

che hanno il dovere di rispondere ad una continua crescita della professione. Invece, purtroppo, mi rendo conto che questo, da parte loro, non è assolutamente sentito. Questa mentalità purtroppo si è formata nel corso di anni di mansionario, un documento, tu me lo insegni, che ha fatto più danni che altro alla nostra professione. Oggi però è ancora pensiero comune che le responsabilità tra il medico e l'infermiere siano drasticamente separate, in modo netto ed inequivocabile, e che queste due professioni viaggino in modo separato, su piani paralleli che non si incontrano mai. Tu sai bene che non è così.

Fare formazione in questo modo, credimi, diventa un'impresa erculea perché significa cambiare un modo di pensare costruito su basi che hanno secoli di storia. Il problema però è che a me viene chiesto, in fondo, di insegnare a dei professionisti ad infilare spine e spingere pulsanti, di insegnar loro ad aspirare da una fiala un liquido dalle proprietà più o meno "anonime", cosa che avrebbero dovuto imparare durante il corso di laurea che, come dobbiamo ricordarlo ancora una volta, è "abilitante la professione infermieristica", di fare, insomma, il "garzone" (secondo il termine, ancora più "forte" di quello usato sopra) del medico. Tutto ciò, in fondo, con il consenso, più o meno velato, di chi ha la responsabilità (davvero una grande responsabilità!), di organizzare la formazione e di chi, con più o meno ironia, dipende dalle giornate, in fondo approva questo modo di pensare "perché, tanto, si è sempre fatto così".

(...)

Credimi, dobbiamo dispensare molte delle nostre energie per cercare di far fruttare al meglio il tempo di questi ragazzi da loro, e dal servizio, dedicato agli affiancamenti. Però, se gli obiettivi della formazione devono essere questi, penso che si possa evitare di affidare questo meraviglioso (lo penso davvero, credimi), quanto a volte persino estenuante, compito quasi esclusivamente a noi. In fondo non servono master od altri titoli accademici per insegnare ad utilizzare una macchina: basta prendere il manuale di istruzioni e leggerlo. Non credo essi servano neanche per insegnare ad aspirare una fiala di farmaco in una siringa ed iniettarlo nel braccio di un paziente (del resto la laurea impiega tre anni per giungere a questo tipo di "mansioni" e ripetersi sarebbe tedioso). La cosa più strana è che il giornale della Federazione dei Collegi e l'Organo ufficiale del Collegio di Bologna non fanno che pubblicare articoli sulla formazione (di primo e secondo livello, sui master, anch'essi di primo e secondo livello, e persino su "futuristici" dottorati di ricerca) e noi, nella nostra piccola realtà, possibile che non riusciamo ad adottare una mentalità che vada un po' al di là del semplice "assistenzialismo" (perdona que-

sto brutto termine) al medico?

Io penso che il collega che stiamo cercando di formare non abbia nessuna colpa di tutto questo. Se proprio vogliamo trovarne una, potremmo dire che non è abbastanza appassionato del proprio lavoro. Credo, invece, che la colpa sia nostra: i ragazzi che si affacciano a questa professione hanno bisogno di stimoli e di una formazione che li renda edotti del fatto che ormai la professione ha intrapreso un cammino completamente nuovo dal quale non si tornerà più indietro. Con l'avvento della formazione universitaria, infatti, all'infermiere sono richieste nuove e maggiori responsabilità; gli viene offerto però, al contempo, una maggiore autonomia, più preparazione scientifica, la possibilità di svolgere ricerca, soprattutto all'interno delle strutture universitarie che hanno il compito di produrre cultura e quindi di far progredire le professioni (tutte), e maggiore capacità decisionale, prima fortemente limitata dal documento mansionario. Il tutto, naturalmente, sempre nell'ambito di una collaborazione con tutte le professioni sanitarie (tutte, non solo quella medica). Tutto ciò però deve essere compreso a tutti i livelli della "scala gerarchica" riguardante la nostra professione e non può essere svilito dal semplice ricordo dei "bei tempi andati" in cui si lavorava utilizzando la fiala come unità di misura per dosare i farmaci. Questa fase è terminata. Purtroppo non lo è nella mentalità della maggior parte di noi infermieri (...).

Alla luce di tutto ciò, credimi, io davvero non so quale atteggiamento dovrò adottare durante un eventuale prossimo affiancamento di un collega "aspirante capo-turno". Se le cose dovessero continuare così penso che non varrà davvero la pena mettere in campo tante energie per giungere ad un risultato tutto sommato piuttosto mediocre. In tutta sincerità, infatti, penso di avere fallito con questo collega: non sono riuscito ad appassionarlo a questa "materia" ed a fargli prendere coscienza del fatto che solo se modificherà radicalmente il suo modo di pensare potrà aiutare tutta la professione a cambiare ed a crescere, come merita. Oltretutto ha sprecato molte ore di affiancamento: per insegnare ad accendere e a spegnere un monitor e ad infilare delle spine non è richiesto certamente tanto tempo come quello impiegato.

Questa presa di coscienza dovrà avvenire da parte di tutto il personale del nostro servizio ed a tutti i livelli, anche alla luce del fatto che esso ha promosso la formazione a caposaldo sul quale si legittima (...).

(...), sarebbe bello spiegare che, come diceva Goethe, "**ciò che non si comprende non lo si possiede**".

A presto, buon lavoro.

• ***"Il contributo della ricerca infermieristica nel trattamento di pazienti con Sarcoma primitivo dell'osso: 20 anni di esperienza nella Sezione di Chemioterapia degli Istituti Ortopedici Rizzoli"***

C. Beghelli, A. Biolchini, R. Boschi, C. Forni, L. Loro, T. Mazzei, C. Raspanti, A. Spataro, M. Tremosini, A. Triggiani*

**Servizio Assistenza Istituti Ortopedici Rizzoli - Bologna*

La decisione di parlare di "Ricerca infermieristica" nasce dalla convinzione che tale attività sia parte integrante del lavoro di ogni infermiere.

Le domande fondamentali da porsi sono: qual è il rapporto fra ricerca ed assistenza infermieristica? Fare ricerca aiuta a svolgere meglio le attività cliniche quotidiane? La ricerca può essere di aiuto al paziente? Oggigiorno, agli infermieri viene richiesto di offrire approcci creativi a problematiche sanitarie vecchie e nuove e di elaborare progetti nuovi e innovativi capaci di modificare in senso positivo le condizioni di salute delle persone. La ricerca offre una base di conoscenze, scientifiche e specialistiche, che consentono alla professione infermieristica di prevenire e soddisfare le sempre mutevoli richieste e di preservare l'importanza di un rilevante ruolo all'interno della società.

La categoria professionale degli infermieri si è profondamente impegnata a sviluppare un'entità unica e specifica del sapere, fondata scientificamente, da utilizzare nel fornire l'assistenza sanitaria ai pazienti. Tale entità, definita "corpus di conoscenze professionali", costituisce di fatto uno degli aspetti che caratterizzano una professione ed è essenziale per promuovere un senso di dedizione e di responsabilità verso i pazienti. L'attuale corpo di conoscenze scientifiche, che è unico e specifico del nursing, può essere ulteriormente ampliato attraverso la ricerca. Tale ampliamento, tuttavia, ha scarso significato per l'intera professione se rimane patrimonio specifico delle riviste specialistiche o della mente dei ricercatori. Esso deve essere parte integrante del repertorio di conoscenze dell'infermiere e deve essere utilizzato da quanti sono di-

rettamente impegnati nell'attività clinica. Si può dire che la ricerca unisce la formazione, la teoria e la pratica professionale. "L'utilizzo della ricerca, quindi, può essere considerato come l'attuazione sistematica nel campo dell'assistenza di un'innovazione, scientificamente fondata e basata sulla ricerca, accompagnata da un processo di valutazione dei risultati conseguiti a seguito del cambiamento" (Buckwalter, 1992). Attraverso gli sforzi compiuti per favorire l'utilizzo della ricerca, il sapere che da quest'ultima deriva si trasforma così in pratica clinica fondata sull'evidenza scientifica e su prove di efficacia clinica. Gli studi scientifici, infatti, promuovono la responsabilità, che costituisce l'elemento caratteristico di ogni professione e uno dei concetti fondamentali del Codice deontologico. Purtroppo, ancora oggi nel quotidiano, la ricerca viene vissuta come un'attività estranea, che appartiene ad altri e quindi scarsamente praticabile. Le motivazioni alla base di queste difficoltà sono molteplici come per esempio la mancanza di tempo, il non riconoscimento da parte di altre professioni dell'utilità della ricerca infermieristica, la non conoscenza della metodologia della ricerca e conseguente esiguità di bibliografia specifica, specialmente in Italia.

Ma affrontare le problematiche assistenziali quotidiane ponendosi domande e ricercando soluzioni ottimali per rispondere ai bisogni assistenziali dei pazienti che si assistono, richiede il metodo appropriato a seconda del problema oggetto d'indagine. La Ricerca infermieristica non è quindi solo una teoria ma un'esperienza in atto, che offre alla professione uno strumento formidabile per crescere in competenza e conoscenza verificabile e documentabile. Quello che può risultare maggiormente persuasivo riguardo tutto quanto sopra esposto, è solo il racconto di quanto tutto questo effettivamente cambi la realtà quotidiana. Di seguito viene illustrata un'esperienza professionale paradigmatica.

Nel reparto di Oncologia per il trattamento di sarcomi primitivi dell'osso che ricovera pazienti principalmente adolescenti provenienti da tutta Italia presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, lavorano 9 infermieri con anzianità media in quel reparto di 15-20 anni. Ogni giorno si devono affrontare problemi assistenziali legati agli effetti collaterali di chemioterapie ad alte dosi (nausea, vomito...), problemi alimentari, di infezioni, di precisione nella diluizione dei farmaci, di reinserimento sociale, ecc., oltre alla normale pianificazione assistenziale.

Il punto di forza è stata la presenza di un primario ricercatore che ha sempre svolto la funzione del maestro anche nell'approccio scientifico al lavoro assistenziale, sia ai medici sia agli infermieri. Lavorava utilizzando la ricerca per l'attività

clinica e spronava e insegnava a chiunque del suo *team* a fare lo stesso. Questo gruppo di infermieri è cresciuto vedendo il metodo in azione e ha cominciato a seguirne le modalità.

Uno dei primi quesiti affrontati riguardava il problema del reinserimento sociale di questi pazienti dopo oltre un anno di trattamento, a volte comprensivo di amputazione dell'arto colpito dal sarcoma.

Si potevano già attuare interventi utili durante l'anno di trattamento? Era questo il quesito posto dal gruppo infermieristico. Nel 1997 organizzarono così uno studio sulla qualità della vita nei pazienti sopravvissuti da almeno 5 anni e quindi trattati tra il 1984 e il 1994. Fu stilato un questionario utilizzando la letteratura esistente e inviato a 622 pazienti sopravvissuti. 322 risposero (55%) e, fra le tante informazioni utili raccolte, si evidenziò che il 32% dei pazienti in età scolare aveva perduto un anno scolastico a causa del trattamento e il 24,4% addirittura due anni. Da qui l'idea di creare un servizio scolastico (era presente solo la scuola elementare) e, dopo diversi contatti, nel 1997 stesso, nasceva la prima esperienza in Europa di scuola secondaria superiore in ambito ospedaliero.

Dapprima solo per le materie fondamentali, ora si seguono i programmi di qualsiasi indirizzo; la scuola è riconosciuta dal Ministero della Pubblica Istruzione e ogni giorno di degenza è riconosciuto come giorno di frequenza scolastica. Dal 2000 altri ospedali italiani hanno creato questo servizio. La nascita della scuola e quindi le mattine trascorse in ospedale a fare lezione e compiti in classe, ha portato a una netta diminuzione degli effetti collaterali. A conseguenza di tale rilevazione empirica, gli infermieri cominciarono a monitorare in particolare l'incidenza di nausea e vomito che risultò al di sotto della media: il 61% aveva una protezione totale dal vomito ma si pensò che si poteva ancora migliorare. Venne progettato un *trial* randomizzato e controllato in doppio cieco con il servizio di farmacia per comparare l'efficacia di tre diversi farmaci antiemetici (risultati poi equivalenti) e, a seguito di questo studio, si poté ipotizzare che una diversa modalità di somministrazione potesse aiutare questi giovani pazienti. Si implementò un ulteriore studio prospettico confrontando la nuova modalità infusiva. I dati dimostrarono un miglioramento della protezione totale dal vomito dal 61% all'80% (P = 0,0001). Entrambi i lavori sono stati pubblicati su riviste indicizzate internazionali (*Supportive Care in Cancer e Cancer Nursing*). Il primo studio ha consentito un notevole risparmio economico per l'ente e il secondo un bel servizio di qualità per i pazienti. Nel 2002 si è poi condotto uno studio sull'emesi ritardata. Un altro problema critico era la gestio-

ne dei Cateteri Venosi Centrali (CVC), in particolare il controllo delle infezioni e dei malfunzionamenti. Veniva tenuta una puntuale raccolta dati sempre ad opera degli infermieri e, quando fu introdotto un catetere nuovo, si decise di verificare scientificamente se vi erano reali vantaggi. Questo nuovo studio dimostrò la maggior sicurezza e rapporto costo/beneficio del "vecchio" presidio, ma si evidenziò anche un problema all'epoca sottostimato: nel 13,4% dei pazienti a casa il CVC non veniva usato costringendoli a fastidiose e continue venipunture. Da questo studio nacque il progetto di istruzione di un parente sulla gestione domiciliare con predisposizione di un libretto informativo, una videocassetta e un manichino per le lezioni pratiche. Il progetto fu premiato e finanziato dall'Agenzia Sanitaria Regionale e da quando c'è un familiare informato e formato, l'incidenza delle infezioni da CVC è passata dall'11,5% al 7,6%; i malfunzionamenti dal 38,4% al 23%, mentre solo l'1,6% non utilizza il CVC a casa. Durante questi anni si è condotto anche uno studio di validazione di test diagnostico per la diagnosi precoce da infezione da CVC. Tale esame, avendo un valore predittivo negativo del 94,9%, ha permesso di salvare alcuni cateteri da una rimozione ingiustificata.

Ancora più antica (1993) è la nascita dello studio sulla qualità percepita dall'utente, tutt'ora in corso.

Tramite un questionario validato di 4 pagine, vengono chiesti ai pazienti, al termine dei 10 mesi di trattamento, giudizi e consigli sui vari aspetti assistenziali a strutturali. Da questa preziosa fonte informativa è nato nel 1995 il progetto "Ospedale a Colori" che ha visto gli studenti dell'Accademia delle Belle Arti di Bologna dipingere tutto il reparto; la nascita del laboratorio informatico con lezioni di computer e 4 PC collegati in rete per i pazienti; la sala giochi, le tende alle finestre... Anche tutta la modalità informativa all'accoglienza di un nuovo paziente è nata dalle richieste dei pazienti: libretti illustrativi, schede informative, il *sito web* infermieristico e i relativi indicatori di verifica. Altra "nascita" importante: la cucina parenti. Quest'ultima ha rivoluzionato tutta la pianificazione in corso rispetto ai problemi nutrizionali. Durante *meeting* internazionali su questi tipo di pazienti, sembrava incredibile l'assenza di questo centro di sospensioni o riduzioni di trattamenti dovuti a cachessia. Si è dovuto condurre uno studio osservazionale retrospettivo nel 2000-2001, poi ripetuto nel 2004-2005, per dimostrare come il 60,8% di questi pazienti al termine del trattamento è addirittura aumentato di peso a fronte di un 33,3% che diminuiva in modo non significativo.

Anche sul fronte professionale si è provveduto ad utilizzare la ricerca infermieristica

come strumento conoscitivo e migliorativo di *performance*. Come esempio paradigmatico si riporta lo studio sull'incidenza degli errori di diluizione e somministrazione dei farmaci e, utilizzando il metodo proattivo di gestione del rischio FMECA, si sono trasformati i dati raccolti in indicatori fondamentali per la sicurezza di questi giovani pazienti.

Questa è in estrema sintesi l'esperienza degli ultimi 15 anni di un gruppetto di infermieri di un reparto che hanno cambiato il loro modo di lavorare e migliorato la qualità assistenziale dei loro pazienti utilizzando la ricerca come metodo d'indagine e di verifica di ipotesi. Da 3 anni il Servizio Assistenza dell'ospedale ha organizzato un gruppo multiprofessionale per la ricerca e ne ha affidato la responsabilità al coordinatore di quel reparto. Da gennaio 2006 l'ha distaccato a tempo pieno per diffondere fra tutti gli infermieri e i tecnici dell'Istituto Ortopedico Rizzoli questa cultura di ricerca.

Sono in corso stabilmente momenti formativi sulla metodologia e il gruppo funge da facilitatore per i colleghi dei reparti dove man mano nascono problemi e quesiti. La partecipazione del responsabile di questa Unità di Ricerca al Comitato Etico garantisce anche l'informazione e la tutela del personale dell'assistenza coinvolto nelle sperimentazioni mediche, aiutando ad una maggiore consapevolezza e cultura scientifica. Il gruppo ha inoltre condotto dapprima uno studio pilota e ora uno studio di coorte sull'incidenza dei decubiti da gesso agli arti inferiori in una coorte ortopedica e una oncologico-ortopedica verificando anche la possibile identificazione di fattori prognostici. Dalla ricerca, durata un anno e mezzo e conclusasi un mese fa su 225 pazienti, sono emersi numerosi dati significativi. Sono in corso incontri informativi a tutto il personale sui risultati conseguiti per identificare azioni preventive. Durante queste attività un gruppo di fisioterapisti ha chiesto supporto per studiare il problema del linfodrenaggio nei pazienti con sarcoma dell'osso (mancano dati in letteratura) e un gruppo di infermieri che si interessano ai problemi legati alle lesioni da pressione ha chiesto consulenza per svolgere uno studio di prevalenza sul fenomeno nell'ospedale.

Per tutte queste esperienze vissute si può validare l'affermazione fatta in premessa che parlare di ricerca infermieristica non significa parlare di teorie o virtuosismi ma di un metodo formidabile che anche la nostra professione può e deve utilizzare per essere sempre più protagonisti di un'assistenza aggiornata e di qualità, sia per il professionista che per il paziente.

• ***“La somministrazione frazionata della terapia antiemetica nella prevenzione dell'emesi acuta in pazienti trattati con infusione continua di Cisplatino - Doxorubicina e alte dosi di Ifosfamida in 48, 24 e 120 ore***

C. Beghelli, A. Biolchini, C. Forni, L. Loro, T. Mazzei, C. Raspanti, P. Simoni, L. Spedicato, M. Tremosini, A. Triggiani*

**** Infermieri Servizio di Chemioterapia, Servizio Assistenza Istituti Ortopedici Rizzoli - Bologna***

INTRODUZIONE

L'efficacia antiemetica dei recettori antagonisti 5HT₃ associati al Desametazone è stata ampiamente studiata nei regimi chemioterapici laddove l'agente antineoplastico era somministrato in infusioni brevi. Scarse informazioni sono disponibili rispetto all'approccio ottimale nella prevenzione dell'emesi nei pazienti che ricevono infusioni continue di chemioterapia che utilizzano Doxorubicina (ADM), Cisplatino (CDP) e Ifosfamida (IFO) nel trattamento dell'osteosarcoma ad alto grado.

La prevenzione e gestione degli effetti collaterali da infusione di chemioterapici vede il personale infermieristico in una posizione chiave grazie alla loro vicinanza e capacità di osservazione dei pazienti affidati alla loro responsabilità assistenziale.

In un lavoro precedente¹ gli autori hanno valutato l'efficacia antiemetica di tre diversi farmaci (Granisetron, Tropisetron, Ondasentron) associati a Desametazone e somministrati una volta al giorno nella prevenzione del vomito nei pazienti con osteosarcoma trattati con cicli alternati di CDP/ADM e alte dosi di Ifosfamida somministrati in infusione continua di 48, 24 e 120 ore. La protezione completa dall'emesi fu osservata nel 59% dei 717 giorni di trattamento senza differenze significative fra i tre farmaci antiemetici.

Poiché la protezione fu considerata inadeguata, è stato iniziato un nuovo studio al fine di valutare l'efficacia di una doppia dose di farmaco antiemetico. I pazienti ricevevano un trattamento antiemetico con Tropisetron 5 mg e Desametazone 8 mg somministrati ogni 12 ore.

PAZIENTI E METODI

Si sono studiati pazienti con osteosarcoma

non metastatico delle estremità, di età inferiore ai 45 anni e non trattati precedentemente con chemioterapici. Nessun paziente in studio aveva una storia di abuso di alcool. L'attività antiemetica è stata valutata soltanto nei primi due cicli di trattamento preoperatorio.

Il primo ciclo di chemioterapia consisteva in Cisplatino (12 mg/m² in infusione continua di 48 ore) seguito da Doxorubicina (75 mg/m² in infusione di 24 ore). Tre settimane dopo, il paziente riceveva un secondo ciclo di trattamento con alte dosi di IFO (15gr/m²) somministrato in 120 ore di infusione continua. Una dose equivalente alla dose di MESNA fu somministrato come uro-protezione. Tutti i cicli di chemioterapia iniziavano alle ore 8.00 di mattina e la protezione antiemetica iniziava 30 minuti prima. I pazienti ricevevano Tropisetron 5 mg endovena insieme al Desametazone 8 mg sempre endovena ogni 12 ore per tutti i giorni di trattamento chemioterapico. Prima del ciclo di IFO non venivano somministrati farmaci per l'emesi anticipata e durante la chemioterapia nessun paziente riceveva trattamenti con Benzodiazepine. A tutti i pazienti veniva raccolta un'accurata anamnesi e sottoposti a visita medica e a esami di laboratorio secondo protocollo.

L'infermiere in turno documentava e graduava ogni episodio di vomito in una scheda di raccolta dati specifica posta nella cartella infermieristica. La risposta al trattamento antiemetico era graduata come:

- a) risposta completa (nessun conato e/o episodio di vomito) o
- b) risposta parziale (da 1 a 4 episodi di vomito nelle 24 ore) o
- c) fallimento (5 o più episodi di vomito nelle 24 ore).

Un singolo episodio di vomito, definito come l'espulsione del contenuto gastrico, era considerato equivalente a un episodio di conato definito con un improduttivo e involontario tentativo di vomito. Episodi di conato o vomito che si verificavano entro 5 minuti venivano considerati come un unico episodio. L'efficacia antiemetica veniva valutata e registrata tre volte al giorno: dalle ore 8 alle 16, dalle 16 alle 24 e dalle 24 alle 8 della mattina seguente.

I pazienti venivano seguiti dall'inizio del trattamento fino a 2 ore dopo il suo termine, quando venivano dimessi dal reparto. Al momento della dimissione tutte le informazioni venivano raccolte in cartella infermieristica che era utilizzata quindi come fonte di documentazione. La variabile primaria per la valutazione dell'efficacia del trattamento antiemetico per giorno di chemioterapia, era la risposta completa. Ogni effetto collaterale e qualsiasi terapia di salvataggio, compresa la loro possibile correlazione al trattamento antiemetico (correlato, probabilmente correlato, non correlato) veniva sempre registrato nella cartella infermieristica. In caso di vomito incoercibile non era stato codificato un unico trattamento standard. Tali episodi

venivano gestiti su base individuale, rispetto a specifica indicazione medica, tenendo conto in particolare dell'età del paziente.

Tab 1

Caratteristiche demografiche dei pazienti

Sesso	
Maschi	19 (59,4%)
Femmine	13 (40,6%)
Età media	22,6 (range 9-45)

RISULTATI

32 pazienti consecutivi (19 maschi e 13 femmine) sono entrati nello studio fra gennaio 1999 e febbraio 2000 (Tab. 1). L'età media era di 22,6 anni (range 9-45). Non ci furono casi di riduzione della dose di chemioterapici durante i due cicli considerati al fine della valutazione del trattamento antiemetico.

L'analisi comprese 256 giorni di trattamento:

96 giorni di ciclo di CDP/ADM e 160 giorni di ciclo ad alte dosi di IFO (HDIFO).

La percentuale di protezione completa fu dell'80% mentre nel 16% dei giorni fu solo parziale. Nel rimanente 4% dei giorni il trattamento antiemetico fu considerato come fallimento (Tab. 2).

Tab 2

Efficacia antiemetica rispetto ai giorni di trattamento

Efficacia	Valori (%)
Numero giorni valutati	256
Controllo completo	205/256 (80,1)
Controllo parziale	41/256 (16)
Fallimento	10/256 (3,9)

Come illustrato nella Tab. 3, la percentuale di protezione completa fu quasi la stessa nei 2 cicli di chemioterapia (81,2% per il CDP/ADM vs 79,3% per HDIFO). In entrambi i cicli di chemioterapia la percentuale di protezione completa non fu uniforme, infatti l'efficacia diminuiva col progredire dei giorni. Nel ciclo di CDP/ADM, la protezione completa passava da un 100% durante il 1° giorno al 66% nel secondo, fino al 62% durante il terzo ($P < 0,004$); mentre durante le HDIFO la protezione completa era del 100% il primo giorno, 84% il secondo, 78% il terzo, 71% il quarto e il 63% l'ultimo giorno ($P < 0,002$).

Non ci furono differenze nella percentuale di protezione completa fra i 2 cicli di chemioterapia rispetto all'ora del giorno. La percentuale di protezione completa alla mattina e primo pomeriggio (8-16), al pomeriggio e sera (16-24) e durante la notte fu rispettivamente dell'89%, 94% e 91% durante il ciclo di CDP/ADM e 93%, 91% e 88% durante il ciclo di HDIFO (P non significativa).

Una verifica delle cartelle infermieristiche evidenziò che 8 pazienti (25%) ebbero una protezione completa in tutti i giorni di

trattamento mentre nessun paziente sperimentò un fallimento durante tutti giorni di terapia. La cefalea, che si verificò in 14 (4,9%) dei 256 giorni di trattamento, fu l'unico sintomo collaterale correlato alla terapia antiemetica.

Tab 3

Controllo completo dell'emesi rispetto al ciclo di chemioterapia

Ciclo di CDP/ADM	81,2% (78/96 giorni)
Ciclo di HDIFO	79,3% (127/160 giorni)

$P =$ non significativa

DISCUSSIONE

L'efficacia antiemetica dei recettori antagonisti 5HT₃ in associazione al Desametazone per i pazienti in trattamento chemioterapico per breve infusione è stato ben documentato²⁻³ e studi comparativi hanno dimostrato che il Granisetron, Tropisetron e Ondasetron hanno un'efficacia sovrapponibile⁴⁻⁵. Poco si conosce circa l'efficacia della stessa combinazione antiemetica nei pazienti che ricevono un regime di chemioterapia somministrato in infusione continua per diverse ore. Infatti poche informazioni sono disponibili rispetto alla verifica se un aumento di dose degli antiemetici, durante le 24 ore, può migliorare la percentuale di protezione completa da vomito in pazienti trattati con chemioterapici altamente emetizzanti⁶⁻⁸.

In uno studio precedente¹ fu valutata l'efficacia antiemetica del Granisetron, Tropisetron e Ondasetron più Desametazone, su un gruppo omogeneo di pazienti con osteosarcoma trattati con CDP/ADM e HDIFO somministrati per infusione continua di 48, 24 e 120 ore rispettivamente. La protezione completa dell'emesi fu osservata durante il 59% dei 717 giorni di trattamento e fu uguale nei 3 diversi tipi di antiemetico valutati.

Questo studio ha verificato l'efficacia antiemetica di una combinazione di Tropisetron 5mg e Desametazone 8mg allo stesso dosaggio utilizzato nello studio precedente ma somministrato ogni 12 ore anziché 24. Con tale regime antiemetico ci fu un significativo aumento della protezione completa dall'emesi durante i giorni di trattamento. Questo aumento fu osservato in entrambi i cicli di chemioterapia, ma fu più evidente durante il ciclo di CDP/ADM rispetto a quello di HDIFO. Questi risultati sembrano indicare che in un trattamento antineoplastico fatto per infusione prolungata una dose più frequente di farmaco antiemetico sia necessaria per raggiungere una accettabile attività antiemetica. Poiché in letteratura è dimostrato che un incremento della dose di Desametazone⁹ non migliora l'efficacia antiemetica, il risultato raggiunto in questo studio è probabilmente dovuto all'aumento della dose di Tropisetron. Gli autori non possono escludere la possibilità che tale effetto sia raggiungibile

con una singola dose somministrata per infusione continua rispetto a 2 boli. Solo uno studio randomizzato con pazienti divisi in 2 braccia riceventi o 2 boli (dose doppia) o una singola dose in infusione continua fornirebbe una risposta definitiva. Questa ultima possibilità ridurrebbe i costi della terapia antiemetica ma tale metodica renderebbe necessaria la presenza di un catetere venoso centrale bilume (non necessario in questa tipologia di trattamento) che è più costoso e più a rischio di pericolose infezioni.

È inoltre importante sottolineare che i dati di questo studio non avevano *bias* di alterazioni di funzionalità renale poiché i livelli di elettroliti venivano monitorizzati frequentemente durante tutto il trattamento a causa della nefrotossicità dell'IFO e del CDP.

Inoltre, la possibilità di sensibilizzazione era molto bassa poiché i pazienti venivano valutati durante i loro primi 2 cicli di chemioterapia. Nonostante ciò, gli autori non possono concludere che i dati, rispetto al ciclo di HDIFO non siano influenzati dalla precedente esperienza di CDP/ADM.

Un altro aspetto interessante è il fatto che l'efficacia antiemetica non risultò uniforme durante i giorni di trattamento, ma diminuì progressivamente dal primo all'ultimo giorno di trattamento. Questo potrebbe indicare che l'intensità del regime antiemetico andrebbe modulata rispetto al giorno di trattamento aumentando progressivamente il dosaggio durante il ciclo. Questa diminuzione di efficacia può avere spiegazioni di tipo biochimico che dovrebbero essere studiate da esperti.

Gli autori comunque ritengono che l'ospedalizzazione protratta può giocare un ruolo psicologico rispetto all'occorrenza di nausea e vomito e la comparsa dell'effetto anche dell'emesi ritardata, in associazione all'emesi acuta, può giustificare i risultati illustrati. Il passo successivo riguarderà quindi lo studio dell'incidenza dell'emesi ritardata in questi giovani pazienti, altro argomento piuttosto trascurato dalla letteratura corrente.



BIBLIOGRAFIA

1. Forni C, Ferrari S, Loro L et al. *Granisetron, Tropisetron, and Ondansetron in the prevention of acute emesis induced by a combination of Cisplatin-Adriamycin and by high-dose ifosfamide delivered in multiple-day continuous infusions*. Support Care Cancer. 2000; 8:131-133
2. Kleisbauer JP, Garcia-Giron C, Antimi M et al. *Granisetron plus methylprednisolone for the control of high-dose Cisplatin-induced emesis*. Anticancer Drugs. 1998; 9:387-392
3. Tsavaris N, Kosmas CH, Vadiaka M et al. *Efficacy of Ondansetron treatment for acute emesis with different dosing schedule 8 vs 32 mg: a randomized study*. J Exp Clin Cancer Res. 2001; 20:29-34
4. Morrow GR, Hickok JT, Rosenthal SN. *Progress in reducing nausea and emesis*. Cancer. 1995; 76:343-357
5. Chua DT, Sham JS, Kwong DL et al. *Compa-*

ative efficacy of three 5-HT3 antagonists (Granisetron, Ondansetron, and Tropisetron) plus Dexamethasone for the prevention of Cisplatin-induced acute emesis: a randomized crossover study. *Am J Clin Oncol.* 2000; 23:185-191

6. Audhuy B, Cappelaere P, Martin M et al. A double-blind randomized comparison of the antiemetic efficacy of two intravenous doses of Dolasetron mesilate and Granisetron in patients receiving high-dose Cisplatin chemotherapy. *Eur J Cancer.* 1996; 32A:807-813
7. Yeilding A, Bertoli L, Eisenberg P et al. Antiemetic efficacy of two different single intravenous doses of Dolasetron in patients receiving high-dose Cisplatin-containing chemotherapy. *Am J Clin. Oncol.* 1996; 19:619-623
8. Chevaller B, Cappelaere P, Splinter T et al. A double-blind multicentre comparison of intravenous Dolasetron mesilate and Metoclopramide in the prevention of nausea and vomiting in cancer patients receiving high-dose Cisplatin chemotherapy. *Support care Cancer.* 1997; 5:22-30
9. Ioannidis PA, Hesketh PJ, Lau J. Contribution of Dexamethasone to control of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a meta-analysis of randomized evidence. *J Clin Oncol.* 2000; 18:3409-3422.

• **Legge 1° febbraio 2006 n. 43**
“Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie e delega al Governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali” - Manifestazione 12 ottobre 2006 - Roma

La grande manifestazione svoltasi a Roma il 12 ottobre 2006 ha visto protagonisti anche noi in rappresentanza dei nostri 6.800 iscritti all’Albo di Bologna.

Abbiamo partecipato in 41 ed abbiamo dato il nostro contributo alle oltre 7.000 presenze di infermieri riuniti in quel fantastico scenario che è la via dei Fori Imperiali.

Grande fatica ma grande soddisfazione. Siamo andati a Roma per sostenere i nostri diritti di professionisti che esercitano una professione intellettuale fondata su competenze e responsabilità per (e nel) prenderci cura della salute delle persone.

La nostra Presidente nazionale, sempre presente nel palco dei relatori, ha tracciato con intense parole ricche di significato

professionale ed umano, chi siamo e come le istituzioni e la società devono riconoscere il ruolo svolto per il bene dei cittadini. La fase attuativa dei contenuti della Legge n. 43 del 2006 è ancora *in itinere*, appena saranno emanati i decreti previsti nella legge stessa ne daremo notizia sia sul nostro sito che sul televideo.

A tutti noi è sempre richiesto di tenere alto il nostro profilo professionale inteso non solo come norma, ma anche nell’esercizio quotidiano della professione, agendo costantemente nell’ottica del Codice deontologico, quindi nel massimo rispetto delle persone che incontriamo ed alle quali dedichiamo il nostro essere professionisti della salute.

Cleopatra Ferri

• **“Cassa di Previdenza e libera professione”***

R. Longo **

*** I contenuti integrati con altre fonti bibliografiche, sono tratti dalle Relazioni di Mario Schiavon e Giovanni Valerio, “Cassa di previdenza e libera professione” - Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Seminari Residenziali 2006 - “La questione ordinistica: il ruolo della rappresentanza professionale e l’evoluzione della normativa” - Abano Terme, 29-30 settembre e 2-3 ottobre 2006.**

****Direzione Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo - Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna**

PREMESSA

L’infermiere svolge una professione al servizio della salute e della vita e perciò, è chiamato non solo ad assicurare una qualificata assistenza infermieristica, ma anche a dare risposte professionali sempre nuove per favorire con la collaborazione di tutto il personale sanitario, il progresso della salute nel paese. La scelta della libera professione, rappresenta un’alternativa al lavoro dipendente sicuramente più valida rispetto al passato, traendo nuove opportunità da un mercato che registra una costante e forte crescita della domanda.

È con particolare riguardo all’esercizio autonomo della professione che di seguito si espongono i principali ed essenziali adempimenti e riconoscimenti dettati da una disciplina normativa estremamente attenta, all’esercizio di attività d’interesse collettivo e di pubblica necessità.

Giova forse ricordare che per **lavoro autonomo** si intende il rapporto disciplinato ai sensi dell’art. 2222 c.c., per effetto del quale una persona si obbliga, ottenendone un corrispettivo, a compiere a favore altrui un’opera od un servizio con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione.

La definizione vale a distinguere la presta-

zione lavorativa in oggetto sia da quella resa in regime di lavoro dipendente, a cui è fra l’altro proprio il vincolo della subordinazione, sia da quella dell’imprenditore. La natura delle prestazioni sanitarie comporta l’assoggettamento delle stesse alla disciplina delle professioni intellettuali (artt. 2229 e seguenti del c.c.), per le quali è condizione necessaria l’iscrizione in appositi albi.

La prescrizione (iscrizione all’albo), è volta a tutelare nell’interesse generale il decoro, la dignità e soprattutto il corretto esercizio della professione a fronte fra l’altro di incompetenze e comportamenti deontologicamente censurabili.

La professione intellettuale, soprattutto, pone in rilievo l’essenzialità di un’esecuzione personale della prestazione da parte del professionista e ciò per il rapporto di fiducia che viene ad instaurarsi per effetto della scelta del suddetto da parte del cliente.

LA LIBERA ATTIVITÀ

L’articolo 38 della Costituzione italiana, recita: *“I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria”.*

La Cassa Nazionale di Previdenza IPASVI (ora Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica, ENPAPD), ha iniziato la propria attività a seguito dell’emanazione del decreto interministeriale del 24 marzo 1998 con il quale sono stati approvati lo Statuto e il Regolamento della Cassa stessa. L’emanazione del decreto interministeriale concludeva un *iter* iniziato con la pubblicazione della legge 8 agosto 1995, n. 335 **“Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare”** (art. 2, comma 25) e il conseguente Dlgs. 10 febbraio 1996 n. 103 **“Attuazione della delega conferita dall’art. 2, comma 25, della legge 8 settembre 1995 n. 335 in materia di tutela previdenziale obbligatoria dei soggetti che svolgono attività autonoma di libera professione”.**

In quella fase le opzioni per la professione infermieristica erano due:

- a) costituire una propria Cassa di Previdenza per liberi professionisti;
- b) lasciare che i liberi professionisti aderissero alla gestione separata INPS, aperta a tutti i professionisti privi di un Ente previdenziale.

La Federazione Nazionale ritenne che una Cassa di Previdenza autonoma potesse, oltre che assolvere le funzioni tipiche, orientare l’erogazione delle prestazioni alle specificità, sia demografiche che sociali, del gruppo professionale. Non residuale fu la considerazione che l’istituzione di una Cassa di Previdenza potesse costituire elemento rafforzante il processo di crescita, di autonomia, di responsabilizzazione in atto nella professione.

Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale IPASVI, che promosse e curò gli atti che consentirono la costituzione della Cassa, provvide a nominare un organo di gestione transitoria cui toccò l'onere di informare i professionisti potenzialmente iscrivibili e di attivare tutte le procedure necessarie all'iscrizione.

Nel primo semestre del 2000 si sono insediati gli organi previsti dalla normativa ed è iniziata l'attività "a regime".

ORGANI ISTITUZIONALI E AMMINISTRATIVI

La Cassa di Previdenza ENPAPI si articola in due strutture: una istituzionale, rappresentata dagli Organi eletti, l'altra amministrativa composta dalla direzione e dai dipendenti dell'Ente.

- **Il Consiglio di Indirizzo Generale**, è composto da un numero di membri elettivi corrispondente al rapporto di uno ogni mille iscritti all'Ente; esso dura in carica quattro anni ed i componenti sono eleggibili per non più di due mandati consecutivi.
- **Il Consiglio di Amministrazione**, è composto da sette membri eletti dall'Assemblea dei Delegati e dura in carica quattro anni, e ciascun membro può essere eletto per non più di due mandati consecutivi.
- **Il Presidente**, viene eletto dal Consiglio di Amministrazione nella sua prima riunione e deve essere scelto nella persona di uno dei propri membri; esso dura in carica quattro anni e può essere confermato nell'incarico per non più di due volte consecutive.
- **Il Collegio dei Sindaci**, è costituito da cinque membri effettivi e quattro supplenti nominati dal Consiglio di Indirizzo Generale.

EVOLUZIONE DEL SISTEMA PREVIDENZIALE ITALIANO

- 1920 nascita dell'assicurazione generale obbligatoria
- 1968 **passaggio al sistema retributivo basato sulle ultime retribuzioni**
- 1969 introduzione della pensione di anzianità
- 1992 **riforma Amato (Dlgs. 30 dicembre 1992, n. 503)**
- 1993 **disciplina delle forme pensionistiche complementari**
- 1995 **riforma Dini (Legge 8 agosto 1995, n. 335)**
- 2004 decontribuzione
 - trattamento di Fine Rapporto (TFR);
 - liberalizzazione dell'età pensionabile;
 - incentivi;
 - totalizzazione.

ASPETTI RILEVANTI DELLA RIFORMA AMATO

- innalzamento dell'età pensionabile (65 anni per gli uomini, 60 anni per le donne);

- aumento graduale del requisito contributivo minimo per il riconoscimento della pensione di vecchiaia (20 anni);
- **sistema retributivo basato sulle retribuzioni dell'intera vita lavorativa (neo assunti dal 1° gennaio 1993);**
- superamento delle "pensioni baby";
- predisposizione di una disciplina organica della previdenza complementare.

SISTEMA RETRIBUTIVO - elementi di calcolo della pensione (P)

- **LA RETRIBUZIONE PENSIONABILE (RP)**, data dalla media annua rivalutata riferita ad un periodo di lunghezza variabile a seconda dell'anzianità contributiva.
- **L'ANZIANITÀ CONTRIBUTIVA (AC)**, data dal numero degli anni o mesi o settimane di contribuzione utile versata o accreditata.
- **L'ALiquOTA DI RENDIMENTO (A)**, intesa come percentuale di commisurazione della pensione alla retribuzione pensionabile.

$$P = RP \times (A \times AC)$$

RIFORMA AMATO - COMMISURAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA

RETRIBUZIONE PENSIONABILE
Lavoratori neo-assunti dal 1° gennaio 1993 ➤ Intera vita lavorativa
Lavoratori con anzianità contributiva al di sotto dei 15 anni al 31 dicembre 1992 ➤ Soluzione pro-rata
Lavoratori con anzianità contributiva pari o superiore ai 15 anni al 31 dicembre 1992 ➤ Riferimento decennale

ASPETTI RILEVANTI DELLA RIFORMA DINI

- flessibilità dell'età pensionabile (tra i 57 ed i 65 anni),
- graduale abolizione delle pensioni di anzianità,
- introduzione del sistema contributivo,
- istituzione presso l'INPS della cosiddetta "gestione separata",
- **conferimento della delega al governo ad emanare norme volte ad assicurare dal 1° gennaio 1996 la tutela previdenziale per i liberi professionisti iscritti in appositi albi o elenchi.**

SISTEMA CONTRIBUTIVO - elementi di calcolo della pensione:

- **MONTANTE CONTRIBUTIVO (MC)**, dato dall'ammontare dei contributi versati rivalutati annualmente al tasso di capitalizzazione correlato alla variazione media quinquennale del PIL nominale.
- **COEFFICIENTE DI TRASFORMAZIONE (CT)**, relativo all'età dell'assicurato al momento del pensionamento.

$$P = MC \times CT$$

RIFORMA DINI

sono interessati al sistema contributivo:

OBBLIGATI AL SISTEMA CONTRIBUTIVO
➤ neo assunti dal 1° gennaio 1996
➤ i lavoratori con meno di 18 anni di contribuzione al 31 dicembre 1995
FACOLTÀ DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA CONTRIBUTIVO
➤ lavoratori con una anzianità di almeno 15 anni di cui almeno 5 prestati nel sistema contributivo

SISTEMA MISTO - elementi di calcolo della pensione:

- Per i lavoratori che al 31 dicembre 1995 hanno un'anzianità contributiva inferiore a 18 anni criterio pro-rata:
 1. una quota calcolata con il sistema retributivo determinata sulla base dell'anzianità maturata al 31 dicembre 1995;
 2. una quota calcolata con il sistema contributivo riferita al servizio prestato dal 1° gennaio 1996.

FINANZIAMENTO DEL SISTEMA PREVIDENZIALE

- **A RIPARTIZIONE**, dove gli oneri annui, relativi all'erogazione delle prestazioni previdenziali, vengono coperti mediante l'utilizzo dei contributi versati da coloro che si trovano in attività lavorativa (il cosiddetto "PATTO INTERGENERAZIONALE").
- **A CAPITALIZZAZIONE**, dove gli oneri relativi all'erogazione delle prestazioni previdenziali vengono coperti mediante la gestione finanziaria dei contributi versati in appositi fondi.

I DUE PILASTRI DELLA PREVIDENZA

- A. *Previdenza obbligatoria*
- B. *Previdenza complementare*

A. PREVIDENZA OBBLIGATORIA

- *Pubblica*
- *Privata*

PREVIDENZA OBBLIGATORIA PUBBLICA

- 1) **INPS**
 - fondo pensioni lavoratori dipendenti;
 - lavoratori domestici;
 - lavoratori autonomi;
 - lavoratori parasubordinati;
 - dirigenti di aziende industriali;
 - fondi speciali;
 - pensioni internazionali.

2) **ALTRI ENTI**

- INPDAP
- ENPALS
- (INAIL)

PREVIDENZA OBBLIGATORIA - PREVIDENZA PRIVATA

1. **ENTI EX DLGS. N. 509/94**
 - Cassa Nazionale del Notariato
 - Cassa Italiana di Previdenza ed Assistenza dei Geometri Liberi Professionisti
 - Cassa Nazionale Previdenza e Assistenza Forense

- Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a Favore dei Dottori Commercialisti
- Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza per gli Ingegneri ed Architetti Liberi Professionisti (INARCASSA)
- Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza a Favore dei Ragionieri e Periti Commerciali
- Ente Nazionale di Assistenza degli Agenti e Rappresentanti di Commercio (ENASARCO)
- Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per i Consulenti del Lavoro (ENPACL)
- Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Farmacisti (ENPAF)
- Ente Nazionale di Previdenza per gli Addetti e per gli Impiegati in Agricoltura (ENPAIA)
- Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Medici e Odontoiatri (ENPAM)
- Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Veterinari (ENPAV)
- Fondo Nazionale di Previdenza per i Lavoratori delle Imprese di Spedizione, Corrieri e delle Agenzie Marittime Raccomandatarie e Mediatori Marittimi (FASC)
- Istituto Nazionale di Previdenza dei Giornalisti Italiani "Giovanni Amendola" (INPGI)
- Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani (ONDOSI)

2. ENTI EX DLGS. N. 103/96

- Ente di Previdenza dei Periti Industriali (EPPI)
- Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza a Favore dei Biologi (ENPAB)
- Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per gli Psicologi (ENPAP)
- Ente di Previdenza e Assistenza Pluricategoriale (Dottori Agronomi e Dottori Forestali, Attuari, Chimici e Geologi (EPAP)
- Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI)

B. PREVIDENZA COMPLEMENTARE

La necessità di mantenere un adeguato livello di protezione sociale ha indotto il legislatore ad introdurre nel sistema pensionistico forme complementari (fondi pensione) da affiancare al sistema assicurativo di base al fine di garantire più elevati livelli di copertura previdenziale ai lavoratori.

FONDI ISTITUTIVE

- contratti e accordi collettivi, anche aziendali;
- accordi fra lavoratori promossi da sindacati;
- accordi fra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti promossi da sindacati o associazioni di rilievo;
- regolamenti di enti o aziende.

NUOVE FONTI ISTITUTIVE

Articolo 1, comma 35 legge 23 agosto 2004, n. 243

Dopo il comma 1 dell'articolo 3 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124, e successive modificazioni, è inserito il seguente:

«1-bis. Gli enti di diritto privato di cui al decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, e al decreto legislativo 10 febbraio 1996, n. 103, possono, con l'obbligo della gestione separata, istituire sia direttamente, sia secondo le disposizioni di cui al comma 1, lettere a) e b), forme pensionistiche complementari».

Legge 23 agosto 2004, n. 243 - aspetti fondamentali

Il Governo è delegato ad emanare entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge uno o più decreti legislativi contenenti norme intese a:

1. liberalizzare l'età pensionabile,
2. eliminare progressivamente il divieto di cumulo tra pensioni e redditi da lavoro,
3. sostenere e favorire lo sviluppo di forme pensionistiche complementari,
4. rivedere il principio della totalizzazione dei periodi assicurativi.

TIPOLOGIA DEI FONDI

- I **fondi chiusi** di origine "negoziale", nascono a seguito di contratti e accordi collettivi, anche a livello aziendale, ovvero da accordi, promossi fra lavoratori autonomi o liberi professionisti.
- I **fondi aperti** (ex art. 9 Dlgs. n. 124/93) sono costituiti con patrimonio di destinazione separato ed autonomo all'interno di banche, assicurazioni, fondi comuni e simili.
- Le **forme pensionistiche individuali** (ex art. 2, comma 1 Dlgs. n. 47/00), sono forme di risparmio individuali, realizzate mediante l'adesione a fondi pensione aperti oppure mediante contratti di assicurazione sulla vita stipulati con imprese di assicurazione.

DESTINATARI

- i lavoratori dipendenti, privati e pubblici,
- i soci lavoratori e i lavoratori dipendenti di società cooperative di produzione e lavoro,
- i lavoratori autonomi e i liberi professionisti,
- le casalinghe e tutte quelle persone che svolgono lavori non retribuiti in relazione a responsabilità familiari.

FINANZIAMENTO

È a carico del lavoratore destinatario della prestazione e, in caso di rapporto di lavoro dipendente, in parte anche a carico del datore di lavoro.

Per i neo-assunti è previsto che i contratti e gli accordi di lavoro dispongano la destinazione al fondo pensione dell'intera disponibilità relativa al TFR.

PRESTAZIONI

- **Pensione di vecchiaia** - il diritto si

consegue al compimento dell'età pensionabile prevista nel regime obbligatorio di appartenenza, con almeno 5 anni di iscrizione al fondo.

- **Pensione di anzianità** - la prestazione spetta solo in caso di cessazione dell'attività lavorativa dell'assicurato che ha un'età di non più di 10 anni inferiore a quella prevista per il pensionamento di vecchiaia nell'ordinamento obbligatorio di appartenenza e che possa far valere almeno 15 anni di iscrizione al fondo.
- **Anticipazione sulla posizione individuale maturata** - a condizione che si possa far valere la partecipazione al fondo per almeno 8 anni, le anticipazioni vengono concesse per sostenere spese sanitarie ovvero acquisto della prima casa e ristrutturazioni.
- **Liquidazione della prestazione pensionistica in capitale** - può essere prevista purché il relativo importo non sia superiore al 50% del maturato.

ISCRIZIONE: OBBLIGO O FACOLTÀ

L'iscrizione alla Cassa è **obbligatoria** per tutti coloro, che iscritti nei Collegi IPASVI, esercitano attività libero professionale contestualmente o meno ad altra attività di tipo subordinato in possesso dei seguenti requisiti:

- iscrizione all'Albo professionale;
- partita IVA con codice tipico dell'attività infermieristica (85.14.B9; la partita IVA può riferirsi al singolo professionista o allo studio associato cui il singolo aderisce;
- esercizio libero-professionale, sia contestuale ad altra attività di tipo subordinato che esclusivo;

L'iscrizione alla Cassa decorre dalla data di inizio dell'attività libero-professionale.

La facoltà di iscrizione è prevista nei soli casi di:

- soggetti iscritti ai Collegi che abbiano già compiuto il 65° anno di età,
- soggetti iscritti anche in altri Albi professionali.

Il regolamento della Cassa prevede che per libera professione si intende l'attività svolta:

- a) singola,
- b) associata o in società professionali,
- c) sotto forma di collaborazione coordinata e continuativa,
- d) in qualità di socio lavoratore di cooperativa sociale, con rapporto di lavoro autonomo (o di collaborazione coordinata e continuativa).

a) Attività in forma singola con partita IVA

Non prevede particolari formalità ed è certamente molto diffusa tra gli appartenenti alla professione infermieristica. Il fatto che alcuni iscritti fruiscano già di un trattamento di quiescenza erogato da altri istituti previdenziali non fa decadere il vincolo della obbligatorietà d'iscrizione e offre l'opportunità di un successivo cumulo pensionistico.

Gli infermieri, che a partire dal 1996 avessero erroneamente versato i contributi alla gestione separata INPS, hanno diritto, a richiesta, al rimborso delle quote versate a tale istituto.

b) Attività in forma associata (o in futuro, in società professionali)

Prevede, da un punto di vista fiscale, l'apertura di un'unica posizione IVA tra tutti gli associati, con codice tipico dell'attività infermieristica, mentre, per l'aspetto previdenziale, ciascun aderente allo studio è soggetto alla singola ed autonoma iscrizione alla Cassa di Previdenza ENPAPI..

c) Collaborazioni coordinate e continuative

Questa forma di attività non rientra tra quelle "tipicamente professionali", non di meno al momento dell'istituzione della Cassa era stata fatta l'ipotesi di iscrizione nella consapevolezza che molti infermieri si trovavano in questa situazione lavorativa. Recenti disposizioni fiscali hanno introdotto ulteriori chiarimenti nel merito, confermando che la collaborazione coordinata e continuativa è equiparata fiscalmente al lavoro dipendente, mentre per l'aspetto previdenziale rimane confermato l'obbligo dell'iscrizione alla Cassa di Previdenza ENPAPI.

d) Soci di cooperative sociali

Gli infermieri (assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia) che operano in veste di soci liberi professionisti in cooperative sociali devono obbligatoriamente iscriversi alla Cassa di Previdenza ENPAPI.

Dopo un lungo periodo di incertezza nel corso del quale gli infermieri sono stati assimilati ai lavoratori dipendenti e gli organi della Cassa (nonostante le previsioni regolamentari) si erano posti in condizione di sospendere l'iscrizione dei soci di cooperativa, la recente "Revisione della legislazione in materia cooperativistica, con particolare riferimento alla posizione del socio lavoratore" ha fatto chiarezza in materia. Attraverso atti regolamentari interni le cooperative potranno attivare più formule di lavoro per i propri componenti. Tra le altre quella libero-professionale che ben si adatta alla figura infermieristica.

CONTRIBUZIONE

Ciascun iscritto alla Cassa di Previdenza è tenuto a versare un contributo destinato a costruire il "capitale" sulla cui base calcolare l'assegno pensionistico, assicurare le attività della Cassa e garantire l'assegno di maternità alle iscritte che siano in possesso dei necessari requisiti.

I contributi che gli iscritti sono obbligatoriamente tenuti a versare alla Cassa di Previdenza sono:

- contributo *sogettivo*;
- contributo *integrativo*;
- contributo di *solidarietà per maternità*

Il contributo *sogettivo* va calcolato nella misura del 10% sul reddito professionale netto dell'iscritto.

- Ridotto del 50%, nel caso di iscritto 65enne
- È in ogni caso dovuto un contributo minimo annuale di € 516,46:
 - o frazionabile, in funzione dei dodicesimi di decorrenza di iscrizione,
 - o è prevista una riduzione nella misura del 50% applicabile su specifica domanda in caso di:
 - contestuale attività di lavoro dipendente;
 - inattività per almeno sei mesi continuativi;
 - età inferiore ai 26 anni, al momento della domanda di iscrizione, per l'anno in corso e per il successivo.

La riduzione è applicabile solo sul contributo minimo. In altre parole, se l'iscritto percepisce un reddito in base al quale derivi una contribuzione superiore a € 516,46 annui, la riduzione non è applicabile.

L'ammontare del contributo *sogettivo* viene rivalutato di anno in anno sulla base di indici reddituali calcolati sul prodotto interno lordo (PIL) fino a costituire il montante definitivo di calcolo della pensione. Ogni anno l'iscritto deve essere informato in merito alla propria posizione contributiva.

FACOLTÀ DI VERSARE

Un contributo *sogettivo* pari al 15% del reddito netto professionale. Perché incrementare l'importo del contributo *sogettivo* è:

- *deducibile ai fini dell'imposizione diretta,*
- *la base di calcolo del montante contributivo.*

Il **contributo integrativo** è costituito dall'ammontare di una maggiorazione percentuale applicata dal professionista su tutti i propri corrispettivi lordi. In pratica, al momento dell'emissione della fattura, il professionista applica un 2% sul corrispettivo lordo che il cliente dovrà versargli. Il contributo *integrativo* è dovuto alla Cassa anche nel caso che il cliente non lo versi (per qualunque ragione) al professionista. Gli studi associati o le cooperative sociali, cui partecipa un iscritto all'Ente, devono applicare la citata maggiorazione per la quota di competenza di ogni singolo socio o associato.

Anche per il contributo *integrativo* è previsto un ammontare minimo per anno di € 103,30 (frazionabile in funzione dei dodicesimi di decorrenza di iscrizione). Al contributo *integrativo* minimo può essere applicata, a domanda, una riduzione nella misura del 50% in caso di:

- a) inattività;
- b) contestuale lavoro dipendente;
- c) età inferiore ai 25 anni o superiore ai 65.

La riduzione è applicabile solo sul contributo minimo.

Il **contributo integrativo** va a costituire

il patrimonio complessivo che consente il funzionamento della Cassa di Previdenza. Le quote eccedenti il fabbisogno di funzionamento possono essere utilizzate dalla Giunta Esecutiva per aumentare il rendimento del fondo contributivo o per l'erogazione di prestazioni assistenziali ulteriori. È ferma intenzione degli organi della Cassa pervenire al più presto a scelte che vadano in questa direzione.

Il **contributo di solidarietà per maternità** è dovuto da tutti gli iscritti e ammonta a € 37,00 annui. Al contributo di maternità non vengono applicate riduzioni. Le quote versate a questo titolo costituiscono il fondo cui attingere per erogare le indennità di maternità richieste dalle iscritte che ne abbiano diritto.

PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI

Il versamento delle quote dovute è previsto in tre frazioni: il 50% del contributo, sia *sogettivo* che *integrativo* minimo obbligatorio, va versato entro il 31 marzo di ciascun anno d'iscrizione. Il restante 50% entro il 30 settembre; le maggiori somme dovute oltre il minimo vanno versate in un'unica soluzione entro 30 giorni dalla presentazione della dichiarazione annuale dei redditi.

I ritardi nei versamenti o le omissioni sono sanzionabili.

La Cassa di Previdenza ha stipulato accordi con istituti finanziari per l'eventuale concessione di prestiti consentendo in questo modo agli iscritti di affrontare i versamenti dovuti nei tempi stabiliti senza incorrere nelle previste sanzioni.

COMUNICAZIONE DEL REDDITO PROFESSIONALE

Ciascun iscritto è tenuto a comunicare all'Ente il reddito derivante da attività professionale conseguito annualmente. La comunicazione va inviata entro 30 giorni dalla presentazione della dichiarazione dei redditi. La mancata o infedele comunicazione del reddito da attività professionale è soggetta a sanzione.

SANZIONI

Il regolamento dell'Ente di Previdenza prevede sanzioni per il ritardato pagamento dei contributi che l'iscritto deve versare. Le sanzioni sono commisurate al ritardo e vanno dal 5 al 20% dell'importo non pagato.

CONTRIBUZIONE VOLONTARIA

L'iscritto con almeno un anno di contribuzione, che per qualunque motivo cessi l'attività libero-professionale, può presentare domanda di prosecuzione volontaria di versamento alla Cassa fino al raggiungimento del requisito per il diritto alla pensione.

Per accedere alla contribuzione volontaria è necessario presentare domanda entro 5 anni dalla cessazione dei precedenti versamenti.

- **contributo sogettivo minimo** (ovvero un importo pari fino ad un massimo corrispondente al contributo

soggettivo versato nell'ultimo anno di iscrizione ordinaria all'Ente)

• **contributo integrativo minimo**

Requisiti:

- cessazione attività libero-professionale,
- aver versato almeno un contributo annuale obbligatorio nel quinquennio precedente la data della domanda.

FINALITÀ

Prioritario obiettivo della Cassa di Previdenza è garantire agli iscritti (che ne abbiano maturato il diritto) e ai loro famigliari l'erogazione delle prestazioni previste:

- **pensione di vecchiaia;**
- **assegno di invalidità;**
- **pensione di inabilità;**
- **pensione ai superstiti;**
- **assegno di maternità**

Impegno degli organi della Cassa e delle sue componenti operative è far sì che le prestazioni vengano erogate con correttezza e tempestività. A tal fine sono stati predisposti una idonea modulistica e un sistema di informazione indirizzati a tutti gli iscritti. La tipologia dell'Ente (Cassa) non prevede la creazione di uffici periferici, viene quindi valorizzata la collaborazione dei Collegi Provinciali che, con i propri uffici, possono fungere da nucleo di riferimento per gli aderenti. Gli iscritti possono comunque rivolgersi in qualunque momento agli uffici centrali o accedere al sito internet della Cassa.

Funzionale alla finalità di erogazione delle prestazioni è la gestione delle quote versate dagli aderenti alla Cassa, il cui rendimento complessivo è destinato a diventare il patrimonio personale su cui basare il calcolo della pensione. La gestione viene assicurata attraverso l'uso degli strumenti consentiti dalla normativa e sotto il controllo dei Ministeri vigilanti.

La Cassa di Previdenza ENPAPI, in conformità a quanto previsto dalla Legge n. 335/95, eroga pensioni secondo un regime **contributivo**, essa cioè assicura un rendimento pensionistico calcolato sugli effettivi versamenti e non su una percentuale "garantita" in base agli anni di attività, ai contributi versati e all'indicizzazione. Un trattamento pensionistico calcolato secondo il metodo contributivo risulta premiante dopo un numero consistente di anni contributivi, mentre la rendita risulterà bassa se l'anzianità contributiva si limiterà ai cinque anni previsti per il minimo. La ricordata modalità, ancora poco conosciuta e accettata, essendo più nota la modalità retributiva, costituisce orientamento generale per gli Enti previdenziali, in quanto la spesa derivante dal regime retributivo risulta ormai insostenibile.

Dopo il necessario periodo di avvio, una buona gestione economica delle nuove Casse unite a un'anzianità di versamento consistente potranno assicurare pensioni soddisfacenti.

Altra finalità è l'adozione, non appena possibile, di forme di solidarietà tra gli iscritti e

l'integrazione delle prestazioni stabilite con ulteriori servizi, in particolare assistenziali.

PRESTAZIONI ASSISTENZIALI E PREVIDENZIALI

Costituiscono il nodo fondante e la motivazione prima dell'esistenza della Cassa di Previdenza. La struttura operativa e gli organi elettivi orientano il proprio impegno a garantire l'erogazione delle prestazioni occupandosi del patrimonio e sviluppando procedure di servizio.

Le prestazioni assistenziali e previdenziali comprendono:

- a) indennità di maternità;
- b) pensione di vecchiaia;
- c) assegno di invalidità;
- d) pensione di inabilità;
- e) pensione ai superstiti, di reversibilità o indiretta.

A) INDENNITÀ DI MATERNITÀ

Questa prestazione assistenziale ha lo scopo di indennizzare le libere professioniste che a seguito della maternità subiscono una diminuzione dell'attività lavorativa e, conseguentemente, del reddito. Ha diritto all'identità anche la professionista che abbia subito un'interruzione di gravidanza, la madre adottiva o affidataria e, in misura ridotta, la donna che abbia subito un aborto prima del terzo mese di gravidanza.

I requisiti per ottenere la citata indennità sono:

- essere iscritte alla Cassa;
- presentare la domanda non oltre 180 giorni dalla data del parto (o aborto, o dall'ingresso del bambino nel nucleo familiare);
- presentare idonea documentazione che, a seconda dei casi, può essere: certificato di gravidanza, certificato di attestazione del parto, provvedimento di adozione o affidamento, dichiarazione di ingresso del bambino nel nucleo familiare, certificato di aborto;
- trasmettere una dichiarazione del reddito professionale percepito nel secondo anno antecedente la presentazione della domanda;
- presentare dichiarazione con cui si attesta di non avere diritto alla indennità di maternità in qualità di lavoratrice dipendente.

L'indennità di maternità (Legge n. 289 del 15.10.2003 - entrata in vigore il 29.10.2003), spetta per i due mesi antecedenti la data del parto e i tre mesi successivi alla stessa.

È corrisposta in misura pari all'80% di cinque dodicesimi del solo reddito professionale percepito e denunciato ai fini fiscali come reddito da lavoro autonomo nel secondo anno antecedente a quello dell'evento.

Non può essere inferiore a cinque mensilità di retribuzione calcolata nella misura pari all'80 per cento del salario minimo giornaliero stabilito dall'articolo 1 del DL n. 402/81, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 537 del 1981, e successive

modificazioni.

Non può essere superiore a cinque volte tale importo minimo, ferma restando la potestà di ogni singola Cassa di stabilire, con delibera del Consiglio di Amministrazione, un importo massimo più elevato, tenuto conto delle capacità reddituali e contributive della categoria professionale e della compatibilità con gli equilibri finanziari dell'Ente.

B) PENSIONE DI VECCHIAIA

Maturano questo diritto gli iscritti alla Cassa con almeno cinque anni di contribuzione effettiva e che abbiano 65 anni di età. Il limite di età può essere ridotto a 57 anni nel caso il professionista abbia maturato una contribuzione di 40 anni.

L'ammontare della pensione viene calcolato secondo il metodo contributivo ed erogato in 13 mensilità.

Nel caso il pensionato continui la propria attività professionale e, di conseguenza, continui i versamenti alla Cassa, potrà poi fruire di un supplemento di pensione calcolato su questi maggiori contributi.

La pensione di vecchiaia viene erogata a seguito di presentazione di idonea domanda e decorre dal mese successivo a quello di maturazione del diritto.

C) ASSEGNO DI INVALIDITÀ

Viene erogato agli iscritti che abbiano maturato almeno cinque anni di contribuzione effettiva di cui almeno tre nel quinquennio precedente la data della domanda e si trovino in una condizione per cui la loro capacità lavorativa (sopravvenuta dopo l'iscrizione) sia ridotta, in modo permanente, a meno di un terzo.

L'ammontare dell'assegno è calcolato secondo il metodo contributivo combinando il montante individuale con l'età dell'iscritto. L'assegno di invalidità erogato dalla Cassa IPASVI è incompatibile con assegni di invalidità come lavoratore dipendente.

Per ottenere l'assegno di invalidità è necessario presentare domanda corredata da certificato medico attestante l'invalidità e, nel caso l'invalidità derivasse da infortunio, la documentazione attestante l'infortunio stesso.

D) PENSIONE DI INABILITÀ

Può essere richiesta dall'iscritto che abbia maturato almeno cinque anni di anzianità contributiva di cui almeno tre nel quinquennio precedente la data della domanda e si trovi nella condizione di totale e permanente inabilità lavorativa (sopravvenuta dopo l'iscrizione) e con la cancellazione dell'iscrizione all'Albo del Collegio IPASVI.

L'importo della pensione viene calcolato con metodo contributivo basato sul montante versato dall'iscritto correlato all'età dello stesso.

La domanda di inabilità deve essere presentata entro tre anni dall'ultimo versamento contributivo corredata da certificazione medica attestante l'inabilità.

E) PENSIONE AI SUPERSTITI

Nel caso di morte dell'iscritto per cui risultino versate almeno cinque anni di contribuzione effettiva di cui almeno tre nel quinquennio precedente la data della domanda, o del pensionato, sono considerati superstiti il coniuge, i figli minorenni o inabili al lavoro e, in mancanza di essi, i genitori o i fratelli a carico. La pensione ai superstiti viene calcolata in proporzione alla pensione erogata o erogabile all'iscritto alla Cassa.

RESTITUZIONE DEI CONTRIBUTI

Gli iscritti che al compimento di 65 anni non hanno maturato l'anzianità necessaria per godere della pensione e non intendono proseguire l'attività professionale possono chiedere la restituzione dei contributi:

- *restituzione del montante contributivo:*
 - al compimento del 65° anno
 - con meno di cinque anni di contribuzione effettiva
- *restituzione del montante contributivo ai superstiti:*
 - con meno di cinque anni di contribuzione effettiva
 - in misura proporzionale alle percentuali indicate per la pensione ai superstiti

MONTANTE CONTRIBUTIVO

È costituito dal complesso dei contributi soggettivi versati, annualmente incrementati, con esclusione dello stesso anno, al tasso di capitalizzazione determinato dalla variazione media quinquennale del PIL nominale (fonte ISTAT).

Esempio:

Versato = 5681,06
Maturato = 1404,44
totale 2006 = **7085,50**

LE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

- per stato di bisogno;
- per malattia;
- contributo spese funebri.

INTERVENTI IN CASO DI STATO DI BISOGNO

ENPAPI si impegna ad erogare sussidi in casi meritevoli di soccorso o intervento per particolare grado di disagio economico.

Importo minimo anno 2006	>	1500,00
Importo massimo anno 2006	>	10.000,00

INDENNITÀ DI MALATTIA

ENPAPI ha stabilito l'erogazione di una indennità di malattia a favore dei soggetti iscritti all'Ente, quando, a seguito di malattia o infortunio, si verifichi l'interruzione forzata dell'attività professionale.

CONTRIBUTO PER SPESE FUNEBRI

ENPAPI ha stabilito l'erogazione di un contributo per le spese funebri sostenute in occasione del decesso di iscritti o pensionati ovvero di altro componente il nucleo familiare di iscritto o pensionato.

Importo massimo anno 2006	>	5.000,00
Importo massimo anno 2006 nel caso di comorienza	>	12.000,00

RISCATTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI PRECEDENTI ALL'ISCRIZIONE ALL'ENTE

Il regolamento di previdenza prevede che gli iscritti alla Cassa possano richiedere il riscatto di periodi contributivi precedenti

all'iscrizione all'Ente. A tal fine l'interessato deve presentare domanda e una dichiarazione attestante l'esercizio dell'attività libero-professionale. Quando la domanda sarà accolta, l'iscritto dovrà versare un contributo pari al minimo per ciascuno degli anni di cui si chiede il riscatto. Il riscatto può essere richiesto:

- *dell'attività libero-professionale svolta antecedentemente il 1° gennaio 1996*
- *dei periodi di studio*
 - diploma universitario,
 - laurea in infermieristica,
 - master di primo livello,
 - laurea specialistica in scienze infermieristiche,
 - master di secondo livello.

Requisiti:

- iscritti all'Ente con almeno cinque anni di contribuzione effettiva

Contribuzione da versare:

- contributo minimo soggettivo ovvero calcolato in percentuale sul reddito professionale prodotto

Modalità di versamento:

- in un'unica soluzione ovvero secondo un piano di rateizzazione non superiore ai cinque anni

TOTALIZZAZIONE DEI CONTRIBUTI

Dlgs. 2 febbraio 2006, n. 42

Viene data facoltà di cumulare i periodi assicurativi non coincidenti di durata non inferiore a sei anni al fine del conseguimento di un'unica pensione.

Requisiti:

Compimento del 65° anno di età con anzianità contributiva almeno pari a venti anni.

BORSE DI STUDIO

ENPAPI emana annualmente un bando di concorso per l'erogazione di borse di studio riservate agli iscritti in regola con la posizione contributiva, ai figli di iscritti o di pensionati con trattamento a carico dell'Ente. La borsa di studio è relativa al conseguimento del diploma di maturità ovvero della laurea triennale o specialistica. La domanda dovrà essere presentata presso la sede ENPAPI entro e non oltre il 30 aprile di ogni anno.

BORSE DI STUDIO STANZIATE PER L'ANNO 2006

- **n. 10** borse di studio di € 2000,00 ciascuna per gli iscritti all'Ente che abbiano conseguito la laurea specialistica in scienze infermieristiche;
- **n. 50** borse di studio di € 500,00 ciascuna per i figli di iscritti all'Ente o di pensionati con trattamento a carico dell'Ente che abbiano conseguito il diploma di maturità;
- **n. 30** borse di studio di € 1000,00 ciascuna per i figli di iscritti all'Ente o di pensionati con trattamento a carico dell'Ente che abbiano conseguito la laurea triennale;

Anno	%	Dovuto	Importo	Totale
1996	0%	516,46	0,00	516,46
1997	5,5871%	516,46	28,86	1061,78
1998	5,3597%	516,46	56,91	1635,14
1999	5,6503%	516,46	92,39	2243,99
2000	5,1781%	516,46	116,20	2876,65
2001	4,7781%	516,46	137,45	3530,56
2002	4,3698%	516,46	154,28	4201,30
2003	4,1614%	516,46	174,83	4892,59
2004	3,9272%	516,46	192,14	5601,19
2005	4,0506%	516,46	226,88	6344,53
2006	3,5386%	516,46	224,51	7085,50

- **n. 20** borse di studio di € 1500,00 ciascuna per i figli di iscritti all'ente o di pensionati con trattamento a carico dell'Ente che abbiano conseguito la laurea specialistica.

I SERVIZI IN FAVORE DEGLI ISCRITTI

- raccolta informativa (kit),
- carta ENPAPI,
- convenzioni,
- area riservata,
 - o consultazione della posizione individuale
 - o richiesta carta di credito
 - pagamento *on line* dei contributi,
 - plafond ordinario,
 - prestiti.
- un **call center** dedicato, aperto per cinque giorni alla settimana, dalle ore 9,00 alle ore 21,00, al quale ci si potrà rivolgere per conoscere lo stato della propria posizione contributiva e dissipare qualsiasi dubbio;
- un **sito web**, tramite il quale si possono conoscere tutte le informazioni sull'attività dell'Ente;
- un'area riservata, attivata all'interno del sito, attraverso il quale:
 - o accedere alla propria posizione contributiva,
 - o consultare,
 - l'estratto conto;
 - l'elenco dei versamenti effettuati;
 - l'elenco dei redditi e dei volumi di affari dichiarati.
 - o presentare, in via telematica, il modello UNI di dichiarazione dei redditi e dei volumi di affari di ciascun anno.
- una carta di credito, con la quale è possibile, oltre al normale *plafond*, versare i contributi dovuti ad ENPAPI.

CANCELLAZIONE

Gli iscritti per i quali vengano meno e condizioni che determinano l'iscrizione alla Cassa, possono fare domanda di cancellazione della stessa. La cancellazione decorre dalla data di chiusura della partita IVA o dalla cessazione dell'adesione a studi associati o cooperative sociali.

L'assicurato che abbia proposto domanda di cancellazione per il compimento del 65° anno di età e che prosegua l'attività libero-professionale è tenuto al versamento del solo contributo integrativo nella misura in percentuale prevista dal vigente regolamento di previdenza.

REISCRIZIONE

Coloro che, a qualunque titolo, avessero chiesto e ottenuto la cancellazione dalla Cassa hanno la possibilità di reinscrivere e di vedere ricostruita la propria posizione previdenziale.

La domanda va presentata con l'indicazione del precedente numero d'iscrizione.

CONCLUSIONI

La Cassa di Previdenza è una realtà concreta. Alcuni continuano a considerare più gli aspetti onerosi che le opportunità offerte da un sistema di garanzia contro il rischio

di una vecchiaia senza risorse economiche, ma si tratta di atteggiamenti destinati a diminuire nel tempo.

I primi risultati tangibili sono stati l'erogazione di indennità di maternità e, a decorrere dal 2001, le pensioni di vecchiaia. Problemi reali, sia per gli iscritti sia per la Cassa sono stati la fase di avvio e il recupero dei contributi a partire dal 1996. Tale diritto di anzianità contributiva si è naturalmente rivelato un onere economico rilevante anche se il rendimento garantito alle quote versate decorre dal 1996 (non dalla data di reale versamento) e si rivelerà quindi un vantaggio al momento della erogazione delle prestazioni.

I prossimi anni potranno essere dedicati, oltre all'ulteriore miglioramento del servizio, alla attivazione di forme di assistenza nella logica tipica di un moderno sistema previdenziale.



BIBLIOGRAFIA

- 1) Benci L, *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*. Mc Graw-Hill. Milano 2001; 341-346
- 2) Lamberti G, Parte II. *L'esercizio della professione - Limiti, modalità d'esercizio e prospettive*. In: Guida all'esercizio professionale per il personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario e della riabilitazione. C.G. Edizioni Medico Scientifiche. Torino, 2001; 77
- 3) Schiavon M, Valerio G. *Cassa di previdenza e libera professione*. Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Seminari residenziali 2006. *La questione ordinistica: il ruolo della rappresentanza professionale e l'evoluzione normativa*. III Sessione, Cassa di Previdenza e libera professione. Abano Terme, 29-30 settembre, 2-3 ottobre 2006
- 4) ENPAPI. *Statuto e Regolamento elettorale*
- 5) ENPAPI. *Regolamento di Previdenza*



SITI INTERNET CONSULTATI

- 1) <http://www.ipasvi.it/chiamo/archivioEventi/Detail.asp?IDFocus=13>
- 2) www.enpapi.it

FORMAZIONE

- **Corsi di formazione continua ECM organizzati dal Collegio IPASVI di Bologna nel I trimestre 2007**

→ pag. seguente

