazione dell'esercizio				€ 25.686,67	
TOTALE GENERALE	€ 336.430,00			€ 267.859,64	

Bilancio di Previsione 2007

ENTRATE			
Descrizione	Previsioni di competenza	Residui	Previsioni di cassa
Avanzo iniziale di amministrazione	€ 83.140,00		
Fondo di cassa iniziale			€ 83.140,00
Entrate contributive a carico iscritti	€ 232.208,00	€ 73.042,03	€ 305.250,03
Entrate per iniziative culturali e agg. prof.	€ 3.000,00		€ 3.000,00
Quote partecip. iscritti all'onere gest.	€ 300,00		€ 300,00
Trasf. correnti da Stato/Regione/Comuni/E.	€ 3.500,00	€ 3.500,00	€ 7.000,00
Redditi e proventi patrimoniali	€ 160,00		€ 160,00
Poste correttive-compens. uscite correnti	€ 1.620,00		€ 1.620,00
Entrate non classificabili in altre voci	€ 40,00		€ 40,00
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 240.828,00	€ 76.542,03	€ 317.370,03
TITOLO II - ENTRATE IN C/CAPITALE	€ -	€ -	€ -
Entrate aventi natura di partite di giro	€ 27.000,00		€ 27.000,00
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	€ 27.000,00		€ 27.000,00
TOTALE ENTRATE	€ 267.828,00	€ 76.542,03	€ 344.370,03
Utilizzo presunto dell'avanzo di amm.ne	€ 66.563,00		
Utilizzo presunto del Fondo di Cassa iniz.			€ -9.979,03
TOTALE GENERALE	€ 334.391,00		€ 334.391,00

USCITE			
Descrizione	Previsioni di competenza	Residui	Previsioni di cassa
Uscite per gli organi dell'ente	€ 52.000,00	€ -	€ 52.000,00
Uscite per l'acquisto beni consumo e servizi	€ 82.700,00	€ -	€ 82.700,00
Uscite per funzionamento uffici	€ 23.200,00	€ -	€ 23.200,00
Uscite per prestazioni istituzionali	€ 132.641,00	€ -	€ 132.641,00
Oneri finanziari	€ 800,00	€ -	€ 800,00
Oneri tributari	€ 7.000,00	€ -	€ 7.000,00
Poste corr.ve e comp.ve entrate correnti	€ 200,00	€ -	€ 200,00
Uscite non classificabile in altre voci	€ 8.850,00	€ -	€ 8.850,00
TITOLO I - USCITE CORRENTI	€ 307.391,00	€ -	€ 307.391,00
Acq. Beni uso durevole e opere imm.ri	€ -	€ -	€ -
Acq. Immobilizzazioni tecniche	€ -	€ -	€ -
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE	€ -	€ -	€ -
Uscite aventi natura di partite di giro	€ 27.000,00	€ -	€ 27.000,00
TITOLO III - PARTITE DI GIRO	€ 27.000,00	€ -	€ 27.000,00
Totale	€ 334.391,00	€ -	€ 334.391,00

L'azienda sanitaria: un'organizzazione conflittuale

"Il sistema sanitario dà tangibili segni di crisi"... Si tratta di una affermazione consolidata nel tempo e diventata ormai di dominio pubblico.

Le cause?

Infinite e per la maggior parte ben note pure esse.

Tutti noi abbiamo preso consapevolezza che negli ultimi quindici anni la spesa sanitaria ha avuto, in Italia, una crescita costante sia in termini assoluti che in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL), a causa dell'aumento della vita media della popolazione, dell'incremento dei costi legati alle nuove tecnologie ed ai metodi di cura, ai mancati investimenti nella ricerca e nella prevenzione ed alle non ben definite modalità di competizione tra pubblico e privato. Abbiamo quindi assimilato che occorre muoversi in una ottica di *risorse limitate* e che è conveniente perciò razionalizzare quelle che sono disponibili.

Non solo. Sappiamo che il Sistema Ospedale è una "cellula" complessa-multidimensionale, per più fattori, quali ad esempio:

- la pluralità di scopi e di funzioni
- la molteplicità di centri decisionali
- l'esistenza di una densa rete di rapporti di interscambio con l'ambiente esterno
- un'ampia presenza di destinatari con richieste e valori differenziati.

Ebbene, coscienti di questi ed altri limiti interni/esterni della gestione efficiente ed efficace degli Ospedali, di fatto, secondo l'ipotesi assunta nell'excurus letterario sociologico, sussiste una "criticità" comune alle Aziende Sanitarie, nota con il termi-



ne di *"conflitto"*, che influisce pesantemente sulla crisi dell'assistenza sanitaria, rendendo improduttiva la sua *"mission"*.

Per meglio comprendere le sfaccettature e le tipologie di questa "dimensione", spesso sottovalutata, la letteratura sociologica ne ha ricostruito una mappa, correlandola agli interessi ed agli attori in gioco. Il risultato prodotto ha consentito di annoverare una carrellata dei *"conflitti"* più ricorrenti.

Tra questi spiccano:

- *Il conflitto medico-amministrativo*, che trae la sua "discendenza" dalla stessa configurazione dell'organizzazione ospedaliera, dalle logiche ed obiettivi difforni dei due settori: medico- amministrativo correlati a

centri di poteri diversi. Più precisamente, secondo J.J. Rohde (1), si tratta di un *"conflitto universale"*, in quanto, "mentre, infatti, in quello medico vige la norma dell'uso ottimale dei mezzi in riferimento al paziente, è obbligo dell'amministrazione garantire la capacità di sussistenza economica dell'ospedale e quindi avere cura di un uso razionale dei mezzi in riferimento a un calcolo equilibrato dei successi dell'ospedale". Il dibattito tra allocazione delle risorse e nuovi bisogni di cura della comunità è pertanto una questione "viva" che alimenta inevitabilmente scontri di potere.

NOTE

1 J.J. Rohde, Sociologia e psicologia sociale della sfera clinica, in G.A.Maccacaro, A. Martinelli (a cura di), Sociologia della medicina, Feltrinelli, Milano, 1977



- Il "conflitto gerarchico", generato dalla presenza, all'interno della struttura verticale dell'Ospedale, di più gerarchie d' autorità parallele (medica, sanitaria, amministrativa) le cui linee di comando, di controllo e di coordinamento si intersecano in vasti e vari settori, ma principalmente nei reparti, luoghi centrali dell'attività dell'Ospedale stesso.

I dipendenti, al di là della loro qualifica, vengono così posti nelle condizioni di dover sottostare e quindi obbedire agli ordini di più superiori che risultano essere in molte occasioni incoerenti e contraddittori tra loro.

Inoltre, sempre nella linea verticale, secondo il pensiero di J.J. Rohde (1) esistono forti tensioni determinate dall'irrigidimento di posizioni di potere gerarchico. Mentre nelle burocrazie professionali, qual è l'Ospedale, in cui è presente all'interno delle singole specialità una significativa frammentazione specialistica, l'autorità dovrebbe basarsi principalmente sul potere della competenza. Anche perché il titolare di una posizione superiore non è detto che sia sempre superiore per capacità tecniche ai colleghi subordinati. Da qui si desume che l'organizzazione dell'attività basata su principi gerarchici definiti, con canali di comunicazione

e regole di lavoro standardizzate e con comportamenti formalizzati convergono in un modello burocratico meccanico che spesso favorisce il sorgere di un clima lavorativo ostile e teso.

- *Il conflitto tra Ospedale e Comunità*, riguarda soprattutto una tipologia di contesa che scaturisce dall'antitetica contrapposizione tra il diritto rivendicato dai cittadini di essere curati e la non garanzia da parte dell'Ospedale di assolvere a tale impegno in maniera sempre efficace ed efficiente. Nasce quindi uno "scontro" tra Azienda Sanitaria e Comunità per le aspettative "sovrastimate" di guarigione che nutrono gli utenti, in virtù dei successi della medicina moderna ed i limiti tuttora reali della scienza medica, gli errori materiali commessi dal personale sanitario, la discrepanza fra il fabbisogno di posti letto del territorio e la capacità ricettiva degli Ospedali, le lunghe liste di attesa, ecc.

- *Il conflitto tra utenti e operatori sanitari*, si sviluppa essenzialmente a livello di relazioni interpersonali. L'ospedalizzazione dell'individuo malato comporta varie modificazioni di vita, quali: status, ruolo, abitudini,

con una conseguente difficoltà nell'adattarsi alle regole del nuovo ambiente ed alle direttive del personale sanitario, alla cultura dominante fondata sul principio della razionalità scientifica. In questo contesto succede che il "team sanitario" (medici, infermieri, tecnici, ecc.) nell'insistere sull'aspetto tecnico e strumentale della professione, come trattamento di una certa malattia, tenda a tralasciare l'aspetto umano nella relazione con il paziente. Si rileva quindi una discrepanza tra il diritto del paziente di essere curato e la sua disattesa esigenza di essere il "malato" che non risulta più lo sconosciuto e l'anonimo, ma una persona reale con i propri bisogni, le proprie attese. Si tratta di una "relazione coatta" che, peraltro, oltre ad influire negativamente sul ripristino della salute del paziente, diventa spesso essa stessa fonte di malattia.

A questa realtà il paziente reagisce in alcuni casi adottando un atteggiamento passivo, di rassegnata accettazione, in molti altri casi manifesta, al contrario, un comportamento di protesta, criticando aspramente l'operato del medico e l'efficienza del servizio erogato. L'incremento nel panorama sociale, di quest'ultima tipologia di utente: più



attento ed informato sui problemi di salute e sulla qualità delle offerte, pone sempre più l'Ospedale in una posizione di controversia con l'utenza in generale.

-Il conflitto tra utenti ed apparato burocratico. L'Azienda Sanitaria è spesso improntata sulla base di un modello burocratico rigido e meccanico. Il fatto è che la burocrazia, intesa come un sistema di regole generali che governano ogni azione e decisione per garantire trattamenti uguali ed imparziali, paradossalmente porta in sé delle disfunzioni, quali, secondo R. Merton (*Social Theory and Social Structure*, 1949):

- L'incapacità addestrata di adattarsi al nuovo. L'insegnamento dei burocrati al rispetto assoluto delle regole provoca totale mancanza di duttilità nella loro applicazione.
- Il ritualismo burocratico, che alimenta un atteggiamento volto a porre al primo posto nella scala dei valori la fedeltà fine a se stessa

e nel rispetto del dovere di essere sensibile alla "categorizzazione" dei multiformi problemi degli utenti e dall'altra parte l'utente che non gradisce il comportamento stereotipato del burocrate che riduce il suo caso a una pratica e non come un problema particolare ed unico di quello specifico utente.

Pertanto, la proliferazione di norme burocratiche in molti casi esercita un effetto contrario alle aspettative auspiccate in termini di efficacia ed efficienza dei servizi. Ad esempio, nell'ambito del sistema ospedaliero, il peso della burocrazia, pur essendo in atto alcune innovazioni per rendere più snello e trasparente il procedimento amministrativo, è tuttora fonte spesso di lunghe procedure, inutili ed estenuanti attese, difficoltà di essere ricoverati.

In questo modo "l'onere burocratico" appare agli occhi degli utenti un ostacolo all'accesso dei servizi sanitari, in contrasto quindi con il loro diritto di tutela della salute.

sanitario pubblico. Il germe della criticità è in pratica quella situazione di dipendenza reciproca e di concorrenza economica che si viene contemporaneamente a creare tra medici e amministrazione ospedaliera.

Peraltro, laddove la libera professione abbia tra le finalità quella di contribuire a smaltire le lunghe liste di attesa, resta incerto l'interesse di chi è pagato a prestazione a ridurre di molto i tempi di attesa, dal momento che ciò potrebbe fare cessare la richiesta di prestazioni aggiuntive. Questo sistema inoltre si pone ipoteticamente in collisione con i pazienti, i quali posti di fronte al bivio di effettuare l'intervento con il medico prescelto in libera professione in pochi giorni, ma pagando cifre elevate, o di attendere la lista di attesa del SSN, si sentono umanamente soggiogati e vittime di un apparato pubblico non integralmente proiettato al soddisfacimento degli interessi del cittadino.



- delle norme, facendo perdere di vista i fini reali dell'organizzazione.
- Spirito di corpo e orgoglio di mestiere, che porta i burocrati a difendere i propri interessi costituiti più che assistere gli utenti e i superiori.
- Contrastanti aspettative di burocrazia e utenza: da una parte il burocrate che svolge la sua attività senza coinvolgimenti personali

Proseguendo nell'analisi avviata dagli studi sociologici, affiorano altri elementi conflittuali degni di nota. Tra quelli maggiormente radicati nell'humus sanitario rientrano ad esempio:

- *il conflitto tra libera professione - ospedale e cittadini*, determinato da una potenziale alterazione del rapporto con gli interessi del sistema

- Il conflitto tra Comparto Sanità/Dirigenza e classe politica. Il riferimento si orienta in particolare verso le estenuanti trattative tra Governo, Regioni, sindacati degli ospedalieri e parti sociali sulla governance clinica. Nel concreto i conflitti tra Comparto/Dirigenza con le forze politiche sono spesso accesi oltreché perenni e spaziano su vasti ed importanti argomenti, quali in particolare: la capacità dei governanti di rispondere e di garantire gli interessi dei lavoratori e della intera società, il potere d'acquisto dei salari, il miglioramento delle condizioni di lavoro e le prospettive di nuova occupazione. Sono inoltre sorgenti di contraddittorio l'esigenza di nuovi meccanismi di progressione sia economica che di carriera, che superino i rigidi ordinamenti volti a concepire come unica prospettiva di miglioramento quella del concorso pubblico, nonché lo sviluppo di una vera politica aziendale di gestione del personale, la flessibilità dei fondi contrattuali e le modalità per il loro incremento in sede locale. Il conflitto se non adeguatamente



moderato trova poi la sua massima manifestazione nell'indizione di scioperi nazionali, ovvero nell'astensione collettiva dal lavoro dei dipendenti pubblici, allo scopo di contestare vaghe promesse, generiche assicurazioni, stanziamenti della finanziaria decurtati e per la rivendicazione dei loro diritti, da quelli salariali a quelli di miglioramento dell'organizzazione e della tutela professionale.

-Il conflitto tra Personale sanitario, Ospedale e Associazioni in difesa dei diritti del malato. In qualità di portavoce dei malati, le Associazioni hanno lo scopo di aiutare e di rafforzare il "potere" dei loro associati su più fronti. Inoltre, la loro funzione propositiva e gestionale implica contatti con Soggetti diversi (privati/pubblici) al fine di rivendicare una maggiore adesione ai bisogni degli individui affetti da malattie croniche e/o inguaribili e dei loro familiari.

Per quanto attiene alla sfera sanitaria, tali Associazioni generalmente si propongono di rafforzare la figura del malato nei riguardi sia della struttura ospedaliera sia del medico e di tutti gli operatori sanitari. In particolare al personale medico

viene richiesta un'immagine professionale che vada al di là del puro esecutore delle richieste del paziente. Viene quindi rivendicato il diritto ad una relazione medico-paziente che tenga conto delle istanze familiari, sociali e che si apra alla collaborazione con altre figure professionali (infermieri, fisioterapisti, psicologi) ciascuna capace di promuovere una relazione terapeutica specifica quanto a obiettivi, metodologie e strumenti di intervento. Dal canto suo il medico e gli operatori sanitari in generale, quali dipendenti vincolati da precise logiche e regole dipartimentali-aziendali spesso non hanno la facoltà di soddisfare adeguatamente questi appelli.

Situazioni di attrito riguardano altresì il rapporto con le Aziende Sanitarie in sé. Queste ultime, per motivi legati in particolare alla responsabilità del controllo della spesa sanitaria ed alle ristrettezze del budget disponibile, non sempre riescono ad assicurare la loro collaborazione reclamata dalle Associazioni in difesa dei malati, per la realizzazione di strutture e servizi adeguati a particolari patologie, oppure per garantire alle persone la migliore assistenza nel rispetto della loro autonomia. Ciò implica ovviamente situazioni di attrito e di disaccordi.

Vale la pena di sottolineare che la sequenza qui delineata non esaurisce la lista di altre componenti conflittuali che imperano negli ambienti ospedalieri.

Tuttavia, al fine di migliorare il funzionamento delle strutture sanitarie è innegabilmente doveroso cogliere come punto di partenza le cause scatenanti che implicano acri controversie, ma è altrettanto fondamentale comprendere che esse sono così complesse e talvolta radicate nella struttura funzionale dell'azienda che difficilmente è possibile ridurle o annularle completamente.

È invece vitale prendere consapevolezza del fatto che il "conflitto" è una condizione pressoché inevitabile che implica degli aspetti positivi. Infatti, mentre la sua assenza rende le organizzazioni rigide e prive di

sviluppo, la sua presenza ben gestita, che non sfocia quindi negli eccessi della caotica disorganicità, rappresenta un valido elemento di crescita aziendale.

Poiché il conflitto è un campanello d'allarme, che segnala che qualcosa non funziona come dovrebbe e le sue sorgenti sono infinite è pertanto un grave errore ignorarlo e lasciare accumulare il numero di differenti contese. Una tale strategia ispirata alle "mancate risposte" è apparentemente la più spedita a livello di tempi - costi-tensioni emotive, ma nel lungo tempo crea spesso situazioni di distanza ed alimenta un clima organizzativo teso e distruttivo a seconda dell'importanza della questione.

Con questo non si intende dire che è necessaria l'eliminazione radicale del conflitto, ma che è sufficiente "curarlo". Più precisamente, il conflitto che viene gestito anziché evitato, ignorato o soppresso, deve essere coordinato efficacemente attraverso delle appropriate strategie di problem solving, che includano l'identificazione del problema e dei bisogni di ciascuna delle due parti, l'esplorazione delle alternative, la scelta dell'alternativa più accettabile, la pianificazione, l'attuazione e la valutazione dei ruoli.

Un approccio alla risoluzione del conflitto di tipo assertivo-cooperativo, così inteso, contribuisce ad una efficace risoluzione del problema perché ambedue le parti cercano di trovare soluzioni mutuamente soddisfacenti.

In sintesi, il conflitto ben regolato e coordinato "...spinge verso soluzioni creative e verso una reale democratizzazione dell'ospedale e trova nella contrattazione tra le parti (compresi gli utenti e le loro associazioni) un ottimale processo di adattamento evolutivo attraverso il quale le organizzazioni possono crescere dominando la complessità dei rapporti interni e con l'esterno". (2)

NOTE

2. Cfr. C. Ciacia, La gestione delle risorse umane, Buffetti, Roma, 1990

Bibliografia

P.M. Blau , W.R. Scott, Le organizzazioni formali, Angeli, Milano, 1972

H. Mintzberg, La progettazione dell'organizzazione aziendale, il Mulino, Bologna, 1985

C. Perrow, Obiettivi organizzativi e strutture di potere dell'ospedale: studio di un caso storico, in G.A. Maccacaro, A.Martinelli (a cura di)

E. Goffman, Asylum -le istituzioni totali, Einaudi, Torino, 1968

C. Ciacia, La gestione delle risorse umane, Buffetti, Roma, 1990

D. De Masi, D. Pepe (a cura di), I modelli organizzativi tra conoscenza e realtà, Angeli, Milano, 1989

I. Colozzi (a cura di), L'ospedale fra istanze di efficienza e di umanizzazione, Angeli, Milano 1989

Il progetto Iringa

Il percorso del cittadino nella realtà bassanese

A distanza di alcuni anni dall'avvio del progetto, che ha visto interventi di adeguamento dei locali, una integrazione delle strutture, il supporto alla fornitura di materiali di consumo e la incentivazione del personale sanitario attraverso l'opportunità di formazione e il perfezionamento professionale, si è giunti ad un momento di verifica grazie alla quale è emerso il bisogno di coinvolgere la figura infermieristica in questo percorso di cooperazione.

A tal fine il progetto cerca infermieri disposti ad impegnarsi, in area chirurgica, per un breve periodo di tempo in Tanzania.

Requisiti:

- Per realizzare un'esperienza efficace diamo alcune criteri per orientare alla candidatura:
- Si richiede un impegno da 2 a 3 mesi (a partire da giugno 2007). In alcune circostanze potranno essere considerati tempi inferiori.
- Oltre a radicate motivazioni che devono guidare ad una scelta consapevole, i criteri considerati, al fine di un adeguato inserimento nel progetto sono: la competenza e l'esperienza professionale in **area chirurgica** (sono inclusi con riserva candidati con meno di 5 anni di servizio), il bagaglio formativo e le abilità personali.
- Conoscenza della lingua inglese parlata e scritta.
- Godere di buona salute e di un generale equilibrio psicofisico che consenta di adattarsi a particolari condizioni climatiche e ambientali.
- Eventuali esperienze lavorative in PVS
- Capacità organizzative e di formazione
- Capacità di lavorare in team e per obiettivi.
- Attitudine a relazionarsi in modo positivo con i collaboratori.

Obiettivi:

L'obiettivo che ci si propone è quello di supportare i colleghi infermieri tanzaniani in un percorso di rivalutazione delle loro conoscenze, competenze e abilità al fine di creare una collaborazione che permetta di crescere professionalmente e umanamente da ambo le parti attraverso un'azione on the job.

Obiettivi specifici:

- A livello di reparto:
 - Verificare e supportare l'assistenza infermieristica incentivando le competenze tecnico-pratiche
 - Verificare le carenze di materiale e il razionale utilizzo dell'esistente.
- A livello di responsabili dell'organizzazione infermieristica:
 - Verificare ed elaborare con la controparte tanzaniana procedure assistenziali e loro applicabilità
 - Adeguare l'offerta formativa alle esigenze del reparto e alle priorità

• A livello istituzionale:

- Stabilire e mantenere rapporti di collaborazione con le controparti del progetto
- Facilitare la comunicazione tra i partner coinvolti nei processi decisionali.

Chi fosse intenzionato invii il proprio CV al seguente indirizzo di posta coord.chirurgia2d@ulssvicenza.it specificando come oggetto "Progetto Iringa". Successivamente seguirà un contattato per un colloquio di preselezione, allo scopo di verificare insieme le motivazioni e le caratteristiche personali che riteniamo essenziali per intraprendere nel modo migliore questa esperienza di cooperazione internazionale.

Referente del Progetto Iringa
 per Infermieri/Ostetriche
 Graziana Scalco CH2D





CURRICULUM VITAE

INFORMAZIONI GENERALI

COGNOME e NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

E-MAIL _____

ALTRI RECAPITI _____

NAZIONALITÀ _____ CODICE FISCALE _____

STATO CIVILE _____ FIGLI _____ ETÀ' _____

FAMILIARI A CARICO _____

ISTRUZIONE SECONDARIA:

ISTITUTO _____ PERIODO _____

TITOLO DI STUDIO _____

ISTRUZIONE UNIVERSITARIA E POST-UNIVERSITARIA:

ISTITUTO _____ PERIODO _____

TITOLO DI STUDIO _____

TITOLO DELLA TESI _____

CONOSCENZE LINGUISTICHE

(Assegnare un punteggio da 1 a 5: 1=conoscenza minima, 5=conoscenza eccellente)

Lingua _____ Letto _____ Parlato _____ Scritto _____

Lingua _____ Letto _____ Parlato _____ Scritto _____

Lingua _____ Letto _____ Parlato _____ Scritto _____

ESPERIENZE DI VOLONTARIATO/ IN ITALIA

ASSOCIAZIONE _____ PERIODO _____

DESCRIZIONE _____

ASSOCIAZIONE _____ PERIODO _____

DESCRIZIONE _____

ASSOCIAZIONE _____ PERIODO _____

DESCRIZIONE _____

ESPERIENZE DI VOLONTARIATO/COOPERAZIONE ALL'ESTERO

ASSOCIAZIONE E PAESE _____ PERIODO _____

DESCRIZIONE _____

ASSOCIAZIONE E PAESE _____ PERIODO _____

DESCRIZIONE _____

ASSOCIAZIONE E PAESE _____ PERIODO _____

DESCRIZIONE _____

ESPERIENZE PROFESSIONALI

SOCIETÀ _____ PERIODO _____

DESCRIZIONE _____

SOCIETÀ _____ PERIODO _____

DESCRIZIONE _____

SOCIETÀ _____ PERIODO _____

DESCRIZIONE _____

ALTRE INFORMAZIONI PERSONALI

MOTIVAZIONI

ASPETTATIVE E RICHIESTE PARTICOLARI

Il/la sottoscritto/a dichiara che i dati riportati nel presente documento corrispondono a verità. Autorizza il trattamento dei dati ai sensi del Dlgs 196/03

Firma _____

L'educazione terapeutica come strategia nella riabilitazione funzionale al paziente urostomizzato

Riassunto

Le persone portatrici di urostomia spesso presentano molteplici bisogni educativi, alcuni dei quali devono essere soddisfatti già nelle fasi pre e post-operatorie per permettere l'acquisizione di abilità per gestire in sicurezza le procedure di stoma-care. Sulla base di queste considerazioni si è analizzato il grado di autonomia, e altre problematiche, dei pazienti operati nel 2005 nei primi 40 giorni dalla dimissione.

Si è poi fatto un confronto con uno studio dell'AIOSS eseguito tra il 2004-2005, notando che i dati locali sono in linea con i dati nazionali. La creazione di uno strumento operativo associato a un colloquio con confronto sui contenuti non compressibili, sono le procedure adottate nella fase pre-operatoria durante gli accessi in Day-Hospital per gli esami pre-operatori.

Parole chiave

Educazione terapeutica, riabilitazione, stomaterapia, progetto educativo.

Introduzione

L'intervento di cistectomia radicale prevede quasi sempre il confezionamento di una derivazione urinaria esterna, che priva il paziente della funzionalità urinaria sino a quel punto conosciuta, mettendolo in una nuova condizione psicologica avvertita come uno sconforto paragonabile ad una mutilazione. L'educazione terapeutica del pazien-

te con stomia urinaria è un'attività considerata nella prassi assistenziale, ma, attraverso un'osservazione partecipata e il confronto con altri studi si è potuto constatare che vi sono evidenti mancanze nella conoscenza e autonomia.

Per questo diventa fondamentale portare il paziente urostomizzato all'autogestione appena possibile, prima che perda la sicurezza in se stesso.

L'infermieristica in questi casi prevede come intervento prioritario l'educazione terapeutica come strumento elettivo. In quest'ampio ventaglio di competenze, le abilità professionali costituiscono la base del rapporto privilegiato e della relazione quotidiana che s'instaura tra malato ed infermiere.

Secondo la definizione dell'OMS "...l'educazione terapeutica consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia e il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita".

L'obiettivo è motivare il paziente a diventare protagonista nella cura della propria patologia. Gli strumenti sono il saper ascoltare molto e soprattutto un certo modo di essere. Il passaggio da "paziente" a "persona" è una delle parole chiave dell'educazione terapeutica. In molti sensi l'educazione terapeutica è un percorso di libertà e non può essere "insegnato" ma solo vissuto insieme dal team sanitario e dal paziente

lavorando su due principi fondamentali quali il valore della persona, avviando un processo di riappropriazione della propria salute e malattia, e riscoprendo la centralità dell'uomo rispetto ai servizi, fornendo risposte più pertinenti e consolidando una più efficace opera di promozione della salute e della prevenzione.

Metodologia e strumenti

L'obiettivo di questo studio è quello di rendere sufficientemente autonomo e sereno nello stoma-care il paziente prima della dimissione dall'ospedale, circa entro l'ottavo giorno dall'intervento chirurgico.

Si sono studiati i 12 pazienti operati di cistectomia radicale con derivazione esterna nell'arco dell'anno 2005 attraverso la collaborazione dell'infermiere enterostomista che segue i pazienti dopo la dimissione. Non c'è stata la necessità di richie-





dere un consenso specifico al trattamento dei dati sensibili, poiché non sono stati utilizzati nell'indagine. Attraverso l'analisi delle cartelle personali gestite dall'infermiere enterostomista si sono ricavati i dati presenti nella tabella 1.

Indicatori	N°	%
Distacco precoce del presidio	7	58%
Sostituzione non autonoma del presidio protesico	10	83%
Stato generale di demotivazione	7	58%
Utilizzo di materiale improprio	4	33%
Necessità di telefonare per chiarimenti	8	66%

Tab. 1 Problematiche riportate dai pazienti nei primi 40 giorni dalla dimissione

Queste problematiche si sono manifestate nei primi 40 giorni dopo la dimissione con accessi multipli sia nell'ambulatorio di enterostomia ma anche nel reparto di degenza, all'ambulatorio divisionale e in Day-Hospital oltre alle telefonate per informazioni varie.

A questo punto è stato fatto un confronto con uno studio eseguito tra luglio 2004 e giugno 2005 dal Gruppo di Ricerca Permanente dell'AIOS (Operatori Sanitari in Stomatoterapia) in collaborazione con Holister S.p.A. Italiana, e pubblicato nel giugno 2006.

Il campione di pazienti urostomizzati di tutta Italia, rivela una percentuale di non autonomia molto vicina alla realtà locale.

Tipo di stomia	Urostomia
Numero stomie	63
N. pazienti autonomi alla dimissione	0
% pazienti autonomi alla dimissione	0 %

La tabella sopra riportata dimostra che a livello nazionale, in ottava giornata dall'intervento, la totalità

degli assistiti non possiede le abilità necessarie per compiere in sicurezza gli atti quotidiani di stomacare.

Inoltre lo studio osserva poi che su 25 pazienti il 38,4% non è in grado di applicare il sistema di raccolta correttamente, il 46% non conosce le tecniche per rimuovere il sistema di raccolta e, sempre il 46%, non sa effettuare l'igiene della stomia e della cute peristomiale.

A livello locale le strategie d'intervento mirate al raggiungimento dell'obiettivo iniziale, sono state adottate dal luglio 2006 e sono ancora in fase di sperimentazione.

E' stata redatta una brochure informativa che, consegnata al paziente durante gli accessi in Day Hospital, illustra sinteticamente il tipo di intervento chirurgico, brevi indicazioni riguardanti le tecniche per svolgere una normale vita anche con una protesi urinaria e per ultimo tutti gli indirizzi personalizzati ai quali veicolare le richieste dei pazienti e dei familiari. La consegna della brochure è accompagnata da un colloquio tenuto dall'infermiere responsabile del progetto, il quale ha partecipato a corsi di aggiornamento in grado di far acquisire tecniche e abilità nel porsi agli altri e aiutino la comunicazione operatore-paziente.

Inoltre lo stesso infermiere responsabile del progetto svolge attività di ricerca in ambito infermieristico per migliorare e ridefinire i modelli assistenziali che favoriscano l'evoluzione dello specifico professionale.

Il paziente viene educato a rilevare nel post-operatorio segni e sintomi la cui presenza lo può indurre a rivolgersi ad uno specialista, e informato sui diritti sociali di cui gode il portatore di stomia, indicando anche indirizzi, numeri di telefono dei centri A.I.STOM e dell'ambulatorio di stomatoterapia.

Risultati

A livello locale il progetto è ancora in fase di sperimentazione e un'attenta analisi sarà fatta nei prossimi mesi.

A livello nazionale lo studio esegui-

Bibliografia

- A.I.STOM. (1989) La riabilitazione degli stomizzati Milano, Silvia
- Atti del 2° Convegno Nazionale A.I.UR.O. (1996) "Assistenza infermieristica al paziente cistectomizzato" Torino
- Benci L. (1996) Manuale giuridico professionale per l'esercizio del Nursing. Milano Mc Graw-Hill - Patto infermiere-cittadino 12 maggio 1996
- Calamandrei C. (2003-2004) Diagnosi infermieristiche. Definizione e classificazione. (NANDA) Sorbona, Milano (p. 47)
- Carpenito L. J. (2003) Diagnosi infermieristiche. Milano Casa Editrice Ambrosiana
- D'Ivernois JF., Gagnayre R., (1998) Educare il paziente. Napoli, Mediserve (p. 74-155)
- Dawson C., Whitfield H. (1997) L'ABC dell'urologia. Torino, Infomedica (p. 26-30)
- Ewles L., Simnett I. (1992) Promozione della salute. Milano, Sorbona (p.21-33, 75-107)
- Gardiner RA. (1995) Urological tumours: recent changer. Aust NZ J Surg
- Herta Corradin (1993) Metodologia della comunicazione. Il diabete e l'infermiere Anno1 Volume 3 (p.167-171)
- Herta Corradin (1994) Metodologia della programmazione dell'intervento educativo. Il diabete e l'infermiere Anno 2 Volume 2 (105-112)
- Meazza A., Bergomi MT., Poma N., Battipaglia G. (1997) Assistenza infermieristica in urologia. Milano, Mc Graw-Hill (p. 114-123)
- Medical Humanities, "L'Arco di Gianno" n. 30 Inverno 2001 Edizioni LIstituto per l'analisi dello stato sociale
- Pegoraro V., Invidiato F., Pizzarella M. (1998) La cistectomia nell'anziano. Urologia
- Weinsing M. and Richard Groll Single and Combined Strategies for Implementing Changes in Primary Care' A Literature Review. International Journal for Quality in Health Care. (1994) Vol.6 No 2 (p. 115-132) Eisevier Science Ltd
- Ziberti MC. (1997) Linee guida per l'assistenza infermieristica al paziente sottoposto ad intervento chirurgico di cistectomia radicale. Nursing Oggi (112-114)



to dall'AIOSS ha dimostrato, al termine dell'applicazione del progetto educativo, il 45,7% dei pazienti autonomi contro lo 0% della rilevazione iniziale.

Tale risultato è stato raggiunto attraverso colloqui educativi infermiere-paziente, consegna di materiale informativo cartaceo e verifica dell'apprendimento delle nozioni da parte del paziente attraverso la descrizione/ripetizione verbale.

Durante la rilevazione iniziale dello studio dell'AIOSS si è considerato anche il livello di istruzione del paziente sottoposto ad intervento per valutare se il grado di scolarizzazione potesse influire sull'acquisizione delle conoscenze e abilità per le attività di self-care della stomia: non sono state riscontrate differenze significative nel campione indagato.

Discussione

I risultati riportati a livello nazionale evidenziano come anche in quest'area assistenziale l'adozione di un approccio sistemico nell'intervento educativo possa facilitare il trasferimento di conoscenze e abilità già nel pre-operatorio e nell'immediato post-operatorio.

I dati di questo studio e di quelli raccolti a livello locale non possono essere confrontati con ulteriori dati poiché non sono stati rintracciati studi comparabili.

Probabilmente gli strumenti applicati non sono esaustivi e utilizzabili in tutte le situazioni cliniche, ma in funzione dei risultati ottenuti possono costruire una base per approfondire e sviluppare evidenze.

Questa può essere una riflessione da cui partire per produrre nuove conoscenze e processi che supportino l'azione educativa a scopo terapeutico rivolta alla persona stomizzata.

Un enorme grazie va a Massimo Trevisani per la pazienza e il tempo che mi ha regalato durante l'avvio del progetto perché "la mente si arricchisce di quello che riceve, il cuore si arricchisce di quello che dà" (HUGO)

A spasso con "TESI"

1° concorso provinciale IPASVI - edizione 2007

Premiazione e divulgazione della cultura infermieristica

Quando abbiamo vissuto un'esperienza formativa universitaria che si è conclusa con la dissertazione di un elaborato che ha determinato lunghe giornate (e magari nottate) piegati sui testi o davanti al computer alla ricerca di informazioni che giustificassero quello che dovevamo sostenere, molte volte ricorre alla nostra mente quale sarà il destino di quanto abbiamo faticosamente prodotto e che ci ha permesso di concludere un percorso che spalancava le porte alla professione infermieristica.

In effetti la "cultura infermieristica" prodotta da tutti gli studenti alla fine della loro fase formativa di base e contenuta nella moltitudine di tesi di Laurea rimane spesso misconosciuta all'intero gruppo professionale, a meno che lo stesso studente non si attivi 'in primis' per una diffusione di quanto prodotto, prevalentemente attraverso la Rete e più raramente attraverso sintesi pubblicate in qualche rivista professionale nazionale.

Il Collegio IPASVI di Vicenza crede





fortemente nella valorizzazione e nell'ampia diffusione della cultura professionale infermieristica più significativa ed individua nelle tesi di Laurea una risorsa privilegiata che contribuisce all'accrescimento della stessa, ma che non viene adeguatamente utilizzata.

A tal proposito, per evidenziare e premiare le tesi di Laurea più significative al fine di dare rilevanza al

lavoro svolto, il Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza indice quest'anno la prima edizione del Concorso "A Spasso con TESI", che prevede la premiazione finale in denaro delle prime 3 tesi classificate e la loro pubblicazione nella rivista del Collegio "Infermieri Informati".

Tutti gli interessati troveranno disponibile il Bando di Concorso, oltre che in queste pagine, anche presso

la sede del Corso di Laurea in Infermieristica di Vicenza e presso la sede del Collegio, nel quale sono contenute tutte le informazioni relative alla partecipazione.

Non rimane quindi che caldeggiare un ampio coinvolgimento ed augurare a tutti i colleghi che parteciperanno al Concorso un grande "IN BOCCA AL LUPO"!!!

Il Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza indice un Concorso finalizzato ad evidenziare e premiare le tesi di Laurea più significative al fine di dare rilevanza al lavoro svolto e diffondere la cultura professionale.

1. Requisiti generali e specifici

Possono partecipare al Concorso: gli studenti laureati nel Corso dell'A.A. 2005-2006 che siano residenti in provincia di Vicenza. Tali requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del Bando.

2. Termini per la presentazione della domanda

L'elaborato e la relativa domanda di partecipazione al Concorso, redatta in carta semplice, dovrà essere indirizzata al Presidente del Collegio IPASVI di Vicenza, Viale Trieste 29/c e dovrà essere presentata o pervenire **entro e non oltre le ore 12,00 del 30 giugno 2007**.

Nella domanda di partecipazione, allegata all'elaborato, dovrà essere indicato il cognome, nome, il luogo e la data di nascita, la residenza, la sede universitaria frequentata, nonché il domicilio e il recapito telefonico presso il quale, ad ogni effetto deve essere data ogni necessaria comunicazione relativa al Concorso.

Tali dati devono essere contenuti nello stampato che si allega e acclusi gli elaborati inviati.

Gli autori presenteranno una copia cartacea della tesi (non rilegata) ed una copia su CD; il materiale rimarrà come banca dati in Collegio, non verrà restituito e potrà essere oggetto di pubblicazione sulla rivista del Collegio.

3. Commissione esaminatrice

La Commissione esaminatrice è composta da membri del Consiglio Direttivo del Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza e presieduta dal Presidente del Collegio o da un suo sostituto. Dalla Commissione esaminatrice sono esclusi i membri operanti nei poli didattici ed i membri che abbiano esercitato, nell'anno accademico di discussione di tesi, come professore a contratto.

4. La graduatoria e i premi

La valutazione dei lavori sarà effettuata considerando:

- la validità scientifica
- la rigidità del metodo applicato

- l'originalità
- la spendibilità nella prassi infermieristica o l'operatività di strumenti proposti.

Saranno individuati dalla commissione esaminatrice i primi tre elaborati che, sulla base dei criteri indicati, verranno premiati con l'attribuzione delle somme, rispettivamente, di € 500 per il primo classificato, €350 per il secondo e €200 per il terzo; inoltre, gli stessi verranno pubblicati sulla rivista del Collegio provinciale IPASVI di Vicenza "Infermieri Informati".

Ad ottobre 2007 i vincitori verranno informati singolarmente e la premiazione ufficiale verrà comunicata successivamente.

Scheda dati anagrafici partecipante

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____

il _____

Residente a _____

Num. Telefono _____ cell. _____

E-mail _____

Titolo tesi _____

Sede universitaria _____

Data _____

Firma _____

Musicoterapia per la festa degli infermieri

Il collegio IPASVI apre il festival "New Conversations" di Vicenza



Che il binomio jazz-infermieri sia una piacevole combinazione di profonda emotività e frizzante allegria lo si poteva immaginare. Che la data del 12 maggio sia la stessa in cui si apre il festival internazionale di musica Jazz "New Conversations" di Vicenza è, ormai, tradizione. Che ad aprire la manifestazione sia l'ordine professionale degli infermieri, non ha prezzo! Parafrasando una nota pubblicità di una ancor più nota carta di credito esprimiamo, ancora una volta, la nostra soddisfazione nell'aver potuto offrire agli infermieri della provincia e ai cittadini di Vicenza la possibilità di passare alcune ore ascoltando buona musica e ricordare in modo degno l'anniversario della nascita di Florence Nightingale (12 maggio 1820), fondatrice delle scienze infermieristiche moderne.

Oggi più che mai ci sentiamo vicini allo spirito originario del Jazz. L'etimologia della parola jazz è sconosciuta, ma il grande Dizzy Gillespie diceva che jasi, in un dialetto africano, significa "vivere ad un ritmo accelerato", e di sicuro in un momento storico di carenza della risorsa umana all'infermiere è spesso chiesto di vivere ad un ritmo "accelerato".

Proprio per la necessità di colmare questo gap tra domanda e offerta, quest'anno è stata promossa una campagna informativa a livello nazionale in collaborazione con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Università per promuovere l'immagine della professione infermieristica tra i giovani e favorire le iscrizioni ai corsi di laurea in Infermieristica.

Anche il collegio IPASVI di Vicenza ha dato seguito all'impegno con incontri nelle scuole del vicentino, approfittando anche dell'occasione della festa dell'infermiere per dare visibilità alla professione.

Infatti, dalle 16,00 alle 18,00, abbiamo passato due ore in compagnia con chi si trovava a passare per Cam-

po Marzo a Vicenza. Abbiamo allestito un tendone e un banchetto informativo. Non è mancato il nostro striscione con lo slogan "Professione infermiere: utile per te, utile per gli altri" e un'ambulanza gentilmente prestataci per l'occasione dal Direttore Generale dell'ASL 6, dott. Antonio Alessandri.

Abbiamo rilevato la pressione arteriosa, controllato il tasso di glicemia nel sangue, misurato la saturazione dell'ossigeno nel sangue ed eseguito manovre rianimatorie su manichino dimostrative. Abbiamo incontrato la gente nel luogo dove la gente si trova per trascorrere alcuni momenti di relax - il parco - e ci siamo proposti in modo amichevole senza la pressione di soddisfare un bisogno di salute urgente (come avviene spesso nelle strutture dove esercitiamo la nostra professione). Unico cruccio aver visto pochi colleghi: a parte i consiglieri del collegio hanno dato la loro disponibilità una collega del Suem di Vicenza e una collega di Bassano.

Tuttavia, chi c'era si è divertito ed è rimasto soddisfatto dell'esperienza, dimostrando all'occasione uno spirito conviviale e creativo, anch'esso tipico del jazz.

E il prossimo anno si replica.





Eventi formativi

Le proposte del secondo semestre 2007

L'estate è già alle porte e il pensiero corre alle prossime vacanze: chissà come sarà l'estate per gli infermieri vicentini. Un'altra estate rovente per gestire la sempre più difficile situazione degli organici? Speriamo di no anche se non ci facciamo false illusioni.

Da bravi professionisti però cerchiamo di tenere il passo, di mantenerci aggiornati per offrire ai nostri utenti servizi sempre più adeguati ed efficaci.

Settembre arriverà presto così eccoci a proporre alcuni spunti di formazione che, in parte già erano stati anticipati in precedenza, in parte si sono modificati per adattarsi alle novità emergenti.

Il calendario propone quindi:

- 28 e 29 settembre 2007

presso Albergo San Raffaele
Corso di aggiornamento

"Counseling, comunicazione delle bad news, sviluppo della competenza relazionale nelle professioni socio sanitarie".

Il corso ha una durata di due giornate per un totale di 16 ore.

Obiettivi della prima giornata: la relazione di aiuto, introduzione al counseling; i partecipanti acquisiranno nozioni teorico-pratiche per affinare le capacità di ascolto e di comunicazione, migliorare le capacità empatiche, favorire relazioni cooperative con i pazienti e tra operatori.

Obiettivi della seconda giornata: comunicare le cattive notizie; in tutte le seppur diverse realtà lavorative l'infermiere deve possedere un bagaglio di strumenti utili per la gestione delle comunicazioni difficili con il malato e/o i suoi familiari. Costo 20 € (compreso buffet).

Il Corso è in fase di accreditamento. Numero massimo di partecipanti 30.



- 20 ottobre 2007

presso Jolly Hotel Tiepolo

"L'infermiere e la libera professione: quali opportunità?"

Il programma della giornata mira a diffondere sempre più le conoscenze riguardo al lavoro da liberi professionisti entrando nei dettagli (fabbisogno, campo d'azione, organi di tutela, ecc..).

La presenza tra i Relatori di figure di spicco a livello Nazionale rende interessanti i contenuti non solo a chi è interessato alla libera professione, ma anche a tutti gli infermieri in quanto si affronteranno anche argomenti molto attuali quali ad es. la previdenza complementare.

Costo 10 € (compreso buffet).

- 16 novembre 2007

presso Albergo San Raffaele

Giornata rivolta a tutti i Coordinatori Infermieristici

"Responsabilità e responsabilizzazione del team di lavoro: il ruolo del coordinatore infermieristico"

Si intende, in questa giornata, discutere gli aspetti etico-deontologici del management infermieristico, argomentare le responsabilità etiche legate al ruolo di manager, utilizzare il Codice Deontologico quale strumento orientativo nella pratica quotidiana.

Con la guida di Laura D'Addio ci si propone di rendere il più concreto possibile quelli che sono i principi che il C.Deontologico contiene.

Per ciascuno dei seguenti eventi seguirà la distribuzione di pieghevoli contenenti tutte le informazioni nel dettaglio.

Non è semplice capire quali possono essere le richieste, le necessità formative di un così numeroso gruppo di infermieri quale è il numero degli iscritti al Collegio di Vicenza. Vi invitiamo quindi a segnalarci i vostri eventuali suggerimenti e/o proposte in modo da guidarci nelle scelte future per la programmazione di altri corsi.

Costo 10 € (compreso buffet).



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:
 - € 10,00 per gli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza
 - € 30,00 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

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> "Counseling, comunicazione delle bad news, sviluppo della competenza relazionale nelle professioni socio sanitarie"
28 e 29 settembre 2007 Albergo San Raffaele | Costo: <input type="checkbox"/> € 20 (compreso buffet) |
| <input type="checkbox"/> "L'infermiere e la libera professione: quali opportunità?"
20 ottobre 2007 Jolly Hotel Tiepolo | Costo: <input type="checkbox"/> € 10 (compreso buffet) |
| <input type="checkbox"/> "Responsabilità e responsabilizzazione del team di lavoro: il ruolo del coordinatore infermieristico"
16 novembre 2007 Albergo San Raffaele | Costo: <input type="checkbox"/> € 10 (compreso buffet) |

Dati partecipante

Cognome e nome

Codice Fiscale

Professione

Via con numero civico

CAP

Comune e provincia

Telefono/Cellulare

E-mail

Al fine di determinare la quota di partecipazione dovuta, dichiaro sotto la mia responsabilità, di essere::

- iscritto** al Collegio IPASVI di Vicenza **non iscritto** al Collegio IPASVI di Vicenza

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.

Data _____

Firma _____

