

Infermiere

a P A V I A



Vita di collegio

**Convegno: IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO
DELL'INFERMIERE - Chi è il Protagonista?**

12 dicembre

Elezioni per il rinnovo degli Organi Collegiali

12-13-14 dicembre 2008

S O M M A R I O

Editoriale	2
Indagine sul ruolo del coordinatore infermieristico nel processo di attivazione di un ambulatorio	3
Programma di cura e sviluppo individualizzato al neonato prematuro (NIDCAP): un nuovo modello assistenziale	7
Il nuovo codice deontologico dell'infermiere: chi è il Protagonista?	10
Morbo di Buruli: Una malattia tropicale poco conosciuta Cenni assistenziali	13
Scheda di disponibilità ad essere eletti	15
Convocazione Assemblea Elettiva	16

Carissimi,

anche questo triennio volge alla fine, il mandato è prossimo al rinnovo e come è giusto fare ad ogni conclusione di percorso, ognuno di noi dovrebbe fare le sue considerazioni e valutazioni in merito all'operato svolto.

Mi sento quindi in dovere quale Presidente a scadenza, di ricordare questo triennio, caratterizzato da momenti alterni di speranza, euforia, vittoria, amarezza, delusione...

Beh! non possiamo certo dire che è stato un mandato monotono non credete?

Le incomprensioni della politica, nazionale e regionale, le difficoltà comunicative del coordinamento, la ricerca con esiti positivi di sanare situazioni amministrative difficili (quote insolite), la nuova sede che lentamente (ma molto lentamente) ha superato gli intoppi burocratici e comincia a erigere le sue fondamenta, i piccoli ma ridondanti scandali che hanno cercato di minare la credibilità di una professione che non ha simili per ONESTA³ e senso ETICO, ancora una volta ci hanno visto passare indenni e superare con dignità e fermezza tutte le avversità.

Vi confesso però che tutti questi eventi hanno decisamente indebolito il mio personale livello di mediazione, non ultima la riforma degli ordini che sembrava arrivare ma che da tempo è ferma alla stazione di partenza (come il treno ad alta velocità per Roma), insomma un moto "Gattopardiano" nel quale sembra cambi tutto per non cambiare nulla.

Ed invece qualcosa è cambiato, alcuni cominciano a percepirlo, altri meno, ma ormai il movimento è avviato e non possiamo fermarlo.

A livello provinciale, le iniziative svolte in collaborazione con l'Ordine dei medici, dimostrano che la collaborazione paritetica nel rispetto delle competenze e professionalità è possibile, fruttuosa e conveniente a tutti, ma soprattutto ai cittadini.

Resta a questo punto una sola domanda da porsi: Cosa si intende fare adesso? Vogliamo continuare questa esperienza insieme?

Pensate che abbiamo dato abbastanza e quindi ritenete sia necessario lasciare spazio a colleghi più motivati?

Credete che dedicarsi allo sviluppo della professione sia solo una lunga e inutile perdita di tempo, per la quale vi sentite estranei alla sua partecipazione?

Pensate invece che Voi o qualche vostro collega abbiate ancora le doti per sopportare ore di discussione, analisi di progetti e idee che spesso non vedranno la luce perché difficilmente realizzabili?

O ancora, leggere proposte, articoli, richieste, spesso rispondere a quesiti apparentemente privi di significato, può sembrare non molto gratificante, ma posso assicurarvi, che questi anni di esperienza, mi hanno trasmesso tanti dati, poche risposte, ma tutte estremamente essenziali per una personale crescita interiore...

Ho imparato a conoscere le persone per quello che sono e non per quello che fanno, ad apprezzare l'impegno prima del risultato, a cercare le idee piuttosto che imporle... (beh non sempre si riesce a fare tutto ciò, ma almeno è importante prenderne coscienza.)

Insomma, in poche parole sto chiedendoTi di pensare a una esperienza attiva per le prossime elezioni, su questo numero proverai già un elenco di candidati che hanno offerto la loro disponibilità ad essere eletti, ma vorrei ricordarti che TUTTI gli iscritti, indistintamente, possono essere eleggibili, e quindi c'è ancora tempo per averTi nel gruppo.

Se invece decidi di dedicarti ad altre attività e lasciare spazio agli altri...

Un grazie sentito per l'aiuto e l'apporto che darai al gruppo in questo periodo, richiamando i colleghi al loro dovere: esprime le loro preferenze per eleggere i rappresentanti del Consiglio direttivo e dei revisori dei conti, venire a votare è la massima espressione di partecipazione democraticamente rappresentativa che possiamo fare.

Quest'anno abbiamo anche organizzato in concomitanza, un interessante convegno al quale spero non vorrai mancare.

Un saluto

Enrico Frisone

Infermiere a Pavia

Rivista trimestrale del Collegio IP.AS.VI. di Pavia
Anno XX n. 3/2008 giugno-ottobre 2008

Editore Collegio Infermiere professionali,
Assistenti Sanitarie, Vigilatrici d'Infanzia
della Provincia di Pavia

Direttore Responsabile Enrico Frisone

Capo Redattore Giuseppe Braga

Segreteria di Redazione G. Braga

Comitato di Redazione O. Bonafè, G. Braga, M. Cattanei,
S. Giudici, A.M. Tanzi

Hanno collaborato a questo numero: L. Bonetti, G. De Bon, S. De Maestri,
L. Manganini, M. Nucechi, I. Ritzu, P. Sannino,
G. Santini, S. Vittone

Impianti e stampa Gemini Grafica snc - Melegnano (MI)

Direzione, Redazione, Via Volta 25 - 27100 Pavia

Amministrazione Tel. 0382/525609, Fax 0382/528589
CCP n. 10816270

I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore.
Manoscritti e fotografie, anche se non pubblicati, non saranno restituiti.

Registrazione presso il Tribunale di Pavia n. 355 del 08.02.1989.
Spedizione in abb. postale - Comma 20/C 2 L. 662/96 - Fil. di Pavia.
La rivista è inviata gratuitamente agli iscritti al Collegio IP.AS.VI. di Pavia. Finito di stampare nel mese di ottobre 2008 presso Gemini Grafica snc di S. & A. Girompini, Melegnano (MI)

INDAGINE SUL RUOLO DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO NEL PROCESSO DI ATTIVAZIONE DI UN AMBULATORIO

Stefano De Maestri *
Loris Bonetti **
Lorenza Manganini ***
Marta Nucchi ****

ABSTRACT - A seguito dell'evoluzione tecnologica e degli inevitabili cambiamenti legati allo scorrere del tempo, il professionista modifica il proprio essere ed il proprio agire. La presenza di nuovi bisogni nella popolazione stimola ad attivare progetti con lo scopo di risolvere uno o più quesiti.

All'interno dell'azienda ospedaliera Luigi Sacco, una infermiera coordinatrice con colleghe stomaterapiste, hanno analizzato il proprio contesto sanitario; hanno identificato una serie di disagi e problemi relativi ai pazienti stomizzati e all'assistenza delle lesioni cutanee difficili, hanno attivato, attraverso una integrazione di gruppo, due progetti aziendali finalizzati alla loro risoluzione.

Questa indagine intende valorizzare le funzioni di coordinamento infermieristico, per l'attivazione di un ambulatorio di stomaterapia e gestione delle lesioni cutanee difficili.

Premessa

Per analizzare il "percorso" oltre alla consultazione dei progetti, della normativa vigente e delle ridotte evidenze scientifiche disponibili in materia, si sono intervistate tre professioniste; l'incontro e il confronto con infermiere specificatamente formate per l'assistenza a persone con stomia e con lesioni cutanee difficili è il nostro punto di forza. Il punto di debolezza: poche indagini e studi in merito all'Evidence Based of Nursing (EBN), quindi sembra che il presente lavoro non abbia autentici parametri di confronto.

Metodo e materiali

All'interno del centro di stomaterapia e lesioni cutanee difficili, dell'A. O. Luigi Sacco si sono acquisiti dati ed informazioni attraverso l'osservazione diretta, l'affiancamento alla coordinatrice ambulatoriale e la consultazione di documenti aziendali e non.

Tempo di indagine sul campo: 3 settimane tra dicembre 2007 e gennaio 2008.

Intervistate 3 infermiere che sono la "popolazione totale" delle infermiere assegnate all'ambulatorio; le domande iniziali e finali sono comuni alle tre infermiere mentre la parte centrale contiene domande diverse secondo la specificità operativa del professionista.

Allo scopo di permettere di verificare la corrispondenza tra il loro pensiero e le parole utilizzate nella trascrizione, ogni intervista è stata registrata ed in seguito trascritta, secondo griglie precedentemente strutturate. In fase successiva, alle stesse interviste sono state loro presentate le trascrizioni in versione integrale, allo scopo per rendere congrua ogni parte dell'intervista.

Ogni intervista ingloba trasversalmente indicatori d'argomento comuni al fine di strutturare un confronto.

Definizione di Progetto

Con il termine progetto si identifica il complesso di attività correlate tra loro che portano al conseguimento di un obiettivo e ne definiscono caratteristiche e prestazioni, in un tempo definito e con specificate risorse.

Un progetto, inteso come complesso di attività, presenta le seguenti caratteristiche:

- esiste un obiettivo specifico, unico, raggiungibile ed eventualmente interconnesso con altri obiettivi o progetti;
- l'obiettivo o scopo, non è la ripetizione di esperienze già fatte, ma, semmai, deve esplicitare modalità per migliorarle e misurarne il miglioramento;
- si deve predeterminare una durata;
- si devono definire le interfacce della progettazione;
- al progetto sono assegnate risorse economiche e/o umane;
- l'insieme delle attività, necessarie a raggiungere l'obiettivo o gli obiettivi, sono descritte in capitolati o contratti o piani interni dell'azienda che si propone di realizzarlo;
- è necessaria una programmazione che definisca la durata temporale, l'impiego delle risorse destinate al progetto, i tempi per il raggiungimento degli obiettivi intermedi e finali.

In sintesi il progetto ha quattro proprietà comuni che sono: obiettivi definiti unici (non ripetitivi), temporaneità, multidisciplinarietà, disponibilità di risorse molto limitate.

Progetto di gestione intraospedaliera e ambulatoriale del paziente con lesioni cutanee difficili

La proposta nasce dalla consapevolezza che le lesioni da pressione e le lesioni cutanee difficili rappresentano un indicatore della qualità dell'assistenza erogata

nelle strutture sanitarie. Per i riflessi che tale fenomeno comporta sui pazienti, sui costi e sul personale si ritiene interessante proporre un sistema di sorveglianza, prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee difficili, con valutazione dei risultati e dell'efficacia ottenuta, a livello intraospedaliero ed ambulatoriale, con investimenti ad hoc per ridurre l'incidenza. Il problema clinico delle lesioni cutanee difficili deve trovare soluzioni in ambito multidisciplinare anche se, invece, spesso, è affrontato autonomamente dai professionisti sanitari con scarsa integrazione e uniformità comportamentale. Il tutto si traduce in una gestione non ottimale del problema clinico-assistenziale ed in una dispersione di risorse economiche e umane. Nel 1999 in Italia i dati emersi dal sistema di rilevazione basato sui Disease Related Group (DRG) evidenziava una media di 32 giornate di ricovero per ciascun paziente con lesioni cutanee croniche ma questo sembrerebbe un dato sottostimato poichè non identifica i casi in cui le lesioni sono state trattate nell'ambito di un ricovero per diagnosi principale diversa. A livello internazionale e nazionale sono stati emessi inviti affinché a disposizione della popolazione ci sia una gamma completa di servizi socio-sanitari, facilmente accessibili, efficaci e con un costo ragionevole.

Le risorse umane, logistiche e strumentali sono le seguenti:

1. un coordinatore infermieristico esperto in wound care e gli altri eventuali infermieri esperti in wound care,
2. i coordinatori di unità operativa e un infermiere referente per unità operativa,
3. ausili e presidi di medicazione come da capitolati aziendali.

Griglia delle interviste semistrutturate alla Coordinatrice dipartimentale, al-

la Coordinatrice ambulatoriale e all'Infermiera stomaterapista.

1. Percorso formativo-lavorativo,
2. collaborazione con il gruppo infermieristico; personale infermieristico coinvolto con la coordinatrice infermieristica nella proposta di attivazione dell'ambulatorio Stomie,
3. collaborazione con la dirigenza infermieristica, interazioni tra pari (coordinatori infermieristici di Unità Operativa e Dipartimentale), e responsabile SITRA,
4. collaborazione medica, ruolo medico nel progetto ed interazione/collaborazione tra medici e coordinatrice,
5. collaborazione amministrativa/sanitaria/direzionale, tipo di collaborazione tra coordinatrice e strutture amministrativa-sanitaria-direzionale,
6. variazioni avvenute, valutazione finale (aspetti positivi e negativi).

1. Quale è stato il suo percorso formativo-lavorativo?
2. Cosa ne pensa della proposta di attivazione dell'ambulatorio?
Da dove nasce l'idea dell'attivazione di un ambulatorio stomie e lesioni cutanee difficili?
Che ruolo riveste l'infermiere all'interno dell'ambulatorio?
Come si struttura la relazione tra infermiere e coordinatore?
3. Quale ruolo hanno rivestito i suoi colleghi in questa scelta?
Ha mai discusso con i colleghi di questa proposta?
Come si struttura/si è strutturata la relazione tra la coordinatrice dipartimentale e la coordinatrice ambulatoriale?
Quanto e in che modo è stata supportata dalla responsabile SITRA e dalla responsabile dipartimentale in questo progetto?
Quali sono stati i rapporti tra dirigenza medica ed infermieristica?
4. In quale modo i medici hanno collaborato al progetto?
Che tipo di collaborazione si è strutturata tra medici e coordinatrice?
Quanto e in che modo è stata supportata dal dirigente medico di II livello?
5. Che tipo di supporto ha avuto da queste strutture?
Quanto è importante l'integrazione fra queste parti per concretizzare il progetto?
Quale è stato il ruolo del Direttore Generale in questo progetto?
6. Aspetti positivi e negativi del percorso?

1 - DOMANDA SULLA FORMAZIONE/ESPERIENZA PROFESSIONALE

Infermiera stomaterapista

Formazione:

1. corso di perfezionamento stomaterapia e riabilitazione del pavimento pelvico.

Attività clinica:

2. esperienza pluridecennale in unità operativa chirurgica.

Coordinatrice dipartimentale

Formazione:

1. corso di abilitazione a funzioni direttive (AFD),

Attività clinica:

1. ampia esperienza in qualità di infermiera turnista espressa in più unità operative ed aziende ospedaliere,
2. esperienza pluridecennale in qualità di coordinatrice infermieristica sia in unità operative che dipartimentale

Coordinatrice ambulatoriale

Formazione:

1. corso di abilitazione a funzioni direttive (AFD),
2. corso di perfezionamento in wound care,
3. corso di perfezionamento stomaterapia e riabilitazione del pavimento pelvico.

Attività clinica:

1. ampia esperienza in qualità di infermiera turnista in area critica,
1. coordinamento infermieristico di unità operativa di area critica per 10 anni,
2. esperienza decennale in qualità di tutor diploma di laurea per infermieri,
3. referente aziendale per corsi di aggiornamento.

COMMENTO: le tre infermiere hanno ampia esperienza lavorativa, ma per la formazione post-base si notano differenze di interesse. Tutte hanno riposto grande attenzione e volontà nell'aggiornamento, nell'educazione e nella loro formazione specialistica e continua. Rispetto ai cambiamenti, si sono rivolte all'ascolto, al fine di analizzare le nuove problematiche assistenziali infermieristiche evidenziate, per poter affermare il proprio contributo di risoluzione. Il loro coinvolgimento nel progetto di implementazione dell'ambulatorio è testimone di grande attenzione per i necessari cambiamenti legati alle nuove problematiche assistenziali, all'esigenza di migliorare la qualità di vita degli assistiti.

2 - DOMANDA/E SULLA COLLABORAZIONE INFERMIERISTICA Infermiera stomaterapista

L'infermiera esperta in stomaterapia, attraverso un percorso formativo specifico acquisisce conoscenze specifiche, quindi, riesce al garantire al paziente un'assistenza infermieristica specialistica. È un ambulatorio con una notevole attività in-

fermieristica.

Coordinatrice dipartimentale

I pazienti dopo la dimissione, pieni di timori e dubbi, non sapevano come affrontare il dopo; la disponibilità dei colleghi c'è sempre stata, ma l'assistenza diretta spesso rendeva l'aiuto frammentario e non continuo.

Coordinatrice ambulatoriale

La collaborazione è stata assolutamente alla pari, siamo 4 infermiere stomaterapiste. L'esigenza alla base di questa proposta è fortemente sentita da ognuna di noi. Ci siamo conosciute in prima istanza come colleghe e poi in relazione alla problematica; da qui nasce l'idea di codificare il servizio. Ci è piaciuta l'idea di poter mettere insieme le forze per questo progetto.

COMMENTO: l'idea dell'attivazione di un ambulatorio nasce dall'esigenza dei pazienti. Questi ultimi (e le loro famiglie) dopo la dimissione, sono incerti e/o dubbiosi, non sapere come affrontare il dopo, porta ad un'assistenza frammentaria, non continua, e poco uniforme. L'Azienda Ospedaliera Luigi Sacco, attualmente è sprovvista di un centro di riferimento per la stomaterapia ed il trattamento delle lesioni cutanee difficili; ai pazienti manca una figura professionale esperta a cui riferirsi per la gestione di questi problemi. L'insorgenza non è sicuramente dovuta alla mancanza di volontà, comunicazione, ed educazione, ma è il risultato dell'assenza di una specifica area assistenziale di riferimento. La forza dei professionisti, non è sufficiente a risolvere problematiche di ampia portata. L'analisi della situazione ha motivato una coordinatrice infermieristica ed un gruppo di colleghe, ad attivarsi al fine di migliorare una situazione assistenziale, e soddisfare i bisogni del cure e del care. Attraverso la collaborazione, l'integrazione e la convinzione di un gruppo infermieristico alla pari, detentore di conoscenze professionali specifiche, si è giunti alla strutturazione del progetto aziendale, finalizzato all'attivazione dell'ambulatorio.

3 - DOMANDA/E SULLA COLLABORAZIONE CON LA DIRIGENZA INFERMIERISTICA

Infermiera stomaterapista

Siamo state supportate molto dalla nostra Dirigente S.I.T.R.A., che è stata molto sensibile all'argomento e quindi, è nata una collaborazione al progetto.

Coordinatrice dipartimentale

Grazie alla sensibilità della Dirigente S.I.T.R.A. attraverso fondi regionali (medicazioni di lesioni cutanee difficili codifica di rimborso prestazione elevata) sta assumendo consistenza e forma. Un concate-

narsi di eventi positivi... Si sono concordate le caratteristiche qualitative ed il numero del personale infermieristico addetto all'ambulatorio.

Coordinatrice ambulatoriale

Il progetto è stato contestualmente proposto alla Dirigente S.I.T.R.A. e al Direttore Sanitario. Precedentemente ne avevo discusso con la Dirigente SITRA e, a seguito del suo benessere, si è attivata la proposta. La Dirigente S.I.T.R.A. si è fatta rappresentante tramite il Direttore Sanitario, che ha identificato in termini operativi il responsabile medico di II livello.

COMMENTO: tutto il gruppo di Coordinatori Infermieristici di unità operativa e dipartimentale, è convinto dell'esigenza di codificare uno specifico ambulatorio per le lesioni cutanee difficili. Spesso la convinzione dell'esigenza di una nuova realtà, non è sufficiente al fine di concretizzare un progetto; occorre una stretta interazione di eventi. La coordinatrice dipartimentale e la coordinatrice ambulatoriale hanno creduto e collaborato ai progetti costantemente; in ogni momento di confronto e di supporto logistico-funzionale hanno trovato risposte "possibili" ai problemi che si presentavano durante il percorso, ad esempio ospitando i locali ambulatoriali all'interno della propria unità operativa. La responsabile S.I.T.R.A. ha appoggiato in modo totale la coordinatrice ambulatoriale, se ne è fatta rappresentante ad ogni livello direzionale, ed insieme hanno pianificato le caratteristiche qualitative dell'ambulatorio ed il numero di personale infermieristico necessario.

4 - DOMANDA/E SULLA COLLABORAZIONE CON LA DIRIGENZA MEDICA

Infermiera stomaterapista

Il mio primario fin dall'inizio è stato sensibile e ci ha supportato nel progetto. In precedenza già un chirurgo specialista in malattie infiammatorie, che era sicuramente la figura più presente in ambulatorio chirurgico per i pazienti stomizzati, si era reso consapevole dell'esigenza di uno specifico luogo di educazione e gestione di tali casistiche.

Coordinatrice dipartimentale

Attraverso la dirigenza medica per evitare dispersioni di tempo e difficoltà funzionali si è concordato: un medico chirurgo referente dell'ambulatorio, i consulenti specialistici e i referenti delle altre unità operative, onde. Anche con il Direttore Sanitario, si sono pianificati i progetti in termini economici di destinazione di fondi.

Coordinatrice ambulatoriale

La proposta è stata prettamente infermieristica. Tutti i medici coinvolti nel progetto

dell'ambulatorio sono d'accordo sulla necessità di strutturare questo progetto e sulla necessità di una stretta collaborazione. Il rapporto di cooperazione medico-infermieristico era già stato instaurato dalle colleghe nelle varie unità operative in fasi operative.

COMMENTO: il progetto è stato proposto alla dirigente S.I.T.R.A. e al Direttore Sanitario, che ha identificato in termini operativi il responsabile medico di II livello. La proposta è stata prettamente infermieristica, ma tutto il gruppo medico ha dimostrato accordo. Il dirigente medico di II livello ha supportato molto le proposte, anche in termini finanziari, valorizzando le risorse regionali; è stato, con la responsabile S.I.T.R.A., un diretto interlocutore: attraverso la Dirigenza Medica si è concordato un medico chirurgo referente dell'ambulatorio, i consulenti specialistici e i referenti delle altre unità operative.

5 - DOMANDA /E SULLA COLLABORAZIONE SANITARIA/AMMINISTRATIVA/DIREZIONALE

Infermiera stomaterapista

È stata assente una mia interazione diretta con questi settori.

Coordinatrice dipartimentale

Anche con il Direttore Sanitario si sono pianificati il progetto in termini economici di destinazione di fondi.

Coordinatrice ambulatoriale

Ho interagito oltre che con la Direzione Sanitaria, con il Provveditorato in termini tecnico-amministrativi, per i materiali e le attrezzature necessarie, sempre su mandato del Dirigente Medico di II livello. Partendo dal mandato del contenimento dei costi, e dall'assenza di nuove assunzioni infermieristiche per il servizio, ma attraverso lo spostamento di personale già in organico. L'altro contatto importante è stato con il Responsabile dei flussi informativi e dei codici DRG per cercare di ipotizzare una codifica regionale dei rimborsi regionali soprattutto codici da attribuire alle varie prestazioni per l'accesso ambulatoriale del paziente.

COMMENTO: la coordinatrice ambulatoriale ha interagito con la direzione sanitaria, con il provveditorato aziendale in termini tecnico-amministrativi per i materiali e le attrezzature necessarie, considerando sempre il contenimento dei costi e l'assenza di nuove assunzioni infermieristiche. Il materiale adottato è costituito dal minimo indispensabile per l'attivazione dell'ambulatorio. L'altro contatto importante è stato con il responsabile dei flussi informativi e dei codici DRG, per cercare di attivare la codifica regionale dei rimborsi, soprattutto dei codici da attribuire alle

varie prestazioni per l'accesso ambulatoriale dei pazienti. L'integrazione tra le parti è stata fondamentale per poter concretizzare il progetto. Attraverso contatti logistici e tecnici si sono apportate modifiche strutturali e di arredamento degli ambienti, con lo scopo renderli idonei all'uso, con la minima spesa sanitaria e conseguentemente, procedere alla presa in carico delle persone.

6. DOMANDA/E SUGLI ASPETTI POSITIVI E NEGATIVI DEL PROGETTO

Infermiera stomaterapista

- Questo ambulatorio è sia un inizio che un traguardo.
- Non ho mai considerato aspetti negativi, ma solo prevedibili intoppi burocratici. Certo che in passato aiuti concreti sarebbero stati ben accetti.

Coordinatrice dipartimentale

- Gli aspetti positivi sono molteplici, come aver trovato un referente medico per l'ambulatorio (è stato sicuramente un sollievo, facilmente comprensibile), e per i pazienti una guida e un supporto concreto.
- Gli aspetti negativi sono riconducibili ad attivare un Servizio dal suo nascere: è quindi molto diverso dal modificare un qualcosa di già esistente. Problemi logistici, quali definire i locali ad uso ambulatorio, costituire gli arredi e i presidi necessari, definire i percorsi e le procedure, ecc.

Coordinatrice ambulatoriale

- L'aspetto più positivo è la realizzazione di un sogno fortemente sentito e voluto da noi tutte, e necessario nella nostra realtà aziendale e territoriale.
- Le maggiori difficoltà si sono vissute in conseguenza alle proposte. Dalla fase di strutturazione della delibera, fino alla firma operativa. In assenza della delibera attuativa quindi di una procedura burocratica, non è stato possibile formalizzare l'acquisto di materiali.

COMMENTO: gli aspetti positivi sono molteplici, ma soprattutto è la realizzazione di un sogno, fortemente sentito e voluto dalle infermiere coinvolte del progetto, ma in modo particolare dalla coordinatrice infermieristica ambulatoriale. Un inizio, contemporaneamente un traguardo, una sfida continua. Le maggiori difficoltà sono state vissute in conseguenza alle proposte, dalla fase di strutturazione della delibera, dei referenti, fino alla firma operativa. Interessante la sottolineatura della coordinatrice infermieristica ambulatoriale: se la procedura burocratica non è completa; non è possibile procedere con il rifornimento di materiale. Un possibile a-

spetto negativo è l'affluenza di utenti esterni, all'interno di una unità operativa chirurgica di degenza. Ma l'esigenza di iniziare supera le difficoltà funzionali. Queste difficoltà sono riconducibili, alla strutturazione di una realtà in precedenza non esistente; diverso modificare qualcosa di già esistente: non sarebbero necessarie le numerosissime "mediazioni" tra i costi economici e i bisogni sanitari delle persone.

Il ruolo della Coordinatrice

Il coordinatore infermieristico è figura "introdotta" con l'approvazione della Legge 43 del 2006, in sostituzione dell'abilitato a funzioni direttive. La norma prevede che il coordinatore sia infermiere con master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza ed abbia esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza. Il coordinatore si esprime ed è detentore di competenze tecnico professionali:

- nel gestire le risorse umane,
- nel gestire le risorse economiche assegnate,
- nel definire gli obiettivi generali della propria unità operativa,
- nell'analizzare l'organizzazione di riferimento,
- nel gestire la propria capacità di leadership.

Analizzando la valenza motivazionale di un gruppo, il coordinatore stimola la "crescita" di quest'ultimo in ogni suo aspetto qualitativo. L'origine del comportamento di una persona è anche legata all'attività lavorativa che svolge ed il coordinatore infermieristico è il perno per la motivazione del gruppo nell'ambito dell'assistenza infermieristica

I fattori dell'organizzazione che influenzano sulla motivazione sono:

- lo stile di leadership del coordinatore,
- le relazioni sul luogo di lavoro,
- la collaborazione ricevuta dai colleghi,
- i conflitti a vario livello
- le discriminazioni di natura personale,
- la gratificazione organizzativa.

La coordinatrice infermieristica -soggetto di questa piccola indagine- ha creduto alla necessità di attuazione di un progetto aziendale difficile. È riconosciuta ed accettata da molti professionisti sanitari l'esigenza di un ambulatorio per la cura delle lesioni cutanee difficili e delle stomie, ma l'elemento di armonizzazione tra le poche risorse umane è stata la coordinatrice infermieristica ambulatoriale: ha saputo esprimere il proprio coordinamento essere attraverso un atteggiamento dialogico, ha

espresso la cultura del rispetto dell'altro, un infinito ascolto, una grande sensibilità e un elemento decisivo: l'educazione.

Conclusioni

Chi scrive è concorde nel ritenere che con la tenacia e la volontà di ben agire si possono risolvere problemi assistenziali anche di grande impatto sociale. Ogni professionista infermiere, ad qualsiasi livello, attraverso una armoniosa collaborazione, partecipa all'evoluzione dell'assistenza infermieristica.

Questo lavoro non è esaustivo ma, forse, permette di capire e apprezzare il ruolo del coordinatore infermieristico, all'interno di una realtà sanitaria nata come necessaria risposta a persone che esprimono bisogni complessi. È un mettere in co-

mune riflessioni per, eventualmente, aprire un dibattito tra colleghi che credono nell'esercizio professionale come dignitoso servizio alla popolazione e come realizzazione individuale.

Gli autori

- * Responsabile formazione - aggiornamento A.O. Vimercate - Desio (MI)
- ** Tutor al corso di laurea in infermieristica presso A.O. Luigi Sacco di Milano
- *** Coordinatrice centro di Vulnologia e Stomatoterapia presso A.O. Luigi Sacco di Milano
- **** Professore associato di scienze infermieristiche, Università degli Studi di Milano

Bibliografia

- (1) Carta dei Servizi Azienda Ospedaliera Luigi Sacco, anno 2007
- (2) (16) Mintzberg H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1985 p.35-66: p.67-94
- (3) Mangani L., *Progetto Aziendale A. O. Luigi Sacco sul trattamento delle lesioni cutanee difficili 26/02/2006*
- (4) Benci L., *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, Mc Graw-Hill, Milano, 2006 p.577-588
- (5) Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 N. 502 (Gazzetta Ufficiale 7 gennaio 1994 n. 4) Testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" (art. 10)
- (6) Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999) Supplemento Ordinario n. 132 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419" (art. 3-8-sexies)
- (7) Piano Sanitario Nazionale 1998/2000. *Un patto di solidarietà per la salute* (Obiettivo I e II)
- (8) Longobardi P. et altri, *Impatto clinico ed economico di un centro cura ferite difficili territoriale*, Minerva Medica, Milano, 2007 vol. 5
- (9) Helios, *Edizioni Internazionali*, febbraio 2006
- (10) Franks P., *The cost of pressare ulceration*, EWMA Journal, febbraio 2007
- (11) Manganini L., *Consulenza infermieristica tra infermiere esperto in wound care e infermiere stomaterapista: proposta di gestione e aggiornamento in tema di complicazioni cutanee peristomiali*, lo Infermiere, gennaio 2007
- (12) Manganini L. et altri, *Poster la gestione del paziente affetto da lesione da pressione: il progetto operativo di un ospedale universitario lombardo*, XXIV congresso Nazionale SIFO, 2003
- (13) Innocenzo M. D., *Nuovi modelli organizzativi per l'assistenza infermieristica*, Centro Scientifico, 2002 e
- (13) Nocchi M., *Etica in sanità: prima gli assistiti*. Nursing oggi, 2000; 5, n. 4: 82-84.
- (14) Decreto 14 settembre 1994, n. 739 (Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n. 6) "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere" (art. 1)
- (15) Legge 1 febbraio 2006, n. 43 (Gazzetta Ufficiale n. 40 del 17 febbraio 2006) "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali" (art. 4-5-6)

PROGRAMMA DI CURA E SVILIPPO INDIVIDUALIZZATO AL NEONATO PREMATURO (NIDCAP): UN NUOVO MODELLO ASSISTENZIALE

■ **Patrizio Sannino ***
Giovanna De Bon **
Germana Santini ***

INTRODUZIONE

Scopo di questo articolo è descrivere una nuova metodologia assistenziale per i neonati prematuri in terapia intensiva neonatale (TIN) e i loro genitori.

Il neonato pretermine necessita di cure altamente specialistiche che gli permettono la sopravvivenza e gli garantiscono la possibilità di crescere affinché possa diventare competente per una vita extrauterina.

La metodologia NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Programme) permette di descrivere le caratteristiche del neonato prematuro attraverso l'osservazione e l'interpretazione dei suoi segnali comportamentali. L'osservazione strutturata del neonato permette di individuare obiettivi e strategie operative per una cura personalizzata ed individualizzata.

Attraverso questo strumento è possibile organizzare procedure assistenziali in relazione allo sviluppo del neonato, supportando e rafforzando contemporaneamente il legame genitore-neonato.

IL NEONATO PREMATURO

B. Brazelton (1), negli anni 60, ha definito che il neonato già alla nascita è dotato di competenze che gli permettono di interagire con chi lo accudisce e con l'ambiente, attraverso un atteggiamento propositivo, interattivo e collaborativo. Al bambino viene riconosciuta la sua unicità che gli consente di sostenere (rispondere) le stimolazioni ambientali e sociali, ma anche che le sue capacità di risposta sono in stretta relazione con il suo stato di salute e con la sua età gestazionale (l'età corretta è calcolata in relazione alla data presunta del parto, prima delle 40 settimane di gestazione si considera come età corretta del bambino l'età gestazionale raggiunta).

La nascita prematura interrompe una fase in cui stanno ancora maturando i suoi organi e sistemi.

Il suo sistema nervoso centrale (SNC) si sta sviluppando velocemente ma le sue strutture non sono sufficientemente mature per affrontare le stimolazioni che riceve dal mondo extrauterino.

Il mondo intrauterino è contraddistinto dal semibuio, dalla tranquillità, dal contatto continuo con la madre anche attraverso la percezione dei suoi ritmi cardiaci, respiratori e viscerali. Il bambino all'interno del-

l'utero si muove nel liquido amniotico dove la forza di gravità è di circa un terzo rispetto a quella ambientale; egli avverte il contenimento dell'utero che favorisce la posizione in flessione, e gli permette di portare gli arti sulla linea mediana, di toccare ed esplorare il proprio corpo (Ferrari).

Il neonato prematuro deve essere considerato come un bambino competente per una vita intrauterina ed impreparato per una vita extrauterina; secondo la Dott.ssa H. Als il neonato prematuro non è un neonato a termine deficitario ma un individuo competente, il cui funzionamento è appropriato per un ambiente intrauterino ed inappropriato per l'ambiente extrauterino (2).

La nascita prematura proietta il pretermine in un ambiente sovraccarico di stimoli (luci, rumori, manipolazioni), viene separato dalla madre, la forza di gravità è triplicata rispetto a quella uterina, la superficie piatta dell'incubatrice nella quale il bambino viene ospitato non agevola il neonato nel controllo posturale.

Se si confronta un neonato molto pretermine con un neonato a termine ci si trova di fronte a due organismi estremamente diversi dal punto di vista maturativi, oltre che per le caratteristiche somatiche. Il S.N.C. che tra la 24 e 40 settimana di gestazione si sviluppa velocemente, subisce vari livelli di differenziazione mostrando grande plasticità.

Durante questo periodo gestazionale si ha una grande proliferazione e differenziazione neuronale, il cervello si arricchisce di sinapsi e di collegamenti neuronali e, gradualmente, di solchi e di circonvoluzioni.

Negli ultimi decenni le conoscenze e gli strumenti a disposizione, sia nel settore ostetrico che neonatologico, sono molto migliorate ed hanno permesso di garantire la sopravvivenza anche a bambini nati di peso ed età estremamente basse (24-25 settimane di età gestazionale e peso < 750 g, definiti come "Microneonati").

L'entusiasmo scaturito dall'aumento della sopravvivenza, deve fare i conti però con la consapevolezza che questi neonati sono sottoposti ad un rischio molto maggiore, rispetto ai nati a termine, di sviluppare problematiche ed esiti a lungo termine (3), che potrebbero condizionare la qualità della loro vita e della loro famiglia (4). Infatti la prematurità grave è fatto-

re di rischio per disabilità di diverso grado: Disabilità maggiori (paralisi cerebrali, disturbi sensoriali, gravi ritardi mentali) e Disabilità Minori o Disturbi Cerebrali minimi (D.C.M.) cioè sequele caratterizzate da alterazioni dello sviluppo percettivo-motorio, deficit relazionali e comportamentali (del temperamento, della maturità emotiva, delle competenze sociali), disordini del linguaggio, scarsa performance globale nell'apprendimento scolastico, ecc.

I Disturbi Cerebrali Minimi, al contrario di quelli maggiori per i quali la diagnosi può venir fatta nel primo anno di età, si evidenziano di solito in età prescolare e scolare anche se i primi segni di difficoltà emotive, cognitive e relazionali si possono rilevare anche nel primo anno di vita.

Le sequele maggiori hanno un corrispettivo clinico nelle immagini ecografiche e nelle neuro-immagini, mentre le sequele minori non evidenziano lesioni a livello cerebrale. Solo recentemente i "disturbi" dello sviluppo riscontrati nei bambini pretermine, hanno trovato anche correlazione con la modificazione strutturale dello sviluppo cerebrale rispetto al bambino a termine grazie all'utilizzo della Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) volumetrica tridimensionale, che permette di misurare quantitativamente il volume del tessuto cerebrale (5,6).

Il notevole incremento delle DCM, in relazione ad una riduzione in percentuale delle disabilità maggiori, ha portato ad analizzare quali fossero i fattori che accanto alla prematurità potessero dare origine a tali difficoltà. Si è giunti alla conclusione che la prematurità associata alle influenze ambientali, sociali e alle complicità mediche, spesso riscontrate nella popolazione dei bambini di peso ed età gestazionale bassi, possono essere elementi multifattoriali che influiscono sullo sviluppo psicomotorio e relazionale del bambino pretermine (7,8,9).

TEORIA SINATTIVA

H. Als, riprendendo le affermazioni di B. Brazelton, considera il bambino pretermine un collaboratore attivo alla sua crescita, con capacità di interagire direttamente con chi si prende cura di lui e con l'ambiente.

La Teoria Sinattiva si basa sulla scala NBAS relativa ai cinque sottosistemi ideata da B. Brazelton per valutare il comportamento del neonato a termine, e definisce che è possibile valutare le capacità del pretermine di adattarsi all'ambiente extrauterino attraverso la valutazione del suo comportamento e delle strategie utilizzate per adattarsi alle proposte sociali ed ambientali.

Il pretermine, attraverso il suo comportamento, comunica il suo stato di benessere e/o di disagio (segnali di stabilità e di stress): il comportamento diventa quindi non solo via di comunicazione, ma anche strumento attraverso il quale è possibile individuare, definire ed attuare strategie assistenziali e di accudimento adeguate alle capacità raggiunte ed emergenti del bambino.

H. Als afferma, attraverso la Teoria Sinattiva, che il corretto funzionamento dell'organismo del neonato dipende dalla maturazione e interazione dei 5 sottosistemi:

- Sistema autonomo o vegetativo: respirazione, colorito, funzioni digestive ed escretorie, motricità;
- Sistema motorio: quantità e qualità dei movimenti, posture spontanee;
- Stati comportamentali: stabilità, disponibilità, variabilità degli stati di sonno e veglia e modalità di transizione da uno stato all'altro;
- Attenzione ed Interazione: qualità dello stato di vigilanza e capacità di mantenere ed utilizzare tale stato per la relazione;
- Autoregolazione: capacità di regolare la stabilità dei singoli sottosistemi e la relazione tra essi.

I cinque sottosistemi maturano consequenzialmente ed il buon funzionamento di un sistema è dipendente dalla stabilità degli altri. I primi sottosistemi che maturano e che permettono la maturazione dei successivi sono il sistema autonomo e sistema motorio.

NIDCAP

Nel 1986 Als, utilizzando la Teoria Sinattiva (e formulando una scala di valutazione strutturata dei sottosistemi), propone la metodologia NIDCAP attraverso la quale risulta possibile effettuare "un'osservazione naturalistica" (Naturalistic Observation of Newborn Behaviour), cioè senza la somministrazione di alcuna prova o items del bambino pretermine anche di bassa età gestazionale e in condizioni cliniche instabili.

Come si formula un'osservazione NIDCAP e come si procede a farla diventare un'indicazione nell'assistenza per gli operatori:

L'osservazione deve essere eseguita da un professionista certificato che ha conseguito il diploma di "NIDCAP Professional": questa osservazione sistematica analizza i segnali di stabilità e disorganizzazione relativi ai 5 sottosistemi.

La valutazione neurocomportamentale è strutturata secondo parametri definiti per ogni sottosistema, di cui si segnala la presenza su di un apposita scheda preor-

dinata. Vengono analizzati ogni 2 minuti (durante l'osservazione è necessario un cronometro) i 5 sottosistemi. Ogni sottosistema è diviso in segnali di stabilità (organizzazione, autoregolazione, consolazione), e segnali di instabilità (disorganizzazione stress ed esitamento); in tutto sono 91 i segnali comportamentali presi in considerazione. Nella scheda vengono anche annotate le caratteristiche dell'ambiente circostante: il microambiente (incubatrice, lettino) e il macroambiente (la stanza dove è ricoverato il bambino).

Egli può essere osservato in ogni momento della giornata, durante qualsiasi attività assistenziale o in qualsiasi momento di interazione del bambino con i caregiver (caregiver è chi si prende cura del neonato: genitore, infermiere, fisioterapista, medico).

L'osservazione inizia circa 10 minuti prima che il caregiver interagisca con il neonato, continua durante tutto il tempo dell'interazione e prosegue dopo che l'attività è terminata, fino a che il bimbo non ritorna allo stato iniziale, quindi per un tempo non definito. La ragione per cui l'osservazione inizia prima dell'intervento e prosegue dopo che l'intervento è terminato è di avere la possibilità osservare quanto le modalità dell'interazione hanno potuto influire sullo stato di base del bambino (stato di sonno, veglia e loro qualità).

La fase successiva consiste nel trasformare la scheda di osservazione in un rapporto scritto in cui vengono indicate le capacità del neonato, le sue difficoltà e gli obiettivi da raggiungere. Nella scelta delle strategie da adottare molta importanza si dà al coinvolgimento nelle cure dei genitori che vengono considerati come principali promotori dello sviluppo del bambino a cominciare dai primi periodi di vita, anche se nella realtà della nascita di un neonato pretermine l'ambiente che lo accoglie è molto diverso per caratteristiche e tipologia di cure dall'ambiente familiare.

Questa osservazione permette di valutare:

- i compiti gestiti facilmente dal bambino;
- i compiti che stressano il bambino;
- i compiti che non sono ancora adeguati;
- le modalità di accudimento fornite al bambino.

Promuove: Stato di salute del bambino e facilita l'organizzazione ed integrazione dei comportamenti nel tempo;

- Favorisce lo sviluppo del SNC;
- Favorisce la relazione neonato-genitore;
- Aiuta i genitori a comprendere il comportamento del neonato e facilita l'accudimento.

Diversi articoli scientifici si sono espressi su questo argomento: il più significativo

è un articolo del 2004 in cui Als (10) presenta uno studio randomizzato nel quale l'efficacia dell'intervento individualizzato ed evolutivo è stato correlato con i dati dell'esame elettroencefalografico (EEG) e con i risultati delle neuro-immagini (RMN). Lo studio ha anche previsto una valutazione APIB (Scala di valutazione neurocomportamentale del neonato prematuro) a 2 settimane dopo il termine previsto della gravidanza e una valutazione a 9 mesi con test di sviluppo Beyley. Questo studio è stato il primo a correlare risultati clinici con risultati strumentali: i bambini del gruppo di studio hanno presentato una migliore performance neurocomportamentale a 2 settimane di età corretta ed una miglior organizzazione e maturazione del cervello, nelle aree frontali (sede delle funzioni attentive ed esecutive) ed occipitali (sede dell'organizzazione visuo-spaziale) così come nelle loro connessioni. Anche il Beyley Test a 9 mesi ha evidenziato punteggi significativamente più alti nelle performance mentali, cognitive, motorie e comportamentali del gruppo sperimentale.

CONCLUSIONI

Il metodo NIDCAP è lo strumento migliore per realizzare un programma di cura individualizzata al neonato prematuro e ai suoi genitori.

I professionisti che operano nella TIN devono saper coniugare aspetti tecnico-scientifici con aspetti emozionali-relazionali nei confronti della coppia neonato-genitore, pertanto devono avere delle competenze specifiche riguardanti i bisogni del piccolo paziente e del genitore.

Il percorso formativo permette al professionista di saper leggere il comportamento del neonato, riconoscerne i bisogni, favorire la sua maturazione e sostenere i suoi genitori.

La formazione per l'infermiere che opera in TIN ha un ruolo fondamentale per offrire strumenti utili per poter affrontare situazioni complesse e competenze relazionali in grado supportare il carico emotivo durante l'esercizio professionale.

Bibliografia

- 1 Drillien C.M., "The growth and developmental of the prematurely born infant", Living-stone Ltd, Edinburgh and London 1964
- 2 Franck LS, Greenberg CS, Stevens B. "Pain Assessment in infant and children", *Pediatr Clin North Am* 47; 487-512; 2000) Als H, Duffy F, et al. "Early experience alters brain function an structure", *Pediatrics* vol 113 No 4 April 2004
- 3 Allen C.M., "preterm outcomes research: a critical component of neonatal intensive care", *Mental Retardation and Developmental Disabilities* 8:221-233 (2002)
- 4 Donohue P.K., "Health-Related Quality of Life of Preterm Children and Their Caregivers", *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 8.293-297 (2002)
- 5 L. Ramenghi, F. Triulzi, M. Leven, M. Fumagalli, A. Righini e F. Mosca "Risonanza magnetica cerebrale nel neonato", Quaderni di aggiornamento in *Pediatria*, Ed. dalla PLADA S.r.l. - Divisione Dieterba - 2003
- 6 Boardman JP, Counsell SJ, Rueckert D, Kapellou O, Bhatia KK, Aljabar P, Hajnal J, Allsop JM, Rutherford MA, Edwards AD, "Abnormal deep grey matter development following preterm birth detected using deformationbased morphometry" *Neuroimage*. 2006 Aug 1;32(1):70-8. Epub 2006
- 7 Tolsa C.B., Zimine S., Warfield S.K., Freschi M. et al. "Early Alteration of Structural and Functional Brain Development in Premature Infants Born with Intrauterine Growth Restriction", *Pediatrics research*, Vol. 56, No1, 2004
- 8 Terrie EI, Simon K. Warfield, Hong Wang, Petra S. Huppi, Joseph J. Volpe, "Abnormal Cerebral Structure Is Present at Term in Premature Infants", *Pediatrics* Vol 115 No. 2 Febr.2005
- 9 Bartlett D., Piper M.C., "Neuromotor Development of Preterm Infants. Through The First Year of Life: Implications for Physical and Occupational Therapists", *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, Vol 12(4), 1993 by Haworth Press, Inc.
- 10 Als H, Duffy F, et al. "Early experience alters brain function an structure", *Pediatrics*, vol 113 No 4 April 2004.

Gli autori

- * Infermiere - NIDCAP Professional
 - ** Fisioterapista - NIDCAP Professional
 - *** Infermiera
- Fondazione I.R.C.C.S. Osp. Maggiore Policlinico, Mangiagalli, Regina Elena Milano - U.O. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale

**IPASVI**

CONVEGNO REGIONALE

IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE**Chi è il Protagonista?**

Venerdì 12 dicembre 2008
Università degli Studi di Pavia
Palazzo San Tommaso, aula G1

con il patrocinio di



Comune di Pavia



Provincia di Pavia

Comitato Scientifico:

Enrico Frisone - *IPASVI Pavia*
Salvatore Quattrocchi - *IPASVI Pavia*
Michela Massaro - *IPASVI Pavia*

Relatori e Moderatori:

Giampaolo Cottini - *Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano*
Stefania Di Mauro - *Università degli Studi di Milano Bicocca*
Barbara Ghiringhelli - *Università IULM di Milano*
Maria Giovanna Ruberto - *Università degli Studi di Pavia*
Loredana Sasso - *Università degli Studi di Genova*

Il convegno ha l'obiettivo di fornire le conoscenze e le indicazioni per ottimizzare le scelte etiche di fronte ai problemi che sorgono quotidianamente nel vivere professionale. Etica della decisione e deontologia dell'esperienza dei conflitti etici sono trattati dai docenti nell'ottica delle competenze infermieristiche e della multidisciplinarietà.



Programma:

ore 8.00 / 9.00

Registrazione partecipanti

ore 9.00 / 9.30

Saluti autorità

Dott. Enrico Frisone

Presidente Collegio IPASVI di Pavia

ore 9.30 / 10.15

Il valore etico delle emozioni nel "Care"

Prof.ssa Maria Giovanna Ruberto

ore 10.15 / 11.00

Il codice deontologico italiano ed europeo: parallelismi e implicazioni operative nell'esercizio professionale

Prof.ssa Loredana Sasso

ore 11.30 / 13.00

Discussione e dibattito con i partecipanti

Pausa

ore 14.00 / 14.30

Lo studente di oggi è l'infermiere di domani: etica nella formazione

Prof.ssa Stefania Di Mauro

ore 14.30 / 15.00

Essere infermiere in una società complessa. Nuovi bisogni formativi, nuovi percorsi di assistenza: il nursing trans culturale

Dott.ssa Barbara Ghiringhelli

ore 15.00 / 15.45

Chi è il vero protagonista del codice deontologico?

Prof. Giampaolo Cottini

ore 16.00 / 18.00

Tavola rotonda e discussione con i partecipanti sul tema:

Il disagio dell'infermiere di fronte all'impossibilità di assistere in modo coerente. Un'analisi per un problema

ore 18.00 / 18.30

Test finale di valutazione
Chiusura dei lavori**MODALITÀ D'ISCRIZIONE**

Si prega di inviare la scheda d'iscrizione compilata alla segreteria organizzativa allegando copia della ricevuta di bonifico bancario

via fax al n. 0382.532343,

entro il 10 dicembre 2008.

Il numero dei posti è limitato.

la scheda è scaricabile da:

www.ipasvipavia.it / www.echo.pv.it

Quota d'iscrizione euro 30,00 (IVA inclusa).

Quota d'iscrizione riservata agli iscritti

IPASVI PAVIA euro 18,00 (IVA inclusa).

Pagamento tramite bonifico bancario

Beneficiario: Echo soc. coop.

IBAN IT 75 V 06906 11301 000000033889

Causale: iscrizione CONV. IPASVI. 12.12.08

+ cognome e nome del partecipante.

ECM - Educazione continua in medicina

Sono stati richiesti i Crediti E.C.M. Regionali.

*Il convegno è rivolto a:**infermieri, infermieri pediatrici, assistenti sanitari, dietisti, fisioterapisti, educatori professionali, igienisti dentali, logopedisti, ortottisti/assistenti di oftalmologia, podologi, tecnici sanitari, tecnici della prevenzione.*



con il patrocinio di



CONVEGNO REGIONALE

IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE. Chi è il Protagonista?

VENERDÌ 12 DICEMBRE 2008 | Università degli Studi di Pavia, Palazzo San Tommaso, aula G1

Modalità d'iscrizione

Si prega di inviare la scheda d'iscrizione compilata alla segreteria organizzativa allegando copia della ricevuta di bonifico bancario via fax al n. 0382.532343, entro il 10 DICEMBRE 2008. Il numero dei posti è limitato.

Quota d'iscrizione

Euro 30,00 (IVA inclusa); per gli Iscritti IPASVI PAVIA euro 18,00 (IVA inclusa); pagamento tramite bonifico bancario beneficiario: Echo soc. coop. | IBAN IT 75 V 06906 11301 000000033889 causale: iscrizione CONV. IPASVI 12.12.08 + cognome e nome del partecipante.

Segreteria organizzativa

Echo via Vittadini n. 7, Pavia | tel. 0382.21725 | fax 0382.532343
paola.leanig@echo.pv.it | www.echo.pv.it

Scheda d'iscrizione

si prega di compilare TUTTI i campi in maniera leggibile/stampatello

dati personali

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____
Città _____ Cap _____ Prov. _____
Telefono _____ E-mail _____
ENTE DI APPARTENENZA _____
TESSERINO IPASVI N° _____
CATEGORIA PROFESSIONALE ECM _____

dati fatturazione

Intestazione _____
Indirizzo _____
Città _____ Cap _____ Prov. _____
P. IVA _____
C.F. _____

Informativa sulla privacy ai sensi del D. Lgs. N. 196 del 30 giugno 2003

Echo società cooperativa - con sede legale in Pavia - in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati personali da Lei forniti, saranno trattati per finalità connesse all'esecuzione degli adempimenti derivanti dalla Sua partecipazione al convegno. Il trattamento dei dati avverrà mediante elaborazioni manuali e/o con strumenti informatici in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza. I Suoi dati potranno essere comunicati a eventuali soggetti terzi collaboranti con il Titolare, ma solo per gli scopi sopra descritti. Il conferimento dei suoi dati è facoltativo, ma in mancanza di questo, Le sarà preclusa la partecipazione al convegno. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. n. 196 del 2003 e quindi in qualsiasi momento potrà richiedere l'integrazione, l'aggiornamento o la cancellazione dei dati personali registrati presso Echo società cooperativa.

Declaro di avere ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed esprimo il consenso al trattamento dei miei dati nell'ambito delle finalità e con le modalità sopra descritte.

Data _____ Firma _____

Inviare la scheda via fax al n. 0382.532343



MORBO DI BURULI: UNA MALATTIA TROPICALE POCO CONOSCIUTA CENNI ASSISTENZIALI

■ Ivana Ritzu *
Silvia Vittone *

L'ulcera o piaga di Buruli è provocata da un mycobacterium, così come la lebbra e la tubercolosi; nel caso specifico, si tratta del "mycobacterium ulcerans".

Oggi la malattia è molto diffusa in Costa d'Avorio, nelle zone paludose e ricche di corsi d'acqua; le vittime più frequenti sono i bambini.

Essa corrode la pelle e la carne, arrivando spesso anche alle ossa; quando colpisce gli arti lascia una menomazione permanente.

Si manifesta inizialmente con un nodulo, in cui si annida e sviluppa il Mycobacterium, in seguito si diffonde nel corpo e libera delle tossine che provocano grandi gonfiori che necrotizzano i tessuti, aprendo piaghe che possono estendersi anche ad un quarto della superficie corporea.

Nessuna parte del corpo è risparmiata; le piaghe possono presentarsi su braccia, mani, piedi, ventre, schiena, testa, occhi.....

Se la malattia non viene curata, porta al decesso per setticemia.

A Zouan-Hounien esiste un Centro ("Centre anti-ulcère de Buruli") che si occupa della cura di questa patologia. La terapia è principalmente chirurgica, eseguita con urgenza, anche senza anestesia, pur di arrestare l'avanzamento della malattia: si fa pulizia o curretage della ferita, con profondi raschiamenti dei tessuti, asportando tutto ciò che è necrotizzato. Si prosegue con una lunga e dolorosa terapia di medicazioni: nodulectomia, escissione, raschiamento, trapianto, raschiamento osseo ed in ultimo, se necessario, amputazione. La terapia farmacologia consiste in antibiotici, vitamine, ferro, ecc. fino a quando i tessuti lentamente si ricostituiscono, anche attraverso trapianti di cute, che in genere lasciano cicatrici spesse, deformazioni e anchilosi tali da provocare handicap permanenti a livello delle articolazioni, che spesso ne restano bloccate.

Al termine della cura, i convalescenti tornano ai propri villaggi, ma poiché non rispettano le cure igieniche e mediche prescritte, molto di frequente tornano al Centro per la riapertura delle piaghe.

Nel Centro di Zouan-Hounien si applicano anche cure alternative alla chirurgia, quali la fisioterapia (per combattere i danni provocati dalle anchilosi), la argilloterapia, la camera iperbarica (la quale con l'iperossigenazione dei tessuti provoca la

morte del bacillo anaerobico e una cicatrizzazione più rapida) e l'ozonoterapia che sembra debellare efficacemente il Mycobacterium responsabile dell'ulcera di Buruli e dà effetti vascolarizzati, accorciando i tempi di guarigione.

L'assistenza infermieristica è orientata verso la prevenzione, la diagnosi precoce, la medicazione, nel rispetto delle norme igieniche per evitare infezioni crociate, e la riabilitazione post-chirurgica e fisioterapia.

È da verificare la possibilità di un trasferimento di questa patologia nelle zone in cui viviamo a causa dell'immigrazione e dei cambiamenti climatici che si verificano nel corso degli anni.

Bibliografia

www.pregchiereagesuemaria.it

www.prochildren.it

www.missioni.org

www.ossigenoozono.it

"L'Infermiere", notiziario aggiornamenti professionali n. 9/2008

Gli autori

* Infermiere
Fondazione San Matteo di Pavia
U.O. Intra Moenia

COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI - GROSSETO

PREMIO "INFERMIERA GEMMA CASTORINA" - COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI GROSSETO

PREMIO SPECIALE "INFERMIERA GEMMA CASTORINA" - PROVINCIA DI GROSSETO

PREMIO SPECIALE "INFERMIERA GEMMA CASTORINA" - AZIENDA USL 9 DI GROSSETO

PREMIO SPECIALE "INFERMIERA GEMMA CASTORINA" - UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SIENA

Il Collegio Provinciale IPASVI di Grosseto indice un Concorso Nazionale di ricerca infermieristica per ricordare l'Infermiera Gemma Castorina.

La ricerca infermieristica rappresenta l'elemento imprescindibile per migliorare la disciplina infermieristica ed è fondamentale per applicare interventi assistenziali di documentata efficacia.

In questa 8ª edizione del Concorso Nazionale, vi saranno 4 premi.

Gli argomenti di ricerca per questa 8ª edizione del Concorso Nazionale sono:

1 - PREMIO "INFERMIERA GEMMA CASTORINA" COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI GROSSETO - € 2.000,00.

I candidati devono produrre un elaborato inerente:

"Progetti condivisi ed integrati di percorsi assistenziali per le persone affette da patologie croniche in Ospedale e Territorio: progetti sperimentali o già a sistema."

2 - PREMIO SPECIALE "INFERMIERA GEMMA CASTORINA" PROVINCIA DI GROSSETO - € 1.500,00. I candi-

dati devono produrre un elaborato inerente:

"La comunicazione difficile nella relazione di aiuto: percorsi di assistenza, strumenti, modalità."

3 - PREMIO SPECIALE "INFERMIERA GEMMA CASTORINA" AZIENDA USL 9 GROSSETO - Riservato agli infermieri dipendenti dell'Azienda UsI 9 di Grosseto: 1- 2 e 3

Premio di € 1.500,00 - € 1.000,00 - € 500,00 - Il cambiamento organizzativo per intensità di cura ha come elemento essenziale la continuità assistenziale che si raggiunge con l'integrazione dei professionisti operanti in ambito ospedaliero e territoriale. A tale scopo il bando è indetto per gruppi di infermieri dipendenti dell'Azienda USL 9 provenienti dalle due realtà assistenziali. I candidati devono produrre un elaborato inerente: "Progetto di riorganizzazione di un'area ospedaliera (medica/chirurgica) per intensità di cura, disegnandone il modello assistenziale in continuità con il territorio".

Per ulteriori informazioni e per scaricare i moduli per la partecipazione ai concorsi: www.ipasvigrosseto.it

CANDIDATURE

A oggi sono già pervenute in Collegio alcune candidature:

**Anna Maria Bergonzi
Giuseppe Braga
Gabriele Ciancio
Marco Marcomini
Barabara Miclini
Enrico Frisone
Annamaria Tanzi
Salvatore Quattrocchi**

Affrettati a compilare il modulo a fianco per presentare anche la tua candidatura!

Il Collegio, la Professione i tuoi Colleghi hanno bisogno dell'impegno di TUTTI!

SCHEMA DI DISPONIBILITÀ AD ESSERE ELETTI

Nome e Cognome Età

Scolarità di base

Luogo e anno Scuola IP/AS/VI

Specializzazioni professionali (specificare anno)

Esperienze di lavoro

Impiego attuale presso

Anno di Iscrizione al Collegioposizione n.

Eventuali cariche precedenti nel Collegio

- Mi candido per il [] Consiglio Direttivo [] Collegio Revisori dei Conti [] Revisore dei Conti Supplente

impegnandomi con gli Iscritti del Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitarie, Vigilatrici d'Infanzia di Pavia per:

PAVIA,

FIRMA

IPASVI





IPASVI

A **ssemblea** **Elettiva**

*1ª Convocazione 5 Dicembre 2008 alle ore 22.00 - presso l'Aula Corsi del Collegio IPASVI - Via Volta 25, Pavia
votazioni - presso l'Aula Corsi del Collegio IPASVI - Via Volta 25, Pavia: dalle ore 22.00 alle ore 22.30 del 5 dicembre 2008;
dalle ore 10.00 alle ore 11.00 del 6 dicembre 2008; dalle ore 10.00 alle ore 11.00 del 7 dicembre 2008.*

2° convocazione

venerdì 12 dicembre 2008
Assemblea elettiva
dalle ore 18.00 alle ore 19.00
(dopo il Convegno)

Aula Corsi Collegio IPASVI
Via Volta, 25 - Pavia

ORDINE DEL GIORNO:

SALUTO DEL PRESIDENTE

RELAZIONE DI FINE MANDATO

PRESENTAZIONE DEI CANDIDATI

MODALITÀ DI VOTAZIONE

Collegio
Infermieri
Professionali

Assistenti
Sanitari

Vigilatrici
d'Infanzia

della
Provincia di
Pavia

apertura dei seggi e
svolgimento delle votazioni
presso l'Aula Corsi del Collegio IPASVI:

venerdì 12 dicembre 2008
dalle ore 19.00 alle ore 22.30

sabato 13 dicembre 2008
dalle ore 10.00 alle ore 22.00

domenica 14 dicembre 2008
dalle ore 10.00 alle ore 15.00