



## Nuovo Codice Deontologico 2019 Diamo i numeri

dalla Redazione

Nell'ultimo decennio per i cittadini e i professionisti infermieri si sono modificati gli scenari assistenziali. Le domande e i bisogni di salute oggi sono più orientate ad un'assistenza territoriale, obbligando i Servizi coinvolti ed i professionisti ad una sempre maggiore integrazione. In questo la Salute Mentale, con la sua vocazione ad una psichiatria di comunità orientata all'integrazione tra Servizi e Professionisti, è stata anticipatrice dei tempi.

Per tutti gli Infermieri quindi è del tutto evidente che

gli ambiti professionali affrontati ridisegnano l'identità infermieristica, promuovendo prospettive dell'esercizio infermieristico che ai tempi di una sanità pubblica e privata condizionata da tagli e ridimensionamenti che arretrano la garanzia costituzionale di cui all'art. 32, evolve invece sin dai contenuti della carta di riferimento emanata dalla rappresentanza professionale FNOPI il 13 aprile 2019.

Diritti e doveri, responsabilità e competenze, formazione ed integrazione, etica e normativa, riferiti ad

una categoria di professionisti che possono uniformare il loro agire e pensare professionale in maniera armonica ma dirompente, attesi ora alla prova dei fatti.

La centralità decisionale dell'assistito rapportato all'impegno di scienza e coscienza dell'infermiere in funzione della persona, sono la cinghia di trasmissione di un elenco di articoli non fine a se stessi, e che sfidano l'orizzonte dei grandi temi etici e sociali.

Ogni Infermiere può indirizzare la sua attività concorrendo a definire cosa

sia o non sia il nursing quindi anche in Salute Mentale e nelle dipendenze.

Il dibattito su ciò che è inserito o non inserito nel nuovo Codice Deontologico è aperto e avviato da più parti e non senza polemiche. Ragione per la quale, oltre al link con il contributo della SISISM al nuovo Codice Deontologico, proponiamo anche una lettura critica del collega Cotichelli .

Su un punto però si può essere risolti: la singola e autonoma interpretazione culturale e rappresentazione intellettuale dell'identità infermieristica non può essere sostituita da nessuna previsione di articoli del Codice e dal Codice stesso.

Possiamo comunque ed in sintesi condividere con chi ci legge che in tema di multiculturalità, di comunicazione e gestione dei social, di progetto di vita degli assistiti e delle loro scelte sul fine vita, di eutanasia, di donazione organi, di accanimento terapeutico, di violenza sulle donne, di sessualità/gender, di sperimentazione e ricerca, di conflitti e di organizzazione, di libertà di coscienza e di libera professione, vi siano molti motivi di riflessione che meritano il giusto tempo e la massima ponderazione.

Dilemmi e dubbi sono il pane quotidiano delle professioni sanitarie che il

Codice Deontologico, pur certamente aggiornato, non può esaudire del tutto.

Prendersi cura della persona in Salute Mentale e nei Servizi per le dipendenze comporta una assunzione di responsabilità al quale l'infermiere deve rispondere facendo in modo che il cittadino possa, per come può e senza pregiudizio, esprimere al meglio i suoi problemi-bisogni.

Vi invitiamo a leggere il nuovo Codice Deontologico e ed il contributo della SISISM cliccando sui link di seguito riportati.

Buona lettura

---

## Formazione anno zero La relazione completa

Di Annamaria Tanzi

La relazione completa della quale l'articolo apparso sul numero precedente doveva essere solo un'anticipazione è disponibile al seguente link sul sito SISISM. Ci scusiamo con l'Autrice per il disagio, e Vi invitiamo a leggere il documento nella sua interezza.

<https://www.sisism.org/senza-categoria/formazione-anno-zero.html>

---

## Indice

# SISISMNEWSLETTER

## Numero 3 - 1 giugno 2019

**Nuovo Codice Deontologico 2019.**

**Diamo i numeri**  
Pag 1

**Il nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere:**

**dal gruppo di lavoro al lavoro di gruppo**

Pag 3

di Annamaria Tanzi

**Luci ed ombre**

Pag 4

di Giordano Cotichelli

**Indagine sui fenomeni di interesse infermieristico in Salute mentale**

Pag 6

di Vanna Poli

**La consulenza infermieristica**

Pag 7

di Annalisa Pazzaglia

# Il nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere: dal gruppo di lavoro al lavoro di gruppo

“L'unica regola del viaggio è: non tornare  
come sei partito. Torna diverso.”

Anne Carson

Poetessa canadese

Inizia nel 2016 con la FNC – Federazione Nazionale Collegi IPASVI, il “viaggio” verso una meta importante e necessaria rappresentata da un nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere, dopo 10 anni dalla versione del 2009, con l'impegno di un gruppo di lavoro dedicato composto da esperti, ed allargato a un lavoro di gruppo che ha compreso la Comunità Infermieristica Italiana, gli Ordini Provinciali (OPI), le Associazioni Infermieristiche di settori diversi e le Società Scientifiche, la cittadinanza e l'Associazione degli utenti e dei familiari. Tutti, tutti coloro che possono essere definiti i cosiddetti “portatori di interesse” per lo svolgersi di una professione, l'Infermieristica: una scienza intellettuale, una delle scienze umane e sociali.

Se la revisione del Codice Deontologico dell'Infermiere nel 2009 fu una prima risposta ai rapidi mutamenti sociali, professionali e culturali per offrire alla Comunità Infermieristica uno strumento aggiornato, in grado di disegnare una vera e propria road map per la costruzione di un professionista moderno in grado di rispondere ai sempre più complessi bisogni di salute della popolazione, questa ulteriore rivisitazione ai VALORI DEONTOLOGICI della nostra professione era inevitabile per molti motivi:

-per affrontare un contesto sociale in costante e rapido cambiamento;

-per proiettare nel futuro l'Infermieristica, un futuro che ha come punto fermo il riconoscimento delle competenze specialistiche e avanzate;

-per affrontare, affermare e difendere temi sempre cogenti quali l'AUTONOMIA PROFESSIONALE e la “nuova” RESPONSABILITA' degli esercenti la professione sanitaria che esalta l'aspetto della sicurezza delle cure, **bene di portata costituzionale**;

-per migliorare la nostra “azione” soprattutto quando siamo di fronte a “dilemmi etici”, quelli di sempre e quelli emergenti;

-per continuare ad agire nei confronti delle “persone tutte” che hanno un bisogno di salute;

-per essere al fianco dei cittadini ...

... e per essere attivi e proattivi al contempo.

È stata costruttivo da parte della FNOPI, lo straordinario coinvolgimento di varie parti interessate

di Annamaria Tanzi

Socio Fondatore SISISM - Infermiera Case Manager Centro Psico Sociale – Dip.to salute Mentale e Dipendenze – ASST Pavia

utilizzando e “privilegiando” il confronto vis à vis, ma anche quanto oggi abbiamo a disposizione con l'uso intelligente dei social network.

La prima stesura realizzata dal gruppo dedicato si presentava come uno strumento più snello e sintetico del Codice Deontologico del 2009 con contenuti pregnanti in alcuni ambiti ma anche con limiti e carenze in altri, il punto di forza della FNOPI è stato quello di dare voce e porsi all'ascolto attivo degli infermieri italiani e della cittadinanza, far tesoro dei contributi ricevuti per raccogliarli e declinarli nel nuovo documento approvato dal Comitato Centrale della Federazione e dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 aprile 2019.

Diviso in 8 capi e cinquantatré articoli ognuno recante come titolo un valore di riferimento della professione, una professione che ha spazi di azione ampi nelle strutture e servizi sanitari (ospedalieri e territoriali) e nella comunità sociale sia a livello clinico sia a livello di management, sia che l'infermiere operi in regime di dipendenza sia che operi in regime di libera professione.

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche è oggi, dall'emanazione della Legge n.3/2018, una istituzione che può sanzionare l'inosservanza di un Codice Deontologico che però da solo non potrà certo risolvere molte questioni “aperte” dell'infermieristica italiana ma lo strumento attuale sembra essere l'espressione di un agire professionale autonomo, maturo, responsabile e competente per l'assistito e per l'intera collettività, perchè evidenzia l'impegno “altamente etico” dell'infermiere a **sapere, saper fare, saper essere, saper divenire** nei diversi contesti operativi per rispondere ai bisogni di salute della cittadinanza.

E il Codice Deontologico non è da solo e ogni tanto non fa male ricordare a tutti noi che all'interno della Legge 42/1999, tre sono i pilastri normativi per la professione infermieristica:

-Il **Profilo Professionale (D.M. 739 del 14/9/1994)**;

-L'**ordinamento didattico**

-Il **Codice Deontologico 2019**.

## Luci ed ombre

Di **Giordano Cotichelli - Infermiere, Ph.D in Sociologia ed Epidemiologia delle Disuguaglianze della Salute**

L'ultima versione del Codice deontologico degli infermieri italiani, varata lo scorso 13 aprile, ha suscitato commenti contrastanti nel corpo professionale: da chi plaude, quasi in maniera enfatica, ad una sua strutturazione innovativa, al passo con i tempi, a chi ne denuncia dissonanze di contenuto, forma e metodologia.

Su tutti risalta il dato incontrovertibile di un testo che si fa documento del contesto socio-sanitario ed economico attuale. Nel momento in cui la Fnopi si pone come obiettivo, attraverso il CD, di costruire una sorta di *vademecum* per l'infermiere di oggi, esso mette in evidenza, in alcune sue parti, alcune questioni di pressante attualità rispetto alla società e alla professione: i problemi etici e le discriminazioni, le disuguaglianze e il fine vita, fino alla contenzione.

Al tempo stesso però nel momento in cui si fa carico di rispondere ai dilemmi dell'oggi, il testo nel suo insieme, perde la visione del futuro prossimo, di come alcuni comportamenti potranno modulare o cambiare l'impianto professionale e l'accezione del fare assistenza in una società in cui i problemi sociosanitari si prospettano in aumento. Il corpo del CD sembra testimoniare l'esistenza di una professione che si avvita su se stessa. Le questioni innovative sollevate appaiono sotto una luce che rivela come, ad esempio, i problemi etici e le discriminazioni, vengano declinati in maniera parziale. L'etica viene intesa unicamente in relazione unicamente ad alcuni aspetti, molto appiattiti sul piano della relazione diadica professionista-utente, e non in

una ampia accezione in cui possano essere ricompresi concetti quali povertà, ignoranza, incapacità, disabilità, ed altri indicatori che da un piano socio-economico conducono ad una lettura etica globale della società in cui si vive e si opera. Viene affermato, ad esempio, che l'infermiere si *astiene* da comportamenti discriminatori. Mentre in realtà dovrebbe essere scritto che si attiva in un aperto contrasto nei confronti di ogni forma di discriminazione; che fra le altre cose, il CD stesso declina in maniera non funzionale ad una chiara percezione di queste, rimanendo generico sulle tematiche sociali, dimenticandosi di quelle relative all'età, rispolverando il concetto pericoloso di etnia, nel volere sottolineare comportamenti virtuosi, con il solo risultato di dare legittimità ad una categorizzazione delle persone, pressoché sovrapponibile a quella razziale. A confondere ulteriormente arriva l'impegno, in relazione ai determinanti della salute, nella *riduzione* delle disuguaglianze. Non si capisce perché l'impegno non possa essere nella lotta contro le disuguaglianze, puntando in partenza alla loro scomparsa, e non alla riduzione. Non è una questione di mera dichiarazione di intenti. Se si auspica la riduzione delle disuguaglianze, vuol dire che se ne accetta l'esistenza e si abdicata ad essere, come corpo professionale, soggetto attivo nella costruzione di una società più giusta; o meglio, equa. Il concetto di equità del resto non compare in alcun modo ed il sostantivo relativo viene utilizzato in termini quasi aziendalistici,

riferiti al compenso dell'infermiere liberale e dell'allocazione delle risorse.

Alla fine forse la sintesi migliore delle problematiche di questa versione del codice deontologico si ha mettendo a confronto due aspetti centrali relativi alla quotidianità della professione e al cambiamento di paradigma della concezione di cura: il fine vita e la contenzione. Entrambi si pongono di fronte ad un quadro definitorio in cui la legislazione nazionale, non è al passo con le esigenze dei cittadini e degli operatori. Nel primo caso manca la legislazione sull'eutanasia in maniera funzionale a rispondere ai bisogni dei singoli e delle famiglie, e si arriva così ad avere gli articoli 24 e 25 a sottolineare che l'infermiere accetta le decisioni del paziente di rinunciare alle cure (e ci mancherebbe), mentre sul fine vita il passaggio non afferma niente di particolare. Non poteva essere altrimenti? Allora si dovevano evidenziare i limiti culturali e giuridici presenti nel nostro paese al fine di rendere chiaro al professionista la dimensione etica del contesto in cui egli si trova a lavorare. Altrimenti, il rischio non è solo quello di creare confusione, ma di legittimare, come è stato, una lettura univoca del fine vita. E questo vale, all'inverso per l'articolo sulla contenzione che, molti, si aspettavano venisse tolto, negando alla fine ogni forma di legittimità ad una pratica che non deve aver alcun tipo di cittadinanza, non solo nelle forme terapeutiche, ma nella concezione stessa delle questioni socio-sanitarie, dato che la contenzione in quanto tale, al momento in cui vi si

ricorre, diventa il primo atto di denuncia di un percorso di presa in carico, di valutazione, di prevenzione che non è stato fatto in maniera utile sul piano clinico ed assistenziale. La contenzione si prevede, ma non si usa. Se riguarda situazioni eccezionali, emergenziali e temporanea va considerata unicamente attraverso l'ottica giuridica che la costituzione e il codice penale mettono a disposizione, altrimenti si rischia una sua indiretta (ma neanche tanto) legittimazione. L'infermiere assiste, non mette le manette, neanche *per il tuo bene* e questo, guardando

all'attualità italiana in cui si vive, di una società in cui si vogliono riaprire i manicomi e prolungare il TSO di sei mesi in sei mesi; in cui ci si preoccupa dell'eticità della nascita contrastata dalla legge sull'IVG e non delle vite perdute nel Mediterraneo. Una società in cui si decide, realmente, ogni giorno sul fine vita dei pazienti, riducendo i posti letto, chiudendo gli ospedali, tagliando i budget. In tutto il testo del CD ci sono alcuni riferimenti all'organizzazione sanitaria, ma non si ha nessuna indicazione in relazione ad una ampia visione che dovrebbe avere il

professionista di appartenere ad un sistema di welfare universalistico. Nessun passaggio è rivolto al servizio sanitario nazionale, e all'integrazione socio-sanitaria, al territorio. Non solo non si è presa in considerazione la recente dichiarazione di Astana sui diritti alla salute per tutti, ma si è ritornati indietro a prima della Conferenza di Alma Ata, del 1976. O meglio a quando il codice deontologico era quello fatto di 11 articoli, prescrittivo, paternalistico e con forti riferimenti all'etica religiosa.

#### **REDAZIONE**

Daniele Benfenati, Michele Compagnone, Cesare Moro, Annalisa Pazzaglia,

#### **IMPAGINAZIONE E GRAFICA**

Michele Compagnone

#### **HANNO CONTRIBUITO A QUESTO NUMERO:**

Giordano Cotichelli, Annalisa Pazzaglia, Vanna Poli, Annamaria Tanzi.

Grazie a tutti coloro che hanno collaborato alla creazione di questo numero correggendo le bozze, incoraggiando e spronando. Aspettiamo nuovi contributi.

Nelle more della definizione di un'organizzazione definitiva, inviate i vostri contributi a [segreteria@sisism.org](mailto:segreteria@sisism.org).

#### **NORME EDITORIALI**

Testo di non più di tre cartelle editoriali (5400 battute, ovvero 90 righe di 60 battute l'una, in carattere monospaziato tipo courier corpo 12). Possono essere corredate da non più di due foto (max 200 dpi). Il testo deve essere in formato .doc .docx .rtf .txt . Le immagini in formato .tiff .jpg .png .

I contributi saranno pubblicati ad insindacabile giudizio di SISISM, Non è previsto alcun compenso. Ogni responsabilità rispetto ai contenuti ed alle opinioni espresse si intende in capo all'autore e non impegna in alcun modo SISISM ne rispecchia la posizione della Società tranne che laddove esplicitamente espresso.

## Indagine sui fenomeni di interesse infermieristico in Salute mentale Frutto della collaborazione fra SISISM e CESPI

Di Vanna Poli

**Responsabile Aziendale  
Dipartimento Salute Mentale  
Dipendenze U.O.C. Direzione  
Assistenziale Professioni Sanitarie -  
ASST di Cremona**

I professionisti che operano nell'ambito della Salute Mentale riconoscono un elevato livello di discrezionalità nella scelta sia degli approcci metodologici dell'assistere che nello specifico degli interventi/azioni che il professionista compie nello svolgere il proprio lavoro. Partendo dalla necessità di chiarire quali siano le variabili che condizionano e/o legittimano l'agire professionale degli infermieri, nasce la collaborazione tra SISISM e CESPI (Centro Studi Professioni

Sanitarie, un'iniziativa che trova accomunate le due realtà scientifiche nell'obiettivo di fare ricerca per valorizzare la professione infermieristica collocandola in azioni professionali che abbiano una evidenza scientifica ed una base etica-deontologica sentita.

Considerata la "disomogeneità degli approcci infermieristici", quali sono le motivazioni che legittimano l'esercizio "dell'autonomia infermieristica"? Su quali evidenze si basa il riconoscimento dell'identità professionale dell'infermiere come singolo e come componente di una équipe multiprofessionale?

Come sottolineato dal Prof. G. Marmo l'intenzione del lavoro di indagine si ancora proprio a questo punto: "perché tu, come professionista, puoi autodeterminarti?"; "quali sono i problemi per i quali tu infermiere ritieni di non essere sostituibile nel decidere come affrontarli"?

Per la realizzazione di questa indagine è stato individuato un Gruppo Progetto rappresentativo dei professionisti SISISM e CESPI che ha steso il progetto che si è basato su due elementi fondamentali: la costituzione dei Focus Group e la composizione del questionario.

Per comporre i Focus Group, i referenti regionali per SISISM di Emilia Romagna, Marche, Piemonte, Lombardia, Sicilia, Sardegna, Abruzzo, Alto Adige, Liguria, Veneto hanno individuato colleghi rappresentativi degli ambiti del territorio (Centri Salute Mentale o Centro Psico Sociale), della residenzialità e semiresidenzialità (Comunità e Centri Diurni) e dell'ospedale (SPDC). Il loro contributo nel

**"perché tu, come professionista, puoi autodeterminarti"?**

**"quali sono i problemi per i quali tu infermiere ritieni di non essere sostituibile nel decidere come affrontarli"?**

lavoro dei F.G. ha consentito di raccogliere informazioni per la stesura del questionario di ricerca.

Il questionario elaborato è stato pubblicato su piattaforma informatica affidando ai referenti regionali e a tutti i soci SISISM la sua diffusione, ma soprattutto l'azione di sensibilizzazione a compilarlo; quanto più numerosa sarà l'adesione da parte dei colleghi tanto maggiore sarà la rappresentatività del risultato.

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfNhR0KRF-\\_\\_M\\_U\\_0\\_J\\_e\\_-OIRtwftLKveMS0i3XMF3nQql6bTB90mA/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfNhR0KRF-__M_U_0_J_e_-OIRtwftLKveMS0i3XMF3nQql6bTB90mA/viewform?usp=sf_link)

Il risultato della ricerca, che si concluderà entro l'anno 2019, restituirà informazioni e contenuti che potranno dare avvio ad ulteriori lavori di approfondimento a seguito delle inferenze derivanti dal campione rappresentativo.

L'ulteriore auspicio, oltre alla pubblicazione dei risultati, è che tale lavoro possa orientare percorsi formativi su specifiche tematiche a supporto del lavoro degli infermieri nell'ambito della salute mentale.



"L'infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti e specialisti. Presta consulenza ponendo i suoi saperi ad abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni"(...)

Codice deontologico dell'infermiere

Capo terzo

Art. 13

## La consulenza infermieristica

Annalisa Pazzaglia

Infermiera c/o Centro di Salute Mentale Vergato Prov. Di Bologna

L'articolo 13 del nuovo Codice Deontologico pone in evidenza l'importanza professionale ed intellettuale della consulenza infermieristica.

Il significato della parola "consulenza" viene fornito in maniera sintetica dai dizionari italiani Garzanti ed Olivetti come "parere tecnico dato da un esperto", ed il "consulente" viene definito come "professionista, tecnico od esperto a cui si ricorre per consigli o giudizi".

E' immediatamente evidente come la consulenza si configuri nell'apporto intellettuale che il professionista può fornire per la chiarificazione e/o la gestione di una particolare situazione fornendo od implementando informazioni, pareri o soluzioni attraverso le proprie conoscenze e la propria capacità di analisi di specifici problemi.

Nella realtà italiana la prassi della consulenza infermieristica non è ancora una realtà consolidata, si sta facendo strada lentamente la figura dell'infermiere forense che può essere chiamato a fornire un contributo di consulenza in qualità di C.T.U nell'ambito di un'attività giudicante ed esistono realtà tecnico-specialistiche ospedaliere nelle quali viene

espletata, come per esempio la gestione delle ferite difficili o delle stomie (Finguerra ed al. 2011), ma è ancora scarsamente utilizzata nell'ambito della salute mentale, pertanto occorre riferirsi al mondo anglosassone ove, anche in salute mentale, è prassi consolidata.

La lettura della norma inerente la consulenza pone il professionista in una posizione di obbligo giuridico e deontologico nella costruzione di un sapere partecipato che può essere trasferito all'interno della comunità di cura divenendo un bene comune rivolto sia alla preparazione/formazione del personale sia ad un'agire in sicurezza maggiormente tutelante per l'assistito.

Acquisire know how nel complesso mondo della salute consente quindi di recepire e/o trasferire conoscenze dall'attività specialistica alle altre aree assistenziali, ponendo sia l'utente che il professionista in una condizione di maggior tutela.

La persona affetta da disturbo psichico è frequentemente soggetta a comorbidità, fruisce dei servizi sanitari ordinari e nondimeno affrisce a servizi di emergenza come il pronto soccorso sia per

il trattamento in urgenza della sofferenza psichica che per patologie internistiche ed i professionisti che si accingono all'assistenza in tali ambiti spesso necessitano di acquisire strumenti di assistenza e gestione specifici della salute mentale.

La consulenza che l'infermiere esperto o specialista di salute mentale può erogare ai colleghi operanti in altre discipline può vertere sull'attenzione specifica al colloquio infermieristico, sulla modulazione della relazione e della distanza emotiva, sul rapporto con il corpo dell'utente e sulle differenti modalità di approccio relazionale peculiari nelle diverse patologie psichiatriche, può inoltre essere uno strumento di supervisione dell'andamento assistenziale che tiene conto della patologia.

Coma già sopra esposto, nella realtà infermieristica italiana di salute mentale la consulenza specialistica erogata in maniera strutturata è uno strumento poco utilizzato; generalmente lo scambio di informazioni e conoscenze avviene in maniera informale utilizzando canali non ufficiali ed eventualmente la conoscenza personale fra professionisti, inoltre in letteratura non emergono studi sull'impatto della consulenza sull'assistenza erogata.

Lanciando lo sguardo al futuro sarebbe opportuno immaginare un'evoluzione operativa ove il consiglio fra colleghi potesse divenire consulenza.

Lo scambio officioso è senz'altro una modalità auspicabile, generalmente rapida che deve essere conservata ed ampliata ma anche perfezionata.

Essendo strumento di continuità assistenziale, la consulenza infermieristica, dovrebbe trovare una collocazione stabile all'interno delle equipe ed un percorso maggiormente libero da personalismi e buona volontà del singolo professionista, dovrebbe coinvolgere le equipe assistenziali e non essere veicolato al singolo professionista solo tramite la conoscenza personale, in ultimo dovrebbe avere una struttura organizzativa di sostegno.

Per i motivi sopra esposti l'instaurarsi dell'uso della consulenza creerebbe un circolo virtuoso fornendo più opportune visioni del mondo del paziente, favorirebbe una presa in carico multidimensionale orientata alla comprensione, analisi e sostegno nei bisogni espressi dalle persone assistite.

#### Riferimenti bibliografici

*Ivana Finiguerra, Paola Simone, Leonardo Fuggetta, Serafina Latona, Simonetta Di Michele, Luca Maina, Maria Michela Gianino. Progettazione e attivazione di un servizio di consulenza infermieristica formalmente riconosciuto all'interno del presidio ospedaliero San Giovanni Bosco di Torino. Professioni Infermieristiche V. 64, N. 4 (2011)*

