



**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

SABATO

- 12.00 Registrazione partecipanti
- 12.30 Cocktail di benvenuto
- 13.00 Assemblea straordinaria Associati per apportare le modifiche statutarie necessarie all'ottenimento del riconoscimento di Società Scientifica.
- 15.00 Apertura dei lavori e Saluti Inaugurali
Presidente del Corso: T. Iannone (RC)
Presidente ANOTE/ANIGEA: C. Rivara (TO)

15:15 LETTURA MAGISTRALE

Competenze avanzate e specialistiche: quale futuro?
M.R. Amato (NA)

I SESSIONE

LE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

Presidente: A. Guarini (RM)
Moderatori: S. Andreula (BA), M. Mastronardi (BA)

- 15.35 Il PDTA nelle MICI: un'assistenza infermieristica avanzata.
Studio sui farmaci biosimilari
F.M. Onidi (CA)
- 15.55 IBD e Gravidanza
R. Sinatora (CZ)
- 16.15 Assistenza Infermieristica al paziente con M.I.C.I.
"Percorso Articolato"
R. Munno (FG)

DISCUSSIONE

II SESSIONEL'INFERMIERE E LO SCREENING DEL CANCRO
DEL COLON-RETTO

Presidente: D. Carretto (AT)
Moderatori: V. De Francesco (FG), A. Ferraro (EN)

- 17.00 Programmazione dello Screening del CCR: l'infermiere nella segreteria screening
P. Vaccaro (CS)
- 17.20 Ruolo dell'infermiere nel percorso dello Screening del cancro Colon-Rettale
V. Spadavecchia (BA)
- 17.40 Ruolo dell'infermiere nella colonscopia di qualità
M.T. Nutile (FG)
- 18.00 Screening CCR : dall'A.D.R. alla terapia endoscopica
R. Giganti (PZ)
- DISCUSSIONE
- 18.30 Riunione Tavolo Tecnico-Scientifico (TTS)

DOMENICA**III SESSIONE**

COMPETENZE DELL'INFERMIERE NELLA PRATICA DELL'ERCP

Presidente: G. Iori (RE)

Moderatori: L. Schirru (CA), A. Pisani (BA)

- 09.00 L'Infermiere e l'ERCP: evoluzione e crescita professionale
G. Maietta (CE)
- 09.20 ColangioRMN e risonanza magnetica con contrasto
Vs Ecoendoscopia nella diagnosi della malattia biliare
extra-epatica
M. Musicò (ME)
- 09.40 Il trattamento endoscopico della litiasi della VBP
I. Mastronardi (BA)
- 10.00 Trattamento endoscopico nelle neoplasie non operabili della via
biliare principale
F. Corrente (CS)

DISCUSSIONE

11.30 **WORKSHOP AZIENDALI**

Le polveri emostatiche nell'approccio endoscopico.
Lo stato dell'arte



Tecnologie innovative per semplificare situazioni di
emergenze e non



"INTRODUCER" tecnica percutanea-posizionamento
peg



"ENFIT" nuovo sistema per la nutrizione enterale

Sistema completo di disinfezione e conservazione
degli endoscopi



13.30 Chiusura lavori

Il QUESTIONARIO ECM potrà essere compilato online accedendo al sito www.newcongress.it attivo dal 17 ottobre dalle ore 09:00 sino alle ore 13:00 del 18 ottobre 2017.

Il questionario dovrà essere compilato entro tale orario.

ISTRUZIONI: entrare nella homepage, cliccare sul tasto in alto "CONGRESSI", poi sul titolo del corso frequentato e poi su "Questionari ECM online" ed infine inserire i propri dati di accesso all'area riservata che vi saranno inviati via e-mail dalla Segreteria Organizzativa il giorno 16 ottobre.



ABSTRACT

COMPETENZE AVANZATE E SPECIALISTICHE: QUALE FUTURO?**Maria Rosaria Amato**

Motivazione: A seguito della modifica dei bisogni di salute e della domanda di servizi conseguenti all'aumento delle patologie croniche degenerative, all'invecchiamento della popolazione e alle molteplici forme di fragilità ed al fine di consentire una diversa organizzazione del lavoro impostata sul riconoscimento del merito e delle diverse responsabilità degli infermieri, la Federazione Ipasvi ha presentato nel 2015 un progetto, che si richiama al Patto per la salute e ai contenuti della bozza di accordo tra Stato e Regioni.

Metodi: Le competenze avanzate degli infermieri rappresentano il normale sviluppo di una professione che, nei fatti, ha già compiuto in moltissime realtà sul territorio nazionali i passi indicati nell'accordo Stato-Regioni la cui bozza è stata approvata dalla Commissione salute delle Regioni fin nel 2013 e del comma 566 della legge di stabilità 2014. Le specializzazioni infermieristiche prendono corpo e necessitano dell'approfondimento disciplinare del processo di assistenza e successivamente disegnano le abilità tecniche degli infermieri, abilità da utilizzare nei processi di assistenza su tutto il territorio nazionale (wound care, gestione delle stomie, gestione dei picc, area critica, case manager ecc.). Pertanto è necessaria una adeguata visibilità "organizzativa" con riconoscimento formale, giuridico ed economico.

Conclusioni: E' necessario dare maggiore forza e spazio alle potenzialità dei professionisti sanitari, rinnovare i modelli organizzativi e i processi di lavoro. Bisogna sviluppare reti multiprofessionali di presa in carico e di continuità assistenziale, affinché le competenze specialistiche degli infermieri entrino a regime nel sistema salute in maniera sicura e appropriata, per loro e per i nostri cittadini.

Bibliografia

1. Advanced nursing practice: strategies for training and knowledge building Maria Lúcia Zanetti
2. Rivista L'Infermiere N°3 - 2015 IPASVI
3. D.M.739 del 1994
4. Codice deontologico- 2009
5. D.Leg 42 del 2003
6. D.Leg 43 del 2006
7. Progetto IPASVI-Documento approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con delibera n. 79 del 25 aprile 2015
8. www.ipasvi.it

IL PDTA NELLE MICI: UN'ASSISTENZA INFERMIERISTICA AVANZATA. STUDIO SUI FARMACI BIOSIMILARI

Onidi Francesca Maria, Simbula Sara, Vacca Valeria, Binaghi Laura,
Pellecchia Michela, Cabras Francesco, Mocchi Giammarco
AOB Cagliari

Introduzione Le Malattie infiammatorie croniche intestinali, Malattia di Crohn e Rettocolite Ulcerosa (MICI), colpiscono in Italia circa 200.000 pazienti, con un impatto crescente sulla spesa pubblica socio-sanitaria. Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), è un modello di cura multidisciplinare centrato sul paziente, con l'obiettivo di garantire uno standard omogeneo di cure su tutto il territorio nazionale e un efficace utilizzo delle risorse economiche. Di questo modello di cura l'assistenza infermieristica avanzata riveste un ruolo fondamentale. L'uso di farmaci biologici anti-TNFa ha migliorato il decorso di queste patologie, tuttavia, l'elevato costo di queste terapie rende necessaria la messa in atto di strategie atte a garantire la sostenibilità della spesa. Tra queste riveste un ruolo significativo l'impiego dei biosimilari.

Obiettivo L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di valutare il risparmio della spesa legato all'introduzione del farmaco biosimilare, e nell'ottica dell'assistenza specializzata, l'aderenza dei pazienti alla suddetta terapia dopo il counseling infermieristico.

Materiali e metodi Sono state analizzate tutte le dispensazioni di infliximab a partire dal 01/11/2015 sino al 30/04/2017, suddividendole a seconda della patologia. Sono stati definiti "naive" i pazienti a cui la terapia con infliximab è stata iniziata direttamente con il medicinale biosimilare, mentre "switch" i pazienti a cui è stato inizialmente somministrato il medicinale originator e che sono passati al biosimilare in un secondo momento. Tutti i pazienti trattati con il biosimilare, naive o switch, hanno ricevuto dall'infermiera del centro un foglio illustrativo contenente informazioni generali sul razionale d'impiego del farmaco.

Risultati Il numero di pazienti totali trattati con infliximab dal 01/11/2015 al 30/04/2017 è stato di 73, di cui 34 (47%) per Colite Ulcerosa e 39 (53%) per Malattia di Crohn. Il biosimilare è stato somministrato a 28 pazienti (38,4 % del totale), 21 naive (75%) e 7 switch (25%). Tra questi, 13 pazienti (46%) erano affetti da C.U e 15 (54%) da M.C. Nel periodo di osservazione c'è stato un incremento notevole del farmaco biosimilare, passando da 91 flaconi (2015) a 149 flaconi (2017). Tutti i pazienti a cui è stato proposto il farmaco biosimilare hanno acconsentito al trattamento.

Conclusioni Con questo studio è stato possibile osservare l'andamento delle prescrizioni del medicinale infliximab per il trattamento delle MICI presso la nostra Azienda. Si è osservato un costante incremento nella prescrizione del medicinale biosimilare, sia in pazienti naive che in pazienti che avevano precedentemente assunto il medicinale originator. L'esito della ricerca è stata possibile grazie alla collaborazione tra più figure professionali, farmacisti, clinici e infermiere specialista nelle MICI.

Bibliografia/ sitografia

1. Coordinamento nazionale associazione malati cronici, et al. PDTA MICI 2014;49-52
2. Rossini M, Biosimil 2017; 9-12
3. WWW.nbc.nlm.nih.gov/pubmed. Accesso giugno 2017

IBD E GRAVIDANZA

Rita Sinatora
A.O.P.C Pugliese Ciaccio *Catanzaro*

Introduzione: Le MICI coinvolgono prevalentemente le donne in età fertile, molte di loro esprimono il desiderio di maternità, nutrendo dei timori a riguardo : per la difficoltà al concepimento, problematiche durante la gravidanza, sia per la malattia e sia per le terapie praticate e le conseguenze al nascituro. Molti pazienti temono di trasmettere la malattia al nascituro e spesso preferiscono tollerare i sintomi piuttosto che assumere i trattamenti farmacologici. Il medico specialista e l'infermiere dovrebbero quindi dedicarsi ad un attento counseling della paziente, meglio se prima del concepimento, per prevenire una futura aderenza alla terapia.

Scopo: Valutare nello studio retrospettivo l'andamento delle gravidanze delle pazienti con MICI.

Metodi: Nello studio è stato valutato: tipo di malattia (MC o RCU) ; attività della malattia nel periodo del concepimento; terapia nel periodo del concepimento; terapia durante la gravidanza; aderenza alla terapia; settimane gestazionale; valutato l'espletamento del parto (taglio cesareo o parto spontaneo); peso del neonato; presenza di malformazioni. Risultati: In riferimento allo studio sostenuto dalla Crohn's and Colitis Foundation of America (2014), le donne con malattia infiammatoria intestinale possono continuare tranquillamente il loro trattamento con azatioprina o con agenti anti TNF alfa durante la gravidanza per mantenere la remissione della malattia. Questo importante dato deriva da un'analisi condotta su 1289 donne e 1039 neonati. Il trattamento di questi farmaci, non produrrebbe effetti negativi sullo sviluppo del bambino.

Conclusioni: I risultati dello studio hanno dimostrato che l'attività della malattia al momento del concepimento o durante la gravidanza è associata ad alta incidenza di parto prematuro con conseguente basso peso alla nascita. Rischio di malformazioni congenite non sembra essere aumentato, i parti cesarei sono più frequenti nei pazienti con MICI che nella popolazione generale. L'esposizione a farmaci con MICI (sulfasalazine, cortisone, immunosoppressore, anti TNF) non suscitano aumentati rischi per la paziente e loro nascituro, seguendo i consigli del team dedicato. Adeguato trattamento farmacologico dovrebbe essere mantenuto durante la gravidanza.

Bibliografia

1. Long-term safety of Anti- TNF drugs during pregnancy; Dotan I. et al. Maternal inflammatory bowel disease has short and long- term effect on the health of their offspring: a multicenter study in Israel. *J Crohns Colitis*. 2013 Aug; Bortlik M. et al. Impact of anti-tumor necrosis factor alpha antibodies administered to pregnant women with inflammatory bowel disease on long- term outcome of exposed children. *Inflamm Bowel Dis*. 2014 Mar; Based Consensus on Reproduction and Pregnancy in Inflammatory Bowel Diseases"

ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE CON MICI: UN PERCORSO ARTICOLATO

RAFFAELA MUNNO
Ospedale Riuniti *Foggia*

Le Malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) rappresentano una sfida per la medicina, dovuta alla complessità dei quadri clinici che spesso si devono fronteggiare. Negli ultimi anni si è assistito a una vera rivoluzione nella diagnosi e terapia di queste patologie, grazie all'introduzione dei farmaci biologici.

Il ruolo dell'infermiere nell'assistenza a tale tipologia di paziente, si è via via modificato, non essendo più una mera assistenza durante l'atto endoscopico o al letto del malato nei casi più complessi ospedalizzati, ma anche una sorta di specializzazione nella somministrazione delle nuove terapie con farmaci biologici, sottocute e endovena, e nel monitoraggio post-procedurale degli effetti delle stesse.

L'attenzione di questo lavoro si focalizza sugli aspetti organizzativi e tecnici di questo nuovo ruolo dell'infermiere nell'assistenza al paziente con MICI, sulla base dell'esperienza e della casistica fatta nell'unità operativa Dell'Ospedale Riuniti di Foggia dove lavoro.

Bibliografia

1. www.ig-ibd.com/medias/168-rapporto-pdta-mici-2014
2. amiciitalia.eu/index.php/notizie/news/771-linee-guida-efcca-in-italiano

PROGRAMMAZIONE DELLO SCREENING DEL CCR: L'INFERMIERE NELLA SEGRETERIA SCREENING

Pietro Vaccaro
ASP Cosenza

Uno dei principali obiettivi della medicina è diagnosticare una malattia il più precocemente possibile. In alcuni casi, identificare una malattia prima che si manifesti clinicamente può salvare la vita, come è stato dimostrato, per esempio, per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto. Lo screening di popolazione è un programma con cui l'azienda sanitaria invita direttamente le persone, offrendo un percorso che prevede un test di primo livello ed eventuali accertamenti diagnostici o trattamenti successivi.

Obiettivi dello screening Lo screening del tumore del CCR mira a identificare precocemente le forme tumorali invasive, ma anche a individuare e rimuovere possibili precursori (polipi).

Evidenze scientifiche La ricerca del sangue occulto fecale (Sof) è associata a una riduzione della mortalità per CCR. Questo effetto protettivo, già osservato in numerosi studi caso-controllo, è stato confermato in quattro trial randomizzati 1.

Sof immunochimici: sono specifici per l'emoglobina umana e non richiedono alcuna restrizione dietetica, a beneficio dell'accettabilità del test. Sono utilizzati su un solo campionamento, presentano un migliore bilancio sensibilità-specificità e un miglior rapporto costo-benefici rispetto al test al guaiaco. I test immunochimici hanno un migliore rapporto costo-benefici e sono offerti come test di primo livello.

Nell'ASP di Cosenza è attivo dal 2009 il programma di Screening del CCR, nella Segreteria Organizzativa sono presenti varie figure professionali, medici, biologi, una ostetrica e un Infermiere Coordinatore con funzioni organizzative sia sul primo (Sof) che sul secondo livello di screening (colonscopia).

Modalità organizzative del programma di screening per i tumori del colon retto nell'ASP di Cosenza: Invito e consegna del test Sof immunochimico di primo livello, ogni due anni, alla popolazione di entrambi i sessi di età compresa tra 50 e 70 anni.

Riconsegna, trasporto e conservazione dei campioni:

Comunicazione dell'esito:

in caso di esito negativo, si invia una lettera di risposta.

In caso di esito positivo i pazienti vengono contattati e informati della necessità di ulteriori approfondimenti, e viene comunicata loro la data e il centro dove effettuare la colonscopia.

Azioni fondamentali per il secondo livello:

Conoscere la distribuzione delle strutture, delle risorse e delle competenze presenti sul territorio

Costruire una Rete Aziendale finalizzata alla riorganizzazione delle strutture e delle risorse.

Fare applicare i protocolli e le procedure standardizzati, con particolare attenzione all'appropriatezza d'uso delle tecnologie, dei farmaci, del reprocessing dello strumentario endoscopico e degli accessori, dello stoccaggio, ecc..

Fare utilizzare gli indicatori previsti dalle linee guida per la valutazione del secondo livello

Formare tutto il personale coinvolto nel percorso screening con corsi aziendali obbligatori.

1. Towler B. et al. "Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, hemoccult". Cochrane Database Systematic Reviews, 2000; (2): CD001216.

RUOLO DELL'INFERMIERE NEL PERCORSO DELLO SCREENING DEL CANCRO COLON-RETTALE

Vittoria Spadavecchia
Policlinico *Bari*

Introduzione: Il carcinoma del colon-retto (CCR) costituisce un importante problema di salute pubblica che, per la sua alta frequenza e la sua storia naturale, rappresenta il candidato ideale per uno screening di popolazione. Lo screening del cancro del colon viene eseguito con la ricerca del sangue occulto fecale ogni due anni, a partire dai cinquanta fino ai 69 anni. In caso di risultato positivo, verrà programmato un colloquio in ospedale con il personale dell'unità di endoscopia e verrà poi programmata la colonscopia.

Obiettivo: Il ruolo dell'infermiere nel percorso dello screening è quello di motivare il paziente e migliorare l'adesione al programma di screening.

Metodo: Nella fase pre-endoscopica l'infermiere ha un ruolo motivazionale ed educativo. Deve fornire al paziente informazioni sulla preparazione intestinale e sulla metodica di esecuzione della colonscopia. Nella fase intra-procedurale è un ruolo prevalentemente assistenziale. Deve eseguire inoltre una breve anamnesi volta alla valutazione preliminare della preparazione intestinale, fattore fondamentale per l'esecuzione di un esame il più possibile completo ed accurato, e alla sospensione di farmaci anticoagulanti, per evitare di esporre il paziente ad un maggior rischio di complicanze a breve termine. E' inoltre importante la collaborazione con l'endoscopista per l'individuazione di eventuali lesioni. Nella fase post-endoscopica ha un ruolo di counseling, rafforzando le informazioni fornite dal medico sulle possibili complicanze a breve termine e sull'inserimento del paziente in programmi di sorveglianza a lungo termine.

Conclusione: In conclusione possiamo dire che una corretta formazione infermieristica è fondamentale per l'adesione al programma di screening e la sua efficacia.

Bibliografia

1. Zorzi M, Falcini F, Ravaioli A. I dati di attività 2005 Convegno Nazionale GISCoR 2006 Bologna. Disponibile all'indirizzo URL www.osservatorionazionale screening.it/
2. Quintero E, Castells A, Bujanda L, et al "Colonoscopy versus Fecal Immunochemical Testing in Colorectal-Cancer Screening" *NEJM* 2012; 366:697-706
3. Stoop E, De Haan M, D e Wijkerslooth T. R et al, "Participation and yield of colonoscopy versus non-cathartic CT colonography in population-based screening for colorectal cancer: a randomised controlled trial". *Lancet Oncol* 2012
4. Gerson LB1, Triadafilopoulos G, Gage BF. "The management of anticoagulants in the perendoscopic period for patients with atrial fibrillation: a decision analysis." *Am J Med.* 2004 Apr 1;116(7):451-9
5. Fatima H1, Johnson CS, Rex DK. "Patients' description of rectal effluent and quality of bowel preparation at colonoscopy." *Gastrointestinal Endoscopy*, 2010 Jun;71(7):1244-1252
6. Lee CK1, Park DI, Lee SH et al, "Participation by experienced endoscopy nurses increases the detection rate of colon polyps during a screening colonoscopy: a multicenter, prospective, randomized study" *Gastrointest Endosc.* 2011 Nov;74(5):1094-102
7. Rex DK and ASGE/ACG. "Taskforce on Quality in Endoscopy. Quality indicators for colonoscopy" *Gastrointestinal Endoscopy* 2006;63(4 Suppl):16-28
8. Crotta S, Grazzini G, Mantellini P et al, "L'organizzazione dello screening del carcinoma del colon-retto in Italia". *Giornale Italiano di Endoscopia Digestiva.* 2007;30:69-74

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA COLONSCOPIA DI QUALITÀ

Maria Teresa Nutile

Motivazione: Nell'era del Team Multidisciplinare e della Responsabilità Professionale, una Colonscopia di Qualità (CdQ) deve avere come risultato ottimale l'esplorazione di tutto il colon in più del 95% dei casi, mediante una ottimale preparazione intestinale, il riconoscimento di tutte le patologie clinicamente rilevanti, adeguata campionatura delle lesioni, resezione completa dei polipi coloretali. Inoltre, deve garantire l'assenza di dolore, prevenendo e trattando eventuali complicanze (1).

Problema: Purtroppo, una preparazione inadeguata si registra fin nel 25-30% delle colonscopie ed è responsabile di oltre il 20% delle procedure incomplete. Il grado di pulizia del viscere condiziona l'efficacia e la sicurezza dell'esame, incidendo sui costi, sull'identificazione delle lesioni e sul grado di discomfort del paziente (2). Per fornire giudizi sull'erogazione della prestazione e sui suoi esiti, bisogna identificare parametri quali gli Indicatori di Qualità (IdQ).

Metodo: Gli (IdQ) di una CdQ in ogni Unità di Endoscopia Digestiva sono quelli correlati alla struttura, e quelli relativi alla procedura ed all'esito: IdQ pre-procedura, IdQ intra-procedurali, IdQ post-procedurali. Altro IdQ fondamentale dovrebbe essere il training e retraining degli endoscopisti e degli infermieri. Infatti non è sufficiente acquisire una adeguata competenza, ma è necessario anche mantenerla nel tempo (5). L'audit clinico in questo scenario costituisce uno strumento fondamentale quale IdQ costituendo uno strumento di misure "auditabili" per medici ed infermieri. Poca attenzione ancora oggi è la valutazione dell'impatto del training del personale infermieristico sulla CdQ (6).

Conclusioni: Nello scenario della CdQ si rileva quanto sia importante il "fattore umano", l'evoluzione tecnologica e le competenze avanzate e specialistiche.

Bibliografia

1. D.M. 739 del 1994
2. E.Ricci. La Qualità della Colonscopia: come si raggiunge e come si mantiene, Giorn Ital End Dig 2013;36:115-119
3. G.Rotondano La preparazione intestinale: esiste un gold standard?
4. Bowles CJ, Leicester R, Romaya C, Swarbrick E, Williams CB, Epstein O. A prospective study of colonoscopy practice in the UK today: are we adequately prepared for national colorectal cancer screening tomorrow? Gut 2004;53:277-283.
5. Leufkens AM, van Oijen MGH, Vleggaar FP, Siersema PD. Factors influencing the miss rate of polyps in a back-to-back colonoscopy study. Endoscopy 2012;44:470-475.
6. Rex DK et al. ASGE/ACG Taskforce on Quality in Endoscopy. Quality indicators for colonoscopy. Am J Gastroenterol 2006;101:873-85.
7. F.Radaelli, G.Minoli. Indicatori di qualità della colonscopia, Giorn Ital End Dig, 2007;30,63-67
8. Dellon ES, Lippmann QK, Galanko JA, Sandler RS, Shaheen NJ. Effect of GI endoscopy nurse experience on screening colonoscopy outcomes. Gastrointest Endosc 2009;70(2):331-343.

SCREENING CCR: DALL' ADR ALLA TERAPIA ENDOSCOPICA**Raffaella Giganti**

Motivazione: lo screening del tumore del colon retto mira ad identificare precocemente le forme tumorali invasive e a rimuovere i suoi precursori.

Problema: Non sempre un'indagine altamente invasiva raggiunge lo scopo prefisso A.D.R.

Metodo: Il raggiungimento di tale obiettivo è possibile solo con una colonscopia cosiddetta di qualità. Gli indicatori di qualità sono:
preparazione intestinale ottimale;
Intubazione del cieco almeno nel 95% delle colonscopie;
tempo di uscita dello strumento non inferiore a 6 - 10 minuti.

Risultati e Commenti: Una stretta aderenza ai criteri di una colonscopia di qualità deve comportare: A.D.R. uguale o maggiore del 20% delle colonscopie di screening; un consistente training e una sufficiente esperienza dell'operatore in ambito di screening con un minimo di 300 colonscopie anno; Polipectomia uguale o maggiore del 90% dei polipi diagnosticati.

Bibliografia

1. R.Lorenzetti: sorveglianza post-polipectomia: le nuove linee-guida europee.Giornale italiano endoscopia digestiva 2011;34:117-121
2. G.Rotondaro: la preparazione intestinale: esiste un gold standard? Giornale italiano Endoscopia-Digestiva.2013;36:141-145
3. C.Senore,M.Zappa,M.Zorzi: Update sullo screening dei tumori coloretali in Italia. Giornale Italiano Endoscopia digestiva 2015;38:287-291
4. E.Ricci: La qualità della colonscopia: come si raggiunge e come si mantiene.Giornale Italiano Endoscopia Digestiva 2013;36:115-119

L' INFERMIERE E LA ERCP: EVOLUZIONE E CRESCITA PROFESSIONALE

Maria Giovanna Maietta

Negli ultimi anni, la Colangio-Pancreatografia Retrograda Endoscopica (CPRE) nel trattamento diagnostico delle patologie bilio-pancreatiche è stata ampiamente sostituita da modalità di imaging non invasive; essa è divenuta una procedura prevalentemente terapeutica. Il ruolo dell' infermiere di endoscopia, oggi Infermiere Specialista, si va sempre di più diffondendo in Italia, in seguito a percorsi di studio, aggiornamenti specifici, formazione ed esperienza sul campo. L' evoluzione normativa, deontologica e professionale dell' infermiere individua alcuni elementi di innovazione che costituiscono e caratterizzano l'attuale responsabilità infermieristica, sia di tipo clinico assistenziale sia di tipo gestionale organizzativa, rafforzata anche dall' entrata in vigore della Lg.n. 24/2017 conosciuta come Legge Gelli; aspetti di innovazione sempre e comunque riconducibili all' esercizio di una professione intellettuale. Si sviluppa quindi un Infermiere Specialista o Nurse Practitioner, che attua in una logica di responsabilità condivisa con le altre professioni sanitarie una assistenza efficace ed efficiente, volta ad una preventiva valutazione ed attuazione di misure infermieristiche che contribuiscono ad una riduzione di potenziali eventi avversi assistenziali e procedurali. In tale contesto ha la capacità di cooperare e prendere decisioni complesse, esercitare competenze clinico-assistenziali specifiche, determinando un miglioramento della qualità e sicurezza orientate alle esigenze e al diritto di salute della persona, fondato su valori condivisi, in cui l' assunto di una posizione di garanzia verso il paziente obbliga il professionista infermiere ad assumere la responsabilità di tutte le implicazioni (Prevedibili, valutabili ed evitabili) di tale tecnica endoscopica.

Key Words

Nursing, Professional responsibility, Guilt, Autonomy, Skill

Bibliografia e Riferimenti Normativi

1. Agosta, L.J. (2009). Patient satisfaction with nurse practitioner-delivered primary healthcare services. *J AmAcad Nurse Pract.*, 21:610-617.
2. Agrawal D, Shoup V, Montgomery A, Wosik J, Rockey DC. Disposal of Endoscopic Accessories After Use: Do We Know and Do We Care? *GastroenterolNurs.* 2017 Jan/Feb;40(1):13-18.
3. Alvaro, R., Amato, S., & Barbato, N. (2007). Strategie Sanitarie applicate alle Scienze Infermieristiche. SEU Roma.
4. Anderson, R.M., & Funnell, M.M. (2009). Patient Empowerment: Myths and misconceptions (in press). *Patient Education and Counseling* doi:10.1016
5. Barbieri, G., & Pennini, A. (2008). La responsabilità dell'infermiere. Carocci, Roma
6. Barkauskas, V.H., Pohl, J.M., Tanner, C., Onifade, T.J., & Pilon B. (2011). Quality of care in nurse-managed health centers. *NursAdm Q.* Jan-Mar;35(1):34-43.
7. Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *J Clin-Nurs*, 18:2539-46.
8. Baumberger, D., Burgin, R., Bartholomeyczik, S. (2014). Variability in nursing workload within Swiss Diagnosis Related Groups. *Pflege*, Apr, 27
9. Beilenhoff, U., & Neumann, G.S. (2011). Quality assurance in endoscopy nursing. *Best Pract Res ClinGastroenterol*, Jun;25(3):371-85.
10. Bellini, L., Guastalli, G., & Minestrini, C. (2008). Le competenze infermieristiche di base e le competenze avanzate: strumenti e strategie. *Nursing Oggi*, 2: 6.
11. Borgioli, M., Chiappi, S., & Bini, B. (2010, a). La valutazione delle competenze dall'analisi della letteratura alla proposta di un progetto di ricerca. *Professioni infermieristiche*, 63(4), 194-199.
12. Borgioli, M., Chiappi, S., & Bini, B. (2010, b). Un sistema per valutare le competenze nell'infermieristica: la definizione degli strumenti operativi. *Professioni infermieristiche*, 63(4), 200-204.
13. Bridges, G., Nicholson, C., & Maben, J. (2013). Capacity for care: meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship. *J advNurs*, 69(4), 760-772
14. Castoldi, M. (2011). Progettare per competenze. Percorsi e strumenti. Roma: Carocci,

15. Cennamo V, Fuccio L, Zagari RM, Eusebi LH, Ceroni L, LaterzaL, Fabbri C, Bazzoli F. Can early pre-cut implementation reduce endoscopic retrograde cholangiopancreatography-related complication risk? Meta-analysis of randomized controlled trials. *Endoscopy* 2010;42:381-8.
16. Costamagna G, Familiari P, Marchese M, Tringali A. Endoscopic biliopancreatic investigations and therapy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008;22(5):865-81.
17. Dumonceau JM, Andriulli A, Deviere J, Mariani A, Rigaux J, Baron TH, Testoni PA; European Society of Gastrointestinal Endoscopy. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline: prophylaxis of post-ERCP pancreatitis. *Endoscopy* 2010;42:503-15
18. Figueiredo FA, Pelosi AD, Machado L, Francioni E, Freitas G, Hatum PB, de Mello Perez R. Pre-cut papillotomy: a risky technique not only for experts but also for average endoscopists skilled in ERCP. *Dig Dis Sci.* 201 May;55(5):1485-9. doi: 10.1007/s10620-009-0860.
19. Guimaraes ES, Campbell EJ, Richter JM. The safety of nurse-administered procedural sedation compared to anesthesia care in a historical cohort of advanced endoscopy patients. *Anesth Analg.* 2014 Aug;119(2):349-56
20. Hochberger J, Tex S, Maiss J, Hahn EG. Management of difficult common bile duct stones. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2003;13:623-34.
21. Yoo KS, Lehman GA. Endoscopic management of biliary ductal stones. *Gastroenterol Clin North Am* 2010;39:209-27.
22. Lee S, Han JH, Lee HS, Kim KB, Lee IK, Cha EJ, Shin YD, Park N, Park SM. Efficacy and safety of a patient-positioning device (EZ-FIX) for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *World J Gastroenterol.* 2015 May 21;21(19):5995-6000.
23. Minami T, Sasaki T, Serikawa M, Kamigaki M, Yukutake M, Ishigaki T, Ishii Y, Mouri T, Yoshimi S, Shimizu A, Tsuboi T, Kurihara K, Tatsukawa Y, Miyaki E, Chayama K. Occupational Radiation Exposure during Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography and Usefulness of Radiation Protective Curtains. *Gastroenterol Res Pract.* 2014;2014:926876
24. Nilsson A, Grossmann B, Kullman E, Uustal E, Sjöberg F, Nilsson L. Sedation during endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a randomized controlled study of patient-controlled propofol sedation and that given by a nurse anesthetist. *Scand J Gastroenterol.* 2015;50(10):1285-92
25. Pålsson HI, Groth K, Permert J, Swahn F, Löhr M, Enochsson L, Lundell L, Arnelo U. Telemedicine: an important aid to perform high-quality endoscopic retrograde cholangiopancreatography in low-volume centers. *Endoscopy.* 2013;45(5):357-61. doi: 10.1055/s-0032-1326269.
26. Silveira ML, Seamon MJ, Porshinsky B, Prosciak MP, Doraiswamy VA, Wang CF, Lorenzo M, Truitt M, Biboa J, Jarvis AM, Narula VK, Steinberg SM, Stawicki SP. Complications related to endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a comprehensive clinical review. *J Gastrointest Liver Dis* 2009;18:73-82.
27. Smith A, Silvestro L, Rodriguez RE, Austin PN. Evidence-Based Selection of Sedation Agents for Patients Undergoing Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. *Gastroenterol Nurs.* 2016 Jan-Feb;39(1):32-41.
28. Weinberg BM, Shindy W, Lo S. Endoscopic balloon sphincter dilation (sphincteroplasty) versus sphincterotomy for common bile duct stones. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD004890
29. Testoni PA, Giussani A, Vailati C, Testoni S, Di Leo M, Mariani A. Precut sphincterotomy, repeated cannulation and post-ERCP pancreatitis in patients with bile duct stone disease. *Dig Liv Dis* 2011;43:792-6.
30. Codice civile
31. Codice penale (aggiornato al 2.5.2007)
32. D.M. 14 settembre 1994 n°739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere
33. Codice Deontologico Testo approvato dal Comitato centrale Federazione IPASVI Febbraio 1999
34. Legge 26 febbraio 1999 n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie
35. Legge 10 agosto 2000, n. 251 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica
36. DM Murst 2 aprile 2001 Determinazione delle classi di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche e della professioni ostetrica
37. DM Murst 2 aprile 2001 Determinazione delle classi di laurea specialistica delle professioni sanitarie
38. Legge n 1 del 8 gennaio 2002 Conversione in legge con modificazioni, del decreto -legge 12 novembre 2001, n°402, recante Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario
39. Codice Deontologico IPASVI 2009;
40. Legge n. 251/2000 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.
41. Legge 46/2006 Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali" Comma 566 legge di stabilità/2015
42. La Lg n. 24/2017 recante disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

COLANGIOPANCREATOGRAFIA CON RISONANZA MAGNETICA E RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO VERSUS ECOGRAFIA ENDOSCOPICA NELLA DIAGNOSI DELLA MALATTIA BILIARE EXTRA-EPATICA

Mariella Musico'
AOU G. Martino *Messina*

Scopi: Confrontare l'accuratezza diagnostica della colangiopancreatorisonanza magnetica (CPRM) con e senza mezzo di contrasto (mdc) e dell'ecoendoscopia (EUS) nella valutazione delle patologie che provocano un aumento de diametro della via biliare extraepatica.

Problema: la dilatazione delle vie biliari extraepatiche è il comune denominatore di numerose patologie di tipo benigno o maligno. Tali patologie possono interessare le vie biliari, il pancreas, la papilla del Vater o il duodeno. Un'ostruzione della parte distale del coledoco e nella maggior parte dei casi l'ittero, sono i segni prevalenti della presenza di una patologia.

Metodi: Il confronto delle due metodiche diagnostiche effettuato entro le 24 h, in pazienti con una ecografia positiva per dilatazione delle vie biliari extraepatiche con o senza variazione sierologiche.

Risultati: CPRM vs EUS : accuratezza diagnostica (88,9% vs 93,3%) sensibilità (91,9% vs 97,3%) specificità (75% vs 75%); valore predittivo positivo (94,4% vs 97,7%), valore predittivo negativo (66,7% vs 85,7%).

Conclusioni: L'accuratezza diagnostica delle due metodiche è sovrapponibile. La CPRM ha il vantaggio di non essere invasiva, l'EUS risulta più performante nei casi di microlitiasi o di sludge biliare ed inoltre, in alcuni casi, può essere di tipo operativo e quindi essere anche una tecnica terapeutica.

Bibliografia

1. Kondo S, Isayama H, Akahane M et al (2005) Detection of common bile duct stones: comparison between endoscopic ultrasonography, magnetic resonance cholangiography, and helicalcomputed-tomographic cholangiography. *Eur J Radiol* 54:271–275
2. Materne R, Van Beers BE, Gigot JF et al (2000) Extrahepatic biliary obstruction: magnetic resonance imaging compared with endoscopic ultrasonography. *Endoscopy* 32:3–9
3. MacMahon CJ (2008) The relative roles of magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) and endoscopic ultrasound in diagnosis of malignant common bile duct strictures: a critically appraised topic. *Abdom Imaging* 33:10–13
4. Maurea S, Caleo O, Mollica C et al (2009) Comparative diagnostic evaluation with MR cholangiopancreatography, ultrasonography and CT in patients with pancreatobiliary disease. *Radiol Med* 114:390–402
5. De Ledinghen V, Lecense R, Raymond JM et al. Diagnosis of choledocholithiasis: EUS or magnetic resonance cholangiography? A prospective controlled study. *Gastrointest Endosc* 1999;49 (1):26-31.
6. Topazian M. Endoscopic ultrasonography in the evaluation of indeterminate biliary strictures. *Clin Endosc* 2012;45:328-30.
7. JS, Lee MS, Lee HK, Shim CS, Kim BS. The detection of bile duct stones in suspected biliary pancreatitis: comparison of MRCP, ERCP, and intraductal US. *Am J Gastroenterol*. 2005 May; 100(5):1051-7.

IL TRATTAMENTO ENDOSCOPICO DELLA LITIASI DELLA VIA BILIARE PRINCIPALE (VBP)

Ivana Mastronardi
IRCCS “S. De Bellis” Castellana Grotte (BA)

Nell'ultimo trentennio la Colangio-Pancreatografia Retrograda Endoscopica (CPRE), grazie alla introduzione in campo clinico della Sfinterotomia Endoscopica (SE) nel 1974, (1,2) ha subito una progressiva evoluzione in senso terapeutico imponendosi come opzione terapeutica di prima scelta in molteplici affezioni bilio-pancreatiche, in particolare nel trattamento della calcolosi della VBP.

L'elevato successo tecnico unitamente al contenuto tasso di morbi-mortalità costituiscono le ragioni della crescente affermazione ottenuta dalla CPRE/SE nel trattamento della litiasi della VBP.

La procedura endoscopica, nel tempo, si è arricchita di nuove metodiche e materiali accessori in grado di ottenere, in mani esperte, un soddisfacente risultato in situazioni particolarmente complesse come in alcuni casi di cateterismo selettivo della VBP o di rimozione di calcoli coledocici definite “difficili”.

Oggi è possibile ottenere la completa toilette della VBP in oltre il 90% dei casi (3) al prezzo di una morbi/mortalità del 9.8/0.4% dei casi (4).

I brillanti risultati ottenuti dalla metodica sono strettamente connessi a un adeguato processo formativo sia del personale medico che di quello infermieristico, imprescindibile dalla presenza di un tutor che abbia le caratteristiche adeguate a questo compito, comprendenti le conoscenze tecniche e, non meno importante, la capacità di leadership. L'attribuzione, da parte del tutor, di un significato specifico alle azioni di ciascun collaboratore, che in tal modo identifica e valorizza il proprio ruolo, migliora le proprie competenze, viene stimolato ad assumersi responsabilità e ad acquisire conoscenze sempre più specifiche e peculiari che si tradurranno in interventi estremamente efficaci.

A tal proposito l'introduzione della videoendoscopia, ha permesso all'Operatore di condividere la visione in tempo reale in tempo reale, con i collaboratori e il personale in formazione. Questo ha sicuramente agevolato le conoscenze e lo sviluppo delle metodiche operative complesse, favorendo l'integrazione tra l'Operatore principale e gli aiutanti medici ed infermieri.

Bibliografia

1. Kawai K. et al. Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of Vater. *Gastrointest Endosc* 1974;20:148-151
2. Klassen M, Demling L. Endoskopische Sphincterotomie der Papilla Vateri and Steinextraction aus dem Ductus Choedochus. *Dtsch Med Scr* 1974;99:496.
3. Rhodes M. et al. Randomized trial of laparoscopic exploration of the common bile duct versus postoperative endoscopic retrograde cholangiography for common bile duct stones. *Lancet* 1998;351:159-
4. Freeman Ml. et al- Complications of endoscopic biliary sphincterotomy, *N Engl J Med* 1996;335:909-918.

TRATTAMENTO PALLIATIVO ENDOSCOPICO NELLE NEOPLASIE NON OPERABILI DELLA VIA BILIARE PRINCIPALE

Francesco Corrente

U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva A.O. Cosenza

Introduzione: La colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP) è una tecnica specialistica complessa che utilizza l'endoscopia e la radiologia per studiare i dotti biliari e il pancreas e per trattare alcune delle loro malattie.

Nella sala dove si svolge l'ERCP c'è l'apparecchiatura endoscopica ed anche quella radiologica. Ogni ERCP prevede una parte diagnostica (che serve a capire quale è il quadro di malattia) ed una parte operativa. Durante la parte diagnostica viene iniettato del mezzo di contrasto radiologico nel dotto biliare o in quello pancreatico. Nella fase terapeutica vengono adottate tutte le procedure necessarie a rimuovere il problema (calcoli, stenosi infiammatorie) o almeno a permettere il deflusso della bile nelle stenosi neoplastiche. Classificazione delle neoplasie della via biliare principale secondo Bismuth- Corlette e indicazioni al trattamento endoscopico.

Materiale utilizzato: tipologia e caratteristiche delle endoprotesi biliari e indicazione al loro utilizzo.

Endoprotesi metalliche, vantaggi e svantaggi. Valutazione del costo beneficio.

Conclusioni: fornire indicazioni utili alla corretta applicazione dei protocolli operativi e relative procedure durante l'esecuzione dell'esame.

Bibliografia

1. www.news-medical.net/news/20130321/15385/Italian
2. [www.sied.it/files/LaColangiopancreatografiaRetrogradaEndoscopicaC.P.R.E.acura di Emilio Di Giulio](http://www.sied.it/files/LaColangiopancreatografiaRetrogradaEndoscopicaC.P.R.E.acura%20di%20Emilio%20Di%20Giulio)

FACULTY

Amato Maria Rosaria	Napoli
Andreula Saverio	Bari
Carretto Daniela	Asti
Corrente Francesco	Cosenza
De Francesco Vincenzo	Foggia
Ferraro Antonino	Villarosa (EN)
Giganti Raffaella	Potenza
Guarini Alessandra	Roma
Iannone Teresa	Reggio Calabria
Iori Giorgio	Reggio Emilia
Maietta Giovanna	Caserta
Mastronardi Ivana Eva	Castellana Grotte (BA)
Mastronardi Mauro	Castellana Grotte (BA)
Minenna Angela	Bari
Munno Raffaella	Foggia
Musicò Maria	Messina
Nutile Maria Teresa	Foggia
Onidi Francesca Maria	Cagliari
Pisani Antonio	Bari
Rivara Cinzia Teresa	Torino
Schirru Luigina	Cagliari
Sinatora Rita	Lamezia Terme (CZ)
Spadavecchia Vittoria	Bari
Vaccaro Pietro	Rende (CS)

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Angela Minenna	ANOTE Puglia
Ivana Mastronardi	ANOTE Puglia
Maria Rosaria Amato	ANOTE Campania
Cira Cinque	ANOTE Campania
Raffaella Giganti	ANOTE Basilicata
Rita Sinatora	ANOTE Calabria
Pietro Vaccaro	ANOTE Calabria
Antonino Ferraro	ANOTE Sicilia
Vita Maria Di Francesco	ANOTE Sicilia
Francesca Maria Onidi	ANOTE Sardegna
Luigina Schirru	ANOTE Sardegna

SI RINGRAZIA



Con il Patrocinio di



Sede del Corso

Riva del Sole Hotel e Residence

Km. 787+225, Strada Statale 16,

70054 Giovinazzo BA

Tel.: 080 394 3166



New Congress Srl (Provider ECM ID1065) ha assegnato all'evento n.6 crediti formativi per 100 partecipanti per le figure professionali di Infermiere ed Infermiere Pediatrico

Segreteria Nazionale ANOTE/ANIGEA


new congress
EVENTS & COMMUNICATION
www.anoteanigea.it
info@anoteanigea.it