



Associazione Nazionale Operatori Tecnici Endoscopiche
Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Associati

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

IL "CAPITALE UMANO"
IN GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA:
BENESSERE, SICUREZZA, CONOSCENZA, ABILITÀ

PROGRAMMA

NAPOLI | HOTEL ROYAL CONTINENTAL
26-28 MAGGIO 2017

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

Carissimi Amici e Colleghi,

siamo ormai giunti alla XXVII edizione del nostro Congresso Nazionale, quest'anno abbiamo pensato di incontrarci nella splendida e contraddittoria città di Napoli.

Voluttuosa e colma di voglia di vivere, Napoli emana il fascino irresistibile di una città a cui gli estremi sembrano piacere molto.

A volte ricorda la polverosa Tangeri, a volte l'elegante Parigi. Poche città europee risultano così stimolanti e inebrianti. Occorre andare oltre l'apparenza per scoprire una metropoli raffinata, erudita e piena di sentimento. A ovest si allargano le vie dei Quartieri Spagnoli, così pittoreschi con panni stesi come festoni. A sud di Via Toledo, prima del quartiere Santa Lucia, la maestosa Piazza del Plebiscito, il Palazzo Reale e il grandioso Teatro San Carlo. Poco distante si trova Castel Nuovo (Maschio Angioino), che torreggia su Piazza Municipio.

Anche la cucina è una continua scoperta: pizza, pastiera, zeppole, ecc. Si può banchettare e godere di tali leccornie sentendo qualche classica melodia del posto o le splendide canzoni di Pino Daniele.

L'anno scorso il tema del Congresso "Il sistema Salute: umanizzare il tecnicismo per costruire la qualità" ha sottolineato l'importanza del confronto/collaborazione multiprofessionale.

A Maggio 2017 abbiamo scelto di continuare il discorso puntando l'attenzione sul valore degli infermieri di Endoscopia e Gastroenterologia.

Tratteremo argomenti rilevanti come il benessere e la sicurezza degli operatori, partendo dai rischi specifici in endoscopia, dall'analisi di questi e l'attuazione di una prevenzione mirata. Molti altri saranno i temi toccati, metteremo in risalto le competenze specifiche in alcuni settori, come PEG, consulenze infermieristiche, il rapporto UNI, ecc.

I relatori sono di elevata rilevanza scientifica, inoltre avremo la graditissima partecipazione delle società scientifiche mediche, della presidente e vicepresidente di ESGENA e della Federazione Nazionale IPASVI, che ci arricchiranno della visione europea e italiana.

Ci auguriamo che questo appuntamento rappresenti, oltre che un aggiornamento scientifico, anche un momento di aggregazione tra tutti gli associati per un rinnovato impegno a crescere insieme.

La domanda che aleggerà sul Congresso sarà "Se oggi Florence potesse vederci..." cosa penserebbe?

Vi aspettiamo numerosi e vi auguriamo un piacevole soggiorno.

Benvenuti a Napoli!

Cinzia Rivara, Maria Rosaria Amato, Giorgio Iori



PRESIDENTI DEL CONGRESSO

*Cinzia Teresa Rivara
Maria Rosaria Amato
Giorgio Iori*

CONSIGLIO DIRETTIVO ANOTE/ANIGEA 2017

Presidente

Cinzia Teresa Rivara

Vice Presidente

Alessandra Guarini

Segretario Nazionale

Monia Valdinoci

Coordinatore per delegati regionali

Teresa Iannone

Consiglieri

*Daniela Carretto
Antonella Giaquinto
Giorgio Iori*

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

*Alessandra Guarini
Giorgio Iori
Roberta Mattiola
Pierangelo Simonelli
Rita Sinatora
Monia Valdinoci
Tiziana Villa*

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

Con il patrocinio di





PROGRAMMA

VENERDI 26 MAGGIO

- 13:00 Registrazione Partecipanti
- 13:30 Brunch di benvenuto
- Sala Auditorium*
- 14:00 **Workshop**
Analisi del rischio nel ricondizionamento degli endoscopi: possibili soluzioni
C. Rivara (TO), F. Venneri (FI)
- AGGEI si presenta
Workshop
Evidence-Based Nursing (EBN): strategie e strumenti per incrementarne l'utilizzo
- 16:00 Saluti e presentazione di AGGEI
F. Scaldaferrì (RM)
- 16:10 Evoluzione e ruolo attuale dell'infermiere nella gastroenterologia moderna: Italia vs Europa
G. Ianiro (RM)
- 16:20 Il ruolo dell'infermiere nella gestione multidisciplinare delle malattie infiammatorie croniche intestinali: l'IBD nurse
E. Schiavoni (RM)
- 16:40 Il ruolo dell'infermiere nella ricerca clinica: l'esperienza dell'IBD research nurse
L. Turchini (RM)
- 17:00 Opportunità per gli infermieri e impiego delle nuove tecnologie: dalla partecipazione attiva alle società scientifiche agli studi di ricerca infermieristica
D. Napolitano (RM)
- 17:20 Dibattito, questions & answers

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

SABATO 27 MAGGIO

Sala Auditorium

08.30 APERTURA DEI LAVORI

Saluti Inaugurali
Presidente Federazione IPASVI
Presidente ESGENA
Presidente ANOTE-ANIGEA

I SESSIONE

**Benessere organizzativo e benessere personale:
un binomio indispensabile**

Presidente *A. Giaquinto (RM)*
Moderatori *G. Galloro (NA), C. Carbone (NA)*

09:00 “Se Florence oggi potesse vederci...” (video)

09:15 Il benessere organizzativo quale determinante di un’assistenza di qualità: il ruolo della Leadership
F. Zaghini (RM)

09:45 Io, tu, noi nel Conflitto
A. Infante (RM)

10:15 Tavola rotonda e discussione:
J. Brljak, J. Tillett, C. Carbone, C. Rivara, G. Galloro, F. Zaghini, A. Infante, A. Di Gemma

10:45 Coffee break



Sala Auditorium

II SESSIONE

Il rischio lavorativo

Presidente *T. Villa (MI)*
Moderatori *C. Cinque (NA), R. Sinatora (CZ)*

11.00

LETTURA MAGISTRALE

Strategie per il monitoraggio della qualità e dell'efficacia nel reprocessing dell'endoscopio
J. Brljak (ZG)

11:15

Disturbi Muscolo Scheletrici (DMAS): quale correlazione e prevenzione.
D. Carretto (AT), M. Carrivale (AT)

11:45

Le radiazioni ionizzanti: quale rischio per gli operatori e come prevenirlo
A. Tagliaferri (MI)

12:15

Alta frequenza: corretto utilizzo e sicurezza
C. Citterio (MI)

12:45

Rischi trasversali o organizzativi: lo stress da lavoro correlato
F. Venneri (FI)

13:15

Brunch buffet

Sala Aragonese

SESSIONE PARALLELA

Non accreditata ai fini ECM

1° Workshop Nazionale Anote/Anigea per Operatori Socio Sanitari (OSS)

Presidente *C. Rivara (TO)*

Moderatori *G. Iori (RE), A. Guarini (RM)*

- 11:15** Inquadramento giuridico
D. Cordioli (VR)
- 11:35** L'OSS in endoscopia digestiva
D. Cordioli (VR)
- 12:00** Percorso di inserimento
R. Mattiola (TO)
- 12:30** Quale futuro
D. Cordioli (VR)
- 13:00** Discussione



Sala Auditorium

14:00

SIMPOSIO

realizzato con il contributo educativo di OLYMPUS ITALIA

La Tracciabilità per una corretta gestione del percorso del paziente

III SESSIONE

Autonomia e nuove prospettive professionali per l'infermiere in endoscopia

Presidente *P. Simonelli (BS)*

Moderatori *M. Gaggiotti (PG), A. Di Franco (AT)*

15:00

Consulenza infermieristica e presa in carico ambulatoriale: risposta innovativa alle esigenze di salute

M.A. Alessandrini (TN), P. Flaim (TN)

15:30

Progetto “duo dopa-care”: esperienza infermieristica della regione CAMPANIA

M. R. Amato (NA)

16:00

Progetto “gestione PEG”: esperienza infermieristica della regione TOSCANA

P. Panoni (FI)

16:30

Nuovo D.Lgs. “Gelli” sicurezza delle cure: una possibile svolta per la nostra professione e per le associazioni

F. Venneri (FI)

17:00

Assemblea dei soci con intervento del webmaster per presentazione del nuovo sito ANOTE/ANIGEA

20:30

Cena sociale

DOMENICA 28 MAGGIO

Sala Auditorium

IV SESSIONE

La qualità si costruisce con i percorsi

Presidente *T. Iannone (RC)*
Moderatori *A. Minenna (BA), I. Mastronardi (BA)*

- 09:30** Presentazione Nuove Linee Guida PEG-PEGJ AIOSS-ANOTE
L. Nembrini (MI)
- 10:00** Trasformare le competenze in pratica: training di formazione
F. Grilli (RM)
- 10:30** Percorso per la Gestione del campione istologico in endoscopia
A. Guarini (RM)
- 11:00** Coffee break
- 11:30** Percorso di inserimento del nuovo personale infermieristico in endoscopia
A. Ferraro (EN)
- 12:00** Percorso di inserimento del personale OSS in un servizio di endoscopia
R. Mattioli (TO)
- 12:30** Gli ambienti in endoscopia quale futuro? Costruiamo una piastra endoscopica
F. Bossi (MB)
- 13:00** Premiazione Poster
- 13:30** Test ECM e Chiusura dei lavori



INFORMAZIONI GENERALI

SEDE DEL CONGRESSO

Hotel Royal Continental
Via Partenope, 38/44 – 80121 Napoli
Tel. 081 7644614

Per la partecipazione alle colazioni di lavoro del 26 e 27 maggio e alla cena sociale è obbligatoria l'esibizione del relativo ticket che sarà consegnato ad ogni partecipante al momento della registrazione.

SEGRETERIA

La segreteria del Congresso sarà attiva per tutta la durata dei lavori con i seguenti orari:

26 maggio 2017 venerdì	dalle ore 13.00 alle ore 18.00
27 maggio 2017 sabato	dalle ore 08.30 alle ore 18.00
28 maggio 2017 domenica	dalle ore 08.30 alle ore 14.00

La segreteria ANOTE/ANIGEA è al servizio dei Soci negli stessi orari della Segreteria Organizzativa per rispondere a qualsiasi richiesta di informazione societaria, per verificare e regolarizzare la quota associativa, per effettuare nuove iscrizioni all'Associazione.

QUOTE DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

SOCIO ANOTE/ANIGEA in regola con la quota associativa anno 2017	€ 185,00
SOCIO ANOTE/ANIGEA non in regola con la quota associativa anno 2017	€ 215,00
NON SOCIO ANOTE/ANIGEA	€ 260,00

La quota d'iscrizione comprende: iscrizione all'associazione ANOTE/ANIGEA per l'anno 2017 per i soci non in regola con la quota associativa anno 2017 e per i non soci, kit congressuale, attestato di partecipazione, crediti formativi ECM, brunch di benvenuto del venerdì, coffee break, working lunch del sabato, cena sociale del sabato.

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Al termine dei lavori congressuali sarà consegnato a tutti i partecipanti, regolarmente iscritti e che ne faranno richiesta alla Segreteria Organizzativa, l'attestato di partecipazione.

SESSIONE POSTER

Per partecipare alla sessione poster occorre inviare all'indirizzo info@anoteanigea.it entro il 25 aprile 2017, in formato word l'abstract relativo al progetto che si intende presentare, specificando: il nome del primo Autore, il nome dei coautori, la sede in cui la ricerca è stata svolta e il tema e gli obiettivi cui il poster si riferisce, la bibliografia.

Ogni Socio potrà presentare un solo poster a titolo personale.

Per presentare un poster è necessario che l'autore sia socio ANOTE/ANIGEA in regola con il pagamento della quota associativa anno 2017 e regolarmente iscritto al congresso.

La Segreteria Organizzativa provvederà a notificare l'accettazione o il rifiuto del poster inviato, entro il 10 maggio 2017.

Il poster accettato, che sarà poi affisso in apposita area dedicata in sede congressuale, dovrà avere le seguenti dimensioni 70x100cm.

Il Comitato Scientifico premierà il poster migliore, dopo la valutazione effettuata in base ai seguenti criteri: originalità, contenuto, esposizione e grafica.

E.C.M. – EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA



Rif. ECM n. 1065–191709 - ore formative 17 - partecipanti 400 - crediti assegnati: n.5,1

Nell'ambito del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina, promosso dal Ministero della Salute, il Congresso, in quanto evento formativo, risulta essere accreditato per la categoria Infermiere, Infermiere Pediatrico, Medico-Chirurgo disciplina: gastroenterologia.

La certificazione attestante l'acquisizione dei crediti formativi ECM sarà rilasciata solo a seguito della riconsegna dei questionari, delle schede di valutazione e delle schede anagrafiche correttamente ed interamente compilate, ed a seguito della verifica della presenza.



Ricordiamo che ai fini dell'attribuzione dei crediti sarà necessaria la presenza effettiva del 100% rispetto alla durata complessiva dell'evento formativo. La certificazione attestante l'acquisizione dei crediti sarà inviata agli interessati dopo il completamento delle procedure ministeriali previste.

COME RAGGIUNGERE L' HOTEL ROYAL CONTINENTAL

IN AUTO

Dall'autostrada, prendere la direzione Piazza Municipio/Porto, proseguire su via Acton, attraversare il Tunnel della Vittoria e seguire via Morelli. Dopo 100 m girare a sinistra per immettersi in piazza Vittoria.

Svoltare a sinistra per restare nella piazza e girare a sinistra in via Arcoleo. Poco prima dell'ingresso del Tunnel della Vittoria svoltare a destra in via Chiatamone. All'altezza del civico 54 svoltare a destra in via Dumas, alla fine della strada girare a sinistra per entrare nel garage dell'hotel.

IN TRENO

Dalla Stazione Centrale, prendere la metro Linea 1 (Garibaldi, poco fuori la stazione), in direzione Dante, e scendere a Toledo. Da lì è possibile raggiungerci in taxi, oppure con una piacevole passeggiata lungo via Toledo e attraverso piazza del Plebiscito.

IN AEREO

Dall'aeroporto Napoli Capodichino prendere la linea Alibus e scendere alla fermata Piazza Municipio.

Proseguire a piedi fino a via Acton e prendere il bus 154, scendere alla fermata Santa Lucia, l'hotel è a pochi passi.

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA



RACCOLTA ABSTRACT

PROGETTO “DUODOPA-CARE”: ESPERIENZA INFERMIERISTICA DELLA REGIONE CAMPANIA

Maria Rosaria Amato

Motivazione: L'effetto terapeutico della Levodopa, somministrata per via orale nella Malattia di Parkinson Avanzata (MPA), diviene progressivamente inefficace a causa delle complicanze che si instaurano anche a carico del sistema digestivo, quali il rallentato transito gastrointestinale ed il ridotto assorbimento del farmaco, ciò comporta l'incremento delle complicanze motorie (fluttuazioni motorie, discinesie con fasi di blocco motorio dette “off” e “on”) e non motorie (disturbi psichici, cognitivi, disautonomici, sensitivi) [2].

Metodi: Al fine di controllare le fluttuazioni è stata introdotta di recente, la terapia con la Duodopa®; un gel di Levodopa/Carbidopa, somministrato mediante l'impianto di una Gastrostomia Endoscopica Percutanea con estensione di un tubo intradigiunale (PEG-Jtube), per l'infusione continua mediante una pompa portatile. E' stato istituito un percorso assistenziale per la gestione della terapia della MPA che coinvolge figure professionali quali i neurologi, il gastroenterologo endoscopista, l'infermiere di endoscopia, l'infermiere del territorio ed il caregiver.

Risultati: Gli interventi infermieristici attuati nella gestione della PEG-Jtube, stomia, pompa d'infusione e l'interazione fra le varie figure professionali, hanno ridotto il rischio di insuccesso della procedura migliorando la compliance e i sintomi motori e non motori dei pazienti oltre alle possibili complicanze [3].

Conclusioni: Il corretto Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della MPA scaturito dalla partnership fra territorio e centro di riferimento, ha migliorato il successo neurofarmacologico oltre alla qualità di vita dei pazienti.

References:

1. Lee A, Gilbert RM., Epidemiology of Parkinson Disease, *Neurol Clin.* 2016 Nov;34(4):955-65
2. Connolly BS, Lang AE. Pharmacological treatment of Parkinson disease: a review. *JAMA.* 2014 Apr 23-30;311(16):1670-83
3. Zulli C, Sica M, De Micco R, Del Prete A, Amato MR, Tessitore A, Ferraro F, Esposito P., Continuous intra jejunal infusion of levodopa-carbidopa intestinal gel by jejunal extension tube placement through percutaneous endoscopic gastrostomy for patients with advanced Parkinson's disease: a preliminary study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2016 Jun;20(11):2413-7.

STRATEGIES FOR MONITORING QUALITY AND EFFECTIVENESS IN ENDOSCOPE REPROCESSING

Jadranka Brljak (MNS)

Department of gastroenterology and endoscopy unit KBC-Zagreb-Rebro - Croatia

The purpose of the lectures - to familiarize nurses and endoscopic technicians working on endoscopic disinfection, especially duodenoscope, endoscopic ultrasound, as the most critical disinfectant, and the way to take for microbiological testing, as well as to familiarize them with the standards that should be respected in relation to patient safety and Prevention of transmission of infection.

Today's generation of endoscopes, technically, is perfected by allowing its flexibility to be able to diagnose and treat organs as it was not possible with the previous generation of rigid endoscopes. However, the safety and quality of performing endoscopic procedures directly depends on the precleaning cleansing, disinfection, sterilization and storage of flexible endoscopes and auxiliary endoscopic supplies prior to each use. Namely, in addition to the various risk factors associated with these procedures, the risk of transmitting infection through the endoscope and the endoscope should be emphasized.

Therefore, it is important to establish standards for cleaning, disinfecting and sterilizing endoscopes and endoscopic equipment before any resection, whether the procedure is performed in a hospital, clinic, or private clinic. Namely, since the late 1970s there have been reports of hospital infections associated with endoscopic procedures. Bacterial infections caused by Salmonella, Helicobacter, Eneobacteriace, or Pseudomonas have been reported during endoscopy. Viruses such as hepatitis B (HBV) and hepatitis C (HCV) agents were also transmitted during endoscopy. Most of the reported cases were associated with non-compliance with the guidelines for reprocessing, ie cleaning, disinfection and sterilization of the endoscope. Additionally, the fungi can be transmitted by an endoscopic procedure. Patients with clinical latent infections (hepatitis, HIV, tuberculosis, salmonella, H. pylori infection, Chlostridium difficile) do not have to be aware of their chronic status and therefore all patients should be considered potentially infectious. It should be noted that tuberculosis is becoming more frequent infections. Due to the aforementioned dangers and recorded cases of infection, endoscopes and all ancillary endoscopic accessories must be reworked after each endoscopic procedure using a single, standardized reprocessing protocol.

References:

1. Preventing cross-contamination in endoscope processing: FDA safety communication. US Food and Drug Administration. <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm190273.htm>. Accessed December 9, 2015. [VB]
2. Beilenhoff U at al.ESGE-ESGENA quidelinee for quality assurance in reprocessing. Endoscopy 2007;39:175-181
- 3 Department of health – UK: Choice Framework for local Policy and Procedures 01-06 – Decontamination of flexible endoscopes: Operational management 2013
- 4 J.F. Rey et al;WGO / OMEG / Practice Guideline Endoscope Disinfection, 2005
5. Recommendation by the Robert Koch Institute "Hygiene requirements for reprocessing flexible endoscopes and endoscopic accessories" on the internet at (www.rki.de) _Prevention of Infection_Hospital Hygiene_Guidelines/Recommendations by the Commission for Hospital Hygiene
- 6.Lind N, Ninemeier JD, Bird BT; International Association of Healthcare Central Service Materiel Management. Central Service Technical Manual. Chicago, IL: International Association of Healthcare Central Service Materiel Management; 2007. [IVC]
- 7.ANSI/AAMI ST91:2015 Flexible and Semi-rigid Endoscope Processing in Health Care Facilities. Arlington, VA: Association for the Advancement of Medical Instrumentation; 2015. [IVC]

PERCHÉ VENIRE IN OSPEDALE...VENIAMO NOI

Carlesi Marina

I pazienti sottoposti a impianto di gastrostomia percutanea vengono successivamente affidati, per la gestione del device, al care giver operante sul territorio. L'eventuale insorgenza di complicanze può risultare difficoltosa e costringere al trasporto in ospedale dell'utente.

La mancata integrazione di competenze tra ospedale e territorio nella gestione PEG comporta difficoltà per il care giver, nella gestione anche di complicanze minori, spesso risolvibili anche a domicilio, incrementando il numero di accessi DEA e sovraccaricando anche la programmazione del servizio di endoscopia.

Per garantire maggiore integrazione tra ospedale e territorio è stato necessario realizzare in base alle criticità dell'utente: consulenze telefoniche, prestazioni ambulatoriali e visite programmate domiciliari, lì quali sono state effettuate da parte di un team di infermieri del servizio di Endoscopia Digestiva congiuntamente agli infermieri del ADI territoriale adeguatamente formati. Abbiamo inoltre creato una brochure informativa con le indicazioni sulla corretta gestione del device, un passaporto personale del paziente e una cartella informatizzata. Si è implementata l'attività formativa con corsi e ricerca ed è stato creato un passaporto personale degli operatori che certifichi nel tempo l'attività svolta.

Tutto ciò ha portato alla progressiva formazione dei Care Givers territoriali così da riservare il trasporto urgente in ospedale solo ai pazienti con problematiche maggiori ed alla riduzione progressiva dell'impegno degli infermieri del servizio di endoscopia.

Una buona comunicazione tra professionista, utente e Care Giver migliora la gestione dei portatori di PEG.

Sitografia:

1. Linee guida SINPE 2002 www.sinpe.org/area-servizi/contenuti-linee-guida-sinpe/
2. Linee guida ANOTE/ANIGEA 2009 www.anoteanigea.it/linee_guida
3. linee guida ANOTE 2016 www.anoteanigea.it/linee_guida
4. esperienza sul campo presso: Attività Infermieristica Domiciliare Specialistica U.O.S. di Nutrizione Artificiale – Azienda USL di Parma



DISTURBI MUSCOLO SCHELETRICI(DMAS): QUALE CORRELAZIONE E PREVENZIONE

Carretto Daniela¹, Carrivale Marco²

¹ *Coordinatore infermieristico SOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Osp. Cardinal Massaia ASL AT- Asti e componente consiglio direttivo ANOTE/ANIGEA.*

² *A.S.P.P. Servizio prevenzione e protezione Osp. Cardinal Massaia ASL AT- Asti.*

Introduzione: I rischi in ambiente di lavoro sono da tempo argomento della legislazione europea e italiana, come la relativa prevenzione, in quanto possibili cause di infortuni e malattie professionali. Assumono particolare rilevanza, in ambito endoscopico, le patologie da movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori, spesso definite con termini collettivi (cumulative trauma disorders, ripetitive strani injuries, occupational cervico-brachial disorders). La definizione oggi maggiormente condivisa è quella di UPPER LIMB WORK-RELATED MUSCOLOSKELETAL DISORDERS (U.L.WMSD's). Diventa quindi importante realizzare in ogni azienda una rilevazione attenta e una conseguente misurazione di tali rischi, in modo da porre in essere gli idonei correttivi a tutela della salute del lavoratore. Dunque occorre porsi come obiettivo la riduzione del rischio relativo all'attività endoscopica specifica, indipendentemente dalle variabili esterne non controllabili.

Metodi: Nell'ambito del miglioramento continuo di qualità, in ottica di analisi del rischio occorre affrontare il tema del rischio lavorativo relativo alla movimentazione dei carichi e alla ripetitività dei movimenti e alle posture obbligate. Tali aspetti vengono presi in considerazione dal legislatore nel decreto Legislativo 3 Agosto 2009 N. 106, nella Legge 7 Luglio 2009 N. 88 e nel Decreto Legislativo 9 Aprile 2008 n. 81 testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro. A tal fine si intende presentare un breve excursus legislativo e le patologie maggiormente correlate a tale rischio, per poi affrontare la metodologia relativa alla misurazione del rischio e le relative correzioni, a partire dall'esperienza dell'ASL AT Asti. Per l'esame del rischio professionale relativo alle azioni di sollevamento si è scelto di presentare il metodo NIOSH; il metodo OCRA è individuato in Europa per la costruzione di macchine ed in normativa internazionale ISO per la valutazione dei movimenti ripetuti degli arti superiori e delle posture incongrue, per cui è stato scelto per la rilevazione e valutazione di questo rischio. Per quanto riguarda le azioni di trasporto in piano di carichi, di traino e spinta non esiste un modello valutativo collaudato, allo scopo pertanto sono risultati utili una larga serie di studi di tipo psicofisico sintetizzati da SNOOK e CIRIELLO.

Risultati: Il rischio per il lavoratore non può essere ancora completamente eliminato, tuttavia la presa di coscienza dello stesso e la formazione degli operatori in merito alla necessità di compiere movimenti e assumere posture il più possibilmente conformi alla salvaguardia dell'apparato muscolo scheletrico, nonché la ricerca continua di miglioramento ergonomico delle sale, è un primo passo del processo di difesa della salute del lavoratore anche in questo ambito.

Riferimenti legislativi e bibliografici:

Decreto Legislativo 3 Agosto 2009 n° 106

Legge 7 Luglio 2009, n. 88 "Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee

Legge comunitaria 2008. (09G0100)" (S.O.G.U. n. 161 del 14.7.2009)

Decreto Legislativo 9 Aprile 2008 n. 81 TESTO UNICO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

Metodo NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health)

Metodo SNOOK e CIRIELLO

L'analisi e la gestione del rischio nel lavoro manuale e ripetitivo - Colombini e Occhipinti

CONSULENZA INFERMIERISTICA E PRESA IN CARICO AMBULATORIALE: RISPOSTA INNOVATIVA ALLE ESIGENZE DI SALUTE

Flaim Patrizia, Pretti Cinzia, Amadei M. Elena, Alessandrini Maria Angela

La consulenza dei professionisti sanitari non medici in Italia non è ancora per tutte le figure una realtà diffusa e consolidata come invece nel Regno Unito e in Australia. E' comunque un'esigenza sempre più sentita dai professionisti e sia i profili che i codici deontologici ne fanno esplicito riferimento.

L'aumento della complessità assistenziale, la necessità di dare risposte competenti alle esigenze assistenziali ed organizzative in ambiti di interesse infermieristico, e la presenza di professionisti con percorsi formativi post-base, hanno stimolato l'APSS di Trento e l'U.O. Multizonale di Gastroenterologia di Trento a promuovere un servizio di consulenza infermieristica in tre ambiti:

- gestione degli accessi nutrizionali (PEG, PEJ, SNG...)
- preparazioni intestinali difficili
- supporto ai pazienti con patologia cronica severa

La formalizzazione di tale attività, raggiunta nel 2016, ha rappresentato un traguardo significativo di un percorso lungo ed impegnativo.

E' stato infatti realizzato un servizio di consulenza riconosciuto dall'azienda, inserito in un sistema informativo integrato con quello aziendale, visibile anche dai MMG.

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.

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 evaluating 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) Evaluation 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 Clinical Nursing, 14, 45-54

Barelli P., Pallaoro Perli S., Strimmer S., Zattoni M.L. Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci? Assistenza infermieristica e ricerca, 2006, 25, 1



TRASFORMARE LE COMPETENZE IN PRATICA: TRAINING DI FORMAZIONE

F.Grilli, A. Di Gemma, C. Rivara, G. Costamagna

Motivazione: Negli ultimi vent'anni i profondi cambiamenti del SSN, un maggior livello di informazione e di consapevolezza raggiunta dai cittadini rispetto al tema "salute" pongono "la competenza" come elemento centrale delle professioni sanitarie.

Problema: Il corso di base non fornisce la preparazione necessaria per operare in maniera competente in un ambiente così specifico e delicato.

Metodo: La formazione e l'inserimento degli infermieri nei servizi di endoscopia digestiva sono considerati un momento critico per il neo inserito, la cui formazione passa attraverso il "processo di Mentoring", un percorso di apprendimento guidato da un collega più esperto finalizzato a promuovere le potenzialità individuali attraverso. La formazione stessa diventa una strategia per lo sviluppo e la valorizzazione delle risorse umane che giocano un ruolo essenziale nell'organizzazione del lavoro e determinano la differenza del servizio erogato.

Risultati: La consolidata esperienza di formazione sul campo sviluppata negli ultimi 25 anni presso il Policlinico "A. Gemelli", ha portato all'apertura dell'European Endoscopy Training Center (EETC), il primo esempio in Europa di struttura unicamente dedicata alla formazione di medici ed infermieri che operano in endoscopia digestiva. L'EETC è uno tra le prime strutture al mondo così concepite, riconosciuto come centro di riferimento per la formazione permanente dalla Società Italiana di Endoscopia Digestiva (SIED), dall'Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche e Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Associati (ANOTE ANIGEA), della Società Europea di Endoscopia Digestiva (ESGE) e da parte delle Organizzazioni Mondiali di Gastroenterologia e di Endoscopia (WGO-WEO). L'EETC, in collaborazione con numerose aziende interessate alla dimostrazione e alla distribuzione di nuove tecnologie afferenti all'endoscopia, ha raggiunto un elevato concentrato di tecnologie d'avanguardia dedicato alla formazione di gastroenterologi, endoscopisti, chirurghi, infermieri 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 l'EETC coprono una vasta gamma di problematiche cliniche e tecniche, quali il 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, la diagnostica e terapeutica dell'intestino tenue e del colon con endoscopia tradizionale e con videocapsula.

Dal 1987 ad oggi, più di duemila professionisti, tra Endoscopisti ed Infermieri, hanno preso parte ai periodi di formazione mensile ed annuale in Endoscopia Digestiva del Gemelli. Inoltre, la stessa Unità organizza ogni anno "Endolive", congresso di respiro mondiale caratterizzato da dimostrazioni dal vivo delle più recenti tecniche di endoscopia digestiva diagnostica e terapeutica, intervallate da letture magistrali tenute dai maggiori esperti mondiali e da mini-simposio su temi di particolare interesse. Dal 2017 l'EETC ha scommesso sulla formazione infermieristica con "Endocare", primo congresso al mondo per Infermieri organizzato sulla falsariga di "EndoLive". L'aspetto più rilevante e centrale di questo evento è l'elevato valore educativo arricchito dalla stretta interazione che si stabilisce durante i casi dal vivo tra i moderatori, gli esperti ed i partecipanti, che permette di promuovere la discussione di casi clinici e lo scambio di conoscenze e esperienze personali.

Bibliografia

1. Fontana F. Clinical Governance: una prospettiva organizzativa e gestionale. Milano Ed. Franco Angeli, Prima ristampa, 2006.
2. Degeling PJ et al. Because clinicians are the core of clinical work, they must be the heart of clinical governance. *BMJ* 2004;329:679-681.
3. NHS white paper: a first class service, 1998.5.
4. Cartabellotta A. La formazione residenziale degli operatori sanitari. In: Pressato L, Cartabellotta A, Bernini G et al. L'educazione continua in medicina. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2003.
5. Cortese C. Mentoring e formazione. *FOR - Rivista per la formazione* 2000; 33:21-56
6. Normann R. La gestione strategica dei servizi. Etas libri 1994
7. Benci L., Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. McGraw-Hill 1996
8. Linee guida per il master di primo livello infermieristica in area critica. D'Innocenzo M, Massai D, Gennaro R, Sasso L, Silvestro A, Valerio G, Vallicella F.
9. Proposta di programma per un modulo di formazione complementare. Associazione ANOTE. Alberani L, dall'Oglio I, Tincani M.

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,⁶ 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-ANIGEA 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 biptico 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 CONFLITTO NELLE RELAZIONI UMANE

Angela Infante

Perché il conflitto è importante? Perché è un aspetto fondamentale nelle relazioni umane è funzionale al processo di individuazione e al riconoscimento delle differenze. Anziché evitarlo, si può provare l'emozione di viverlo e di imparare ad attraversarlo, così da mantenere la relazione significativa, anche, nei momenti di tensione e di crisi.

Le dinamiche conflittuali che animano, di frequente, le situazioni lavorative e non solo, possono rendere faticoso lo svolgimento delle normali attività e rendere più indigesto il lavoro di ogni giorno, ma il conflitto è importante perché consente di dare una forma alla creazione delle differenze. Infatti, accade che l'Altro ci obblighi a considerare un punto di visto diverso dal proprio e ad allargare il proprio campo di comprensione e costruzione della realtà, si passa da situazioni di centrismo ad una sana visione relativa della realtà.

Il conflitto è, anche, una condizione intrapsichica, spesso sperimentiamo tensioni interne che vanno in direzioni opposte e che ci possono bloccare, annebbiando la nostra capacità di scelta, così diventa difficile imparare a contrattare con se stessi, a trovare un compromesso e una sintesi tra le parti di noi che si percepiscono in opposizione.

Il conflitto, fa parte dell'esistenza e non va confuso con la violenza. Nelle situazioni di conflitto si mettono in atto competenze relazionali, la violenza nasce, invece, proprio dall'incapacità di stare nelle situazioni di tensione e di contrasto e di negoziare tra posizioni differenti.

Quindi, il conflitto non è da evitare, ma bisogna imparare riconoscerlo, a prendere confidenza con esso, ad attraversarlo, in modo da riuscire a mantenere le relazioni anche quando non ci si trova in accordo, come succede spesso nelle relazioni di all'interno di un contesto, altamente complesso come quello sanitario. E' una magia che trasforma il "tu hai fatto/detto..." a "tu mi stai dicendo che quello che ho fatto/detto mi ha ferito..."; la magia della parola che ascolta il cuore.

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



PRESENTAZIONE NUOVE LINEE GUIDA PEG-PEGJ AIOSS-ANOTE

Laura Edvige Nembrini

L'idea di elaborare una linea guida riguardante la gestione della PEG/PEGJ nasce nel 2012 proprio da ANOTE in seguito al mio progetto di Tesi per il conseguimento del Certificato di Competenza in Stomatoterapia, Coloproctologia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico (corso di formazione AIOSS), in cui chiedevo la possibilità di creare una Linea Guida che fosse comune a tutti gli Infermieri sul territorio Nazionale indipendentemente dalla loro appartenenza o meno ad associazioni di categoria. Questa esigenza nasceva dall'aver verificato che i comportamenti erano molto differenti a seconda della formazione e della esperienza lavorativa dei singoli professionisti (operanti in reparti/ambulatori di Nutrizione, di Endoscopia, di Stomatoterapia) con evidenti disaccordi anche sui trattamenti (es: utilizzo di liquidi diversi per la disostruzione o posizionamento di garze sopra o sotto il fermo cutaneo). Si è quindi proceduto alla formazione di un gruppo di lavoro formato da componenti delle due associazioni che potessero portare competenze cliniche ma anche esperienza nella valutazione critica della letteratura e nella metodologia di sviluppo delle linee guida, collaborando nelle fasi di formulazione dei quesiti, nella ricerca bibliografica, nella valutazione metodologica degli studi con il Centro Studi EBN di Bologna che ha attuato una attenta supervisione ed ha fornito gli strumenti idonei di valutazione. Dopo la revisione si è provveduto ad assegnare un livello di prova secondo il sistema di grading scelto dal gruppo di lavoro (SIGN che permette di assegnare il grado di raccomandazione anche all'opinione di esperti se non presenti evidenze scientifiche). Sono state poi formulate le raccomandazioni assegnando ad ognuna un grado di forza. La versione finale delle Linee Guida risulta essere il risultato della revisione, della stesura di una prima bozza; della valutazione di un gruppo di esperti, esterni al gruppo, che hanno validato le raccomandazioni non basate sulle evidenze; una Consensus Conference successiva con i rappresentanti delle maggiori società scientifiche del settore, e di associazioni di pazienti. La prima pubblicazione risale al 2016 e verrà aggiornata ogni tre anni. Il risultato del lavoro vuole essere la risposta al Progetto iniziale per divenire un valido supporto per gli Infermieri affinché possano assicurare una assistenza appropriata, sicura ed efficiente, prevenendo o minimizzando le complicanze dall'impianto del presidio al suo utilizzo ed alla sostituzione quando necessaria. Nella esposizione valuteremo le criticità riscontrate nella pratica quotidiana e le modifiche apportate per il miglioramento della assistenza e la prevenzione delle complicanze.

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

PERCORSO STRUTTURATO DI AFFIANCAMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NEO-ASSUNTO/NEO-INSERITO 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, Esgena News;



LE RADIAZIONI IONIZZANTI: QUALE RISCHIO PER GLI OPERATORI E COME PREVENIRLO

Dott. Adriano Tagliaferri

La maggior parte delle procedure endoscopiche operative chirurgiche vengono eseguite in ambiente radiologico e necessitano dell'uso delle radiazioni ionizzanti.

E' assolutamente necessario quindi conoscere i principi generali di radioprotezione, la natura delle radiazioni ionizzanti usate ai fini medici e soprattutto i metodi per ottimizzare, ridurre e gestire al meglio i rischi connessi all'esposizione alle radiazioni sia per i pazienti che per gli operatori.

Dopo aver elencato le fonti ufficiali da cui sono desunte le norme internazionali e legislative di radioprotezione, vengono descritti i principi generali della radioprotezione stessa e, a seguire, le principali metodiche atte a ridurre il rischio legato all'esposizione a radiazioni ionizzanti per i pazienti e per gli operatori di endoscopia.

LA LEADERSHIP ETICA DEL COORDINATORE NEL DETERMINARE I COMPORAMENTI DEGLI OPERATORI

Francesco Zaghini

Obiettivo: L'obiettivo principale di questo studio è quello di esaminare l'influenza della leadership etica del coordinatore sulle emozioni (positive e negative) degli infermieri e sui comportamenti agiti durante la loro attività clinica.

Metodo: È stato somministrato un questionario in modalità cartacea, composto da scale validate e presenti in letteratura a un campione di 347 infermieri di una realtà ospedaliera universitaria. I dati sono stati analizzati con il test di correlazione di Pearson e con un modello di equazioni strutturali.

Risultati: Lo stile di leadership etico del coordinatore ha una stretta relazione con la messa in atto di comportamenti di cittadinanza organizzativa e dei comportamenti controproduttivi degli infermieri, dove le emozioni giocano un ruolo centrale. Le emozioni positive svolgono un ruolo di mediazione totale nella relazione tra leadership etica e comportamenti di cittadinanza organizzativa, mentre le emozioni negative sono un mediatore parziale nella relazione tra la leadership etica e comportamenti controproduttivi.

Conclusioni: La leadership etica agisce sui comportamenti agiti dagli infermieri, come definito nei processi di modeling. I comportamenti organizzativi degli infermieri sono cruciali per gli outcome delle strutture sanitarie. Pertanto la leadership etica del coordinatore condiziona indirettamente la qualità dell'assistenza e delle cure offerte ai malati.

Bibliografia

1. Argentero, P., Cortese, C. G., & Ferretti, M. S. (2008). An evaluation of organisational citizenship behaviour: psychometric characteristics of the Italian version of Podsakoff et al.'s scale. *TPM*, 15(2), 61-75.
2. Bandura, A. (1969). The role of modeling processes in personality development. *Social Learning in Childhood: Readings in theory and application* (pp.185-196). Belmont, CA: Brooks/Cole.
3. Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (pp. 1-46). Stanford, CA: General Learning Press.
4. Biagioli, V., Prandi, C., Giuliani, L., Nyatanga, B., & Fida, R. (2016). Prosocial behaviour in palliative nurses: psychometric evaluation of the prosociality scale. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(6), 292-298.
5. Bobbio, A., Rattazzi, A. M., & Muraro, M. (2007). Empowering Leadership Style in ambito sanitario. Uno studio sul coordinatore infermieristico. *leadership*, 6(7), 8.
6. Brown, M. E., Treviño, L. K., & Harrison, D. A. (2005). Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *Organizational behavior and human decision processes*, 97(2), 117-134.
7. Brown, M. E., & Treviño, L. K. (2006). Ethical leadership: A review and future directions. *The leadership quarterly*, 17(6), 595-616.
8. Cavanagh, J., Fisher, R., Francis, M., Gapp, R. (2012) Linking nurses' attitudes and behaviors to organizational values: implications for human resource management. *J Manage Organ*, 18(5), 673-684.
9. Ceylan, A., & Sulu, S. (2011). Organizational injustice and work alienation. *E+ M Ekonomie a Management*, 2, 65-78.
10. Chahal, H., Mehta, S. (2010). Antecedents and consequences of organisational citizenship behaviour (OCB): a conceptual framework in reference to health care sector. *J Serv Res*, 10(2), 25-44.
11. Chang, C. S., Chang, H. C. (2009). Perceptions of internal marketing and organizational commitment by nurses. *J Adv Nurs*, 65(1), 92-100.
12. Ciulla, J. B. (Ed.). (2014). *Ethics, the heart of leadership* 3rd Ed., ABC-CLIO. (pp. 1-236). Santa Barbara, CA.
13. Cropanzano, R., James, K., & Konovsky, M. A. (1993). Dispositional affectivity as a predictor of work attitudes and job performance. *Journal of Organizational Behavior*, 14(6), 595-606.
14. Den Hartog, D. N., House, R. J., Hanges, P. J., Ruiz-Quintanilla, S. A., & Dorfman, P. W. (1999). Culture specific and cross-culturally generalizable implicit leadership theories: Are attributes of charismatic/transformational leadership universally endorsed? *The Leadership Quarterly*, 10(2), 219-256.
15. Escriba-Aguir, V., Martín-Baena, D., & Pérez-Hoyos, S. (2006). Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *International archives of occupational and environmental health*, 80(2), 127-133.
16. Federazione Ispasvi, F. N. C. (2009). Codice deontologico dell'infermiere. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>. ultimo accesso 14 dicembre 2016.
17. Fida, R., Paciello, M., Barbaranelli, C., Tramontano, C., & Fontaine, R. G. (2014). The role of irritability in the relation between job stressors, emotional reactivity, and counterproductive work behaviour. *European Journal of work and organizational psychology*, 23(1), 31-47.
18. Fida, R., Paciello, M., Tramontano, C., Fontaine, R. G., Barbaranelli, C., & Farnese, M. L. (2015). An integrative approach to understanding counterproductive work behavior: The roles of stressors, negative emotions, and moral disengagement. *Journal of Business Ethics*, 130(1), 131-144.
19. Fineman, S. (1993) 'Organisations as emotional arenas', in FINEMAN, S. (ed.) *Emotion in Organisations*, London, Sage, p. 9-10.
20. George, J. M. (2000). Emotions and leadership: The role of emotional intelligence. *Human relations*, 53(8), 1027-1055.
21. González, M., Gras, M. E., Malo, S., Navarro, D., Casas, F., & Aligué, M. (2015). Adolescents' perspective on their participation in the family context and its relationship with their subjective well-being. *Child Indicators Research*, 8(1), 93-109.



22. Greenberg, J., Ashton-James, C. E., & Ashkanasy, N. M. (2007). Social comparison processes in organizations. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 102(1), 22-41.
23. Grojean, M. W., Resick, C. J., Dickson, M. W., & Smith, D. B. (2004). Leaders, values, and organizational climate: Examining leadership strategies for establishing an organizational climate regarding ethics. *Journal of business ethics*, 55(3), 223-241.
24. Ha, N. S., & Choi, J. (2002). The relationship among leadership styles of nurse managers, job satisfaction, organizational commitment, and turnover intention. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32(6), 812-822.
25. Ham, C. (2004). Migliorare la performance dei servizi sanitari: il ruolo della leadership clinica. *Politiche sanitarie*, 5(2), 70-74.
26. Hassan, S., Wright, B. E., & Yukl, G. (2014). Does ethical leadership matter in government? Effects on organizational commitment, absenteeism, and willingness to report ethical problems. *Public Administration Review*, 74(3), 333-343.
27. Hu, L. T., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*, 6(1), 1-55.
28. Jean-Marie, G., Normore, A. H., & Brooks, J. S. (2009). Leadership for social justice: Preparing 21st century school leaders for a new social order. *Journal of Research on Leadership Education*, 4(1), 1-31.
29. Keselman, D. (2012). Ethical leadership. *Holistic nursing practice*, 26(5), 259-261.
30. Kirkpatrick, S. A., & Locke, E. A. (1996). Direct and indirect effects of three core charismatic leadership components on performance and attitudes. *Journal of applied psychology*, 81(1), 36.
31. Klotz, A. C., & Bolino, M. C. (2013). Citizenship and counterproductive work behavior: A moral licensing view. *Academy of Management Review*, 38(2), 292-306.
32. Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: the cognitive-development approach to socialization. *Handbook of socialization: theory and research*. (pp. 1-134) Chicago: Rand McNally.
33. Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?. *Psychological bulletin*, 131(6), 803.
34. Makaroff, K. S., Storch, J., Pauly, B., & Newton, L. (2014). Searching for ethical leadership in nursing. *Nursing ethics*, 0969733013513213.
35. Miles, D. E., Borman, W. E., Spector, P. E., & Fox, S. (2002). Building an integrative model of extra role work behaviors: A comparison of counterproductive work behavior with organizational citizenship behavior. *International Journal of Selection and Assessment*, 10(1-2), 51-57.
36. Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2012). *Mplus user's guide* (seventh ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
37. Neubert, M. J., Carlson, D. S., Kacmar, K. M., Roberts, J. A., & Chonko, L. B. (2009). The virtuous influence of ethical leadership behavior: Evidence from the field. *Journal of Business Ethics*, 90(2), 157-170.
38. Niemeyer, J. R. L., & Cavazotte, F. D. S. C. N. (2016). Ethical leadership, leader-follower relationship and performance: a study in a telecommunications company. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, 17(2), 67-92.
39. Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., & Meretoja, R. (2014). Ethical climate and nurse competence-newly graduated nurses' perceptions. *Nursing ethics*, 22(8), 845-59. doi: 10.1177/0969733014557137.
40. Nunnally, I. C., Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
41. Nuti, S. (2008). Il sistema di valutazione della performance in sanità. Bologna: Il Mulino.
42. Organ, D. W., Podsakoff, P. M., & MacKenzie, S. B. (2005). Organizational citizenship behavior: Its nature, antecedents, and consequences. (pp. 1-350). Sage Publications.
43. Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Moorman, R. H., & Fetter, R. (1990). Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors. *Leadership Q*, 1(2), 107-142.
44. Sili, A., Fida, R., Zaghini, F., Tramontano, C., & Paciello, M. (2015). I comportamenti controproduttivi e il disimpegno morale degli infermieri quali possibili conseguenze dello stress lavoro correlate: validità e affidabilità delle relative scale di misura. *La Medicina del lavoro*, 105(5), 382-394.
45. Simpson, M. R. (2009). Predictors of work engagement among medical-surgical registered nurses. *West J Nurs Res*, 31(1), 44-65.
46. Solomon, R. C. (2004). Ethical leadership, emotions, and trust: Beyond "charisma". J. Ciulla (ed.), 83-102.
47. Spector, P. E., & Fox, S. (2002). An emotion-centered model of voluntary work behavior: Some parallels between counterproductive work behavior and organizational citizenship behavior. *Human Resource management review*, 12(2), 269-292.
48. Spector, P. E., & Fox, S. (2005). The Stressor-Emotion Model of Counterproductive Work Behavior. In S. Fox & P. E. Spector (Eds). *Counterproductive Workplace Behavior: Investigation of actors and target* (pp. 151-174) Washington, DC: APA.
49. Storch, J., Makaroff, K. S., Pauly, B., & Newton, L. (2013). Take me to my leader: The importance of ethical leadership among formal nurse leaders. *Nursing ethics*, 20(2), 150-57. doi: 10.1177/0969733012474291.
50. Trevino, L. K. (1986). Ethical decision making in organizations: A person-situation interactionist model. *Academy of Management Review*, 11(3), 601-617.
51. Van Katwyk, P. T., Fox, S., Spector, P. E., & Kelloway, E. K. (2000). Using the Job-Related Affective Well-Being Scale (JAWS) to investigate affective responses to work stressors. *Journal of occupational health psychology*, 5(2), 219.
52. Wallsten, T. S., Pleskac, T. J., & Lejuez, C. W. (2005). Modeling behavior in a clinically diagnostic sequential risk-taking task. *Psychological review*, 112(4), 862.
53. Weiss, H. M., & Cropanzano, R. (1996). Affective events theory: A theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. *Research in organizational behavior*, 18, 1-74.
54. Wright, T. A., Cropanzano, R., & Meyer, D. G. (2004). State and trait correlates of job performance: A tale of two perspectives. *Journal of Business and Psychology*, 18(3), 365-383.
55. Wu, L. Z., Kwan, H. K., Yim, F. H. K., Chiu, R. K., & He, X. (2015). CEO ethical leadership and corporate social responsibility: A moderated mediation model. *Journal of Business Ethics*, 130(4), 819-831.
56. Zaghini, F., Biagioli, V., Prandi, C., Fida, R., & Sili, A. (2015). Gli infermieri e il "Comportamento di Cittadinanza Organizzativa": contributo alla validazione italiana della scala di Podsakoff et al. *La Medicina del Lavoro*, 106(6), 460-471.

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

FACULTY

Alessandrini	Maria Angela	Trento
Amato	Maria Rosaria	Napoli
Bossi	Flavia	Macherio (MB)
Brljak	Jadranka	Zagabria
Carbone	Ciro	Napoli
Carretto	Daniela	Azzano d'Asti
Carrivale	Marco	Asti
Cinque	Cira	Napoli
Citterio	Cristian	Milano
Cordioli	Davide Antonio	Villafranca di Verona
Di Franco	Assunta	Asti
Di Gemma	Anna	Roma
Ferraro	Antonino	Villarosa (EN)
Flaim	Patrizia	Trento
Gaggiotti	Mirko	Gubbio (PG)
Galloro	Giuseppe	Napoli
Giaquinto	Antonella	Roma
Grilli	Fabio	Roma
Guarini	Alessandra	Roma
Ianiro	Gianluca	Roma
Iannone	Teresa	Reggio Calabria
Infante	Angela	Roma
Iori	Giorgio	Reggio Emilia
Mastronardi	Ivana Eva	Castellana Grotte (BA)
Mattiola	Roberta	Torino
Minenna	Angela Nicoletta	Bari
Napolitano	Daniele	Fonte Nuova (RM)
Nembrini	Laura Edvige	Milano
Panoni	Patrizia	Firenze
Rivara	Cinzia Teresa	Torino
Scaldaferri	Franco	Roma
Schiavoni	Elisa	Roma
Simonelli	Pierangelo	Bovezzo (BS)
Sinatora	Rita	Lamezia Terme (CZ)
Tagliaferri	Adriano	Milano
Tillet	Jayne	Londra
Turchini	Laura	Roma
Valdinoci	Monia	Firenze
Venneri	Francesco	Firenze
Villa	Tiziana	Como
Zaghini	Francesco	Roma

Con il contributo non condizionante di

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

3M Science.
Applied to Life.™

 CANTEL MEDICAL

COOK
MEDICAL

HP
Hospital Programs S.r.l.

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE

 m o s s

STERIS


 **SERVIZI
OSPEDALIERI**

 **ENDO-FLEX**®


M.G. LORENZATTO

ASE ENDOSCOPIA


CBC GROUP

 **farmec**
NUOVA
INDUSTRIA CHIMICO FARMACUTICA

INNOVA
medica

 **mdg**
medical devices group

Steelco


steritek
TECNOLOGIE PER LA STERILIZZAZIONE

Tecnobilife

ERBE

PENTAX

SEGRETERIA NAZIONALE
ANOTE/ANIGEA


new congress
EVENTS & COMMUNICATION

Tel./PBX 081 878 0564
www.anoteanigea.it
info@anoteanigea.it