

Carissima/o collega

dopo la pausa estiva, ripartiamo con questa newsletter nella quale troverai un report sui primi dati preliminari dello studio **RN4CAST** di cui Anìmo si pregia di essere sponsor. Potrai leggere inoltre, un focus evidence based, sull'**uso delle check-list in area medica**, informarti sui nostri prossimi eventi formativi regionali ai quali potrai partecipare gratuitamente come iscritto all'associazione.

Ti invitiamo con molto piacere, anche a visitare il nuovo sito dell'associazione, all'interno del quale troverai informazioni inerenti **la vita associativa, i programmi in dettaglio dei nostri eventi formativi**, i nostri **evidence reports**, la raccolta delle **newsletters** che abbiamo prodotto ed inviato precedentemente ed alcune aree tematiche di interesse.

Siamo aperti sempre ai tuoi suggerimenti, osservazioni o contributi, che potranno giungerci tramite mail al seguente indirizzo: info@associazione-animo.it.

Ti auguriamo una buona lettura!

Giovanna Pentella Presidente Anìmo, Letizia Tesi Referente Newsletter
e il Direttivo Anìmo

Sommario:

Presentazione

Vita associativa

- **Lo studio Registered Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): risultati preliminari.**
C. Gatta

Focus

- **L'uso delle check-list in area medica.** Bertoncini F. Gallo R. Tesi L. Lo Burgio I, Di Berardino S, Rapetti R.

-

Approfondimenti Bibliografici

ANiMO informa

- **Prossimi incontri, Congressi, Convegni, Pubblicazioni, news**

Vita associativa

LO STUDIO REGISTERED NURSE FORECASTING IN EUROPE (RN4CAST): RISULTATI PRELIMINARI a cura di Claudia Gatta



Venerdì 10 giugno a Genova sono stati presentati i primi dati preliminari dello studio RN4CAST di cui Anìmo si pregia di essere sponsor.

Ma che cos'è RN4CAST?

Lo studio Registered Nurse forecasting in Europe (RN4CAST) ha coinvolto dodici paesi europei: Belgio, Inghilterra, Finlandia, Germania, Grecia, Irlanda, Norvegia, Polonia, Spagna, Svezia, Svizzera e Olanda, più USA Cina e Sud Africa, ha messo in evidenza collegamenti e relazioni negli ambiti della competenza, della prestazione e della sicurezza dei pazienti **misurando indicatori specifici di outcome**.

Solo misurando possiamo migliorare, solo confrontandoci possiamo sostenere una rete dove ogni nodo è parte vitale, condividendo il peso ed il valore delle scelte che ne possono derivare.

Lo studio italiano è stato condotto da un gruppo di ricercatori del Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova, sotto la direzione scientifica della Professoressa Loredana Sasso, nell'ambito del consorzio internazionale ed ottenendo dallo stesso il riconoscimento attraverso il coordinatore Europeo, Prof. Walter Sermeus.

L'obiettivo primario dello studio è la valutazione dell'impatto dell'assistenza infermieristica sulla sicurezza del paziente e la qualità delle cure nei reparti di Medicina e Chirurgia in Italia, come obiettivo secondario ha la pianificazione, con metodi innovativi, del calcolo del fabbisogno di infermieri nel futuro.

Cosa ci dicono in sintesi i primi dati dello studio?

Anzitutto che il rapporto pazienti/infermieri nei reparti di chirurgia e medicina in Italia è di 9,54 (valore minimo 7,08 – valore massimo 13,65) mentre il livello ritenuto ottimale per evitare esiti importanti sulla salute dei malati è di 6:1. In secondo luogo i dati ci dicono che le cure mancate riguardano principalmente aspetti *core* della professione infermieristica, cioè quelli che più interessano l'area di autonomia professionale (pianificazione delle

cure, sorveglianza adeguata dei pazienti, sviluppo o aggiornamento dei piani di assistenza e programmi, cambio frequente della posizione, confort/dialogo col paziente, educazione del paziente e della famiglia, la cura del cavo orale) e che questi variano in base al numero di infermieri e al loro carico di lavoro. Particolare influenza ha l'ambiente di lavoro dove si associa un più alto rischio di **burnout** e dove agli aspetti di soddisfazione legati al godimento dei diritti, alla flessibilità e all'autonomia professionale si contrappongono alti valori di insoddisfazione per lo stipendio e l'avanzamento di carriera.

In Italia il 36,15% degli infermieri (età media 41 anni) avrebbe intenzione di lasciare il lavoro nel prossimo anno, un dato preoccupante se pensiamo che il futuro dell'Italia e dell'Europa richiederà un maggior numero di professionisti di infermieri. In sostanza un sistema che "brucia" la sua risorsa più preziosa. Ancora una volta le condizioni lavorative incidono notevolmente sulle scelte individuali: il desiderio/volontà dell'infermiere di cambiare struttura aumenta del 50% in presenza di impossibilità di completare le attività di gestione del dolore per mancanza di tempo mentre diminuisce del 30% in caso di organico perfettamente adeguato e del 40% se c'è almeno un parziale riconoscimento della professione e ascolto da parte della dirigenza.

Sono primi dati che richiederanno diverse analisi e rapporti con altri dati di carattere economico, per esempio, al fine di valutare se il costo di un infermiere in più è giustificato economicamente rispetto al costo che il sistema deve sostenere per gli esiti delle mancate cure. Tuttavia pare indubbio che la *spending review* sia stata efficace nel rientro economico delle regioni ma è altrettanto provato che ciò è anche andato a discapito della qualità dell'assistenza (il 40% degli infermieri ritiene che la qualità sia mediocre o scadente), degli esiti e della sicurezza (solo il 30% degli infermieri ritiene che il livello di sicurezza dei pazienti sia molto buono o eccellente). Inoltre non abbiamo prova che con i tagli economici si siano adottati più efficienti ed efficaci modelli organizzativi.

La prof.ssa **Linda Aiken** nel suo intervento ha ribadito che **i precedenti studi del consorzio Rn4Cast hanno correlato la mortalità nelle strutture ospedaliere a due variabili: al rapporto pazienti/infermieri (la mortalità è più bassa negli ospedali in cui un infermiere segue meno pazienti) e al più elevato titolo di studio dello staffing (il 50% degli infermieri italiani sono laureati).**

La difficoltà di svolgere la professione infermieristica in situazioni di carenza d'organico è testimoniata dal fatto che il 79% degli infermieri dicono di non essere abbastanza presente al letto del paziente. Non ci sono abbastanza infermieri. Tra i 40 ospedali italiani si osservano differenze rilevanti: si passa da strutture con il rapporto nelle 24 ore di un infermiere e 6 pazienti a strutture con il rapporto un infermiere a 11 pazienti.

Appare quindi evidente – e le sfaccettature di queste evidenze saranno oggetto di studio e pubblicazione nel proseguo delle analisi e comparazioni tra i dati – che c'è una correlazione significativa tra staffing (formazione, composizione e numero di personale addetto all'assistenza), ambiente lavorativo e qualità e sicurezza delle cure. Una tale correlazione non può che avere come corollario l'affermazione che l'assistenza infermieristica non è il problema ma soluzione dei problemi di salute dei pazienti.

Nell'attuale fase storica l'enfasi posta sulla sicurezza delle cure richiede la sfida della concretezza. Portare avanti tale sfida implica la diffusione della cultura della valutazione, implica un sistematico lavoro di misurazione, per comprendere l'impatto dell'assistenza infermieristica sulla qualità delle cure, condividendo metodi e strumenti con coloro che hanno già raccolto la sfida della concretezza.

Focus

L'USO DELLE CHECK-LIST IN AREA MEDICA

a cura di **Bertoncini F. Gallo R. Tesi L. Lo Burgio I, Di Bernardino S, Rapetti R.**



Contesto e panoramica

• LA CHECKLIST

La checklist è una lista di voci che occorre controllare e spuntare per verificare che una determinata serie di operazioni sia stata eseguita correttamente. ⁽¹⁾

La spunta di ogni item costitutivo di una checklist aiuta a garantire la coerenza e la completezza nella realizzazione di un intero processo assistenziale, divenendo così garanzia di linearità e coerenza nel perseguimento di obiettivi specifici; la spunta degli elementi di una lista, infatti, è uno dei metodi più semplici e sicuri per portare a termine attività che prevedono molti passi e che richiedono particolare attenzione.

La lista di controllo è un documento che fa parte di un processo. Più propriamente è lo strumento per la "verifica procedurale" del processo stesso.

La funzione delle checklist è quella di potenziare le capacità dei professionisti sia esperti che non, esse infatti possono essere sviluppate per supportare in toto il percorso da seguire all'interno di alcuni aspetti di processi assistenziali, oppure come verifiche di controllo di procedure specifiche, applicazioni pratiche di linee guida, ecc.

Tale strumento dovrebbe essere semplice, chiaro e di facile consultazione. I vari punti possono essere utilizzati per una valutazione a posteriori. Può essere arricchito ed integrato laddove, dall'analisi dello stesso, risultino rilevanti aspetti che non sono stati presi in considerazione in fase di strutturazione dello strumento stesso.

• BREVE STORIA

Dell'uso di checklist come strumento di controllo di eventi procedurali, se ne ha traccia fin dal 1935: è nel campo dell'aviazione militare degli Stati Uniti che troviamo le prime checklist.

Nacquero in seguito ad un incidente aereo: dopo un'analisi delle cause profonde che avrebbero contribuito a tale incidente, gli studiosi dell'aeronautica statunitense definirono che una delle principali cause fosse: "un aereo troppo complicato perché un solo uomo potesse farlo volare" ⁽²⁾, creando così una "lista di controllo" alla quale ogni pilota doveva attenersi per riuscire ad evitare ogni possibile fonte di errore.

Attraverso la creazione di una checklist semplice e breve, non si verificarono più tali episodi.

Da lì vennero quindi ampliate a livello organizzativo in diverse aree e in ogni contesto.

Le prime checklist introdotte negli ospedali americani, furono causa di scetticismo da parte dei medici, poiché erano convinti che "un pezzo di carta con una colonna di caselle da spuntare" non avrebbe migliorato le cose. E' bastata invece l'introduzione di una lista di controllo che garantisse sistematicità nella rilevazione di quattro parametri fisiologici (temperatura corporea, frequenza cardiaca, pressione sanguigna, e frequenza respiratoria) ad ogni paziente ricoverato, a far sì che si sviluppasse una consapevolezza maggiore di tutte quelle attività per le quali la routinarietà nascondeva una sorta di erronea certezza di esecuzione di attività che tuttavia non venivano registrate o, in alcuni casi, nemmeno effettuate; ciò ha favorito una presa di coscienza maggiore per garantire un percorso di cura più accurato, raccogliendo tali attività in una sorta di checklist.

Un altro aspetto che ne conferma l'utilità, è stata la loro introduzione nel 2001 nel Johns Hopkins Hospital, dove si è iniziato ad utilizzarle a livello medico per valutare le infezioni correlate all'inserzione di cateteri centrali, la valutazione del dolore e la comparsa di ulcere gastriche nei pazienti in ventilazione meccanica, con una riduzione sostanziale della percentuale delle complicanze, migliorando la qualità dell'assistenza ed innalzando gli standard delle prestazioni di base. ⁽²⁾

In molti casi, le checklist possono anche aiutare le strutture e gli operatori sanitari a razionalizzare l'uso di risorse migliorando nel contempo la qualità degli esiti clinici.

• CARATTERISTICHE

Affinché la checklist sia efficiente e valida, ovvero diventi assunta la forma di vera e propria verifica procedurale del processo per cui è stata creata, la sua strutturazione deve rispettare requisiti chiari e precisi: esistono checklist strutturate in modo non idoneo, che risultano essere vaghe e imprecise, troppo lunghe e difficili da usare, quindi poco pratiche.

Al contrario, ve ne sono di precise, funzionali, facili da usare e quindi più pratiche. Non mirano a descrivere ogni minuzia, si limitano a ricordare i passi complicati e più importanti, quelli in cui può inciampare anche il professionista più capace.

Fondamentale per un buon uso della checklist, è decidere la tipologia di utilizzo ovvero scegliere fra "esecuzione e conferma" oppure "lettura ed esecuzione".

Con la prima, i professionisti svolgono i propri compiti in base alle proprie competenze ed all'esperienza acquisita. Successivamente si fermano e scorrono la checklist per verificare che le cose da fare siano state eseguite in maniera corretta.

Nella seconda tipologia di checklist, invece, il professionista, durante le sue attività, spunta passo passo le diverse voci.

• COME SI COSTRUISCE

La checklist deve essere condivisa da tutto il gruppo di lavoro, che apporta le necessarie modifiche fino a che non risulta essere uno strumento efficace.

In base a quanto detto in precedenza, le checklist, non possono essere lunghe; una regola di massima è quella di limitare i punti tra le cinque e le nove voci. E' questo che le rende un mezzo valido e di facile utilizzo: la consultazione dovrebbe avvenire in un tempo compreso tra i 60-90 secondi per evitare di saltare punti e tralasciare voci che devono essere prese in considerazione per il raggiungimento dell'obiettivo prefissato. ⁽²⁾

Il linguaggio da utilizzare inoltre dovrebbe essere semplice, preciso ed utilizzare il lessico comune della professione.

La presentazione ha la sua importanza: l'ideale è far stare tutta la checklist in una pagina, utilizzando un unico colore ed un carattere di scrittura semplice e chiaro.

Letteratura

• GLI AMBITI DI UTILIZZO

Le checklist sono utilizzate in particolare nelle sale operatorie come riportato sul sito del Ministero della Salute e sono state oggetto di sperimentazione in uno studio di coorte del 2012. ⁽³⁾

Tale studio è stato condotto su un campione di ospedali di diversi Paesi; tutte le realtà riproducono circostanze economiche e popolazioni diverse, ma tutte hanno partecipato al programma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per migliorare la pratica nelle sale operatorie; dallo studio è emerso che l'implementazione della checklist è associata ad una concomitante riduzione del tasso di mortalità e risulta essere anche uno strumento di sicurezza.

In base a quanto riportato in un articolo del 2009 nel New England Journal of Medicine ⁽⁴⁾, si evince che, con l'utilizzo della checklist, c'è stata una riduzione del tasso di complicanze maggiori postoperatorie e miglioramenti nei risultati chirurgici.

Per la loro efficacia, sono utilizzate in svariati contesti lavorativi per esempio nella progettazione, nella produzione, come già detto nella sanità. Possono essere applicati in qualsiasi processo e ambito.

Infine si può dedurre che l'utilizzo delle checklist in vari settori e nei diversi ambiti lavorativi, ma soprattutto in sanità, ha abbassato il rischio di tralasciare passaggi importanti e fondamentali, garantendone l'implementazione o l'introduzione all'applicazione in ogni contesto.

• I FONDAMENTI NELL'USO DI CHECKLIST

Dall'analisi di un articolo pubblicato sull' Implementation Science del 2013 ⁽⁹⁾ si evince che attraverso la revisione sistematica di numerosi articoli, sono state analizzate le principali caratteristiche che dovrebbe possedere una checklist, valutando i criteri di scelta circa gli argomenti per le quali erano state strutturate e raccogliendo informazioni circa i punti di forza e di debolezza; è stata quindi stilata una lista di controllo preliminare basata su un elenco aggregato delle determinanti riferito alle precedenti liste di controllo incluse, in modo da definire in una "checklist preliminare" quali fossero tutti i fattori fondamentali e che risultano risolutivi da prendere in considerazione quando ci si appropria ad un processo che prevede strutturazione e/o implementazione di checklist.

Sono stati esaminati i titoli e gli abstract di 5.778 articoli e successivamente analizzati 87 documenti potenzialmente rilevanti in full text. Dall'analisi sono emerse 12 liste di controllo che trattavano sette ambiti principali: elementi delle Linee Guida, la salute individuale, fattori professionali, fattori riguardanti il paziente, interazioni professionali, incentivi e risorse, capacità organizzativa di miglioramento e fattori sociali, politici e legali.

Lo scopo principale di tale studio era quello di evidenziare ed analizzare l'utilità e la semplicità di utilizzo di checklist nella pratica quotidiana. Dallo studio è emerso inoltre che l'utilizzo delle checklist abbiano apportato un miglioramento della qualità in ambito sanitario a tutti i livelli in cui sono state adottate. ⁽⁹⁾

• UN ESEMPIO DI CHECKLIST

Uno degli esempi più famosi ed utilizzato di checklist all'interno del panorama internazionale, giunge dal programma Medicare del Governo degli Stati Uniti d'America. ⁽¹⁰⁾

All'interno di tale programma è stata costruita una checklist da fornire ai pazienti e loro caregiver che usufruiscono di cure mediche in contesti di ricovero e si preparano a lasciare l'ospedale o le strutture di assistenza per poter essere dimessi presso il loro domicilio.

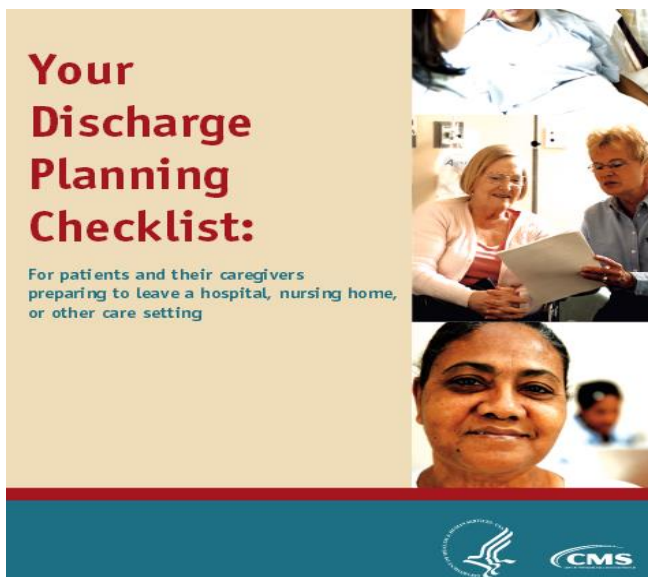
Tale checklist, come indicato, vuole integrare paziente e caregiver quali soggetti fondamentali all'interno del team di pianificazione e contiene item strutturati al fine di poter considerare ogni aspetto che potrebbe influire anche minimamente all'interno del processo decisionale di pianificazione della dimissione.

Pratica e veloce, include uno spazio "note" accanto ad ogni item in modo che, al termine della compilazione, l'analisi delle stesse note permette di possedere gli elementi chiavi utili per la formulazione di obiettivi specifici.

Conclusioni

Le check-list sono diventate già da tempo parte integrante dei sistemi di gestione della qualità, intesa nella sua accezione più ampia.

Esse, quale garanzia di applicazione dei processi assistenziali per le quali vengono strutturate, appaiono come dei veri e propri sistemi "poka-yoke", ovvero delle linee da seguire "a prova di errore"; oltre a garantire la tracciabilità dell'intero percorso, strutturare un processo con un design che includa check-list significa individuare precocemente gli errori e le necessità di chi potrebbe commettere errori, analizzare tutte le possibili fonti di errore, soddisfare le necessità dopo aver gestito tutti i possibili errori ⁽¹¹⁾, garantendo così linearità nel perseguimento di obiettivi assistenziali all'interno delle principali patologie di area medica.



Instructions:

- Use this checklist early and often during your stay.
- Talk to your doctor and the staff (like a discharge planner, social worker, or nurse) about the items on this checklist.
- Check the box next to each item when you and your caregiver complete it.
- Use the notes column to write down important information (like names and phone numbers).
- Skip any items that don't apply to you.

Action Items	Notes
<input type="checkbox"/> Ask for written discharge instructions (that you can read and understand) and a summary of your current health status. Bring this information and your completed "My drug list" to your follow-up appointments.	_____
<input type="checkbox"/> Use "My appointments" on page 5 to write down any appointments and tests you'll need in the next several weeks.	_____

For the caregiver	Notes
<input type="checkbox"/> Do you have any questions about the items on this checklist or on the discharge instructions? Write them down, and discuss them with the staff.	_____
<input type="checkbox"/> Can you give the patient the help he or she needs?	_____
<input type="checkbox"/> What tasks do you need help with?	_____
<input type="checkbox"/> Do you need any education or training?	_____
<input type="checkbox"/> Talk to the staff about getting the help you need before discharge.	_____
<input type="checkbox"/> Write down a name and phone number of a person you can call if you have questions.	_____



Bibliografia

1. Dizionario della lingua italiana Treccani, 2016
2. Gawande A. "Checklist come fare andare meglio le cose". Einaudi Ed.
3. van Klei VA, Hoff RG et al. «Effects of the introduction of the WHO "Surgical Safety Checklist" on in-hospital mortality: a cohort study". *Ann Surg.* 2012 Jan; 255(1):44-9
4. Haynes AB, Weiser TG, et al. "A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a Global Population". *N Engl J Med.* 2009;360: 491-499
5. Casteel B. "Simple hearth failure checklist reduces readmission rates, improves care, could saves billions". American College of Cardiology. 2012. Available at: <http://www.acc.org/about-acc/press-releases/2012/05/18/16/53/hf-checklist>
6. Castledine G, Close A. "Five-point checklist for assessing patients with chronic liver disease" *Oxford Handbook of Nursing.* Oxford University press. 2009 p.283
7. Cynulliad Cenedlaethol Cymru. The National Assembly for Wales. "Practitioner guide to carers' assessment". 2000
8. Center for Diseases Control and Prevention. "Fall Risk Checklist". 2015. Available at: https://www.cdc.gov/steadi/pdf/fall_risk_checklist-a.pdf
9. Flottorp SA et al. « A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice." *Implementation Science.* 2013; 8(35):20
10. <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11376.pdf> Date of consultation: 5.09.2016
11. Nikkan Kogyo Shimbun Ltd., *Poka-Yoke: Improving Product Quality By Preventing Defects* Productivity Press, 1988 (ed. inglese), ISBN 0-915299-31-3, pag. 64-69.

Approfondimenti bibliografici

Reference 1

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22123159>

Ann Surg. 2012 Jan;255(1):44-9. doi: 10.1097/SLA.0b013e31823779ae.

Effects of the introduction of the WHO "Surgical Safety Checklist" on in-hospital mortality: a cohort study.

van Klei WA¹, Hoff RG, van Aarnhem EE, Simmermacher RK, Regli LP, Kappen TH, van Wolfswinkel L, Kalkman CJ, Buhre WF, Peelen LM.

⊕ Author information

Abstract

OBJECTIVE: To evaluate the effect of implementation of the WHO's Surgical Safety Checklist on mortality and to determine to what extent the potential effect was related to checklist compliance.

BACKGROUND: Marked reductions in postoperative complications after implementation of a surgical checklist have been reported. As compliance to the checklists was reported to be incomplete, it remains unclear whether the benefits obtained were through actual completion of a checklist or from an increase in overall awareness of patient safety issues.

METHODS: This retrospective cohort study included 25,513 adult patients undergoing non-day case surgery in a tertiary university hospital. Hospital administrative data and electronic patient records were used to obtain data. In-hospital mortality within 30 days after surgery was the main outcome and effect estimates were adjusted for patient characteristics, surgical specialty and comorbidity.

RESULTS: After checklist implementation, crude mortality decreased from 3.13% to 2.85% (P = 0.19). After adjustment for baseline differences, mortality was significantly decreased after checklist implementation (odds ratio [OR] 0.85; 95% CI, 0.73-0.98). This effect was strongly related to checklist compliance: the OR for the association between full checklist completion and outcome was 0.44 (95% CI, 0.28-0.70), compared to 1.09 (95% CI, 0.78-1.52) and 1.16 (95% CI, 0.86-1.56) for partial or noncompliance, respectively.

CONCLUSIONS: Implementation of the WHO Surgical Checklist reduced in-hospital 30-day mortality. Although the impact on outcome was smaller than previously reported, the effect depended crucially upon checklist compliance.

Reference 2

<http://www.acc.org/about-acc/press-releases/2012/05/18/16/53/hf-checklist>



SIMPLE HEART FAILURE CHECKLIST REDUCES READMISSION RATES, IMPROVES CARE, COULD SAVE BILLIONS

Mar 24, 2012

Contact: Beth Casteel, bcasteel@acc.org, 202-375-6275

CHICAGO (March 24, 2012) — Use of a new, simple and inexpensive checklist appears to drastically lower the likelihood of heart failure patient readmission and improve quality of care when used before patients leave the hospital, according to research presented today at the American College of Cardiology's 61st Annual Scientific Session. The Scientific Session, the premier cardiovascular medical meeting, brings cardiovascular professionals together to further advances in the field.

Reference 3

<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11376.pdf>

Your Discharge Planning Checklist:

For patients and their caregivers preparing to leave a hospital, nursing home, or other care setting

The advertisement features three photographs: the top one shows an elderly patient in a hospital bed being attended to by a healthcare professional; the middle one shows a woman and a man looking at a document together; the bottom one is a close-up portrait of a woman. At the bottom of the advertisement, there are logos for the Department of Health and Human Services and CMS.

Anìmo informa

Congresso Regionale Liguria



Congresso Regionale Piemonte



news

A.N.I.M.O.
ASSOCIAZIONE NATIONALE INFERMIERI MEDICINA OPERATORIA



Il nuovo sito dell'associazione Animo -

Un nuovo sito, con una nuova veste grafica, ma soprattutto funzionalità per gli infermieri, facilità di accesso alle informazioni e aggiornamento puntuale.

Rinasce sotto queste buone stelle

www.infermieri-animo.it

Nella rivisitazione abbiamo voluto creare una piattaforma agevole e accessibile da pc, tablet e smartphone, per una navigazione moderna e immediata. Ma anche piacevole e graficamente accattivante.

Il nuovo sito è accompagnato, come potete notare, da un'altrettanto nuova newsletter che ne riprende il mood dinamico.

Frutto di un buon lavoro di squadra, ci auguriamo che saprà accompagnare i professionisti infermieri nel loro lavoro quotidiano.

Non ci resta che invitarvi a cliccare il link e augurarvi buona navigazione.