

LA FORMAZIONE ED IL RUOLO DELL'INFERMIERE E DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO IN ITALIA E CONFRONTO CON ALTRI STATI ESTERI

Introduzione

Con la **soppressione** dei corsi di formazione per infermieri generici e la nascita di nuove figure di supporto come quella dell'operatore socio sanitario, diventa sempre più importante per gli infermieri, capire il ruolo di questi colleghi, per potere assicurare un'assistenza di équipe rivolta all'esigenze dell'assistito, sia in ospedale, che sul territorio. Non è infatti possibile ottenere un corretto inserimento di tali operatori, se gli infermieri non hanno prima chiaro chi sono e le attività che possono eseguire.

Se l'evoluzione di queste figure di supporto non è accompagnata ad **un'informazione corretta** rivolta al personale infermieristico, rischiamo che questi operatori vengano utilizzati per svolgere compiti inferiori e non adeguati a livello della formazione ricevuta e quindi uno spreco di risorse, utili anche per liberare tempo agli infermieri e permettere a questi di dedicarsi ad assicurare un'assistenza olistica al paziente, basata anche sulla relazione e sull'educazione sanitaria, oltre che su una corretta pianificazione e supervisione.

Il nostro studio, partendo da un **excursus-storico legislativo** che ci ha permesso di ricordare lo sviluppo nel tempo della professione infermieristica, ha cercato di dimostrare la positività dell'inserimento degli operatori socio sanitari, sia nel contesto ospedaliero che territoriale.

Per avere una panoramica completa della situazione, abbiamo anche svolto una ricerca a livello **mondiale**, analizzando gli aspetti salienti sia per quanto riguarda l'assistenza infermieristica che quella degli operatori di supporto di alcuni Stati esteri, con la speranza di fare un po' di chiarezza su quella che è la situazione attuale.

La professione infermieristica

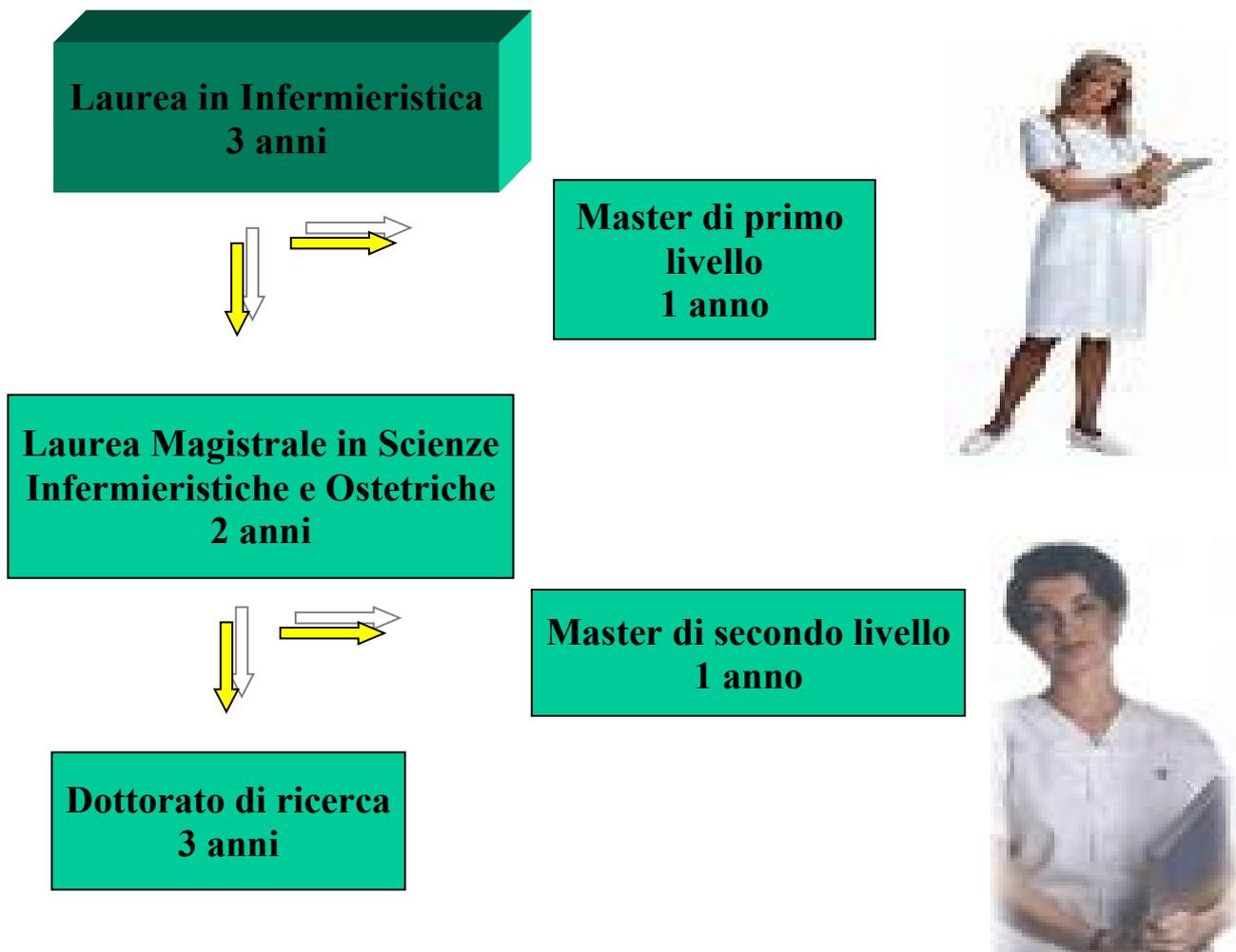
Prima di iniziare è comunque essenziale dare una definizione precisa di chi è **l'operatore socio sanitario** e cioè sapere che tale figura di supporto svolge attività indirizzate a soddisfare i bisogni primari della persona secondo le proprie competenze e aiuta l'infermiere ad assicurare un'assistenza infermieristica qualificata. Le figure di supporto lavorano in servizi residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero o al domicilio dell'utente.

La nostra ricerca è quindi cominciata con l'analisi della formazione dell'infermiere dalle origini ad oggi, dando particolare risalto a partire dal 1925, quando la formazione infermieristica viene regolamentata a livello nazionale, grazie all'apertura delle **scuole-convitto professionali per infermiere**.

Con il Dlg. 502/92 viene istituito il **Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche**, disponendo il passaggio di tutta la formazione infermieristica in ambito universitario.

Con i Decreti del 2 aprile 2001 i corsi di diploma universitario per infermiere si trasformano in **laurea triennale** e in tal modo anche l'infermiere, essendo a pieno titolo laureato, ha acquisito il titolo di dottore.

Attualmente, dopo la formazione di base, l'infermiere laureato ha la possibilità di continuare gli studi per ulteriori due anni e acquisire la **laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche**, diventando un vero e proprio dirigente infermieristico, oppure continuare con un **master** di primo livello e specializzarsi come infermiere generalista o di coordinamento. Dopo la laurea magistrale l'infermiere ha la possibilità di conseguire un **master di secondo livello** o accedere addirittura ad un **dottorato di ricerca**.



LO SCOPO

Lo scopo della nostra ricerca è quello di dimostrare che un infermiere laureato ha bisogno di essere **affiancato da personale di supporto** per potere migliorare la **qualità** dell'assistenza erogata. Dopo avere constatato che oggi la **formazione** infermieristica è una formazione universitaria, abbiamo considerato l'evoluzione e la formazione non universitaria delle diverse figure di supporto e quindi il **ruolo** dell'infermiere e dell'operatore socio sanitario, che, come possiamo vedere, è regolato da leggi diverse, in modo da evidenziare i precisi ambiti di competenza di ogni operatore. Confrontando le due diverse formazioni è risultato quindi evidente che i ruoli e le responsabilità dell'infermiere e dell'operatore socio sanitario sono **diversi**, proprio perché diverse sono le conoscenze.

INFERMIERE

FORMAZIONE
UNIVERSITARIA



OPERATORE SOCIO S.

FORMAZIONE NON
UNIVERSITARIA



IN BASE ALLA L. 42/99
IL RUOLO È REGOLATO DA:

CODICE DEONTOLOGICO
PROFILO (D.M. 739/94)
ORDINAMENTI DIDATTICI DEI CORSI
UNIVERSITARI

PER IL RUOLO SI ATTIENE
AL SUO PROFILO

L'INSERIMENTO DEL PERSONALE DI SUPPORTO

Bisogna considerare che, in base al profilo professionale dell'infermiere è l'infermiere l'**unico responsabile** dell'assistenza infermieristica che viene erogata ai cittadini.

Deve essere quindi egli stesso, che in base ad ogni situazione, **valuta** se effettuare direttamente gli interventi o se demandarli agli operatori di supporto, mantenendo comunque la **pianificazione**, la supervisione e la verifica di quanto effettuato da altri. L'infermiere deve dunque sapere, saper essere, saper fare, ma anche **saper far fare**.

**L'INFERMIERE È L'UNICO RESPONSABILE
DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA**



**L'INFERMIERE DECIDE
COME E QUANDO
UTILIZZARE IL PERSONALE DI SUPPORTO**

PIANIFICAZIONE

SUPERVISIONE

NE

VERIFICA

Agli infermieri rimane la responsabilità di non demandare a figure di supporto l'autorità decisionale, la **regia** del processo assistenziale, la sua personalizzazione all'utente, l'identificazione critica dei bisogni, la valutazione delle condizioni psicologiche, sociali e cliniche della persona, la formulazione della diagnosi infermieristica, lo sviluppo del piano assistenziale ed educativo, la valutazione delle risposte dell'assistito alle cure. La formazione del personale di supporto, se pur di buona qualità, non prevede un approfondimento delle conoscenze e dei metodi ad un livello tale da formare al **pensiero critico**: la capacità di leggere ed interpretare i problemi dell'utente all'interno di un contesto è una peculiarità del nursing.

L'operatore socio sanitario risulta quindi solo responsabile della corretta **esecuzione** delle mansioni svolte e/o attribuite.

Altri aspetti certamente non delegabili riguardano quelle attività assistenziali che richiedono per la loro esecuzione "sicure ed efficaci" conoscenze **specialistiche** ed abilità particolari, come pure tutte quelle attività relative al coordinamento del gruppo e dei processi di lavoro. L'operatore socio sanitario può quindi eseguire solo interventi caratterizzati da **bassa discrezionalità ed alta riproducibilità** della tecnica usata; in genere, più sono stabili le condizioni del paziente, più è possibile attribuire parte della assistenza infermieristica. Il cosa, quanto e come far fare a queste figure dipende, come sempre nella **realtà**, dalle regole, ma anche dalle singole situazioni e dalle valutazioni delle capacità.

Per l'inserimento corretto del personale di supporto, è quindi necessario che l'infermiere si avvalga di strumenti che lo aiutino a svolgere al meglio questo difficile compito, quali i **modelli organizzativi**, una **documentazione infermieristica** coerente, completa e più semplice possibile, come per esempio l'utilizzo della cartella infermieristica o integrata o l'uso di **protocolli e procedure**, alla cui tenuta sia possibile fare partecipare anche l'operatore sanitario, per quanto di sua competenza, secondo quanto specificato dal suo profilo. Il gruppo professionale deve saper scegliere gli strumenti più idonei, in base alle **evidenze scientifiche** (EBN), in modo che l'équipe possa lavorare in modo standardizzato e che i singoli professionisti possano garantire il risultato.



In sostanza, dopo aver **valutato** il paziente e pianificato la sua assistenza, l'infermiere identifica quali compiti possono essere compiuti da qualcun altro in possesso delle competenze necessarie, li assegna, li valuta e supervisiona l'esecuzione di questi compiti nell'implementazione del piano di assistenza ed infine, valuta se il compito è stato svolto in modo appropriato e se è stato raggiunto l'esito pianificato per il paziente. L'infermiere deve sempre tener presente che l'operatore socio sanitario è formato per supportare l'infermiere, non per sostituirlo. Può avvalersi di lui per alcuni atti di natura sanitaria solo se ritiene che siano salvaguardate le condizioni di sicurezza per il paziente.

Comunque sia, l'attribuzione di attività infermieristiche agli operatori di supporto, non deve privare l'infermiere del **contatto** con il paziente: egli deve concentrare l'attenzione sulle risposte dell'assistito, non sulle tecniche ed imparare a conoscere ed interpretare gli indizi e i segni clinici attraversate risposte, gli occhi e le orecchie di un altro operatore.

RISULTATI

Dalla nostra ricerca, condotta in alcune realtà ospedaliere e territoriali, è emerso che l'inserimento dell'operatore socio sanitario non può avvenire in **tutti i reparti ugualmente**, perché in alcuni settori, come l'area critica, si richiede una presa di responsabilità tale, che l'assistenza deve essere erogata principalmente dall'infermiere, mentre risulta ottimale nelle unità operative di degenza non specialistiche o nelle **RSA**.

In alcune realtà operative di **ostetricia** si sta iniziando a trasformare gli attuali posti di lavoro di infermiere in posti di lavoro di ostetrica e di operatori di supporto.

Nelle **degenze specialistiche**, per esempio nelle chirurgie toraciche, si richiede un'attività di supporto media.

Negli ambulatori dell'**INAIL**, per l'attività peculiare di tipo medico-legale, non può avere che personale infermieristico.

CONFRONTO CON STATI ESTERI

Dopo aver analizzato la situazione italiana, vediamo come è in alcuni Stati esteri, in modo da avere una visuale più ampia di quale è la formazione e il ruolo attuale degli infermieri e delle figure di supporto.

In **SPAGNA** la formazione degli infermieri si svolge nelle **università** da tanto tempo.

Esiste anche la figura **dell'operatore di supporto**, che ha una formazione non universitaria ed è abbastanza diffusa negli ospedali.

In **FRANCIA** i vari ministri dell'Istruzione hanno **sempre respinto** l'idea di inserire la formazione degli infermieri nelle università.

Attualmente in Francia il personale di supporto comprende gli **aiuti infermieri (AS)** e **gli assistenti di puericultura (AP)**. Queste figure collaborano con l'infermiere sotto la sua responsabilità. Ovviamente l'infermiere non deve essere **presente in tutti i momenti**, né deve verificare tutto quello che fanno gli operatori di supporto, ma deve avere la padronanza della situazione, perché solo lui ha un quadro autonomo. Quindi, l'esercizio della pratica diretta infermieristica da parte dell'AS è illegale.

Nel **REGNO UNITO** la **formazione infermieristica** viene offerta attraverso Istituzioni di formazione superiore (Università) sia a livello di diploma che a livello di laurea, ma la maggioranza degli studenti sceglie il diploma.

La **formazione del personale di supporto** è organizzata invece a livello locale in base alle esigenze delle singole realtà sanitarie e per soddisfare a delle specifiche esigenze organizzative e assistenziali.

In **FINLANDIA** il sistema di formazione per gli **infermieri** è molto simile a quello italiano: occorre aver frequentato la scuola di base per l'accesso ai **corsi universitari**. La Finlandia si è inoltre occupata di sviluppare in modo elevato la professione infermieristica in **salute pubblica** e nelle **malattie mentali**, essendo uno dei Paesi Europei con la più alta incidenza di suicidi e omicidi.

In **CROAZIA** fino al 2004 c'era un corso triennale di **studi universitari**, con la possibilità di continuare per altri due o tre anni in qualsiasi altra facoltà per completare la laurea come docente di Nursing, sanità pubblica, ecc. Prima c'era un ordinamento basato sulla medicina, mentre con la riforma è stato basato sul **Nursing**. Adesso esiste un corso di base di tre anni, più due anni di specializzazione. Inoltre gli infermieri sono obbligati a seguire la **formazione continua**. Fino al 2004, la **specializzazione** veniva conseguita all'interno degli ospedali universitari con programmi più o meno diversi. Adesso ci sono dei programmi ben precisi a livello nazionale in collaborazione con le facoltà di Scienze Infermieristiche e gli ospedali universitari; inoltre esistono gli esperti di **assistenza clinica**.

In **IRLANDA** per prepararsi alla formazione dal 2002 occorre conseguire una **laurea quadriennale** presso uno dei 14 Istituti di formazione superiore. Esiste la possibilità di intraprendere una **specializzazione** in un'area particolare come, per esempio, la pediatria, l'area critica, l'ostetricia. Vi è anche la possibilità, con circa un altro anno di formazione, di conseguire la **laurea specialistica** e, in tal caso, è possibile scegliere se approfondire l'ambito accademico professionale, quello dell'insegnamento oppure quello del management.

Gli **operatori di supporto** irlandesi seguono invece un percorso formativo della durata di sei mesi, con 140 ore di teoria e 480 ore di esperienza clinica.

Nel Quebec, in **CANADA**, gli infermieri ausiliari, i cosiddetti **IA**, possono in autonomia, ma a talune condizioni, erogare alcune cure infermieristiche. La legge del Quebec, come quella italiana, conferisce agli infermieri un **esercizio esclusivo**, cioè, nessuna altra persona è abilitata a utilizzare il titolo di infermiere, né ad erogare prestazioni infermieristiche.

Negli **STATI UNITI** gli infermieri possono conseguire diversi diplomi universitari, quali il **baccalaureato**, che consente loro di lavorare in ospedali, agenzie delle Comunità, scuole, industrie, sanità domestica e cliniche. Il grado di baccalaureato è richiesto per la preparazione supplementare e per i livelli di laurea, visto che è una laurea di grado inferiore al dottorato.

Gli infermieri che acquisiscono il **master**, sono preparati per lavorare in una varietà di ruoli avanzati, quali l'infermiere esperto, l'infermiere professionista, l'infermiere ostetrica o anestesia o il coordinatore clinico degli infermieri.

Il grado di **dottorato** (nursing doctorate degree) prevede l'entrata nella pratica professionale della professione d'infermiere e la preparazione per il licensure iniziale (il licensure, sarebbe un'autorizzazione necessaria per potere lavorare).

Il grado di **socio** richiede uno studio di due anni e include la formazione di corso generale, mentre per il **diploma** occorrono due-tre anni di studio, ma tutti e due i titoli di studio consentono eleggibilità per il licensure, perché registrate.

La professione di **infermiere pratica** ha invece la durata di un anno e i programmi possono essere trovati nelle normative dell'ospedale, in quelle professionali, nell'università di Comunità e del junior. Tale infermiere laureato è eleggibile per il licensure come un'infermiere pratica autorizzata o infermiere professionale autorizzata. Le funzioni pratiche dell'infermiere sono sotto il consiglio di un'infermiere registrata.

Le principali figure infermieristiche che lavorano negli Stati Uniti risultano essere:

L'infermiere professionista registrata, che può formulare una diagnosi infermieristica, trattare le risposte umane ai problemi di salute reali, l'educazione sanitaria, eseguire le prescrizioni di un medico autorizzato.

L'infermiere pratica autorizzata, che, invece, agisce sotto un'infermiere professionista registrata o un medico autorizzato e corrisponde, quindi, di più ad una nostra figura di supporto. Le infermiere devono avere ricevuto una formazione che comprenda il completamento della High School o del relativo equivalente (la nostra scuola superiore) ed avere completato un programma di studio riconosciuto e approvato nella professione d'infermiere professionale.

Il modello assistenziale degli **anni '80**, dove tutta l'assistenza di base veniva erogata solo dagli infermieri professionali, è stato abbandonato. La ristrutturazione degli ospedali ed i tagli economici hanno comportato l'inserimento di personale "**ausiliario**" e la riduzione del numero di infermieri professionali, che si trovano nella situazione di dover assistere più pazienti di quanti potrebbero e quindi nella condizione di dover fare svolgere ad altro personale interventi che sarebbero stati di loro competenza. Il 97% degli ospedali hanno assunto figure quali la "nursing assistano", "nursing extender", "care partner", ecc. Si tratta di figure non infermieristiche, il cosiddetto "personale di supporto", che hanno una preparazione variabile per contenuti e monte ore e sono di sostegno all'infermiere. Sia i singoli infermieri che le organizzazioni professionali hanno reagito a questa tendenza con una certa preoccupazione: per la riduzione della qualità dell'assistenza, ma anche per il rischio che le infermiere corrono quando fanno svolgere alcune attività a personale non qualificato; è difficile a volte capire cosa può essere delegato ad altri senza compromettere la qualità dell'assistenza. Le infermiere non risultano preparate a valutare le competenze del personale ausiliario e questo è un problema che esiste anche in Italia. Negli USA, però, eventuali problemi creati ai pazienti si pagano cari, fino alla **revoca della licenza di esercizio**.

Gli ordinamenti didattici in **BRASILE** sono assai vicini ai nostri. La formazione è **universitaria** e si sviluppa in un arco di **quattro anni**, da un minimo di 3.500 ad un massimo di 4.500 ore. Sono previste anche le **specializzazioni** nelle aree clinico-assistenziali e nel management. L'apice del percorso formativo è costituito dal dottorato.

Esiste però, il problema della **carezza** delle strutture e dei presidi sanitari: al di là di un ospedale modello a San Paolo, registriamo ritardi di circa dieci anni rispetto all'Europa, con tutte le immaginabili conseguenze sulla qualità dell'assistenza; per questo molti infermieri ritengono di poter ricavare da **un'esperienza di lavoro all'estero** importanti vantaggi in termini di sviluppo professionale. Sia la professione medica che quella infermieristica sono sottopagate. Per quel che riguarda in particolare lo status sociale e professionale, invece, gli infermieri sono una categoria tra le più amate e stimate dalla gente.

In **AUSTRALIA**, storicamente, la transizione della formazione a livello **universitario** è iniziata 25 anni fa circa. Attualmente, la formazione infermieristica è riconosciuta a tutti i livelli completa, dinamica e di elevato livello accademico. Le aree di specialità clinica offrono opportunità di aumentare le conoscenze nella **pratica clinica** nel campo dell'ostetricia, neonatologia, pediatria, area critica, nefrologia, salute mentale, emergenza, neuroscienze, ortopedia, oncologia, lesioni spinali, sala operatoria, nursing respiratorio e cardiotoracico.

CONCLUSIONI

In base a quanto rilevato attraverso la raccolta delle diverse esperienze, possiamo quindi concludere che l'inserimento delle figure di supporto nell'assistenza è da considerarsi una **risorsa**.

L'assistenza infermieristica per essere corretta deve **mantenere lo stesso livello** nel ruolo operativo, relazionale ed educativo, ma nella realtà, si ha una predominanza nel tecnico-operativo. Saper utilizzare correttamente il personale di supporto, significa, ricavare spazio per potere sviluppare meglio la parte relazione e di educazione sanitaria con il paziente, in modo da garantire un'assistenza olistica.

L'operatore socio sanitario diventa a pieno titolo componente della **équipe multidisciplinare**, rafforzando il concetto di lavoro di squadra, per fronteggiare, insieme agli altri operatori, la complessità assistenziale.

PUBBLICATO UGUALE, DIVERSE LE FIGURE

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alberti A., “U.S.A.: assistenza in emergenza”, tratto da “L’Infermiere”, Federazione Ipasvi, Numero 1, gennaio 2002
- 2) Antonietti E., Martelletti E. “Ipasvi, una lunga storia”, tratto da “L’infermiere” – Numero 9 – Settembre 2002 , Notiziario Aggiornamenti Professionali Ipasvi
- 3) Atti del XIV Congresso Nazionale Ipasvi, tenutosi a Roma nell’ottobre 2005
- 4) Bassetti O., “La progettazione, la programmazione e la valutazione: fondamento metodologico delle linee guida e dei protocolli assistenziali”, Corso di aggiornamento organizzato dal Collegio Ipasvi di Lucca, dal 22 al 24 maggio 2003 con 19 Crediti Formativi E.C.M
- 5) Benci L., Aspetti giuridici della professione infermieristica. 2002. Ed. McGraw-Hil
- 6) Carbognani M., Rusca P., Bobbio P., Patologia toracica di interesse chirurgico.2000. Ed. Minerva Medica
- 7) Carnevale A., D’Ovidio C., La professione di infermiere – Aspetti giuridici, medico-legali, etico-deontologici. 2005. Ed. Piccin
- 8) Cavazzuti F., Gerontologia e geriatria. Obiettivi e metodi assistenziali. 1996. Ed. Casa Editrice Ambrosiana
- 9) Collegio Ipasvi di Firenze, “Infermiere ed OSS. Evoluzione nell’assistenza.”, corso di aggiornamento tenuto presso l’Hotel Michelangelo, Via Fratelli Rosselli, 2, Firenze, il 22/03/2006, con la partecipazione di D’Addio L., Cucinati G., Leporatti M., Marseglia M., Piovelli R., Aniello L., Pontanari L., Gabellieri M. e Aramini G.
- 10) Collegio Ipasvi di Lucca, “L’infermiere e l’operatore socio sanitario”, tratto da “Camminando ..nella via della salute”, numero 3-4, anno 2002, dove si riporta l’articolo pubblicato sulla “Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie” della Lauri Edizioni, per gentile Concessione dell’autore dott. Luca Benci
- 11) Collegio Ipasvi di Lucca, “L’inserimento delle figure di supporto nell’équipe assistenziale: analisi delle problematiche e delle opportunità”.03/06/2004. Auditorium Pia Casa, Via S.Chiera, Lucca
- 12) Collegio Provinciale di Rimini Ipasvi, a cura di Di

Giacomo, “La gestione delle figure di supporto nei processi assistenziali. Una guida operativa per il professionista infermiere”. 2005. Ed. la Stemperie

- 13) Conti L. “Dalle suore laiche all’infermiere laureato”, tratto da “L’infermiere” – Numero 5- Maggio 2004, Notiziario Aggiornamenti Professionali Ipasvi.
- 14) Conti L. “L’infermieristica dall’Unità di Italia al Fascismo”, tratto da “L’infermiere” – Numero 1 – 2006, Notiziario Aggiornamenti Professionali Ipasvi.
- 15) Conti L., “Siamo infermieri non solo italiani ma anche europei”, tratto da “L’infermiere”, Federazione Ipasvi, Numero 9-2005
- 16) Coordinamento Collegio Ipasvi della Toscana, “Professione Infermiere e competenze personale di supporto. Raccolta normativa”, 2005
- 17) Coordinamento Regionale dei Collegi Ipasvi della Lombardia, “Le figure di supporto all’assistenza infermieristica. Elementi conoscitivi e linee guida per l’integrazione nel processo assistenziale”
- 18) Department of Health Sciences, Curtin University, “Nursing Courses in Australia- Postgraduate Opportunities”. <http://www.medical-colleges.net/nursing6.htm>.
- 19) Federazione Ipasvi, “I quaderni”, “La raccolta delle relazioni del XIII Congresso Nazionale Ipasvi”, Roma 19, 20, 21 Settembre 2002.
- 20) Federazione Ipasvi, “Le tappe storico-legislative della riforma infermieristica”, Internet, Normativa. <http://www.ipasvi.it/>
- 21) G.G. Edizioni Medico Scientifiche, “Guida all’esercizio della professione di infermiere”, Anno 2002
- 22) Gilbert Carol, “Nursing programs in America”. <http://www.medical-colleges.net/nursing4.htm-49k>
- 23) Inail, corso di aggiornamento per infermieri neoassunti, tenuto a Roma il 5 e il 6 aprile 2006
- 24) Inail, corso di aggiornamento per infermieri, “Lo sviluppo della documentazione infermieristica integrata nell’INAIL”, tenuto a Firenze il 14 e 15 settembre 2006
- 25) Maioli S., L’assistenza all’anziano, QUOSS, Quaderni dell’operatore socio-sanitario. 2002. Ed. McGraw-Hill
- 26) Malinverso E. “Infermiere e operatore socio-sanitario: i

risultati di un'esperienza di integrazione clinica e organizzativa",
Nursing Oggi, numero 3, luglio-settembre 2005

- 27) Mancini A., "Infermieri sempre più europei", tratto da
"L'infermiere", Federazione Ipasvi, Numero 5, Maggio 2004
- 28) Martelletti E. con la collaborazione di Rocco G., Sasso L.,
Massai D., Alvaro R., De Marinis M. G., Dimonte V., Marcucci
M., Tartaglini D., Ribaldi L.; "Laurea Specialistica in Scienze
Infermieristiche: come e perché", tratto dalla rivista
"L'infermiere", della Federazione Ipasvi, Numero 5 del maggio
2004
- 29) Martelletti E. "La tecnologia della comunicazione per una
nuova immagine degli infermieri", tratto da "L'Infermiere",
Federazione Ipasvi, Numero 9-2005
- 30) Martelletti E. "Per una storia dell'assistenza infermieristica in
Italia", gli atti del I Congresso Nazionale di Storia
dell'Assistenza Infermieristica in Italia svoltosi a Reggio Emilia
l'11 giugno 1993
- 31) Massai D. "Master: il futuro è già qui", tratto da
"L'infermiere", Federazione Ipasvi, Numero 11-12,
novembre/dicembre 2002
- 32) Morandia U., Lavini C., Manuale di chirurgia toracica. 2004.
Ed. Athena
- 33) Motta C., "Recenti fattori di sviluppo delle competenze
infermieristiche nel panorama sanitario italiano: una riflessione
sulla formazione, sulla specializzazione e sulla ricerca", da
"Nursing Oggi"
- 34) Office of the professions, New York State Education Department, "Laws, rules &
regulations, article 139". <http://www.op.nysed.gov/nurse.htm>
- 35) Pagiusco G., Padovan M., L'integrazione con le figure di
supporto. Una sfida per l'infermiere. 2002. Ed. Libreria
Internazionale Cortina Padova
- 36) Rampini M., "A scuola di organizzazione", tratto da
"L'infermiere", Federazione Ipasvi, Numero 6, giugno 2002
- 37) Santullo A., L'infermiere e le innovazioni in sanità. Nuove
tendenze e strumenti gestionali. 2004. Ed. McGraw-Hill
- 38) Scardovi L., Progetto "Riorganizzazione del percorso mamma-
bambino nelle degenze ostetriche finalizzato alla
valorizzazione delle competenze del personale ostetrico e di
supporto". Policlinico San Orsola-Malpighi. Sito internet

<http://www.evidencebasednursing.it/homepage1.htm>

- 39) Silvestro A., Novelli M.C. “Residenze protette: progetto terza età”, tratto da “L’Infermiere”, Federazione Nazionale Collegio Ipasvi, numero 6, giugno 2002
- 40) Spairani C., Lavalle T., Procedure, protocolli e linee guida di assistenza infermieristica. Ed. Masson
- 41) Spilamberti A., Barbini E., Quercioli C. “Nuovi bisogni, nuovi operatori. Le figure di supporto dell’infermiere”, Mondo sanitario, rivista mensile, n.6-7 giugno-luglio 2005, Edizioni SECuP Roma
- 42) T. R. “Infermieri e posti letto: gli U.S.A. alle prese con le carenze”, tratto da “L’infermiere”, della Federazione Ipasvi, Numero 1, gennaio 2004
- 43) Vanzetta M. “La formazione dell’operatore socio-sanitario”, tratto da “La normativa di interesse infermieristico approvata nel 2003”, “I quaderni”, Federazione Ipasvi, gennaio 2004
- 44) Vanzetta M., Vallicella F., L’operatore socio-sanitario, manuale per la formazione. 2005. Ed. McGraw-Hill
- 45) Vettori A., “Gestione per obiettivi”, Corso di aggiornamento presso INAIL di Viareggio, gennaio 2006
- 46) Wildenr J. “Una ragazza tedesca di fine ‘800 con la passione per l’assistenza”, Federazione Ipasvi, Numero 5-2005
- 47) Zampa A. “Cenni storici sull’assistenza”, tratto da “Infermiere Oggi”, Direttore Responsabile Rocco G., Novembre 2005

pubblicato su “Camminando nella via della salute”, numero 4- anno 2006, da pag. 18 a pag. 22 comprese, del Collegio I.P.A.S.V.I. di Lucca.