

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 3
SETTEMBRE-DICEMBRE 2007



EDITORIALE

Senza gli infermieri non si cambia il sistema sanitario

Ma il cambiamento
parte prima di tutto da noi

A PAG. 3



INCONTRI

8 marzo 2008: assemblea annuale degli iscritti

L'appuntamento è
al Teatro San Marco di Vicenza

A PAG. 5



AGGIORNAMENTO

Piano di formazione e aggiornamento

L'attività del Collegio IPASVI
di Vicenza
per il primo semestre 2008

A PAG. 6



ESPERIENZE

Sognavo l'Africa

La testimonianza di
Michele Dal Cengio,
infermiere di Vicenza partito
con Medici Senza Frontiere

A PAG. 12

Infermieriinformati

ISSN 1721-2456
Quadrimestrale, anno VIII – numero 3

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 Malcontenta - A. Palladio, Riviera del Brenta
(foto: Gianmaria Fanchin)

**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

Infermieriinformati
SOMMARIO

SENZA GLI INFERMIERI NON SI CAMBIA IL SISTEMA SANITARIO	3	“LE SFIDE EMERGENTI DELL'INFERMIERISTICA”	10
ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI	5	SOGNAVO L'AFRICA	12
PIANO DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO	6	A SPASSO CON “TESTI”	13
COUNSELING INFERMIERISTICO	7	L'ARTETERAPIA	14
ECM: IL VALORE AGGIUNTO DELLA FORMAZIONE	9	L'INFERMIERE E LA RICERCA	16
		LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E IL SISTEMA DI PROTEZIONE LEGALE	18
		LA PREVIDENZA COMPLEMENTARE	22



Senza gli infermieri non si cambia il sistema sanitario

Ma il cambiamento parte prima di tutto da noi

Sabato 27 ottobre u.s. si è svolto a Bussolengo (Verona) un incontro/ confronto tra i componenti del Comitato Centrale della Federazione Nazionale IP.AS.VI., i rappresentanti provinciali dei Collegi IP.AS.VI., dirigenti infermieristici e coordinatori dei corsi di laurea in infermieristica del nord Italia.

Lo scopo dell'incontro era di garantire le informazioni relativamente alle situazioni di interesse professionale a tutti i dirigenti dell'area infermieristica (servizi e formazione), di individuare le criticità maggiori presenti negli ambiti dei servizi e della formazione e definire le strategie operative per favorire l'interazione e l'integrazione tra professionisti apicali delle aree dell'organizzazione e della formazione, al fine di ottimizzare i percorsi ed i comportamenti.

La Presidente Annalisa Silvestro con la sua solita carica positiva e propositiva ha aperto i lavori, affermando che il cittadino, in un SSN centrato sulla logica della solidarietà, riconosce il valore del ruolo dell'infermiere e ne apprezza l'impegno professionale.

350.000 infermieri, ha aggiunto, sono una forza in grado di determinare un peso importante all'interno di un sistema sanitario in cambiamento, una forza in grado di contribuire significativamente al miglioramento della qualità dell'assistenza.

Tuttavia la conseguenza dello sviluppo professionale degli infermieri

di questi anni ha determinato l'aumento delle conflittualità con altre figure sanitarie e per limitare questa situazione è necessario trovare nuovi equilibri. Per farlo è necessario lavorare e realizzare un progetto per raggiungere degli obiettivi di interesse per la professione e per il cittadino, mantenendo un dialogo di collaborazione con il mondo delle altre professioni sanitarie.

Infatti è recente l'attacco di Pirani, noto giornalista di **Repubblica** che

ci apostrofava come todos caballeros, mettendo in evidenza che ora gli infermieri pretendano ruoli dirigenziali e che il conseguente squilibrio (dai consueti ruoli occupati dai medici) determinerà delle gravi ripercussioni sul cittadino.

La sfida che la federazione degli infermieri si pone è quella di essere così progettuale e propositiva da indurre il sistema sanitario a seguire i progetti infermieristici.



L'idea di Silvestro, per fare questo, è di realizzare una necessaria e stretta collaborazione tra Dirigenti infermieristici e Coordinatori dei Corsi di Laurea allo scopo di riempire di contenuti la funzione dirigenziale e la funzione di coordinamento dei corsi di laurea attraverso la formazione e la valorizzazione delle competenze.

Dal confronto emerso con i colleghi provenienti dal Nord Italia è emersa tuttavia la problematicità dei percorsi universitari. Si è dibattuto molto sul fatto che l'università (spesso) non forma professionisti in grado di affrontare la realtà lavorativa e che sarebbe necessario un ri-orientamento i percorsi per fornire agli studenti infermieri conoscenze finalizzate alle competenze.

Nell'occasione Loredana Sasso ha affermato che l'autonomia universitaria è un ostacolo alla formazione di professionisti che devono rispondere alle esigenze del cittadino e che **delle 4600 ore di formazione universitaria ben 3000 sono gestite da infermieri**, quindi se sono presenti lacune abbiamo decisamente un margine.

Si deve ripensare l'infermiere partendo da dove lavora, rimodellare il ruolo professionale partendo dalla domanda: *Quali sono i problemi che l'infermiere gestisce? Con quali modelli? Con quali strumenti? Con chi?* Ha ribadito inoltre che essere dentro l'università significa influire sulle scelte e sulle politiche perché la presenza permette di arrivare ad accordi e alla formulazione di protocolli di intesa che trovano appoggio dagli stessi professionisti, ricorda infine che c'è bisogno di ricercatori perché in futuro solo questa figura potrà accedere all'università.

Il cambiamento quindi deve partire da un buon infermiere, preparato, dotato di spirito critico, che studia e si confronta, che sappia inserirsi nel sistema sanitario con capacità per soddisfare i bisogni di salute della popolazione.

Ma, da quanto emerso, il mondo della formazione (teoria) e mondo del lavoro (pratica), non si parlano ade-

guatamente ed ancora una volta ci stiamo interrogando di quale infermiere serve e come superare il problema dell'esigenza dello sviluppo di competenze e della valorizzazione del ruolo.

L'infermiere docente mira all'analisi teorica di modelli infermieristici della migliore letteratura internazionale, non sempre dimostrabili concretamente nella realtà, mentre l'infermiere clinico è costantemente chiamato a rispondere alla pressione sempre crescente della domanda sanitaria con un modello direttivo che punta prevalentemente alla qualità legata all'efficienza¹.

Il programma teorico rischia di dare agli studenti un concetto diverso di infermiere clinico e il divario tra teoria e pratica si crea non solo in termini di tempi ma anche di linguaggio, di filosofia e di modelli di pratica.

Da un po' di tempo, ad esempio, in alcuni convegni infermieristici si sta mettendo in discussione l'utilizzo delle diagnosi infermieristiche e i modelli funzionali importati da altri paesi. Il divario teorico-pratico è basato sul fraintendimento riguardo la teoria del nursing e la sua relazione con la pratica. Infatti le sentenze di un corpo di teorie non possono prendere in considerazione tutto ciò che si verifica nella pratica, così come non si può pretendere di colmare il divario facendo in modo che la clinica sia più affine alla teoria e che confermi i contrasti e le limitazioni della vita pratica².

Le stesse teorie infermieristiche studiate in modo non del tutto sufficiente, sono sviluppate per la costruzione di curricula piuttosto che per la pratica clinica.

È necessaria una teoria che descriva, interpreti e spieghi non un ideale immaginario, ma il vero e proprio nursing come viene attuato oggi. Questo tipo di teoria potrebbe essere usato per delineare dei curricula in cui la pratica permei l'istruzione infermieristica, allo stesso modo in cui la formazione infermieristica ha sempre influenzato la pratica³.

L'idea di Silvestro si colloca quindi in questo contesto, sta a noi con-

cretizzare tale indicazione. Iniziamo a sentire cosa pensano i coordinatori e gli infermieri dei neo-laureati, cerchiamo di concretizzare questa sensazione diffusa di "così non va". Partiamo da un punto e passo passo cerchiamo di far luce senza scaricare sul mondo della formazione tutte le colpe e farlo divenire il capro espiatorio, non esiste chi ha ragione e chi torto, cerchiamo invece di realizzare un confronto costruttivo per il bene della professione tutta.

In aula, prima di proporre una nuova teoria o un nuovo modello assistenziale sperimentato in altri paesi, cerchiamo di capirne l'applicabilità e la spendibilità nei nostri contesti. Si apra una intensa collaborazione tra unità operative e università (*poli formativi*) per sperimentare (in *reparti pilota*) le indicazioni e/o esperienze provenienti dalla letteratura internazionale (evidence based).

Nel caso di esperienze positive, con la collaborazione degli studenti al 3° anno prossimi ad entrare nel mondo del lavoro, la formazione e gli infermieri insegnanti sarebbero in grado di creare i presupposti culturali e gli infermieri clinici a mettere in pratica un modello di nursing coerente nella filosofia, nel linguaggio trasmesso in aula.

A questo punto il divario tra teoria e pratica non può che ridursi con gli infermieri protagonisti capaci, sul piano progettuale, di indurre il sistema sanitario a seguire i progetti infermieristici, premessa per contribuire nel tempo al cambiamento del sistema sanitario.

BIBLIOGRAFIA

1. Baccin G. (2000) Un'esperienza nella formazione infermieristica di base. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 3; 171-176;
2. Palese A. (2002) Un dibattito sull'uso del Modello Carpenito nella formazione infermieristica. Assistenza Infermieristica e Ricerca. 2, 103-107;
3. White R., Ewan C. (1994) Il tirocinio. L'insegnamento clinico del nursing. Ed. Sorbona, Milano, 39-46;



8 marzo 2008: assemblea annuale degli iscritti

Come tutti gli anni si rinnova l'appuntamento con gli iscritti del collegio IPASVI di Vicenza per un confronto tra gli obiettivi prefissati e con quanto è stato fatto nel corso dell'anno. Un'occasione importante per valutare i risultati raggiunti, ma soprattutto per poter esprimere le necessità professionali che nel corso dell'anno si sono via via evidenziate.

L'assemblea è un'espressione di democrazia e il voto è lo strumento con cui ogni iscritto può esprimere la propria volontà e favorire gli orientamenti futuri.

PROGRAMMA

Ore 8,00

Concorso "A spasso con Tesi".

consegna dei premi ai vincitori delle tesi di Laurea in scienze infermieristiche di primo livello

Ore 8,30

Corso di formazione GRATUITO

ACCREDITATO ECM PER I PRIMI 200 iscritti

"L'infermiere case-manager: gestire in autonomia una unità operativa"

ORE 13,30

ASSEMBLEA ANNUALE

Relazione del presidente
(progetti, obiettivi, attività)

Relazione del tesoriere
(bilancio consuntivo e preventivo)

ESPRESSIONE del diritto di VOTO dei partecipanti

Sede

Teatro San Marco di Vicenza
Contrà San Francesco, 76

Piano di formazione e aggiornamento

L'attività del Collegio IPASVI di Vicenza per il primo semestre 2008

Il piano di formazione e aggiornamento per la prima metà del 2008 prevede la realizzazione di corsi che affrontano tematiche diverse per offrire agli infermieri dell'IPASVI di Vicenza più possibilità di scelta.

Le occasioni che il Collegio vuole proporre sono anche momenti di incontro, di conoscenza reciproca, di "scambio" tra professionisti. Ci si ritrova in contesti diversi rispetto agli usuali ambienti lavorativi ed in queste occasioni ci si mette a confronto con altri colleghi e si vengono così a conoscere realtà molto diverse tra loro. Troppo spesso, anche all'interno dello stesso ospedale, a volte anche nelle singole unità operative, non è sempre facile avere la possibilità di incontrarsi tra colleghi. Le occasioni che il Collegio propone possono così diventare momenti anche di conoscenza reciproca: ecco che si scopre che ci sono colleghi che lavorano, ad esempio, come liberi professionisti. Oppure ci si può confrontare con i colleghi che operano in contesti molto diversi, le psichiatrie, le case di riposo, i distretti o i villaggi turistici, la clinica medica della Ederle o le navi da crociera. Ambienti quindi molto diversi tra loro ma che hanno in comune la possibilità di vedere gli infermieri protagonisti.

Il confronto tra esperienze diverse è sempre un arricchimento reciproco, apre nuove "finestre". Forse la nostra professione soffre ancora anche a causa della difficoltà ad "aprirsi", a confrontarsi, ad incontrarsi e a condividere le esperienze.

Ci auguriamo quindi che il prossimo 2008 veda gli infermieri sempre più attivi ricercatori di professionalità ! Gli eventi programmati sono, per il primo semestre :

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

Date: 8 e 9 febbraio 2008, h. 9.00-18.00

Sede: Albergo San Raffaele - Monte Berico.

Costo: 20 euro (Buffet compreso per entrambe le giornate), 60 euro per i non iscritti

Crediti: 12

*Seconda edizione vicentina (a grande richiesta) del corso che si è già svolto lo scorso settembre che vuole offrire la possibilità ai partecipanti di affinare le capacità comunicativo-relazionali a tutti i colleghi che si trovano a dover comunicare cattive notizie, nei più diversi contesti. Lavori di gruppo e role playing aiuteranno i partecipanti ad affinare le competenze richieste in questa delicata tematica, ma necessaria per il nursing. **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:

imparare a comunicare le cattive notizie; in tutte le seppur diverse realtà lavorative l'infermiere deve possedere un bagaglio di conoscenze, competenze e strumenti utili per la gestione delle comunicazioni difficili con il malato e/o i suoi familiari.

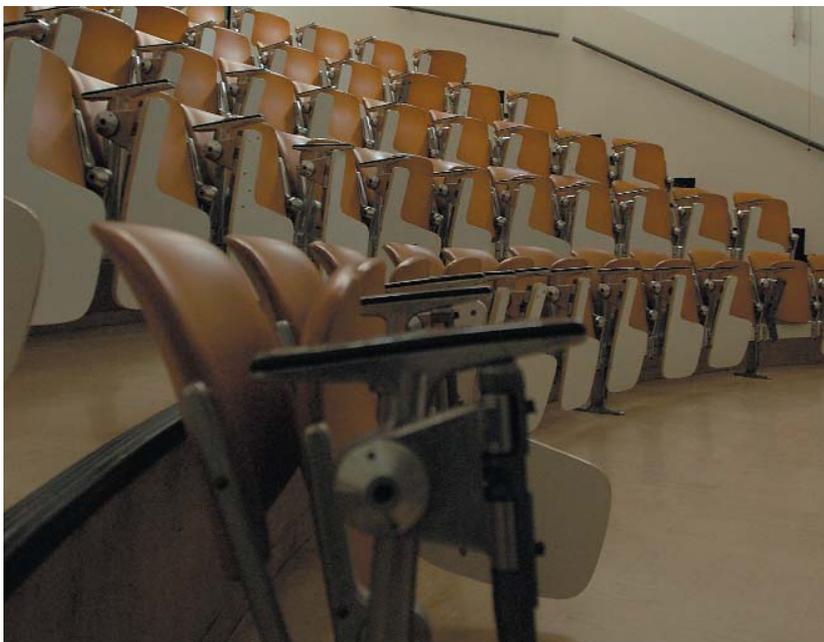
- **"L'infermiere case-manager per gestire in autonomia una unità operativa"**

Data: 8 marzo 2008, h. 8.30-13.30

Sede: Teatro San Marco di Vicenza

Costo: GRATUITO per i primi 200 posti, riservato ai soli iscritti

In fase di accreditamento





Alcune colleghe dell'Associazione Infermiere Case-Manager di Bologna ci porteranno la loro esperienza presentando questa nuova figura, il percorso formativo relativo, la spendibilità sul piano lavorativo e la loro esperienza diretta in Emilia. Il cambiamento socio demografico stà spingendo a sperimentare nuovi modelli di assistenza. I colleghi di Bologna porteranno la loro esperienza nella conduzione e gestione in autonomia infermieristica di una unità operativa.

• **Seguirà assemblea annuale degli iscritti**

ATTENZIONE: prima del corso saranno premiati i colleghi che hanno partecipato al concorso indetto dal Collegio IPASVI di Vicenza "A spasso con Tesi"

• **"Come ricercare le informazioni per una pratica basata sulle evidenze"**

Data: 22 aprile 2008 e 13 maggio 2008, h. 14-18

Sede: Aula Informatica Centro di formazione Sanitaria ULSS 6 Vicenza

Costo: 10 euro, 30 euro per i non iscritti

In fase di accreditamento

Quante volte ci rendiamo conto di non sapere se quanto stiamo facendo è corretto o meno, quante volte vorremmo avere dei confronti per migliorare ma di non sapere come, dove ricercare queste informazioni.

Internet è uno strumento potente ma se non si è in grado di selezionare correttamente cosa si stà cercando escono tantissimi articoli, talvolta di dubbia qualità scientifica. Questo corso vuole fornire ai partecipanti le modalità corrette per ricercare le evidenze più accreditate.

Guidati da un'esperto, ci si sperimenta direttamente al computer, utilizzando i motori di ricerca per accedere alle banche dati più importanti per il nursing.

Ricercare le evidenze è l'elemento necessario per la professione allo scopo di fondare la pratica professionale su conoscenze valide, scientificamente supportate e sempre più aggiornate.

Counseling infermieristico

L'infermiere è l'operatore che più delle altre figure sanitarie è a diretto contatto con il paziente e i suoi familiari. Con loro spesso condivide più momenti difficili che di gioia.

La relazione con il paziente e con i suoi familiari è quella parte del lavoro infermieristico che a volte risulta molto impegnativa. Spesso l'infermiere si percepisce non preparato adeguatamente a questo compito e sovente tende a sfuggire a situazioni complicate che lo fanno soffrire, sembrando così poco disponibile ed esponendosi a maggiori critiche. A volte ci sono situazioni di lavoro difficili da sopportare emotivamente. Anche se pressato da mille cose da fare, sarebbe utile riservasse uno spazio di tempo per l'ascolto del paziente, tenendo conto della risonanza emotiva che ha per sé e per l'altro. Ascoltare un altro mette in gioco diverse parti dei due interlocutori; si entra in relazione non solo con la parte della personalità più matura e organizzata, ma anche con le parti più infantili o problematiche. Le abilità di aiuto richiedono prima di tutto un cammino interiore; imparare ad ascoltarsi e ad ascoltare è un privilegio ed anche un'occasione per sperimentare quanto il lavoro su di sé e sugli altri rappresenti un'opportunità per far emergere le nostre e le altrui parti creative. L'infermiere ha bisogno di esser fornito di saperi, consapevolezze, e di apprendere gli strumenti per offrire al paziente e alla sua famiglia opportunità articolate, congruenti, competenti di accompagnamento e vicinanza nella loro esperienza di malattia.

Attraverso l'ascolto attivo ha bisogno di imparare a "stare con...", a prendersi cura del paziente, restituendo a lui e alla sua famiglia responsabilità, potere e decisionalità. Imparando ad ascoltare il paziente e se stessi nell'evolvere della relazione

professionale, i risultati possono essere più stabili e sicuri ed anche più utili per il paziente. L'infermiere per entrare in contatto, quindi in relazione con le ferite che i pazienti presentano, necessita prima di tutto, di incontrare le sue. Spesso deve saper gestire le proprie emozioni, soprattutto quelle salvifiche e onnipotenti, rimodulandole in modo da tenere conto dei limiti, confini, imperfezioni come parte dell'uomo.

Il counseling infermieristico serve per aiutare l'infermiere nella relazione con il paziente, sapendo gestire le espressioni emotive della sofferenza, dei vissuti d'ansia e a volte di depressione. L'ascolto attivo come forma di accompagnamento della cura del corpo ci insegna a considerare l'uomo in forma olistica, (mente e corpo). Il counseling ci insegna ad avere una maggior capacità di comprensione del disagio delle persone, specialmente quando vivono uno stato di malattia, tenendo la giusta distanza tra operatore e paziente.

Questo è molto importante perché ci permette di stare bene con se stessi, di avere maggior lucidità mentale e quindi di saper stare con la sofferenza e il disagio del paziente, di conseguenza di fare meglio il nostro lavoro e di riuscire a dare maggior aiuto a chi ne ha bisogno. Spesso il paziente non può parlare della sua malattia e delle sue preoccupazioni con il proprio medico e allora chiede aiuto all'infermiere. Il corso di counseling prepara l'infermiere ad aiutare il paziente a rendersi consapevole che a volte la sua vita sta cambiando a causa della malattia, e ad aiutarlo assieme ai suoi familiari ad accettare una situazione di vita diversa, dove serve trovare energie nuove. In ogni persona c'è qualcosa di positivo che può emergere, quindi questo può avvenire anche nelle situazioni più drammatiche ad esem-



pio nel paziente terminale. Spesso nella malattia grave e nella vecchiaia la persona diventa scontrosa, tende a chiudersi nel proprio dolore, ha difficoltà nella relazione con i parenti, più sente il bisogno del contatto umano più lo sfugge a causa del disagio che vive, portando così alla tristezza e a volte alla depressione, perché questo atteggiamento le fa perdere gli affetti più cari. Aiutare il paziente a mantenere la relazione con i parenti e amici gli può essere molto di aiuto e di conforto.

Nell'ultimo periodo di vita, se aiutato psicologicamente il paziente può dare il meglio di sé, se compreso può essere amato e valorizzato dai suoi familiari, amici e da tutti coloro che gli stanno vicino. In molte situazioni, a volte anche difficili, l'infermiere si trova ad essere il tramite tra paziente e medico, tra paziente e parenti e ancora tra parenti e medico e per questo motivo dev'essere in grado di relazionarsi con più persone. Attraverso un percorso di apprendimento di un approccio non giudicante, libero di interpretazioni e pre-

giudizi è più facile creare l'empatia con il paziente e tutte le altre figure che gli stanno accanto. È importante imparare a considerare l'uomo in senso olistico, mente e corpo. Lo stato psicologico del paziente e quello che lui pensa della sua vita e della sua malattia è fondamentale sia per la guarigione e, quando questa non è possibile, sia al miglioramento della sua situazione di vita.

Ascoltando il paziente e facendolo vivere il "qui e ora" emergono quasi sempre le paure, le ansie legate alla malattia, e spesso è la paura del futuro che lo blocca. Spesso è necessario aiutarlo ad accettare il cambiamento con tutte le conseguenze che comporta, la preparazione di questa scuola ci insegna a vedere oltre e cercare con il paziente nuove soluzioni, senza interferire nelle sue decisioni. Ogni persona ha delle risorse nascoste, e questo presupposto è uno stimolo per non arrendersi mai, nemmeno di fronte a situazioni veramente difficili. In base alla mia esperienza penso che soltanto ag- giungendo alla preparazione infer-

mieristica questo cammino interiore, possiamo superare la visione di un infermiere e di un paziente "dimezzato". L'infermiere sarà soltanto così un professionista con una preparazione completa e sicuramente più adeguata che gli permetterà di non vedere soltanto la sofferenza fisica, ma riuscirà a percepire e capire anche la sofferenza interiore. Questa preparazione sarà sicuramente uno stimolo forte per svolgere con più gratificazione il proprio lavoro.

* Pilati Luisa
 e-mail: pilatiluisa@yahoo.it

Qualifiche professionali:
 Diploma di qualifica: addetta ai servizi di assistenza sociale e familiare
 Diploma di infermiera
 Diploma di maturità di assistente per comunità infantili
 Gestalt Counselor



ECM: il valore aggiunto della formazione

“... il corpo non si può giovare del cibo propinato, prima che non se ne sia espulso ogni impedimento interno; così anche per l'anima essi sono convinti, che non trarrà profitto dagli insegnamenti propinati, prima che con la confutazione non si sia portato il confutato a vergognarsi di sé ed, espulse le opinioni che impedivano l'apprendere, non lo si sia reso evidentemente puro e tale che ritenga di sapere solo ciò che sa e non di più.”

Platone, *Il sofista*

Partire dal Codice deontologico dell'infermiere significa partire dal cuore dell'infermieristica. Ed il cuore ci dice che in merito alla nostra formazione:

l'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci. L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica. (Norme generali, 3.1)

La formazione, per il nostro Codice deontologico, è dunque un dovere del professionista a cui sta a cuore la qualità delle prestazioni erogate e il miglioramento della propria disciplina. Miglioramento dell'assistenza infermieristica e ricerca della qualità delle prestazioni attraverso una maggiore competenza sono anche oggi sempre più richieste dai nostri “pazienti-impazienti”, ossia quelle persone che sempre più sono



informate sul loro stato di salute, sanno cosa si devono aspettare dagli operatori della sanità e per questo sono esigenti. Erogare e giustificare prestazioni sulla base di conoscenze e pratiche obsolete, basate spesso solamente sull'osservazione esperienziale, non è più possibile senza provare l'imbarazzo di essere oggetto di osservazioni critiche sul proprio operato da parte dei malati, dei colleghi e del personale sanitario. Per tale motivo, a mio avviso, va riscoperta l'opportunità offerta da un sistema di formazione ed educazione continua al di là dell'obbligatorietà dell'acquisizione di un certo numero di crediti.

Tutti certamente conosciamo i limiti e le difficoltà dell'aggiornamento professionale: la costrizione a saltare i riposi per partecipare ai convegni, la carenza di personale che impedisce di poter assentarsi dal lavoro per il tempo necessario alla formazione, i costi elevati e spesso a carico del dipendente, la carenza di offerta for-

mativa aziendale, ecc. Per non parlare poi della drammatica situazione di alcune case di riposo dove, oltre a mancare l'offerta formativa, il responsabile del personale non sa ancora che l'ECM è un obbligo per il professionista sancito da specifiche norme e quindi non ne autorizza l'espletamento.

Se le difficoltà non mancano i benefici, anche quelli meno evidenti, sono sicuramente superiori e dovrebbero farci capire il valore aggiunto della formazione al di là dell'obbligo normativo. Non possiamo negare che oltre all'acquisizione di specifici contenuti o tecniche, la condivisione delle informazioni e delle esperienze, l'incontro e il confronto con i colleghi, sono momenti fecondi di crescita personale e collettiva. La formazione che il collegio propone cerca di coprire i vari ambiti dell'esercizio professionale facendo attenzione a quelli emergenti dal proprio territorio (per esempio l'inserimento delle figure di supporto, l'esercizio

della libera professione, il management infermieristico, le novità normative), ma cerca anche di essere d'aiuto al professionista che nella propria realtà si trova a vivere dei disagi personali e lavorativi.

Particolare rilievo ha avuto la numerosa partecipazione di infermieri ad un convegno patrocinato dal collegio sul *burn out*. Lì non si sono dati "contenuti" professionali bensì strategie per far fronte a situazioni di stress e carenze organizzative e relazionali. In questo caso la formazione ha un valore aggiunto e diventa terapia, soluzione di problemi e assume una valenza che è simile a quella della relazione d'aiuto in psicoterapia. Diventa utile per il sé che, nella nostra professione, rischia di venire spesso sopraffatto dalla particolare realtà che vive e subire crisi di panico, ansia e depressione. Andando in questa direzione si è voluto favorire la formazione che porta allo sviluppo di competenze relazionali per aiutare gli altri e se stessi, attraverso un corso di formazione sul counseling che verrà ripetuto anche nel primo semestre del 2008.

La formazione diventa così un'occasione di crescita personale che supera il valore dei crediti dati dal ministero per diventare quel "corrimano" che ci accompagna lungo tutta la scala della vita ed evita che nei momenti di difficoltà cadiamo e ci facciamo male. È "un'ancora di sicurezza" a cui ogni professionista può ricorrere nei momenti di difficoltà, un "bene rifugio" che va continuamente acquisito per evitare la crisi personale e professionale.

Molto spesso si sentono colleghi lamentarsi di molte cose che non vanno nei reparti, nei servizi, nell'organizzazione del lavoro e nei sistemi di erogazione delle cure. Ma cosa facciamo noi per cambiare queste situazioni? La formazione è un primo passo verso il cambiamento, con essa ci vengono offerte delle alternative alla realtà attuale. Attraverso il confronto prendiamo consapevolezza che migliorare si può. Sta a ciascuno di noi trasformare il potere in dovere, il dover essere in essere, la possibilità in realtà.

"Le sfide emergenti dell'infermieristica"

Una questione non solo italiana...

Quotidianamente la professione infermieristica si trova ad affrontare delle problematiche nuove o rinnovate, le quali determinano la necessità per i professionisti di fissare delle pause e di ricavare degli spazi per consentire un approfondimento di riflessione su tali questioni, al fine di acquisire consapevolezza e conoscenza per poi creare strategie utili alla risoluzione.

Un momento particolarmente significativo che ha stimolato un ragionamento focalizzato su alcune tematiche spinose della professione infermieristica si è realizzato nel mese di ottobre a Trento, dove i colleghi del locale Collegio IPASVI, in collaborazione con i corsi di laurea specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche delle Università degli Studi di Torino, Udine-Trieste e Verona, hanno organizzato un evento formativo di livello internazionale dal titolo accattivante "Le sfide emergenti dell'infermieristica", con lo scopo di pervenire ad un confronto critico con rinomati esponenti della professione provenienti da varie parti del continente.

In particolare, le questioni esplorate nella prima delle due giornate di lavori hanno riguardato:

- le strategie per lo sviluppo della pratica infermieristica avanzata;
- le strategie per la diffusione dell'Evidence Based Nursing;
- i concetti correlati all'essenza del caring;
- la promozione della soddisfazione lavorativa degli infermieri;
- la creazione di ambienti di lavoro positivi;
- la misurazione degli outcome nursing correlati.

La seconda giornata si è invece focalizzata sull'invito alla partecipa-

zione dei convenuti ad uno di tre workshop paralleli, all'interno dei quali sono state presentate delle sperimentazioni innovative in campo infermieristico, commentate da esperti autorevoli a livello nazionale ed internazionale e contestualizzate in tre ambiti diversi: il futuro dei modelli di assistenza alle persone con malattie croniche (coordinato dalla prof.ssa Paola Di Giulio dell'Università di Torino), l'intervento della ricerca qualitativa e la formazione per dar voce all'esperienza dei pazienti e rendere visibile il prendersi cura (coordinato dalla prof.ssa Luisa Saiani dell'Università di Verona) e le strategie manageriali in ambienti a crescente complessità assistenziale ed organizzativa (coordinato dalla prof.ssa Alvisa Palese dell'Università di Udine).

L'elemento che comunque ha distinto il congresso è stato la partecipazione di personaggi internazionali di notevole spessore, che hanno contribuito all'illustrazione della situazione extranazionale in riferimento alle tematiche affrontate. Sono intervenuti:

Kathleen Dracup, preside della School of Nursing della University of California di San Francisco e leader nel campo del nursing cardiovascolare, ha affrontato la questione del supporto alla pratica clinica infermieristica avanzata;

Alba Di Censo, professoressa di epidemiologia clinica e biostatistica alla Mc Maser University e direttore del centro regionale per i servizi sanitari dell'Ontario, Canada, famosa anche in Italia per la sua pubblicazione "Evidence Based Nursing", ha effettuato il suo intervento sulle strategie e sui modelli finalizzati all'applicazione ed alla diffusione dell'EBN;



Ingegerd Bergbom, professoressa alla Göteborg University, ha delineato il significato dei concetti di base che riflettono la sostanza dell'assistere, che derivano sia dall'approccio teorico (dignità, integrità, potere, assistenza) sia dalla prassi clinica (vigilanza, speranza, partecipazione);

Melanie Jasper, professoressa alla Swansea University, Regno Unito, ed editore della prestigiosa rivista europea di area organizzativa *Journal of Nursing Management*, con la sua curiosa relazione intitolata "Voglio andare al lavoro..." ha evidenziato come gli ambienti lavorativi (intesi sia in senso fisico che di relazione, autonomia e stili di leadership) dove si mette in pratica l'assistenza infermieristica sono critici per la soddisfazione lavorativa degli infermieri; in sintesi ha sottolineato la necessità di ambienti lavorativi motivanti ed attraenti che assicurino assistenza efficace per il paziente e che si orientino alle necessità del personale che lavora all'interno di essi;

Pamela Thompson, infermiere dirigente a livello governativo dell'Or-

ganizzazione Americana degli Infermieri Dirigenti (AONE), ha effettuato il suo intervento delineando come gli infermieri leader debbano orientare le carenze di personale, la formazione dello stesso, la produzione normativa, il bisogno di nuovi modelli di erogazione dell'assistenza, i vincoli economici e l'aumentata dipendenza dalla tecnologia, attraverso un approccio multi prospettico e di interrelazione, avendo un ruolo cardine nella creazione di ambienti positivi per la pratica lavorativa;

infine **Jack Needleman**, professore alla UCLA School of Public Health di Los Angeles (noto per il suo lavoro pubblicato sul *New England Journal of Medicine* nel 2002 dove correlava la presenza in servizio della figura infermieristica alla qualità dell'assistenza), ha effettuato il suo intervento presentando ed evidenziando la fondamentale importanza della misurazione dell'efficacia dell'assistenza infermieristica in relazione ai risultati da essa determinati.

Tutti gli interventi sono stati seguiti assiduamente dai partecipanti al convegno, ed i momenti di discus-

sione previsti di seguito alle relazioni sono stati sempre fitti di domande per gli interlocutori stranieri.

A chiusura del convegno è intervenuta anche la presidente della FNC IPASVI, Annalisa Silvestro, che ha confermato come tutti i temi trattati dagli ospiti siano di estrema attualità anche nel nostro paese, anche se dal suo punto di vista la professione infermieristica italiana stava già da qualche tempo applicando dei tentativi di risposta alle situazioni di criticità cosiddette "emergenti".

L'evento formativo di Trento sicuramente non potrà essere considerato come la panacea per il confronto e la riflessione su alcuni argomenti "emergenti" riguardanti la professione infermieristica, sicuramente stimolanti da un verso e critici dall'altro, per ottenere risposte immediatamente applicabili in tutti i contesti, ma potrà essere preso ad esempio per un possibile futuro dove il coinvolgimento di pensieri ed esperienze professionali vissute in contesti internazionali non sia solamente un'eccezione sul nostro territorio nazionale.

Sognavo l'Africa

*La testimonianza di Michele Dal Cengio,
infermiere di Vicenza partito con Medici Senza Frontiere*

Avevo cominciato a pensarci da ragazzino. Andare in Africa, lavorare in realtà lontane dalla nostra con il desiderio di portare la mia professionalità in un contesto completamente diverso rispetto a quello in cui lavoro. Sono passati molti anni prima che quell'idea si trasformasse in un biglietto aereo, un progetto concreto con Medici Senza Frontiere.

Nel giugno 2003, carico di entusiasmo, paure, gran voglia di rendermi utile e tanta curiosità, sono partito per la Costa d'Avorio, in piena guerra civile, dove sono rimasto per 6 mesi. Lo stesso entusiasmo mi ha accompagnato nelle successive esperienze: Repubblica Democratica del Congo, Angola, Mozambico fino alla mia ultima missione in Camerun nell'estate del 2007.

Ogni missione è come se fosse la prima, le emozioni sono forti. Si parte perché si crede che sia giusto farlo, perché **l'azione umanitaria inizia da un'indignazione, diventa un'ostinazione, infine un metodo.**

Sono esperienze difficili, ma arricchenti dal punto di vista umano e professionale. Si parte carichi di conoscenze legate alla formazione e all'esperienza professionale, e ci si trova in contesti dove le risorse sono minime e solo il lavoro d'equipe con lo staff locale consente di colmare le lacune che sembrano insuperabili per fare corrette diagnosi e instaurare una cura appropriata. È necessario essere aperti a culture diverse, possedere una spiccata sensibilità sociale, saper ascoltare senza voler imporre i propri modelli culturali. L'incontro con la medicina tradizionale le diverse religioni o la valutazione del ruolo della donna in diverse società sono banchi di prova.

Ma cosa può trovarsi a fare in concreto un infermiere di Medici Senza



Frontiere quando lavora sul terreno? Vari sono gli ambiti in cui si può operare: ospedali, cliniche, ambulatori, campi rifugiati, campagne vaccinali, epidemie.

Di recente ho effettuato una **missione di valutazione sanitaria per i rifugiati della Repubblica Centrafricana in Camerun**, che ha rapidamente portato alla luce tassi di mortalità allarmanti e una situazione nutrizionale grave per la popolazione più vulnerabile, i bambini sotto i 5 anni e le donne. La Repubblica Centrafricana è un paese provato da 15 anni di guerra civile e colpi di stato, con un'economia arretrata, un sistema sanitario e scolastico fragile, privo di strade, acqua corrente e luce, ma ricchissimo di risorse, vasto e poco abitato. La popolazione civile è la prima vittima dagli scontri tra ribelli e forze governative. Impossibile, in questa situazione di violenza quotidiana, avere una vita normale, coltivare i campi, allevare il bestiame.

La visita ai campi rifugiati lungo la frontiera ha permesso di individuare, tramite un rapido screening, lo stato nutrizionale dei bambini, e avviare una terapia per i casi più gravi. In tali contesti, il sovraffollamento e le condizioni igieniche

precarie sono spesso le cause dello scoppio di epidemie a rapida diffusione. Per questo organizzare una campagna vaccinale per il morbillo è stata un'altra priorità. All'interno di un intervento che richiede una stretta collaborazione fra l'ambito sanitario e l'organizzazione logistica, spetta all'infermiere allestire tutto il materiale necessario (dosi di vaccino, catena del freddo, organizzazione e formazione delle equipe). Queste azioni, in collaborazione con le autorità sanitarie camerunesi, ci permetteranno di ridurre ulteriormente la mortalità infantile. Come nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo, anche in Camerun ci si scontra con la mancanza di personale sanitario locale. In media c'è un medico ogni 20000 abitanti e un infermiere ogni 10000. È fondamentale per un infermiere espatriato collaborare con lo staff sanitario locale e avviare attività di formazione specifica di nursing, un ambito spesso non previsto dal percorso di studi. Questo perché nell'Africa Subsahariana l'infermiere fa il medico, fa diagnosi, prescrive terapie, esegue piccoli interventi di chirurgia, ma spesso non conosce l'attività educativo-assistenziale infermieristica.



A Spasso con "Tesi"

1° Concorso di divulgazione della cultura infermieristica

Gli infermieri rappresentano il fulcro e lo strumento principale per migliorare la qualità della vita dei cittadini e lo fanno attraverso la formazione e la conoscenza.

Conoscenza che fin dai piani di studio è stata ripensata per poter assicurare una formazione più completa che premetta al futuro professionista infermiere di confrontarsi con le grandi sfide della sanità.

L'assistenza infermieristica è considerata uno degli aspetti fondamentali della qualità del Servizio Sanitario Nazionale. Migliorare la qualità di vita delle persone significa oggi trovare le soluzioni migliori e scientificamente provate per risolvere i problemi di salute della collettività. Oggi più che mai, la ricerca infermieristica si avvale dell'esperienza clinica: essa permette all'infermiere di validare conoscenze, competenze e risultati raggiunti nella pratica clinico-assistenziale e permette di produrre un'effettiva presa in carico della persona, applicando interventi assistenziali di documentata efficacia. È così che il neolaureato in infermieristica, attraverso il proprio progetto di tesi, ha cercato di trasferire nella pratica la propria conoscenza ed esperienza di studio. Ciascun elaborato di tesi rappresenta un lavoro di ricerca che ha permesso allo studente di valorizzare il proprio percorso di studio.

Il 1° Concorso Provinciale IPASVI "A spasso con tesi", ha cercato di portare all'attenzione di tutti i colleghi infermieri, l'importanza della ricerca infermieristica nella pratica clinica, premiando i partecipanti con un premio in denaro.

La commissione esaminatrice composta dai membri del Consiglio Direttivo del Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza, si è riunita lo scorso

mese di ottobre per valutare i lavori presentati.

Complessivamente hanno partecipato al concorso 14 tesi qui elencate:

1. La sindrome d'astinenza neonatale; quali interventi terapeutici? Autore Cecchetto Chiara
2. Il paziente nefropatico in emodialisi: controllo del peso interdialitico e qualità di vita attraverso l'attività aerobica: case report. Autore Oro Elisa
3. Aspetti clinici e psicologici di un orario di visita flessibile in terapia intensiva coronarica. Autore Asnicar Jenny
4. Inserimento del sondino nasogastrico: efficacia dell'anestetico topico. Autore Bedin Anna
5. Le conseguenze del trapianto di midollo osseo sulla sfera sessuale: revisione della letteratura. Autore Erle Riccardo
6. La morte encefalica: criticità nella relazione di aiuto alla famiglia del potenziale donatore (revisione della letteratura). Autore Pizzolato Genni
7. Efficacia della stimolazione sensoriale in terapia intensiva nei pazienti in coma o stato vegetativo post trauma cranico. Revisione della letteratura. Autore Rossi Valentina
8. Report di un caso clinico di una bambina affetta da incontinenza urinaria non responsiva alla terapia. Autore Bolcato Elisa
9. Il ruolo del tocco nella cura del paziente terminale. Autore Nardin Maria Teresa
10. L'educazione terapeutica come strategia nella riduzione dell'ansia nei pazienti sottoposti a gastroscopia. Autore Cavalli Vivienne
11. L'accertamento respiratorio avan-

zato in risposta alla chiamata di soccorso: risultati di un'indagine. Autore Zanin Federico

12. La stipsi nel paziente anziano istituzionalizzato: dimensione del problema, valutazione, pianificazione dell'assistenza. Autore Vicari Laura

13. "Effetto placebo": considerazioni generali e considerazioni specifiche nella relazione con il paziente psichiatrico. Autore Rosato Cristina

14. Studio sulla valutazione del dolore in pazienti anziani ospedalizzati affetti da grave demenza. Autore Storti Matteo

La valutazione delle tesi ha preso in considerazione:

- La validità scientifica
- La rigorosità del metodo applicato
- L'originalità
- La spendibilità nella pratica infermieristica

Sono stati così esaminati ed individuati i tre vincitori che verranno premiati con le somme di euro 500 il 1° classificato, euro 350 il 2° classificato ed euro 200 il 3° classificato. Ciascun interessato riceverà la comunicazione di vincita direttamente a domicilio e la premiazione si terrà in concomitanza di un evento pubblico nei primi mesi del 2008. Il lavoro migliore verrà quindi pubblicato sulla rivista Infermieri Informati.

Siamo fiduciosi che quest'esperienza sia il preludio di una continua e proficua collaborazione tra Collegio Provinciale ed Università degli Studi e che ciò sia da stimolo a tutti i colleghi che vogliono produrre un miglioramento della pratica infermieristica anche attraverso queste esperienze di ricerca.

L'arteterapia

Testimonianza di un'esperienza e di un'alleanza professionale

Cos'è l'arteterapia

L'arteterapia è una costellazione di tecniche integrate in continua evoluzione. Nelle artiterapie le tecniche espressive divengono un mezzo, uno strumento utilizzato all'interno di un intervento che avrà metodi ed obiettivi psicoterapici.

Nell'intervento a valenza psicoterapica, la produzione artistica costituisce lo spunto per fornire interpretazioni. Un esercizio di grafia molto efficace, consiste nel chiedere di rappresentare una situazione negativa vissuta servendosi di una matita ed un foglio. Ecco come procedere. Bisogna ricordare un evento che ci ha turbato in maniera particolare sul *piano del pensiero*. Un episodio che, in un modo, ci abbia "costretti" ad una sequela di contenuti mentali che ripercorrevano in continuazione il fatto in sé e dai quali ci pareva difficile se non impossibile liberarci. Servendosi di un foglio bianco ed una matita, possiamo tracciare dei tratti dalle forme più diverse, che sentiamo "aderenti" a quei pensieri e contenuti mentali. Così può accadere che il foglio sia riempito di tantissimi "scarabocchi" o che diventi una specie di labirinto strettissimo con zone più intense ed altre più digradanti verso spazi bianchi. In pochi minuti, ricordando l'episodio, è possibile assistere alla rappresentazione di un complesso di linee tondeggianti o spezzate, a zig-zag o frammentarie che siano la forma complessiva ma anche parziale di pensieri, fatti, accadimenti fastidiosi o anche molto dolorosi. Una volta terminato questo lavoro, con la fattiva assistenza di un infermiere psichiatrico, entra in gioco in maniera attiva la figura dell'arteterapeuta nell'osservazione del lavoro eseguito. La persona che avrà prodotto *l'oggettivazione grafica di una situazione vissuta*, riprenderà il filo dei ricordi insieme alla sua guida e, pos-

sibilmente, identificherà, del foglio, quali sono i tratti che più corrispondono alle situazioni più fastidiose, più pesanti e anche drammatiche. Nel labirinto di linee e forme, resteranno anche degli spazi bianchi, dunque sarà possibile chiedere in quali di queste zone non coperti da segni si vorrebbe "entrare" con un colore. La scelta del colore sarà un indicatore molto importante per chiarirci maggiormente la situazione attuale del nostro assistito. La sua condizione attuale rispetto alla volontà di superare quell'evento sul *piano mentale ed emozionale*. Potrà accadere che sceglierà un colore e timidamente o con grande forza, con quella tinta, riempirà pochi o molti spazi ... dipende. Un passo successivo, può essere suggerito dalla possibilità d'intervenire sulle linee iniziali cancellandone alcune o addirittura intere zone (servendosi di una gomma). Ad ogni passo, sarà importante ascoltare le sensazioni, le impressioni, ciò che sta accadendo nella persona che avrà eseguito questo lavoro rispetto alla visione della situazione iniziale. E' questo un lavoro che può essere fatto a tappe o tutto in una volta. Non c'è una modalità fissa. In arteterapia non esistono protocolli d'intervento fissi. Ogni situazione individuali adattamenti e procedure.

L'arteterapia considererà l'Entità Umana tripartita nei grandi sistemi:

- *encefalico dove risuona il pensare;*
- *ritmico dove risuona il sentire;*
- *metabolico e articolare dove risuona il volere.*

Per il terapeuta e l'infermiere psichiatrico che lo coadiuva è fondamentale l'ascolto inteso come empatia, proiezione e identificazione nei bisogni dell'altro. Insieme si impara ad osservare, ad ascoltare, a sentire in modo più lucido e cosciente di prima. Si riesce a comprendere meglio il senso della vita interiore e

delle vicissitudini quotidiane.

C'è in ogni individuo uno spazio interiore che si trova ad una profondità che le parole e la coscienza non raggiungono.

È in questo spazio che Jung colloca tutto ciò che è stato dimenticato e trascurato: la saggezza dell'esperienza derivante da innumerevoli millenni. È qui che vivono vaste e possenti forme: gli *Archetipi*, schemi unificanti carichi di energia emotiva e simbolica.

Le dinamiche della cromoterapia

Le dinamiche della cromoterapia immaginativa aprono inusitati spazi interiori lasciando fluire pensieri ed emozioni che facilmente si collegano a memorie passate, addirittura prenatali e perinatali. *Blocchi energetici di natura mentale ed emozionale* possono trovare possibili vie di soluzione il cui ultimo atto, a volte, è un disegno, una macchia di colore e una semplice forma.

Il silenzio, la prima necessaria condizione. Il silenzio che vuol dire pausa, spazio, ristoro dal caos quotidiano. Il silenzio che diventa fonte di

Bibliografia

- Binswanger L., *Melanconia e mania*, Edizioni Boringhieri, 1971.
- Bosso A., *Psichiatria per operatori sanitari*, Edizioni Emmebi Diffusione, 1988.
- Bernard P., *L'infermiere psichiatrico*, Edizioni Feltrinelli, 1978
- Drigo, Borzaga, Mercurio, Satta, *Clinica e Nursing in psichiatria*, Edizioni Ambrosiana, 1997.
- Malagoli G., Guaraldi G.P. Camerini G.B., *Collana di Scienze Infermieristiche: Nozioni di igiene mentale, di psichiatria e psicopatologia*. Edizioni Universo, 1997.
- <http://web.tiscali.it/psicoriabilitazione/artiterapia.htm>



energia sempre nuova per il corpo, la mente, l'anima. Dal silenzio vissuto ad occhi chiusi, un nuovo approccio verso la realtà sensibile. Un percorso di luce e colore può essere d'aiuto perché quando il dolore ci sovrasta, regredire verso stati di coscienza che ci riportano a codici universali, ci aiuta ad affrontare meglio un aspetto della realtà che comunque ci appartiene.

Conclusioni

È molto importante prendersi cura delle persone affiancando, quando è necessario, delle competenze specialistiche diverse rispetto a quelle mediche ed infermieristiche, perché il benessere può essere conquistato attraverso l'utilizzo di metodiche diverse rispetto a quelle che prediligono l'esclusivo trattamento farmacologico.

Questo nuovo ed inedito lavorare a stretto contatto con altre figure professionali (in equipe), con un coinvolgimento reale in tutto il processo di cura biopsicosociale ha fatto maturare in me la consapevolezza che

esistono al di là degli stereotipi dell'infermiere stanco, demotivato, dei colleghi infermieri, psichiatri, psicologi, che invece credono in ciò che fanno e si prodigano senza risparmio e non di rado si può avere la soddisfazione di raggiungere qualche risultato degno di nota.

Da questa esperienza professionale vissuta in prima persona negli *Atelier dell'Ospedale Psichiatrico Villa Rosa di Modena* è nata una doppia esigenza: *la prima* quella di integrare la mia formazione professionale con letture, ricerche e discussioni con dei professionisti che fino ad allora non avevo avuto l'occasione di conoscere e di apprezzarne il lavoro; *la seconda* quella di socializzare queste nuove forme di conoscenze, che non facevano e non fanno parte degli attuali ordinamenti didattici del Corso di Laurea in infermieristica (giustamente!), considerata la formazione generalista a cui sono preposti nell'ambito del Master in "Infermieristica in Salute Mentale-Psichiatria", presso l'Università di Modena e Reggio Emilia.

Per cui sempre di più credo che degli infermieri specialisti clinici (in psichiatria) siano necessari, onde evitare di essere catapultati in realtà lavorative di cui non si conoscono neanche le coordinate e bisogna muoversi con cautela e facendo affidamento al comune buon senso invece di essere anzitempo formati e consapevoli di quale importanza è investita la nostra figura professionale.

* Dr. Antonio Giannone

e-mail: a.giannone@email.it

Coordinatore Infermieristico
A.S.L. di Taranto

Consigliere del Collegio IP.AS.VI.
di Taranto

Docente e Referente
Organizzativo del Master
"Infermieristica in Salute
Mentale-Psichiatria"
Università degli Studi di Modena
e Reggio Emilia



L'infermiere e la ricerca

Gabriella Scoccia premiata a Grosseto

Il 12 maggio 2007, in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere, si è svolta presso l'Hotel Granduca di Grosseto la cerimonia di premiazione della 6° edizione del Premio Nazionale sulla ricerca infermieristica, indetto dal Collegio Provinciale IPASVI di Grosseto.

Il tema del concorso di questo anno era: **"Il processo di diagnosi infermieristica: esperienze cliniche italiane nell'uso delle diagnosi infermieristiche reali e di rischio in ambito ospedaliero. Percorsi di ricerca per validare competenze, responsabilità e risultati anche attraverso scale e strumenti di valutazione clinico assistenziale"**.

La vincitrice è un'iscritta al nostro collegio IPASVI, si chiama Gabriella Scoccia ed è Infermiere Coordinatore Responsabile dell'area formazione del Servizio Infermieristico dell'ULSS n. 3 di Bassano del Grappa.

La motivazione per la quale il lavoro è risultato vincitore è stata la seguente: **"il lavoro premiato offre un percorso completo, formativo ed organizzativo, che dimostra l'attuazione del processo di diagnosi infermieristica ed una modalità reale di implementazione nel sistema organizzativo sanitario. Interessante il passaggio dalla teoria alla pratica e l'esperienza, forte di un progetto ad ampio respiro di una intera struttura ospedaliera condotto e curato nel tempo, ne permette la ripetibilità e l'implementazione anche in altre realtà (...) anche attraverso l'uso di una documentazione di facile compilazione che supporta in modo appropriato un'assistenza personalizzata.**

Si riporta una sintesi del lavoro con le riflessioni dell'autrice.

Quando ho letto per la prima volta il titolo dell'argomento proposto dal Collegio IPASVI di Grosseto per il concorso nazionale 2007, mi sono fermata a riflettere sul fatto che, tra le tante cose urgenti che ogni giorno ci troviamo a fare, spesso non abbiamo il tempo di pensare alle cose IMPORTANTI.

TI. Eppure, qualche volta, è necessario anche fermarsi a "pensare" a quello che stiamo facendo, alla strada che, negli anni, anche all'interno della professione infermieristica abbiamo percorso e che, per la frenesia del lavoro quotidiano, diamo sempre troppo per scontata.

Il lavoro che ho presentato al Concorso di Grosseto è stato proprio il frutto di questa riflessione; ve lo propongo ricordando anche che il collegio IPASVI di Grosseto lo indice ogni anno in memoria di Gemma Castorina, una collega infermiera dell'elisoccorso di Grosseto morta, per un fatale incidente, mentre era in volo per "salvare una vita".

Il progetto ripercorre il "percorso" compiuto, a partire dal 1996, nell'assistenza infermieristica dell'ULSS n. 3 di Bassano del Grappa nella quale lavoro.

In quegli anni, infatti, a seguito dei fondamentali cambiamenti nella normativa di riferimento per la professione infermieristica (come tutti sappiamo il profilo professionale è del 1994) nell'Azienda Sanitaria ULSS n.3 il Servizio Infermieristico Aziendale si stava ponendo insistentemente una domanda: "... COSA FARE per favorire un reale cambiamento nella professione infermieristica? ...perché l'INFERMIERE possa essere veramente il professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica?..."

L'intuizione fu quella di partire da un processo di riorganizzazione dell'assistenza infermieristica in tutte le Strutture di degenza degli Ospedali di Bassano ed Asiago per passare dal lavoro "per compiti" al lavoro per "piccole équipes". Questa fondamentale riorganizzazione pose le basi per dar vita al progetto di miglioramento denominato "da cartella clinica infermieristica omogenea versus cartella sanitaria integrata", avviato nell'Azienda Sanitaria ULSS n. 3 nel 2000 partendo dal presupposto che *nella documentazione clinica infermieristica avviene il passaggio fondamentale dall'impianto concettuale dell'intero processo clinico*

assistenziale alla sua "manifestazione" operativa.

Grazie a questo progetto si arrivò, nell'arco di circa 4 anni, (tra formazione, stesura, taratura, sperimentazione, ecc.) all'elaborazione di una Cartella Clinica Infermieristica (CCI): strutturata secondo un modello infermieristico di riferimento (Gordon) che ripercorreva il processo di assistenza infermieristica in tutte le sue fasi:

1. accertamento
2. diagnosi
3. pianificazione degli obiettivi
4. pianificazione degli interventi
5. attuazione e gestione
6. valutazione.

Tra il 2004 ed il 2005 si era riusciti ad implementare nell'80% delle S.C. degli ospedali di Bassano del Grappa ed Asiago la prima parte della CCI che consisteva nell'accertamento infermieristico.

La successiva e fondamentale fase del processo era rappresentata dalla necessità di codificare ed implementare alcune diagnosi infermieristiche con i relativi piani di assistenza.

Con l'accertamento infermieristico, infatti, gli infermieri raccoglievano un notevole numero di informazioni (segni e sintomi) sullo state di salute della persona assistita e, quindi, potevano identificare numerosi problemi assistenziali trattati, quasi sempre, senza alcuna documentazione né "codifica" del problema e senza alcuna documentazione della pianificazione dell'assistenza; lo sviluppo di 1 sola fase del processo di assistenza rendeva frustrante e "toglieva" senso alla fase di accertamento stesso poiché non se ne vedeva il proseguo.

Si trattava di elaborare uno strumento operativo che permettesse di identificare e documentare le diagnosi infermieristiche di rischio e reali trattate con i relativi piani di assistenza. Ma come? Il tentativo è stato quello di elaborare uno strumento facilmente fruibile nella pratica clinica infermieristica quotidiana rifacendosi, comunque, al modello delle diagnosi



infermieristiche NANDA ed alla pianificazione dell'assistenza secondo Carpenito e Wilkinson.

Il Servizio Infermieristico Aziendale dall'anno 2006 ha elaborato, quindi, un modello di scheda "base" utilizzabile per documentare l'enunciazione di singole diagnosi infermieristiche e del piano di assistenza relativo. L'ulteriore sforzo è stato quello di elaborare **un piano "standard" ma personalizzabile** rispetto alla specificità di ogni singola persona assistita.

Tali schede sono state così strutturate:

- una prima parte che descrive la fase 2 del processo di assistenza infermieristica ovvero la diagnosi infermieristica con titolo, correlazioni e caratteristiche definenti;
- una seconda parte riportante l'enunciazione dell'obiettivo risultato atteso, la descrizione degli interventi, dell'attuazione, della verifica e della valutazione rispetto al raggiungimento degli obiettivi risultati alla dimissione/trasferimento.

Ogni parte è stata elaborata prevedendo, come già segnalato, alcune parti "fisse" (es. titolo delle diagnosi infermieristiche, obiettivo risultato assistenziale atteso, ecc.) ed altre "personalizzabili" in base alla situazione della persona assistita.

Infine le schede prevedono la **fase di valutazione** che viene completata per documentare il raggiungimento o meno dell'obiettivo risultato atteso alla dimissione o al trasferimento.

Sulla base di questo "modello" sono state, fino ad oggi, elaborate le schede relative a 6 diagnosi infermieristiche, 5 di rischio ed 1 reale, delle quali si riportano di seguito i titoli:

- "Rischio di compromissione dell'integrità cutanea";
- "Compromissione dell'integrità tessutale";
- "Rischio di inefficace gestione del regime terapeutico (generico)";
- "Rischio di inefficace gestione del regime terapeutico (TAO)";
- "Rischio di cadute";
- "Rischio di allattamento al seno inefficace".

Rispetto alle 6 diagnosi infermieristiche pianificate, 2 sono in fase di sperimentazione ("Rischio di cadute" e "Rischio di allattamento al seno inefficace").

Le altre 4, invece, sono state inserite

tra la documentazione infermieristica da utilizzare regolarmente in alcuni reparti.

L'utilizzo di questa metodologia ha permesso agli infermieri di "cominciare" a documentare non solo le fasi di accertamento e di attuazione del processo di assistenza infermieristica ma anche quelle della diagnosi infermieristica e dei relativi piani di assistenza che prevedono anche la verifica e valutazione finale.

Inoltre permette di elaborare numerosi altri piani di assistenza per tutta le altre diagnosi infermieristiche che attualmente vengono trattate, ma, spesso, non correttamente documentate.

La possibilità di documentare la pianificazione dell'assistenza (obiettivi/risultato, interventi) e la verifica/valutazione dell'attuazione rappresenta un passo importante per evidenziare i risultati ottenuti grazie al percorso assistenziale. La terminologia utilizzata porta ad uniformare certe valutazioni e giudizi, costruendo un linguaggio professionale condiviso.

La documentazione del processo di assistenza ed in particolare la formulazione ed il trattamento di diagnosi infermieristiche, fornisce, inoltre, una struttura per la pratica infermieristica, una sorta di "griglia" nell'ambito della quale l'infermiere può utilizzare le proprie conoscenze e abilità per prendersi cura dell'assistito ponendolo al centro del proprio piano di cura.

Il livello di "adesione" delle S. C. a tale processo è stato diverso sia nei tempi che nei modi poiché diverse sono state le condizioni organizzative interne di ogni struttura.

L'aspetto che ritengo importante evidenziare è che, comunque, anche se richiede un notevole impegno in termini sia di formazione che di rinforzo e riorientamento continuo, **il processo sta avanzando in tutte le Strutture**

Per concludere voglio evidenziare il fatto che questo premio mi ha dato l'opportunità di far conoscere a molti infermieri di altre Aziende il lavoro svolto dagli infermieri e dai Coordinatori della mia ULSS i quali, quotidianamente, si impegnano per cercare di dare non solo "quantità" ma anche "qualità" (in termini di risultati) all'assistenza erogata ed ai quali questo premio è "dedicato".



Bibliografia

- AA.VV., La cartella infermieristica: esperienza di utilizzo, in supplemento a ScENARIO 2/2000.
- AA. VV., Cartella infermieristica e scheda di dimissione infermieristica: descrizione di un progetto, in ScENARIO 16 (4), 1999.
- Azienda Ospedaliera di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Linee guida. La documentazione infermieristica, a cura di Chiari P., in www.med.unibo.it
- Carpenito LJ. Piani di assistenza infermieristica e documentazione. Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2000.
- Carpenito LJ. Diagnosi Infermieristiche applicazione alla pratica clinica. Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2^a ed. 2001.
- Cavaliere B. L'infermiere dirigente: i sistemi informativi. 1997, n. 2.
- Ciccardi G, Vissa A. Nursing oggi: evoluzione del sistema informativo infermieristico: un'esperienza applicativa. 1997, n. 3.
- Craven RF, Hirle CJ. Fundamentals of Nursing: Human Health and Functions, 2nd ed. Philadelphia: 1996. ediz. italiana a cura di Nebuloni G. Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Promuovere la salute. Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 1998, vol 1.
- Dochterman J, M, Bulechek G. Nursing interventions classification (NIC), 4th ed. St. Louis, Mosby, 2004.
- Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3rd ed. St. Louis, Mosby, 1994.
- Gordon M. Manual of nursing diagnosis. 3rd ed. St. Louis, Mosby, 2004.
- Johnson M, Bulechek G, Dochterman J. M. et al., Nursing Diagnosis, Outcomes, Interventions, NANDA, NOC and NIC Linkages. St.Louis, Mosby, 2001.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Nursing Outcomes Classification (NOC), 3rd ed.. St. Louis, Mosby, 2004.
- Motta PC. XVI International meeting bambino: progetto salute 99: Il contributo della disciplina infermieristica allo sviluppo di sistemi informativi sanitari integrati. Maggio 1999.
- Vanzetta M, Vallicella F. Management infermieristico: documentazione infermieristica e qualità. 2002, n. 2
- Yura H, Walsh MB. The nursing process Assessing, Planning, Implementing, Evaluating, 5th ed. 1988. ed. italiana a cura di Di Giulio-Orlandi. Il processo di nursing. Milano, Sorbona, 1992.

La responsabilità professionale e il sistema di protezione legale

1) *Le origini del problema*

Affrontare seriamente il tema dell'attuale situazione italiana della responsabilità professionale sanitaria significa, innanzitutto, definire alcuni punti fondamentali:

- a) le norme (penali, civili e amministrative) che disciplinano la materia non hanno ricevuto alcuna modificazione negli ultimi cinquant'anni;
- b) tutte le modifiche sono dovute esclusivamente al modificarsi dell'orientamento (dell'atteggiamento) giurisprudenziale;
- c) per comprendere le ragioni che hanno indotto la magistratura a mutare atteggiamento nei confronti dei sanitari, bisogna approfondire (brevemente) l'evoluzione storica del rapporto sanitario-paziente.

Sotto quest'ultimo profilo, sino agli anni settanta (e pochissime) sentenze in materia professionale evidenziano:

- una generale comprensione nei riguardi degli operatori sanitari;
- un rispetto delle manifestazioni di libertà e di indipendenza intellettuale nelle quali si esplica tale professionalità;
- il generale riconoscimento della particolare rilevanza sociale della professione sanitaria: ad esempio, allora il medico era "di fiducia";
- la stessa responsabilità del sanitario non sembra conseguire direttamente al danno creato al paziente, ma esprimere la reazione della stessa categoria (realizzata anche mediante i periti medico-legali) nei confronti di un loro appartenente "inidoneo", in quanto particolarmente inetto ed incapace.

2) *Il futuro: il problema delle parti più deboli*

Se in questi ultimi anni si è assisti-

to al repentino incremento dei problemi di responsabilità professionale in ambito medico, siamo agli inizi dell'aggressione nei confronti degli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici di infanzia.

Ma vi sono ragioni per prevedere un futuro aggravamento della posizione della categoria. A parte i problemi derivanti dalla abolizione del mansionario (L. 42/99) di cui si avrà modo di esporre nel prossimo capitolo, le ragioni del peggioramento sono molteplici.

Per quanto riguarda i lavoratori subordinati: la "aziendalizzazione" delle strutture ospedaliere le pone ormai in un libero mercato ed in diretta concorrenza fra di loro: l'ospedale "più sicuro" raccoglie più pazienti (da tutta Italia), aumenta conseguentemente le proprie risorse e diventa sempre più grande. Il tutto a scapito delle analoghe strutture "meno sicure". A conferma di questo, si consideri che ormai le più importanti realtà ospedaliere hanno al proprio interno uno specifico ufficio di Marketing e Pubbliche Relazioni. In altre parole, la "pubblicità negativa" e tutto ciò che questa comporta nella *querelle* in materia di responsabilità professionale (come detto: la vera sentenza anticipata di condanna) riguarda oggi anche le strutture pubbliche e non solo i liberi professionisti. Se fino ad oggi le aggressioni si sono rivolte principalmente al primario (perché noto) il quale, però, in genere coinvolge legali e medici-legali a sua difesa, in futuro la stessa pubblicità negativa potrà essere in generale fatta valere nei confronti della struttura attaccando, invece, per la figura professionale più debole, in genere più sola e, pertanto, più vulnerabile. Inoltre, occorre segnalare l'esclusio-

ne della copertura assicurativa per i casi di "colpa grave" commessa dai sanitari: esclusione che, come è noto, non riguarda solo i medici ma tutto il personale sanitario. Per risolvere (apparentemente) tale problema, alcune strutture ospedaliere - senza alcun fondamento normativo né contrattuale - offrono ai loro dipendenti una copertura (integrativa, appunto, della colpa grave) raccogliendo il premio integrativo aggiuntivo direttamente dal sanitario. Essendo quest'ultimo la parte più debole qualora si verifichi un danno, il sanitario non è in grado di controllare se vi è una effettiva tutela dei suoi interessi (e, come detto, conseguentemente di tutta la sua categoria), oppure se il sistema adottato privilegerà le parti più forti di quel contratto assicurativo: l'ospedale (che paga premi molto, molto ingenti) o l'Impresa di assicurazione. Per questa ragione il sistema descritto evidenzia la necessità di fornire autonomia di gestione e tutela della categoria.

L'evoluzione della tecnica specialistica comporterà sempre più un ampliamento della attività professionale del sanitario ed una riduzione della attività strettamente medica. A conferma di ciò si consideri l'evoluzione che il settore ha evidenziato negli ultimi anni in materia di formazione della categoria;

Conseguentemente, si assiste ad una evoluzione legislativa che riconosce sempre più autonomia professionale e, conseguentemente, responsabilità dirette al sanitario;

E proprio in virtù dell'incremento della specificità professionale si elimina il riferimento ad un mero "mansionario" in quanto strumento normativamente inidoneo dalla definizione di una professionalità sempre più variegata e complessa.



In tale prospettiva, occorre definire quali sono (e chi ne determinerà i contenuti) i profili di responsabilità dell'infermiere.

3) **I profili di responsabilità: la legge n. 42 del 1999 e la abrogazione del mansionario**

Affinché vi sia responsabilità (professionale) è indispensabile che vi sia un illecito: cioè che sia stato posto in essere un comportamento considerato vietato da una norma e a cui segue una sanzione.

L'illecito può essere penale, civile o amministrativo: la distinzione dipende dal tipo di sanzione prevista e dal giudice che la applica.

Occorre, pertanto, definire a quale fonte normativa si dovrà fare riferimento per affermare l'esistenza dell'illecito e della relativa responsabilità.

Per completezza espositiva, si tenga presente che oltre alle sanzioni applicate dal giudice, altre sanzioni possono essere irrogate dal Consiglio dell'Ordine verso i propri iscritti all'Albo per violazioni di carattere professionale o dal Datore di lavoro verso i dipendenti per violazioni attinenti al lavoro subordinato: in altre parole, l'infermiere dipendente di una A.s.l. è in teoria, sottoposto ad un duplice potere disciplinare: da un lato da parte ente Pubblico dal quale dipende; dall'altro, dal suo Ordine professionale a cui albo è iscritto. Questa situazione evidenzia il rischio che si verifichi un'interferenza tra i due poteri preposti al controllo. Quanto alla competenza, il problema sembrava risolto dall'articolo 10 del D.L.C.P.S. del 13 settembre 1946, n. 233 (per cui i dipendenti pubblici iscritti agli albi o colleghi professionali sono soggetti alla disciplina ad essi relativa limitatamente all'esercizio della libera professione con la conseguenza che sarebbero sottoposti al potere disciplinare riservato all'Ente Pubblico, dal quale dipendono, per quanto attiene l'attività subordinata). Il problema risorge in seguito alla sentenza della Suprema Corte di Cassazione del 23 luglio 1993, n. 8239 (relativa alla professione di architetto, ma equiparabile

per contenuto a quella dell'infermiere) in cui si è stabilita la competenza del Consiglio dell'Ordine a irrogare sanzioni disciplinari sia per illeciti commessi nell'esercizio della professione, sia per l'adempimento degli obblighi connessi al rapporto d'impiego con la Pubblica Amministrazione o al rapporto di lavoro subordinato di natura privata.

Questo significa che il potere dell'Ordine deve essere esercitato nei confronti di tutti gli iscritti siano pubblici dipendenti che non, per violazione di norme deontologiche. Vista la molteplicità degli organi competenti ad accertare e valutare un medesimo fatto, possono sorgere delle interferenze. Può, quindi, accadere che la medesima condotta sia censurabile congiuntamente avanti a sede civile e penale oppure congiuntamente avanti al datore di lavoro e al Consiglio dell'Ordine. Ognuno di questi ha un suo ambito di competenza, compie valutazioni proprie ed agisce in piena autonomia.

Nella definizione del quadro normativo di riferimento necessario per la qualificazione della responsabilità professionale (e conseguentemente dell'obbligo di risarcimento del danno) occorre registrare quanto disposto dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42 intitolata "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".

In particolare, l'art. 1 ("Definizione delle professioni sanitarie") - prevede, al secondo comma, che: "Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni" precisando che "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei

decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base nonché degli specifici Codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".

In altre parole, per definire i contenuti della attività delle professioni sanitarie (e, conseguentemente, per chiarire i profili di responsabilità), si deve fare riferimento:

- al DM 14 settembre 1994, n. 739 ("Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere");
- al DM 2 aprile 2001 ("Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie" e "Determinazione delle classi delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie")
- al codice deontologico del febbraio 1999.

Ma, la stessa norma dispone (inutilmente, in quanto concerne un divieto già previsto e sanzionato alternativamente) che sono "fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario".

Questa innovazione se, da un lato, è preferibile in quanto evita di "schiacciare" verso il basso la definizione della professionalità infermieristica, dall'altro rende molto più complessa la determinazione degli obblighi e dei doveri cui si deve fare riferimento nell'esercizio della attività professionale: l'unico riferimento espresso riguarda il divieto di esercizio abusivo di attività professionale medica (o di altre professioni del ruolo sanitario).

In questa sede sembra opportuno soffermare l'attenzione sui problemi di responsabilità professionale che possano determinare la condanna del sanitario al risarcimento del danno in favore del paziente: risarcimento del danno che diviene, ap-

punto, oggetto specifico del contratto di assicurazione.

4) **Il centro del sistema: il problema del singolo è il problema di tutti**

Si è avuto modo di sottolineare:

- 1) quale sia l'importanza dei precedenti giurisprudenziali nella definizione della responsabilità del sanitario;
- 2) come l'abrogazione del mansionario (disposta dalla citata L. 42/99) abbia acuito l'importanza delle regole interne settoriali disposte dagli Ordini e alle associazioni di categoria.

In questa prospettiva, il miglior modo di fronteggiare il fenomeno della responsabilità professionale sanitaria consiste nell'accettare un concetto semplice che deve diventare il fondamento di ogni iniziativa in materia: *il problema del singolo è il problema di tutti.*

In questa prospettiva, ciascun infermiere deve rendersi conto che la sua qualità di vita professionale dipende direttamente, sotto ogni profilo, dal comportamento di tutti i suoi colleghi ovunque si trovino. Se un infermiere professionale bolognese subisce una sentenza specifica negativa, questa si riverbererà sull'attività svolta dal suo collega campano o piemontese: e l'esempio può riguardare gli infermieri professionali, gli assistenti sanitari o le vigilatrici di infanzia.

E gli organi rappresentativi provinciali e nazionali dovranno individuare nuove, diverse e globali soluzioni, al problema della responsabilità professionale tenendo presente un punto fermo: bisogna temere i precedenti giurisprudenziali.

In ogni caso, negli ultimi tre anni i premi assicurativi per tutti i tipi di operatori sanitari sono aumentati considerevolmente. Questa situazione è stata causata prevalentemente dai medici, ma anche in altri settori sanitari si sta assistendo ad un crescendo di conflittualità.

5) **Cultura al/a prevenzione dei sinistri**

È indispensabile che gli infermieri assumano una maggiore sensibilità

alla comprensione ed alla valutazione del significato giuridico dei loro comportamenti.

Per realizzare questo risultato è necessario che l'Ordine si doti di una apposita *"Commissione tecnico-scientifica per lo studio della responsabilità professionale"* al fine di fornire agli iscritti:

- una effettiva "formazione" sui temi generali che investono la responsabilità professionale medica;
- una costante e completa "informazione" sulle novità (giurisprudenziali e normative) che investono le singole tipologie professionali (ad esempio fornendo modelli di comportamento uniformi);
- la possibilità di accedere ad un servizio (anche indiretto) di "consulenza" (legale e medico-legale) finalizzato alla prevenzione dei sinistri;
- assistenza nella determinazione del "consulente tecnico di parte" da inserire nella eventuale fase processuale;
- assistenza e titolarità dell'azione legale nei confronti dei medici legali che ingiustamente aggrediscono gli iscritti con apposite richieste di risarcimento danni.

L'inserimento del supporto tecnico necessario alla diffusione fra i soci di una maggiore sensibilità alle problematiche giuridiche connesse alla loro attività professionale, al fine di prevenire i sinistri, può anche estendersi ad una contrattualizzazione delle modalità di comportamento necessarie a poter garantire tutti gli iscritti della conformità dei comportamenti posti in essere da tutti i colleghi.

La convenzione assicurativa può diventare, pertanto, un valido strumento di diffusione di qualità e di controllo sull'operato del singolo iscritto.

6) **La lotta ai precedenti giudiziari**

A questo punto bisogna affrontare il problema della lotta contro i precedenti giudiziari.

Vi è un'unica soluzione: realizzare un sistema che consenta una centralizzazione di ogni informazione sulle questioni che, a livello nazionale, in-

teressano la categoria (studiate e catalogate mediante il citato Comitato tecnico-scientifico) abbinando un sistema di "pronto intervento giuridico" legittimato mediante una apposita convenzione assicurativa sottostante.

Normalmente, quando si verifica un sinistro, il sanitario interessato comunica al proprio agente assicurativo la ricezione del relativo atto giuridico. In questo caso, prima che si verifichi il contatto con il legale incaricato passa, generalmente, un notevole lasso di tempo (3/4 mesi). In realtà, questo primo momento è fondamentale per una corretta gestione del sinistro: il singolo iscritto (lasciato solo) incomincia a diventare pericoloso per se stesso in quanto, spaventato della situazione in essere, molto spesso si mette a cercare "personali" e sovente "dannose" soluzioni al proprio problema (si pensi, ad esempio, ai noti e, purtroppo ancora frequenti, casi di corruzione della cartella clinica).

Inoltre, questo primo momento è quello più opportuno per svolgere una corretta valutazione della situazione in essere al fine di valutare il sinistro sia nella sua specificità sia nel suo riverberarsi all'interno della categoria, individuando soluzioni economicamente più vantaggiose per tutte le parti in causa.

7) **Il problema della Protezione Assicurativa**

Le considerazioni giuridiche precedentemente esposte dovevano riverberarsi in un sistema assicurativo e consentire, da un lato, ad ogni singolo infermiere di affrontare tranquillamente (almeno dal punto di vista patrimoniale) qualsiasi avversità professionale profittando di una copertura stabile e solida; dall'altro, di fornire risposta alle esigenze precedentemente esposte:

- 1) il problema del singolo iscritto si riverbera su tutti gli altri;
- 2) garantire all'IP.A.S.V.I la possibilità di assumere in materia di responsabilità professionale un ruolo di primo piano nei confronti sia del singolo iscritto che di tutela del gruppo.



Questo risultato non poteva essere raggiunto con una qualsiasi polizza assicurativa: ogni infermiere, infatti, doveva essere garantito da una copertura che gli consentisse di interagire con un vero e proprio Sistema di Protezione (nel senso definito in precedenza). Diversamente operando, con una semplice polizza assicurativa acquistata in convenzione (profittando solo del vantaggio numerico: della massa d'acquisto) non ci sarebbe stato alcun apporto significativo nella gestione dei sinistri: l'infermiere chiamato in causa per una richiesta di risarcimento danni resterebbe solo a fronteggiare la situazione conflittuale in cui si trova coinvolto e l'I.P.A.S.V.I non avrebbe alcun spazio per aiutarlo nella difesa (*rectius*: per difendere la professionalità accusata). Per questo l'I.P.A.S.V.I ha stipulato una convenzione assicurativa, cui possono aderire tutti gli iscritti che ne facciano richiesta, che offre una copertura specifica per l'infermiere Libero Professionista e che consente alla stessa I.P.A.S.V.I. di attivare tutti gli strumenti necessari alla difesa del singolo ed effettuare un costante monitoraggio delle problematiche di responsabilità professionale ed assicurative della categoria.

8) La struttura contrattuale della Convenzione Assicurativa I.P.A.S.V.I.

L'efficacia di un Sistema di Protezione - realizzato a favore di una categoria definita (come nel caso della I.P.A.S.V.I) - è direttamente proporzionale all'ambito di diffusione: più è

diffuso il controllo dei sinistri, più sarà efficace la protezione di ogni singolo evento negativo profittando dei vantaggi (e della forza) del gruppo. Per tale ragione, il Sistema migliore è quello che prevede una Convenzione assicurativa c.d. "chiusa": per tale intendendo quella la cui adesione è obbligatoria per tutti gli iscritti. Questo consentirebbe:

- a) di garantire a tutti gli iscritti un controllo dei sinistri completo a 360 gradi;
- b) la massima forza contrattuale e, conseguentemente, stabilità nel tempo;
- c) la possibilità di adeguare i contenuti delle coperture alle concrete esigenze che nella totalità degli iscritti - si sono evidenziate in concreto;
- d) la possibilità di effettuare una formazione mirata a sopperire concrete necessità: anche locali;
- e) la massima espressione, nei confronti di tutti gli iscritti, anche delle altre fasi che costituiscono il "Sistema di protezione": la consulenza preventiva e l'attivazione del network di legali.

Nonostante questo sia l'obiettivo ottimale, in questa fase non risulta perseguibile, in quanto il recente riconoscimento della autonomia professionale della categoria impone di preferire una autonoma e spontanea maturazione della sensibilità al problema della responsabilità professionale. Per tale ragione, la Convenzione sottoscritta da I.P.A.S.V.I è "a libera adesione" da parte degli iscritti.

9) Le caratteristiche della Convenzione Assicurativa I.P.A.S.V.I.

La Convenzione I.P.A.S.V.I garantisce tutti i danni che l'infermiere possa causare nello svolgimento della sua attività. Il testo contrattuale, infatti, è stato realizzato a più mani (consiglieri I.P.A.S.V.I, consulenti legali, consulenti assicurativi e Compagnia) tenendo in considerazione tutti i possibili casi che riguardano l'attività professionale dell'infermiere.

Le principali caratteristiche della Convenzione I.P.A.S.V.I sono le seguenti: massimale € 2.000.000

- a) la copertura I.P.A.S.V.I. presenta una retroattività di tre anni: sono infatti coperte tutte le richieste di risarcimento pervenute durante il periodo di validità della polizza purché relativa a fatti accaduti non prima dei 36 mesi precedenti la data di attivazione della copertura. In questo modo viene garantita un'ampia retroattività a chi entra in garanzia.
- b) La convenzione I.P.A.S.V.I garantisce una copertura "postuma" automatica di 12 mesi: in caso di cessazione del rapporto assicurativo l'assicurato è comunque garantito per le richieste di risarcimento che pervengono nei 12 mesi successivi detta cessazione relative a fatti avvenuti durante il periodo di validità contrattuale.
- d) L'assicurato, che cessa di svolgere la professione, può garantirsi un ulteriore periodo di copertura, pari ai termini di prescrizione legale (dieci anni) pagando un premio pari a 4 annualità. In questo modo egli si garantisce per sempre.

Oltre a ciò la Convenzione I.P.A.S.V.I ha un'altra caratteristica che la rende unica: infatti solo questa polizza consente all'Assicurato di beneficiare di tutti i servizi relativi al Sistema di Protezione attivati dall'I.P.A.S.V.I.. Solo gli aderenti a questa Convenzione potranno usufruire del network di legali specializzati che i Collegi andranno ad individuare e beneficiare delle conoscenze e dell'aiuto della "Commissione Tecnico-Scientifica per lo Studio della Responsabilità Professionale".



La previdenza complementare

Il corrente anno sarà ricordato tra l'altro anche per l'entrata in vigore di una "nuova" riforma del sistema previdenziale conseguente all'impossibilità di continuare con l'attuale sistema per le crescenti difficoltà nel garantirne la sostenibilità finanziaria.

Stiamo parlando della cosiddetta "riforma del Trattamento di fine rapporto (Tfr) e della previdenza complementare" stabilita dal decreto legislativo 252/2005 e la cui entrata in vigore è stata anticipata al 1° gennaio 2007, per effetto della legge Finanziaria per il 2007 (legge 296/2006).

Prima di entrare brevemente nel merito del nuovo sistema occorre preliminarmente precisare che, al momento i lavoratori appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e ad altre amministrazioni pubbliche sono esclusi dall'applicazione delle nuove norme. Ciò tuttavia è da considerarsi solamente un rinvio e pertanto vale la pena cominciare ad approfondire fin d'ora i contenuti delle nuove norme al fine di esserne maggiormente consapevoli.

Si deve cominciare a parlare di un sistema pensionistico basato su due "pilastri":

- il primo è rappresentato dalla previdenza obbligatoria, nel caso dei dipendenti pubblici erogata dall'Inpdap, che assicurerà per il nostro futuro la cosiddetta pensione base;
- il secondo è rappresentato dalla previdenza complementare che sarà finalizzata ad erogare una previdenza aggiuntiva rispetto a quella base.

Il fatto che sia necessaria una pensione aggiuntiva conferma la necessità di garantire la sostenibilità finanziaria del sistema attualmente in vigore e sta ad indicare in manie-

ra semplice che le future pensioni Inpdap saranno di importo progressivamente ridotto in particolare per tutti i lavoratori assunti dopo il 1° gennaio 1996 o con pochi anni di servizio a quella data.

La previdenza complementare, a cui si aderirà comunque su base volontaria, dovrà, nelle intenzioni del legislatore, dare la possibilità di mantenere un adeguato tenore di vita al momento del pensionamento anche a questi lavoratori chiedendo sostanzialmente a loro qualche sacrificio durante la propria attività lavorativa ed alla rinuncia parziale o totale alla cosiddetta "liquidazione" al momento di cessare dal servizio.

I dipendenti pubblici, assunti a tempo indeterminato prima del 31.12.2000, per poter aderire alla futura previdenza complementare dovranno in ogni caso optare preliminarmente per il T.F.R., simile ai lavoratori delle aziende private, lasciando l'I.P.S. tipico delle amministrazioni pubbliche. Il termine ultimo per tale opzione è fissato al 31.12.2010. Tutti gli assunti a decorrere dal 1.1.2001 hanno obbligatoriamente il T.F.R.

Per chiarezza espositiva va detto che il T.F.R. è una somma di denaro (liquidazione) erogata al personale che cessa dal servizio e che con l'adesione ad fondo complementare dovrà essere, a seconda della data di assunzione, parzialmente o totalmente conferita al medesimo.

La scelta se destinare il Tfr ai fondi pensione per finanziare la pensione aggiuntiva dipende dalla valutazione di una serie di variabili e, precisamente:

- l'età del lavoratore;
- l'anzianità contributiva;
- il reddito percepito attualmente;
- il livello di copertura del sistema

previdenziale obbligatorio.

Destinare il trattamento di fine rapporto a un fondo pensione, infatti, comporta che il lavoratore ha deciso di rinunciare alla somma che gli spetterebbe in occasione della cessazione del rapporto di lavoro, a favore di una rendita aggiuntiva a quella che gli liquiderà, con il pensionamento, la previdenza pubblica. Quanto alla convenienza fra il mantenimento del Tfr e l'adesione a una forma complementare, va tenuto conto che nel primo caso si ha un incremento della quota di Tfr maturata nell'anno (tasso costituito dall'1,5% in misura fissa e dal 75% dell'aumento dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, accertato dall'Istat), mentre la seconda soluzione risente dell'andamento di mercato dei titoli a cui fanno riferimento i fondi e le polizze assicurative con finalità previdenziale, con gli eventuali vantaggi e rischi che ne seguono.

Un altro elemento da considerare è l'aspetto fiscale. Debutta infatti una nuova fiscalità per la tassazione delle prestazioni che però si applica esclusivamente agli importi maturati successivamente all'adesione. L'aspetto più innovativo è rappresentato dalle due agevolazioni introdotte: da un lato la deducibilità dei versamenti prevista entro il tetto massimo di 5.164,57 euro all'anno e non più nel limite del 12% del reddito complessivo; dall'altro un'aliquota sul rendimento annuo dell'11%, e sulla restante parte un'aliquota alla percezione della rendita del 15%, che si riduce dello 0,3% annuo per ogni anno di permanenza nello strumento previdenziale dopo il quindicesimo (fino al massimo al 9 per cento). Ciò porta inevitabilmente alla conside-



razione, per quanto i sistemi fiscali possano cambiare repentinamente, che coloro i quali possono accedere alla pensione in pochi anni non hanno alcun vantaggio nell'aderire alla previdenza complementare.

Inoltre se il periodo che ancora manca alla quiescenza è breve, le somme accumulate per la pensione integrativa saranno di importo ridotto. In particolare il lavoratore si vedrà la prestazione liquidata in forma retributiva o mista e non risulta conveniente contribuire a un fondo in quanto la nuova pensione supplementare avrebbe importi esigui per il limitato periodo nel quale possono essere accantonate le somme di base per la liquidazione.

Va altresì precisato che questo nuovo regime di tassazione non interessa né il Tfr, né le altre indennità e somme percepite in dipendenza della cessazione del rapporto di lavoro (ad esempio, le somme a titolo di indennità di preavviso o di incentivo all'esodo). Il Tfr, infatti, è tassato separatamente e si continuerà a tener presente l'articolo 19 del Testo unico delle imposte sui redditi (Tuir): verrà cioè calcolata l'aliquota media, ottenuta applicando le aliquote Irpef valide alla data di maturazione dell'indennità al reddito di riferimento. Questo, a sua volta, è determinato dividendo l'importo del Tfr maturato per il numero degli anni e frazione di anno preso a base di commisurazione del Tfr e moltiplicando il risultato per 12. Inoltre, soltanto per le somme maturate dopo il 1° gennaio del 2001, verrà ricalcolata l'imposta in base all'aliquota media di tassazione dei cinque anni precedenti a quello in cui è maturato il diritto alla percezione.

Tutti i fondi pensione sono forme di previdenza complementare che obbligatoriamente devono essere autorizzate e sottoposte alla vigilanza di un'Autorità pubblica, ossia la Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Covip).

Sono classificabili nelle seguenti tipologie:

- i fondi pensione chiusi o negoziali;
- i fondi istituiti o promossi dalle

Regioni;

- i fondi aperti che ricevono adesioni collettive;
- i fondi istituiti dalle casse previdenziali professionali privatizzate;
- i contratti di assicurazione sulla vita con finalità previdenziali;
- i fondi preesistenti, cioè quelli istituiti prima del novembre del 1992.

Ferma restando la libertà di ciascun lavoratore meritano un approfondimento i fondi pensione chiusi o negoziali. Essi prendono il nome dalla loro origine negoziale, in quanto derivano da contratti o accordi collettivi (anche aziendali). In questo caso è la natura della stessa forma pensionistica a individuare i soggetti che potrebbero essere interessati ad aderire al fondo, in quanto a fare da bussola è l'appartenenza ad un certo settore, azienda o gruppo di imprese o ancora ad un determinato territorio (Regione o Provincia autonoma).

Il fondo per svolgere la sua missione può fare affidamento su organismi autonomi. Innanzitutto un responsabile del fondo che in genere coincide con il direttore generale; inoltre gli organi di amministrazione e controllo - composto per metà dai rappresentanti dei lavoratori iscritti e per l'altra dai rappresentanti dei datori di lavoro - e l'assemblea in cui siedono i rappresentanti degli associati. Inoltre, per far parte degli organi di amministrazione e controllo e ricoprire l'incarico di responsabile del fondo, occorrono specifici requisiti di professionalità e onorabilità.

Tuttavia il fondo si avvale anche di professionisti esterni con specifiche competenze. Così ad esempio, la gestione delle risorse finanziarie è affidata a banche; le prestazioni in genere vengono erogate da una compagnia assicurativa e ancora le risorse del fondo sono depositate presso la banca depositaria.

Al momento della pensione l'aver aderito al fondo può garantire una rendita ed un capitale. Come già detto l'utilità di una pensione supplementare è di consentire al lavoratore di integrare, grazie ad ulterio-

ri prestazioni, la pensione di base corrisposta dall'Inpdap. Ma a partire da quando si può ottenere questa prestazione aggiuntiva? Quanti anni di anzianità d'iscrizione al fondo sono necessari?

E' presto detto con l'entrata in vigore della riforma della previdenza integrativa è possibile ottenere la pensione complementare dopo aver maturato i requisiti di accesso a quella obbligatoria e con almeno 5 anni di iscrizione ad una forma di previdenza complementare.

Al momento della pensione il lavoratore può scegliere tra due distinte possibilità e precisamente:

per intero in rendita, mediante l'erogazione della pensione complementare; Chi al momento del pensionamento sceglie di percepire una prestazione in forma di rendita, si vedrà erogare per tutta la durata della vita, una pensione complementare pagata periodicamente e proporzionale al capitale accumulato e all'età a quel momento raggiunta, determinata applicando al montante accumulato dei «coefficienti di conversione» che tengono conto dell'andamento demografico della popolazione italiana e sono differenziati per età e per sesso.

parte in capitale (fino al 50% della posizione maturata) e parte in rendita. Infatti il fondo pensione può anche erogare prestazioni in forma di capitale, secondo precise condizioni imposte dalla legge. Pertanto si potrà percepire metà del capitale accumulato, nel corso degli anni lavorativi, in un'unica soluzione e la restante metà sottoforma di assegno mensile. E ancora la normativa ammette di entrare in possesso di tutto il capitale accumulato nel caso in cui si verifichi una particolare condizione.

Al termine di questa breve esposizione si ritiene in ogni caso di consigliare a tutti, soprattutto ai più giovani della opportunità di riflettere su queste problematiche e di considerare inevitabile la necessità di affrontare in futuro anche nella pubblica amministrazione ciò che i lavoratori delle aziende private sono stati chiamati a decidere nei mesi scorsi.



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.
- ▼ 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

- "Counseling, comunicazione delle bad news, sviluppo della competenza relazionale nelle professioni socio sanitarie"**
8 e 9 febbraio 2008 Albergo San Raffaele

Costo: € 20 (compreso buffet)
Costo: € 60 (per i non iscritti)

- "L'infermiere case-manager per gestire in autonomia una unità operativa"**
8 marzo 2008 Teatro San Marco di Vicenza

Costo: GRATUITO
(per i primi 200 posti, per i soli iscritti)

- "Come ricercare le informazioni per una pratica basata sulle evidenze"**
22 aprile 2008 e 13 maggio 2008 Aula Informatica Centro di formazione Sanitaria ULSS 6 Vicenza

Costo: € 10
Costo: € 30 (per i non iscritti)

Dati partecipante

Cognome e nome

Codice Fiscale

Professione

Via con numero civico

CAP

Comune e provincia

Telefono/Cellulare

E-mail

Ordine, Collegio e Associazine di riferimento

Provincia o Regione di Ordine, Collegio e Associazione

Provincia in cui opera prevalentemente

Profilo lavorativo attuale

Dipendente del SSn Convenzionato del SSN
 Libero professionista in ambito sanitario Altro (specificare) _____

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 _____

