

news



ASSOCIAZIONE NAZIONALE OPERATORI TECNICHE ENDOSCOPICHE
ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI GASTROENTEROLOGIA E ASSOCIATI



Anote News 3/2015

25° Congresso Nazionale Anote-Anigea

Bologna 2015



Mi piace iniziare il mio “resoconto” con la frase finale della relazione che ho presentato al nostro **25° Congresso Nazionale** dell’**Anote-Anigea** di Bologna:

“... le associazioni rendono l'uomo più forte e mettono in risalto le doti migliori delle singole persone, e danno la gioia che raramente s'ha restando per proprio conto, di vedere quanta gente c'è onesta e brava e capace e per cui vale la pena di volere cose buone (mentre vivendo per proprio conto capita più spesso il contrario, di vedere l'altra faccia della gente, quella per cui bisogna tener sempre la mano alla guardia della spada).” **Italo Calvino**



Non vi nascondo la gioia nel rilevare che questo **Congresso** è stato molto **partecipato** non solo dal punto di vista numerico, ma anche per quanto riguarda gli aspetti qualitativi e motivazionali; adesso è il momento di tirare le somme e portare a casa i frutti delle nostre fatiche.

Si è discusso di argomenti interessanti sia dal punto di vista scientifico, sia per quanto riguarda le politiche professionali e l'evoluzione della professione.

Ci siamo resi conto dell'importanza per la **crescita professionale** di un sempre maggiore investimento delle nostre energie sul piano scientifico; il riconoscimento delle nostre **competenze** non può passare se non dall'attuazione di **progetti** e **lavori scientifici** che dimostrino di cosa sono capaci oggi gli infermieri.

Occorre rendere chiaro che ciò che facciamo ha un ritorno sia per quanto riguarda la **qualità dei servizi erogati**, sia per quanto riguarda “anche” il **contenimento dei costi**, sottolineando lo stretto legame esistente tra **qualità** e **governo clinico**.

Dal confronto tra le varie professionalità presenti a **Bologna** è scaturita la volontà dei medici e infermieri di attivare un **percorso comune** finalizzato alla **razionalizzazione delle risorse**, pur mirando a **scelte diagnostiche, terapeutiche e assistenziali di qualità**, al passo con le continue innovazioni biomediche. Tutti hanno espresso la forte motivazione a **rispondere ai bisogni** dei nostri pazienti con un **approccio multi specialistico e multi professionale**.



Un pensiero particolare va a colui che ha iniziato la storia dell'ANOTE/ANIGEA, **Lucio Massazza** perché con il suo impegno ci ha permesso di essere oggi una realtà viva e propositiva.

Vorrei inoltre ringraziare chi, con il contributo dei colleghi di “lungo corso”, ci ha permesso di diventare gli infermieri che siamo oggi. Senza l'impegno di persone come le **dott.sse Annalisa Silvestro** e **Adele Schirru**, sicuramente l'infermieristica non avrebbe fatto i passi in avanti ai quali, i vecchi infermieri come me, hanno assistito e partecipato negli ultimi 30 anni.

Penso che non sia il momento di polemiche, ma mai come oggi occorra essere lucidi e concreti.

Non esistono risposte preconfezionate se non quelle che con fatica, come in passato, gli infermieri si sono trovati e si troveranno da soli, rispondendo alla domanda “**cosa vogliamo essere in futuro?**”.

Non abbiamo scelta devono parlare i fatti.

La moderna professionalità tanto citata è spesso pretesa, ma voglio ricordarvi che nessuno ci ha mai donato niente gratuitamente; è l'operatività quotidiana, che come sempre progredisce lentamente, e le conquiste di ogni giorno che ci permetteranno di avanzare. E' innanzitutto nei nostri servizi che dimostriamo il valore dell'infermiere, ci rendiamo indispensabili ai nostri pazienti e non sostituibili nell'équipe multiprofessionale.

Certo anche il quadro normativo deve avere un riscontro nel reale e il contratto sindacale deve essere tenuto in conto. Chi vale deve essere riconosciuto e ricompensato.

Il cammino è ancora lungo e non semplice, ma siamo noi i primi a doverci credere.

Non starei sempre a paragonare il **contesto italiano** con il mondo anglosassone: è sicuramente una realtà diversa, con una storia molto differente dalla nostra. Realtà nella quale i nostri neolaureati sono ricercati a significare che le basi sono buone. Ma resta vero che cambiare una legge è più facile che cambiare una cultura.

Ed eccoci al tanto citato **comma 566**: finalmente la possibilità delle specializzazioni.....

ma è storia vecchia, nessuno ci regala niente di nuovo; basta citare:

1. **Legge 1 febbraio 2006, n. 43** (master di 1° livello)
2. **Decreto 14 settembre 1994, n. 739** (specializzazioni possibili per gli infermieri)
3. **Legge del 1999 n. 42** (riferimento a profili professionali e ordinamenti didattici relativi a diploma universitario e formazione post-base)

e allora.... **non abbiamo bisogno di nuova legislazione**, ma di rendere concreto quello che già esiste!!! Non dobbiamo correre dietro a quello che già abbiamo.

Chiaro subito che a noi non deve interessare invadere le competenze di nessuno e tanto meno quelle dei medici, con i quali collaboriamo ogni giorno. Dobbiamo piuttosto cercare di **lavorare in modo integrato** e con **pari dignità** ognuno con le proprie peculiarità. Ormai gli infermieri sono anni che parlano di **approccio personalizzato al paziente**, di **ascolto dei bisogni**, di **interventi multidisciplinari e multiprofessionali**. Non abbiamo bisogno di nessuno che ci evidenzi questi aspetti come scoperti oggi.

Allora può valere la pena di tornare alle origini, all'essenza dell'infermiere "italiano" e di lì ripartire per costruire il futuro.

Quali sono i bisogni dei nostri pazienti oggi? Come possiamo accompagnarli nei loro percorsi in sanità?

I punti fermi sono sempre gli stessi, ma allora i nostri nuovi infermieri devono scoprire il **"COME"** gestire le persone.

E' la **metodologia** che va costruita sulla base di evidenze e non di sensazioni più o meno superficiali.

Le **competenze specialistiche** dell'infermiere di gastroenterologia e endoscopia vanno evidenziate a partire dai **percorsi delle persone assistite** (e dico persone e non utenti non a caso) all'interno dei nostri servizi.

Stiamo lavorando per capire come arrivare a questo risultato, personalmente penso che si debbano valutare i **percorsi in relazione alle patologie che pesano maggiormente per gravità e per incidenza**. Fatta la **mappatura delle competenze specialistiche** a partire da quelle più rappresentative, tecniche, relazionali, ecc, occorre inquadrarle all'interno dei **master specifici** e delle **specializzazioni infermieristiche**. La valutazione deve tener conto delle **competenze acquisite sul campo** e naturalmente dei vari **percorsi universitari**, le due componenti vanno intersecate tra loro con un conseguente conteggio dei CFU.

Solo in questo modo si potranno possedere i giusti argomenti per chiedere un istituto contrattuale che riconosca le specializzazioni e i master.

Dunque sarebbe necessario arrivare, interrompendo il corso di inutili polemiche, ad un accordo fruttuoso tra professionisti al fine di perseguire una logica di governance responsabile, senza gerarchia, con l'attuazione, ove necessari, di percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo, come, giustamente, indica lo stesso **Patto per la Salute 2014/2016**.

Gli infermieri di gastroenterologia e endoscopia devono collaborare con la **Federazione IPASVI** e in particolare con la dott.ssa **Barbara Mangiacavalli** che, avvalendosi di un team di esperti, ha tracciato con la proposta relativa a **"Evoluzione della competenze infermieristiche"** la strada da percorrere.

Tre sono i livelli di competenze citate:

1. "perfezionate"
2. "esperte"
3. "specialistiche"

Due sono le direzioni da considerare:

- l'asse **della clinica** dove si posizionano le **responsabilità agite dal infermiere nei confronti delle persone assistite**
- l'asse **della gestione** dove si posizionano le **competenze agite dal infermiere in relazione alla gestione delle risorse e alle scelte** che facilitano l'**efficacia e l'appropriatezza** dei servizi e in risultati prodotti di qualità all'utente.

Per quanto riguarda l'**asse della clinica** è introdotto il concetto di approfondimento delle competenze con diversi livelli.

Dato per acquisito il livello base del **infermiere generalista**, si parla di

- **infermiere con perfezionamento clinico** (con competenze in un'area tecnico operativa molto specifica)
- **infermiere esperto clinico** con **master di primo livello** con competenze declinabili in parti di processo assistenziale o di particolari pratiche assistenziali settoriali (es. **endoscopia**)
- **infermiere dirigente** con laurea magistrale che è capace di assumere responsabilità di governo di processi organizzativi e di gestione di risorse.

Per quanto riguarda i **master** (attualmente ne abbiamo due a Torino e Roma) occorre arrivare a una **omogenizzazione** dei percorsi sia in termini di obiettivi, sia di contenuti.

Rispetto ai percorsi formativi relativi all'**acquisizione di abilità specifiche** (vedi **rettosigmoidoscopia**) dobbiamo fermarci a pensare un attimo a quale strada è giusto percorrere. Personalmente ritengo che una tecnica si acquisisce senza grossi problemi, ma l'infermiere non è un tecnico e dovrebbe avere ben altra **filosofia professionale**.

Tutto si può imparare e mettere in pratica, fatto salvo che **il nostro agire non può che rispondere ai bisogni assistenziali delle persone e non a necessità di terzi o esclusivamente al contenimento dei costi**. Detto questo, valutate le **motivazioni**, si può decidere serenamente se ci sono i **presupposti** per proseguire su questo sentiero, in tal caso gli **infermieri devono essere protagonisti della loro formazione e non semplici attori**.

Spero di non avervi annoiato troppo e di lasciarvi qualche spunto per meditare. La strada da intraprendere per il futuro sicuramente sarà faticosa, ma potrà portarci a risultati soddisfacenti per la professione se continuiamo a crederci ed a impegnarci.



Non mi resta che inviarvi un **saluto** da tutto il **Direttivo Nazionale**, sperando di essere sempre all'altezza delle vostre aspettative.

Il Segretario Nazionale

ANOTE/ANIGEA

Daniela Carretto

Comitato di redazione

Consiglio Direttivo 2014-2016: Cinzia Teresa Rivara, Antonella Giaquinta, Daniela Carretto, Teresa Iannone, Vincenzo Cirigliano, Antonio Azzato

Tavolo Tecnico Scientifico: Davide Antonio Cordioli, Pierangelo Simonelli, Alessandra Guarini, Giorgio Iori, Roberta Mattiola, Rita Sinatora, Marco Esposito

Speciale Abstracts Poster Congresso Nazionale Bologna

In questo spazio i poster presentati e discussi durante il Congresso Nazionale di Bologna

EDUCAZIONE TERAPEUTICA & PEG = PROTAGONISTA

Antonella Gentile [1]

Roberta Mattiola [2]

L'infermiere che gestisce la persona portatrice di P.E.G. si occupa da sempre di interventi di tipo educativo per renderla protagonista nell'immediato. Da un'indagine sul campo emerge che l'attività educativa rivolta a tali soggetti, e al loro care-giver, risulta poco strutturata all'interno di un piano pedagogico. Tuttavia l'educazione terapeutica conserva il suo principio rigoroso ovvero si connota come un processo pianificato ed organizzato attraverso il quale i curanti trasferiscono alla persona assistita una serie di competenze per aiutarla a vivere in maniera ottimale la sua nuova condizione.

L'approccio adottato è quello in cui la dipendenza cede progressivamente il posto alla personale responsabilizzazione e alla collaborazione con l'équipe curante, acquistando un ruolo attivo all'interno di tutte le fasi del processo. Ogni atto assistenziale che viene compiuto con la persona e/o care-giver è un atto di comunicazione realistico, ancor più potenziato all'interno delle fasi del processo pedagogico.

Il piano operativo prevede cinque fasi consequenziali suddivise in 10 giorni al fine di ottenere il raggiungimento dell'autonomia nella gestione della PEG: igiene, nutrizione, gestione di eventuali complicanze.

- fase 1: informazione e consegna delle linee guida
- fase 2: esecuzione dell'igiene e della nutrizione
- fase 3: descrizione della procedura/esecuzione dell'igiene e della nutrizione
- fase 4: esecuzione della procedura/esecuzione dell'igiene e della nutrizione
- fase 5: esecuzione della procedura/esecuzione dell'igiene e della nutrizione/valutazione

I vantaggi di una buona educazione terapeutica pianificata e strutturata sono quelli di prevenire od annullare la comparsa di complicanze, diminuire i costi di gestione, ridurre lo stato di dipendenza dell'assistito dall'operatore consentendogli di gestirsi al meglio nella vita di ogni giorno. I vantaggi

valgono anche per l'infermiere poiché applicando un piano predefinito ne ottimizza le risorse umane e materiali, valutandone e documentando il risultato dell'intervento educativo stesso.

- 1 Infermiere, Servizio Endoscopia Digestiva, AO San Carlo Borromeo – Milano
- 2 Coordinatore infermieristico, Servizio Endoscopia Digestiva – U.O.a. Gastroenterologia, Ospedale Maria Vittoria ASL TO2 – Torino

Sede di ricerca: Servizio Endoscopia Digestiva, AO San Carlo Borromeo – Milano.

Tema: educazione terapeutica nella PEG

Obiettivi saper gestire autonomamente la PEG e tre obiettivi di sicurezza: l'igiene della PEG, la nutrizione, la gestione di eventuali complicanze.

Bibliografia

A.N.O.T.E. – Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche – (2011). *Linee Guida per l'applicazione e l'assistenza di gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) nel bambino e nell'adulto*. Torino: stampato a cura di A.N.O.T.E.

A.N.O.T.E. – Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche – (2011). *La nutrizione enterale e la Peg. Corso itinerante*. Torino: stampato a cura di A.N.O.T.E.

A.N.O.T.E. – Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche – (2007). *Nutrizione enterale nell'adulto e nel bambino*. Atti del XVII Congresso Nazionale. Fiuggi: stampato a cura di A.N.O.T.E.

A.N.O.T.E. – Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche – (2007). *Una ricerca per migliorare la qualità della presa in carico del paziente portatore di PEG*. Atti del XVII Congresso Nazionale. Fiuggi: stampato a cura di A.N.O.T.E.

A.N.O.T.E. – Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche – (2003). *La Gastrostomia Percutanea*. Torino: atti del Convegno Triregionale.

A.N.O.T.E. – Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche – (1999). *Linee guida per l'Assistenza all'adulto con PEG*. Roma: stampato a cura di A.N.O.T.E.

A.S.P.E.N. - American Society for Parenteral and Enteral Nutrition - (2002). *Board of Directors.. Guidelines for the use of Parenteral and Enteral Nutrition Adult and Pediatric Patients*.

A.S.P.E.N. - American Society for Parenteral and Enteral Nutrition - (1996). *Board of Directors. Standards for nutrition support physicians*. NutrClin Pract.

Avallone F. (1998). *La formazione psicosociale*. Roma: Carrocci-Faber.

D'Ivernois J.F. (1998). *Educare il paziente. Guida all'approccio terapeutico*. Parigi: Mediserve.

Netter F. (2014). *Atlante di anatomia umana. V edizione*. Milano: Edra.

Orem D. E. (1992). *Nursing concetti di pratica professionale*. Padova: Summa.

S.I.N.P.E. – Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolica - (2005). *Il manuale Per il Paziente in Nutrizione Enterale Domiciliare*. Treviso: stampato a cura di S.I.N.P.E.

Sidoli O. (2005). *Stato Nutrizionale ed ulcere da pressione: linee guida a confronto*. Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale.

Sidoli O. (2006). *Differenti aspetti nella gestione infermieristica nella Nutrizione Enterale e nella Nutrizione Parenterale*. Nutritional Therapy and Metabolism.

Sidoli O. (2001). *Nursing del paziente in Nutrizione Enterale Domiciliare*. Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale e Nutrizione Enterale.

SITI WEB

<http://www.asge.org/patients/patients.aspx?id=394>

http://www.cdc.gov/biomonitoring/nutritional_indicators.html

<http://www.diritto-penale.it/lo-stato-di-necessita.htm>

<http://www.esge.com/publications.html>

<http://www.esge.com/esge-guidelines.html>

<http://www.evidencebasednursing.it/Speciale%20idratazione>

<http://www.fao.org/3/a-ml542o.pdf>

<http://leg16.camera.it/292?area=30&Sanit>

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1187&area=sicurezzaAlimentare&menu=igiene

http://www.sied.it/PEGeNE/CENNI_STORICI

RIFERIMENTI NORMATIVI

Codice deontologico degli infermieri, 2009. Federazione nazionale collegio IPASVI.

Consiglio d'Europa. Convenzione di Oviedo. *Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina (Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina)*, 1997.

Decreto Ministero della Sanità n.739, *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*1994

AUTORE : FLORIO PAOLA
COAUTORE : FASSIO ELISA
SEDE DELLA RICERCA : ASL TO2 – OSPEDALE SAN G. BOSCO TORINO
TEMA : PROCEDURA ERCP

Presso il nostro servizio di Gastroenterologia è nata l'esigenza di redigere una procedura sull'ERCP in seguito alla confluenza di più fattori quali :

- Incremento del numero di esami
- Aumento della complessità degli esami
- Pazienti più complessi dal punto di vista clinico (per età,patologie coesistenti,pazienti in isolamento per infezioni da microrganismi ATB resistenti,ecc.)
- Adeguamento alle recenti linee guida nazionali ed internazionali
- Limiti strutturali
- Collaborazione col servizio CIO
- Turnover medico / infermieristico

La procedura redatta in prima stesura nel 2008, aveva come obiettivo principale la condivisione di un agire comune al fine di :

- Prevenire i rischi di errore
- Migliorare l'organizzazione dell'attività pre –post ed intra esame
- Maggior chiarezza nella suddivisione delle attività tra gli operatori
- Migliorare la gestione degli spazi
- Migliorare l'addestramento dei nuovi operatori

Attualmente è in corso una revisione della procedura in collaborazione col CIO .

BIBLIOGRAFIA :

- Gastroenterological Society of Australia. Guidelines on Infection Control in Endoscopy. 3th edition 2004. accesso online: www.gesa.org.au. Ultimo accesso: 8 maggio 2010
- Gastroenterological Society of Australia. Infection Control in Endoscopy. 2th edition 2003, reprinted 2006. accesso online: www.gesa.org.au. Ultimo accesso: 8 maggio 2010
- Rutala WA, Weber DJ, the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008
- Simmons BP. Guideline for hospital environmental control. AJIC 1983;11:97-120
- Garner JS, Favero MS. Guideline for handwashing and hospital environmental control. CDC1985
- Beilenhoff U, Neumann CS, Biering H, Blum R, Schmidt V, Rey JF. ESGE/ESGENA guideline for process validation and routine testing for reprocessing endoscopes in washer–disinfectors, according to the European Standard. Endoscopy 2007; 39: 85-94.
- Boyce JM, Pittet D: Linee guida per l'igiene delle mani in ambiente sanitario. Raccomandazioni del Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee e della Task Force sull'igiene delle mani: HICPAC/SHEA/APIC/IDSA. – Orientamenti Anipio:2003; 5:6-61
- Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna. Reprocessing degli endoscopi.indicazioni operative. Dossier 133-2006
- Linee guida pulizia e disinfezione in endoscopia update 2011 ANOTE / ANIGEA

Attuazione del case management. Valutazione dei livelli di soddisfazione nei pazienti IBD. Un'esperienza del singolo centro.

Francesca Maria Onidi
Azienda Ospedaliera G.Brotzu Cagliari

Introduzione

La gestione del paziente con IBD implica l'azione sinergica di diverse figure professionali. Un'assistenza orientata alla promozione e alla tutela della salute, responsabilizzando e motivando gli infermieri, coinvolgendo l'azienda affinché implementi strategie volte a valorizzare le capacità degli operatori, al fine di migliorare in termini di qualitativi e quantitativi i risultati dell'assistenza.

Obiettivi

Lo scopo dello studio è stato valutare la conoscenza e le opinioni da parte dei pazienti afferenti al centro IBD dell'ospedale G.Brotzu di Cagliari in merito alla nuova figura dell'infermiere Dedicato e individuare quali aspetti del servizio sanitario potevano essere migliorati per garantire una migliore assistenza.

Materiali e Metodi

Per lo studio a carattere osservazionale descrittivo è stato utilizzato come strumento un questionario in forma anonima creato appositamente. La raccolta dati è stata svolta nel 1° semestre 2014 e rivolto agli utenti afferenti all'ambulatorio e DH della S.C. di gastroenterologia dell'ospedale Brotzu di Cagliari. I dati quantitativi e qualitativi sono stati raccolti per suscitare opinioni sui servizi dell'azienda e sono stati analizzati utilizzando SPSS.

Risultati

Su un totale di 234 pazienti intervistati è emerso una percentuale leggermente maggiore del genere femminile, (53%) e una più netta prevalenza della colite ulcerosa (62%), rispetto alla malattia di crohn. Sulle prestazioni erogate emerge un 73% di visite ambulatoriali. La fascia d'età maggiormente presente è quella tra i 37-57,(47%) e quasi il totale dei pazienti intervistati possiede un'esenzione (90%). Oltre la metà dei pazienti si trova in una fase attiva della malattia (54%). Si è rilevato che per un 34% la malattia ha influenzato sul lavoro con perdita di giorni lavorativi (15~). Dai dati emerge una discreta qualità di vita dei pazienti intervistati (54%). Si evidenzia una buona collaborazione tra le diverse figure ospedaliere. Per un'alta percentuale (70%) la presenza dell'infermiere Dedicato garantirebbe una migliore assistenza.

Conclusione

L'elaborazione dei dati evidenzia l'ottica del case management, la presenza di un centro di riferimento con un'equipe multidisciplinare e l'Infermiere Dedicato nelle MICI che garantisce una continuità assistenziale accompagnando il paziente in tutto il suo percorso. C'è stata una completa collaborazione dei pazienti intervistati, tutti hanno espresso in modo chiaro e sincero la loro opinione sentendosi protagonisti dell'indagine dando il loro contributo per migliorare a breve e lungo termine i servizi e l'assistenza sanitaria.

Primo autore: Onidi Francesca Maria

Sede: Azienda Ospedaliera Brotzu

Tema : malattie infiammatorie croniche intestinali e presa in carico del paziente dall'ibd nurse

Obiettivi: attuazione del Case management

Bibliografia:

C. Calamandrei , C. Orlandi “La dirigenza infermieristica” manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali, Mc Graw-Hill 2009

Chiari P., Santullo A., “ L?infermiere case manager” Mc Graw- Hill , Milano 2001

Cohen E. L. “Nurse case management: From concept to evolution”, St. Louis , Mosby, 1993

Campieri M., Gionchetti P., “Le Mici, guida alla diagnosi e alla cura , nella Colite Ulcerosa e della Malattia Crohn”

Corbella A., Rossini S., “Il modello organizzativo distrettuale e il ruolo dell'infermiere dirigente, management infermieristico”, 2004

Zander K, “Managed care and nursing case management “Mayer G.G. Madden , Lawrenz E., 1990

“Informa Amici” a cura di Amici Onlus , IBD Connect , 19, 2012

“Infermiere” ambulatori infermieristici: esperienze sul campo, 1, 2000

“ Io infermiere2, 3, 1999 l'autonomia professionale applicata ad un'esperienza di un ambulatorio infermieristico

Zamboni GC, Lo Cascio G* , Zanoni M **, Caldana MC **, Allegrini E**** , Cordioli D****, Menin Ostani M°, Gabbrielli A.

USO Endoscopia Digestiva A.O.U.I Verona ;

*U.O.C. Microbiologia e Virologia A.O.U.I. Verona,;

** Servizio Igiene Ospedaliera A.O.U.I. Verona;

*** Direzione Servizio Professioni Sanitarie, A.O.U.I. Verona

**** Gruppo Operatorio Isola d/S e Villafranca (Vr) - ULSS22,

° Marketing Manager Steelco S.p.a.

ARMADIO DI ASCIUGATURA E STOCCAGGIO A LUNGO TERMINE PER ENDOSCOPI FLESSIBILI (ED 200 STEELCO): VALUTAZIONE MICROBIOLOGICA A 30 GIORNI DI STOCCAGGIO POST RICONDIZIONAMENTO IN LAVAENDOSCOPI CONFORMI ALLA UNI EN ISO 15883

Background:

Gli endoscopi flessibili, dopo essere stati riprocessati, sono movimentati e stoccati in modo tale da garantire il mantenimento delle caratteristiche microbiologiche ottenute dal processo di ricondizionamento.

Il corretto stoccaggio all'interno di armadi ventilati a norma (prEN ISO 16442) inibisce la crescita di microrganismi e limita il danneggiamento dei DM.

La possibilità di conservare gli endoscopi per un lungo periodo – validata da laboratori microbiologici Europei certificati - permettere un risparmio significativo dei costi e del tempo lavoro di un servizio di endoscopia digestiva.

Di recente in letteratura su GastroIntestinal Endoscopy (GIE) è stato pubblicato un articolo che conferma la possibilità di mantenere gli endoscopi in ambiente di stoccaggio dedicato per almeno 21 giorni dopo il loro reprocessing.

L'armadio di asciugatura e stoccaggio a lungo termine modello ED 200 di Steelco (conforme alla prEN ISO 16442) è stato progettato per garantire agli endoscopi flessibili un ambiente controllato per lo stoccaggio ed il mantenimento della qualità microbiologica degli stessi per 30 giorni dopo il ricondizionamento.

Oggetto:

Comprovare i risultati ottenuti dal Laboratorio Europeo Certificato HyGCEN, in conformità alla prEN ISO 16442 “Controlled environment storage cabinet for disinfected thermolabile endoscopes”, che garantiscono e certificano il mantenimento asettico degli endoscopi fino a 30 gg. all'interno dell'armadio di asciugatura e stoccaggio a lungo termine ED200.

Il ricondizionamento degli endoscopi sarà eseguito nel rispetto della procedura delle Linee Guida Pulizia e Disinfezione in Endoscopia Anote/Anigea (update 2011) e con l'utilizzo delle lavaendoscopi modello EW2 prodotte da Steelco Gli endoscopi saranno poi stoccati all'interno dell'armadio ED 200 nel rispetto delle indicazioni fornite dal produttore.

Disegno Sperimentale:

Studio Longitudinale (endoscopi appartenenti a famiglie specifiche campionati a diversi intervalli di tempo di stoccaggio)

Sede Sperimentale:

USO di Endoscopia Digestiva BR – Istituto Pancreas dell'AOUI di Verona.

Endoscopi oggetto di studio:

1 duodenoscopia Olympus mod. TJF Q 180

- 1 gastroscopia pediatrico Olympus mod. GIF XP190

- 1 colonscopio Olympus mod. CF H 180 AL

- 1 gastroscopio GIH –H 180

Modalità di Campionamento:

E' stata seguita la modalità di campionamento microbiologico, sui canali degli endoscopi, secondo la procedura aziendale IAT 22 che afferisce alle Linee Guida Pulizia e Disinfezione in Endoscopia Anote/Anigea – update 2011.

Alla luce delle recenti comunicazioni dell'FDA sui rischi di contaminazione nei duodenoscopi, è stata posta particolare attenzione nel controllo della loro carica microbica specifica.

Intervalli temporali di Campionamento:

I campionamenti microbiologici saranno eseguiti prima del posizionamento degli endoscopi all'interno dell'armadio ED 200 (post predetersione, detersione manuale e lavaendoscopi) e a 7, 14, 21 e 30 giorni di stoccaggio.

Controlli microbiologici: criteri interpretativi:

- presenza di stafilococchi coagulasi negativi, bacilli, corinebatteri < 100 UFC/ml e muffe <10 UFC/ml: indice di probabile contaminazione da parte degli operatori che hanno eseguito il controllo
- Stafilococchi coagulasi negativi \geq 100 UFC/ml indicano una situazione di inadeguatezza del processo di lavaggio
- *lieviti* → presenti in qualsiasi carica indicano una situazione di inadeguatezza del processo di lavaggio
- colonie con caratteristiche che suggeriscono l'appartenenza a *S. aureus* o *Pseudomonas spp.* presenti in qualsiasi carica, indicano una situazione ad alto rischio
- batteri enterici (enterobatteri o enterococchi) presenti in qualsiasi carica, indicano una situazione di inadeguatezza del processo di lavaggio e se si tratta di *Salmonella* o *Shigella* addirittura siamo in presenza di un evento sentinella.

Risultati ottenuti:

I risultati ottenuti saranno paragonati con quelli raccolti dal servizio negli anni precedenti sia post ricondizionamento in lavaendoscopi che dopo un tempo di stoccaggio di 24 ore.

Bibliografia:

- Le Linee Guida Pulizia e Disinfezione in Endoscopia Anote/Anigea (update 2011);
- Linee Guida Internazionali (ASGE 2003);
- Gastrointestinal Endoscopy 2015 in press; Brock AS et al.: Endoscope storage-time: assessment of microbial colonization up to 21 days after reprocessing
- Riferimento: ARS Regione Emilia Romagna. Dossier 133-2006 Reprocessing degli endoscopi: indicazioni operative
- http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm434871.htm?source=govdelivery&utm_medium=email&utm_source=govdelivery).

Regioni: un infermiere specialista per le malattie croniche intestinali



15/09/2015 - "L' Advanced IBD Nursing è erogabile da parte di infermieri specialisti in condizioni particolari o a soggetti in particolari situazioni o per rendere possibile risposte ai bisogni di salute delle persone assistite", recita lo schema di accordo. Mangiacavalli: "Le competenze specialistiche sono di fatto una realtà ineludibile"

“Le competenze specialistiche degli infermieri che in questi mesi hanno animato numerose polemiche tra categorie professionali e sono ancora in attesa che l’accordo Stato-Regioni con cui saranno regolamentate approdi in Conferenza, sono di fatto una realtà ineludibile”. Ad affermarlo è Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Ipasvi, che facendo riferimento all’accordo Stato-Regioni già approvato dai governatori e che è atteso a giorni, come spiega la newsletter www.regioni.it, in Conferenza per il via libera definito sui percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta) nelle malattie infiammatorie croniche dell’intestino e malattia di Crohn e colite ulcerosa, sottolinea la definizione contenuta nel testo di “Advanced IBD Nursing”.

L’ Advanced IBD Nursing “è “erogabile da parte di infermieri specialisti in condizioni particolari o a soggetti in particolari situazioni o per rendere possibile risposte ai bisogni di salute delle persone assistite da una determinata struttura che altrimenti non sarebbe possibile offrire in ragione dell’organizzazione della struttura stessa (ad esempio nel caso di strutture sovraffollate o con inidonee risorse di personale medico)”. Competenze specialistiche di fatto, quindi. Che secondo l’accordo trovano il loro fondamento non in atto ancora da approvare, ma nello stesso profilo professionale dell’infermiere (Dm 14/09/1994, n. 739).

Lo schema di accordo prevede anzitutto, analogamente a quello già varato in Stato-Regioni sulle malattie reumatiche, che per il Pdta delle malattie infiammatorie croniche intestinali (Mici, che hanno un’incidenza stimata intorno ai 10-15 nuovi casi su 100.000 abitanti all’anno, con una prevalenza calcolata di circa lo 0,2 - 0,4%), l’infermiere sia “responsabile dell’assistenza infermieristica (preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa) con le funzioni di prevenzione delle malattie, assistenza dei malati ed educazione sanitaria attraverso l’identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica e la partecipazione all’identificazione dei bisogni di salute della persona, la pianificazione e gestione degli interventi assistenziali, la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, sia individualmente che in collaborazione con altri operatori”.

Ovviamente lo stesso accordo si pone il problema degli organici necessari a erogare un’assistenza appropriate e sottolinea che l’affidamento al personale infermieristico delle varie attività “dipende essenzialmente dalla disponibilità di idonee risorse da parte della struttura assistenziale (unità

operativa, servizio, ambulatorio) ovvero dal numero di unità di personale infermieristico in funzione dei relativi carichi di lavoro assistenziale, ma anche dall'esperienza e dalla formazione/aggiornamento del personale stesso nel campo delle MICI”.

E per le Mici, secondo l'accordo, la formazione per alcune attività più specialistiche dovrebbe prevedere una formazione metodologica o clinica approfondita ad esempio nel case-management e nel triage, sia per mezzo di idonei percorsi formativi post-base che di formazione sul campo, ma anche sulla scorta di procedure operative standard, protocolli o linee guida che descrivano tali attività.

“Ogni struttura – sottolinea l'accordo - dovrebbe presentare all'utenza i servizi di assistenza infermieristica disponibili nella struttura stessa o nelle strutture di riferimento territorialmente competenti in un idoneo documento (ad esempio la carta dei servizi) e le modalità di accesso/attivazione di tali servizi”. Servizi già descritti, si legge ancora, dalla European Crohn's and Colitis Organization in un documento di consenso preparato da un gruppo di professionisti europei coordinati dal comitato infermieristico dell'organizzazione stessa.

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica, l'accordo prevede che l'assistenza infermieristica avanzata nelle Mici includa la formazione, la ricerca, lo sviluppo di servizi e la leadership. E per ottenere queste competenze, una “vasta esperienza clinica” e lo sviluppo di “competenze cliniche avanzate, l'accordo sottolinea che la formazione” va completata da un livello di formazione post-laurea.

E l'infermiere specialista clinico nelle MICI, secondo l'accordo, lavora come parte dell'equipe multi-disciplinare “migliorando i livelli di cura del paziente e l'esperienza del paziente, fornendo un'assistenza efficiente, olistica e accessibile”. E le MICI, spiega l'accordo rappresentano vere e proprie “malattie sociali”, “di grande impatto economico il cui costo raggiunge valori rilevanti ed il ritardo diagnostico riscontrato può essere anche notevole, comportando non soltanto la persistenza di disturbi invalidanti, ma anche la progressione verso forme più gravi ed estese, che inesorabilmente si ripercuotono sulla qualità di vita del paziente sotto vari punti di vista (sociale, personale, lavorativo)”.



Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche

Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Associati

L'infermiere e l'Endoscopia Operativa: dalla Teoria alla Pratica

*1° Corso ANOTE/ANIGEA Pentaregionale del Sud
Giornata di Studio e Re-Training*

28 novembre 2015

08:30 Registrazione dei partecipanti e indirizzi di saluto

09.00 Tecniche e accessori nel trattamento dei sanguinamenti: emostasi meccanica e iniettiva

(proiezioni di filmati e discussione casi clinici)

Marco Esposito (NA)

09.30 Tecniche e accessori nel trattamento dei sanguinamenti: emostasi termica e nuove frontiere

(videoproiezioni sulle tecniche)

Anna Baglioni (RM), Massimiliano Istaviani (RM)

10.30 Tecniche e accessori nella rimozione di corpi estranei

(videoproiezione sulle tecniche e discussione casi clinici)

Loredana Marino (RC)

11.00 Coffee Break

11.15 Tecnica e accessori nell'endoscopia operativa di I° livello: trattamento di lesioni polipoidi sessili e peduncolati

(videoproiezione sulle tecniche e discussione di casi clinici)

Rita Sinatoro (CZ)

11.45 Panoramica sull'endoscopia operativa di II° livello

(videoproiezione sulle tecniche e discussione di casi clinici)

Maria Rosaria Amato (NA)

12.15 Tecniche e accessori nel posizionamento delle Peg *(videoproiezioni sulle tecniche)*

Giorgia Iori (RE)



Segreteria ANOTE/ANIGEA - NEW CONGRESS S.R.L.

Corso S. Agata, 61/N, 80061 Massa Lubrese (NA) - P.E.C. +39 081 8780564-email: info@anoteanigea.it - www.anoteanigea.it



Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche

Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Associati

13.45 Lunch

14:00 Open Lab

I corsisti divisi in gruppi sotto la guida dei tutors e dei rappresentanti delle Aziende elettro-medicali, prenderanno visione delle caratteristiche e del montaggio degli accessori:

(aghi da sclerosi e soluzioni), accessori emostasi termica APC e gold-probe con settaggio dell'elettrobisturi, montaggio clips, montaggio endo-loop, montaggio set da legatura, preparazione set per polipetomia e mucosectomia, preparazione dei coloranti, accessori per corpi estranei, set per gastrostomia, etc)

16.30 Feedback della giornata

17.00 Chiusura dei lavori

SEDE

Grand Hotel De La Ville
Via U. Zanotti B., 9
Villa San Giovanni (RC)

COORDINATORI DEL CORSO

Teresa Iannone
Anna Baglioni



Evento in fase di accreditamento



Segreteria ANOTE/ANIGEA - NEW CONGRESS S.R.L.

Corso S. Agata, 61/N, 80061 Massa Lubrense (NA) - PEX +39 081 878264 email: info@anoteanigea.it - www.anoteanigea.it

1° corso ANOTE/ANIGEA
Pentaregionale del Sud
Giornata di Studio e Re-Training
L'infermiere
e l'Endoscopia Operativa:
dalla Teoria alla Pratica



Villa San Giovanni (RC)
Grand Hotel De La Ville
28 novembre 2015

SCHEDA DI ISCRIZIONE E PRENOTAZIONE ALBERGHIERA
Da inviare via fax unitamente alla copia del pagamento al n. 081 878.06.84

Cognome e Nome _____ Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Indirizzo _____ Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____ C.F. _____

DATI FATTURAZIONE (se la fattura deve essere intestata ad una società o ad un soggetto diverso da chi consegna l'attestato)

Ragione Sociale _____ Indirizzo _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ C.F. _____ P.IVA _____

ISCRIZIONE

SOCIO ANOTE/ANIGEA in regola

GRATUITO

NON SOCIO ANOTE/ANIGEA

€ 50,00

La quota d'iscrizione comprende: iscrizione all'associazione ANOTE/ANIGEA per l'anno 2016 per i non soci, kit congressuale, attestato di partecipazione, crediti formativi ECM, coffee break, lunch.

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Grand Hotel De La Ville 4 stelle

Camera Doppia Uso Singola

€ 85,00

Camera Doppia

€ 100,00

condotta con Sig. _____

Le suddette tariffe si intendono per camera, al giorno con trattamento di camera e piccola colazione.

Data di arrivo: _____ Data di partenza: _____ TOTALE notti n° _____ TOTALE € _____

REPERELOGO: Iscrizione € _____

Prenotazione alberghiera € _____

TOTALE da pagare € _____

Il pagamento dovrà avvenire tramite BONIFICO BANCARIO (esente spese) intestato a: NEW CONGRESS S.R.L.

Deutsche Bank - S.Agata sul Due Golfi - Massa Lubrense (NA) - IBAN: IT 80 8 03104 39970 00000820543

con la seguente causale: Cognome e Nome - Iscrizione "1° Corso ANOTE/ANIGEA Pentaregionale del Sud, Villa San Giovanni (RC)"

Termini e modalità di pagamento

• La scheda di iscrizione dovranno pervenire via fax entro e non oltre il 16/11/2015 e saranno valide solo se accompagnate dalla copia del bonifico.

• La lettera di conferma con il nome e dell'albergo assegnato sarà emessa appena ricevuto il pagamento richiesto.

• New Congress si riserva il diritto di assegnare le camere nell'ordine di arrivo delle richieste di prenotazione in base alla disponibilità alberghiera al momento della richiesta.

Norme di Cancellazione

• Per cancellazioni pervenute per iscritto alla New Congress entro il 16/11/2015 sarà restituito l'importo versato, detratto del 30% per rimborso spese.

• Per cancellazioni pervenute dopo il 16/11/2015, sarà trattenuto l'intero importo.

• Eventuali rimborsi verranno effettuati dopo il Congresso.

CONSENSO al trattamento

I dati forniti con il presente modulo potranno essere da noi utilizzati ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 per inviare le comunicazioni,

documentazioni, aggiornamenti o atti del convegno, programmi formativi ed altre informazioni anche promozionali relative alle nostre attività istituzionali.

Per queste specifiche finalità abbiamo bisogno di acquisire il Vostro consenso al trattamento dei Vostri dati, che potrete esprimere apponendo in calce alla presente la Vostra firma.

ACCONSENSO

Firma _____

Segreteria Nazionale ANOTE/ANIGEA



Tel. PBX. 0818780564 - www.anoteanigea.it - info@anoteanigea.it



Università degli studi
di Torino



MASTER I LIVELLO ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Direttore
Prof. Mario Morino

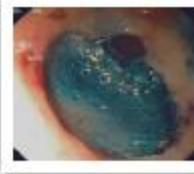
con il patrocinio



e con il patrocinio
IPASVI di Torino



*corso teorico-pratico
per personale infermieristico*



Iscrizione online su www.unito.it entro il 16 Novembre 2015 ore 12.00
Per informazioni tel 011 6706537 - 011 6336641 - 339 6287716

Segreteria del Master Sig.ra Rosaria Scornavacche
Dipartimento di Scienze Chirurgiche, C.so Dogliotti, 14 - 10126 Torino,
rosaria.scornavacche@unito.it