

## Nursing Multietnico

# Essere infermiere in dialisi tra tecnologia e relazione con la persona straniera: l'operatore sanitario

M. Vadori

Coordinatore Infermieristico S.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale S. Giovanni Bosco, Torino

FOREIGNER DIALYSIS NURSE: BETWEEN TECHNOLOGY AND RELATIONSHIP

**ABSTRACT.** Nursing shortage is a worldwide problem whose roots are deeply integrated and could be reconducted to:  
-aged nursing population

-decreased nursing university registration

-changes in working settings

-poor social nursing image and consideration.

Nursing migration is generally motivated by professional development, better life condition and personal security.

There are «donor» and «receiving» countries. This phenomenon is present in Italy since some year, too. In 2007-2010 there was a real boom of foreigner nursing impact up to 25%: In 2010 the total number of Nursing Council (IPASVI) registration was of 375.185, of whom 77% women, and 10% foreigner.

Every health Care Authority implements own strategies to solve out nursing shortage. ASLTO2 started first contracting «cooperative», followed by «Interinal Agency» and at present professional are organized in «Associated Studies».

In S. Giovanni Bosco Hospital in Turin, a structured and consolidated 10 years experience is present. Since 2001, 30 foreign nurses had been working in our unit, coming from six different countries, the larger group from Romania.

The education training for new foreigner nurse is the same planned for any new nurse in our dialysis unit. This allows homogeneous care delivery and good level of integration perceived by the foreigner nurses, which represent nowadays the 36% of our working nursing staff.

**KEY WORDS.** Nurse, Migration, Nursing shortage, Health work, Care, Workplace



Marisa Vadori

## Introduzione

La migrazione dei lavoratori altamente qualificati, provenienti da nazioni meno sviluppate verso le nazioni industrializzate, è una parte inevitabile del processo di globalizzazione e ha aspetti positivi e negativi (1).

La migrazione infermieristica è motivata dalla ricerca di sviluppo professionale, di una migliore qualità della vita e di sicurezza personale. Retribuzione e opportunità di apprendimento, continuano ad essere gli incentivi più frequentemente riportati per la migrazione, soprattutto da infermieri provenienti da Paesi meno sviluppati.

La lingua è stato segnalato essere un ostacolo significativo (2).

I Paesi donatori principali sono: Australia, Canada, Filippine, Sud Africa e il Regno Unito, i principali Paesi riceventi sono: Australia, Canada, Irlanda, Regno Unito e Stati Uniti.

Gli effetti delle migrazioni sui Paesi donatori includono la perdita di personale qualificato ed investimenti economici; i Paesi che beneficiano, ricevono infermieri specializzati per colmare carenze critiche con meno investimenti economici. Preoccupazioni di ordine etico includono il potenziale di sfruttamento degli infermieri stranieri (3).

Alcuni Paesi hanno deciso di assumere da fuori del proprio Paese. Prima della registrazione, il Consiglio di Nursing nel Regno Unito ha imposto un regolamento in

cui un infermiere straniero deve sottoporsi da tre a sei mesi di programma di adattamento.

L'obiettivo principale è quello di valutare *in itinere* e alla fine del programma, sperando che l'infermiere sia ritenuto competente e sicuro per praticare (4).

L'articolo del *Journal of Clinical Nursing* del dicembre 2007 dichiarava che «la crescita di infermieri assunti dal pool internazionale nel sistema sanitario del Regno Unito ha portato ad una serie di politiche che mirano a garantire che gli infermieri siano ben 'integrati' nel loro 'nuovo ambiente'». Si presume che l'integrazione serva a migliorare la qualità dell'esperienza degli infermieri 'internazionali' nel Regno Unito, migliorando così i loro tassi di permanenza e quindi la qualità dell'assistenza erogata (5).

Gli infermieri qualificati stanno lasciando la professione a una velocità maggiore di quanto può essere sostituito e, a complicare ulteriormente le cose, il personale infermieristico in molte nazioni industrializzate è anche in rapido invecchiamento (6).

La situazione della carenza infermieristica non è molto differente anche in Italia.

Lo dichiara in un articolo il quotidiano *La Stampa* del 24 aprile 2012.

Nel 2020 serviranno 266 mila nuovi infermieri, oggi sono 391 mila con un rapporto infermiere/cittadino pari all'Olanda (1051/100mila ab.). Nel 2007-2010 vi è stato il boom dell'ingresso in Italia di infermieri stranieri superiore al 25%.

Nel 2010 erano iscritti all'albo IPASVI 375 185 infermieri: 77% donne e 10% erano stranieri.

Nelle tre regioni del Nord Ovest i presidenti dei collegi IPASVI, dichiarano in un articolo su *Il Sole 24 ore* del 9 febbraio 2011, la situazione regionale:

- Piemonte: 27 500 iscritti di cui 3100 stranieri, mancano 3 mila infermieri.
- Liguria: 14 mila iscritti di cui 900 stranieri, mancano 1500 unità.
- Valle D'Aosta: 850 iscritti, mancano 50 unità.

In Piemonte ha dato una ulteriore "scossa" il D.G.R. 14-1440 del 28.1.2011 con un "taglio" delle assunzioni pari al 50% delle uscite.

Le cause di questo fenomeno mondiale sono fortemente correlate tra loro e riconducibili a quattro fattori (7):

- L'invecchiamento della popolazione infermieristica.
- La riduzione delle iscrizioni ai corsi universitari.
- Il mutamento delle condizioni lavorative.
- L'immagine scadente della professione infermieristica.

Dal 2001 la carenza infermieristica è iniziata anche presso la dialisi del P.O. S. Giovanni Bosco e la strategia affrontata dalla Direzione Sanitaria e Infermieristica è stata il "reclutamento" di operatori sanitari prima da

"Cooperative" poi da "Agenzie Interinali" e attualmente con professionisti degli "Studi Associati".

## Materiali e Metodi

Nel 2007 a Firenze, al *XXV Congresso Nazionale EDTNA/ERCA* abbiamo presentato i dati di una piccola indagine telefonica, eseguita presso i Centri dialisi del Piemonte e Valle d'Aosta, sulla presenza straniera dell'operatore sanitario operante in Cooperative o Studi Associati per supplire alla cronica carenza infermieristica del Nord del Paese (8).

Solo 8 Centri su 24 risultavano avere questo tipo di "reclutamento specializzato" con competenza tecnica, poche abilità linguistiche o di relazione con il paziente, con tempi di inserimento brevi (9).

Solo in 4 Centri era presente personale straniero e 3 Centri su 8 effettuavano una verifica di idoneità, dopo addestramento da parte di personale esperto dipendente, in 5 Centri su 8 la valutazione veniva effettuata anche dalla Cooperativa/Studio Associato.

Presso la dialisi del S. Giovanni Bosco l'esperienza è ormai decennale, strutturata e consolidata.

Nel 2000 la legislazione rendeva ulteriormente "rigide" le piante organiche e obbligava le Aziende Sanitarie a utilizzare svariate strategie per supplire alla carenza infermieristica. L'ASLTO2 dal 2001 al 2006 adottò la strategia delle "cooperative" con gare di turni infermieristici ad integrazione del personale dipendente in "uscita" dalle strutture complesse. Nella Tabella I si può notare l'andamento in crescita delle ore di integrazione.

Il personale straniero, e talvolta italiano, della Cooperativa, aveva già avuto esperienza nel settore emodialitico presso il Paese di origine. È stata pertanto creata, dal gruppo infermieristico esperto e dal coordinatore,

**TABELLA I** - ORE INFERMIERISTICHE DELLA COOPERATIVA O STUDIO ASSOCIATO IN GARA D'APPALTO DAL 2001 A OGGI

Anno	n. infermieri stranieri	Ore mese
2001	2	512
2002	4	2952
2003	0	0
2004	3	1608
2005	5	2573
2006	6	3646
Dal 2007 a oggi	19	3100

una griglia di verifica delle competenze già acquisite o da rivalutare (Fig. 1), dopo un periodo di “retraining” eseguito da infermiere di dialisi esperto della Cooperativa stessa. Talvolta la problematica non era la raggiunta “competenza dialitica”, ma piuttosto quella linguistica. Con esito positivo a tutti gli item e alla verifica verbale, il neo infermiere veniva inserito nell’assistenza e *integrato* al gruppo di lavoro con gli infermieri dipendenti.

Nel 2006 a Torino l’ispettorato del lavoro eseguì dei sopralluoghi ed elargì multe a un noto ospedale cittadino per “intermediazione di manodopera”.

Le strategie delle aziende sanitarie cambiarono radicalmente.

Nacquero i “Contratti di prestazione d’opera intellettuale a base fiduciaria” con liberi professionisti infermieri o con loro organizzazioni professionali (Studi Associati).

Anche presso il nostro servizio dialisi venne completamente “rivoluzionata” l’organizzazione. Tre sale dialisi su sette, 20 postazioni dialitiche su 47, su tre turni dialitici, vennero affidate completamente ai liberi professionisti, con 3100 ore-mese, la parola chiave diventa “autonomia”. Nell’aprile 2012 una nuova “gara d’appalto” ha permesso di allegare al nuovo contratto triennale con lo Studio Associato il “profilo di posto”, documento elaborato e condiviso dal 2009 (Obiettivo Aziendale), per rafforzare ulteriormente la “competenza dialitica”.

## Risultati

Dal 2001 hanno collaborato con noi 30 infermieri stranieri (4 uomini e 26 donne) provenienti da molti Paesi: Repubblica Ceca (1), Marocco (1), Perù (3), Polonia (5), Romania (19), Ucraina (1).

In una piccola indagine interna del 2010, da me effettuata, gli infermieri stranieri presenti erano 18:

2 maschi e 16 femmine

età media 31.5 anni

4 nubile/celibe

12 coniugati

2 divorziati

11 con figli

8 residenti in Italia con marito e figli



3 residenti presso il Paese d’origine

tutti (100%) parlavano e comprendevano la lingua italiana.

Il piano didattico di inserimento di un nuovo membro dell’equipe infermieristica, sia esso dipendente che dello Studio Associato, è pianificato, calendarizzato, condiviso e si conclude con verifica scritta (Fig. 2) e orale, eseguita da coordinatore infermieristico, nefrologo e con la presenza dell’infermiere affiancatore esperto di-

SALA EMODIALISI			
SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INFERMIERE NEO-ASSUNTO			
CON CONOSCENZE DIALITICHE			
COGNOME		NOME	
DATA INGRESSO		TUTOR	
DATA 1° VERIFICA		DATA VERIFICA FINALE	
<b>OBIETTIVI</b>		<b>OK</b>	<b>NO</b>
<b>CONOSCENZA LINGUA ITALIANA</b>			
<b>CONOSCENZA DEI VARI TRATTAMENTI EMODIALITICI</b>			
1 - DIALISI BICARBONATO - HD			
2 - EMODIAFILTRAZIONE ON LINE - HDF ON LINE			
3 - HFR ON LINE			
4 - AFB			
5 - EMOFILTRAZIONE - HF			
6 - ULTRAFILTRAZIONE - UF			
<b>COMPILAZIONE SCHEDA DI DIALISI</b>			
<b>MONITORAGGIO PAZIENTE IN DIALISI (SEDUTA DIALISI)</b>			
<b>MONITOR HOSPAL/INTEGRA</b>			
1 - MONTAGGIO E SMONTAGGIO IN HD			
2 - MONTAGGIO E SMONTAGGIO IN AFB			
3 - ATTACCO E STACCO IN HD			
4 - ATTACCO E STACCO IN AFB			
5 - CONOSCENZA E RISOLUZIONE ALLARMI			
6 - DISINFEZIONE			
<b>MONITOR BAXTER</b>			
1 - MONTAGGIO E SMONTAGGIO IN HD			
2 - MONTAGGIO E SMONTAGGIO IN HD MONOAGO DP - PS			
3 - ATTACCO E STACCO IN HD			
4 - ATTACCO E STACCO IN MONOAGO DP - PS			
5 - CONOSCENZA E RISOLUZIONE ALLARMI			
6 - DISINFEZIONE			
<b>MONITOR GAMBRO K 200</b>			
1 - MONTAGGIO E SMONTAGGIO IN HD			
2 - MONTAGGIO E SMONTAGGIO IN HDF ON LINE			
3 - ATTACCO E STACCO IN HD			
4 - ATTACCO E STACCO IN HDF ON LINE			
5 - CONOSCENZA E RISOLUZIONE ALLARMI			
6 - DISINFEZIONE			
<b>MONITOR FORMULA</b>			
1 - MONTAGGIO E SMONTAGGIO IN HD			
2 - MONTAGGIO E SMONTAGGIO IN HFR ON LINE			
3 - ATTACCO E STACCO IN HD			
4 - ATTACCO E STACCO IN HFR ON LINE			
5 - CONOSCENZA E RISOLUZIONE ALLARMI			
6 - DISINFEZIONE			
<b>MONITOR SIFRA</b>			
1 - MONTAGGIO E SMONTAGGIO HF			
2 - MONTAGGIO E SMONTAGGIO SCUF			
3 - ATTACCO E STACCO IN HF			
4 - ATTACCO E STACCO IN SCUF			
5 - CONOSCENZA E RISOLUZIONE ALLARMI			
6 - DISINFEZIONE			
<b>CONOSCENZA EPARINIZZAZIONE</b>			
1 - CONTINUA			
2 - BOLO			
3 - INTERMITTENZA			
4 - CLOTTING			
<b>CONOSCENZA /RISOLUZIONE COMPLICANZE DIALITICHE</b>			
<b>CONOSCENZA /RISOLUZIONE INCIDENTI IN DIALISI</b>			
<b>CONOSCENZA ACCESSI IN DIALISI</b>			
<b>CONOSCENZA SINED</b>			
<b>CONOSCENZA ITACA</b>			
<b>FIRMA Coordinatore</b>	<b>FIRMA Tutor</b>	<b>FIRMA INFERMIERE</b>	

Fig. 1

 A.S.L. TO2 Azienda Sanitaria Locale Torino nord		PRESIDIO OSPEDALIERO TORINO NORD EMERGENZA SAN G. BOSCO Piazza del Donatore di Sangue 3 – Torino, 10154 S.C. NEFROLOGIA E DIALISI Direttore: Dr. Francesco Quarello			
Versione S.G.B. 2 – 5/2009					
<b>VERIFICA DI ADESTRAMENTO NEL REPARTO DI EMODIALISI</b>					
<b>COGNOME:</b>		<b>NOME:</b>			
<b>1</b>	<b>COMPOSIZIONE DEL CIRCUITO EXTRACORPOREO IN HD - ELENCO</b>				
<b>2</b>	<b>QUALE FUNZIONE HA IL FILTRO?</b>				
<b>A - IL SOLO PUNTO IN CUI AVVIENE LA DIALISI</b>		SI	NO		
<b>B - IL FLUSSO SANGUE E IL FLUSSO BAGNO SONO IN CONTROCORRENTE</b>		SI	NO		
<b>C - IL SANGUE ED IL BAGNO VENGONO A CONTATTO</b>		SI	NO		
<b>D - IL SANGUE CHE FUORIESCE DAL FILTRO ED ENTRA NELLA LINEA VENOSA E' DIALIZZATO</b>		SI	NO		
<b>3</b>	<b>E' IMPORTANTE LA CORRETTA CONCENTRAZIONE DEL BAGNO?</b>		SI	NO	
<b>4</b>	<b>IL Na NEL BAGNO PUO' OSCILLARE ENTRO QUALI VALORI?</b>				
<b>5</b>	<b>QUALI SONO LE FUNZIONI DEL RENE?</b>				
<b>6</b>	<b>DEFINIZIONE DI INSUFFICIENZA RENALE CRONICA (I.R.C.)</b>				
<b>7</b>	<b>PERCHE' E' IMPORTANTE L'EPARINIZZAZIONE IN UNA SEDUTA EMODIALITICA?</b>				
<b>8</b>	<b>L'EPARINIZZAZIONE NEL TRATTAMENTO EMODIALITICO PUO' ESSERE:</b>				
<b>9</b>	<b>QUALE E' IL MEZZO PIU' SEMPLICE E IMMEDIATO PER VALUTARE LA GIUSTA DOSE DI EPARINA?</b>				
<b>10</b>	<b>QUALI SONO I RANGE DI RIFERIMENTO?</b>				
<b>11</b>	<b>IN QUALI CASI E' NECESSARIA LA DIALISI SENZA EPARINA?</b>				
<b>12</b>	<b>QUAL'E' IL FARMACO ANTAGONISTA DELL'EPARINA?</b>				
<b>13</b>	<b>MOVIMENTO DI MOLECOLE ATTRAVERSO UNA MEMBRANA SEMIPERMEABILE PER DIFFERENZA DI CONCENTRAZIONE:</b>				
DIFFUSIONE					
ULTRAFILTRAZIONE					
CONVEZIONE					

<b>14</b>	<b>SPOSTAMENTO DI LIQUIDI ATTRAVERSO UNA MEMBRANA SEMIPERMEABILE PER EFFETTO DELLE PRESSIONI ESERCITATE:</b>	
DIFFUSIONE		
ULTRAFILTRAZIONE		
CONVEZIONE		
<b>15</b>	<b>SPOSTAMENTO DI MOLECOLE ATTRAVERSO UNA MEMBRANA SEMIPERMEABILE PER "TRASCINAMENTO" DA PARTE DI UN LIQUIDO:</b>	
DIFFUSIONE		
ULTRAFILTRAZIONE		
CONVEZIONE		
<b>16</b>	<b>QUALI TIPI DI TRATTAMENTO EMODIALITICI CONOSCI? (SIGLE)</b>	
<b>17</b>	<b>CHE TIPO DI TRATTAMENTO E' L' HFR ON LINE?</b>	
<b>18</b>	<b>NELL'HFR ON LINE L'ULTRAFILTRATO VIENE DEPURATO. COME?</b>	
<b>19</b>	<b>QUALE TIPO DI PROCESSO FISICO SI APPLICA NELL'HFR ON LINE?</b>	
<b>20</b>	<b>COMPLICANZE DIALITICHE: SINTOMI - CAUSE - INTERVENTI - PREVENZIONE</b>	
<b>21</b>	<b>QUALI INCIDENTI POSSONO CAPITARE DURANTE LA SEDUTA DIALITICA?</b>	
<b>22</b>	<b>COME SI PUO' INTERVENIRE NEGLI INCIDENTI SOPRA ELENCATI?</b>	
<b>DATA</b>	<b>FIRMA MEDICO</b>	<b>FIRMA COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
<b>FIRMA TUTOR</b>		<b>FIRMA SOSTITUTO TUTOR</b>

Fig. 2

pendente o dello Studio Associato che ha eseguito il training del neo infermiere. È ormai consolidato anche un evento formativo interno annuale su tematiche dialitiche aggiornate alle EBM/N, e tutti gli operatori partecipano all'aggiornamento tecnologico degli apparecchi elettromedicali.

Tutto ciò permette un'assistenza competente e professionale verso la PA affetta da insufficienza renale. Infatti, l'infermieristica è la disciplina *pratica* che si prefigge di rispondere al bisogno di assistenza del paziente, ma proprio per questo non può prescindere dallo studio e dalla conoscenza della PA, con la sua storia, la sua cultura ma anche con le sue aspettative, perseguendo l'obiettivo dichiarato di comprendere l'altro per rispondere ai suoi bisogni assistenziali con *efficacia, efficienza, adeguatezza e rispetto*. Lo scorso anno 2011 a Bellaria, al *XXIX Congresso Nazionale EDINA/ERCA*, abbiamo presentato anche i dati delle PA straniere all'interno del nostro Centro dialisi, che ormai sono il 12.79% dei nostri pazienti 172 dializzati e di cui si occuperà un prossimo articolo.

## Discussione

L'autonomia che lo Studio Associato ha raggiunto in questi anni di "presenza" presso il nostro Centro è stata possibile anche grazie alla tenacia dell'équipe sanitaria dipendente. Molte sono le parole e il loro significato che ci hanno accompagnato e sostenuto in questi dieci anni: comunicazione, tolleranza, collaborazione, integrazione, professionalità, competenza, stimolare per migliorare, confronto e coinvolgimento.

Tutto questo ci ha permesso di avere i risultati di assistenza che i nostri pazienti ricevono quotidianamente.

Un decennio ci ha permesso di conoscerci, integrarci e migliorare ogni giorno la convivenza, nonostante un diverso background linguistico e culturale che ha permesso infine di "arricchire" entrambi.

## Conclusioni

La Romania è ormai entrata da anni nell'Unione europea e questo ha permesso agli infermieri provenienti da questo Paese di poter partecipare ai concorsi pubblici. Oggi due infermieri, che prima erano dello Studio Associato, sono dipendenti.

Nel marzo 2012, in occasione del congresso a Torino *Il confronto con l'interculturalità*, ho eseguito un piccolo sondaggio sui 19 infermieri stranieri oggi presenti.

Ho chiesto loro di esprimere per iscritto aspetti positivi, negativi e suggerimenti sulla loro esperienza lavorativa presso il nostro Centro dialisi.

Solo 6 hanno risposto, ma nonostante la percentuale

di aderenza (31.6%) sia stata bassa, le loro impressioni, sono state esaustive ed inaspettate. La loro permanenza media presso il nostro Centro è di 8 anni. Per correttezza le riporto integralmente.

### Aspetti positivi:

1. "Questa esperienza lavorativa all'estero... per me... è un viaggio che mi ha cambiato la vita, ho condiviso il mio tempo, capacità ed energie, mettendomi alla prova, in una preziosa esperienza di crescita personale e professionale".
2. "Rispetto del diritto della persona indifferente dal Paese di provenienza, in questo reparto siamo viste come tutte le altre persone di questo Paese".
3. "Continuità lavorativa, tecnologia avanzata, équipe preparata, crescita professionale, stabilità della vita quotidiana".
4. "Rapporto di fiducia e lavoro di squadra".
5. "Accoglienza e collaborazione".
6. "Integrazione e sentimento di appartenenza".

**Suggerimenti:** solo quattro hanno scritto dei commenti.

1. "Non credo che le persone di questo mondo siano tutte uguali. Ognuno di noi ha il proprio modo di essere. E se vogliamo convincere gli altri della nostra educazione, dobbiamo evitare discussioni con chi ci circonda".
2. "Il miglioramento... devo cominciare da me stessa".
3. "Ogni inizio è difficile, però chi la dura la vince!".
4. "Vorrei che la nostra collaborazione continuasse in questo modo per anni, anni e anni... grazie a tutti".

**Aspetti negativi:** solo uno dichiarato:

"Anche se 'esistono', aprofitto delle circostanze e trasformo le difficoltà in uno stimolo per andare avanti".

## Ringraziamenti

*Ringrazio tutti gli operatori sanitari della S.C. Nefrologia e Dialisi del Presidio Ospedaliero S. Giovanni Bosco dell'ASLTO2 che a titolo diverso hanno contribuito quotidianamente affinché la nostra esperienza multiculturale potesse realizzare questo articolo.*

*Ringrazio inoltre il Servizio delle Professioni Sanitarie che ci ha sostenuto, anche nelle difficoltà, valorizzando la professione infermieristica e la competenza nell'assistenza al paziente nefropatico.*

## Riassunto

La carenza infermieristica è ormai un problema mondiale, le cui cause sono fortemente correlate tra loro e riconducibili a quattro fattori:

- L'invecchiamento della popolazione infermieristica
- La riduzione delle iscrizioni ai corsi universitari
- Il mutamento delle condizioni lavorative
- L'immagine scadente della professione infermieristica.

La migrazione infermieristica è motivata dalla ricerca di sviluppo professionale, di una migliore qualità della vita e di sicurezza personale.

Vi sono Paesi donatori e Paesi riceventi. Anche in Italia il fenomeno è da anni presente.

Nel 2007-2010 vi è stato il boom dell'ingresso in Italia di infermieri stranieri superiore al 25%.

Nel 2010 erano iscritti all'albo IPASVI 375 185 infermieri, 77% donne e 10% erano stranieri.

Ogni Azienda Sanitaria ha attuato la propria strategia di risoluzione.

Presso l'ASLTO2 di Torino, dapprima sono state indette gare per "Cooperative infermieristiche", poi per "Agenzie Interinali" e attualmente sono presenti i professionisti degli "Studi Associati".

Presso la dialisi del S.G. Bosco di Torino l'esperienza è ormai decennale, strutturata e consolidata.

Dal 2001 si sono alternati 30 infermieri stranieri provenienti da sei Paesi diversi, il maggiore è ancora la Romania.

Il piano didattico di inserimento del neo infermiere straniero, segue quello usato presso la Struttura complessa per tutti i neo assunti e questo permette una qualità omogenea dell'assistenza e un buon livello di "integrazione" percepito dai lavoratori stranieri.

**Parole Chiave.** Infermiere, Migrazione, Carenza infermieristica, Professioni d'aiuto, Curare

### *Indirizzo degli Autori:*

CI Marisa Vadori

S.C. Nefrologia e Dialisi

ASLTO2 - Presidio Ospedaliero S. Giovanni Bosco

Piazza del Donatore di Sangue 3

10154 Torino

marisa.vadori@aslto2nord.it

## Bibliografia

1. Reedfoot DL, Houser AN. The international migration of nurses in long-term care. *J Aging Soc Policy* 2008; 20(2): 259-75.
2. Kingma M. Nursing migration: global treasure hunt or disaster-in-the-making? *Nursing Inquiry* 2001; 8(4): 205-12.
3. Donna SK. Push and pull factors in international nurse migration. *J Nurs Scholarship* 2003; 35 (2): 107-11.
4. Funtera CC. The hurdles of migrant nurses. *J EDTNA/ERCA* 2003; 29(4): 206-08.
5. Raghuram P. Interrogating the language of integration: the case of internationally recruited nurses. *J Clin Nurs* 2007; 16(12): 2246-51.
6. Nelson R. The nurse poachers. *Lancet* 2004; 364 (9447): 1743-4.
7. Cengia G, Micheloni B, Tessari L, Tosi O. La carenza di infermieri e le strategie per affrontarla. *Assistenza infermieristica e ricerca* 2006; 25(1): 14-20.
8. Piccoli M. Infermieri extracomunitari: il punto di vista del collegio. *Infermiere Informazione* 2003; 2: 5-7.
9. Piccoli M, Palese A, Di Giulio P. Il reclutamento di infermieri dai paesi extracomunitari. *Assistenza infermieristica e ricerca* 2005; 24 (3):148-52.
10. Manara Duilio F. In: Carocci Faber ed. Roma: *Infermieristica Interculturale*, 2004.