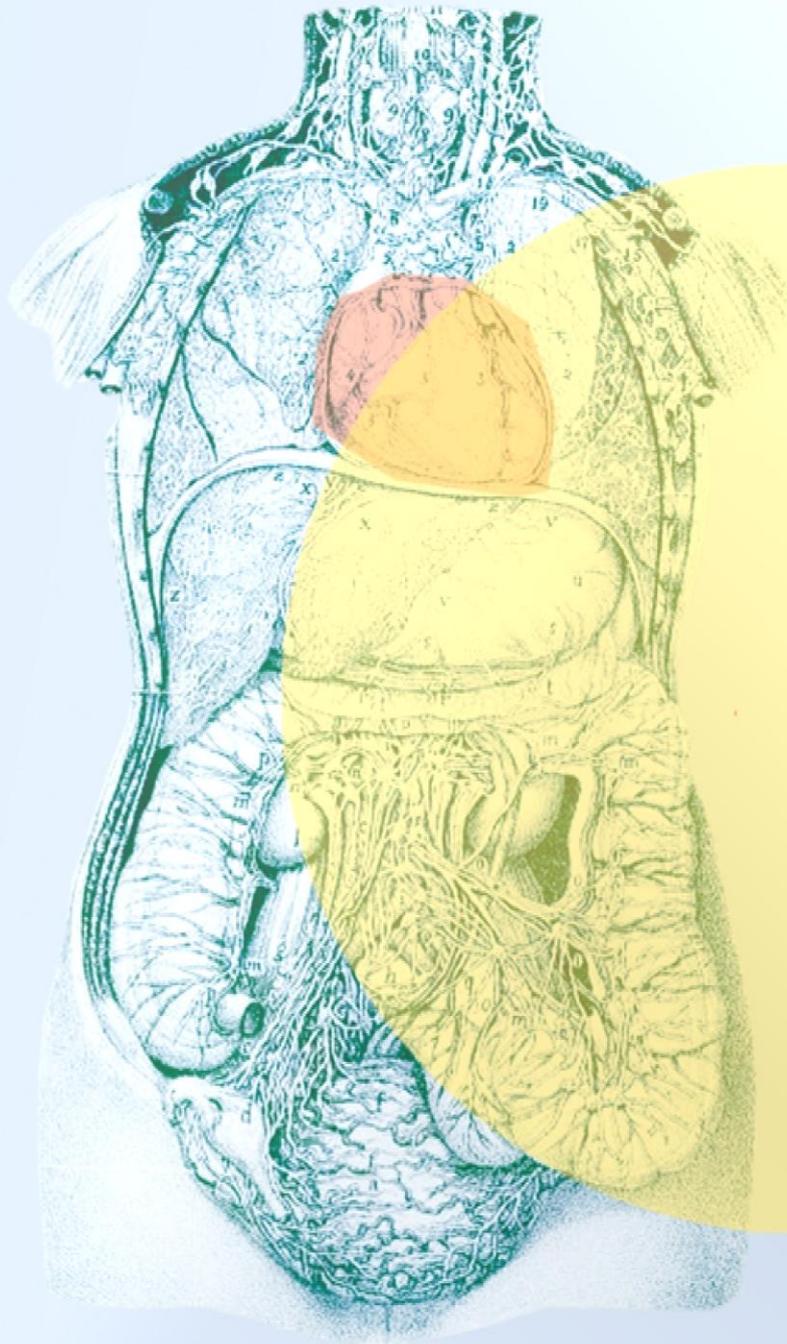


SCRIVENDO



1/2016

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



Scriv ENDO *INDICE*

Lettera Presidente ANOTE/ANIGEA	PAG. 4
Lettera TTS	PAG. 6
Presentazione TTS	PAG. 7
Il controllo dell'ansia del paziente sottoposto a colonscopia	PAG. 11
Survey Nazionale ANOTE/ANIGEA:	
La qualità dell'assistenza percepita dai pazienti IBD in terapia biologica	PAG. 12
IBD in gravidanza	PAG. 13
TAVOLA ROTONDA	
L'infermiere garante del processo assistenziale: professionisti a confronto sulle competenze specialistiche	PAG. 14
Ti racconto la mia storia	PAG. 16
Chi fa che cosa	PAG. 18
Cartella infermieristica ANOTE ANIGEA	PAG. 20
Associazione ed associati	PAG. 22
POSTER	PAG. 23
MEET THE EXPERT	PAG. 26

IL FUTURO ENTRA IN NOI, PER TRASFORMARSI IN NOI,

MOLTO PRIMA DI ESSERE ACCADUTO (R.M.RILKE)



Care **colleghe** e cari **colleghi**,

tornando dal **Congresso Nazionale di Bologna** mi sono confrontata col direttivo e tutti mi hanno trasmesso la sensazione che gli sforzi fatti per migliorare questo appuntamento annuale sono stati proficui. Gli argomenti sono stati, a parere di molti, interessanti.

Abbiamo discusso su **temi** quali la gestione del dolore, la qualità e l'integrazione delle competenze dei vari professionisti, la responsabilità del infermiere riguardo le infezioni ospedaliere, la qualità e il miglioramento continuo in endoscopia, le MICI, il rapporto UNI e molto altro.

Ci siamo confrontati su problematiche relative all'organizzazione dell'associazione, grazie a una discussione vivace che ha portato comunque ad un'intesa e a una programmazione di intenti per il prossimo anno.



E' stato illustrato il **cammino** che intendiamo intraprendere. Continueremo con il percorso condiviso con la federazione **IPASVI** riguardo le **competenze specialistiche**, nei prossimi mesi vedremo nascere un **nuovo sito**, speriamo più conforme e al passo con la crescita della nostra associazione.

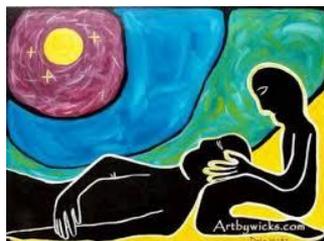
Le novità e attività di ricerca vi saranno trasmesse con la nuova rivista **"ScrivENDO"**; abbiamo individuato un **Direttore Editoriale** ricco di entusiasmo e motivazioni in **Tiziana Villa**, mentre il Comitato di Redazione sarà il nostro Tavolo Tecnico Scientifico e la signora Casati Chiara collaborerà con la funzione di grafico.

Come già preannunciato al Congresso, le iniziative future più rilevanti possono essere così esplicitate:

- **Corso Nazionale ANOTE/ANIGEA-SIED 27 settembre 2016**
- **PENTAREGIONALE DEL NORD Torino, 4-5 novembre 2016**
- **XXVII CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA MAGGIO 2017 NAPOLI**
- **20th ESGENA Conference Vienna, 15-17 ottobre 2016**

Abbiamo in cantiere tante **idee da sviluppare** e attendiamo anche un contributo, per noi sempre preziosissimo, da tutti voi.

Siamo consapevoli che esiste una abissale differenza tra il **"fare l'infermiere"** ed **"essere infermiere"**: essere infermiere prevede qualcosa di più che la mera esecuzione di prestazioni volte al soddisfacimento dei bisogni della persona.



Essere infermiere implica la capacità di vedere l'umanità dell'altro e apprezzare la **diversità e l'individualità** di ciascun essere umano.

Attraverso il proprio sistema di valori, l'infermiere deve essere in grado di vedere gli altri attraverso il **“loro” sistema di rappresentazione** piuttosto che con quello proprio.

Questa è la base dell'**empatia**: prendersi cura accogliendo e accettando l'umanità dell'altro, permettendogli di esprimere il suo essere umano.



La patologia è spesso vissuta come una minaccia alla propria integrità personale e alla propria dignità. La **relazione infermiere-paziente** è fondamentale affinché l'assistito non perda mai la percezione di essere una persona.

L'attenzione dell'associazione va **dalla persona assistita al professionista** e viceversa, senza mai perdere di vista l'uomo sia infermiere che utente. L'infermiere deve coltivare la propria sfera emotiva e riconoscere le proprie emozioni positive e negative per essere in grado di individuarle e accettarle nell'altro.



Ogni singolo momento di contatto tra infermiere e paziente è un'**occasione di evoluzione e di crescita** dei singoli soggetti coinvolti. La **condivisione di esperienze** umane permette l'arricchimento di ognuno. Il vivere esperienze in modo inadatto determina una perdita di **complicità** con l'utente e conduce il professionista su strade impervie fino a arrivare al burnout.

Gli infermieri che si avvicinano alla persona attraverso il **“prendersi cura”** e non si limitano al “curare” dimostrano maggiore senso di realizzazione e motivazione, maggiore stima di sé e maggiore riflessività.



E' su questo treno che vogliamo salire, con la consapevolezza che **prendersi cura dei propri associati** si traduce in benessere emotivo, miglioramento motivazionale, maggiore energia, maggiore fiducia nella relazione con gli operatori della salute, relazioni famigliari più strette per i nostri assistiti.

ED ORA CI PRESENTIAMO

Ci siamo, ecco il primo numero del nuovo giornale dell'associazione!

Di strada ne è stata percorsa tanta e, come primo passo vogliamo salutare e ringraziare chi ci ha preceduto. Oltre ad essere doveroso, ciò non è altro che il riconoscimento del tempo dedicato e del lavoro svolto per far crescere ANOTE/ANIGEA. Potremmo anche aggiungere che i nostri ringraziamenti non sono di maniera, ma alla fine però siamo i primi a renderci conto che tutte queste sono frasi troppo abusate.

Cercando di essere brevi e diretti, vogliamo dire che con il nostro lavoro ci proponiamo di proseguire sulla strada tracciata da chi ci ha preceduto, ovvero di fornire una pubblicazione che, oltre ad essere interessante per tutti i colleghi infermieri, sia da stimolo per ciascuno di noi a mettere a disposizione di tutti la propria esperienza ed il proprio sapere, per crescere sempre di più come professionisti. È davvero indispensabile condividere la propria conoscenza. L'eterogeneità delle nostre realtà sono fonte di crescita, ed il poter usufruire dell'esperienza di chi ha già affrontato determinate tematiche è una risorsa incommensurabile.

Per raggiungere quest'obiettivo ambizioso cercheremo di pubblicare revisioni della letteratura, nuovi articoli ed interviste ad esperti professionisti. Per riuscire a far questo sarà indispensabile collaborare insieme: i vostri articoli e le vostre esperienze saranno il pane vitale per questa rivista, e noi le aspettiamo!

Passando a questo numero della rivista, vi anticipiamo che nelle seguenti pagine troverete informazioni tratte dall'ultimo congresso di Bologna tenutosi a maggio 2016; una presentazione del TTS, ovvero Tavolo Tecnico Scientifico di ANOTE ANIGEA, che si impegnerà anche a pubblicare questa; e sarà inserita un'intervista a Jaynet Tillet presidente ESGENA.

Potrete inviare alla rivista i vostri lavori all'indirizzo mail **tts@anoteanigea.it**

Per rimanere in contatto potete consultare il sito dell'associazione **www.anoteanigea.it** e per qualsiasi comunicazione potrete scrivere all'indirizzo **info@anoteanigea.it** .

Vi aspettiamo,

Noi ci crediamo davvero!

T.T.S.

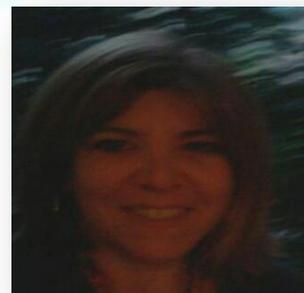
Eccooci qui :

Anna Baglioni

Infermiera

REFERENTE ANOTE ANIGEA REGIONE LAZIO

mail: anna.baglioni@rm.unicatt.it



nata il 07/05/1964

- *nel 1985 diploma infermiere professionale*
- *nel 1996 Diploma di Tecnico Cosmetologo*
- *nel 2012 Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche*

nel 1986 Pediatria I^{ma} Infanzia;

nel 1992 S.O Patologia Chirurgica;

dal 1994 nell'equipe di sostituzione del settore sala operatoria e terapie intensiva;

nel 1999 S O del Dipartimento di Scienze Chirurgiche con specializzazione nella: chirurgia addominale, chirurgia toracica, chirurgia epato-biliare, chirurgia pediatrica, chirurgia laparoscopica;

dal 2004 al 2016 servizio di endoscopia digestiva chirurgica;

dal 2016 S.O Day Surgery.



Alessanda Guarini

Infermiera

REFERENTE ANOTE ANIGEA REGIONE LAZIO

mail: a.guarini65@gmail.com

nata il 10/06/1965

- *nel 1985 diploma infermiere professionale*
- *nel 2009 conseguito master primo livello in funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie*

dal 1987 In servizio presso il PTP Nuovo Regina Margherita di Roma dal 1987;

dal 1996 presta servizio presso la U.O.C di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva del suddetto Presidio;

dal 2008 si occupa prevalentemente dell' Ambulatorio Dedicato per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali e di videocapsula endoscopica.

Giorgio Iori

Infermiere

REFERENTE ANOTE ANIEA REGIONE EMILIA ROMAGNA

mail: iori.giorgio.re@gmail.com

nato il 16/10/1968

- *nel 1988 Diploma Infermiere Professionale*
- *nel 2012 Master I livello in Funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie*



dal 2005 ad oggi opera presso Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Arcispedale S.Maria Nuova IRCCS di Reggio Emilia



Roberta Mattiola

Coordinatrice Infermieristica

REFERENTE ANOTE ANIGEA REGIONE PIEMONTE

mail: roberta.mattiola@libero.it

nata il 29/10/1965

- nel 1985 diploma infermiere professionale
- nel 1999 Corso di formazione permanente in Management Sanitario presso Ospedale Maria Vittoria – “Metodologie organizzative in ambito sanitario, principi di management e coordinamento”
- Docente e membro comitato scientific Master endoscopia digestive, università di Torino

dal 1985 al 1991 ha prestato servizio presso la Clinica Pinna Pintor di Torino in qualità di infermiera strumentista in Cardiocirurgia e Rianimazione

dal 1992 ad oggi presta servizio presso Ospedale Maria Vittoria (TO), in attività presso il reparto di Endoscopia Digestiva

Pierangelo Simonelli

Coordinatore Infermieristico

REFERENTE ANOTE ANIGEA REGIONE LOMBARDIA

mail: piersimon@inwind.it



nata il 17/05/1969

- diploma infermiere professionale
- nel 2007 master primo livello in funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie
- nel 2011 Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
- nel 2015 Specialista in Management per le funzioni di Coordinamento e Specialista in Management delle Aziende sanitarie.

dal 2011 ad oggi opera presso il centro di Chirurgia Endoscopica degli Spedali Civili di Brescia.

Rita Sinatora

Infermiera

REFERENTE ANOTE ANIGEA REGIONE CALABRIA

mail: sinatora.rita@gmail.com

nata il 19/10/1967

- nel 1991 diploma infermiere professionale
- nel 2015 conseguito master primo livello in funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie

dal 1991 al 1996 ha prestato servizio nel reparto di terapia intensiva neonatale, A.O.G. SALVINI (MI);

dal 1996 al 2002 ha prestato servizio nel reparto ostetricia/ ginecologia A.O.G. SALVINI (MI);

dal 2002 ad oggi opera presso struttura complessa di gastroenterologia A.O.P.C CATANZARO.



Monia Valdinoci

Infermiera

REFERENTE ANOTE ANIGEA REGIONE TOSCANA

mail: monia.valdinoci@libero.it

nata il 16/11/1970

- *nel 1994 diploma infermiere professionale*
- *nel 1996 diploma universitario Tor Vergata*



dal 1994 al 1995 Assistenza infermieristica Area Geriatrica Casa di Cura Villa Gisella Fi;
dal 1995 al 04/1996 Assistenza infermieristica Area Chirurgica Villa Cherubini Fi;
dal 04/1996 al 11/1996 Assistenza Infermieristica Pediatrica Ospedale Empoli;
dal 11/1996 al 04/1999 Assistenza Infermieristica Area Psichiatrica Ospedale Santa Maria Nuova Fi;
dal 1999 ad oggi opera presso Endoscopia Digestiva Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi Firenze.



Tiziana Villa

Infermiera

REFERENTE ANOTE ANIGEA REGIONE LOMBARDIA

tiz1980@hotmail.com

nata il 28/05/1980

- *nel 2002 diploma universitario infermiere*
- *nel 2012 master primo livello in funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie*

dal 2002 al 2004 ha prestato servizio come volontariato in una missione per ragazzi di strada in centro America;
dal 2005 al 2009 ha prestato servizio nel reparto di chirurgia presso l'ospedale Valduce di Como;
dal 2009 al 2010 ha prestato servizio nel reparto di gastroenterologia presso l'ospedale Valduce di Como;
dal 2010 ad oggi opera presso il servizio di endoscopia presso l'ospedale Valduce di Como.

**ANOTE
ANIGEA**

Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche
Associazione Nazionale Medici di Gastroenterologia e Assocati



26° CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

IL SISTEMA SALUTE:
UMANIZZARE IL TECNICISMO
PER COSTRUIRE LA QUALITÀ

ZANHOTEL EUROPA | BOLOGNA | 27-29 MAGGIO 2016

Il controllo dell'ansia del paziente sottoposto a colonscopia

Roberto Puppio
Torino

Introduzione e obiettivi: Esistono convincenti evidenze che la soddisfazione dell'utente, rappresenti un importante misura di sito delle cure: il livello di gradimento viene interpretato come un buon indicatore del modo in cui il paziente riporrà fiducia negli operatori sanitari e di conseguenza favorirà una maggiore (o minore) compliance al trattamento. Ciò che meglio rappresenta il legame che intercorre tra curati e curanti è il tipo di relazione che si instaura in ciascun momento del percorso assistenziale, I fattori che più in generale influenzano la percezione della soddisfazione del paziente per l'assistenza ricevuta sono molteplici: caratteristiche del paziente, età, sesso, condizioni generali, stato di ansia. L'obiettivo della tesi è quello di valutare come le informazioni ricevute rispetto ad un esame invasivo, possano incidere sullo stato di ansia dei pazienti.

Materiali e Metodi: Per la realizzazione della tesi sono stati somministrati, alle persone assistite che si sono rivolte all'ambulatorio di endoscopia per effettuare l'esame del colon due questionari STAI-Y formati da 40 item, ai quali i soggetti hanno dovuto rispondere attribuendo un giudizio circa l'intensità di alcuni stati emotivi (da "quasi mai" a "quasi sempre"). Gli item sono raggruppati in due scale focalizzate su come i soggetti si sentono generalmente, o su quello che invece provano in momenti particolari. In fase post-esame invece, è stata somministrata un'intervista semistrutturata costituita prevalentemente da domande a risposta aperta per dare la possibilità all'utente di esprimere i propri dubbi, criticità ed eventuali consigli per migliorare il servizio.

Risultati: Dalle conclusioni è emerso che che i pazienti sono stati soddisfatti delle informazioni scritte che hanno ricevuto in merito alla preparazione e invece non si sono ritenuti soddisfatti circa le spiegazioni

della dinamica dell'esame stesso. In effetti, il livello di ansia di stato risulta mediamente alto. Confrontando successivamente i dati ricavati dopo la somministrazione dei due questionari STAI-Y con le risposte ricevute durante l'intervista semistrutturata, è emerso che, a prescindere dal livello di ansia e dall'aver già effettuato l'esame in precedenza o meno, molti pazienti avrebbero preferito ricevere maggiori informazioni relativamente alla procedura da affrontare.

Discussione: . Cogliere e quantificare il divario tra ansia di tratto e ansia di stato può aiutare a comprendere il bisogno relazionale della persona assistita; questo consente di instaurare una condizione di relazione adeguata tra operatore e l'utente, fornendo i contenuti informativi utili e necessari per il paziente e adottando un atteggiamento professionale che risulti efficace dal punto di vista del contenimento emotivo creando un contesto contenitivo e rassicurante. Una gestione adeguata del livello di ansia consente di controllare meglio la situazione contingente, favorendo la collaborazione del paziente e con ricadute positive anche in termini di conclusione della pratica clinica.

Survey Nazionale ANOTE/ANIGEA: La qualità dell'assistenza percepita dai pazienti IBD in terapia biologica.

Alessandra Guarini

Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
PTP Nuovo Regina Margherita – ROMA

Introduzione: La qualità dell'assistenza percepita dai pazienti con malattie croniche è importante. Nei pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali (IBD) un grado elevato di percezione di assistenza si associa a una riduzione dei ricoveri in urgenza, una maggiore *compliance* alla terapia, a una migliore qualità della vita e a una riduzione complessiva dei costi del *management*. I malati con IBD in terapia biologica rappresentano un sottogruppo di pazienti con malattia più grave che necessitano, quindi, di un'assistenza più assidua.

Scopo dello studio: Valutare la qualità dell'assistenza percepita dai pazienti IBD in terapia biologica in diversi Centri italiani attraverso la somministrazione di un questionario specifico e validato.

Metodi: La richiesta di partecipazione allo studio è stata inviata a tutti i soci ANOTE/ANIGEA che si occupano di terapia biologica in pazienti con IBD. Ai centri aderenti è stato inviato il protocollo, il consenso informato per il paziente e il questionario 'CACHE', già utilizzato e validato per lo scopo.¹ Il questionario consiste di 31 domande, raggruppate in 6 domini (1. Staff care; 2. Clinician care; 3. Center facilities; 4. Information; 5. Access; 6. Support), con 5 possibilità di risposta (vedi schema in basso). Per ciascun dominio e per lo *score* totale, il valore è stato normalizzato in modo da ottenere un grado di soddisfazione compreso tra 0 e 100%. Per i domini con valore medio più basso è stata eseguita l'analisi della frequenza delle risposte 'negative' ('disaccordo' e 'totale disaccordo').

Risultati: Hanno partecipato allo studio 16 centri italiani (4 Nord, 9 Centro, 3 Sud-Isole) dove il questionario è stato somministrato a 493 pazienti consecutivi. Complessivamente, 450 (91.3%) pazienti hanno accettato di partecipare (M/F: 256/194; Età 42.5 ± 14.7 anni; Morbo di Crohn/Colite ulcerosa: 283/167; Terapia biologica e.v./s.c.: 351/99). Lo *score* globale di soddisfazione è risultato pari a $82.2 \pm$

19.6% . Tuttavia, per i domini 'Information' ($70.7 \pm 7.9\%$) e 'Center facilities' ($80.3 \pm 1.6\%$) si è ottenuto un *score* più basso della media. L'analisi della frequenza ha mostrato che la mancanza di materiale informativo sulla malattia e sulle Associazioni di pazienti è stata lamentata dal 19.5% e 11.6% dei pazienti, rispettivamente. Inoltre, il 7.6% dei pazienti ha evidenziato carenze di accessibilità e di strutture del centro, incluso la fruibilità dei servizi igienici. Infine, nel dominio 'Staff care', che nel complesso ha ottenuto uno *score* di $85.2 \pm 6.2\%$, il 13.1% dei pazienti ha comunque segnalato una mancata collaborazione tra Specialisti e Medici di Medicina Generale (MMG).

Conclusioni: Il grado di qualità percepita dei pazienti con IBD è importante per migliorare il rapporto costo/efficacia del loro *management*. I dati di questa Survey Nazionale hanno evidenziato che il grado di soddisfazione globale è buono (82.2%). Tuttavia, i pazienti hanno evidenziato criticità sul grado di informazione (sull'alimentazione, attività fisica, brochures informative, ecc.), sull'accessibilità al centro, e sulla comunicazione tra Specialista e MMG.

¹Casellas F et al. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:559-68.

IBD in GRAVIDANZA

Rita Sinatora

A.O.P.C. Catanzaro

Introduzione: Le MICI coinvolgono prevalentemente le donne in età fertile, molte di loro esprimono il desiderio di maternità, nutrendo dei timori a riguardo: per la difficoltà al concepimento; problematiche durante la gravidanza, sia per la malattia e sia per le terapie praticate e le conseguenze al nascituro. Inoltre questi timori vengono ulteriormente accentuati dalle preoccupazioni da parte del partner.

Scopo: Valutare nello studio retrospettivo le gravidanze delle pazienti con MICI seguite presso il nostro centro.

Metodi: Nello studio sono stati arruolati tutte le donne con MICI che hanno partorito dal 1.1.2006 al 1.1.2016. E' stato valutato: tipo di malattia (MC o RCU) ; attività della malattia nel periodo del concepimento; terapia nel periodo del concepimento; terapia durante la gravidanza; aderenza alla terapia; settimane gestazionale; valutato l'espletamento del parto (taglio cesareo o parto spontaneo); peso del neonato; presenza di malformazioni.

Risultati: Indagine condotta su 36 donne gravide con IBD, 50 gravidanze, di cui 2 aborti spontanei (alla 14° e 16° sett. gestazionale) ; Età media al concepimento $31,7 \pm 10,1$; 16 pazienti con MC; 20 pazienti con RCU; 2 gravidanze gemellari; 10 concepiti con malattia attiva e 40 con malattia inattiva. 8 pazienti con terapia biologica in corso, 4 con immunosoppressori, 4 con cortisone, 32 con amminosalicilati. 8 pazienti non hanno proseguito con la terapia consigliata dallo specialista gastroenterologo, di cui 6 pazienti hanno avuto importante riacutizzazione della malattia con necessità di ricovero durante la gravidanza. 40 gravidanze sono state portate a termine; 8 parti prematuri verificatosi nelle donne con malattia attiva durante il concepimento. Nessun neonato a termine era sottopeso. 28 gravidanze sono state espletate con taglio cesareo; 20 gravidanze con parto

spontaneo; 2 neonati presentano malformazioni congenite (SINDATTILIA e IPOSPADIA).

Conclusioni: I risultati del nostro studio in linea con " The Second European Evidenced- Based Consensus on Reproduction and Pregnancy in Inflammatory Bowel Diseases" hanno dimostrato che l'attività della malattia al momento del concepimento o durante la gravidanza è associato ad alta incidenza di parto prematuro con conseguente basso peso del neonato. Rischio di malformazioni congenite non sembra essere aumentato. I parti cesarei sono più frequenti nei pazienti con MICI che nella popolazione generale. L'esposizione a farmaci per MICI (sulfasalazine, cortisone, immunosoppressore, anti TNF)non suscitano aumentati rischi per la paziente e loro nascituro seguendo i consigli del team dedicato. Adeguato trattamento farmacologico dovrebbe essere mantenuto durante la gravidanza, ulteriori studi multicentrici sono necessari per ampliare i dati statistici per poter dare informazioni più dettagliate alle pazienti con MICI che desiderano la gravidanza.

TAVOLA ROTONDA

L'infermiere garante del processo assistenziale: professionisti a confronto sulle competenze specialistiche

Uno dei momenti caratterizzanti del 26° congresso ANOTE è stato la tavola rotonda avente tema "L'INFERMIERE GARANTE DEL PROCESSO ASSISTENZIALE: PROFESSIONISTI A CONFRONTO SULLE COMPETENZE SPECIALISTICHE", con due ospiti d'eccezione: la Dottoressa Barbara Mangiacavalli e la Dottoressa Maria Adele Schirru, rispettivamente Presidente e Vice Presidente Federazione nazionale dei Collegi Ispasvi.

Subito la discussione da parte della Mangiacavalli è stata incentrata sulle competenze tecniche e su come non devono avere la prevalenza sull'agito dell'infermiere. *"La tecnica deve essere funzionale al processo di assistenza infermieristica, che è funzionale alla presa in carico, che è funzionale alla realizzazione del percorso di nursing di cui siamo chiamati a rispondere"*. Ha sottolineato poi che la vera evoluzione delle competenze specialistiche deve andare sull'approfondimento disciplinare, sull'approfondimento dei bisogni di assistenza infermieristica e delle modalità di risposta a questi bisogni.

Barbara Mangiacavalli nella sua presentazione ha posto una domanda: *"stiamo invecchiando in buona salute?"*, ed ha dato come risposta che probabilmente non lo si sta facendo, perché il 30% della popolazione in Italia sta invecchiando con patologie croniche più o meno debilitanti. La Lombardia ha circa 10.000.000 di abitanti e circa 3.200.000 hanno patologie croniche che vanno ad utilizzare il 69% delle risorse del sistema sanitario regionale. Per ampliare la consapevolezza della situazione la presidentessa Ispasvi invita a leggere il XIV rapporto nazionale sulle politiche della cronicità di Cittadinanzattiva. Partendo da queste considerazioni il commento che ne è conseguito è che il sistema sanitario sta perpetrando ad utilizzare modelli organizzativi inefficaci e antieconomici, non considerando che i bisogni riguardanti la salute in Italia stanno cambiando e conseguentemente dovrebbe cambiare la risposta. Nasce quindi la

necessità di avere l'*appropriatezza organizzativa* nell'utilizzo delle risorse materiali e delle risorse professionali.

Nella riorganizzazione necessaria di questo sistema l'infermiere può giocare un ruolo rilevante, perché gli infermieri italiani hanno già competenze avanzate, ottenute tramite master, corsi di perfezionamento e lauree magistrali. Queste competenze sono già esercitate ed il sistema sanitario ne sta già beneficiando.

Occorre però regolamentare questa situazione. Esiste una bozza di accordo sull'evoluzione delle competenze avanzate degli infermieri e delle altre professioni sanitarie che è partita in regione Veneto nel 2011. La regione Veneto ha sollecitato il ministero della salute a lavorare sulle evoluzioni delle competenze avanzate degli infermieri e delle altre professioni sanitarie, perché ritenuto indispensabile a fronte dei mutati bisogni di salute della popolazione, di un mutato assetto demografico, quindi invecchiamento della popolazione ed a fronte della sostenibilità del sistema sanitario nazionale. In tal senso era stato attivato un gruppo di lavoro dal collegio dopo la promulgazione nel 2014 della legge di stabilità articolo 1 comma 566 che andrebbe a regolamentare questa situazione. Ora siamo arrivati alla sesta formulazione approvata dal ministero della salute, ministero delle economie e finanze, dal ministero dell'università e ricerca scientifica e tecnologica, ma che ancora sta nel cassetto del ministero della salute. È tutto fermo perché alcuni definiscono l'articolo 1 comma 566 *"scritto male"* e per cui si è andata a creare questa situazione di stallo. Dalla presidente Ispasvi è partita una richiesta al ministro della salute per far riunire medici e infermieri con la finalità di discutere su questo comma e su come possa essere riformulato. A tal proposito Barbara Mangiacavalli ha riferito alla sala che il ministro della salute il giorno 20 maggio 2016, alla terza conferenza della federazione dei medici a Rimini, ha detto di fronte all'assemblea dei medici che *"fino a quando non si trova il punto di caduta tra le due professioni con il comma 566 resta tutto fermo"*. Appare indispensabile quindi, per sbloccare la situazione, trovare un punto di mediazione con i medici, e sulle competenze avanzate l'elemento chiave da tener presente è che la professione medica ed infermieristica possono affiancarsi e

collaborare comunque mantenendo peculiarità e specificità disciplinari delle rispettive formazioni. Occorre lasciare il pregiudizio che la singola professione non debba ragionare su come sta dentro al sistema ma come il sistema debba organizzarsi per rispondere ai bisogni di salute e quindi di quali competenze il sistema necessita per rispondere a tali bisogni.

Il concetto che si è voluto far arrivare è che non è un punto di arrivo sistemare e far passare quell'articolo, ma usarlo come trampolino per lavorare sull'organizzazione e la parte contrattuale, per definire il giusto riconoscimento giuridico ed economico, dare modo alle università e regioni di poter definire l'assetto formativo dagli ordinamenti dei master, al riconoscimento dei CFU per le pregresse esperienze. Mangiacavalli auspica che la situazione si possa sbloccare entro l'anno.

Un'altra sfida è capire come rinnovarsi nel stare nel sistema salute, le regioni hanno bisogno di utilizzare i professionisti in modo diverso, perché non è più economico utilizzare gli infermieri come 20 fa. Occorre domandarsi quali attività sono proprie o improprie sull'evoluzione delle competenze, considerare che il mondo del presente è un mondo frutto di battaglie combattute in passato per l'acquisizione di una professionalità. Negli anni sono stati formati altri profili, altri operatori pensati per coadiuvare l'attività infermieristica. È stato posto l'accento sul non considerare alcune attività demansionanti, non si può e non si deve perdere la relazione con l'assistito, perché è indispensabile nel processo di assistenza infermieristica. Non si può dire tout court che l'assistenza di base sia di "qualcun altro", perché sta già succedendo in alcune realtà che ogni volta che si dimette un infermiere i direttori assumono un operatore socio sanitario. Si rischia di tornare ai tempi in cui quando è presente un infermiere che garantisce il turno del mattino, uno quello del pomeriggio e uno di sostituzione, tutto il resto può essere "qualcos'altro". Si rischia di far perdere all'infermiere la gestione del processo assistenziale.

Si è giunti ad un momento storico ed economico dove per non far implodere il sistema sanitario nazionale il futuro sarà con sempre meno posti letto ospedalieri, dove verranno presi in carico solo gli episodi acuti, ed il resto verrà gestito sul territorio.

La presidente Ipasvi ritiene che spazio per il rilancio e sviluppo dell'attività infermieristica è fuori dall'ospedale. L'infermiere deve prendersi carico dei processi di continuità assistenziali sui cronici, sui disabili, sui fragili. Mangiacavalli ritiene che gli infermieri non debbano fossilizzarsi nell'ospedale, la cronicità può essere un aspetto poco gradito da alcuni, ma è convinta che il vero ambito per lo sviluppo delle competenze infermieristiche sta nell'assistere le persone sul territorio. La presidente Ipasvi dice: *"se non vogliamo fare qualcosa, perché lo riteniamo di serie B o lo riteniamo non nostro, cari colleghi lo fa qualcun altro. Lo fa qualcun altro che magari viene considerato da questi cittadini come: «per fortuna che ci sono loro!». Basti pensare al corso per badanti per seguire il malato cronico al domicilio, e se noi perdiamo l'alleanza con i cittadini abbiamo finito di crescere"*.

Concludendo viene fatto presente che i cittadini con malattie croniche stanno cercando gli infermieri, perché all'infermiere viene riconosciuto il ruolo peculiare di "case manager" nel loro percorso di cura. Gli infermieri devono occupare questi spazi, ma secondo Barbara Mangiacavalli manca la consapevolezza del *nostro* mondo professionale, dato che l'infermiere è il primo a non credere fino in fondo alle potenzialità della professione. L'infermiere deve riposizionarsi come gruppo professionale e riflettere su quelle che sono le proprie competenze distintive. Invita a ragionare su come si possa organizzare il sistema sanitario per rispondere ai nuovi bisogni di salute che si sono venuti a creare e dove si potrà collocare l'infermiere.

T.Villa

Ti racconto la mia malattia

La mia e' una storia come quella di tanti altri affetti da una malattia infiammatoria cronica intestinale... All' età di 18 anni iniziai ad avere qualche sporadico disturbo gastrointestinale...fino ad arrivare all' estate del diploma dove vi fu la necessità di capire più approfonditamente cosa stava succedendo.

Purtroppo la malattia di Crohn, nel mio caso, si e' da subito manifestata in modo grave ed aggressivo... e ciò ha comportato diversi ricoveri...

non ricordo il nome del medico (probabilmente l' ho volutamente rimosso dalla mia mente!) che mi disse "non si preoccupi, non e' una malattia per la quale si muore'..."

oltre a capire, negli anni seguenti, che non era del tutto vera la sua affermazione, mi resi conto inoltre, purtroppo, che alle volte vi erano mille motivi per essere preoccupati..

Chi ha una mica puo' trovarsi a convivere con una malattia che non modifica la propria vita...nel mio caso pero' non e' stato cosi'... ho subito diversi interventi chirurgici...la malattia devia nel corpo e nella mente...

Negli anni a seguire mi e' stata diagnosticata anche l' endometriosi, spesso accade di avere piu' patologie e un' osteoporosi severa secondaria appunto alla malattia di Crohn...

Mi e' capitato per diversi anni di avere più a che fare con ospedali, piu' frequentazioni con medici ed infermieri che con locali di svago, parenti ed amici...

Credo che l' infermiere abbia un ruolo fondamentale nella vita di una persona che si ritrova ad un certo punto del proprio cammino, ad affrontare una malattia alle volte invalidante e cronica.

Durante i ricoveri siete quelli che ci danno il buongiorno al mattino...

che ci lavano...

che ci curano...

ascoltano le nostre lamentele...

e devono soddisfare i nostri bisogni e le nostre necessità...

a 20 anni durante il mio primo ricovero non era per me scontato che fossero degli infermieri uomini a doversi occupare della mia igiene (poiché ero allettata a causa di una frattura vertebrale e dello stato di denutrizione), oppure passare la notte con l' ansia perché sapevo che il risveglio sarebbe stato con un clistere effettuato dall' infermiere giovane del turno del mattino...



non e' scontato nulla...anzi...

non sempre ci si abitua a quello che ciclicamente una malattia cronica 'offre'...

alle volte, più passa il tempo e meno si sopportano tutte le implicazioni legate alla malattia...

arrivavo durante ogni ricovero a sentire sempre più male per ogni puntura...

ogni catetere venoso posizionato...

ogni sondino che mi ritrovavo al risveglio della sala operatoria. Si pensa di 'aver già dato', di non meritare più nessuna sofferenza ma spesso non e' così e quando si ripresenta tutto, il sapere già a cosa si sta andando incontro, non sempre aiuta: quando si e' pronti a soffrire? A provare dolore? Disagio?..

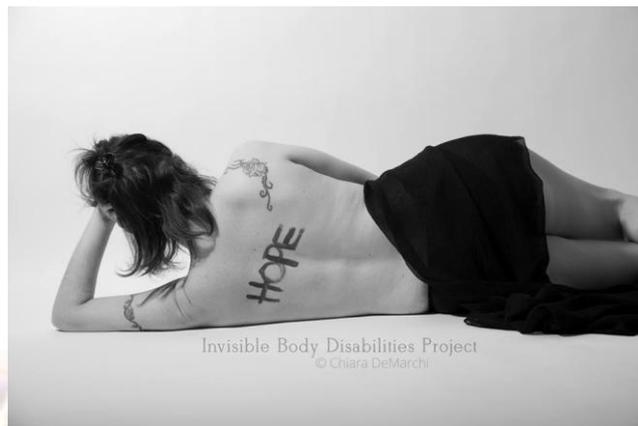
Il vostro ruolo e' fondamentale per la sopportazione ed il superamento di tutto questo...

Il vostro 'lavoro' comporta stress, frustrazioni, turni stressanti e in certi reparti e con certi medici poche gratificazioni...quello che fate non riesco a definirlo un 'lavoro', nel vostro caso, mi sembra riduttivo...avete intrapreso una professione che richiede costantemente l' utilizzo della vostra Umanità.

Ogni giorno il proprio cammino deve iniziare...

sarà faticoso, in salita, ma occorre mettersi questo zainetto sulle spalle, che e' la malattia e partire...

e ringrazio tutti gli infermieri che, per rendere il nostro cammino meno faticoso, rallentano e ci prendono per mano...



Concetta Balzotti

(Presidente sezione regionale Emilia Romagna A.M.I.C.I. Onlus)

www.amiciitalia.eu

(Le foto sono di Chiara DeMarchi e fanno parte del progetto "Invisible Body Disabilities".

Rendere l' invisibile visibile a tutti.)

“CHI FA CHE COSA”

Iori Giorgio intervista Monica Salardi
Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Arcispedale S.Maria Nuova di Reggio Emilia IRCCS

1. Che cosa è il corso “Chi fa, che cosa?”

E' un intervento formativo rivolto a professionisti (Infermieri, Medici, OSS, tecnici di radiologia) ASMN-IRCCS per la valutazione, riconoscimento e trattamento con metodo sistematico del paziente con patologie mediche in urgenza.

2. Da dove origina l'idea?

Il corso “Chi fa che cosa” prende spunto dalla metodologia AMLS e ne propone un'applicazione su casi clinici ricorrenti e specifici dei contesti coinvolti. Gli elementi essenziali costitutivi del metodo AMLS sono:

1. OSSERVAZIONI INIZIALI
2. PRIMA IMPRESSIONE
3. VALUTAZIONE DETTAGLIATA
4. RESTRINGERE IL CAMPO DELLE DIAGNOSI DIFFERENZIALI
5. TRATTAMENTO CONTINUO

3. Che finalità si propone?

Il corso intende fare acquisire abilità nel riconoscimento e gestione delle emergenze/urgenze nelle strutture complesse ASMN-IRCCS di Gastroenterologia Endoscopica e Radiologia.

4. Come è organizzato il corso?

L'evento prevede una prima parte di autoapprendimento attraverso lettura individuale di materiale fornito dal docente del corso; successivamente una seconda parte agita in contesto clinico utilizzando scenari simulati ed esercitazioni pratiche su manichino e/o simulatori viventi.

5. Chi partecipa?

Il corso è aperto a tutti i componenti delle équipes delle 2 strutture complesse che si iscrivono volontariamente secondo la turnistica; i corsi sono ripetitivi in modo tale che tutti abbiano possibilità di prendervi parte. Attualmente in endoscopia digestiva sono stati formati: n.17 infermieri, n.8 medici, n.4 oss, Sono state realizzate 2 edizioni del corso che si ripetono ogni 6 mesi

6. Quali sono le strategie didattiche utilizzate?

Dopo una breve ripresa dei principali contenuti teorici utilizzando domande chiave e brainstorming curata dal docente vengono proposti una serie di casi simulati interattivi su problematiche di emergenza/urgenza frequenti per i contesti che vengono analizzati in itinere (step by step) affinché i corsisti esplicitino a voce alta, mentre agiscono le scelte assistenziali e terapeutiche, i processi di pensiero che orientano le azioni professionali. Nella realizzazione dei casi e al termine il docente guida e orienta attraverso domande (ad esempio: che cosa osservi, che dati raccogli, quali professionisti coinvolgi, come ci si dispone nello scenario, che ipotesi fai del possibile problema, raccogliresti ulteriori dati, quali interventi metti in atto, in quale sequenza, che valutazioni compi, ...) finalizzate a un uso sistematico del metodo AMLS.

7. Quali strumenti operativi vengono proposti?

Per un utilizzo sistematico del metodo AMLS vengono proposti: uno strumento immediatamente consultabile e fruibile direttamente sugli scenari clinici analizzati e che sintetizza in sequenza gli elementi costitutivi precedentemente elencati nel punto 2; per la raccolta dell'anamnesi il riferimento al metodo SAMPLER (acronimo che sta per:

S: segni e sintomi, comprensivo di assessment sul dolore con metodo OPQRST;

A: allergie;

M: medicamenti e terapie in corso;

P: patologie pregresse;

L: ultimo pasto;

E: eventi precedenti;

R: fattori di rischio.

Le simulazioni vengono svolte nella UO in orario di chiusura al pubblico, in collaborazione con studenti universitari in scienze infermieristiche che collaborano come “cavie” o manichino.

8. Quali ricadute possono essere attualmente valutate?

Attualmente il corso “Chi fa, che cosa” prevede una valutazione di gradimento da parte dei corsisti a conclusione delle edizioni organizzate. Il ritorno evidente è la maggior sicurezza degli operatori nell'affrontare le urgenze esercitandosi nella propria realtà, con i propri colleghi, utilizzando realmente le proprie risorse (carrello urgenza-DAE, monitor)

9. Prospettive future.

Dare visibilità al lavoro fino ad ora condotto attraverso pubblicazioni di quanto realizzato, aumentare la partnership con il Corso di Laurea per le opportunità formative che questo evento può offrire anche agli studenti della Laurea Triennale, implementare modalità e strumenti per la valutazione delle ricadute formative, cliniche e organizzative del corso, avviando progetti di ricerca.

Si ringrazia per la collaborazione i tutor e gli studenti del corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Modena e Reggio Emilia sede di Reggio Emilia



Cartella Infermieristica Endoscopica ANOTE ANIGEA. Come e perche' l'abbiamo prodotta

Gruppo di lavoro: Simonelli Pierangelo, Rossetti Elena, Iori Giorgio, Zamboni Giorgia e la partecipazione di Monica

Scopo del documento e metodologia di lavoro

Il bisogno di una Cartella Infermieristica Endoscopica, nasce circa con l'inizio del nuovo millennio. In questo periodo venivano presentate ai Congressi ANOTE, con grande successo e curiosità, esempi di cartelle/schede infermieristiche che descrivevano le condizioni generali del paziente, registravano parametri vitali durante gli esami, tipo di farmaci per la sedazione, e tipo di esame endoscopico eseguito.

Successivamente alcune strutture endoscopiche hanno creato la propria cartella infermieristica ad Hoc per la propria realtà, questo ha fatto sì che sul territorio italiano ci fossero molteplici tipi di cartelle infermieristiche nessuna uguale alle altre, usata in maniera corretta o meno.

L'Associazione ANOTE-ANIGEA ha avvertito la necessità di produrre uno strumento unico, completo e sicuro per la registrazione dei dati, delle prestazioni e dei criteri di dimissibilità dei Pazienti che accedono ai vari servizi di Endoscopia e che eseguono prestazioni in sedazione, e per fare questo, ha pensato di creare un gruppo di lavoro dando il mandato ad alcuni associati esperti per la stesura di questo strumento.

Più recentemente, con le Site-Visit per l'accreditamento delle Endoscopie Digestive SIED/ANOTE-ANIGEA, ci si è accorti che queste differenze di cartelle/schede infermieristiche erano sempre più evidenti e motivo di non conformità o raccomandazioni di miglioramento per le endoscopie valutate.

Come metodologia, il Gruppo di lavoro si è dato un periodo di tempo per la raccolta delle schede/cartelle infermieristiche di molteplici centri di endoscopia italiani, le ha studiate, le ha valutate, ha utilizzato le

parti corrette di ognuna, tutto questo, seguendo i criteri di accreditamento SIED/ANOTE-ANIGEA, linee guida internazionali, e cercando di utilizzare un format rapido e più intuitivo possibile.

Il gruppo ha utilizzato come metodologia di lavoro incontri diretti, incontri tramite web, utilizzo di piattaforme informatiche, lavoro in proprio a casa.

Il prodotto finale è stato fatto con l'intento di poter essere utilizzato da qualsiasi struttura endoscopica.

La cartella non è semplicemente "uno strumento cartaceo", impreziosito da una bella grafica o dalla sua configurazione, ma è l'applicazione e la realizzazione dei contenuti mentali, su cui il Gruppo di Lavoro ha ragionato, ha elaborato un programma, lo ha valutato e lo ha realizzato.

Pertanto, essa costituisce lo strumento per rendere visibile, osservabile e misurabile, il processo di assistenza infermieristica e l'applicazione dei contenuti e delle azioni dello specifico profilo professionale.

La sua struttura consente di individuare le diverse fasi del processo decisionale ed operativo: ACCOGLIENZA, VALUTAZIONE ASSISTENZIALE PRE-PROCEDURA, INTRA-PROCEDURA, POST-PROCEDURA e DIMISSIONE

I termini e le sequenze utilizzate consentono di uniformare il comportamento fra i diversi professionisti ed il suo uso quotidiano e diffuso contribuisce a garantire la continuità assistenziale ed a standardizzare alcuni passaggi fondamentali del percorso assistenziale.

La terminologia utilizzata porta ad uniformare certe valutazioni e giudizi costruendo un linguaggio professionale condiviso.

Conclusioni

È stato elaborato un documento, voluto, condiviso e sottoscritto che se da un lato accresce la partecipazione degli infermieri, dall'altra ne amplia l'impegno sotto il profilo della Responsabilità Professionale, perché la cartella infermieristica diventa parte integrante di quella clinica o del Referto Endoscopico.

Ciò vuol dire che la cartella infermieristica è un atto pubblico e, come tale, impegna chi la compila e se ne fa carico, a trattarla nel maniera più accurata possibile, rispettando Precisione, Chiarezza, Veridicità, Correttezza formale,

Concisione, Tempestività, Organizzazione dei dati e

Sistematicità.

Non meno rilevanti sono gli aspetti di carattere legale, quali la regolare compilazione, il segreto, la conservazione e la circolazione e le modalità di rilascio, principi che, se disattesi, possono essere causa di responsabilità professionale per colpa dell'infermiere o del medico.

Al di là però di questi aspetti che cambiano sostanzialmente lo status della classe infermieristica, attribuendole responsabilità professionali e medico legali, la cartella infermieristica rappresenta una conquista, nella speranza che non resti una sporadica realtà di alcune Strutture.

Punti di forza:

- E' una scheda che nasce da un'idea innovativa
- E' uno strumento propositivo
- Lascia spazio a sviluppi futuri
- Ha favorito il confronto e la collaborazione a livello nazionale

Punti di debolezza:

- E' un progetto pilot che richiede molto impegno e collaborazione da parte dei professionisti di diverse strutture
- Nei servizi di endoscopia e' spesso difficile riuscire a compilare la documentazione al momento giusto, una scheda di questa tipologia potrebbe avere difficoltà ad essere accettata dagli infermieri

Note: e' in corso la richiesta di pubblicazione di un articolo riguardante questa cartella infermieristica su una rivista scientifica infermieristica nazionale, seguirà in seguito la pubblicazione dello stesso anche sulla nostra rivista.

Giorgio Iori



Associazione ed associati

Carissimi Amici, anche questo 26esimo congresso nazionale ANOTE/ANIGEA e' passato, ed e' stato una vera forza. Gli argomenti trattati sono stati veramente interessanti ed hanno suscitato vere emozioni e veri scambi di pensiero. I relatori, tutti molto preparati, hanno stimolato discussioni e riflessioni sugli operati di tutti i giorni e la partecipazione da parte di tutti gli iscritti e' stata numerosissima.

L'unico vero rammarico e' stata la scarsa partecipazione all'assemblea della societ , in quanto non solo si evinceva il risultato del lavoro svolto dal direttivo e dal presidente in termini scientifici ed economici, ma soprattutto vi si trovava a dover prendere decisioni su alcune variazioni del regolamento e dello statuto per favorire un percorso di miglioramento, atto dovuto ai soci e all'associazione. Il compito di analizzare le parti del regolamento che non sono compatibili con lo statuto   stato assegnato all'avvocato consulente di ANOTE ANIGEA.   necessario sottolineare che questa anomalia non   stata causata da qualche colpevole, ma si   verificata con l'evoluzione dell'Associazione; l'intento di questa revisione non   quello di additare qualcuno dandone la colpa, ma quello di sistemare la situazione.

Nel prossimo congresso di Napoli 2017 verr  esposta la situazione e le possibili correzioni. **I soci dovranno essere presenti per concordare le future modifiche.** Occorre sottolineare la necessit  di avere una presenza importante dei soci onde evitare, come questa volta, di non poter votare e risolvere i punti in discussione, perch  non presente la maggioranza.

Credo fermamente che iscriversi ad una societ  sia un piacere, una scelta che ognuno di noi fa consapevolmente e che altrettanto consapevolmente si pretenda dalla societ  stessa di essere presente e di lavorare per gli iscritti.

Ma ricordo a tutti quanti noi che il NOSTRO DOVERE  ...

... anche se   tutto il giorno che siamo al congresso...

... e che siamo stanchi ed esausti ...

... e che manca poco tempo per prepararci per la cena sociale (offertaci)...

QUELLO DELLA PARTECIPAZIONE ALLA ASSEMBLEA almeno una volta all'anno, proprio per non trovarci poi tra se e se e dire che: "questo direttivo non   stato in grado di darci qualcosa".

Detto questo mi auguro al prossimo incontro di essere numerosi cos  da poter dare il nostro contributo a questa societ  che sta crescendo giorno dopo giorno.

R.Mattiola

Presentazione

POSTER

ANOTE
ANIGEA

Associazione
Nazionale
Operatori
Tecnici
Endoscopiche

Associazione
Nazionale
Infermieri
di Gastroenterologia
e Associati



26° CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

IL SISTEMA SALUTE:
UMANIZZARE IL TECNICISMO
PER COSTRUIRE LA QUALITÀ

ZANHOTEL EUROPA \ BOLOGNA \ 27-29 MAGGIO 2016

I vincitori:



AO Brotzu

Il miglioramento della cura e della gestione dei pazienti con IBD: epatite B e stato vaccinale

Sistema Sanitario Regione Sardegna

Francesca Maria Onidi, G. Mocci, F. Cabras
Azienda Ospedaliera G.Brotzu Cagliari

INTRODUZIONE
La prevalenza dell'infezione da HBV nei pazienti con Malattia infiammatoria cronica intestinale (Inflammatory bowel disease, IBD) è simile a quella trovata nella popolazione generale. Tuttavia, nel paziente con IBD numerose condizioni, quali la malnutrizione, la chirurgia e le terapie immunosoppressive, in particolare i farmaci biologici anti-TNF α , possono predisporre a una riattivazione dell'infezione da HBV. Le linee guida internazionali suggeriscono la vaccinazione per HBV di tutti i pazienti con IBD già alla diagnosi, o, comunque prima di iniziare trattamenti con immunosoppressori. Dati di letteratura indicano tuttavia che i tassi di vaccinazione per HBV nei pazienti con IBD sono ancora limitati.

OBIETTIVI
Obiettivo primario: stimare il tasso di vaccinazione per HBV nella popolazione di pazienti con IBD seguiti c/o il nostro centro
Obiettivo secondario: raccomandare la vaccinazione HBV migliorare la cura e la gestione dei pazienti

MATERIALI E METODI
Studio osservazionale monocentrico trasversale. La raccolta dati è stata svolta nel 1° trimestre 2016 c/o l'ambulatorio IBD e il DH della S.C. di G dell'Ospedale Brotzu di Cagliari, per un totale di 130 pazienti. Come strumento è stata utilizzata una scheda infermieristica creata appositamente per lo studio. I dati raccolti sono stati poi analizzati.

RISULTATI
La popolazione oggetto di studio consisteva di 130 pazienti; di questi 57 (44%) erano in trattamento con farmaci biologici (infliximab, adalimumab, golimumab). Il genere maggiormente presente è stato quello femminile (56%). La percentuale dei pazienti con colite ulcerosa (CU) era complessivamente del 72% anche se nel sottogruppo dei pazienti in trattamento con biologico i pazienti con CU e malattia di Crohn (MC) sono risultati rispettivamente il 48% e il 52%.
Dallo studio emerge un tasso di vaccinazione del 60%, che arriva al 70% nel sottogruppo dei pazienti in terapia biologica (36 su 54).

CONCLUSIONE
La vaccinazione per HBV nei pazienti con IBD è importante a causa del rischio potenziale di una riattivazione dell'infezione in corso di trattamento con farmaci immunosoppressori, soprattutto in corso di terapia biologica con anti-TNF α . Pertanto, i pazienti con IBD dovrebbero essere vaccinati per HBV il prima possibile, possibilmente prima di iniziare trattamenti con immunosoppressori.

Bibliografia
Ben Musa R, et al. *World J Gastroenterol* 2014
Carrera E, et al. *World J Gastroenterol* 2013
Andrade P, et al. *J Gastroenterol Hepatol* 2015.
Rahier JF, et al. *JCC* 2014

Dati demografici dei partecipanti allo studio

n.130	SESSO	M/F	44%	56%
	TERAPIA BIOLOGICA		44%	
	PATOLOGIA	MC/CU	28%	72%
	VACCINAZIONE EPATITE B		60%	

Un sentito ringraziamento a tutti i colleghi che hanno presentato il loro lavoro arricchendo di contenuti questo congresso

CRO AVIANO

RUOLO DELL'INFERMIERE NEGLI STUDI CLINICI IN UNA GASTROENTEROLOGIA ONCOLOGICA SPERIMENTALE

Nadin MG., Di Meo A., Puma F., Viati P., Fedele P., Magris R., Maiero S., Fornasari M., Cannizzaro R.

Nell'anno 2015 la nostra S.O.C. di Gastroenterologia del Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano, Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) ha partecipato a 9 studi clinici. In questi studi sono stati arruolati **608 pazienti volontari** che hanno richiesto attività infermieristica propria e collaborativa per un totale di **1160 accessi**. Gli studi erano finalizzati:

- Alla valutazione di marcatori diagnostici e prognostici tumorali di cancro gastrico;
- Allo studio della neovangiogenesi nel cancro del retto e dello stomaco;
- Alla valutazione della pulizia intestinale con nuovi preparati;
- Al miglioramento dell'identificazione microbica nelle malattie infiammatorie intestinali;
- Alla valutazione della variabilità fenotipica intrafamiliare nelle FAP;
- Alla valutazione della variabilità fenotipica del glutama in soggetti con sospetta gluten-sensibilità (GS);
- A valutare la risposta della re-introduzione della videocapsula in pazienti con tumore neuroendocrino;
- Alla valutazione della resa diagnostica della videocapsula in pazienti con tumore neuroendocrino;
- Alla valutazione di sonde prototipo ecodoppler.

IL KNOW HOW DELL'INFERMIERE DI RICERCA RICHIEDE UN COSTANTE AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E TECNOLOGICO PER L'UTILIZZO DI STRUMENTAZIONE INNOVATIVA

Visita preliminare ed eleggibilità del paziente

Prelevati ematici

Raccolta dati

Raccolta urine

Allestimento della sala e della strumentazione

Educazione sanitaria del paziente

Videoregistrazione dell'esame endoscopico

Prelevati biotipi con macropinza dedicati

Test di gravidanza

Gestione logistica

Calcolo BMI

Counseling

Iniezione mezzi di contrasto

Monitoraggio parametri vitali

Somministrazione dei kit

Oltre all'assistenza diretta ed immediata, l'infermiere in una GOS lavora per il raggiungimento di obiettivi a medio e lungo termine da traslare al Sistema Sanitario Nazionale.

CRO AVIANO

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLO SCREENING REGIONALE IN FRIULI VENEZIA GIULIA PER LA PREVENZIONE DEI TUMORI DEL COLON-RETTO

Puma F., Di Meo A., Nadin MG., Viati P., Fedele P., Magris R., Maiero S., Fornasari M., Cannizzaro R.

S.O.C. di Gastroenterologia del Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano, Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

GUARDAMI NEGLI OCCHI

Sai com'è articolato lo screening regionale per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto in Friuli Venezia Giulia?

Se hai un'età compresa tra 50 e 74 anni riceverai, direttamente al tuo domicilio, l'invito ad eseguire gratuitamente il test del sangue occulto fecale (SOF) il quale, ricordato, non è un obbligo ma una grande opportunità che ha già ridotto del 30% la mortalità per cancro color-rettale.

Se nutri qualche dubbio chiedi ad un infermiere.

Se vuoi te lo dico io!

1. Quanto tempo dura la coloscopia?
2. Ma fin dove vanno noi?
3. E se si devono togliere i polipi?
4. Mi danno fastidio per dormire?
5. ...

1. Non c'è un tempo standard; ogni esame ha le sue fampistiche.
2. Viene esplorato tutto il colon fino al fondo cecale.
3. Di norma vengono rimossi durante l'esame.
4. L'esame viene svolto in sedazione cosciente.
5. ...

Il mio test delle feci è positivo: vuol dire che ho qualcosa di brutto? NO, un controllo ti permetterà di far luce sul tuo caso. Ricorda:

PREVENIRE E' MEGLIO CHE CURARE

PREVENZIONE

CURA

In caso di Familiarità come posso agire? Sono presenti diverse categorie ed esenzioni per chi ha una storia familiare ed esegue i controlli nell'ambito dello screening.

Categoria	Chi comprende	Range d'età 50-69	Range d'età 45-49
A	<ul style="list-style-type: none"> • Familiari di grado I con carcinoma del colon-retto (CCR) diagnosticato dopo i 55 anni • Familiari di grado I con CCR diagnosticato della famiglia con CCR diagnosticato a qualsiasi età 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloscopia prelievi fino a 74 anni • Esenzione per chi ha una storia familiare di CCR 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloscopia prelievi ed include dal pagamento: tutto le prestazioni direttamente conosciute • Esenzione per una coloscopia ogni 5 anni e per tutte le prestazioni direttamente conosciute, compresi i controlli fino a 74 anni
B	<ul style="list-style-type: none"> • Storia familiare di sindrome genetica di poliposi adenomatosa, CCR associato o sindrome adenomatosa familiare di alto rischio • Storia familiare di sindrome di altri tumori 	<ul style="list-style-type: none"> • Esenzione per prima visita ed eventuali prestazioni di monitoraggio/regolazione presso il centro di riferimento regionale: CRO Aviano 	<ul style="list-style-type: none"> • Esenzione per prima visita ed eventuali prestazioni di monitoraggio/regolazione presso il centro di riferimento regionale: CRO Aviano
C	<ul style="list-style-type: none"> • Storia familiare di sindrome genetica di poliposi adenomatosa, CCR associato o sindrome adenomatosa familiare di alto rischio • Storia familiare di sindrome di altri tumori 	<ul style="list-style-type: none"> • Esenzione per prima visita ed eventuali prestazioni di monitoraggio/regolazione presso il centro di riferimento regionale: CRO Aviano 	<ul style="list-style-type: none"> • Esenzione per prima visita ed eventuali prestazioni di monitoraggio/regolazione presso il centro di riferimento regionale: CRO Aviano

LA VALORIZZAZIONE DELL'ESPERIENZA DEL PROFESSIONISTA NELL'ESPLETAMENTO DELLA COLONSCOPIA PER L'ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONI NEOPLASTICHE SUPERFICIALI DEL COLON.

Autore: CPSI Ravotti Giovanni Endoscopia digestiva ASL CN Mondovì (CN)
Coautore: CPSE Mattioli Roberta Endoscopia ASL TO2 - Osp. Maria Vittoria di Torino

L'infermiere di endoscopia ha delle attività proprie e nell'ordinamento didattico della laurea infermieristica, non esiste un focus sulle abilità e competenze richieste per lavorare in endoscopia.

Obiettivo: valorizzare l'esperienza e la competenza dell'infermiere di endoscopia durante la procedura della polipectomia in corso di coloscopia.

- ✓ la preparazione intestinale per la coloscopia;
- ✓ l'accoglienza alla persona nel servizio di endoscopia;
- ✓ la classificazione endoscopica delle lesioni polipoidi e non polipoidi del colon;
- ✓ approfondire la conoscenza e l'utilizzo dei devices per le tecniche di polipectomia;
- ✓ la gestione della terapia anticoagulante;
- ✓ la gestione della terapia antiaggregante;
- ✓ la sedazione in endoscopia;
- ✓ le tecniche di polipectomia avanzate;
- ✓ il tagging;
- ✓ le complicanze in corso di polipectomia;
- ✓ la competenza dell'infermiere necessario a fornire l'assistenza post-esame;
- ✓ la sorveglianza post polipectomia.

DAL PROFILO DI POSTO DELL'INFERMIERE IN ENDOSCOPIA

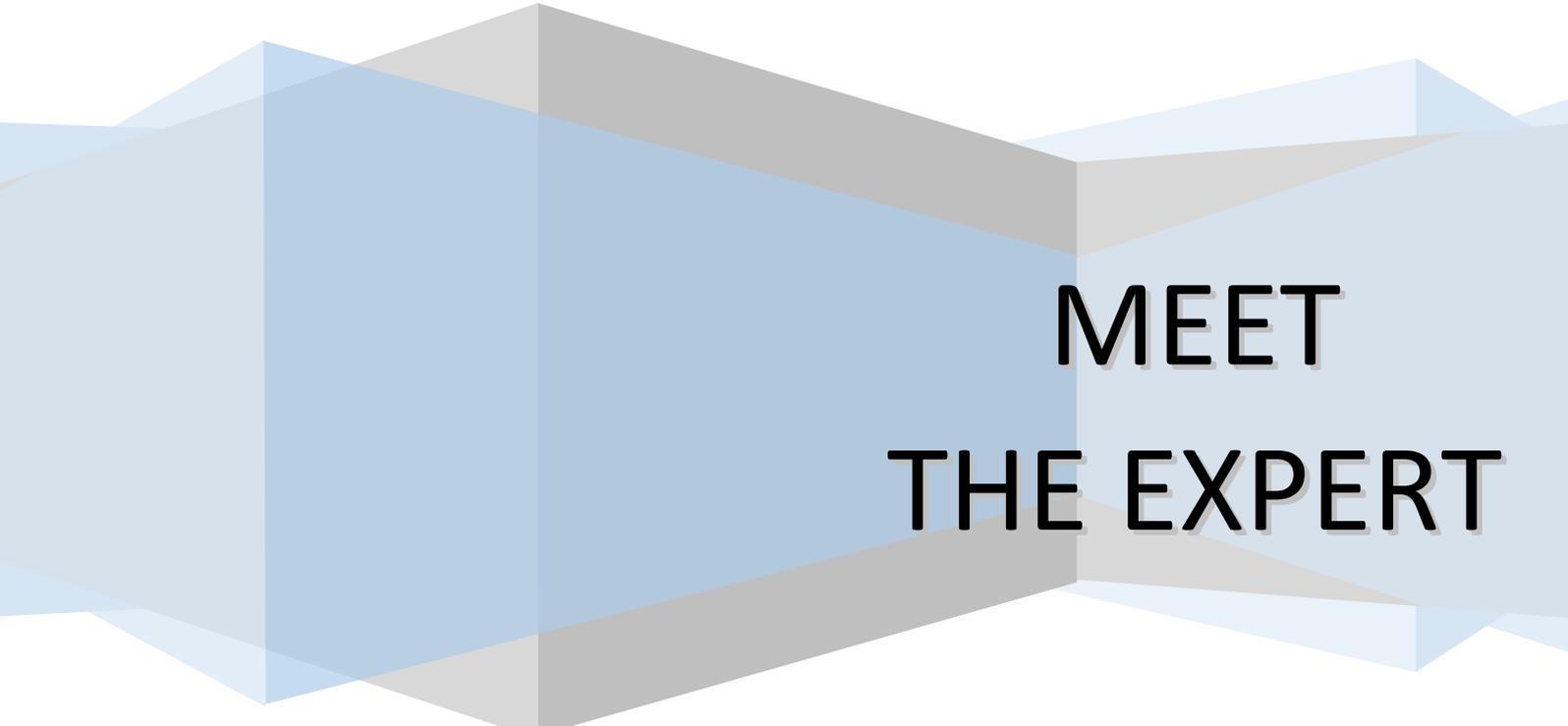
Un buon colloquio infermiere/paziente per la spiegazione della preparazione rassicura il paziente motivandolo e si può avere un vantaggio enorme in termini di risultati.

L'infermiere stabilisce con la persona assistita una comunicazione verbale e non verbale che serve a sviluppare un rapporto di fiducia e aiuto.

L'infermiere collabora con il medico all'esecuzione dell'esame endoscopico.

L'infermiere possiede le competenze necessarie a fornire l'assistenza post-esame.





**MEET
THE EXPERT**



Jayne Tillett

United Kingdom

Presidente **ESGENA**

European Society of Gastroenterology
and Endoscopy Nurses and Associates



1. Which kind of education and training are needed to become an endoscopy nurse in your Country?

Nella sua realtà lavorativa per diventare infermiere di endoscopia quale il percorso di formazione è richiesto?

You first need to be a registered nurse having undertaken three years for a degree in nursing - training to be a registered nurse. then if you apply to work in an endoscopy unit you are then able to undertake endoscopy course or be trained within your department on the equipment, procedures care of the sedated patient and recovery the procedures carried out and the equipment used in the uk the endoscopy units need to be accredited by jag which is the gold standard for endoscopy units. The nurses have induction competencies and a mentor to help the new member of staff

But are you speaking about a nurse endoscopist

Per prima cosa si deve ottenere una laurea triennale e poi essere registrati all'albo degli Infermieri. Per chi desidera lavorare in una unità di endoscopia, è necessario frequentare un corso specifico o eseguire un training nel proprio dipartimento riguardo la strumentazione e le procedure da attuare con il paziente sedato. Ai nuovi membri dello staff viene fornito un tutor in affiancamento.

2. Which procedure can the endoscopy nurse performe independently?

Di quali attività l'infermiere è responsabile?

The actual nurse working in the endoscopy unit is a valuable person they are the last people to leave and work very hard. They are involved with preparation of the patient pre assessment and post assessment preparation of the equipment and ordering of stock ensuring the scopes are available for use assist in the procedure with biopsy, snare, look after the patient some nurses are trained to do the insertion of peg feeding tubes with the doctor, some nurses are trained to do upper gi procedure and colorectal procedures

Sono coinvolti nella preparazione del paziente prima e dopo la procedura, nella preparazione della strumentazione e nell'approvvigionamento dei vari device. Inoltre assistono l'endoscopista nell'esecuzione di biopsie e polipectomie. Alcuni infermieri sono addestrati nell'inserzione dei tubi delle PEG, altri nelle procedure di gastroscopia e colonscopia.

3. Is a continuous training provided?

È prevista una formazione continua?

Yes as a yearly appraisal then looking at objectives and individual needs of each nurse

Si, è previsto annualmente ed è modulato sugli obiettivi e sui bisogni individuali di ciascun infermiere.

- **How is it organized?**

Com'è organizzata?

The nurse appraisal and development within the department or attending courses off site

Gli infermieri lo eseguono all'interno del dipartimento o partecipando a corsi esterni

- **Is it part of the working hours or is it considered separately?**

Fa parte del monte ore lavorative o sono considerate a parte?

This depends on the needs this could be a course in a different hospital or at a medical company and could be on a weekend this is discussed with the nurse if the course is paid for and travel each nurse would write the reason they wish to attend the course or training and what the unit will get back

Dipende dai casi: può essere in un diverso ospedale e durare un intero weekend, in questi casi, se le spese di viaggio e di registrazione al corso sono coperte, l'infermiere interessato spiega per iscritto le ragioni per le quali vorrebbe partecipare al corso.

4. Speaking about the working schedule: how many hours a week are you supposed to work?

Organizzazione del lavoro:
Quante sono le ore settimanali previste?

I work thirty seven hours a week myself but the staff could have 20 hours 25 hours 30 hours depending on their role and service we provide

Io lavoro 37 ore/settimana, ma lo staff può lavorare 20, 25 o 30 ore/settimana, dipende dal ruolo e dai servizi che devono coprire.

5. How is work organized when you are on call?

Com'è organizzato il lavoro in reperibilità?

We do have an oncall rota to come for inpatient cases the nurse has a bleep and the oncall doctor bleeps the nurse to arrange to come this is usually for ICU or the ward or theatre we have an oncall trolley which is ready to use the nurses are trained to deal with emergency cases

Abbiamo dei turni di reperibilità, in cui l'infermiere viene chiamato dal medico per organizzare il da farsi.

6. Many hospitals in Italy are suffering for lack of personnel. Do you think in the hospital you work the amount of nurses is adequate or is it lacking compared to the working load?

Nella sua realtà lavorativa ritiene che il numero di infermieri per volume di servizio sia adeguato o anche voi vivete una situazione di carenza come in Italia?

The skill mix can change with nurses moving on to different areas and leaving success planning ensuring your nurses are competent members of the team and are valued – it is not just leaving it is sickness and annual leave and study leave which has an impact on the work load have a team of nurses on the bank who are knowledgeable to help at short notice with the endoscopy skills

7. Which kind of activities is the endoscopic nurse responsible for?

Di quali attività l'infermiere è responsabile?

A team player able to admit be in the procedure room and recovery able to deal with problems and is able to work as a team player

Si lavora in team durante le procedure endoscopiche e durante la fase post-procedurale: l'infermiere deve essere in grado di gestire i problemi.

8. Which is the role of the nurse in the colorectal cancer screening process?

Quale ruolo ha l'infermiere all'interno del percorso coloretale?

Working with the endoscopy team collecting data base from these patients and feeding back to the colorectal screening hub explaining to the patient what colorectal screening is and why it is being performed

L'infermiere, lavorando in team con gli endoscopisti, si occupa di raccogliere i dati dei pazienti che accedono allo screening e di spiegare ai pazienti in cosa consiste e perché è importante

9. Do the patients use an "open access" system to book the procedures or is there a "filter" to judge the indication?

Nella sua realtà la prenotazione di un esame endoscopico è open access o è previsto un accesso filtrato dove la persona viene valutata l'appropriatezza della richiesta?

Yes we have a pre assessment team where the referrals are vetted to the suitability for surgery the patient will have completed a questionnaire of their medical history and medication the patient is telephone to obtain any further information if they are suitable they are given a date and time for the procedure and also a full pre assessment phone call for there procedure. If they are not suitable they are referred back to the gp

Abbiamo un sistema in cui i pazienti devono compilare un questionario sulla loro storia clinica e i medicinali che assumono; i pz vengono poi contattati al telefono se sono necessarie altre informazioni. Se si valuta il pz come candidabile alla procedura, viene fornita una data e un orario; in caso contrario, il pz viene rimandato al medico di base

10. Who explains to patients what to do before the procedure (e.g. fasting, how to take the intestinal bowel preparation, etc)? Doctor, nurse or secretary?

È l'infermiere, il medico o la segretaria che spiega alla persona come prepararsi per affrontare nel modo più corretto l'esame e da le indicazioni riguardanti ad esempio il digiuno, la preparazione intestinale da assumere, la necessità di essere accompagnati...

This is send to the patient with clear instruction but the nurse from pre assessment clinic telephones to explain verbally the prep, medication and how they are getting home and also follow up phone call from the endoscopy nurse the day after the procedure

Viene fornita una spiegazione scritta dettagliata; in ogni caso un infermiere dedicato telefona al pz per spiegare il tutto. Inoltre il giorno seguente la procedura, il pz viene ricontattato telefonicamente per un follow-up post-procedura.

