

I CAMBIAMENTI NELL'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA: TESTIMONIANZE DI ALTRE REALTA' ASSISTENZIALI

A cura di Patrizia Bergese Bogliolo, Gabriella Bertoni, Patrizia Gazza.

Lo scenario sanitario nazionale è in forte trasformazione a causa della normativa sanitaria emanata negli ultimi anni. L'aziendalizzazione sanitaria infatti, nasce e si afferma come riconoscimento delle possibilità e delle opportunità di gestire i servizi pubblici sanitari, ospedalieri, territoriali, attraverso logiche e strumenti dell'economia aziendale che devono essere mutuati in un'azienda produttrice di servizi peculiare come quella sanitaria.

A tale scopo, il contesto normativo sottolinea i principi sostanziali su cui si fonda il nostro sistema sanitario quali la logica di servizio, la centralità della persona, la particolare attenzione alle "fragilità" presenti nell'utenza

Oltre a queste regole generali improntate ad una nuova visione e cultura sono state emanate norme, relative alla nostra professione, che ci permettono di essere pienamente "attori" nei cambiamenti previsti.

Il cambiamento rappresenta quindi, il filo conduttore dell'assistenza sanitaria.

Gli infermieri operano già come agenti del cambiamento, spesso senza esserne pienamente consapevoli. Ne sono esempi il rivedere il modo in cui essi organizzano il loro lavoro, l'insegnare ad un paziente affetto da patologia cronica la modificazione dello stile di vita o il condurre un'inchiesta sulla qualità dell'assistenza.

Nonostante questo gruppo professionale abbia un grande potenziale nell'evoluzione sanitaria, il suo ruolo è spesso sottovalutato dagli stessi professionisti, e le opportunità per migliorare la pianificazione e l'organizzazione del cambiamento possono andare perdute.

Diventa essenziale quindi, capire meglio la natura del cambiamento poiché se si comprendono i motivi che lo hanno generato e in quale direzione esso procede, si spendono meno energie per difendersi o per opporsi all'inevitabile e si è più preparati a sfruttarlo a proprio vantaggio anziché limitarsi a reagire o a subirlo.

A tal fine, gli infermieri devono riflettere sulla loro situazione per decidere se possiedono la conoscenza, la capacità e le risorse necessarie per raggiungere i loro obiettivi.

Il cambiamento, a qualsiasi livello, è più efficace se preceduto da un'attenta pianificazione, in quanto l'entusiasmo e le idee sono importanti, ma essi devono essere temperati da una sobria riflessione. Ciò non significa, tuttavia, che la pianificazione produrrà risultati perfetti. Per questo motivo è importante essere consapevoli del fatto che, anche se il cambiamento può essere appreso, preparato e pianificato, esso non può essere semplice e diretto: in realtà solo di rado esso è lineare e sequenziale, ma più frequentemente il cambiamento può determinare situazioni inaspettate e le persone possono rispondere ad esso in modo irrazionale.

La gestione del cambiamento presenta fasi simili a quelle del processo infermieristico:

- analisi della situazione;
- pianificazione (decidere ciò che deve essere fatto);
- attuazione (mettere in atto il piano);
- valutare gli effetti ed apportare aggiustamenti necessari.

L'infermiere che padroneggia il cambiamento è in grado di utilizzare una vasta gamma di conoscenze e tecniche, adattandole alle diverse situazioni ed offrire, di conseguenza, un contributo al miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti.

Questo panorama introduce nuove logiche operative e strumenti finalizzati a garantire adeguati livelli di assistenza:

- *introduzione di soluzioni organizzative*, caratterizzate da flessibilità e gestione per processi, finalizzate al risultato; questo significa prestare attenzione non solo ai singoli compiti slegati spesso tra loro, ma avere una visione generale dell'intero processo e del risultato che si vuole conseguire;
- *lo sviluppo delle risorse umane*, sulla base di valide competenze professionali, quale motore dei processi di innovazione del sistema; questo significa sviluppare le conoscenze e competenze delle risorse ed anche la motivazione delle persone facendole sentire parte attiva della struttura;
- *la progettualità e la responsabilità*, quali espressione delle competenze professionali specifiche all'interno del sistema, in grado di leggere prospetticamente i bisogni e la domanda di assistenza in relazione ai problemi prioritari di salute; le norme stesse ci riconoscono tali elementi, occorre però rendere visibile il nostro operato e soprattutto tutto il processo decisionale che è alla base di esso.
- *individuazione di standard*, per una qualità pesata e dimostrata, come presupposto per essere competitivi sul mercato dei servizi sanitari; è indispensabile l'individuazione di tali criteri

poichè ci permettono di definire a quale livello ci collochiamo e quali possono essere le possibilità di miglioramento;

- *l'accreditamento*, quale insieme di regole, di scambi, di miglioramento continuo della qualità, fondato su percorsi di valutazione delle strutture, dei processi e delle competenze, valutazione che deve iniziare dalla valutazione personale del proprio operato.

Questi aspetti trovano la giusta collocazione in un'organizzazione di tipo dipartimentale che risulta essere idonea e congruente al contesto attuale.

Le finalità che connotano un dipartimento possono esplicitarsi come segue:

1. garantire attraverso le sue articolazioni organizzative la centralità della persona malata nel processo assistenziale, favorendo un'assistenza globale e personalizzata nel rispetto dell'unicità e continuità;
2. garantire il coordinamento e l'integrazione delle diverse tappe assistenziali, nonché delle diverse risorse professionali, rispondendo a criteri di efficacia, efficienza ed equità nelle realtà intra ed extra ospedaliere;
3. garantire, nel rispetto di processi decisionali condivisi dalle specificità professionali ivi operanti, l'appropriato utilizzo delle risorse umane e materiali, al fine di perseguire gli obiettivi negoziati per il dipartimento;
4. garantire la continua valorizzazione delle risorse umane, promuovendone lo sviluppo delle competenze tecnico-professionali.

Le finalità dipartimentali si esprimeranno attraverso le seguenti aree di competenza:

- 1. assistenziale,**
- 2. formazione e aggiornamento**
- 3. didattica e ricerca**
- 4. gestione risorse umane e materiali:**
- 5. educazione e informazione sanitaria.**

In ambito assistenziale è possibile promuovere l'organizzazione di determinate attività (prevenzione, pre-ospedalizzazione, ricovero, riabilitazione, dimissione protetta, ecc); l'adozione e la valutazione periodica di linee guida cliniche ed organizzative, predisposte per raggiungere gli obiettivi di efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni assistenziali; l'adozione di criteri per la valutazione della qualità dell'assistenza erogata.

A questo livello è opportuno che il personale infermieristico adotti con criteri condivisi determinate modalità operative, sia da un punto di vista organizzativo che clinico.

Per omogeneizzare i comportamenti è indispensabile un ripensamento di tutte le attività infermieristiche sulla base delle evidenze scientifiche. E' opportuno che tale revisione sia effettuata dagli stessi operatori, per consentire un miglioramento della qualità assistenziale e contemporaneamente promuovere la crescita professionale. Procedure, protocolli e linee-guida, costruiti dagli stessi operatori e periodicamente revisionati, rappresentano gli strumenti funzionali a tale scopo.

Esempi di protocolli clinico-assistenziali sono quelli relativi alla gestione dei cateteri venosi centrali, al cateterismo vescicale, alla prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee, alla preparazione del paziente all'atto operatorio, alla gestione del post-operatorio e alla profilassi delle infezioni chirurgiche, alla sanificazione ambientale, al triage.

Esempi di protocolli organizzativi sono quelli relativi alla pre-ospedalizzazione, all'accoglienza, alla ospedalizzazione diurna pre e post ricovero, al trasferimento dei pazienti presso altre strutture di diversa complessità assistenziale (per esempio riabilitative), alla dimissione anche protetta.

Per ciò che attiene *la formazione e l'aggiornamento* è opportuno garantirne la pianificazione e l'organizzazione, prevedendo la valutazione di iniziative formative; sperimentare momenti formativi con destinatari appartenenti a diverse professionalità, nell'ottica di una formazione integrata. A tal fine è opportuno definire un piano di aggiornamento annuale sulla base del fabbisogno formativo, congruente con gli obiettivi dipartimentali ed aziendali, nell'ambito del budget assegnato al dipartimento. La pianificazione di iniziative formative deve prevedere la socializzazione delle conoscenze ed una ricaduta oggettivabile e misurabile sulla realtà operativa.

In riferimento alla *didattica*, è possibile adottare strumenti e modalità di tutoraggio condivisi e formalizzati, rivolti agli studenti dei corsi di formazione di base e post-base del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione ed dei corsi di specializzazione .

La *ricerca* può essere condotta in area clinica, organizzativa, assistenziale. Può essere proposta a livello di una Unità Operativa ed estesa ad altre realtà con la condivisione di altri colleghi, per raccogliere dati su un campione maggiormente significativo in grado di fornire risultati rappresentativi.

Un esempio può essere fornito dai Gruppi di Miglioramento Continuo della Qualità che hanno la caratteristica di riunire operatori di diverse realtà, anche con professionalità diversa, affrontando

criticità organizzative identificate dagli operatori stessi, sulla base della propria esperienza operativa quotidiana.

L'ottimizzazione del processo assistenziale non può disgiungersi dai meccanismi di *gestione delle risorse umane, economiche e materiali*, che devono essere essenzialmente esplicitati attraverso la predisposizione di criteri di accesso e allocazione delle risorse per poterne massimizzare le potenzialità di utilizzo.

La gestione delle risorse umane può realizzarsi con:

- la costruzione ed applicazione di protocolli di inserimento e valutazione del personale neo-assunto; di un sistema di valutazione permanente ai fini dello sviluppo di carriera;
- la redazione di un programma di mobilità ordinaria e d'urgenza proceduralizzata, secondo criteri condivisi e codificati, con l'obiettivo di favorire la crescita professionale ed evitare e/o diminuire fenomeni di burnout. La rotazione programmata deve rispettare criteri di gradualità per garantire comunque un'assistenza di qualità e il senso di appartenenza dell'operatore al gruppo di riferimento.

La gestione delle risorse materiali potrebbe realizzarsi con:

- la definizione logistica, in modo condiviso, degli armadi farmaceutici e del materiale sanitario, per agevolare l'inserimento di personale proveniente da altre Unità Operative, che potrebbe così riscontrare minori differenze rispetto all'ambito di provenienza;
- la realizzazione di protocolli per la gestione degli armadi del materiale sanitario e dei farmaci (controllo delle scadenze e riduzione delle scorte);
- la formulazione di protocolli per la manutenzione delle attrezzature e per la loro sostituzione o nuova acquisizione, in ambito dipartimentale.

L'educazione e informazione sanitaria si concretizza mediante la predisposizione di interventi informativi ed educativi, volti all'applicazione dei principi contenuti nei documenti programmatori (ad es.: sull'utilizzazione dei servizi, delle prestazioni, sul consenso alle cure, ecc.).

A seconda della finalità dell'informazione/educazione, che può essere rivolta al singolo o alla collettività si possono prevedere interventi di Counselling, campagne di informazione alla popolazione sull'utilizzo corretto delle strutture ospedaliere e territoriali di emergenza, campagne di informazione sullo screening delle malattie neoplastiche, diffusione di informazioni quali Carta dei Servizi Sanitari.

parte a cura di Bertoni G.

Dopo questa panoramica generale sui possibili interventi a disposizione degli infermieri per inserirsi attivamente in questo processo di cambiamento passerò a raccontarvi come è stato vissuto il cambiamento nel reparto dove lavoro e ciò che abbiamo cercato di fare o stiamo elaborando sia a livello dipartimentale che di unità operativa..

per quanto riguarda il dipartimento presso cui opero, il Dipartimento di medicina interna e specialità mediche dell'università di Genova è costituito da 19 UO di medicina interna, generale e specialistica con vari centri di alta specializzazione e servizi ambulatoriali. Dal 1997 ha assunto il ruolo di dipartimento dell'azienda Ospedaliera S. Martino.

Da un punto di vista infermieristico l'esperienza dipartimentale, sino ad oggi, non ha portato notevoli sviluppi o innovazioni.

Questo è in massima parte imputabile al fatto che sino a poco tempo fa la carenza di organico pressochè perenne ha rappresentato il problema prioritario ed ha di conseguenza limitato le proposte innovative o i possibili sviluppi e quindi nelle riunioni che sistematicamente venivano effettuate gli argomenti maggiormente trattati erano rappresentati più che dalla condivisione di linee comuni e progettazione di interventi alla risoluzione di tale problematica..

Ultimamente, poichè tale problema è in parte rientrato si sono aperte nuove prospettive.

Sono in elaborazione vari progetti quali corsi di aggiornamento per il personale infermieristico afferente a tale dipartimento, richiesti da parte di tutto il personale afferente ad esso poichè a parte iniziative legate alle singole realtà o corsi di aggiornamento obbligatori la maggior parte degli infermieri non partecipava da tempo ad attività di aggiornamento. E' già stata effettuata un'analisi dei bisogni formativi ed una bozza di progetto che deve però essere ulteriormente definito.

Ultimamente sono state previste riunioni mensili tra i vari coordinatori infermieristici, il coordinatore infermieristico del dipartimento ed il responsabile medico del dipartimento per definire quali siano le problematiche maggiori, le possibili soluzioni e per proporre la costruzione ed adozione di modalità assistenziali e logistiche comuni.

Si sta elaborando un progetto per l'attività di consulenza infermieristica: nel dipartimento coesistono realtà specialistiche, e per ogni realtà dovrebbe essere identificato un infermiere "esperto" che settimanalmente offrirà la propria consulenza ad altre unità operative del dipartimento che la richiedano. Questo rappresenta per noi un passo importante perchè permette la collaborazione tra le varie unità operative, un momento di incontro e scambio e la condivisione e socializzazione delle competenze specifiche, un riconoscimento del merito e della competenza della persona.

Sicuramente a livello dipartimentale la strada da percorrere è ancora lunga in quanto molti progetti sono ancora allo stato embrionale e la cultura e filosofia del dipartimento non è ancora stata interiorizzata totalmente..

Per quanto riguarda la mia esperienza personale devo riconoscere che le mie reazioni alle varie innovazioni nella maggior parte dei casi sono state duplici, ad un primo momento di rifiuto perchè rappresentavano una ulteriore complicazione e solitamente un ulteriore carico di lavoro seguiva una riflessione e la consapevolezza che questo rappresentava comunque l'occasione per nuovi stimoli e nuove opportunità

Anche se vivo il cambiamento perlomeno inizialmente con insicurezze e talvolta anche ansie, vedo comunque in esso un motivo di sviluppo, una crescita che non avverrebbe in una situazione routinaria.

Oltre a questo il fatto di avere scelto negli ultimi 2 anni di effettuare il corso per dirigenti e docenti di scienze inf. ha consolidato maggiormente questo mio atteggiamento in quanto mi ha dato l'occasione di confrontarmi con altri colleghi e di essere maggiormente informata sui cambiamenti che avvenivano nella professione e di avere quindi modo per riflettere, ed analizzare e valutare le implicazioni per la professione.

Questo mio atteggiamento ha sicuramente influenzato in parte l'atteggiamento dei miei colleghi , influenza dovuta certamente anche al ruolo che rivesto nell'unità operativa.

L'unità operativa presso cui lavoro è il centro emodialisi universitario. Vengono trattati 40 pz affetti da insufficienza renale cronica trisettimanalmente e pazienti affetti da patologia renale acuta in emergenza/urgenza.

Il gruppo infermieristico è costituito da 14 IP , 2 ausiliari, 1 ota.

Prima di parlare di come sia stato ed è vissuto tale cambiamento nell'unità operativa presso cui lavoro occorre fare una premessa che è indicativa di come l'unità operativa presso cui opero non fosse predisposta alle innovazioni.. Il servizio presso cui lavoro è stato caratterizzato per molti anni dall'assenza di grandi cambiamenti. Se a questo si aggiunge il tipo di attività caratterizzato da ripetitività delle tecniche, la tipologia dei pz, il fatto che per anni siano sempre trattati pressochè gli stessi utenti porta come logica conseguenza ad una cultura del personale portata al mantenimento di un certo status quo. Se questa situazione dava al personale una certa sicurezza poichè ognuno implementava le proprie conoscenze e competenze tecniche inevitabilmente comportava anche per una certa chiusura mentale a tutte le novità e per alcuni anche frustrazione.

I primi cambiamenti avvenuti con il processo di aziendalizzazione hanno quindi trovato un terreno ostile, rappresentavano una destabilizzazione alla routine che ormai ognuno di noi era in grado di gestire.

Le obiezioni che più frequentemente venivano mosse erano quelle che i nostri compiti esulavano da ciò che noi consideravamo pratiche burocratiche, contenimento dei costi, ecc ed inizialmente non riuscivamo a vedere oltre, alle possibilità ed occasioni che tutto ciò comportava ed alla necessità comunque di adeguarsi al cambiamento.

Pina piano però questi concetti hanno iniziato a far parte della nostra vita lavorativa e della nostra cultura aprendo la strada a nuove prospettive.

Si è iniziato ad effettuare ricerche infermieristiche, inizialmente con un grande aiuto da parte del personale medico, poichè noi non eravamo abituati a farle. Stiamo continuando su questa strada, divenendo gradualmente più esperti ed autonomi e se inizialmente gli argomenti trattati nei nostri lavori non erano peculiari dell'attività infermieristica lo sforzo, il confronto con altri colleghi ha sicuramente stimolato molte persone a implementare questa attività, ricercando anche argomenti più strettamente infermieristici.

Mentre inizialmente questi progetti coinvolgevano solo parte del personale, ora tutto il personale collabora e partecipa attivamente, proponendo input nuovi.

Per quanto riguarda il cambiamento normativo sulla regolamentazione dell'esercizio professionale infermieristico è andato a legittimare la situazione preesistente in cui si svolgevano attività non previste dal mansionario del 1974. Da parte della maggioranza degli infermieri lo stesso ha rappresentato un giusto riconoscimento dell'attività svolta ed una tutela da un punto di vista legale. Questo riconoscimento dell'autonomia e della responsabilità professionale, il nuovo contratto di lavoro hanno sicuramente favorito il manifestarsi di una maggiore esigenza di aggiornamento e non solo per argomenti strettamente legati alla dialisi. Ultimamente nella azienda sono stati programmati corsi sulle infezioni ospedaliere, sul BLS ed altri corsi di aggiornamento a cui tutto il personale della dialisi chiede di partecipare; prima tale richiesta coinvolgeva solo poche persone. Anche questo è un sintomo di un cambiamento di mentalità di un'apertura che prima non esisteva. Apertura che si manifesta anche per ciò che riguarda situazioni non strettamente collegate alla dialisi, basti pensare che negli ultimi 2 anni ben 6 persone si sono attivate per conseguire la maturità. Questo dimostra che ciò che è stato mosso da qualcosa di cui noi non eravamo inizialmente parte è stato interiorizzato e forse era ciò che molti di noi cercavano pur non essendone pienamente consapevoli.

Ultimamente abbiamo anche iniziato a lavorare su alcuni progetti, abbiamo sentito la necessità di produrre documentazione che ci tuteli, ci sia d'aiuto e dimostri soprattutto le nostre attività.

Stiamo lavorando per la progettazione di un protocollo sull'utilizzo dei dispositivi di sicurezza. Inizialmente vi sono state resistenze all'uso di tali dispositivi che sono stati visti come un'imposizione dell'azienda, una sorta di tutela per il datore di lavoro rispetto alle normative

emanate sulla sicurezza in ambiente di lavoro. Dopo varie discussioni sull'argomento il problema è stato ribaltato, ora tutti utilizzano tali dispositivi, ritenendoli utili alla propria salvaguardia e si è pensato di elaborare un protocollo che codifichi il loro utilizzo e la scelta delle tipologie da usare a seconda delle varie situazioni. In alcune riunioni si è discusso quali riteniamo siano le attività a basso, medio ed alto rischio di contaminazione e quindi quali presidi utilizzare nei vari casi. Questi sono concetti che sarebbero comunque sviluppati da parte di qualcuno nell'azienda che certamente però non conosce a fondo l'attività, abbiamo quindi ritenuto che sia utile che siano gli stessi operatori, che sono competenti in materia, a definire le varie modalità.

Stiamo anche sentendo l'esigenza di codificare un protocollo per l'addestramento dei nuovi assunti o di personale che non è mai stato in dialisi. Attività che si è sempre espletata con regole e step mai scritti. Questa esigenza nasce dalla necessità di far conoscere al nuovo inserito quali siano le competenze che dovrà raggiungere per svolgere efficacemente l'attività dialitica e soprattutto quali sono i passaggi fondamentali che deve superare rispettando una certa gradualità. Questo conferirà al neoassunto una maggiore sicurezza, garantirà una maggior efficienza del servizio, una uniformità di comportamenti e un'occasione di crescita per chi è addetto all'addestramento.

Da circa 2 anni stiamo adottando una scheda infermieristica dialitica da noi progettata sulla falsariga di uno strumento adottato in un altro servizio di dialisi. Precedentemente facevamo riferimento alla scheda medica dove erano riportati solo peso e pressione del pz. Nella nostra scheda vengono riportati i dati utili per l'attività dialitica e le eventuali problematiche emerse durante la seduta o nel periodo interdialitico. Tali informazioni precedentemente erano riportate verbalmente tra un turno e l'altro. Questo comportava spesso la perdita di notizie utili per poter effettuare un trattamento efficace e personalizzato. Questo documento rappresenta ora un segno di maggior visibilità per ciò che è l'attività infermieristica oltre a garantire una maggior continuità di servizio e offrire al pz una migliore assistenza. Ultimamente in vista del futuro accorpamento con l'altra dialisi universitaria è stata rivisitata dal personale di entrambi i centri al fine di adottare una scheda unica e condivisa per entrambi i reparti.

Nelle nostre intenzioni questo rappresenta il 1 passo per arrivare ad una definizione di una vera e propria cartella infermieristica. Si tratta di un impegno notevole su cui ancora dobbiamo ragionare ma rappresenta un primo piccolo passo verso questo obiettivo. Tale progetto non è ancora condiviso da tutto il personale ed incontra alcune resistenze per l'impegno ed il carico di lavoro che, perlomeno inizialmente, comporta ma sempre un maggior numero di infermieri risulta essere stimolato a proseguire per questa strada.

In questo clima innovativo si sono inserite anche alcune proposte da parte di singoli infermieri che hanno sentito la necessità di sviluppare e codificare determinati argomenti inerenti l'attività quali la

gestione dei cateteri venosi centrali, degli accessi vascolari, la standardizzazione delle procedure di disinfezione dei monitors per dialisi. In realtà queste erano attività effettuate da tutti sostanzialmente con le stesse procedure, ma non vi era nulla di formalizzato e documentato.

Ritengo che questo sia il risultato di un cambiamento culturale , di una loro necessità di sviluppo e la consapevolezza che occorre dimostrare in maniera scientifica quale sia l'attività in dialisi, i criteri con i quali vengono effettuate determinate scelte con autonomia e responsabilità.

Stiamo anche compiendo uno sforzo per ottimizzare i tempi destinati alle pratiche burocratiche o ad attività non inerenti strettamente all'assistenza diretta in modo da ricavare uno spazio maggiore per ciò che riguarda la soddisfazione dei bisogni del pz e momenti di ripensamento della nostra attività. Per evitare perdite di tempo dovute a compilazione ripetitive di richieste di esami ematochimici o strumentali o altro abbiamo provveduto ad inserire tutti i dati sul computer ed anzichè perdere ore in questa attività li stampiamo direttamente aggiungendo solo la data o altre informazioni necessarie. L'inserimento di tali dati ha comportato inizialmente un carico di lavoro ulteriore, ma ci consente ora di risparmiare tempo, energie per un'attività che non era certo gratificante e talvolta effettuata con errori.

Questo percorso non è stato sicuramente facile e vi sono stati momenti di tensione, d'insicurezza, di frustrazione, e talvolta sono presenti tuttora ma credo comunque che abbiamo ottenuto, con la collaborazione di tutti, un grande risultato. L'ostacolo principale è iniziare, tutto il resto viene a cascata. Pian piano ci si rende conto che il cambiamento non è sempre negativo, ma che può offrire opportunità e permette alla persona di svilupparsi , di vedere oltre, di non subire ciò che comunque avverrebbe e sarebbe deciso a prescindere da noi, ma ci permette di essere parte attiva nelle modificazioni in atto. Ci sono ancora molte cose da fare, da rivedere, questo però rappresenta un primo piccolo passo, la consapevolezza e la volontà di essere partecipi.

BIBLIOGRAFIA

- Collegio IPASVI Provincia di Bologna. “Atti del corso di aggiornamento: Consensus Conference sugli indicatori infermieristici”. Bologna, 20 maggio 1996.
- Di Giulio P. ”Gli strumenti dell’assistenza”. L’infermiere 1997; 5:44-53
- Dispense del Docente Prof. a c. Clara Moretto, Insegnamento di Scienze Infermieristiche, Scuola Diretta ai Fini Speciali per D.D.S.I., Genova, anno accademico 1997-98 (materiale non pubblicato).
- Santullo A., “ L’infermiere e le innovazioni in sanità”, McGraw-Hill, Milano, 1999.
- Silvestro A., Vit A., Cimetta G., “Linee guida comportamentali e indicazioni alla compilazione e utilizzo della cartella infermieristica”. L’Infermiere 1996; 3: 56-61.
- XII Congresso Nazionale IPASVI, “Atti”, Rimini, Ottobre 1999.
- Yura WH., Walsh MB., “Il processo di Nursing”, Edizione Sorbona, Milano, 1992

