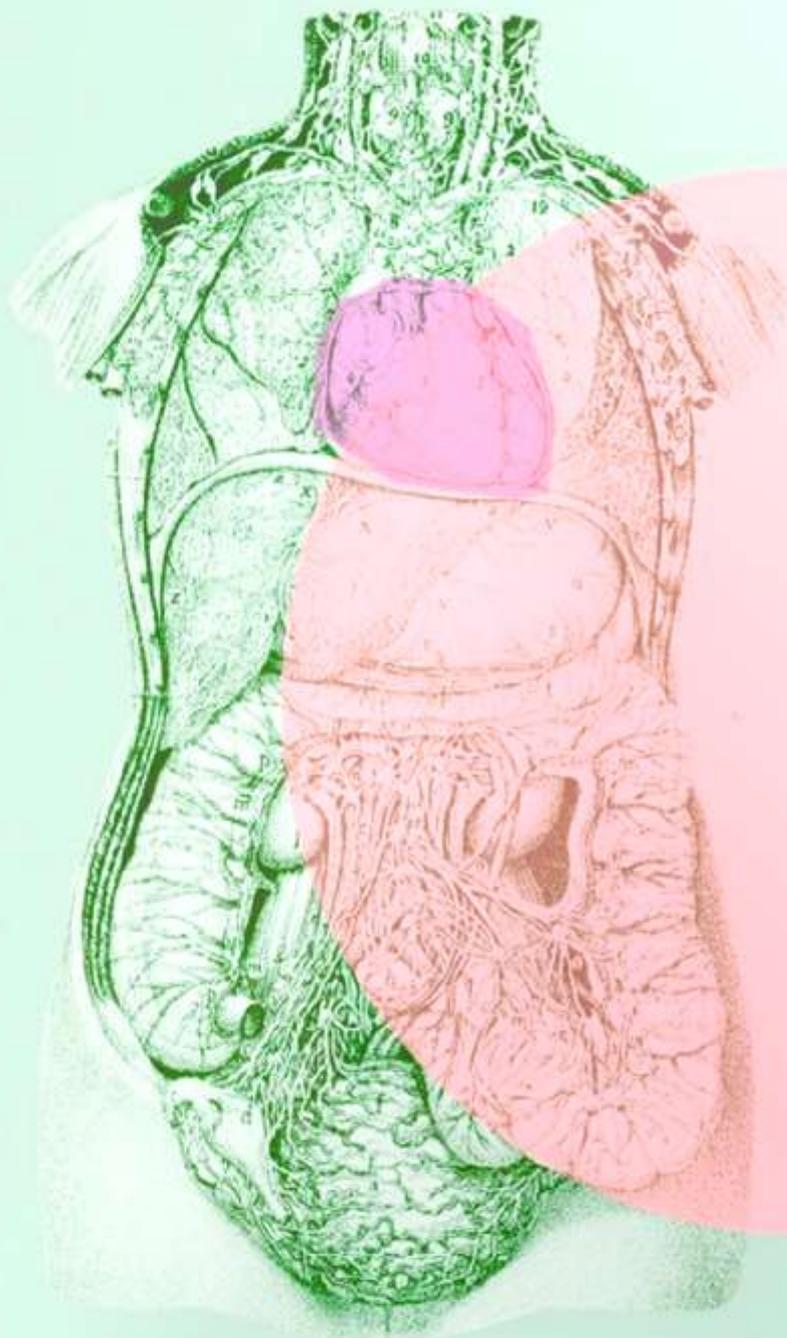


SCRIVENDO



2/2017

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



ScrivENDO 2/2017

| | |
|---|----------------|
| Lettera Presidente ANOTE/ANIGEA | PAG. 4 |
| Presentazione del Consiglio Direttivo ANOTE/ANIGEA Triennio 2017/2019 | PAG. 6 |
| Referenti Regionali Triennio 2017/2019 | PAG. 8 |
| Le radiazioni ionizzanti: quale rischio per gli operatori e come prevenirlo | PAG. 13 |
| Io, tu, noi nel Conflitto | PAG. 15 |
| Percorso di inserimento del nuovo personale infermieristico in endoscopia | PAG. 16 |
| CONSULENZA INFERMIERISTICA E LA PRESA IN CARICO AMBULATORIALE: risposta innovativa alle esigenze di salute | PAG. 17 |
| TRASFORMARE LE COMPETENZE IN PRATICA: TRAINING DI FORMAZIONE | PAG. 20 |
| Percorso di inserimento, Addestramento e valutazione del personale oss Neo inserito | PAG. 26 |
| Percorso dell'esame istologico in Endoscopia Digestiva | PAG. 27 |
| Percorso strutturato di affiancamento del personale infermieristico neo-assunto /neo inserito nella s.s endoscopia digestiva | PAG. 28 |
| Associazione e associati | PAG. 29 |
| Presentazione Poster | PAG. 30 |
| Meet the Expert | PAG. 37 |
| Prossimi Appuntamenti | PAG. 41 |

"Ci sono due scelte fondamentali da fare nella vita: accettare le condizioni preesistenti o accettare la responsabilità di cambiarle."

DENIS WAITLEY

Cari colleghe e colleghi,

quanto influenza ha l'ambiente che ci circonda? Adeguate situazioni sono essenziali in un'organizzazione per migliorare la qualità del lavoro, per assicurare adeguati livelli di performance degli operatori, per fornire nuove opportunità di sviluppo professionale.

Questo è stato e molto altro, il tema del Congresso ANOTE/ANIGEA 2017 di Maggio.



Si parla spesso di malessere organizzativo da parte degli operatori, o di stress lavoro-correlato fino ad arrivare alla non soddisfazione nello svolgere il proprio lavoro.

Ci chiediamo il motivo del perché alle volte le persone perdono fiducia in loro lavoro? Quanto influenza ha l'ambiente che ci circonda? Gli Infermieri, i medici e gli operatori sanitari, riferiscono di passare più tempo al lavoro che con le loro famiglie e i loro cari. Quanto è importante allora lavorare in un ambiente adeguato, sicuro, consapevole della professione che stiamo svolgendo e dei rischi che affrontiamo?

Non molto tempo fa il Ministero della Salute ha pubblicato un "Manuale di formazione per il governo clinico" in cui vengono trattati tutti gli argomenti sulla sicurezza dei pazienti e degli operatori. Ci è sembrato in questo ultimo Congresso interessante analizzare il "Benessere organizzativo" in modo da cercare di capire dove possono nascere gli errori e come migliorare l'organizzazione in cui lavoriamo.

E' ovvia la necessità di dover migliorare l'organizzazione, evitare gli errori, ridurre gli stress e i rischi.

Il cambiamento non è sempre facile né immediato, ma riuscire a capire i meccanismi presenti può essere di grande aiuto.

In Italia la Direttiva del Ministero per la Pubblica Amministrazione 23/4/2004, definisce il benessere organizzativo come *"l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative"*. Nel 2008 il DLgs n. 81 (c.d. Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) ribadisce il concetto di salute come: *"stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità"*



L'importanza di accertare il benessere organizzativo nel contesto lavorativo viene ribadito dal DLgs 150/2009 che prevede: *una rilevazione annuale del benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale.*(comma 5 art. 14). A livello internazionale, il National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce una “organizzazione lavorativa in salute” una realtà nella quale cultura, clima e pratiche creano un ambiente di lavoro che promuove sia la salute e la sicurezza dei lavoratori, sia l'efficacia organizzativa.

Durante il Congresso abbiamo sottolineato alcuni fattori che influenzano il benessere organizzativo come l'adeguatezza dell'ambiente di lavoro, la chiarezza degli obiettivi, il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze, l'attenzione ai fattori che possono alimentare stress, la prevenzione degli infortuni e dei rischi professionali, la sostenibilità dei carichi lavorativi, senza mai diminuire la nostra *attenzione agli utenti.*

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; spero che ognuno di noi abbia portato a casa uno spunto, un'idea, una nuova motivazione.

Voglio ringraziare tutti gli intervenuti che hanno arricchito il Congresso con relazioni, interventi, scambi di opinioni veramente interessanti. In particolare la presidente ESGENA e la vicepresidente che sempre ci accompagnano durante i lavori congressuali. Non ultime le ditte con le quali collaboriamo per ricerche e progetti vari.



I progetti per il prossimo anno sono molti, ricordo i tavoli aperti su **reprocessing, convalide e validazioni, prove microbiologiche e ancora sulle competenze avanzate.**

Vi ricordo i **prossimi appuntamenti di quest'anno:**

Corso Nazionale ANOTE/ANIGEA – SIED – Palermo, 22 settembre 2017

1 Corso Esaregionale del Sud “Obiettivo qualità” – Giovinazzo (BA), 14/15 ottobre 2017

21st ESGENA Conference – Barcellona, 28/30 ottobre 2017

Durante il **Congresso** abbiamo raccolto i vostri desideri rispetto ai **bisogni formativi**, ne faremo tesoro per i temi da affrontare il prossimo anno.

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

Presidente Nazionale
ANOTE/ANIGEA

Cinzia Rivara

Presentazione del consiglio direttivo ANOTE/ANIGEA
Triennio 2017/2019



Cinzia Rivara

PRESIDENTE

ASL TO4 – Presidio Ospedaliero Ciriè
Via Battitore, 7/9
10073 Ciriè (TO)



Alessandra Guarini

VICE PRESIDENTE

Ospedale Nuovo Regina Margherita
ASL ROMA 1
Via Morosini, 30
00153 Roma



Monia Valdinoci

SEGRETARIO NAZIONALE

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Largo Brambilla, 3
50134 Firenze



Teresa Iannone

Coordinatore per Delegati Regionali

ASP n°5 – Presidio Ospedaliero di Polistena
Via Montegrappa
89024 Polistena (RC)



Antonella Giaquinto

CONSIGLIERE

Policlinico Tor Verghata
Viale Oxford ,81
00183 Roma



Daniela Carretto

CONSIGLIERE

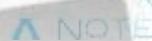
ASL AT – Presidio Ospedaliero “Cardinal Massaia”
Corso Dante, 202
41100 Asti



Giorgio Iori

CONSIGLIERE

Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia
Viale CONSIGLIERE
Risorgimento, 80
42123 Reggio Emilia



Referenti Regionali

Triennio 2017-2019

Cari associati,

nel corso del Congresso Nazionale del 2016 è stato rinnovato il Direttivo Nazionale Anote/Anigea per il triennio 2017-2019. Come da regolamento, anche la durata in carica dei Referenti Regionali corrisponde a quella del Consiglio Direttivo.

I referenti regionali hanno un ruolo importante nell'Associazione, la rappresentano nella propria Regione, diffondono e propongono la conoscenza della stessa.

Subito dopo il rinnovo del Direttivo è stata inviata a tutti i referenti in carica nel 2016, una lettera per chiedere la conferma dell'impegno ATTIVO per il successivo triennio.

Non tutti i referenti regionali hanno rinnovato l'impegno per il triennio 2017/2019.

Ci sono state cinque dimissioni:

Per la regione **Toscana** la referente **Anna Pinto**

Per la regione **Lombardia** il collega **Pierangelo Simonelli**

Per la regione **Sardegna** la collega **Tonina Cossu**.

Per la regione **Lazio** la collega **Arianna Di Gemma**

Per la Regione **Veneto** il collega **Davide Cordioli**

Tre componenti dei referenti regionali in carica nel 2016, sono stati eletti nel Direttivo Nazionale con inizio mandato nel Gennaio 2017, lasciando così tre posti liberi.

- 1) Regione **Lazio** (**Alessandra Guarini**)
- 2) Regione **Toscana** (**Monia Valdinoci**)
- 3) Regione **Emilia Romagna** (**Giorgio Iori**)

Le cinque dimissioni insieme ai tre posti liberi dei colleghi entrati in Direttivo, hanno consentito l'entrata di linfa nuova all'interno dell'Associazione anche da regioni quali Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia dove il referente non c'era mai stato prima.

Tutte le regioni d'Italia dal nord al sud e isole comprese sono ora rappresentate.

L'Associazione oggi, può vantare un grande potenziale, come credo non si sia mai verificato in precedenza, indispensabile per la crescita dell'Anote/Anigea e della nostra professionalità.

Le regioni che in questo 2016, si sono impegnate con i **"tavoli di lavoro"** e hanno prodotto importanti documenti sono stati protagonisti nella sessione di Domenica mattina al Congresso Nazionale di Napoli.

I documenti presentati sono già disponibili per tutti i soci sul nuovo sito Anote/Anigea.

- Lazio-Campania-Lombardia-Veneto-Liguria con il **percorso del campionamento dell'istologico;**
- Calabria-Sicilia-Sardegna con il **percorso dell'inserimento del personale infermieristico;**
- Piemonte con il **percorso dell'inserimento del personale OSS in endoscopia;**

Mentre Toscana-Lazio sono ancora impegnate a completare **la formazione e l'addestramento del personale infermieristico in endoscopia;**

Inoltre, la Regione Campania, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna stanno lavorando al **1° corso esaregionale del Sud che li vedrà protagonisti il 14-15 Ottobre 2017 a Bari**, dove tutti i soci possono iscriversi **gratuitamente** e per i non soci è compresa con la quota di partecipazione all'evento, **l'iscrizione all'Associazione per il 2018.**

In questa occasione vorrei anche anticiparvi brevemente gli impegni dei referenti regionali per il 2017, stabiliti nella riunione che ogni anno precede l'apertura del Congresso Nazionale.

Sono stati costituiti nuovi **"tavoli di lavoro"** con l'obiettivo di produrre delle check list su vari argomenti che verranno poi inseriti nel programma del prossimo Congresso Nazionale 2018.

Altro importante impegno dei referenti è quello di rivedere la propria rete regionale al fine di diffondere, proporre la conoscenza dell'associazione e promuovere le adesioni all'Anote/Anigea.

Per il 2018, il Direttivo ha programmato la copertura di 8 corsi per tutti i soci, accreditati con format tutti uguali da diffondere in modo equo su tutto il territorio nazionale.

Tutte queste iniziative sono possibili anche grazie all'impegno e il tempo prezioso che ogni referente dedica gratuitamente all'associazione.

Un'altra novità riguarda il nuovo sito presentato in seno al Congresso Nazionale, dove è stata prevista un'area riservata per tutti i referenti regionali al fine di poter interagire tra loro, facilitare il confronto e la collaborazione.

E' con grande soddisfazione e con legittimo orgoglio che presento a tutti gli associati i referenti regionali:



Penso, per concludere, che il bilancio di questi tre anni e mezzo di mandato nel mio ruolo di coordinatore dei referenti regionali, che ho l'onore e il privilegio di assolvere, sia stato positivo anche se ovviamente si può fare sempre meglio. Confesso che il mio lavoro non è stato sempre facile ma mai ho pensato di mollare, forse perché devo molto all'Anote/Anigea per **“la mia crescita professionale”**. Nell'associazione ho attinto la linfa necessaria per andare avanti **con competenza nel mio contesto lavorativo**.

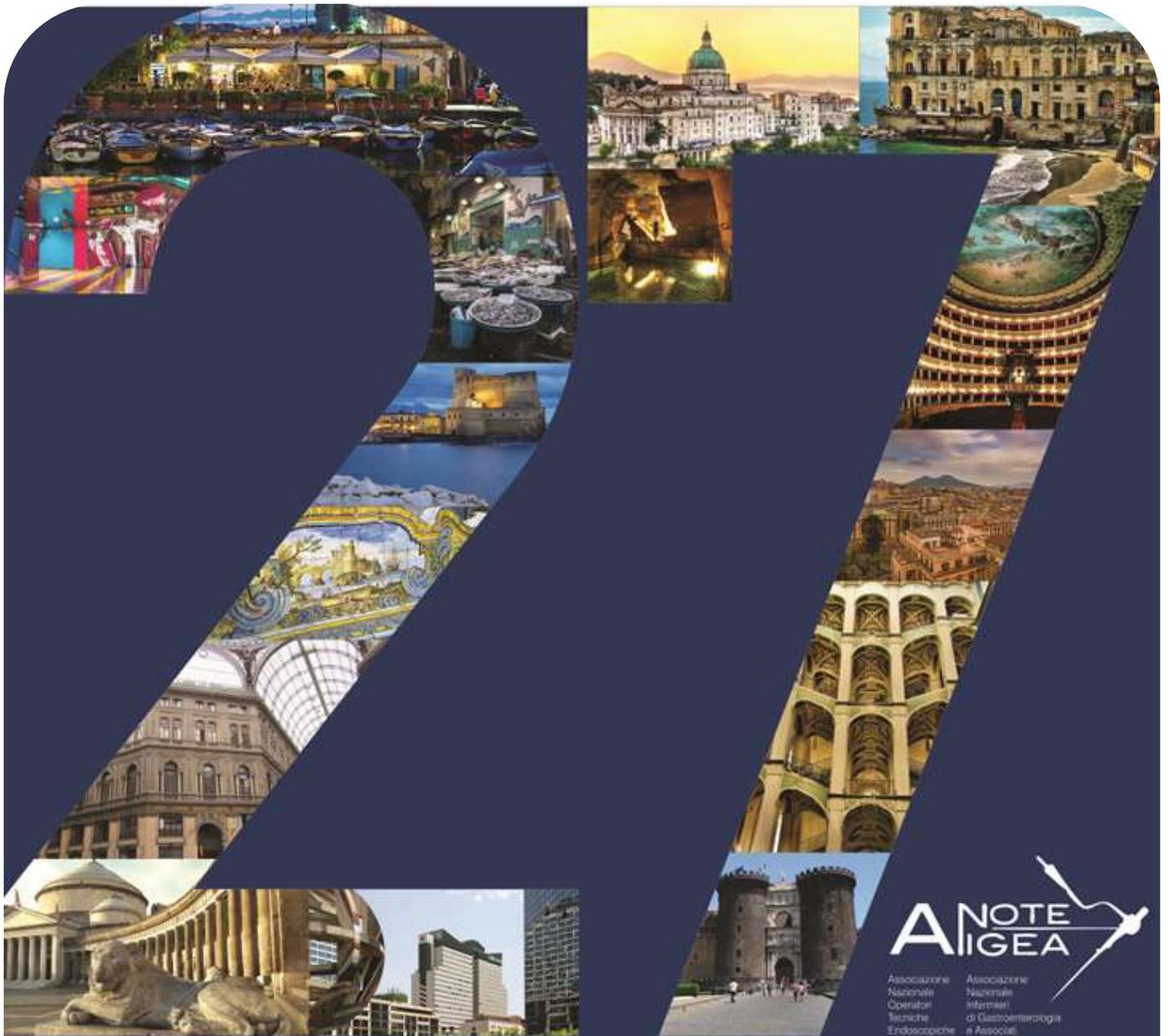
Ma quello che di più mi ha fatto superare ostacoli e difficoltà è stato il confronto con ognuno dei referenti regionali, ognuno di loro mi ha trasmesso un'emozione diversa che ha contribuito non solo alla mia crescita professionale ma anche personale, per cui sento il dovere di ringraziarli uno per uno..

Ci vediamo al 1° Corso Esaregionale di Bari, sperando di vedervi numerosi.

Coordinatore per i referenti regionali

Anote/Anigea

Teresa Iannone



**ANOTE
ANIGEA**

Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche | Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Assocati

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

NAPOLI | HOTEL ROYAL CONTINENTAL

26-28 MAGGIO 2017

26-28 MAGGIO 2017

Le radiazioni ionizzanti: quale rischio per gli operatori e come prevenirlo

A. Tagliaferri
(MI)

In medicina le regole possono essere assolute, ma le conseguenze sono variabili

Aulo Cornelio Celso
(I° sec.d.C.)

A Napoli dal 26 al 28 maggio 2017 si è svolto il XXVII° Congresso Nazionale Anote Anigea.

Si dice, a volte, che i congressi a carattere scientifico che trattano argomenti di carattere medico, debbano avere la stessa frequenza delle olimpiadi o dei campionati mondiali di calcio, cioè ogni 4 anni, per fornire concrete novità in questo campo.

Ebbene, per contraddire tale affermazione, l'assise napoletana si è rivelata indispensabile, a cominciare dall'accattivante titolo, già di per sé foriero di concretezza.

Grande merito del Comitato scientifico e organizzatore è stato quello di inserire nel palinsesto delle relazioni il tema della radioprotezione.

Materia vasta estremamente complessa e articolata, che prevede competenze di fisica, fisica nucleare, matematica, statistica, biologia, radiologia e non ultimo di clinica.

Chi si occupa di Endoscopia intesa nella accezione omnicomprendiva delle varie branche, sa bene che ben poco si potrebbe fare di "operativo" senza l'aiuto delle radiazioni ionizzanti.

Gli utilizzi sanitari delle radiazioni riguardano soggetti che subiscono indagini diagnostiche o

procedure interventistiche, e ciò riguarda il 95% delle esposizioni alle radiazioni.

Ecco dunque l'ossimoro della consapevolezza e necessità di usare le radiazioni ionizzanti senza sapere, o essere ben coscienti, dei rischi che esse comportano per i pazienti e per gli operatori sanitari.

Illuminante il titolo del Congresso: benessere, sicurezza, conoscenza e abilità, una sintesi perfetta a protezione del "capitale umano" in endoscopia.

Risale al 1925, in occasione del I° Congresso di Radiologia il concetto di radioprotezione, mentre l'anno successivo vede la nascita del massimo organismo internazionale che da sempre si è occupato di radioprotezione: l'ICRP (International Commission of Radiological Protection)

Oggi ogni informazione, normativa, raccomandazione in tema di radioprotezione ha origine da questa Commissione internazionale cui si è aggiunto nel tempo l'IAEA, cioè la Commissione atomica (International Atomic Energy Agency)

Questi organismi, attraverso periodiche pubblicazioni, aggiungono, consolidano e integrano tutte quelle raccomandazioni sul controllo delle esposizioni alla luce dei più recenti progressi della fisica biologia e medicina.

Scopo della radioprotezione è quello di fornire un adeguato standard di protezione per l'uomo e l'ambiente senza limitare le procedure o pratiche che comportano benefici e che danno luogo a un'esposizione a radiazioni.

Tutte le esposizioni mediche sono programmate volontarie e intenzionali e seguono i principi fondamentali della giustificazione e dell'ottimizzazione, principi cardine della radioprotezione.

Ogni procedura, diagnostica o interventistica, deve assolutamente essere giustificata, quindi necessaria e non sostituibile, ma soprattutto deve essere ottimizzata.

Vastissimo è il concetto di ottimizzazione, esso racchiude tutte le norme che regolano le misure di protezione per una sorgente di radiazione affinché il beneficio sia maggiore dell'eventuale danno (detrimento). Di conseguenza tutte le dosi dovute

ad esposizione mediche devono essere mantenute al livello più basso possibile compatibilmente con il raggiungimento dell'informazione diagnostica richiesta o il risultato terapeutico che ci si prefigge.

Conoscere cos'è una radiazione ionizzante è il primo fondamentale passo per proteggere tutti coloro che sono esposti a queste radiazioni; nel nostro caso pazienti ed operatori (radioprotezione dei lavoratori in medicina).

Formazione e informazione del personale esposto a rischio radiazioni ionizzanti sono atti indispensabili per conseguire l'obiettivo della tutela dei lavoratori in questo campo.

E' bene sapere inoltre quali sono gli effetti biologici delle radiazioni ionizzanti : essi sono

- Tissutali (deterministici) dose dipendenti con effetto soglia
- Effetti somatici e/o genetici (stocastici) non dose dipendenti

Nell'uso quotidiano in Endoscopia ben difficilmente si raggiungeranno dosi soglia tali da determinare effetti deterministici, tuttavia anche nelle procedure interventistiche laddove si usi la fluoroscopia è bene sapere che la possibilità di ottenere effetti stocastici non può essere eliminata totalmente. Infatti un fotone (i raggi x sono fotoni) che determini la rottura di entrambi i filamenti del DNA può essere sufficiente ad originare un tumore maligno o a determinare una alterazione genetica ereditaria.

A questo punto cosa possiamo fare per ridurre la dose somministrata al paziente e agli operatori?

Le strategie e gli accorgimenti sono molteplici, alcuni di facile attuazione, altri legati alla organizzazione del lavoro e alla "sensibilità" di chi agisce in quel momento. Indispensabile l'uso dei dispositivi individuali di protezione quali un camice piombato "a cappotto" di spessore idoneo, il collare copri tiroide, occhiali piombati, e, soprattutto le barriere protettive quali gli schermi sospesi a "gonnellino".

Di grandissima importanza è limitare l'uso della scopia ricordando che dovrebbe essere l'operatore

ad usare il pedale, così come essenziale appare l'uso di apparecchiature radiologiche "ad arco" ove la sorgente di radiazione è posta in basso e l'amplificatore di brillantezza in alto.

Così come non dobbiamo dimenticare che la dose somministrata è direttamente proporzionale non solo alla durata della indagine, ma anche al tipo di procedura, alla comparsa di complicanze durante la procedura e non ultimo... all'abilità dell'operatore!

Alcuni particolari poi sono legati alle abitudini di ogni operatore, ad esempio la postura del paziente, la cosiddetta "geometria": infatti una postura in decubito laterale sinistro concorre alla somministrazione di dosi di radiazioni maggiori rispetto alla posizione prona.

Ciò appare ancor più importante se consideriamo che il paziente è la maggiore fonte di radiazioni, quelle "diffuse", radiazioni generate dall'interazione del fascio primario con il paziente; radiazioni che si propagano in tutte le direzioni in modo non uniforme. Questa è la fonte di rischio più rilevante in tutte le attività radiologiche che comportano la necessità di stazionare vicino al paziente durante l'erogazione dei raggi.

L'endoscopia interventistica è classificata tra le procedure che comportano "alte dosi" al paziente, infatti la dose efficace per le procedure interventistiche più complesse può superare anche i 150mSv.

Tuttavia non dipingiamo il diavolo più brutto di quanto non sia; è vero che l'ICRP "raccomanda" che l'esposizione della popolazione in generale non superi 1 mSv/anno. Non dimentichiamoci però che esiste il fondo naturale di radiazioni (cioè l'insieme di radiazioni ionizzanti provenienti da sorgenti naturali sia terrestri che cosmiche) il quale somministra anche se non si è consenzienti circa 2,38 mSv/anno ad ognuno di noi...terrestri!

Conoscenza, esperienza, abilità, aggiornamento periodico sono parole chiave per ottenere sicurezza in ambito lavorativo. Il XXVII° Congresso Anote-Anigea ha risposto in modo efficace ed esaustivo a queste esigenze senza dimenticare l'aspetto "umanistico" ed etico del nostro lavoro.

Il nostro "sapere" ben poco varrebbe senza questo valore aggiunto.

Io, tu, noi nel Conflitto

A. Infante
(RM)

Quando mi hanno offerto di fare uno speech sul conflitto per gli infermieri di endoscopia, ho accettato con entusiasmo, entusiasmo che mi accompagna sempre e tanto più quando l'argomento non mi è familiare, e se la cornice scelta per l'intervento sul conflitto era Napoli, sarebbe stata una sicuramente una avventura.

Il conflitto è strettamente correlato al con-vivere-con e Napoli con le sue mille convivenze sarebbe stata oltre che una cornice, uno stimolo. Sul conflitto è stato scritto tanto, ma poco si è agito, e fra il dire e il fare c'è di mezzo il mare (di Napoli).

Cosa possiamo, cosa vogliamo veramente fare per il conflitto?

Il mio intervento, non aveva contenuti nuovi, tanto è stato scritto, tutto si è studiato, ma aveva, sicuramente, delle nuove modalità di immaginare il conflitto, quasi fosse un abito che non sempre ci attrae, ma che con qualche modifica potrebbe risultare addirittura originale e conquistarci, regalandoci un'eleganza inaspettata.

Dipende solo da noi. Costruiamo, ogni giorno, la nostra realtà e non troviamo il tempo per entrare in con-tatto con la realtà costruita dall'Altro, che è Altro per definizione, perché non è Noi.

La scoperta dell'acqua calda, la chiamano, eppure ci ostiniamo a fare la doccia con l'acqua fredda, siamo ostinati perché il conflitto ci dà un sollievo momentaneo, possiamo sfidare il mondo sentendoci invincibili, e pensiamo di essere stati autentici nella relazione. In seguito arriva quel

bruciore alla bocca dello stomaco, che non ci lascia, ci offusca i pensieri e ci avvelena l'anima.

Io penso che il primo conflitto, da individuare e provare a risolvere, è con noi stessi, il resto è solo una costruzione lenta e edificante. E' un conflitto che ha *radici* profonde e dimentica, spesso, di avere *ali* per spiccare il volo, lasciamo che ci zavorri con *ordine* e *controllo*. Così pensiamo di sentirci al sicuro.

La platea, silenziosa era assorta tra le parole e le immagini proiettate dalle slide, tra riflessioni e applausi, sembra aver gradito, non solo l'argomento, ma anche la vivace e, a tratti provocatoria, esposizione.

Buoni gli spunti di riflessione per la tavola rotonda che è seguita, animata e stimolante.

L'esperienza calorosa mi lascia pensare che, nonostante tutto quello che abbiamo studiato, il conflitto è faticoso e va amministrato come un condominio: *chi ha ragione? Chi ha torto?* E' questione di nuove prospettive, e di quanti di noi hanno voglia di "vederle".

Semplice la domanda, semplice la risposta: chi ha voglia di giocare con la vita e non farsi vivere da essa.

Percorso di inserimento del nuovo personale infermieristico in endoscopia

A. Ferraro
(EN)

Nella splendida cornice di Napoli, presso l'Hotel Royal Continental, si è tenuto il Congresso Nazionale ANOTE/ANIGEA.

Durante il congresso è stato illustrato il progetto "Percorso strutturato di affiancamento del personale infermieristico neo assunto e neo inserito presso le strutture di endoscopia digestiva".

L'*obiettivo* di questo lavoro è quello di dotarsi di uno strumento per l'addestramento e la valutazione della professionalità e garantire al neo-assunto e al neo-inserito, una adeguata conoscenza della realtà organizzativa, procedurale e umana in cui si va ad inserire.

È stata sottolineata le finalità del progetto:

valorizzare lo sviluppo delle capacità e potenzialità della persona;

verificare e valutarne il livello di integrazione e di performance da parte dell'U.O e *garantire* la possibilità di acquisire le conoscenze e competenze necessarie a svolgere le attività proprie dell'U.O utilizzando le tecnologie, le procedure, gli strumenti organizzativi di cui è dotata l'U.O stessa.

Il progetto verrà applicato nelle strutture di Endoscopia digestiva ogni qual volta venga inserito o trasferito un infermiere nell'equipe. Il percorso di inserimento è articolato in quattro livelli di competenza, costituiti a loro volta da moduli formativi. All'interno di ogni modulo vengono specificate:

- le funzioni,
- gli obiettivi,
- le responsabilità,
- le modalità d'insegnamento/apprendimento per ogni singola attività,
- la valutazione,
- l'eventuale materiale didattico,
- i documenti di riferimento ed i tempi.

Questa metodica è di facile utilizzo e permette di organizzare il percorso partendo dalle attività più semplici per raggiungere quelle più complesse.

La verifica di apprendimento si effettua tramite schede di valutazione a breve, medio e lungo termine.

La fase conclusiva dell'inserimento è quella della valutazione finale del processo che consiste di un giudizio sistematico dato al neo-assunto/ neo-inserito dal Tutor e dal Responsabile infermieristico attraverso un'analisi del grado di raggiungimento delle performance rispetto gli obiettivi prefissati:

- monitorare il livello di autonomia in quattro momenti strutturati,
- rilevare gli obiettivi formativi non raggiunti,
- analizzare le problematiche riscontrate,
- valutare la competenza raggiunta,
- certificare l'idoneità ad essere assegnato alla struttura di endoscopia.

Concludendo l'esaustiva presentazione si è marcando il concetto che la formazione non si conclude con i percorsi formativi previsti, ma che sia la stessa strategia per lo sviluppo e la valorizzazione delle risorse umane, che nell'organizzazione del lavoro, giocano un ruolo essenziale e determinano la differenza del servizio erogato.

"La qualità fornita al paziente è fondamentale il risultato del modo in cui le persone operano".

Un sentito ringraziamento è stato rivolto al team composto dalla Coordinatrice Sinatora Rita, dal referente della Calabria, Vaccaro Pietro, dalla referente della Sicilia, Di Francesco Vita e dalla referente della Sardegna, Onidi Francesca M.

LA CONSULENZA INFERMIERISTICA E LA PRESA IN CARICO AMBULATORIALE:

risposta innovativa alle esigenze di salute

Maria Angela Alessandrini
Patrizia Flaim
M.Elena Amadei
Cinzia Pretti

Obiettivo di questo articolo è una condivisione sintetica del progetto di consulenza infermieristica nato e sviluppato nell'U.O. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'ospedale S. Chiara di Trento nell'arco di questi ultimi 4 anni, presentato durante il convegno nazionale dell'Anote a Napoli.

L'infermiere consulente nasce negli stati Uniti tra gli anni '70 e i primi anni '80, mentre in Inghilterra viene introdotto negli anni '90 con l'istituzione del " Nurse Consultant", ruolo che prevede un percorso formativo e di carriera specifico. In Italia le prime esperienze documentate risalgono invece al 2000 (Toscana, Emilia Romagna), formalizzando un'attività già esistente ma quasi mai organizzata e codificata.

La consulenza viene genericamente definita una prestazione professionale ad opera di una persona con provata capacità tecnica a cui ci si rivolge per avere informazioni e consigli nell'ambito di sua competenza.

La Benner (2003), teorica del nursing che ha pubblicato molto sulle competenze infermieristiche e sull'*expertise* dell'infermiere, sottolinea come presupposto dell'infermiere consulente il possesso di un bagaglio di competenze avanzate, tipiche dell'agire professionale.

Quali i vantaggi dell'infermiere consulente? Il miglioramento della gestione di un caso clinico-

assistenziale anche complesso, la messa in evidenza di problematiche anche rilevanti ma sottovalutate e/o non prese in carico, l'ottimizzazione dell'uso delle risorse a livello aziendale (Calamandrei, Orlando, 2009), l'aumento delle competenze degli infermieri che affiancano il consulente .

Woodward, Webb e Prowse in una ricerca del 2005 individuano 3 variabili per rendere strategica questa figura all'interno di un'organizzazione: una definizione chiara delle funzioni del professionista consulente, il supporto da parte dei colleghi e dei medici e l'integrazione all'interno dell'equipe

In una revisione sistematica della Kennedy et.al del 2012 è stata dimostrata un' influenza positiva dell'infermiere consulente su alcuni outcome sia del paziente (sintomatologia, qualità di vita percepita, sfera sociale), sia del professionista.

Gerrish, McDonnel e Kennedy in uno studio pubblicato nel 2013 hanno tentato di costruire un framework per valutare l'impatto anche sull'organizzazione dell'infermiere consulente.

In diversi articoli del codice deontologico dell'infermiere si rimanda direttamente o indirettamente alla figura dell'infermiere consulente, in particolar modo l' **art. 13**: *"L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale"*.

Il progetto di *consulenza infermieristica gastroenterologica* si inserisce in un contesto organizzativo, l'ospedale S. Chiara di Trento, dove sono presenti già diverse aree di consulenza di personale sanitario non medico. Nel 2014 è stata pubblicata una procedura aziendale che raggruppa e formalizza tutte queste attività di consulenza, definendone le aree, gli scopi, le attività , le modalità di attivazione e risposta .

La nascita del progetto "consulenza infermieristica gastroenterologica" è stata favorita

dalla presenza di un modello professionale fortemente orientato alla presa in carico di alcune infermiere del gruppo e da un modello organizzativo assistenziale orientato alla differenziazione delle competenze e alla specializzazione.

I tre ambiti di consulenza infermieristica gastroenterologica attivati sono:

1. La gestione delle problematiche connesse agli accessi nutrizionali (Peg, Pej, SNG...)

Ovvero il supporto nella gestione e prevenzione delle complicanze peristomali della Peg (arrossamenti, infezioni, fuoriuscita di liquido..) o di altro tipo (ostruzione della sonda, mal funzionamento, rimozione accidentale), attività di educazione sanitaria alla persona portatrice di accesso nutrizionale, ai famigliari e agli operatori sanitari sia nell'immediato (dopo impianto) che nella gestione quotidiana.

2. Gestione delle preparazioni intestinali "difficili" alla colonscopia

Ovvero quelle riferite a persone con compromissioni cliniche o nelle aree di bisogno (idratazione, mobilizzazione, eliminazione) e/o con la presenza di fattori di rischio di inadeguata preparazione (stipsi, diabete, obesità), problematiche neurologiche, o intolleranza ai prodotti comunemente utilizzati (macrogol), che comportano quindi un accertamento più approfondito e una valutazione/sceita dei prodotti personalizzata

3. Supporto di counselling alle persone con patologia infiammatoria cronica intestinale

Una forma di sostegno e di aiuto alla persona di tipo "relazionale", che avviene all'interno di uno specifico "setting" in incontri della durata di 50-60 minuti che possono arrivare fino ad un massimo di 10. Lo scopo è quello di facilitare la persona nell'attribuire significati agli eventi promuovendo consapevolezza e autoregolazione, facilitare il processo di auto esplorazione, la presa di coscienza di elementi quali i propri bisogni, desideri, sentimenti, aspettative e il riconoscimento delle proprie caratteristiche (capacità e limiti), favorire nella persona il senso di identità e il potere personale.

Le consulenze possono essere attivate in maniera formale (richiesta informatizzata nel Sistema Informativo Ospedaliero SIO) o informale (chiamata telefonica), direttamente dalla persona o famigliare o da un operatore (infermiere, medico di medicina generale...) e sono documentate e registrate nel sistema informativo della nostra unità operativa multizonale, interfacciata con quello dell'intera e unica Azienda Sanitaria della Provincia di Trento.

Il progetto ha risposto ai suoi originali obiettivi, e ha permesso l'acquisizione di un cambiamento organizzativo e culturale, e ciò può rappresentare una solida e imprescindibile base per ulteriori e auspicabili sviluppi, in particolar modo l'analisi e la verifica dei risultati e la ricerca.

Per info: Mariaangela.alessandrini@apss.tn.it,
Patrizia.Flaim@apss.tn.it

BIBLIOGRAFIA:

- Benner P. (2003) *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere- l'apprendimento basato sull'esperienza*. Milano:Mc Graw-Hill
- Calamandrei C., Orlandi C. (2009) *La dirigenza infermieristica- Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali* (3th ed.). Milano: Mc Graw-Hill
- Dellai M., Ruocco M., Roat O., Dallapè F. (2006) La consulenza infermieristica. *Assistenza infermieristica e Ricerca*, 25(2), 98-100
- Gerrish K., Mc Donnel A., Kennedy F. (2013) The development of a framework for evalutating the impact of nurse consultant roles in the U.K. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (10), 2295-2308
- Kennedy F., Mc Donnel A., Gerrish K., Howarth A., Pollard C., Redman J. (2012) Evalutation of the impact of nurse consultant roles in the U. K.: a mixed method systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (4), 721-742
- Woodward V.A., Webb C., Prowse M. (2005) Nurse consultants: their characteristics and achievements. *Journal of Clinacal Nursing*, 14, 45-54
- Barelli P., Pallaoro Perli S., Strimmer S., Zattoni M.L. Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci? *Assistenza*



TRASFORMARE LE COMPETENZE IN PRATICA:

TRAINING DI FORMAZIONE

Fabio Grilli
Anna Di Gemma

LA FORMAZIONE DI BASE

Risale al 1980 la discussione in merito al necessario cambiamento della formazione infermieristica con l'inserimento della stessa nel sistema dell'istruzione pubblica, nonché la necessità, in seguito al processo di riforma del sistema sanitario, di garantire alla società professionisti preparati a dare risposte di qualità che la riforma stessa richiedeva.

La formazione universitaria degli infermieri ha avuto e continua ancora ad avere 3 obiettivi principali:

- affermare l'assistenza infermieristica quale disciplina scientifica autonoma
- promuovere una cultura professionale in grado di contribuire significativamente ad elevare il livello qualitativo dei Servizi Sanitari
- elevare standard formativi a livello europeo.

Sempre più la formazione, intesa come processo capace di ridurre la separazione tra momento formativo e momento lavorativo dei lavoratori, in tutti i settori, è diventato un tema di interesse sociale e politico, esigenza di ogni economia e di ogni struttura organizzativa.

Una buona formazione alla professione deve essere in grado di operare su tre "saperi": sapere, saper fare e saper essere.

"Sapere", riguarda la conoscenza teorica, riguarda la visione dell'uomo proveniente da quella elaborata dalla psicologia umanistica. Appartiene a questo sapere il concetto di disponibilità all'aggiornamento, all'ampliamento delle proprie

conoscenze

"Saper fare" è la pratica. Per pratica si deve intendere anche la gestione delle dinamiche interpersonali, l'accoglienza delle proprie e altrui emozioni.

"Saper essere" è il punto più delicato, riguarda la capacità dell'Infermiere di essere parte di una relazione professionale con ascolto, empatia, accettazione e rispetto.

Ma se l'apprendimento deve essere funzionale al cambiamento individuale, organizzativo e collettivo, la competenza più importante è il "saper divenire". Si tratta di dare al cambiamento personale la possibilità di esistere, è ascolto, scambio, ricerca, autoformazione[1], si tratta di assumersi la responsabilità di sapere, saper fare e saper essere.

LA FORMAZIONE POST-BASE PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLE PROCEDURE ENDOSCOPICHE

Siamo consapevoli che la formazione non possa concludersi con i percorsi formativi previsti, ma che la stessa debba essere la strategia per lo sviluppo e la valorizzazione delle risorse umane che, nelle organizzazioni del lavoro, giocano un ruolo essenziale e determinano la differenza del servizio erogato "la qualità fornita al cliente è fondamentalmente il risultato del modo in cui le persone operano" [2]. Come noto, la formazione è uno degli elementi centrali della Clinical Governance, cioè di quella strategia mediante la quale "le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale" [3]. Questa concezione di formazione permanente è sempre più necessaria poiché l'abolizione del mansionario e un maggior livello di informazione e di consapevolezza raggiunta dai cittadini

rispetto al tema “salute” pongono come elemento centrale delle professioni sanitarie “la competenza” soprattutto in settori particolarmente critici e complessi.

È possibile sostenere che l’Endoscopia è ormai parte integrante e necessario complemento della Gastroenterologia clinica. Essa, infatti, rappresenta per il gastroenterologo il principale strumento diagnostico e terapeutico e contribuisce a porre la gastroenterologia in un contesto di interdisciplinarietà, in confronto continuo, in primo luogo, con la chirurgia e la medicina interna. Se questo è il moderno ruolo dell’Endoscopia Digestiva, il problema della formazione dei professionisti in questa tecnica specifica si rivela di primaria importanza. Quello della formazione è un problema che riguarda da sempre il personale medico, ma che, necessariamente, sempre di più deve riguardare anche quello infermieristico, ed è per questa motivazione che non va sottovalutata l’importante funzione di stimolo delle società scientifiche. E’ importante ricordare che proprio grazie all’attività delle Società Scientifiche, per gli infermieri in primo luogo, l’ANOTE ANIGEA, come questi siano stati coinvolti al pari dei medici in alcuni degli interventi formativi sia nazionali sia internazionali.

Lo European Endoscopy Training Center (EETC)

Il progresso continuo e il miglioramento dei dispositivi moderni generano nuove tecnologie che richiedono una formazione continua degli operatori che lavorano nel campo dell’endoscopia digestiva.

Per questo motivo c’è una richiesta costante per la formazione e la riqualificazione di specialisti medici e infermieri attraverso corsi di formazione avanzata e altamente specializzati.

L’idea di creare un centro a Roma interamente dedicato all’insegnamento di endoscopia digestiva fonda le sue radici nella consolidata

esperienza e nell’attività di formazione che, negli ultimi 24 anni, hanno contraddistinto il Servizio di Endoscopia Digestiva della Fondazione Policlinico Gemelli

Nel 2003 venne inaugurato lo European Endoscopy Training Centre: il primo esempio in Europa di struttura unicamente dedicata alla formazione di medici ed infermieri in endoscopia digestiva e tra le prime nel mondo così concepite. Non passò molto tempo che lo EETC ottenne il riconoscimento quale Centro di riferimento per il training dei medici da parte della Società Italiana di Endoscopia Digestiva (SIED), della Società Europea di Endoscopia Digestiva (ESGE) e da parte delle Organizzazioni Mondiali di Gastroenterologia e di Endoscopia (WGO-WEO), riconoscimento che arrivò, nel 2011, anche dall’ANOTE ANIGEA per la formazione continua degli Infermieri di Endoscopia.

Lo EETC, è stato realizzato all’interno dell’Università Cattolica di Roma grazie alla collaborazione di cinque importanti aziende internazionali attive nel campo dell’endoscopia. Si è così giunti ad un concentrato di tecnologie d’avanguardia dedicato alla formazione di gastroenterologi, endoscopisti, chirurghi italiani e stranieri in ideale continuità con l’attività formativa che già da molti anni viene svolta presso l’unità di endoscopia digestiva del Gemelli.

I corsi teorico-pratici organizzati presso lo EETC coprono una vasta gamma di problematiche cliniche e tecniche: trattamento endoscopico delle emorragie digestive superiori e della malattia da reflusso gastro-esofageo, la polipectomia e la mucosectomia dell’esofago, dello stomaco e del colon, l’endoscopia terapeutica del pancreas e delle vie biliari, diagnostica e terapeutica dell’intestino tenue e del colon con endoscopia tradizionale e con videocapsula.

Lo EETC collabora, inoltre, con numerose aziende interessate alla dimostrazione e distribuzione di

nuove tecnologie afferenti l'endoscopia. Ad oggi sono più di 2000 i professionisti che si sono avvalsi dei corsi organizzati dallo EETC, provenienti da tutte le parti d'Europa e del mondo.

LA FORMAZIONE POST-LAUREAM

La formazione post-lauream si avvale di un ventaglio di offerte volte a garantire ai discenti tutti gli strumenti necessari alla crescita professionale nell'ambito della endoscopia.

Master di I livello in Endoscopia Digestiva

Il Master universitario di primo livello ha la durata di un anno accademico per complessivi 60 crediti, pari a 1500 ore ed è rivolto a tutti gli infermieri (classe LSNT1)

Il Master ha l'obiettivo di fornire, attraverso l'acquisizione di specifiche competenze in termini di conoscenze ed abilità, le basi teoriche e la formazione necessarie per intraprendere la professione di infermiere endoscopista.

Il Master universitario di primo livello in Endoscopia ha quindi, come scopo principale, quello di fornire le basi teoriche dell'attività endoscopica e di assicurare un tirocinio pratico in endoscopia mirato ai seguenti obiettivi:

- A. Apprendimento della storia dell'endoscopia digestiva
- B. Organizzazione di una Unità di Endoscopia Digestiva
- C. Interpretazione dei quadri endoscopici
- D. Conoscenza di base dell'anestesia applicata

- E. Conoscenza di base della chirurgia generale
- F. Conoscenza e gestione del reprocessing
- G. Utilizzo delle moderne risorse tecnologiche
- H. Integrazione multi-disciplinare dell'Endoscopia Digestiva
- I. Imaging e diagnosi endoscopica
- J. Conoscenza della terapia endoscopica delle alte e basse vie digestive
- K. Conoscenza della terapia endoscopica delle patologie bilio-pancreatiche
- L. Gestione clinica del Paziente nel post-operatorio
- M. Counselling infermieristico in endoscopia

Al termine del Master, i partecipanti dovranno aver appreso le nozioni e gli strumenti tecnici per la gestione infermieristica dell'endoscopia digestiva diagnostica e operativa, in elezione e in urgenza.

I Docenti del corso sono Infermieri, Endoscopisti e Specialisti di rilievo nazionale.

Master di I livello per Infermieri di Gastroenterologia "Malattie dell'apparato digerente nelle dimensioni assistenziali o territoriali"

A breve sarà a disposizione il bando per il Primo Master per Infermieri in Gastroenterologia. Sarà composto da 4 moduli formativi per un totale di 240 ore di lezione e 250 ore di tirocinio pratico presso la AUSL di Bologna e la Fondazione Policlinico Gemelli.

<http://roma.unicatt.it/offerta-formativa-master-universitari>

Frequenze presso il Servizio di Endoscopia Digestiva Chirurgica

L'Unità di Endoscopia Digestiva del Policlinico A. Gemelli offre diverse opportunità di formazione per medici ed infermieri che intendono accrescere le loro conoscenze in CPRE, Ecoendoscopia, Enteroscopia e Videocapsula. Tra le offerte formative è previsto anche un Corso Intensivo Teorico-Pratico con Tutor della durata massima di 5 giorni.

EndoLive Roma

EndoLive Roma, evento divenuto oramai una tradizione nel mondo dell'endoscopia si svolge da 19 edizioni presso la Fondazione Policlinico A. Gemelli e rappresenta un appuntamento che ha sempre richiamato a Roma i maggiori esperti mondiali in endoscopia digestiva.

Il Corso è caratterizzato da dimostrazioni dal vivo delle più recenti tecniche di endoscopia digestiva diagnostica e terapeutica, intervallate da letture magistrali tenute dai maggiori esperti mondiali. A latere dell'evento si tiene, da diversi anni, il simposio satellite dedicato agli infermieri che sempre di più svolgono un ruolo fondamentale nella gestione e nel successo delle procedure endoscopiche più complesse.

Le dimostrazioni in diretta eseguite dai maggiori esperti nazionali ed internazionali si concentrano sugli argomenti più rilevanti dell'endoscopia digestiva.

Il valore educativo di questo evento è centrale, arricchito da una stretta interazione tra i moderatori, gli esperti ed il pubblico durante i casi dal vivo. Inoltre, la possibilità di incontrare

faccia a faccia gli esperti internazionali durante le pause, promuovendo la discussione di casi clinici, lo scambio di esperienze personali e conoscenze, è uno degli aspetti più rilevanti di questo evento. EndoLive è rivolto agli Specialisti, prevalentemente gastroenterologi e chirurghi, ed infermieri interessati al mondo dell'endoscopia digestiva. Tuttavia, la gestione delle malattie gastrointestinali e malattie bilio-pancreatiche sempre maggiormente richiede un approccio multidisciplinare, perciò si rivolge anche a Specialisti di altre discipline ed ai medici di medicina generale.

EndoCare

Riconoscendo all'Infermiere di Endoscopia un ruolo sempre più cruciale poiché rappresenta il "secondo operatore" in procedure terapeutiche e dai contenuti tecnologici spesso complessi, il Prof. Costamagna, lo EETC e il Coordinatore dell'U.O. di Endoscopia Digestiva Chirurgica A. Di Gemma, hanno dato vita ad una iniziativa rivolta esclusivamente a personale infermieristico che svolge la propria attività nell'ambito l'Endoscopia Digestiva, disciplina in continua innovazione consentendo il trattamento non-invasivo di un numero crescente di patologie dell'apparato digerente.

Endocare è articolato in due giornate con discussione di argomenti specifici quali la formazione dell'infermiere in Endoscopia Digestiva ed il delicato tema del "reprocessing" degli endoscopi. Un'intera mattinata è dedicata alla trasmissione di casi clinici in diretta dal servizio di Endoscopia Digestiva Chirurgica alla sede Congressuale.

Durante le procedure, gli infermieri del Policlinico commentano nel dettaglio i gesti che effettuano quotidianamente nel trattamento di molteplici patologie dell'apparato digerente. I casi "live" permettono un confronto "real-time" con gli

infermieri presenti in aula provenienti da 15 strutture di endoscopia.

su simulatori biologici e meccanici presso lo "European Endoscopy Training Centre". Endocare 2017 è stato il primo evento del genere in Italia ed Europa e, in virtù del successo ottenuto, la seconda edizione di Endocare è programmata per l'8 e 9 febbraio 2018.

Conclusioni

Il lavoro dell'EETC è il risultato di anni di passione, di perseveranza, sacrificio e dedizione di tutto lo staff medico, infermieristico e ausiliario dell'U.O. di Endoscopia Digestiva Chirurgica. Lo staff collabora insieme con la convinzione che la finalità del nostro lavoro è "fare strada e non farsi strada, sapendo valorizzare tutte le risorse". E' ormai noto che "le porte chiuse celano carenze". L'infermiere di Endoscopia è chiamato ad avere un atteggiamento aperto e la disponibilità a condividere il proprio tesoro di esperienze a maggior tutela della collettività e per raggiungere l'obiettivo del riconoscimento delle competenze a livello nazionale.

Nel pomeriggio del secondo giorno il confronto fra infermieri provenienti da realtà differenti si completa nella pratica con l'attività "hands-on"



BIBLIOGRAFIA

1. Honoré B. Vers l'oeuvre de formation-
l'ouverture à l'existence. L'harmattan, Paris [1992](#)
2. La gestione strategica dei servizi. Etas -
libri [1994](#)
3. Fontana F. Clinical Governance: una
prospettiva organizzativa e gestionale. Milano Ed.
Franco Angeli, Prima ristampa, [2006](#)..

SITOGRAFIA

www.anoteanigea.it

www.eetc.it



PERCORSO DI INSERIMENTO DEL PERSONALE OSS IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Mattiola Roberta¹, Di Franco Assunta²

¹ *Coordinatore Endoscopia Digestiva Ospedale Maria Vittoria Torino Referente Regione Piemonte e componente TTS*

² *CPSI S.O.C. Endoscopia Asti, Referente Regione Piemonte*

Introduzione L'Oss, è stato legalmente istituito dalla Conferenza Stato/Regione del 22 febbraio 2001: questo è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di uno specifico percorso di formazione professionale, svolge un'attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, favorisce il benessere e l'autonomia della persona. L'ordinamento dei corsi regionali professionali, prevede: 1000 ore di cui 550 di tirocinio. L'Oss ha conseguito un attestato di qualifica dopo un corso Regionale che in merito ai programmi formativi è iniquo e differente in tutto il territorio italiano. L'Oss è una figura ausiliaria, nasce ed è, di Supporto all'assistenza.

OSS - PERCORSO DI INSERIMENTO IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Attività previste

- REPROCESSING
- ACCOGLIENZA
- SORVEGLIANZA PAZIENTI
- COLLABORAZIONE IN SALA ENDOSCOPICA
- RIORDINO SALA ENDOSCOPICA

Obiettivi Garantire una formazione del personale oss secondo normative linee guida, che in tempi adeguati portino al raggiungimento di livelli di autonomia. La formazione è pensata in quattro step. Alla fine del percorso è prevista una valutazione documentata.
Metodi Nell'elaborazione si è deciso di articolare il percorso di inserimento in quattro step:

1° step corso di formazione su argomenti che riguardano il re processing e le altre abilità previste

2° step acquisizione di abilità: inserimento nella struttura di endoscopia digestiva e inserimento in sala reprocessing

3° step valutazione finale documentata su scheda compilata da parte del infermiere tutor o del coordinatore

4° step incremento delle conoscenze e abilità ogni volta che necessita e/o almeno una volta all'anno revisione

Risultati La fase conclusiva dell'inserimento è quella della valutazione finale del processo.

Bibliografia

Fonte: profili di responsabilità infermiere figure di supporto Mansioni dell'OSS: quando l'operatore socio sanitario si può astenere - See more at: http://www.laleggepertutti.it/107546_mansioni-delloss-quando-loperatore-socio-sanitario-si-puo-astenere
Profilo dell'oss prodotto da ANOTE RETE PIEMONTE

Il lavoro completo lo trovate sul sito

www.anoteanigea.it

PERCORSO PER LA GESTIONE DEL CAMPIONE ISTOLOGICO IN ENDOSCOPIA

Guarini Alessandra,¹ Bavastrello Marina,² Ongarelli Cristina,² Amato Maria Rosaria,³ Cinque Cira,⁴ Villa Tiziana,⁵ Rossetti Elena,⁶ Munno Nunzio,⁴ Zamboni Giorgia.⁷

¹Vice-Presidente ANOTE e componente TTS,

²Referente Regione Liguria,

³Componente TTS e referente Regione Campania,

⁴Referente Regione Campania,

⁵Componente TTS e referente Regione Lombardia,

⁶Referente Regione Lombardia,

⁷Referente Regione Veneto.

Introduzione: L'acquisizione di materiale istologico-citologico in corso di Endoscopia Digestiva rappresenta spesso un atto unico e irripetibile. Pertanto, si rende necessaria l'attuazione di una serie di procedure per consentirne l'identificazione, la corretta conservazione e l'adeguata tracciabilità durante tutto il processo, dal prelievo del campione fino alla consegna del referto.

Il Consiglio Direttivo Nazionale (CDN) e il Tavolo Tecnico-Scientifico (TTS) di ANOTE-A-NIGEA hanno avvertito la necessità di nominare un Gruppo di Lavoro (GdL) con l'incarico di rivedere i dati normativi e/o della letteratura sul tema e di redigere uno specifico documento.

Metodi: Tra i documenti reperiti, il GdL ha fatto particolare riferimento alla Linea Guida del Ministero della Salute, Consiglio Superiore di Sanità, dal titolo: "Tracciabilità, Raccolta, Trasporto, Conservazione e Archiviazione di cellule e tessuti per indagini diagnostiche di Anatomia Patologia" del Maggio 2015, e a diverse procedure Aziendali. Tali documenti sono stati scelti, tra gli altri, come riferimento soprattutto per la parte normativa, poiché autorevoli, ben strutturati, esaustivi ed aggiornati. Infine, sono stati preferiti, quando possibile, i riferimenti alle procedure specificatamente concernenti il campionamento, la conservazione e la tracciabilità di materiale biologico prelevato durante le manovre endoscopiche.

Risultati: E' stato preparato un documento che delinea tutte le procedure consigliate, dal prelievo bioptico alla consegna del referto istologico, comprensivo di una matrice di responsabilità e di una sinossi riassuntiva. Il documento rappresenta la posizione ufficiale dell'Associazione in questo specifico ambito, ed è consultabile sul sito da parte degli Associati.

Riferimenti bibliografici.

1. Linea Guida del Ministero della Salute, Consiglio Superiore di Sanità: "Tracciabilità, Raccolta, Trasporto, Conservazione e Archiviazione di cellule e tessuti per indagini diagnostiche di Anatomia Patologia", Maggio 2015, pagg. 1-43.
2. Regolamento n. 605/2014 della Commissione del 5 giugno 2014 relativo alla classificazione, all'etichettatura e all'imballaggio delle sostanze e delle miscele (CE) n. 1272/2008 del Parlamento Europeo.

Il lavoro completo lo trovate sul sito

www.anoteanigea.it

**PERCORSO STRUTTURATO DI AFFIANCAMENTO DEL PERSONALE
INFERMIERISTICO NEO-ASSUNTO/NEO-INSEBITO NELLA S.S DI ENDOSCOPIA
DIGESTIVA**

**Sinatora Rita ¹, Vaccaro Pietro², Ferraro Antonino,³ Di Francesco Vita Maria³,
Onidi Francesca Maria⁴,**

¹ Referente Regione Calabria e componente TTS, ² Referente Regione Calabria, ³ Referente Regione Sicilia, ⁴ Referente Regione Sardegna

Introduzione L'infermiere di endoscopia è un infermiere specializzato che deve fornire prestazioni di qualità ai pazienti da sottoporre a procedure endoscopiche diagnostiche e terapeutiche nell'ambito di una attività di equipe. Il suo operato deve essere guidato da un codice di comportamento etico e professionale che ha come principale attenzione il paziente e il suo benessere. Pertanto il graduale inserimento del neo-assunto è fondamentale perché crea le basi di partenza per un corretto sviluppo professionale proficuo e collaborativo.

Obiettivi Garantire una formazione del personale secondo gli standard condivisi sia in termini di conoscenze specifiche da acquisire, che in tempi adeguati per il raggiungimento di livelli di competenza e di autonomia compatibili con le necessità assistenziali delle strutture di Endoscopia Digestiva. Definire un sistema di valutazione che preveda il confronto tra obiettivi definiti e risultati attesi. Favorire quanto più possibile un adattamento del neo-assunto/ neo-inserito nella Struttura di endoscopia Digestiva.

Metodi Nell'elaborazione si è deciso di articolare il percorso di inserimento in quattro livelli di competenza, costituiti a loro volta da moduli formativi. All'interno di ogni modulo vengono specificate: le funzioni, gli obiettivi, le responsabilità, le modalità d'insegnamento/apprendimento per ogni singola attività, la valutazione, l'eventuale materiale didattico, i documenti di riferimento ed i tempi.

Risultati La fase conclusiva dell'inserimento è quella della valutazione finale del processo. Consiste di un giudizio sistematico dato al neo-assunto/neo-inserito dal Tutor e dal Responsabile infermieristico attraverso un'analisi del grado di raggiungimento delle performance rispetto gli obiettivi prefissati.

Bibliografia

European Society of Gastroenterology and Endoscopy; Percorso d'inserimento del personale infermieristico 21/5/2010 Anote -Anigea; " L'infermiere di Endoscopia" International Meeting of Endoscopic Nurses; The responsibilities and task of the digestive endoscopy nurse, Eskena News;

Il lavoro completo lo trovate sul sito

www.anoteanigea.it

“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.”

Così iniziava una mia missiva lo scorso anno, ma proseguiva con un grande rammarico:

la partecipazione all’assemblea societaria.

Questo **27CONGRESSO** è stato invece una grande sorpresa, nonostante la distrazione di “Napoli”, città splendida con una cornice di sole e di mare meravigliosa e l’orario del pomeriggio, dopo le 17, la partecipazione e’ stata veramente grandiosa.

Il risultato di questo nuovo anno di lavoro dell’associazione svolto dal Direttivo e dal Presidente in termini scientifici ed economici e la nascita del nuovo sito sono emersi e sono stati condivisi come dovevano.

**“Il 'capitale umano' in gastroenterologia ed endoscopia:
benessere, sicurezza, conoscenza, abilità”**

Questo è il titolo dell’evento che ha portato alla luce l’acquisizione di competenze tecnico-professionali grazie all’analisi del rischio nel ricondizionamento degli endoscopi, l’acquisizione di competenze di processo grazie all’incentivazione della conoscenza in ambito di responsabilità e qualità sanitaria, individuazione e gestione del rischio e l’acquisizione di competenze di sistema per aiutare a gestire la relazione all’interno dell’équipe, per migliorare il clima lavorativo e di riflesso la qualità dell’assistenza erogata.

**Tutti argomenti di un certo spessore che hanno suscitato interesse e che hanno tenuto tutti
incollati alle sedie**

Molto bello è stato il momento di incontro ludico “*la cena sociale*” preparato nei minimi dettagli in un palazzo antico di Napoli, che ha permesso a tutti i partecipanti di condividere il clima festaiolo della **nostra società**.

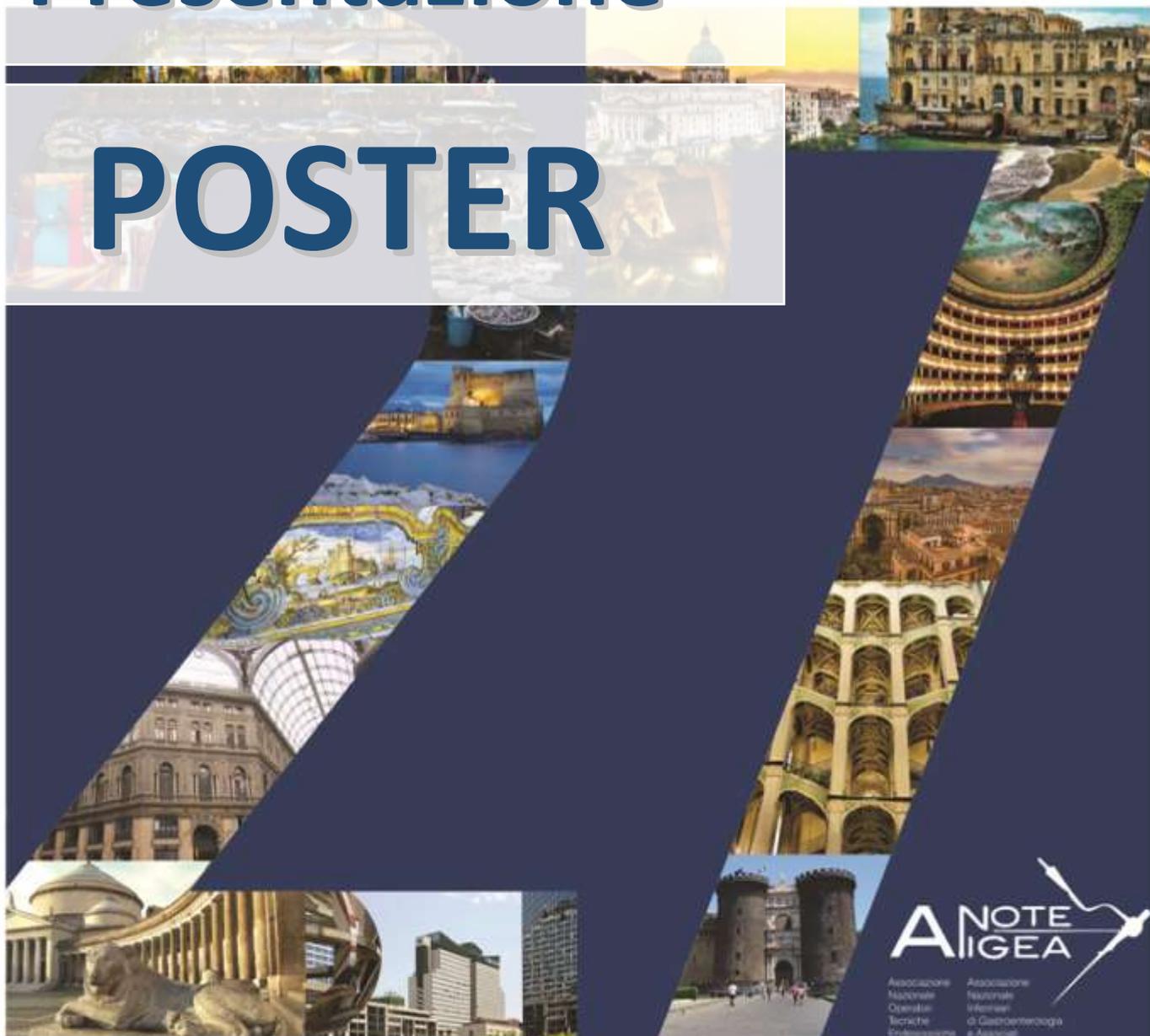
Che direquesta volta siamo stati tutti davvero grandi.

Alla prossima Amici miei

R.Mattiola

Presentazione

POSTER



CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

NAPOLI | HOTEL ROYAL CONTINENTAL

26-28 MAGGIO 2017

IL POSTER VINCITORE

“COME FARE PER ENTRARE NELLA PANCIA DEI BAMBINI ?”

Autori :Salardi Monica -**infermiera endoscopia digestiva**

Guberti Monica **Responsabile Funzione D.P.S.**

Co-autori: Iori Giorgio – **infermiere endoscopia digestiva**; Neri Enrica -**infermiera endoscopia digestiva**; Morini Rosanna -**infermiera endoscopia digestiva** ; Iori Veronica – **Medico endoscopia digestiva** ;Governatori Giulia – designer moda ed arti multimediali.



INTRODUZIONE: In una SC di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva è sempre più necessario organizzare e definire un percorso/accesso per eseguire esami endoscopici su pazienti in età pediatrica.

MATERIALI /METODI: L'anno 2016 la nostra SC ha eseguito 198 prestazioni su pazienti pediatrici. Nel mese di novembre abbiamo iniziato un percorso di formazione/organizzazione che ha coinvolto 3 infermiere di endoscopia, 1 medico endoscopista, 1 pediatra e le 2 coordinatrici di pediatria degenza e DH. Il percorso è iniziato con una visita di 2 giorni all'ospedale Meyer di Firenze, prosegue una collaborazione tra unità operativa di GED e Pediatria ed Associazione onlus “la casina dei bimbi”.

PROGETTO: L'endoscopia di Reggio Emilia da poco trasferita nella nuova sede all'interno del CORE(centro Onco-Ematologico Reggio Emilia) ha dedicato uno spazio su misura per l'attesa dei piccoli ed è in corso la realizzazione di un percorso di preparazione, accoglienza, attesa , esecuzione , assistenza post-procedura e dimissione protetta del piccolo paziente e genitori.

Il poster in oggetto esplicita le fasi salienti del progetto.

In particolare presenta

- Totò e Tea , scimmia e giraffa , che accompagneranno i bimbi rispettivamente nel percorso colonscopia e gastroscopia
- La nuova sala d'attesa;
- la zona risveglio.

CONCLUSIONI: Riteniamo sia necessaria un'interazione multidisciplinare per i pazienti pediatrici. Deve essere organizzata una collaborazione con le varie figure professionali ed un linguaggio comune a “misura di bambino” che lo segua dalla prescrizione dell'esame diagnostico fino alla dimissione.

“UN'ENDOSCOPIA PER TUTTI I CITTADINI DEL MONDO”

Iori G. infermiere endoscopia digestiva , **Guberti M.** *Responsabile Funzione D.P.S.*, **Salardi M.** infermiera endoscopia digestiva , **Comuzzi M.** infermiere endoscopia digestiva , **Pinotti G.** infermiera endoscopia digestiva

A.S.M.N. I.R.C.C.S. Reggio Emilia

In un mondo sempre più multiculturale e multi-etnico il bisogno di comunicare efficacemente è un problema che tutti prima o poi hanno dovuto affrontare.

Tra i compiti di un servizio rivolto alla cittadinanza, vi è anche quello di garantire l'eguaglianza delle opportunità e il rispetto delle differenze: ma come fare per garantire questa eguaglianza rispettando e tenendo conto della differenza? Tuttavia bisogna capire che non c'è un Noi e un Loro ma che c'è un nuovo noi cioè una comunità dove sono presenti gli immigrati che sono parte integranti dello spazio di cittadinanza.

Bisogna puntare sulla multiculturalità dei servizi: sull'aggiornamento dei metodi di lavoro per rispondere ai nuovi bisogni di cui sono portatori gli immigrati. Questo implica la formazione del personale dei servizi ma anche l'inserimento di nuove figure come quella del mediatore culturale che può aiutare a comprendere e quindi a migliorare il funzionamento del servizio.

La presenza del mediatore culturale nell'organizzazione dei servizi diventa talvolta necessario, avere una persona in grado di mediare il rapporto tra l'utente immigrato e il servizio facilita il rapporto "medico-paziente" e tranquillizza il cittadino straniero.

Chi è il mediatore culturale? È un operatore della comunicazione interculturale formato per intervenire con lo scopo di favorire l'accesso degli utenti immigrati ai vari servizi del territorio.

Ma quale deve essere il ruolo e quali devono essere le competenze di questa figura ?

Il mediatore culturale deve essere soprattutto un facilitatore della comunicazione, è in genere un immigrato con una preparazione tecnica che ha rielaborato il proprio percorso migratorio. Interviene a supporto sia dell'operatore italiano del servizio (con passaggio di informazioni sul mondo dell'immigrazione) che dell'utente immigrato che viene al servizio.

Il mediatore culturale deve essere un ponte tra il mondo dei servizi e l'universo culturale dell'utente immigrato. Il mediatore non è solo un traduttore, un interprete, può tradurre lì dove è necessario ma il grosso del suo lavoro è di costruire un ponte tra l'immigrato che arriva e i servizi in modo da facilitare l'accoglienza e l'incontro. Aiuta gli operatori dei servizi a comprendere il mondo dell'immigrato e aiuta l'immigrato a capire quello che può chiedere e trovare in quel servizio.

Il mediatore culturale aiuta l'operatore a decodificare la domanda dell'immigrato e aiuta l'immigrato a decodificare l'organizzazione del servizio al quale si rivolge. Il mediatore è uno strumento attivo della mediazione che serve a migliorare la comunicazione tra servizi e utenti immigrati. Il mediatore interviene nelle situazioni di conflitto per superare i blocchi comunicativi.

Il mediatore culturale non si sostituisce agli operatori ma va a supporto del servizio per migliorare le condizioni della comunicazione interculturale.

L'esperienza del servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell' A.S.M.N. di Reggio Emilia, in merito alla gestione del cittadino straniero con l'integrazione del mediatore culturale, del call center (help voice) in urgenza e dell'utilizzo degli opuscoli informativi della preparazione per gli esami endoscopici tradotti in numerose lingue straniere, e' ormai di lunga data.

A Reggio Emilia ci sono 70.191 cittadini stranieri residenti su un totale di 532.872 cittadini, con un'incidenza pari al 13,1% rispetto ad una media regionale del 12.1%, che la porta ad essere la settima citta' italiana come incidenza di stranieri residenti. Ecco che il bisogno di una comunicazione efficace si e' dovuto affrontare come Azienda verso un servizio allo straniero.

RUOLO DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE NELLO STUDIO CLINICO DELL'ENDOMICROSCOPIA IN UNA GASTROENTEROLOGIA ONCOLOGICA SPERIMENTALE

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

Il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per il tema oncologia e si caratterizza come centro di ricerca sanitaria traslazionale e ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale nel settore oncologico. Persegue, secondo standard d'eccellenza, finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze, unitamente a prestazioni sanitarie di alto livello.

Il personale Infermieristico in una Gastroenterologia Oncologica Sperimentale partecipa attivamente alle varie fasi dello studio della neoangiogenesi nel cancro del retto e dello stomaco con la metodica dell'Endomicroscopia, mettendo in atto tutte le sue conoscenze scientifiche, competenze tecnico-professionali nonché di counselling e supportando tutte le altre figure professionali coinvolte nel processo di ricerca al fine di raggiungere obiettivi a medio e lungo termine utili per l'intera collettività.

Introduzione: L'Endomicroscopia Confocale Laser (CLE) è un' innovativa tecnica endoscopica che permette di ottenere delle immagini della mucosa con una magnificazione e risoluzione di circa 1000x, tale da consentire l'identificazione delle microstrutture cellulari e subcellulari e quindi una valutazione del microvascolare delle aree esplorate, consentendo una diagnosi istologica in vivo.

L'angiogenesi è un segno distintivo dello sviluppo del cancro che induce la formazione di nuove vascolarizzazioni per sostenere la sua crescita.

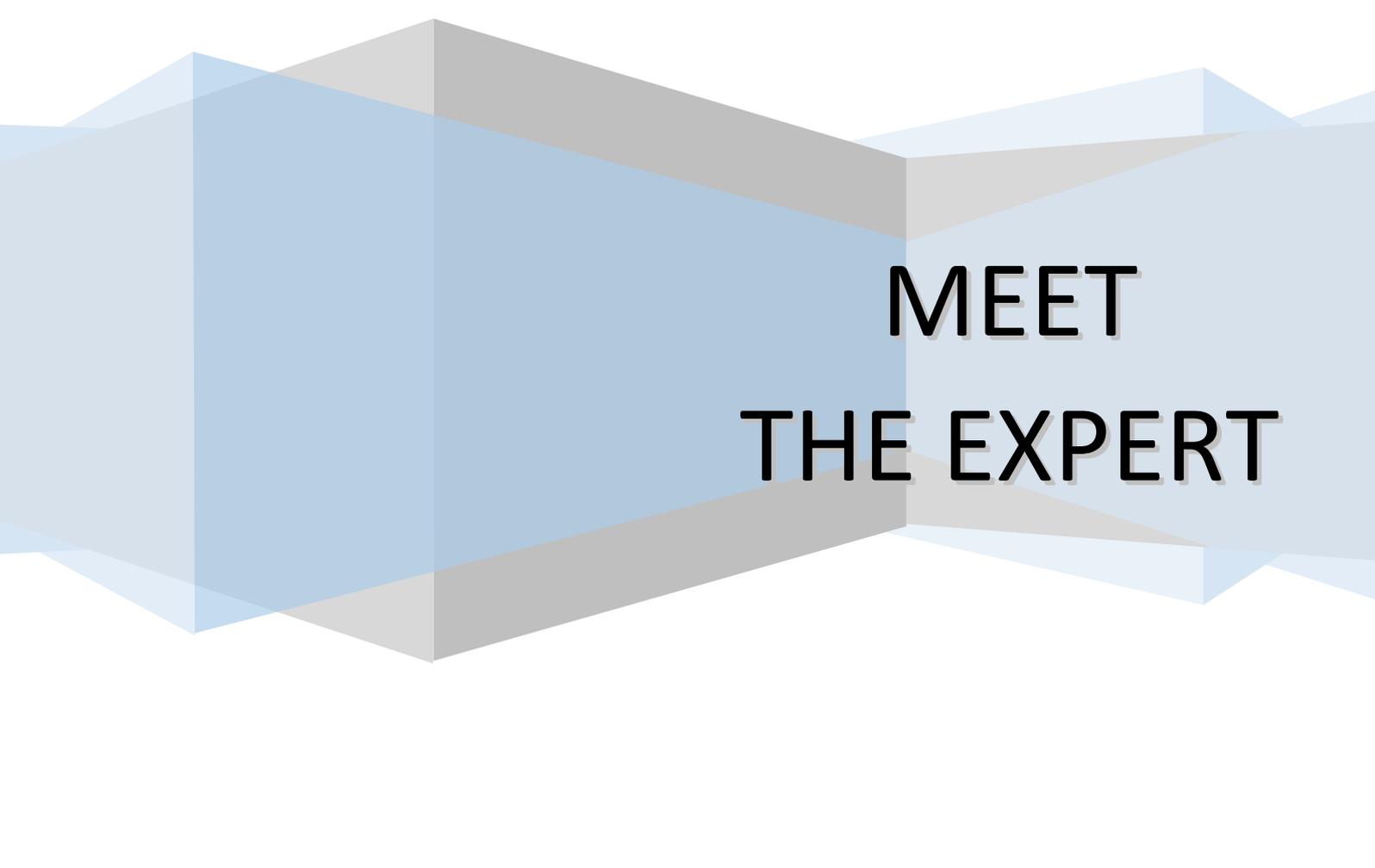
Lo scopo del nostro studio è quello di valutare la neoangiogenesi tumorale attraverso le immagini con una minisonda confocale laser in pazienti con tumore gastrico e rettale localmente avanzato, prima e dopo la radio chemioterapia neoadiuvante.

Metodi : Sono stati arruolati nel suddetto studio clinico n. 72 pazienti affetti da tumore del retto (18f, 54m, età media di 65 anni) e 26 pazienti con cancro gastrico (6f, 20m, età media 64 anni) e sono stati sottoposti a endomicroscopia per valutare la vascolarizzazione intratumorale e l'efficienza del flusso. Dopo il trattamento con RT / CT neoadiuvante, 33 pazienti affetti da tumore del retto (27 m, 6 f) e 7 pazienti con cancro gastrico (2f, 5 m) sono stati rivalutati; la neoangiogenesi è stata valutata in base alla scala Cannizzaro-Spessotto (CS), attribuendo un punto a ciascuna delle seguenti caratteristiche: vasi tortuosi, grandi vasi, perdite e flusso difettoso.

Risultati : 20 su 33 pazienti affetti da tumore del retto e 2 su 7 pazienti con cancro gastrico hanno mostrato un miglioramento dell'indice di angiogenesi vascolare dopo il trattamento. I nostri dati mostrano una migliore reattivazione di morfologia e funzionalità dei vasi nei pazienti con cancro del retto , con un miglioramento dell'indice di angiogenesi. In pazienti con cancro gastrico l'indice di angiogenesi è rimasto immutato, senza cambiamenti positivi nella morfologia vascolare.

Conclusioni : I risultati di questo studio clinico traslazionale dimostrano che la tecnica dell'endomicroscopia confocale laser è idonea a valutare le alterazioni della microvascolarizzazione intratumorale e rivelare un miglioramento funzionale della vascolarizzazione nei pazienti con tumore del retto nel post-terapia. Può costituire un approccio innovativo per identificare soggetti che rispondano alla terapia, migliorando l'esito dei pazienti.

L'infermiere sta partecipando attivamente alla realizzazione di questi studi nelle loro diverse fasi a seconda delle specificità richieste dagli studi stessi.



**MEET
THE EXPERT**

PREVENZIONE DEL CANCRO GASTRICO



Intervista al Dott. Angelo Zullo

U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
PTP Nuovo Regina Margherita, Roma

- **Ogni giorno noi infermieri assistiamo i soggetti che si sottopongono a colonscopia di screening per il cancro del colon. Perché non si fa lo screening anche per il cancro gastrico?**

La domanda è del tutto appropriata, se consideriamo che ogni anno in Italia si effettuano oltre 3 milioni di gastroscopie. Tuttavia, per eseguire uno screening per una determinata neoplasia è necessario che vi siano alcune condizioni. Una di queste è che l'incidenza di quel tumore nella popolazione generale sia elevata, affinché il rapporto costo-beneficio dello screening organizzato sia vantaggioso. Infatti, lo screening organizzato viene eseguito in alcuni Paesi asiatici, come il Giappone, Corea e Cina dove l'incidenza del cancro gastrico è molto elevata (maggiore di 40 casi su 100.000 persone), mentre non sarebbe costo-efficace negli Stati Uniti e nel Nord Europa. L'Italia si colloca in una posizione di incidenza "intermedia", con alcune aree ad incidenza più elevata come, per esempio, in Emilia Romagna. Quindi, ci troviamo in una condizione in cui uno screening organizzato (identificazione della popolazione target, invito allo screening, esecuzione dell'indagine, follow-up) su tutta la popolazione italiana non sarebbe costo-efficace.

- **Allora non è possibile prevenire il cancro gastrico in Italia?**

Il fatto che uno screening organizzato non sia economicamente sostenibile nel nostro Paese non significa che i tumori gastrici non siano prevenibili, per almeno due ragioni. La prima è che curando l'infezione da *H. pylori* (carcinogeno di tipo I, ossia come il fumo di sigaretta per il cancro al polmone) nei soggetti infettati, il rischio di sviluppare il carcinoma gastrico si riduce del 35%, secondo i più recenti dati della letteratura. La seconda è che si possono identificare soggetti con un rischio di cancro gastrico più elevato rispetto alla popolazione generale, come quelli che hanno condizioni e lesioni precancerose nello stomaco.

- **Quali sono allora le condizioni e le lesioni precancerose gastriche?**

Le *condizioni* precancerose sono l'atrofia e la metaplasia intestinale. In genere, sono la conseguenza di un processo infiammatorio cronico, la cosiddetta gastrite cronica attiva, frequentemente causata dall'infezione da *H. pylori* e, più raramente, da un processo autoimmunitario. L'atrofia è caratterizzata da una netta riduzione delle ghiandole nella mucosa gastrica, mentre nella metaplasia le ghiandole ci sono, ma si sono trasformate diventando simili a quelle dell'intestino tenue (metaplasia completa) o del colon (metaplasia incompleta). I soggetti con condizioni precancerose gastriche hanno un rischio di sviluppare un cancro che è aumentato di oltre 4 volte rispetto alla popolazione generale. In particolare, la metaplasia si associa a un rischio doppio rispetto all'atrofia. In pratica, si stima che 1 su 1.000 soggetti con metaplasia e 1 su 2.000 con atrofia sviluppino una lesione neoplastica nello stomaco ogni anno.

La displasia, distinta in basso grado e alto grado, è invece una *lesione* precancerosa. Il rischio di sviluppare il cancro dello stomaco entro 1 anno nei soggetti con questa lesione è molto elevato, tanto che displasia è stata classificata anche come "neoplasia non invasiva".

- **E' possibile fare una diagnosi endoscopica di queste lesioni?**

Si tratta di lesioni microscopiche che non sempre hanno un corrispettivo visibile all'esame endoscopico standard. L'atrofia, particolarmente nel corpo-fondo gastrico, si presenta come marcata riduzione delle pliche gastriche, fino alla scomparsa, con la visualizzazione del reticolo vascolare sottomucoso. La metaplasia, invece, può apparire con aree di mucosa lievemente depressa e di colorito diverso dalla mucosa gastrica normale adiacente. Tuttavia, questi aspetti endoscopici non sono presenti in tutti i casi di atrofia o metaplasia, per cui è necessario fare prelievi su mucosa gastrica, anche se macroscopicamente normale, per diagnosticarle. Negli ultimi anni è stato proposto l'utilizzo di nuove metodiche, come la Narrow Band Imaging (NBI) e la Confocal Laser Endomicroscopy (CLE), per incrementare la sensibilità dell'esame endoscopico nell'identificazione delle lesioni precancerose gastriche. Tuttavia, l'utilizzo di queste metodiche presuppone un training specifico e continuo, gli strumenti necessari comportano un costo aggiuntivo e non sono disponibili in tutti i centri di endoscopia. Pertanto, un campionamento bioptico in corso di gastroscopia rimane tuttora la procedura più semplice, più rapida e meno costosa per identificare le condizioni di precancerosi gastrica. Analogamente, la displasia può essere riscontrata su mucosa apparentemente normale all'esame endoscopico standard, anche se più spesso si riscontra su aree di mucosa più o meno irregolare o francamente alterata, soprattutto se di alto grado.

- **Esiste un trattamento endoscopico?**

Purtroppo, sia l'atrofia che la metaplasia sono delle alterazioni diffuse o multifocali sulla mucosa gastrica e, come si è detto, non sempre visibili in corso di endoscopia. Pertanto, non è attuabile un trattamento endoscopico di rimozione o distruzione di questa mucosa alterata. L'atrofia può regredire dopo l'eradicazione dell'infezione da *H. pylori*, mentre non ci sono dati convincenti che la metaplasia possa regredire. La displasia, invece, quando si presenta come lesione visibile macroscopicamente e localizzata in un'area ben definita, può essere rimossa endoscopicamente con le tecniche di mucosectomia. Queste includono la EMR (Endoscopic Mucosa Resection) per lesioni < 2 cm e la ESD (Endoscopic Submucosal Dissection) per le lesioni più ampie.

- **Una volta diagnosticate, è sempre indicato un follow-up endoscopico?**

Non abbiamo informazioni "consistenti" su quali soggetti con le condizioni precancerose gastriche debbano effettuare un follow-up e, soprattutto, su quale sia il follow-up più appropriato. Secondo le attuali Linee Guida europee, pubblicate nel 2012, è raccomandato un follow-up endoscopico-istologico standard ogni 3 anni solo quando l'atrofia o la metaplasia sono diffuse all'antro e corpo gastrico, mentre non vi è indicazione alla sorveglianza nei pazienti con lesioni localizzate solo in antro gastrico. Tale approccio, tuttavia, è stato oggetto di riflessioni critiche in letteratura in quando non prende in considerazione i fattori di rischio aggiuntivi per lo sviluppo di cancro gastrico, come il tipo di metaplasia (completa o incompleta), la familiarità di I° grado per cancro gastrico e il fumo di sigaretta. In particolare, è stato proposto che nei soggetti con metaplasia diffusa (antro e corpo) e che hanno almeno un altro di questi 3 fattori rischio, possa essere indicato un controllo annuale e non triennale. Fortunatamente, questi rappresentano meno del 5% dei soggetti tra i 50-65 anni che si sottopongono a gastroscopia in Italia, per cui il follow-up può risultare praticabile. In questo modo si possono eseguire molti esami endoscopici a pochi pazienti ad alto rischio di cancro gastrico e di farne pochi ai tanti soggetti a basso rischio. Potrebbe essere questa la strategia per cercare di diagnosticare il cancro gastrico in una fase precoce, obiettivo che rimane ancora oggi l'unico valido per salvare la vita di tante persone.



**Prossimi
appuntamenti...**



info@anoteanigea.it



Corso Nazionale ANOTE/ANIGEA - SIED

TECNICHE INNOVATIVE E PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE

Palermo, 22 settembre 2017

Hotel S. Paolo Palace - Palermo

Presidenti del Corso
Cinzia Teresa Rivara
Antonino Ferraro

Segreteria Nazionale
ANOTE/ANIGEA


new congress
EVENTI E COMUNICAZIONE
info@anoteanigea.it
www.anoteanigea.it



Diventa in loco di accompagnamento.



Corso Nazionale ANOTE/ANIGEA - SIED

TECNICHE INNOVATIVE E PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE

Palermo, 22 settembre 2017

| | |
|-------|--|
| 08.30 | Registrazione dei partecipanti |
| 09.00 | Case MANAGER IN ENDOSCOPIA |
| 09.30 | Percorsi formativi infermieristici in ERCP |
| 10.00 | Live case |
| 12.00 | Come prevenire il rischio da radiazioni ionizzanti |
| 12.30 | Addestramento e formazione del personale infermieristico e OSS in endoscopia |
| 13.00 | Ruolo infermieristico nelle FNA e collaborazione con l'anatomia patologica |
| 14.00 | Case live |
| 16.00 | EMR/ESD: l'infermiere quale formazione |
| 16.30 | Le procedure di EMR/ESD: il percorso assistenziale |
| 17.00 | Video cases |
| 17.30 | Lettura: Il ricondizionamento degli endoscopi termolabili flessibili |
| 18.00 | Fine lavori |



Corso Nazionale ANOTE/ANIGEA - SIED
**TECNICHE INNOVATIVE
 E PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE**
 Palermo, 22 settembre 2017

SCHEDA DI ISCRIZIONE E PRENOTAZIONE ALBERGHIERA
Da inviare via fax unitamente alla copia del pagamento al n. 081 878.05.64

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 consegue l'attestato)

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

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

ISCRIZIONE

- SOCIO ANOTE/ANIGEA in regola € 60,00
- NON SOCIO ANOTE/ANIGEA € 110,00

La quota d'iscrizione comprende: iscrizione all'associazione ANOTE/ANIGEA per l'anno 2017 per i non soci, kit congressuale, attestato di partecipazione, crediti formativi ECM, coffee break, lunch.

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Hotel NH Palermo

- Camera Doppia Uso Singola € 140,00
- Camera Doppia € 155,00
 condivisa 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 € _____

| | | |
|------------|---|---------|
| RIEPILOGO: | Iscrizione | € _____ |
| | Prenotazione alberghiera | € _____ |
| | Tassa di soggiorno € 2,00 x _____ notti per _____ pax | € _____ |
| | TOTALE da pagare | € _____ |

Il pagamento dovrà avvenire tramite BONIFICO BANCARIO (esente spese) intestato a: NEW CONGRESS S.R.L.
 Deutsche Bank - S.Agata sui Due Golfi - Massa Lubrese (NA) - IBAN: IT 80 B 03104 39970 000000820543
 con la seguente causale: Cognome e Nome – Iscrizione “Corso Nazionale ANOTE/ANIGEA – SIED Palermo 2017”

Termini e modalità di pagamento

- Le schede di iscrizione dovranno pervenire via fax entro e non oltre il 12/09/2017 e saranno valide solo se accompagnate dalla copia del bonifico.
- Le richieste di prenotazioni alberghiere dovranno pervenire entro il 27 luglio e saranno valide solo se accompagnate dal relativo pagamento.
- 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 12/09/2017 sarà restituito l'importo versato, detratto del 10% per rimborso spese.
- Per cancellazioni pervenute dopo il 12/09/2017, 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 _____



1° Corso
ANOTE/ANIGEA
Esaregionale del Sud



OBIETTIVO QUALITÀ

Presidenti del corso Teresa Iannone
Angela Minenna
Ivana Mastronardi

14 - 15 Ottobre 2017
Hotel Riva del Sole
Giovinazzo - Bari

Segreteria Nazionale
ANOTE/ANIGEA

www.anoteanigea.it
info@anoteanigea.it



ANOTE/ANIGEA - Obiettivo Qualità**Corso Esaregionale del Sud****SABATO 14/10/2017**

- 12.30 Registrazione partecipanti
 13.00 Cocktail di benvenuto
 14.30 Apertura dei lavori
- LETTURA MAGISTRALE**
 Competenze avanzate e specialistiche: quale futuro?
M.R. Amato (NA)

I SESSIONE**Le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali**

- 15.00 "Il PDTA nelle M. I.C. I., un'assistenza infermieristica avanzata"
F.M. Onidi (CA)
- 15.20 "IBD e Gravidanza. Studio Multicentrico"
R. Sinatoro (CZ)
- 15.40 Assistenza al paziente con M.I.C.I.: Percorso Articolato
F. Scarfò (RC)

DISCUSSIONE

II SESSIONE**L'Infermiere e lo Screening del Cancro del Colon-Retto**

- 16.40 Programmazione dello Screening del CCR: l'infermiere nella segreteria screening
P. Vaccaro (CS)
- 17.00 Ruolo dell'infermiere nel percorso dello Screening del cancro Colon-Rettale
V. Spadavecchia (BA)
- 17.20 Ruolo dell'infermiere nella colonscopia di qualità
G. Affinito (NA)
- 17.40 Screening CCR : dall'A.D.R. alla terapia endoscopica
R. Giganti (PZ)

DISCUSSIONE

DOMENICA 15/10/2017**III SESSIONE**

Competenze dell'Infermiere nella pratica dell'ERCP

- 09.00 L'Infermiere e l'ERCP: crescita professionale
M. Reale (NA)
- 09.20 ColangioRMN e colangoRMN con contrasto Vs Ecoendoscopia nelle diagnosi della via biliare extraepatica
M. Musico (ME)
- 09.40 Il trattamento endoscopico della litiasi della VBP
I. Mastronardi (BA)
- 10.00 Terapia Palliativa dei Tumori della via biliare principale -
F. Corrente (CS)

DISCUSSIONE

Coffee break

WORK SHOP

11.30 – 13.00

LE AZIENDE INFORMANO

13.30 test ECM e chiusura lavori



1° Corso
ANOTE/ANIGEA
Esaregionale del Sud



OBIETTIVO QUALITÀ



14 - 15 Ottobre 2017
Hotel Riva del Sole
Giovinazzo - Bari

SCHEDA DI ISCRIZIONE E PRENOTAZIONE ALBERGHIERA Da inviare via fax unitamente alla copia del pagamento al n. 081 878.05.64

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 consegue l'attestato)

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

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

ISCRIZIONE

- SOCIO ANOTE/ANIGEA in regola
 NON SOCIO ANOTE/ANIGEA

GRATUITO
€ 50,00

La quota d'iscrizione comprende: iscrizione all'associazione ANOTE/ANIGEA per l'anno 2018 per i non soci, kit congressuale, attestato di partecipazione, crediti formativi ECM.

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Hotel Riva del Sole

- Camera Doppia Uso Singola € 80,00
 Camera Doppia
condivisa con Sig. _____ € 95,00

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 € _____

| | | |
|------------|--------------------------|---------|
| RIEPILOGO: | 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 sui Due Golfi - Massa Lubrense (NA) - IBAN: IT 80 B 03104 39970 000000820543

con la seguente causale: Cognome e Nome - Iscrizione "1° Corso ANOTE/ANIGEA Esaregionale del SUD"

Termini e modalità di pagamento

- Le schede di iscrizione dovranno pervenire via fax entro e non oltre il 01/10/2017 e saranno valide solo se accompagnate dalla copia del bonifico.
- La lettera di conferma con il nome 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 01/10/2017 sarà restituito l'importo versato, detratto del 10% per rimborso spese.
- Per cancellazioni pervenute dopo il 01/10/2017, 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 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.

ACCONSENTO

Firma _____

