

Analisi e comparazione tra il modello di emergenza extraospedaliera italiano ed anglosassone. Organizzazione, formazione e ruolo infermieristico

Analysis and comparison between the italian and anglo-saxon model of emergency-hospital. Organization, training and the role of nursing

Susanna Maria Petracca, Infermiera

Paola Graciotti, Tutor corso di laurea in infermieristica Università politecnica delle Marche

Paola Massei, Coordinatore servizio regionale di soccorso e centrale operativa 118 Ancona soccorso

Maurizio Mercuri, Docente e tutor corso di laurea in infermieristica Università politecnica delle Marche

Riassunto:

Introduzione: l'emergenza in Italia è attualmente l'ambito nel quale la professione infermieristica può esplicarsi in un elevato grado di autonomia e in modo conforme alle proprie competenze. Il confronto con il modello anglosassone è nato dall'esigenza di comprendere quanto in Italia l'autonomia dell'infermiere sia una realtà, o ancora solo un'affermazione di principi.

Materiali e metodi: per i dati riguardanti il confronto tra modelli è stata condotta una ricerca su siti internet e articoli pubblicati su riviste specializzate. Per l'Italia inoltre è stata condotta un'indagine attraverso interviste telefoniche ed e-mail ai coordinatori infermieristici e agli infermieri responsabili della formazione per verificare l'istituzione dell'ambulanza infermieristica, dei protocolli e della formazione specifica.

Risultati: negli USA e in Gran Bretagna il modello di soccorso è "scoop and run", l'emergenza territoriale è affidata a figure tecniche non sanitarie addestrate, non ci sono medici, volontari e non esiste la figura dell'autista soccorritore. In Italia il modello di soccorso è "scoop and run" e "stay and play", secondo la tipologia dell'emergenza. I dati ottenuti dalle Centrali Operative hanno evidenziato un'organizzazione a macchia di leopardo.

Discussione: lo "scoop and run" è il modello tipico del mondo anglosassone poiché sui mezzi di soccorso non ci sono medici, ma solo figure tecniche e per l'elevata frequenza di patologie traumatiche. Il mondo anglosassone è più rigoroso nel verificare competenze e abilità attraverso la formazione specifica. In Italia la co-presenza di medico e infermiere permette di decidere quale modello di intervento adottare a seconda delle necessità del paziente. Tuttavia la disomogenea organizzazione è legata probabilmente alla situazione sanitaria precedente la Legge istitutiva del 118.

Conclusioni: nell'ultimo decennio la legislazione sanitaria italiana ha dato importanti riconoscimenti alla professione infermieristica passando da una situazione "autorizzativa" del mansionario, a una visione di "accreditamento" a operare in autonomia professionale. Malgrado ciò nell'emergenza si è ancora lontani dall'obiettivo.

Parole chiave: Ambulanza Infermieristica, Protocolli, Procedure Standard, Formazione Specifica

Abstract

Introduction: the emergency in Italy is currently the area in which the nurse can work in a high degree of autonomy and according to his skills. The comparison with the Anglo-Saxon model is born from the necessity to understand how the autonomy of the nurse in Italy is still a reality or just a "statement of principles".

Materials and method: for the comparison between models was carried out a search on websites and articles published in magazines. For Italy, also a survey was conducted through telephone interviews and mail to the coordinators and nurses responsible for nursing education to ensure the establishment of the ambulance nurse, protocols and training.

Results: USA and UK model of rescue is "scoop and run", the territorial emergency is carried out by trained technician rescue, there are no doctors, volunteers, and there isn't the driver helper, there are no doctors, volunteers, and there isn't the driver helper. In Italy the model of relief is "scoop and run" and "stay and play", according to the type of emergency. The data obtained from Italy showed patchy organization.

Discussion: the "scoop and run" is the typical model of Anglo-Saxon world, because in the emergency vehicles there are no doctors, but only technician rescue and there is high frequency of traumatic diseases. The Anglo-Saxon world is more rigorous in testing skills and abilities through specific training. In Italy the coexistence of doctor and nurse makes possible to decide which is the best model of action to use according to patient's needs. However, the heterogeneous organization is probably linked to the health status before the law establishing the 118.

Conclusions: in the last decade, the Italian health legislation gave important recognition to the nursing situation from an "authorization" of the job description, to a vision of "accreditation" to work in professional autonomy. Despite this in the emergency we are still far few the target.

Keyword: Ambulance Nursing, Protocols, Procedures Standards, Training

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 29/03/2011

ACCETTATO IL 21/07/2011

GLI AUTORI DICHIARANO DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSI.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE

MAURIZIO MERCURI, m.mercuri@univpm.it

Introduzione

In Italia il sistema del 118 è stato istituito con il DPR 27/03/1992, che ha demandato alle Regioni il compito di definire l'organizzazione territoriale dell'emergenza ma, lo stesso all'articolo 10 sancisce anche una svolta epocale nel

definire i compiti dell'infermiere nell'emergenza:

"Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e flebotomi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le

funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio”.

Questo articolo apre un nuovo scenario in cui l’infermiere non è più imbrigliato in un rigido mansionario, abrogato poi con la Legge 42 del 1999.

La domanda che ci siamo posti pertanto è stata la seguente: “Dopo 19 anni dal DPR istitutivo dell’emergenza territoriale e dopo 12 anni dall’abrogazione del mansionario qual è la realtà in cui opera l’infermiere in Italia?”

Su questa riflessione è stato sviluppato un lavoro articolato su due linee di ricerca:

- analizzare la realtà dell’emergenza in Italia attraverso una ricerca su tutte le Centrali Operative (CO) di quale sia la reale organizzazione in termini di ambulanza infermieristica, protocolli e procedure operative standard a supporto del lavoro dell’infermiere in assenza del medico e formazione specifica;
- confrontare la realtà italiana con quella anglosassone (USA,UK) sia come modello organizzativo che come tipologia e compiti delle risorse umane impegnate.

Materiali e Metodi

Per il primo obiettivo è stata condotta un’indagine conoscitiva attraverso interviste telefoniche e per posta elettronica ai coordinatori infermieristici, che nelle CO delle Regioni sono responsabili dell’organizzazione del personale, e/o agli infermieri responsabili della formazione specifica.

I numeri telefonici e gli indirizzi e-mail sono stati presi dal sito web SIS 118.¹

L’intervista telefonica si è basata su quattro domande standard:

1. *esistenza o meno dell’ambulanza infermieristica, intesa come mezzo su cui operano un autista soccorritore e un infermiere;*
2. *esistenza o meno di protocolli, procedure operative e linee guida a supporto dell’infermiere che opera nell’emergenza territoriale in assenza del medico;*
3. *approvazione e quindi attivazione dei suddetti protocolli, procedure operative e linee guida;*
4. *formazione erogata al personale impegnato nell’emergenza, sia di base come corsi BLS, PBLSD, ACLS,*

ALS, PTC PHTLS, sia specifica per l’abilitazione all’uso dei protocolli, delle procedure operative e delle linee guida.

Per il secondo obiettivo è stata condotta una ricerca bibliografica su siti web e articoli pubblicati su riviste specializzate.

Risultati

Per l’indagine italiana sono state contattate 104 CO e 101 si sono rese disponibili alla ricerca.

Le province italiane sono state suddivise in 5 gruppi:

1. *province che non hanno ambulanza infermieristica, né protocolli operativi, né formazione specifica;*
2. *province che hanno tutte le variabili ricercate;*
3. *province che hanno l’ambulanza infermieristica, ma non hanno protocolli e formazione specifica;*
4. *province che hanno l’ambulanza infermieristica e i protocolli, mentre non hanno implementato la formazione specifica;*
5. *province che hanno solo l’ambulanza infermieristica e la formazione specifica, ma non hanno sviluppato protocolli.*

Per analizzare con maggiore dettaglio la realtà italiana si è stratificato il dato per aree. (Grafico 1,2,3)

Confrontando i dati si può vedere come diminuisce progressivamente da Nord a Sud il numero di Centrali Operative che hanno sia l’ambulanza infermieristica, che i protocolli e la formazione specifica. (Grafico 4)

Per quanto riguarda il modello organizzativo anglosassone, i dati ottenuti dimostrano che le differenze con il modello italiano sono molto significative, in particolare sul territorio non operano figure mediche e sanitarie, se non in qualche caso particolare (elisoccorso), mentre un ruolo fondamentale lo svolgono figure tecniche addestrate in modo specifico.^{2,3,4,5}

Il modello anglosassone prevede l’impiego nell’emergenza territoriale di figure tecniche con una formazione specifica su protocolli, che rappresenta un requisito fondamentale per lavorare nel settore dell’emergenza e allo scopo sono previsti periodici re-training che devono essere superati per mantenere la qualifica.^{3,4,5} (Tabelle 2 e 3)

Discussione e conclusioni

Il risultato della ricerca mostra in Italia un quadro dell’emergenza territoriale a macchia di leopardo, con differenti livelli organizzativi non solo tra Regione e Regione, ma anche nello stesso ambito regionale. Questa disomogeneità ha probabilmente le sue radici nella disomogeneità culturale ed organizzativa locale in cui la Legge istitutiva del 118 si è inserita.

L’ambulanza infermieristica non è stata istituita ovunque e dove esiste è chiamata con le denominazioni più diverse, ad esempio mezzo BLS (Crotone), ambulanza INDIA (Piemonte), MSI (Lombardia), semplicemente ambulanza (Lazio). In molte sedi questo mezzo è utilizzato solo in fascia diurna e per codici verdi e/o gialli come a

Grafico 1. Organizzazione dell’emergenza nell’Italia settentrionale

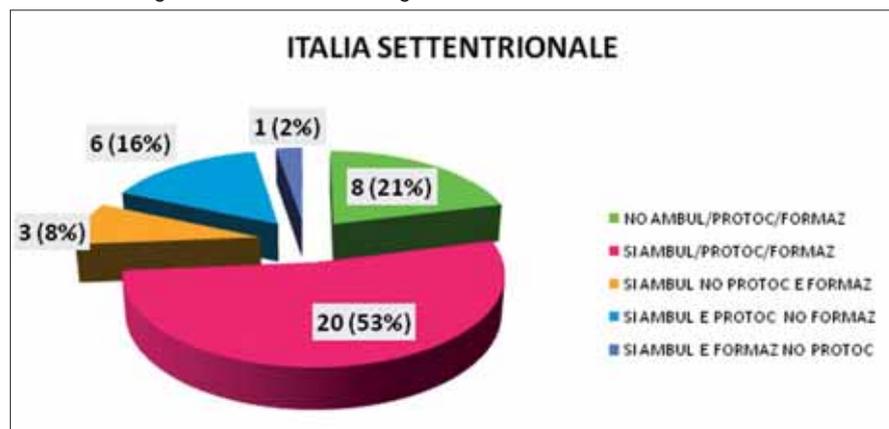


Grafico 2. Organizzazione dell'emergenza nell'Italia centrale

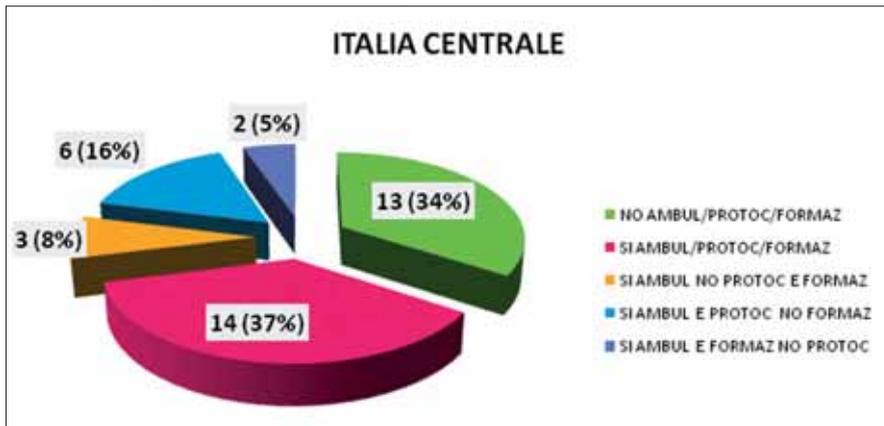


Grafico 3. Organizzazione dell'emergenza nell'Italia meridionale

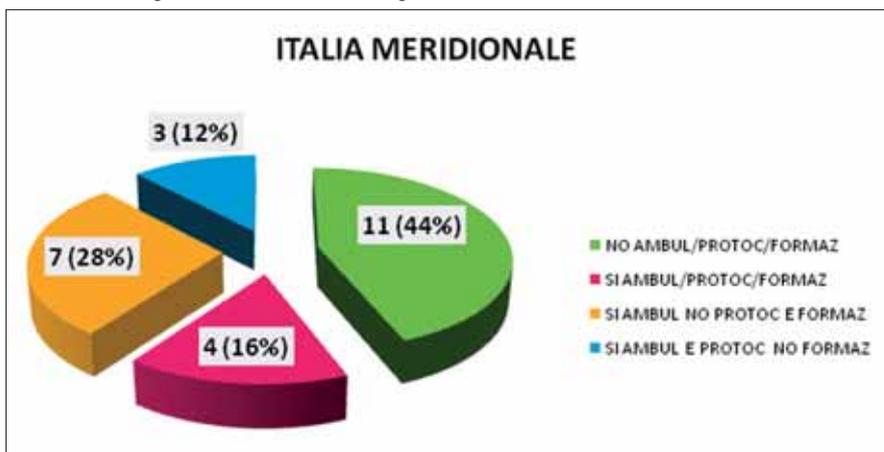
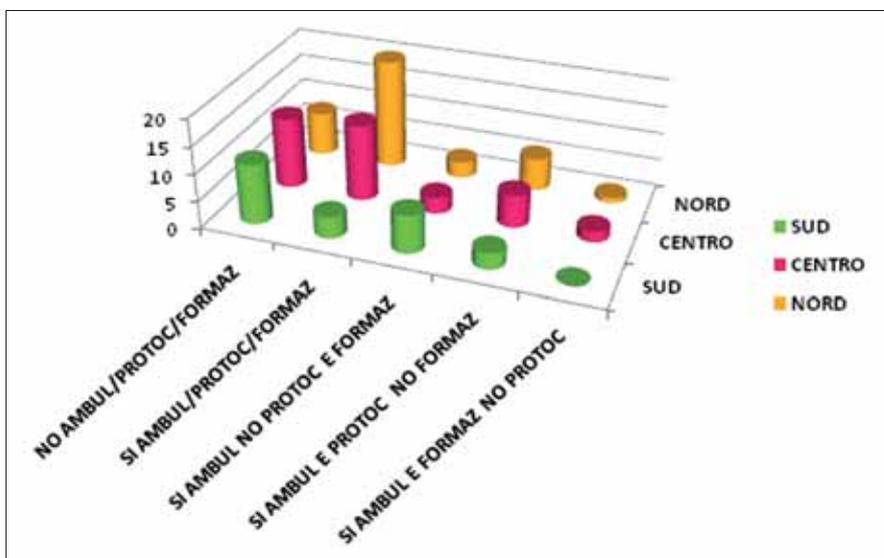


Grafico 4. Confronto fra i dati nelle tre aree (Nord, Centro, Sud)



Venezia/Mestre, Rovigo, Treviso, Crotono.

Tra le Regioni avanzate che hanno sviluppato un'organizzazione centralizzata sostenuta da un programma formativo regionale obbligatorio, con valutazione periodica, ci sono la Lombardia (AREU) e il Lazio (ARES 118).^{6,7}

Allo scopo di dare un quadro di insieme facilmente comprensibile si è deciso di attribuire alle regioni un codice colore:

- **bianco**: per le Regioni più avanzate con modelli organizzativi regionali e formazione centralizzata (Lombardia e Lazio);
- **verde** per le Regioni che hanno attivato quasi ovunque il mezzo, i protocolli e la formazione (Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Puglia);
- **giallo** per le Regioni in cui il modello organizzativo è ancora in fase di implementazione con situazioni a diverso grado di evoluzione (Liguria, Piemonte; Toscana, Umbria, Marche, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna);
- **rosso** per le Regioni in cui non c'è l'ambulanza infermieristica, non sono stati definiti protocolli e procedure e la formazione è ovviamente solo di base (Abruzzo, Molise) (Figura 1).

Diversa è la situazione nel mondo anglosassone, dove il personale addetto all'emergenza territoriale non è personale sanitario, ma tecnico che opera seguendo protocolli e procedure, che rappresentano un vincolo al loro operato.

Il mondo anglosassone è preciso e puntuale nel definire le competenze e le abilità che danno diritto ad appartenere a un registro dei soccorritori, dal quale si può essere cancellati se non si supera la valutazione periodica a cui si è sottoposti.^{3,4,10,11}

In Italia invece la valutazione delle competenze e abilità risponde a criteri meno rigidi e non preclude la possibilità di lavorare in area critica.

In entrambi i modelli è riconosciuta alla formazione un ruolo fondamentale. In Italia viene dato un significato importante alla formazione di base, mentre non c'è una diffusa consapevolezza dell'importanza della formazione specifica su protocolli, che rappresenta invece per il personale del mondo anglosassone un punto di forza del proprio operare.^{8,9,10,11,12}

Tabella 1. Modelli organizzativi a confronto

CARATTERISTICHE			
Numero per l'emergenza	118	911	999 o 112
Principio base dell'intervento sul territorio	Sia "scoop and run": "carica e vai", che "stay and play": "rimani e lavora", a seconda delle necessità del paziente.	"scoop and run": "carica e vai"	"scoop and run": "carica e vai"
Obiettivo	Ridurre al minimo l'intervallo di tempo in cui la vittima rimane senza adeguato trattamento prima del trasporto all'ospedale più idoneo (Therapy Free Interval).	Soccorrere sul territorio e non curare. Intervenire adeguatamente e rapidamente nella golden hour.	Valutazione del paziente sul posto, effettuare i trattamenti salva vita e trasportare il paziente in ospedale prima possibile.
Organizzazione del territorio	Il territorio è suddiviso in Centrali operative che hanno una valenza provinciale.	L'allarme di soccorso giunge alla centrale del 911 che attiva il mezzo di soccorso più idoneo. La centrale è collegata ai DEA negli ospedali.	L'allarme di soccorso giunge alla centrale del 999 che attiva il mezzo di soccorso più idoneo. La centrale è collegata agli A&ED negli ospedali.
Personale addetto all'emergenza	Medici Infermiere di CO: addestrato alla ricezione della chiamata, all'uso dei dispatch con attribuzione del codice di gravità in uscita, all'attivazione del mezzo di soccorso idoneo fino al trasporto della vittima in ospedale. Infermiere che opera sul mezzo di soccorso: valuta la scena, tratta e stabilizza il paziente in autonomia, o in collaborazione con il medico, fino al trasporto nello Ospedale più idoneo, attribuisce il codice di rientro. Autisti soccorritori Volontari	First responder: vigili del fuoco, polizia che arrivano per primi sulla scena. EMT-1 o basic: opera da solo o con equipaggi avanzati. EMT-2/3 o intermedio: è una figura simile all'infermiere. EMT-4 o paramedico: è colui che dirige l'équipe dell'ambulanza ed è il responsabile del soccorso.	Call handler: è assimilabile all'infermiere di C.O. Ambulance technician: affianca spesso i paramedici. Emergency care assistant: è una figura tecnica. Emergency care practitioner: è una figura tra l'infermiere e il paramedico. Paramedico: è il professionista più esperto, lavora da solo, o con il supporto di altre figure. Può far parte di tutti gli equipaggi, compreso l'air ambulance.

Un esempio di protocollo utilizzato negli USA è quello dell'ACLS, che consente ai paramedici di somministrare adrenalina, lidocaina e atropina in autonomia. Inoltre, in conformità ai protocolli e procedure standard, il paramedico può somministrare glucosata, naloxone, antiaritmici, cortisonici, analgesici, oppiacei e curari.^{3,4} Dai risultati ottenuti si può legittimamente affermare che se da un lato il panorama sanitario italiano ha dato importanti riconoscimenti legislativi alla professione infermieristica, che è passata da una situazione "autorizzativa" del mansionario, a una visione di "accreditamento" a operare in autonomia professionale,, dall'altra nel campo dell'emergenza la Legge continua a parlare di

"protocolli decisi e approvati dal medico responsabile del servizio" (art.10 del DPR 27 marzo 1992). A oggi quindi assistiamo a due realtà parallele: quella giurisprudenziale che riconosce l'infermiere come un professionista con un preciso ambito di responsabilità e quella operativa sul campo che invece, nella maggior parte dei casi, relega questa figura a un'operatività ancora marginale, in assenza di quei protocolli e procedure che dovrebbero essere scritti e approvati a sostegno dell'attività.^{8,9} La resistenza all'elaborazione e attivazione dei protocolli potrebbe trovare una motivazione nella confusione tutta italiana tra "atto medico" e "atto sanitario", che sono considerati sinonimi. In questo scenario acquista una partico-

lare rilevanza, la formazione, che andrebbe anch'essa vista come un processo, nel quale entrano in gioco sia i bisogni formativi necessari all'organizzazione, che quelli individuali. La valutazione di efficacia in itinere e finale, rispetto agli obiettivi formativi, è un momento fondamentale per valutarne l'impatto sui professionisti, nell'ottica di un cambiamento dei loro comportamenti. La realtà sociale apre nuove sfide nel precludere monopoli professionali ed aprire alla integrazione delle competenze dei vari professionisti della salute. Questo però rende necessario aprire una fase di riflessione, finalizzata alla ricostruzione dei diversi ruoli professionali, per evitare lo scivolamento verso

Tabella 2. Organizzazione USA

Compiti del personale USA	Formazione erogata USA
<p>First responder: è addestrato a manovre di primo soccorso.</p> <p>EMT-1: abilitato a RCP, liberazione vie aeree con aspiratore, posizionamento cannula orofaringea, trattamento di base, immobilizzazione del paziente traumatizzato e uso del defibrillatore semiautomatico.</p> <p>EMT-2/3: abilitato al posizionamento di accessi venosi, somministrazioni infusive e di ossigeno, uso del defibrillatore manuale e applicazione di tecniche avanzate per le vie aeree.</p> <p>EMT-4/paramedico: abilitato al BLS, infusioni venose, somministrazione di ossigeno e farmaci, trattamento avanzato delle vie aeree con intubazione anche rino tracheale, decompressione toracica con ago 14-16G, interpretazione ECG.</p>	<p>La formazione è standardizzata, continua e obbligatoria per i seguenti corsi: BLS, BTLS, ALS, ACLS, ATLS, BPLS, e PALS con re-training biennale. Nei 2 anni che intercorrono fra i corsi base obbligatori, sono previste ore fisse di educazione medica continua e lezioni di clinica. Se alla fine di questo periodo non è superato l'esame finale il personale perde la licenza come EMT e non può più svolgere questo lavoro in tutti gli USA, in quanto viene cancellato dal Registro Unico Nazionale dei Soccorritori.</p>

Tabella 3. Organizzazione UK

Compiti del personale UK	Formazione erogata UK
<p>Call handler: risponde alla chiamata di emergenza e in base alle informazioni ricevute attiva il mezzo più idoneo usando dispatch, se necessario dà indicazioni all'utente per manovre salva vita.</p> <p>Ambulance technician: affianca il paramedico, intervenendo in ogni tipo di situazione traumatica e non, effettua BLS e si occupa del trasporto in ospedale del paziente.</p> <p>Emergency care assistant: è spesso alla guida del mezzo, affianca i paramedici, osserva e valuta i parametri vitali, conosce l'uso di supporti medici, si occupa della manutenzione del veicolo e collabora per il trasporto in sicurezza del paziente.</p> <p>Emergency care practitioner: interviene nelle emergenze mediche non traumatiche spesso a livello domiciliare, valuta la situazione del paziente secondo skill e procedure, prescrive, fa e interpreta test, radiografie e medicazioni ritenute necessarie fino alla stabilizzazione del paziente.</p> <p>Paramedico: è abilitato all'infusione di farmaci per via ev, im e sc, intubazione endotracheale, somministrazione di ossigeno, all'uso di tutti i presidi per la ventilazione (maschera laringea), all'uso del defibrillatore, all'immobilizzazione del paziente traumatizzato, al monitoraggio cardiaco, alla rilevazione della saturazione e alla terapia trombolitica.</p>	<p>Il call handler è addestrato su procedure BLS, l'uso dei dispatch per il triage telefonico, uso del software e delle radiocomunicazioni.</p> <p>L' ambulance technician segue un percorso formativo di 3 mesi suddiviso in 5 moduli: 3 su casi clinici con lezioni teoriche – pratiche e 2 su addestramento alla guida.</p> <p>L'addestramento dell'emergency care assistant consiste in un corso preparatorio all'ambulanza di circa 9 settimane che tratta di manovre BLS e tecniche manuali per la mobilizzazione / immobilizzazione del paziente. Se l'esame finale è superato si accede al mezzo di soccorso con affiancamento.</p> <p>L'emergency care practitioner oltre al corso base segue un percorso formativo aggiuntivo con un corso di manualità pratiche e uno per le patologie croniche.</p> <p>La formazione del paramedico prevede un corso teorico – pratico che dura dai 2 ai 5 anni e un periodo di tirocinio nei DEA degli ospedali con la supervisione medica. Il corso prevede BLS, PBLSD, PHTLS, gestione delle vie aeree, gestione delle emergenze cardiovascolari, delle patologie neurologiche, ostetriche, ginecologiche e immobilizzazione del paziente.</p> <p>Segue un percorso formativo anche per disturbi mentali, malattie pediatriche, incidenti maggiori.</p>

Figura 1



posizioni rigidamente corporative da parte di tutti gli attori della sanità per riscrivere le competenze in uno scenario collaborativo che, pur delineando in modo chiaro i diversi compiti e responsabilità, è l'unico scenario possibile per il "bene" del paziente.

Acronimi

- ACLS: advanced cardiac life support
- BLS: basic life support and defibrillation
- AREU: Assistenza Regionale Emergenza Urgenza
- ARES 118: Assistenza Regionale Assistenza Sanitaria
- MSI: mezzo di soccorso intermedio.

Bibliografia

1. Società Italiana del 118. 118 emergenza sanitaria. www.sis118.it/pagine/index.htm ultimo accesso 12.03.2011
2. Emergenza Sanitaria 118 Italia. www.118italia.net ultimo accesso 12.03.2011
3. Stati Uniti d'America: l'organizzazione dei servizi d'emergenza. www.autistasoccorritore.it/usa.html ultimo accesso 13.03.2011
4. National Health Service. *The structure of the NHS and Explore by career.* www.nhscareers.nhs.uk ultimo accesso 13.03.2011
5. National Association of Emergency Medical Technicians. *Careers in EMS.* www.naemt.org ultimo accesso 13.03.2011

6. Azienda Regionale Emergenza Urgenza. 118 - *Emergenza urgenza sanitaria* www.areu.lombardia.it ultimo accesso 12.03.2011
7. Azienda Regionale Emergenza Sanitaria. *Il Sistema di emergenza sanitaria nel Lazio*. www.ares118.it ultimo accesso 12.03.2011
8. MENGHINI A, VACCA D. *L'infermiere nell'emergenza extra e intraospedaliera. CO118 Viterbo Pronto soccorso Ospedale Belcolle*. Disponibile all'indirizzo: <http://nfs.unipv.it> ultimo accesso 14.03.2011
9. MUSIARI M. *Gestione avanzata delle vie aeree nell'emergenza extraospedaliera*. Tesi di laurea in infermieristica aa. 2002-2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.infermieriattivi.it> ultimo accesso 14.03.2011
10. SMITH R M, CONN A. *Prehospital care – scoop and run or stay and play?* Injury, nov. 2009; 40 suppl 4:S23-6.
11. HAAS B, NATHENS AB. *Pro/con debate: is the scoop and run approach the best approach to trauma services organization?* Critical care 2008, 12:224.
12. NIRULA R, MAIER R, MOORE E, SPERRY J, GENTILELLO L. *Scoop and run to the Trauma Center or stay and play at the local Hospital: hospital transfer's effect on mortality*. Journal trauma, 2010 Sep; 69(3): 595-9.



SCENARIO®

associazione nazionale infermieri di area critica

“LA COMUNICAZIONE EFFICACE”

Seconda Parte

Evento formativo ECM

Trento 29, 30 Ottobre 2011

c/o Servizio Formazione

Via Paolo Orsi, 11 - 1° piano Aula 4

Questo corso della durata di 8 ore (inizio 8,15 fine ore 18,10) si presenta come la naturale continuità del precedente percorso. Nella prima parte si è analizzata la parte “umana” della comunicazione, evidenziando come spesso il non prestare attenzione al “come” comunichiamo possa generare, a volte, dei conflitti. Nello stesso tempo si è cercato di fornire una maggiore consapevolezza di alcuni aspetti comunicativi tesi a “disinnescare” certe problematiche.

In questa seconda parte il discente potrà “esperimantare” come il “contesto comunicativo” modifichi la sua abilità di parlare/ascoltare attraverso un percorso “fisico” al termine del quale si cercherà di analizzare il “perché” e il “come” di questa esperienza.

Per maggiori informazioni rivolgersi a: Olivo Calliari, olivocalliari@yahoo.it

Servizio di Gastroenterologia Ospedale S. Chiara Trento. Cell. 340 4045377

Destinatari: Infermieri, N° 50 posti disponibili

Iscrizioni on line al corso di formazione

Per le iscrizioni registrarsi on line sul sito www.anarti.it

Quote di iscrizione:

Per il pagamento seguire le istruzioni presenti sul sito www.anarti.it
Entro il **24 Ottobre 2011**

Quota Iscrizione: € 83,33 + 16,67 iva = € 100,00

L'iscrizione effettuata dall'ente di appartenenza non è soggetta ad IVA (art. 8 comma 34 legge 67/1988).

Diritti di iscrizione

L'iscrizione al Corso di Formazione dà diritto a:

- kit personale
- attestato di partecipazione
- ECM