

news

A NOTE
IGEA



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



Anote News 1/2016

Carissime/i,

è iniziato un nuovo anno di vita e di lavoro e voglio augurarvi serenità e soddisfazioni professionali.

L'esigenza di adeguarsi alle direttive europee ha evidenziato la necessità di un incremento di personale per poter garantire un recupero adeguato e il giusto riposo. Ad oggi non abbiamo avuto una risposta soddisfacente per quanto riguarda l'incremento delle risorse umane all'interno dei nostri servizi, ma abbiamo dovuto "inventarci" modi e metodi atti comunque a rispondere in qualche modo alle necessità legislative. Ciò spesso ha causato, non la soluzione dei nostri problemi, ma al contrario un incremento dei disagi per i professionisti.

"La legge di adeguamento alle norme Ue – afferma Mangiacavalli – mette di fatto con le spalle al muro le aziende sanitarie obbligandole ad assumere nuovo personale. Ma le deroghe che stanno per essere varate lasceranno a bocca asciutta e nelle stesse condizioni di lavoro vissute finora centinaia di migliaia di infermieri dipendenti e migliaia di disoccupati che avevano intravisto nella direttiva una possibilità per il loro futuro lavorativo. Il paradosso è – continua la presidente Ipasvi – che tutto questo accade contemporaneamente all'accelerazione che si vuol dare alla legge sulla responsabilità professionale: chi sbaglia deve pagare, è giusto, ma se lo sbaglio è legato a una condizione lavorativa impossibile e insostenibile come quella a cui oggi sono sottoposti migliaia di professionisti, vorrebbe dire che oltre al danno, per loro come per i cittadini, si subiscono anche le beffe".

All'interno del quadro che si va delineando è chiaro che il rischio dello stress lavoro-correlato non può che aumentare e in quest'ottica, considerando che le soluzioni non paiono ad oggi dietro l'angolo, mi viene da pensare: "cosa può fare l'infermiere per difendersi?"

La gastroenterologia-endoscopia, come molti altri settori, è oggi in difficoltà; da ciò derivano un aumento del turnover del personale infermieristico, la perdita di produttività, l'instabilità della forza lavoro, la necessità d'investimenti per orientare e addestrare i nuovi assunti, l'esigenza di attuare modifiche organizzative, l'aumento della necessità di lavoro straordinario e il rischio di erogare assistenza non ottimale.

Mi sono fermata a pensare quali caratteristiche individuali possiamo attivare per favorire lo sviluppo di resilienza, ossia la capacità d'adattarsi al contesto senza esserne sopraffatti, in modo di limitare il più possibile le conseguenze negative per i professionisti.

Sono arrivata a questa conclusione: gli infermieri con conoscenze e abilità specifiche per il ruolo ricoperto hanno maggiore resilienza e, dunque, maggiore capacità di fare fronte agli eventi stressanti derivanti dall'ambiente.

Torniamo quindi alla considerazione dell'importanza di promuovere l'acquisizione di competenze avanzate nel nostro settore da parte dei professionisti e della necessità di continuare nel cammino intrapreso, accanto alla Federazione IPASVI.

Inoltre è palese che affrontare i momenti difficili in gruppo, sia all'interno delle singole équipe, sia a livello di associazione, attutisce il disagio psicologico e aiuta a trovare nuove soluzioni.

Per arrivare a un risultato soddisfacente l'ANOTE/ANIGEA chiede ancora una volta il vostro supporto con la partecipazione attiva alle iniziative formative organizzate e sostenute dall'associazione; importante è anche il vostro contributo per quanto riguarda il nostro giornale e/o la presentazione di lavori e ricerche.

Da parte nostra vi invitiamo a visitare il sito per mantenervi informati e confermiamo ancora una volta che siamo a vostra disposizione per qualunque necessità e/o consulenza.

Cinzia Rivara



Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche

Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Associati

22° Congresso Nazionale FISMAD 2016

JOINT MEETING SIED-ANOTE

mercoledì 24 febbraio dalle ore 17.00 alle ore 19.30

Presidente:

Cinzia Rivara
ASL TO4 - Presidio
Ospedaliero Cirié'
Via Battitore, 7/9
10073 Cirié (TO)
Tel. 011 92171

Vice presidente:

Antonella Giaquinto
Policlinico Tor Vergata
Viale Oxford, 81
00139 Roma (RM)
Tel. 06 20903635

Segretario:

Daniela Carretto
ASL AT
Presidio Ospedaliero
"Cardinal Massaia"
Corso Dante, 202
41100 Asti (AT)
Tel. 0141 489956

Consiglieri:

Antonio Azzato
ASP Azienda Sanitaria
Locale di Potenza
Via Torraca 2,
85100 Potenza
Tel. 0975 310111

Anna Baglioni
Policlinico Gemelli
Largo A. Gemelli
00139 Roma (RM)
Tel. 06 99803044

Vincenzo Cirigliano
Ospedale San Carlo
Via Potito Petrone, 1
85100 Potenza (PZ)
Tel. 0971 612685

Teresa Iannone
ASP N°5 - Presidio
Ospedaliero di
Polistena
Via Montegrappa
89024 Polistena (RC)
Tel. 0966 942252

LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE AVANZATE SPECIALISTICHE
DELL'INFERMIERE DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA E GASTROENTEROLOGIA:
DALLA FORMAZIONE SUL "CAMPO" ALLA FORMAZIONE UNIVERSITARIA.
QUALE FUTURO?

17,00-17,20

INTRODUCONO: I. Stroppa, C. Rivara
MODERATORI: S. Rodinò, A. Giaquinto

17,20-17,40

Evoluzione delle competenze infermieristiche: documento approvato
dalla Federazione Nazionale Collegio Ispasvi

B. Mangiacavalli

17,40-18,00

Storia del percorso normativo

M. Grassini, L. Benci

18,00-18,20

La formazione progressa e l'infermiere specialista: cosa cambia nel
percorso formativo

B. Mangiacavalli

18,20-18,40

Quale percorso per l'infermiere di endoscopia digestiva?

M. Neri, L. Pasquale

18,40-19,00

La posizione del sindacato

G. Mezzadri

19,00-19,30

Discussione



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

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

Progetto Accreditamento Professionale SIED/ANOTE “Osservazioni Infermieristiche dei tre Centri Pilota”

STRUTTURA DEL PROGETTO:

FASE PILOTA

-PRIMO STEP: corso di formazione per 15 medici e 3 infermieri membri del Consiglio Direttivo Anote/Anigea, l'adesione è avvenuta in base alla collocazione geografica ed esperienziale, uno al nord uno al centro e uno al sud.

Al nord è stata individuata **Assunta Di Franco (Piemonte)**. Al centro è stata individuata **Antonella Giaquinto (Lazio)** e al sud **Teresa Iannone (Calabria)**.

-SECONDO STEP: prime tre site visit ai centri di endoscopia che hanno fatto richiesta volontaria precisamente **Centro A, Centro B e Centro C**. Le site visit sono state condotte dai medici e infermieri che hanno partecipato al corso di formazione di Bologna; (novembre/dicembre 2014)

-TERZO STEP: revisione del manuale della qualità dei centri di endoscopia prodotto dalla Sied con la collaborazione degli infermieri che hanno partecipato alle prime tre site visit in questa prima fase pilota del progetto; (gennaio 2015)

Il corso di formazione tenutosi a Bologna dal responsabile del KIWA CERMET ha consentito ai partecipanti di calarsi in alcuni concetti chiave sulla certificazione e sulla qualità, nonché di prendere confidenza con gli items del manuale di accreditamento, strumento utilizzato durante le site visit per la verifica.

Precisamente, gli infermieri dovevano valutare gli items relativi alla fase del processo, che prevede tutto il percorso del paziente che deve eseguire un esame endoscopico: inizia con l'Accoglienza del paziente, FasePre.Procedura-Intra e Post Procedura. Altri Items importanti da valutare e di competenza infermieristica sono il Reprocessing, Approvvigionamento e Conservazione Materiali di Consumo e Stupefacenti, Risorse Tecnologiche, Risorse Professionali e Comunicazione.

Le prime tre site visit sono servite come esperienza sul “campo” ad evidenziare alcune imprecisioni nel manuale, ed infatti successivamente il gruppo di lavoro medici/infermieri hanno provveduto alla revisione dello stesso con l'introduzione di **alcuni nuovi item specifici dell'area infermieristica**.

Il gruppo di lavoro degli infermieri si è mosso in questa direzione:

Il primo step ha visto l'estrapolazione e il riordino, degli items di pertinenza infermieristica presenti nel manuale di accreditamento Sied. Il gruppo di lavoro infermieristico si è confrontato ed ha messo a punto un elaborato conclusivo .

Per quanto riguarda l'area prettamente infermieristica, quindi sezione 7 area del processo, nelle prime tre site visit sperimentali gli ITEM valutati hanno portato alla rilevazione di n. (7) raccomandazioni e n. (8) non conformità, in totale nei centri valutati.

NEL DETTAGLIO:

CENTRO A

N° 2 Raccomandazioni

CENTRO B

N° 1 Raccomandazioni

N° 3 Non Conformità

CENTRO C

N° 2 Raccomandazioni

N° 5 Non Conformità

Per il centro **A** le raccomandazioni sono stati per gli **ITEM 110, ITEM 208-214-215;**

Per il centro **B** le raccomandazioni sono stati per gli **ITEM 210;**

Le non conformità sono stati per gli **ITEM 199, ITEM 203-208-215 ITEM 110-114;**

Per il centro **C** le raccomandazioni sono stati per gli **ITEM 153, ITEM 203-208;**

Le non conformità sono state **ITEM 150-160; ITEM 199; ITEM 210; ITEM 110-111-112-113-114-131-130; ITEM 109;**

Per comprendere meglio le criticità rilevate nei tre centri pilota, diamo l'interpretazione del contenuto del singolo ITEM presente nella check list, strumento che abbiamo utilizzato nella verifica:

Reprocessing Rif. Check list dal ITEM 110 al 114: (in comune ai tre centri) Il processo di alta disinfezione o Reprocessing degli strumenti e degli accessori è regolamentato da linee guida in uso o da un documento aziendale consultabile? E' possibile identificare il personale che ha eseguito il processo di reprocessing? Il processo di alta disinfezione è tracciabile? E' periodicamente verificato il raggiungimento dell'alta disinfezione di endoscopi e accessori? I risultati dei campionamenti periodici effettuati per la verifica del processo di reprocessing sono archiviati?

ITEM130-131: **(solo centro C)** Presso la sala lavaggio del servizio di endoscopia sono presenti: la lavatrice ultrasuoni (non necessaria in caso di utilizzo di solo materiale monouso)? Il dispositivo per la verifica della tenuta degli endoscopi?

Setting Accoglienza ed Attesa Rif. Check list ITEM 153 (solo centro C):Per una adeguata gestione della accoglienza del paziente sono disponibili una zona per l'accoglienza dei pazienti interni?

ITEM 150-160: **(solo centro C)** i locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni? Ogni spazio per l'osservazione (posti di osservazione disponibili) è dotato di pulsossimetro, ossigeno e aspirazione dedicati?

Accoglienza del Paziente Rif. Check list ITEM 199: **(in comune con il centro B e C)** le modalità di trasferimento agli utenti delle informazioni sulle loro condizioni di salute ed i trattamenti previsti, sono rispettose del diritto degli utenti alla tutela della Privacy in accordo con la normativa vigente?

Fase Intra e Post Procedura Rif. Check list ITEM 203: **(in comune con il centro B e C)** viene aggiornata la cartella infermieristica con i parametri vitali, dolore e somministrazione di farmaci durante il periodo di osservazione pre-procedura?

ITEM 208: (in comune ai tre centri) viene aggiornata la cartella infermieristica con i parametri vitali, dolore e somministrazione di farmaci durante il periodo di osservazione intra-procedura?

ITEM 210: **(in comune con il centro B e C)** la struttura dispone di procedure per la raccolta, l'invio e la registrazione di campioni al servizio di Anatomia Patologica?

ITEM 214: (in comune ai tre centri) viene aggiornata la cartella infermieristica con i parametri vitali, dolore e somministrazione di farmaci durante il periodo di osservazione post-procedura?

ITEM 215: (in comune ai tre centri) la dimissione del paziente avviene dopo rivalutazione infermieristica (dolore residuo e parametri vitali) e controfirmata dal Medico che ha in carico il paziente?

Risorse Tecnologiche Rif. Check list ITEM 109: **(solo centro C)** all'interno del Servizio di Endoscopia è disponibile un documento che prevede i processi da attivare in caso di guasti o rotture improvvise delle apparecchiature durante l'esecuzione delle indagini endoscopiche?

Da una prima analisi dei dati si evince subito che i tre centri pilota hanno in comune molte criticità soprattutto nel Reprocessing e nella Fase Intra e Post-Procedura, pertanto, a nessuno dei tre centri nella prima sit visit è stato rilasciato il certificato di Accreditamento professionale SIED.

I centri otterranno la certificazione in seguito ad una seconda site visit in cui si rileveranno le azioni di miglioramento.

Nella **seconda** sit visit il centro di **A e B** hanno corretto gli ITEM apportando azioni di miglioramento previsti dal manuale di accreditamento e da noi richiesti durante la verifica, pertanto, sono i primi due centri che hanno ricevuto il certificato di accreditamento SIED;

Il centro **C** in seguito alla nostra prima sit visit, ha fatto enormi sforzi a livello economico: ha acquistato apparecchiature tecnologiche per il test di tenuta elettrico a muro, disinfettatrice ad ultrasuoni, sistema di tracciabilità delle procedure di reprocessing tramite transponders sugli strumenti con rilascio di scontrino della tracciabilità, correlato di schede magnetiche per ogni singolo operatore per adeguare le procedure di reprocessing alle linee guida Anote;

Migliorato il rapporto con l'ingegneria clinica per la corretta gestione dell'apparecchiatura;

Applicate le norme sull'applicazione della privacy;

Rimangono ancora tre ITEM da correggere:

- 1) Il percorso istologico nella prima sit visit era inesistente, nella seconda sit visit abbiamo rilevato la presenza di una procedura che non risulta adeguata, in particolare nella tempistica e nel percorso del ritiro molto complesso;
- 2) La sala risveglio risulta inadeguata in rapporto alla tipologia e al numero delle prestazioni;

- 3) La cartella infermieristica non riporta i parametri vitali nella fase pre-intra-e post procedura. Non viene valutato e registrato il livello di discomfort del paziente secondo la scala di Gloucester; Non viene compilata la cartella infermieristica nei pazienti ricoverati;

Il tema della qualità e della gestione del rischio è oggi considerato fondamentale, e la partecipazione a progetti per la qualità o definire noi percorsi per la qualità, può essere motivo di crescita dell'associazione.

INTERVENTI:

L'analisi di questi dati come associazione ci devono far riflettere e mettere in atto una serie di azioni atti al miglioramento delle competenze professionali degli infermieri di endoscopia.

Strutturare dei percorsi nel sistema qualità:

- 1) Capillare diffusione sul territorio nazionale delle linee guida sul reprocessing strumentario endoscopico e device;
- 2) Standardizzare una documentazione infermieristica da utilizzare in tutti i centri di endoscopia (a tal proposito si sta lavorando sulla cartella infermieristica);
- 3) Percorso istologico;

REFERENTI DEL PROGETTO

Teresa Iannone- Antonella Giaquinto

Progetto pilota di accreditamento professionale dei centri di endoscopia: creazione standard di qualità

Autori: A. Giaquinto, T.Iannone, A.Di Franco, G.Iori, M.Esposito, E. De Vecchis, E. Berenato.

Abstract: Il progetto di accreditamento professionale, promosso da SIED-Società Italiana di Endoscopia Digestiva-, in collaborazione con ANOTE e KIWA CERMET Italia-ente di certificazione- si è basato sulla logica della “peer review” accreditamento fra pari. Il documento di riferimento dei requisiti richiesti per l’accreditamento è il *Manuale di Accreditamento Sied* rivisitato, in collaborazione con Anote e Kiwi Cernet, in seguito alle prime 3 “site visit” dei centri pilota, che si sono autocandidati per l’accreditamento. La finalità del progetto è quella di creare standard di qualità a cui i centri di endoscopia possono fare riferimento nella logica dell’erogazione di una assistenza di qualità tecnico-professionale, nonché dell’efficienza dei processi organizzativi e gestionali nella prospettiva del miglioramento continuo.

FASI DEL PROGETTO

1. FORMAZIONE GRUPPO DI LAVORO
2. STESURA MANUALE DI ACCREDITAMENTO
3. FORMAZIONE VALUTATORI
4. ESECUZIONE DI 3 “SITE VISIT” SPERIMENTALI PER VALIDARE IL MODELLO

REQUISITI VALUTATI

REQUISITI ORGANIZZATIVI E DI PROCESSO

Team valutatori composto da Infermieri Anote e Responsabile Ente certificazione :

- Documentazione e registrazioni elaborata dalla struttura;
- Politica, obiettivi e valutazione dei risultati;
- Organizzazione/risorse umane/tecnologie;
- Infrastrutture e ambienti di lavoro;
- Pianificazione ed erogazione del servizio relativi alla fase PRE-PROCEDURA, INTRA PROCEDURA e POST PROCEDURA;
- Misura/analisi/miglioramento.

REQUISITI DI PRODOTTO

Team valutatori composto da Medici Sied:

- Referto;
- Indicatori e elementi per misurare il livello qualitativo in termini di completezza diagnostica e utilità clinica riferiti alla Gastro e alla Colon procedure scelte dal gruppo di lavoro in questa prima fase sperimentale.

I modelli di riferimento per la valutazione dei requisiti sono stati:

- Modelli , linee guida e requisiti individuati dalle Società Scientifiche americane, canadesi e inglesi (ASGE,CAG,NHS) ;
- Modelli individuati nell’ambito del percorso di accreditamento istituzionale delle regioni Emilia Romagna e Toscana (Soprattutto per i requisiti di processo)

CONCLUSIONI. Il gruppo di lavoro è composto da medici del Team qualità Sied coordinato dal Dott. G. Spinzi, da infermieri soci Anote coordinati dall’ Inf. T. Iannone e dal Dott. M. Capelli responsabile dell’ente di certificazione Kiwa Cernet Italia s.p.a .

Le prime 3 “site visit” hanno prodotto n. **18 Non conformità e 58 Raccomandazioni.**

Tra le non conformità e le raccomandazioni emerse, quelle riferibili ai requisiti di processo e organizzativi valutati dagli infermieri sono sintetizzabili in :

- La non corretta predisposizione della cartella infermieristica;
- La non corretta applicazione del reprocessing secondo linee guida;
- La non corretta preparazione del paziente per la procedura;
- La non adeguata comunicazione verso gli utenti;
- La mancanza di percorsi per l’accesso ad altri servizi (anatomia patologica riferita alla gestione dell’istologico);
- La non corretta gestione delle apparecchiature in caso di guasto;
- La mancata applicazione della norma sulla privacy.



Villa San Giovanni

Infermieri specialisti da cinque regioni a confronto sull'endoscopia operativa

Giornata di studio e re-training organizzata dall'Anote/Anigea

VILLA SAN GIOVANNI

L'Anote/Anigea, l'associazione nazionale degli infermieri di endoscopia digestiva e gastroenterologia, ha organizzato il primo corso pentaregionale del Sud: una giornata di studio e re-training sul tema "L'infermiere e l'Endoscopia operativa: dalla teoria alla pratica".

Sotto la presidenza di Teresa Iannone e Anna Baglioni, gli infermieri si sono ritrovati da Campania, Basilicata, Puglia, Calabria e Sicilia, con rappresentanze di Emilia Romagna, Lazio, Marche e Umbria, per approfondire tematiche specifiche della loro professione.



Infermieri di endoscopia. Rodinò, Naim, Iannone e Rivara

Patrocinata dalla Regione Calabria, dalla Provincia di Reggio Calabria, dall'ASP 5 e dal collegio IPASVI di Reggio Calabria, la manifestazione ha registrato la presenza degli specialisti delle migliori aziende

produttrici degli accessori importanti per la buona riuscita delle tecniche endoscopiche.

Qualificati relatori e pubblico: la presidente dell'associazione Cinzia Rivara, il dott. Rodinò presidente Sied Calabria,

il dott. Naim ex consigliere del direttivo nazionale Sied, il dott. Iaquina presidente neoeletto per la regione Calabria e il dott. Cardone past president della regione Calabria.

Altissimo il contributo scientifico portato dai relatori nelle due sessioni: la prima sessione, presieduta dalla presidente Rivara, è stata moderata dai dottori Naim e Rodinò e ha approfondito "Tecniche e accessori nel trattamento dei sanguinamenti: emostasi meccanica e iniettiva; emostasi termica e nuove frontiere"; "Tecniche e accessori nella rimozione di corpi estranei" con discussione di casi clinici.

Nella seconda sessione (presidente Giaquinto, moderatori Iaquina e Cardone) si è parlato di "Tecnica e accessori nell'endoscopia operativa di I livello: trattamento di lesioni polipoidi sessili e peduncolati"; "Panoramica sull'endoscopia operativa di II livello"; "Tecniche e accessori nel posizionamento delle Peg". ◀ (g.c.)

IL CONTRIBUTO DELL'INFERMIERE DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA AL MIGLIORAMENTO DELLA SALUTE DELLE PERSONE CON IBD

Beorchia G., Università degli Studi di Torino

INTRODUZIONE

Il documento “*N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn’s disease or ulcerative colitis*”, redatto nel 2013 dalla N-ECCO, definisce la posizione a livello europeo degli infermieri che prendono in carico le persone con IBD e gli standard minimi delle cure che devono prestare agli assistiti, indipendentemente dal titolo di studio, esperienza o Paese.

L’asserzione 2A, tradotta, è la seguente:

“Gli infermieri in contatto con pazienti con IBD, in qualsiasi ambito di lavoro, devono possedere le conoscenze di base delle malattie, conoscere le differenze tra Malattia di Crohn e Colite Ulcerosa, e apprezzare l’importanza di stabilire gli interventi terapeutici in giuste circostanze temporali. È raccomandato essere a conoscenza delle principali strategie diagnostiche e delle principali terapie mediche e chirurgiche disponibili nel management delle IBD.”

Di seguito viene proposto un approfondimento sui principali interventi infermieristici nell’ambito delle IBD.

SCALE DI VALUTAZIONE ENDOSCOPICA

Le scale di valutazione endoscopica contribuiscono a portare un valore aggiunto indispensabile agli indici puramente clinici, rendendo la valutazione della malattia oggettiva e riproducibile. È importante che anche l’infermiere sia a conoscenza di questi strumenti, non solo per migliorare la propria pratica, ma anche per garantire alla persona assistita una presa in carico completa, e all’equipe una comunicazione efficace.

Le due scale di punteggio più usate per la valutazione endoscopia della **Malattia di Crohn** sono la *Crohn’s Disease Endoscopy Index of Severity (CDEIS)* e la *Simple Endoscopic Score per la Crohn’s Disease (SES-CD)*.

La **CDEIS** propone una correlazione fra clinica ed endoscopia con lo scopo di valutare l’efficacia del trattamento in corso. Le variabili vengono valutate secondo le immagini endoscopiche, poi sommate a formare lo score. Le variabili studiate sono la presenza di **ulcere profonde** (punteggio = 12 se presenti), **ulcere superficiali** (punteggio = 6 se presenti), **superficie coinvolta da malattia** (in cm VAS, *Visual Analogue Scale*) e **superficie ulcerata** (in cm VAS). Una **somma inferiore a 3** è indice di **remissione** della malattia; se compresa **tra 3 e 8** indica invece un’attività **lieve**; **tra 8 e 12** l’attività endoscopica è classificata come **moderata**; un punteggio **superiore a 12** è invece da considerarsi indice di quadro endoscopico **severo**.

La **SES-CD** è stata sviluppata con l’obiettivo di creare uno score più semplice e riproducibile della CDEIS. La correlazione tra le due scale, nella valutazione di attività endoscopica nella routine clinica, è stata dimostrata (Sipponen et al., 2010). Le variabili considerate dalla **SES-CD** sono la presenza di **ulcere** (aftoidi, grandi o vaste), la **superficie coinvolta da malattia** (in percentuale), la **superficie ulcerata** (in percentuale) e il **restringimento del lume** (singolo o più restringimenti). Una somma compresa **tra 0 e 2** è indice di **remissione** della malattia; se compresa **tra 3 e 7** indica invece un’attività **lieve**; **tra 7 e 15** l’attività endoscopica è classificata come **moderata**; un punteggio **superiore a 15** è invece da considerarsi indice di quadro endoscopico **severo**.

Esiste una terza scala di valutazione, il **Rutgeerts Score**, usata però solo per studiare e definire le recidive post-chirurgiche di un’anastomosi ileocolica in persone assistite con Malattia di Crohn. Le variabili prese in considerazione sono il **numero di lesioni**, le loro **dimensioni**, la **presenza di infiammazione** della mucosa e di **stenosi**; ad ogni score endoscopico corrisponde una percentuale indicativa del rischio di recidiva a 3 anni. Vengono qui riportati i punteggi e i relativi significanti: **i0** e **i1** = **remissione** endoscopica postoperatoria (5% 3-year clinical recurrence rate); **i2** = rischio di

ricidiva **significativo** (15-20%); **i3** e **i4** = **grave** rischio di recidiva postoperatoria (**i3** = 40%; **i4** = 90%).

Il sistema di valutazione endoscopico più usato per valutare la **Colite Ulcerosa** è il *Mayo Endoscopic Subscore (MES)*. Si tratta di un *subscore* in quanto parte integrante del Mayo Full Score, che prende in considerazione oltre alla parte endoscopica citata, anche quella clinica, ma può essere usato a sé stante. Esistono altre scale di valutazione meno frequentemente usate come l'*Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS)* score, il **Baron Score**, l'*Ulcerative Colitis Colonoscopic Index of Severity (UCCIS)*, il **Rachmilewitz Endoscopic Index**, il **Sutherland Index**, il **Matts Score** e il **Blackstone Index**.

Il **MES** si basa sull'aspetto endoscopico della mucosa intestinale, valutato con un punteggio da 0 a 3.

Score 0 = mucosa normale: assenza di friabilità o granulosità, pattern vascolare intatto;

Score 1 = lieve attività: presenza di eritema, pattern vascolare ridotto, lieve friabilità della mucosa;

Score 2 = attività moderata: presenza di eritema marcato, pattern vascolare assente, friabilità della mucosa e presenza di erosioni;

Score 3 = attività grave: presenza di eritema marcato, completa assenza vascolare, granulosità e friabilità della mucosa, sanguinamento spontaneo, presenza di ulcere.

TECNICHE E TECNOLOGIE ENDOSCOPICHE

L'esame endoscopico è fondamentale nella storia di un assistito con IBD, non solo per la diagnosi e la sorveglianza della malattia, ma anche dal punto di vista terapeutico, meno invasivo della rispetto alla chirurgia tradizionale. Inoltre, l'endoscopia è un campo in continua evoluzione: ne consegue l'importanza di conoscere gli strumenti e le tecnologie a disposizione nella pratica clinica. Per quel che concerne l'infermiere, egli collabora con il medico nello svolgimento dell'esame endoscopico; poiché è un professionista, è responsabile del proprio operato e conosce la storia della persona assistita, il motivo per cui viene sottoposta all'esame, le procedure che svolge e le relative complicanze che possono insorgere, così da promuovere un'assistenza di qualità e una comunicazione efficace con l'équipe, i collaboratori e l'assistito.

Sorveglianza delle complicanze

Le raccomandazioni tradizionali per la sorveglianza consigliano di eseguire delle biopsie casuali della mucosa intestinale, basandosi sulla caratteristica propensione dei pazienti con IBD a sviluppare lesioni piatte e sottili. In una revisione sistemica del 2006, basata su tre studi osservazionali, non è stato dimostrato alcun beneficio dalla sorveglianza endoscopica tradizionale per il cancro coloretale in persone con Colite Ulcerosa, comportando un tasso di sopravvivenza invariato (Collins et al., 2006). È infatti noto che una proporzione significativa di persone con IBD sviluppano nel corso della vita un cancro coloretale nonostante la sorveglianza endoscopica. È però dimostrato che le lesioni neoplastiche in pazienti con IBD siano visibili all'endoscopia tradizionale con luce bianca dal 60% al 90%, limitando così il ruolo del campionamento bioptico (Blonski et al., 2008; Rubin et al., 2007).

Le nuove tecnologie a disposizione, come l'endoscopia HD, la cromoendoscopia, la **NBI** e l'endomicroscopia confocale laser, hanno notevolmente migliorato l'individuazione e la caratterizzazione di queste lesioni neoplastiche, a favore di una tecnica sempre più basata sull'identificazione e la resezione endoscopiche (Sanjay et al., 2013). Ad esempio, già nel 2005 è stato dimostrato che, in pazienti con Colite Ulcerosa, la cromoendoscopia migliora l'individuazione di neoplasie dalle 2 alle 3 volte, se paragonata con l'endoscopia a luce bianca più biopsie casuali (Marion et al., 2008; Hurlstone et al., 2005). Nello specifico:

Endoscopia ad alta definizione: offrendo una definizione e una magnificazione dell'immagine più alte rispetto all'endoscopia tradizionale a luce bianca, aiuta a meglio identificare i margini delle lesioni neoplastiche in pazienti con IBD e ne facilita la resezione endoscopica. Una metanalisi del 2011 riporta inoltre un aumento del numero di individuazione anche di piccoli adenomi (Subramanian et al., 2011).

Cromoendoscopia: è una tecnica endoscopica che si appoggia alla tintura della mucosa con coloranti che possono variare dal blu di metilene al rosso carminio e permette di mettere in risalto i bordi e le superfici della neoplasia, delineando meglio le lesioni piatte. Aiuta inoltre nella differenziazione tra tessuti neoplastici e non neoplastici (Kiesslich, 2012). È dimostrato che una cromoendoscopia pancolica è superiore all'endoscopia standard nell'individuazione di neoplasia sia nei soggetti sani sia in persone con IBD, aiutando nel processo decisionale su di un'eventuale resezione endoscopica (Marion et al., 2008; Brown et al., 2007; Hurlstone et al., 2005).

Cromoendoscopia virtuale: utilizza filtri di luce selettivi (*NBI*) o tecniche di elaborazione dell'immagine acquisita (*i-scan*, *FICE*) per restringerne lo spettro di luce, ottenendo un aumento del contrasto e un miglioramento dell'immagine della mucosa e del pattern vascolare (Wallace and Kiesslich, 2010). L'accuratezza è sovrapponibile a quella della cromoendoscopia, tuttavia l'*NBI* non migliora l'identificazione delle lesioni neoplastiche del colon sia in pazienti con IBD sia in soggetti sani: a questo scopo, è consigliabile usare questa tecnica in combinazione con l'endoscopia a luce bianca (Sanjay et al., 2013).

Endomicroscopia confocale laser: permette una stima istologica in vivo e in tempo reale della mucosa a livello cellulare e subcellulare (Neumann et al., 2010). È una tecnica da usare in combinazione con l'endoscopia tradizionale a luce bianca e la cromoendoscopia per ottenere una predizione istologica più accurata.

In ogni caso, andrebbero prelevati dei campioni biotipici casuali di tutte le aree dell'intestino poco visibili all'operatore, sia per scarsa pulizia della mucosa, sia per un'importante infiammazione macroscopica della mucosa.

Terapia endoscopica delle complicanze

Stenosi: restringimento patologico del lume intestinale, da quello sottile a quello che comporta la completa ostruzione. Le stenosi correlate a Malattia di Crohn possono essere causate dal prolungato stato di infiammazione a cui la mucosa intestinale è sottoposta, e possono portare a comorbidità importanti quali ostruzioni e sviluppo di fistole. Nella Colite Ulcerosa possono derivare da iperplasia della muscolare, fibrosi della sottomucosa dovuta a infiltrazione cellulare da infiammazione cronica o da cancro. Le stenosi benigne possono essere trattate con terapia medica, endoscopica o chirurgica. La terapia medica, per quel che riguarda le stenosi fibrotiche, ha un'efficacia limitata: stenosi meccaniche vanno trattate in maniera meccanica, endoscopica o chirurgica. I fattori che influiscono sulla scelta del percorso terapeutico, discriminando il percorso endoscopico da quello chirurgico sono: il corso della malattia, le caratteristiche della stenosi, le complicanze (es. ascessi) e le patologie concomitanti, infine l'esperienza del personale sanitario. Bisogna tenere inoltre conto dei vantaggi e degli svantaggi delle rispettive tecniche: l'endoscopia è in generale meno invasiva della chirurgia, con risultati di ricorrenza di recidiva a breve termine superiori e a lungo termine sovrapponibili, ma la chirurgia risulta più efficace nei risultati di efficacia a breve termine e nel prevenire gli eventi avversi intraprocedurali.

In letteratura non è ancora presente un'uniforme classificazione delle stenosi da IBD, ma esse vengono descritte a seconda del sito, della lunghezza (cm), del numero e della presenza di angolazione del lume. Gli interventi endoscopici che possono essere effettuati su una stenosi benigna sono diversi: la dilatazione con palloncino endoscopico *TTS (trough-the-scope balloon)* è una valida alternativa all'intervento chirurgico. È indicata in stenosi di lunghezza inferiore ai 4-5 cm e senza fistole o ascessi associati. Ad oggi non sono stati pubblicati standard inerenti alla tecnica e sono da definire la misura del palloncino, la dilatazione, l'insufflazione, uso o no di filo guida, uso di fluoroscopia e l'eventuale iniezione di corticosteroidi nel sito della lesione che ha finora riscontrato outcomes controversi. Altra opzione possibile è la dilatazione con **STENT** o **SEMSs**, ma anche in questo caso, sono presenti solo pochi studi con piccoli campioni: si è visto però che l'evento più frequente che può limitarne l'uso terapeutico è quello della migrazione dello stent, e diversi studi stanno valutando come soluzione la sutura endoscopica, effettuata con un device endoscopico di nome Apollo®. Questo metodo non è

ancora stato messo in pratica nella prevenzione della migrazione dello stent nei pazienti con IBD, ma potrebbe essere efficace. Infine, la **stricturotomy**: è una tecnica nuova, che applica lo stesso procedimento della papillotomia a stenosi refrattarie alla dilatazione con palloncino (Paine and Shen, 2013).

La ASGE definisce la dilatazione endoscopica come una procedura ad alto rischio di sanguinamento. Farmaci antiaggreganti e anticoagulanti, come clopidogrel o ticlopidine, dovrebbero essere sospesi dall'assistito dai 7 ai 10 giorni prima della procedura endoscopica. Le principali complicanze sono la perforazione e il sanguinamento massivo. I pazienti in terapia immunosoppressiva corrono un rischio di perforazione maggiore rispetto alla popolazione sana.

Fistole: comunicazione patologica tra due aree di epitelio in cui le due tratti finali o la fistola tutta rimangono esposti, aperti. Nelle IBD, le aree più comuni che possono essere connesse da fistole sono: tessuto cutaneo e intestino, vagina e intestino, vescica e intestino, intestino e intestino. La terapia medica per le fistole consiste nella somministrazione di antibiotici, immunomodulatori e anti-TNF, tuttavia essa non porta a nessuna chiusura a lungo termine; da qui la necessità di trovare modalità terapeutiche alternative e tra queste c'è l'iniezione endoscopica all'interno della fistola di: **doxicilina** 10 ml iniettata direttamente nella fistola durante la procedura endoscopica, comporta un'inflammatione della mucosa con conseguente produzione di fibrina e adesione dei tessuti; **destrasio 50%** iniettato all'interno della fistola per promuoverne la chiusura; questo procedimento si basa sulla medicina naturale che utilizza il miele per far guarire le ferite; **colla di fibrina** per l'azione meccanica che esercita sulla fistola che, formando un coagulo, ne comporta la chiusura; **cellule staminali** o **cellule staminali + colla di fibrina** sono opzioni di trattamento nuove che portano alla chiusura della fistola. **Complicanze della chirurgia**: la chirurgia delle IBD può riscontrare complicanze come ascessi, deiscenze, cisti, fistole, emorragie, bezoari, stenosi e altro. Tra queste, quelle che possono essere trattate con successo dall'endoscopia sono: **deiscenze anastomotiche**, che possono essere trattate efficacemente con stent o SEMSs ricoperti (Di Maio et al., 2012); **cisti** che possono essere aperte con ago da precut a triplo lume, con settaggio del sistema ERBE in ERCP "Endocut setting", così da formare un diverticolo che andrà ad epitelializzarsi (Paine and Shen, 2013); **bezoari**, i quali tendono a formarsi nel pouch ileale e possono essere trattati attraverso la dilatazione con palloncino TTS, rimuovendo i residui alimentari vengono usati con il device Tripod (Endoscopy Support Service America), con cestelli (Olympus America) e RothNet (US Endoscopy) (Lian et al., 2008).

PREPARAZIONE INTESTINALE ALL'ESAME ENDOSCOPICO

Si tratta di un passaggio critico dell'esame in quanto, se fallisce, l'esame si renderà inutile perché inefficace ed inefficiente. Lesioni piatte, poco in rilievo o depresse come quelle che tendono a sviluppare gli assistiti con IBD, possono rimanere oscurate o facilmente nascoste da residui fecali, succhi intestinali o rimanenze di liquido per la preparazione del colon.

I fattori predittivi di una preparazione intestinale non sufficiente individuati per la popolazione sana possono essere utilizzati anche per la popolazione affetta da IBD, in quanto non compare nessuna differenza significativa tra i due campioni, differenza misurata secondo la *Bristol Bowel Preparation Scale* (Nett et al., 2014), e **non esiste nessuna correlazione tra grado di attività di IBD e qualità della preparazione intestinale** (Bessissow et al., 2013). I fattori predittivi sono età avanzata, sesso maschile, diabete, obesità, comorbidità multiple, assunzione di antidepressivi o oppioidi, impazienza, immobilità e un basso livello di educazione (Romero et al., 2013; Chan et al., 2011). Tenendo conto di questi fattori, l'infermiere può individuare i soggetti a rischio e intervenire, al fine di ottenere la miglior compliance possibile.

La letteratura riporta che, durante la preparazione intestinale, la persona con IBD può provare un maggiore senso di nausea, gonfiore, crampi e vomito; si associano inoltre un aumento dei sintomi di malattia e del livello di ansia, l'imbarazzo e il distress sono maggiormente sentiti (Denters et al., 2013)

e la preparazione intestinale viene indicata dai pazienti stessi come prima ragione per una scarsa compliance (Nett et al., 2014; Friedman et al., 2013). Questi dati confermano una più bassa tolleranza alla preparazione intestinale della persona con IBD, fatto di cui il personale infermieristico deve essere a conoscenza e tener conto. Oltre a ciò è bene specificare che l'attività di malattia, che come già detto non incide sulla qualità della preparazione, è invece importante nella scelta della modalità di preparazione intestinale.

La preparazione intestinale per pazienti con sintomatologia attiva

I pazienti con sintomatologia attiva sono quei pazienti che si sottopongono a colonscopia per valutare il grado di attività ed estensione della malattia. Bisogna perciò tener conto delle potenziali complicanze che una preparazione intestinale aggressiva può portare ad un intestino infiammato. Per **ostruzioni parziali o di alto grado** è da preferire ad una rapida somministrazione di volume importante, la somministrazione in piccoli volumi, integrando la soluzione per via orale con un'idratazione endovenosa, oppure l'utilizzo di una soluzione orale protratta per un tempo prolungato. La somministrazione frazionata, o split, può essere controindicata in persone con **transito intestinale rallentato** per via del più alto rischio di aspirazione. Assistiti con **colite grave attiva e diarrea** potrebbero richiedere solo dosi minime di lassativo per raggiungere un livello di preparazione adeguato all'esame, per via del transito intestinale rapido, l'assenza di feci solide nel lume e la ridotta aderenza alla parete intestinale delle feci liquide. Inoltre, un'inflammatione acuta e grave è una controindicazione assoluta alla somministrazione di una preparazione intestinale orale (Nett et al., 2014).

La preparazione intestinale per pazienti stabili

Sono i pazienti che si sottopongono a sorveglianza neoplastica del colon ed è importante che la preparazione intestinale sia meticolosa. In questa circostanza è auspicabile che la malattia sia in fase di remissione, poiché l'inflammatione interferisce con la visualizzazione della mucosa e l'individuazione delle lesioni non-polipoidi, oltre che a comportare cambiamenti citologici all'istologia. La miglior preparazione consiste in una dieta appropriata e un'idonea scelta dell'agente lassativo in una dose ottimale. Esistono diverse procedure per le restrizioni dietetiche che la persona deve seguire prima di un esame endoscopico: le indicazioni più comuni riguardano l'evitare cibi con piccoli semi che non solo interferiscono con la visualizzazione completa della mucosa, ma che potrebbero anche andare ad ostruire il canale d'aspirazione dello strumento; evitare l'assunzione di cibi ricchi di fibre e gli integratori di ferro che vanno a scurire le feci e ad aumentare la loro adesione alle pareti intestinali; evitare di ingerire bevande e alimenti rossi per evitare di confonderli con la possibile presenza di sangue. Il giorno prima dell'esame, gli assistiti vengono spesso invitati ad assumere solo liquidi chiari, ma di recente, alcuni studi hanno confutato questa prescrizione che potrebbe non essere così necessaria: una dieta libera potrebbe infatti aumentare la tolleranza alla preparazione intestinale e aumentare l'aderenza della persona assistita; in alcuni studi, come quelli di Soweid et al. (2010) e Delegge e Kaplan (2005), una dieta meno ristretta arriva ad aumentare la qualità stessa della preparazione. Per quel che riguarda il regime di somministrazione della soluzione lassativa, indipendentemente dal tipo di preparazione, si evince dalla letteratura che il miglior metodo di somministrazione è quello frazionato, o split, che consiste nella somministrazione di parte della soluzione la sera prima della colonscopia e della parte restante tra le 6 e 2 ore prima dell'esame. È stato dimostrato da una metanalisi di Kilgore et al. (2011) che con questa modalità di somministrazione non solo la qualità della preparazione è più soddisfacente, ma anche che si tenderà a ripetere la stessa preparazione. Porre attenzione nei casi in cui l'assistito soffra di ostruzione intestinale, anche parziale, gastroparesi o motilità rallentata in quanto a rischio di ritenzione della soluzione a livello gastrico, quindi di aspirazione. In queste circostanze l'infermiere può raccomandare l'assunzione dell'ultima parte di soluzione a sei ore prima dell'esame e della sedazione (Nett et al., 2014). Per quel che riguarda il tipo di soluzione da somministrare, nessuno studio si è pronunciato specificamente nel contesto delle IBD.

La ESGE raccomanda però una formula a base di glicole polietilenico (PEG) poiché le altre formule possono danneggiare la mucosa.

COLLOQUIO EDUCATIVO

L'educazione dell'assistito da parte dell'operatore sanitario aiuta a promuovere l'aderenza al regime di preparazione intestinale e la qualità della stessa (Nett et al., 2014). Rosenfeld et al. (2010), dimostrano come un colloquio educativo di cinque minuti riguardante la necessità di una preparazione intestinale e l'importanza che essa sia eseguita in maniera completa comporti un aumento della qualità della preparazione. L'infermiere di endoscopia digestiva possiede le competenze necessarie a fornire alla persona assistita le informazioni di cui necessita per comprendere la modalità di preparazione all'esame e a garantire la miglior compliance. La presa in carico infermieristica comincia dall'accoglienza della persona, momento critico per quel che riguarda lo scambio di informazioni: l'infermiere dovrebbe raccogliere una breve anamnesi per valutare il fabbisogno formativo dell'assistito, individuandone i bisogni principali ed elaborando di conseguenza un intervento educativo da mettere in atto, valutandone poi i risultati. Il tutto con il fine di gestire al meglio la preparazione, prevenire le complicanze, ridurre i costi dell'assistenza, mantenendo o migliorando la qualità del vissuto percepita dalla persona assistita durante l'iter dell'esame.

APPLICAZIONE DELLE TERAPIE

“L'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche.”

Profilo Professionale dell'Infermiere, D.M. 14/09/1994, n. 739

Per le IBD, l'approccio terapeutico comprende le terapie classiche e le terapie nuove, come gli anticorpi monoclonali e le terapie basate sulle cellule staminali, sviluppate nell'ultimo decennio.

I farmaci possono essere usati individualmente, ma molto più spesso in combinazione. La strategia **“step-up”** è quella che prende in considerazione l'uso di farmaci più **“deboli”** all'inizio della malattia, quando lo stadio severo non è ancora stato conclamato; più la malattia avanza, più la terapia prenderà in considerazione farmaci dall'azione potente e che, di conseguenza, comportano un aumento anche dei rischi collaterali. La strategia **“top-down”** invece, consiste nella prescrizione di una terapia **“forte”** fin dall'inizio della malattia, in un'ottica di prevenzione dell'avanzamento dello stadio di malattia. Un esempio di questa modalità terapeutica è l'uso combinato di infliximab e azatioprina in un precoce stadio di malattia: non solo si è dimostrato efficace nel portare a remissione la malattia, dal punto di vista sia clinico sia endoscopico, ma anche evitato alle persone trattate la steroido-dipendenza, molto comune tra i pazienti con IBD trattati con la strategia **“step-up”** (D'Haens et al., 2008).

Ad ogni modo, il problema principale da considerare in relazione a qualsiasi modalità terapeutica, è quello dei rischi ad essa associati. Nella review del 2011, Siegel riporta come principali effetti collaterali edema del volto e delle caviglie, acne, comparsa di infezioni, osteoporosi e aumento della pressione oculare.

FARMACI BIOLOGICI

Come già detto, la causa delle malattie infiammatorie croniche intestinale non è ancora stata definita; tuttavia è ormai noto che il processo di attivazione dei leucociti, che vanno a scatenare l'infiammazione della mucosa che porterà in seguito alle lesioni della parete intestinale, è uno dei fattori scatenanti principali. Ne consegue che uno tra i target primari della terapia, sia proprio bloccare questa reazione del sistema immunitario, inibendo fattori proinfiammatori come citochine, chemochine ed integrine. I farmaci biologici giocano, in questo senso, un ruolo chiave.

“Un medicinale biologico è quello che contiene una o più sostanze attive derivate da una fonte biologica; alcune di queste sostanze attive possono essere già presenti nell'organismo umano ad esempio proteine come l'insulina, l'ormone della crescita e l'eritropoietina. I medicinali biologici sono molecole più grandi e più complesse rispetto ai medicinali non biologici. Soltanto gli organismi viventi sono in grado di riprodurre tale complessità” (EMA/837505/2011).

È definito **biologico** un farmaco le cui proprietà mimano gli effetti delle sostanze che vengono naturalmente prodotte dal sistema immunitario dell'organismo umano (Cush, 2004). Quando un farmaco biologico supera la scadenza brevettuale, è possibile per le case farmaceutiche riprodurre uno simile, definito farmaco **biosimilare**, secondo specifiche linee guida e normative europee, commercializzandolo a prezzi inferiori. Un farmaco biosimilare è quindi un farmaco biologico simile per qualità, efficacia e sicurezza al medicinale biologico originatore, ma che non può essere definito farmaco generico: i farmaci generici hanno infatti strutture chimiche semplici e sono considerati identici ai loro medicinali di riferimento; il principio attivo del biosimilare è di fatto la stessa sostanza biologica del farmaco originatore, ma che presenta un certo grado di variabilità naturale dovuta alla complessità della molecola e alle tecniche di produzione (*Questions and Answers on biosimilar medicines* EMA/837805/2011 del 27 settembre 2012).

Anticorpi anti-TNF

Sono i più usati e descritti nei protocolli clinici per le IBD. Il TNF è un tipo di citochina responsabile della patogenesi dell'infiammazione intestinale. L'approccio terapeutico con anticorpi monoclonali è altamente efficace nel trattamento di malattia da moderata a severa, in primo luogo per la Malattia di Crohn. Tuttavia il costo di questa terapia è molto elevato e può condizionarne la prescrizione. Nei dati pervenuti dall'audit condotto nel 2012 dal Royal College of Nursing, il 90,7% e il 49,2% del campione infermieristico si occupa rispettivamente di gestire un servizio di terapia con farmaci biologici e di somministrarli. Quella della terapia biologica si dimostra quindi una competenza rilevante per la figura dell'infermiere.

Sono disponibili diversi anticorpi anti-TNF come *INFLIXIMAB*, *ADALIMUMAB*, *CERTOLIZUMAB PEGOL*, *GOLIMUMAB*. La modalità di somministrazione è quella sottocutanea, ad eccezione del principio attivo *INFLIXIMAB*, che va somministrato per via endovenosa. Nonostante questi farmaci abbiano dimostrato di avere una grande efficacia nel trattamento delle IBD anche severe, l'infermiere che somministra tali farmaci deve prestare molta attenzione alla comparsa di effetti indesiderati o segni di ipersensibilità al principio attivo, di infezioni soprattutto se la terapia è combinata con una immunosoppressiva come quella corticosteroidica, e in minor grado di comparsa di segni tumorali come ad esempio di linfoma.

È doveroso da parte dell'infermiere, responsabile della somministrazione della terapia, informare l'assistito della possibile comparsa di questi effetti indesiderati, invitandolo a comunicare tempestivamente ogni sintomo avvertito. Allo stesso tempo, se queste reazioni dovessero verificarsi, è dovere dell'infermiere comunicarlo al medico responsabile così da garantire alla persona assistita una presa in carico completa e di qualità.

EDUCAZIONE TERAPEUTICA

“L'educazione terapeutica dovrebbe permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. E' finalizzata ad aiutare il paziente e al sua famiglia a comprendere la natura della malattia e dei trattamenti, a collaborare attivamente alla realizzazione del percorso terapeutico e a prendersi cura del proprio stato di salute, per mantenere e migliorare la propria qualità di vita.”

O.M.S. 1998

“L'educazione alla salute è l'insieme delle opportunità di apprendimento consapevolmente costruite, che comprendono alcune forme di comunicazione finalizzate a migliorare l'alfabetizzazione alla salute, ivi compreso l'aumento delle conoscenze e a sviluppare life skills che contribuiscano alla salute del singolo e della comunità.”

Glossario O.M.S., Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - ASL TO3

“L'assistenza sanitaria primaria comprende almeno: l'educazione sui principali problemi di salute e sui metodi per prevenirli e controllarli...”

Dichiarazione di Alma Ata (1978)

L'educazione terapeutica è una pratica fondamentale della professione infermieristica, in quanto:
“L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.”

Decreto 14 settembre 1994, n. 739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere *“L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.”*

Art. 2 Codice Deontologico dell'Infermiere, 2009

Infine:

“Il nursing implica l'advocacy (traducibile con patrocinio, difesa, sostegno) per tutti i pazienti e ciò è di importanza fondamentale per i pazienti con IBD vista la natura complessa, incerta e cronica della loro condizione. L'advocacy per pazienti con IBD comprende l'identificazione dei bisogni dell'assistito [...]”

N-ECCO Statement 2C (2013)

Tuttavia l'educazione terapeutica risulta essere scarsamente diffusa nella realtà infermieristica italiana, perché mancano programmi di formazione, perché non sono ancora stati identificati degli standard di applicazione e di valutazione, ma anche perché non si tratta di un'attività facilmente oggettivabile: spesso infatti, gli unici ad esserne testimoni, sono solo l'infermiere e l'assistito stessi.

Lo scopo dell'educazione terapeutica dovrebbe essere quello di *“consentire alla persona assistita di acquisire e mantenere le capacità e le competenze utili a vivere in maniera ottimale la sua malattia”* (W.H.O. 1998).

Oltre al miglioramento della qualità di vita, l'educazione terapeutica mira a migliorare la compliance dell'assistito, prevenire le complicanze della malattia e ridurre i costi a lungo termine delle risorse sanitarie, sociali ed economiche impiegate. L'ambiente necessario allo svolgimento dell'educazione terapeutica, è quello della relazione terapeutica, una relazione tra infermiere e assistito basata sulla fiducia e rispetto reciproci. È l'infermiere stesso a gettare le basi di questa relazione, di questa alleanza, e per farlo utilizza l'ascolto attivo, presta attenzione alla comunicazione verbale e non verbale, interagisce con empatia con la persona assistita. In questo processo l'infermiere aiuta la persona a diventare consapevole del suo processo di guarigione; c'è sinergia tra infermiere ed assistito. In questa alleanza terapeutica, le scelte dell'assistito saranno scelte consapevoli, il paziente non sarà più passivo, oggetto delle cure, ma sarà un soggetto attivo al piano terapeutico, parte integrante dell'équipe. Tutto questo processo può essere definito con il termine **empowerment**.

Nell'elenco delle 60 malattie in cui la formazione terapeutica risulta essere essenziale all'efficacia del trattamento, stilato dall'O.M.S. nel 1997, compaiono anche le IBD.

Nel 2013 sono stati aggiornati gli IBD Standards per la cura della salute delle persone con malattie infiammatorie croniche intestinali nel Regno Unito. Tra le parti che hanno collaborato all'aggiornamento del 2013, compare anche il Royal College of Nursing: ne consegue che l'infermiere che ha a che fare con questa tipologia di popolazione, debba esserne a conoscenza.

Lo Standard D tratta dell'educazione del paziente e del suo supporto, sottolineando come la cura della persona con IBD *“should empower patients to understand their condition and its management”*, vale a dire applicare il concetto dell'**empowerment** sulla persona assistita affinché essa diventi in grado di capire il proprio stato di malattia, quindi di gestirlo al meglio.

Il rationale dello standard è il seguente: le persone meglio informate sulle proprie condizioni di salute e su come le IBD possono essere trattate, hanno più chances di raggiungere una qualità di vita migliore nonostante la patologia. Le informazioni fornite dovranno inoltre comprendere l'organizzazione sanitaria che ruota attorno alla loro malattia, facendo sì che la persona assistita abbia una chiara comprensione dei servizi a sua disposizione e delle modalità a cui può accedervi.

In particolare, le informazioni date dovrebbero essere:

- ❖ Appropriate ed esaustive per quel che riguarda le tipologie di cure a disposizione dell'assistito, trattando anche le differenti opzioni di trattamento per tutti gli stadi della sua malattia;
- ❖ Appropriate all'età, alle capacità di comprensione e ai bisogni comunicativi della persona assistita, della sua famiglia o del care-giver;
- ❖ Disponibili anche in lingue diverse da quella della realtà ospedaliera;
- ❖ Integrate da informazioni scritte chiaramente, anche in cliniche esterne, altri reparti, ambulatori di endoscopia e day-hospital.

Le informazioni date all'assistito dovrebbero comprendere anche le strategie per una corretta autogestione della malattia e, a questo proposito, l'infermiere dovrebbe insistere soprattutto sull'*auto-efficacia*.

L'auto-efficacia rappresenta il giudizio di una persona sulle proprie capacità di organizzare ed eseguire le azioni richieste per ottenere determinati risultati (Cooper et al., 2010). L'auto-efficacia non è l'insieme delle capacità che una persona ha, ma cosa quella persona pensa di poter raggiungere con quelle capacità (Bondura, 1995). Nello specifico delle malattie croniche, quindi anche nelle IBD, l'auto-efficacia è la confidenza stessa che la persona ha nel raggiungere un determinato comportamento o stato mentale (Loring and Gonzalez, 1992).

Cooper et al. (2010), hanno raccolto da un loro studio i temi principali che una persona con IBD deve affrontare prima di raggiungere il pieno self-management della malattia, ovvero:

1. Raggiungimento di determinate performance per quel che riguarda il management della malattia;
2. Il feedback fisiologico;
3. Strategie da adottare e rispettivi outcomes;
4. Avere uno "spirito combattivo";
5. Sfruttare le chances;
6. Essere flessibili, malleabili, e ricevere aiuto dagli altri;
7. Immagine di sé;
8. La Salute nella Malattia.

Ogni persona con questa patologia si troverà ad affrontarli.

Conoscendo questa condizione, l'infermiere può essere un ottimo sostegno per la persona che deve sostenere questo percorso, sia per la sua formazione sanitaria, sia per le capacità relazionali richieste dalla sua professione.

CONCLUSIONI

Non è stato possibile raccogliere nessun dato specifico della realtà infermieristica italiana a riguardo dell'argomento trattato.

Al 25° Congresso Nazionale ANOTE/ANIGEA tenuto nel Maggio 2015, è stata presentata una survey condotta in Italia per indagare il ruolo dell'infermiere nell'ambito delle IBD (Guarini, 2015). Il totale delle schede validate è stato di 91 (N = 91).

Le principali criticità messe in evidenza dalla survey sono state:

1. Il 43.9% del campione non ha seguito almeno 1 corso specifico sulle IBD;
2. Il 32% non conosce le linee guida N-ECCO, mentre il 17.5% non le segue nella sua pratica infermieristica;
3. Il 76.9% non si aggiorna su riviste specialistiche.

L'infermiere può fare molto per questa tipologia di paziente. Il suo ruolo è importante sin dal primo incontro, nelle sale di endoscopia al momento della diagnosi, e continua durante il percorso terapeutico

con la somministrazione della terapia ed il counselling. Prende parte al management delle complicanze collaborando con il medico nell'operatività endoscopica, ma anche supportando attivamente la persona assistita nel prendere delle scelte ragionate e consapevoli che ne cambieranno la salute.

Per farlo è necessario un bagaglio culturale fatto sì di esperienza, ma anche di formazione universitaria e aggiornamento continuo, indispensabili ad una pratica infermieristica fondata su evidenze scientifiche e che rispetti almeno gli standard minimi condivisi dagli altri Paesi dell'Unione Europea.

“La promozione della salute si compie per mezzo delle persone e insieme a loro, non è un'attività che si realizza sopra le persone.”

Dichiarazione di Jakarta (1997)

BIBLIOGRAFIA

AIFA (2012) “Domande e risposte sui medicinali biosimilari - Q&A 27 September 2012” (EMA/837805/2011)

Annese V., Daperno M., Rutter M. D. et al. (2013) “European evidence based

consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease”. *J Crohns Colitis*; 7:982–1018.

Belling R., McLaren S., and Woods L. (2009)

“Specialist nursing interventions

for inflammatory bowel disease (Review)” *The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.*

Bessissow T., Van Keerberghen C.A., Van

Oudenhove L., et al. (2013) “Anxiety

is associated with impaired tolerance of colonoscopy preparation in inflammatory bowel disease and controls.” *J Crohns Colitis* 2013;7(11):e580–7.

Blonski W., Kundu R., Lewis J. et al. (2008) “Is dysplasia visible during

surveillance colonoscopy in patients with ulcerative colitis?” *Scand J Gastroenterol* 2008; 43:698-703.

Bondura A. (1995) “Self-Efficacy in Changing

Societies” *Cambridge University*

Press, 1995.

Brown S.R. Baraza W., Hurlstone P. (2007)

“Chromoendoscopy versus

conventional endoscopy for the detection of polyps in the colon and rectum” *Cochrane Database Syst Rev*; (4):CD006439.

Cairns, S. R., Scholefield, J. H., Steele, R. J.,

Dunlop, M. G., Thomas, H. J.,

Evans, G. D., Saunders, B. P. (2010). “Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high risk groups (update from 2002)”. *Gut*, 59(5), 666-689.

Chan W.K., Saravanan A., Manikam J., et al.

(2011) “Appointment waiting times

and education level influence the quality of bowel preparation in adult patients undergoing colonoscopy.” *BMC Gastroenterol* 2011;11:86.

Collins P.D., Mpofu C., Watson A.J., Rhodes J.M.

(2006) “Strategies for detecting

colon cancer and/or dysplasia in patients with inflammatory bowel disease” *The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.*

Cooper J.M., Collier J, James V., Hawkey C.J.

(2010) “Beliefs about personal

control and self-management in 30–40 year olds living with Inflammatory Bowel Disease: A qualitative study” *International Journal of Nursing Studies* 47 (2010) 1500–1509

Cronstein B.N., Naime D., Ostad E. (1993) “The anti-inflammatory mechanism of methotrexate. Increased adenosine release at inflamed sites diminishes leukocyte accumulation in an in vivo model of inflammation”. *J Clin Invest* 1993; 92: 2675-2682, doi: 10.1172/JCI116884.

Cush J.J. (2004) “Unusual toxicities with TNF inhibition: heart failure and drug-induced lupus”. *Clin Exp Rheumatol* 2004; 22 (Suppl 35): S141-7.

D’Haens G.R., Baert F., Van Assche G., et al. (2008) “Early combined immunosuppression or conventional management in patients with newly diagnosed Crohn’s disease: an open randomized trial.” *Lancet* 2008; 371:660-7.

Delegge M., Kaplan R.. (2005) “Efficacy of bowel preparation with the use of a prepackaged, low fibre diet with a low sodium, magnesium citrate cathartic vs. a clear liquid diet with a standard sodium phosphate cathartic.” *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21(12):1491–5.

Denters M.J., Schreuder M., Depla A.C., et al. (2013) “Patients’ perception of colonoscopy: patients with inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome experience the largest burden.” *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2013;25(8):964–72.

Di Maio C.J., Dorfman M.P., Gardner G.J. et al.; (2012) “Covered esophageal self-expandable metal stents in the nonoperative management of postoperative colorectal anastomotic leaks,” *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 76, no. 2, pp. 431–435, 2012.

Dignass A., Van Assche G., Lindsay J.O., Lemann M., Soderholm J., Colombel J.F., et al. (2010) “The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn’s disease: Current management”. *J Crohns Colitis* 2010; 4: 28-62, doi: 10.1016/j.crohns.2009.12.002.

Dignass A., Lindsay J. O., Sturm A. et al. (2012) “Second European evidence based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management”. *J Crohns Colitis*; 6:991–1030.

Ford A.C., Bernstein C.N., Khan K.J., Abreu M.T., Marshall J.K., Talley N.J., et al. (2011) “Glucocorticosteroid therapy in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis”. *Am J Gastroenterol* 2011; 106: 590-599, doi: 10.1038/ajg.2011.70.

Friedman S, Cheifetz AS, Farraye FA, et al. (2013) “Factors that affect adherence to surveillance colonoscopy in patients with inflammatory bowel disease.” *Inflamm Bowel Dis* 2013;19(3):534–9.

Golik M., Kurek M., Poteralska A., Bieniek E., Marynka A., Pabich G., Liebert A., Kłopocka M., Rydzewska G. (2014) “Working Group Guidelines on the nursing roles in caring for patients with Crohn’s disease and ulcerative colitis in Poland” *Prz Gastroenterol* 2014; 9 (4): 179–193 DOI: 10.5114/pg.2014.45098

Gurudu S.R., Ramirez F.C., Harrison M.E., et al. (2012) “Increased adenoma detection rate with system-wide implementation of a split-dose preparation for colonoscopy.” *Gastrointest Endosc* 2012;76(3):603–8.e1.

Hall V. (2014) “Assessing and supporting patients who have IBD” *Nursing Times* 19.11.14 / Vol 110 No 47 / www.nursingtimes.net

Hernández-Sampelayo F.C.P., Seoane M., Oltra L., Marín L., Torrejón A., Vera M. I., García V., Lázaro P., Parody E., Blasco A.J., Casellas F. (2010) "Contribution of nurses to the quality of care in management of inflammatory bowel disease: A synthesis of the evidence" *Journal of Crohn's and Colitis* (2010) 4, 611–622

Hurlstone D.P., Sanders D.S., Lobo A.J., et al. (2005) "Indigo Carmine-Assisted High-Magnification Chromoscopic Colonoscopy for the Detection and Characterisation of Intraepithelial Neoplasia in Ulcerative Colitis: A Prospective Evaluation" *Endoscopy*, 37 (2005), pp. 1186–1192.

Kiesslich R., Neurath M.F. (2012) "Chromoendoscopy in inflammatory bowel disease" *Gastroenterol Clin North Am* 2012; 41:291-302.

Kilgore T.W., Abdinoor A.A., Szary N.M., et al. (2011) "Bowel preparation with split-dose polyethylene glycol before colonoscopy: a meta-analysis of randomized controlled trials." *Gastrointest Endosc* 2011;73(6):1240–5.

Kornbluth, A., & Sachar, D. B. (2010). "Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American college of gastroenterology, practice parameters committee." *The American Journal of Gastroenterology*, 105(3), 501-523.

Leighton J. A., Shen B., Baron T. H. et al. (2006) "ASGE guideline: endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease". *Gastrointest Endosc*; 63:558–65.

Lian L., Fazio V., Shen B. (2008) "Endoscopic treatment for pill bezoars after continent ileostomy" *Dig Liver Dis*. 2009 Jul; 41(7):e26-8. doi: 10.1016/j.dld.2008.02.004. Epub 2008 Jul 10.

Lorig K., Gonzalez V. (1992) "The integration of theory with practice: a 12-year case study." *Health Educ Q* 19:355-368, 1992

Marion J.F., Waye J.D., Present D.H., et al. (2008) "Chromoendoscopy-Targeted Biopsies are Superior to Standard Colonoscopic Surveillance for Detecting Dysplasia in Inflammatory Bowel Disease Patients: A Prospective Endoscopic Trial" *Am. J. Gastroenterol.*, 103 (9) (2008), pp. 2342–2349

Mason I., Holbrook K., Kemp K., Garrick V., Johns K., Kane M. (2012) "Inflammatory bowel disease: Nursing Results of an audit exploring the roles, responsibilities and activity of nurses with specialist/advanced roles" *Royal College of Nursing* 2012.

Mowat C., Cole A., Windsor A., Ahmad T., Arnott I., Driscoll R., et al. (2011) "Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults". *Gut* 2011; 60: 571-607, doi: 10.1136/gut.2010.224154.

Nett A., Velayos F., McQuaid K. (2014) "Quality Bowel Preparation for Surveillance Colonoscopy in Patients with Inflammatory Bowel Disease Is a Must" *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 24 (2014) 379–392 <http://dx.doi.org/10.1016/j.giec.2014.03.004> 1052-5157/14

Neumann H., Kiesslich R., Wallace M.B. et al. (2010) "Confocal laser endomicroscopy: technical advances and clinical applications". *Gastroenterology* 2010; 139:388-92, 392.

Neurath M. F. and Travis S. P. (2012) "Mucosal healing in inflammatory bowel diseases: a systematic review". *Gut*; 61:1619–35.

O'Connor M., Bager P., Duncan J., Gaarenstroom J., Younge L., Détré P., Bredin F., Dibley L., Dignass A., Gallego Barrero M., Greveson K., Hamzawi M., Ipenburg N., Keegan D., Martinato M., Murciano Gonzalo F., Pino Donnay S., Price T., Ramirez Morros A., Verwey M., White L., van de Woude

C.J. (2013) “N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis” *Journal of Crohn's and Colitis* (2013) 7, 744–764.

Paine E. R. (2014) “Colonoscopic evaluation in ulcerative colitis” *Gastroenterology Report*; 1–8, doi:10.1093/gastro/gou028.

Paine E., Shen B. (2013) “Endoscopic therapy in inflammatory bowel diseases” *Gastrointestinal Endoscopy Vol. 78*, 6:819-35.

Regueiro M., Loftus E. V. Jr, Steinhart A. H. et al. (2006) “Clinical guidelines for the medical management of left-sided ulcerative colitis and ulcerative proctitis: summary statement”. *Inflamm Bowel Dis*; 12:972–78.

Rogler G. (2009) “Medical management of ulcerative colitis”. *Dig Dis*; 27:542– 49.

Romero R.V., Mahadeva S. (2013) “Factors influencing quality of bowel preparation for colonoscopy.” *World J Gastrointest Endosc* 2013;5(2):39–46.

Rosenfeld G., Krygier D., Enns R.A., et al. (2010) “The impact of patient education on the quality of inpatient bowel preparation for colonoscopy.” *Can J Gastroenterol* 2010;24(9):543–6.

Rubin D.T., Rothe J.A., Hetzel J.T. et al. (2007) “Are dysplasia and colorectal cancer endoscopically visible in patients with ulcerative colitis?” *Gastrointest Endosc* 2007; 65:998-1004.

Rutgeerts P., Sandborn W. J., Feagan B. G. et al. (2005) “Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis”. *N Engl J Med*; 353:2462–76.

Sales-Campos H., Basso P. J., Alves V. B. F., Fonseca M. T. C., Bonfa’ G., Nardini V. and Cardoso C. R. B. (2015) “Classical and recent advances in the treatment of inflammatory bowel diseases” *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*; 48(2): 96-107.

Samuel S., Bruining D. H., Loftus E. V. Jr et al. (2013) “Validation of the ulcerative colitis colonoscopic index of severity and its correlation with disease activity measures”. *Clin Gastroenterol Hepatol*; 11: 49–54; e1.

Sandborn W. J., van Assche G., Reinisch W. et al. (2012) “Adalimumab induces and maintains clinical remission in patients with moderate-to-severe ulcerative colitis.” *Gastroenterology*; 142:257–65; e1–3.

Sandborn W. J., Feagan B. G., Marano C. et al. (2014) “Subcutaneous Golimumab Induces Clinical Response and Remission in Patients With Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis”. *Gastroenterology*; 146:85–95.

Sanjay K., Kiesslich R. (2013) “Evolving endoscopic strategies for detection and treatment of neoplastic lesions in inflammatory bowel disease” *Gastrointestinal Endoscopy*; Volume 77, No. 3 : 2013.

Satsangi J., Silverberg M. S., Vermeire S. et al. (2006) “The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications”. *Gut*; 55:749–53.

Siegel C.A. (2011) “Review Article: explaining risks of inflammatory bowel disease therapy to patients” *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 33:23-32.

Sipponen T., Nuutinen H., Turunen U., Farkkila M. (2010) “Endoscopic Evaluation

of Crohn's Disease Activity: Comparison of the CDEIS and the SES-CD". *Inflamm Bowel Dis* 2010;16:2131–2136

Soweid A.M., Kobeissy A.A., Jamali F.R., et al.

(2010) "A randomized single-blind trial of standard diet versus fiber-free diet with polyethylene glycol electrolyte solution for colonoscopy preparation." *Endoscopy* 2010;42(8):633–8.

Subramanian V., Mannath J., Hawkey C.J. et al.

(2011) "High definition colonoscopy vs. standard video endoscopy for the detection of colonic polyps: a meta-analysis." *Endoscopy* 2011; 43:499-505.

Taylor K.M., Irving P.M. (2011) "Optimization of conventional therapy in

patients with IBD". *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2011; 8: 646-656, doi: 10.1038/nrgastro.2011.172.

Toruner M., Loftus E.V. Jr., Harmsen W.S. et al.

(2008) "Risk factors for opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease". *Gastroenterology* 2008; 134:929-36.

Travis S. P., Schnell D., Krzeski P. et al. (2012)

"Developing an instrument to assess the endoscopic severity of ulcerative colitis: the Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS)". *Gut*; 61:535–42.

Wallace M.B., Kiesslich R. (2010) "Advances in endoscopic imaging of colorectal neoplasia". *Gastroenterology* 2010; 138:2140-50.

Linee guida e Documenti:

ASGE guideline: endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory

bowel disease; www.asge.org

Manuale AIFA Farmaci biologici e biosimilari

(2015); www.agenziafarmaco.com

"Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere";

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739; Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n. 6; Testo aggiornato al 15 dicembre 2005

"Patto Infermiere-Cittadino" (1999) Collegio

Ipasvi.

"Il Codice deontologico dell'Infermiere" (2009)

Comitato centrale della

Federazione con deliberazione n.1/09, 10 gennaio 2009; Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi 17 gennaio 2009.

Sitografia:

http://www.ibdbrescia.it/media/pdf/diagnosi_isopatologica.pdf

http://www.ema.europa.eu/docs/it_IT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000481/WC500050870.pdf

http://www.ema.europa.eu/docs/it_IT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000240/WC500050888.pdf

<http://www.igibdscores.it/it/>

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

Ravotti Giovanni infermiere endoscopia digestiva ASLCN1 Mondovi

L'infermiere di endoscopia ha delle attività proprie e nell'ordinamento didattico della laurea infermieristica non esiste un focus sulle abilità e competenze richieste per lavorare in endoscopia. Alla luce di ciò in questo articolo si vuole valorizzare l'esperienza e la competenza dell'infermiere di endoscopia durante la procedura della colonscopia, in particolare per la tecnica della polipectomia endoscopica analizzando tutto il percorso: preparazione; l'accoglienza della persona assistita; analisi delle metodiche; le indicazioni i rischi ed i benefici della procedura; approfondire la conoscenza e l'utilizzo dei devices per la tecnica della polipectomia.

Nel servizio di endoscopia è necessario per quanto possibile avere personale dedicato per la continua evoluzione tecnologica, il perfezionamento dello strumentario endoscopico e la complessità delle procedure che richiedono una buona abilità, a qualsiasi livello l'endoscopia venga svolta. Il personale della endoscopia deve avere una preparazione che associ alla competenza tecnico professionale anche le componenti umane, educazionali, etiche, comunicazionali.

L'assistenza al paziente inizia dal momento dell'accoglienza al servizio in cui prenota l'esame endoscopico. In tale occasione l'infermiere dovrà offrire tutte le informazioni necessarie al fine di ottenere la massima collaborazione del paziente; queste ultime dovranno essere le più aderenti al tipo di esame cui il paziente dovrà sottoporsi.

PREPARAZIONE INTESTINALE⁽¹⁾

UN BUON COLLOQUIO INFERMIERE/ PAZIENTE PER LA SPIEGAZIONE DELLA PREPARAZIONE RASSICURA IL PAZIENTE MOTIVANDOLO E SI PUÒ AVERE UN VANTAGGIO ENORME IN TERMINI DI RISULTATI

Una buona preparazione deve ripulire il colon dal contenuto fecale, senza provocare danni alla mucosa, richiedere tempi accettabilmente brevi di assunzione del preparato e di evacuazione, non causare disagi al paziente e non produrre significativi squilibri idro-elettrolitici.

Non esiste una preparazione ottimale e sarebbe più corretto riuscire a personalizzare le preparazioni intestinali. Attualmente ci sono in commercio soluzioni a base di glicole polietilenico (PEG) e catartiche a base di fosfati (NaP).

Le prime sono soluzioni elettrolitiche bilanciate che ripuliscono l'intestino senza dare origine ad alterazioni idro-elettrolitiche. Le seconde invece richiamano acqua nel lume intestinale per ottenere l'evacuazione.

La somministrazione frazionata di PEG, cioè l'assunzione di metà dose la sera precedente e metà dose la mattina dell'esame (schema split) migliora la qualità della preparazione intestinale e la tollerabilità (6,7,8), anche se c'è l'inconveniente di dover assumere la seconda dose molto presto il mattino del giorno dell'esame per le colonscopie programmate in prima mattinata.(2;3;4)

COLONSCOPIA⁽⁵⁾

La colonscopia è un'indagine che permette di esaminare il grosso intestino, mediante l'inserzione di una sonda flessibile attraverso l'ano, risalendo fino al cieco, ispezionando il rivestimento interno (mucosa)

per evidenziare eventuali alterazioni (tratti infiammati, polipi, tumori). La colonscopia oltre a permettere la diagnosi di malattie intestinali, consente anche l'asportazione di eventuali polipi ed il prelievo di piccoli frammenti di tessuto intestinale.

La colonscopia può essere diagnostica o terapeutica:

1) Diagnostica:

- sanguinamento rettale;
- alterazioni persistenti della canalizzazione intestinale che non sono stati chiariti da altri esami;
- anemia con presenza di sangue occulto nelle feci accompagnata o meno da turbe della canalizzazione;
- prelievi biotici;
- follow up endoscopico negli operati di cancro intestinale ;
- quando vi è presenza sospetta di neoformazioni o di diverticoli;

2) Terapeutica:

- polipectomia
- emostasi
- rimozione di corpi estranei

L'INFERMIERE STABILISCE CON LA PERSONA ASSISTITA UNA COMUNICAZIONE VERBALE E NON VERBALE CHE SERVE A SVILUPPARE UN RAPPORTO DI FIDUCIA E AIUTO RISPETTO:

- Alla gestione dell'ansia;
- Alla modalita' e durata di esecuzione della procedura;
- Alla verifica dell'avvenuta preparazione intestinale;
- Allaraccolta dati per la compilazione della scheda infermieristica;
- Alla possibilita' di utilizzo di farmaci per la sedazione.

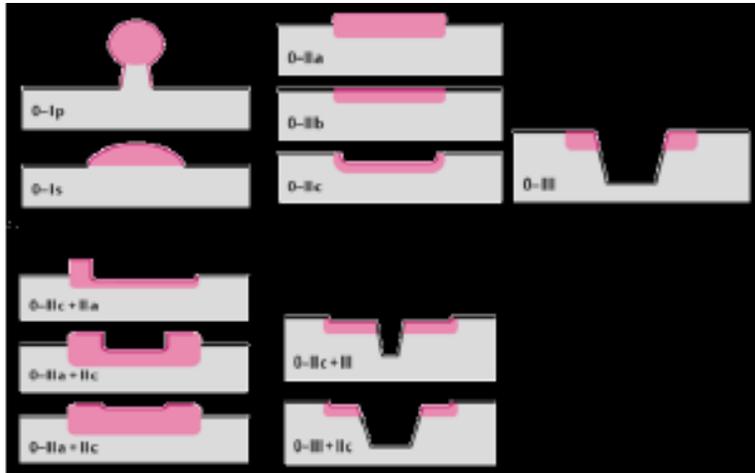
Quindi:

- Si invita il paziente a rimuovere gonna o pantaloni e biancheria intima nello spogliatoio,
- gli si fa indossare canice monouso e calzari e lo si fa coricare sul lettino endoscopico;
- Si posiziona un'agocannula, il rilevatore del pulsossimetro, lo sfigmomanometro e l'eventuale erogatore di ossigeno;
- Il paziente viene fatto coricare sul lettino e ruotare sul fiancosinistro.

NUOVA CLASSIFICAZIONE ENDOSCOPICA DELLE LESIONI POLIPOIDI E NON POLIPOIDI DEL COLON

Nel Novembre 2002 a Parigi si definisce una nuova classificazione delle lesioni polipoidi e non polipoidi del colon, comprendente anche le lesioni neoplastiche superficiali del colon, frequentemente rilevate grazie alla diffusione dello screening del carcinoma del colon-retto.

Una lesione neoplastica del colon è detta "**superficiale**" quando l' aspetto endoscopico suggerisce una profondità di penetrazione non superiore alla sottomucosa. Tali lesioni definite di tipo 0, vengono ulteriormente sotto-classificate in lesioni di tipo *polipoide* (tipo 0-I) e *non polipoide* (tipo 0-II).



GESTIONE DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE⁽⁶⁾ DICUMAROLICO

L'approccio più appropriato è rappresentato dalla sospensione dei dicumarolici cinque giorni prima della procedura (con eventuale somministrazione di eparina a basso peso molecolare) con ripristino del valore dell'INR <1.5.

Nel caso in cui il paziente deve praticare eparina a basso peso molecolare questa deve essere sospesa 24 ore prima della procedura (ultima somministrazione la mattina precedente la terapia).

La ripresa dell'anticoagulante dipende dal tipo di procedura eseguita e dal rischio stimato di sanguinamento post-procedura.

NOAC

In genere viene suggerito di evitare l'assunzione della dose serale il giorno precedente l'esame e di evitare l'assunzione della dose il mattino dell'esame.

Per il rivaroxaban (mono somministrazione) il giorno precedente si può assumere solo se l'assunzione è prevista al mattino. In caso contrario la dose deve essere omessa.

GESTIONE DELLA TERAPIA ANTIAGGREGANTE ⁽⁷⁾

Per le procedure a basso rischio emorragico non è mai raccomandata la sospensione della terapia, anche in corso di doppia antiaggregazione. In quest'ultimo caso è possibile l'esecuzione di biopsie ma solo in caso di assoluta rilevanza clinica. Per le procedure ad alto rischio le indicazioni alla sospensione della terapia antiaggregante secondo le linee guida ESGE sono riassunte nella tabella sottostante:

	Aspirina	Clopidogrel/ticlopidina	Prasugrel EFIENT®	Ticagrelor BRILIQUE®
Utilizzo clinico	Singola oppure doppia antiaggregazione	Singola oppure doppia antiaggregazione	Doppia antiaggregazione	Doppia antiaggregazione
Potenza antiaggregante	+	++	+++	+++
Rischio emorragico	++	+	+++	+++
Tempo minimo di sospensione (per il ripristino aggregazione piastrinica)	5 gg	5 gg	7gg	5gg

SEDAZIONE IN ENDOSCOPIA

Per sedazione viene generalmente intesa una depressione farmaco indotta del livello di coscienza⁽¹¹⁾. Esistono quattro stadi progressivi di sedazione: **minima**(ansiolisi);**moderata**(sedazione cosciente);**profonda**(narcosi);**anestesia generale**.la maggior parte degli esami endoscopici viene eseguita in regime di minima e moderata sedazione^(12;13). Lo schema maggiormente utilizzato e validato in ambito nazionale (Linee Guida Società Italiana di Endoscopia Digestiva, S.I.E.D. 200639), prevede l'impiego di una benzodiazepina (BZD) ad azione rapida quale il **Midazolam**, associato ad un oppioide, come la **Meperidina**, entrambi somministrati per via endovenosa secondo un protocollo a boli ripetuti⁽¹⁴⁾.

LA POLIPECTOMIA

La prima polipectomia riportata in Letteratura fu eseguita da William Wolff e Hiromi Shinya presso il Beth Israel Hospital di New York, nel 1971, circa sei anni dopo la prima, colonscopia totale. La polipectomia endoscopica del colon è la metodica utile nella rimozione di lesioni del colon che, interrompendo la sequenza adenoma-carcinoma comporta un notevole impatto sulla prevenzione del cancro del colon-retto⁽⁸⁾.

L'INFERMIERE COLLABORA CON IL MEDICO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME ENDOSCOPICO

TECNICHE DI POLIPECTOMIA AVANZATA

EMR (Endoscopic Mucosal Resection)

La mucosectomia endoscopica (EMR) è il metodo di scelta per l'asportazione dei polipi piatti del tratto gastrointestinale. E' meno invasiva della chirurgia tradizionale, e ha meno rischi e meno complicanze. Tuttavia ha lo svantaggio di non poter asportare *en bloc* lesioni polipoidi > 20 mm con un aumento del rischio di recidiva, e in caso di asportazione *piecemeal* minore accuratezza dell'esame istologico.

ESD (Endoscopic Submucosal Dissection)

Prevede quattro steps fondamentali: la marcatura, l'iniezione sottomucosa, l'incisione circonfrenziale della mucosa con esposizione della sottomucosa ed infine la dissezione sottomucosa. La tecnica dell'ESD inizia con il "marking"(segnare con) della lesione da asportare con elettrocoagulazione a 5 mm di distanza dai margini, quindi infiltrazione della sottomucosa con fluidi; utilizzando un ago "needle knife" viene effettuata una incisione circonfrenziale attorno alla lesione, quindi con un ago tip covered si effettua la dissezione della tonaca sottomucosa dalla muscolaris propria mantenendo un unico frammento⁽¹⁰⁾.

L'INFERMIERE PREPARA L'OCCORRENTE NECESSARIO PER ESEGUIRE L'ESAME ENDOSCOPICO

DEVICE PER EMR

- AGHI DA SCLEROSI;
- ANSE DIATERMICHE

Monofilamento: taglio più rapido, brucia di meno la parete quindi preferibili nel colon destro;

Filo intrecciato: sono le più diffuse, più rigide, hanno migliore memoria di forma.

L'ansa collegata all'elettrobisturi è pronta per l'uso:

Lesione possibilmente posizionata ore 6 dell'endoscopio; con l'ansa si cattura la base del peduncolo o si posiziona sulla lesione sollevata ; si inizia la fase di chiusura con simultanea applicazione di corrente di taglio e coagulo fino alla rimozione della lesione.

- CESTELLO RECUPERO POLIPI
- POLIPTRAP
- PINZE PER BIOPSIA: Polipectomia a freddo; Polipectomia con pinza calda.

- CLIP :Utilizzate per emostasi rapida in caso di sanguinamento o per profilassi.

CLIP CLASSICHE :Tempo di permanenza di una clip circa 9 giorni; Se la clip si stacca dopo 24 ore rischio di sanguinamento; Radiopache; Apertura max 12 mm; ultimi modelli sono richiudibili fino a 5 volte prima del rilascio definitivo.

CLIP OVESCO (OTSC): In lega di nitalolo, traumatica o atraumatica; Esistono di vari calibri : da 10-14mm; Hanno maggiore forza rispetto alle clip classiche; Chiudono lesioni fino a 20mm di lunghezza; Il dispositivo precaricato è montato all'esterno dell'endoscopio.

- **ENDOLOOP:** Device costituito da un filo di teflon che viene serrato intorno alla base del polipo quando le dimensioni sono importanti prima di essere resecato con ansa; Il taglio deve essere fatto tra la testa del polipo e l'endoloop.

Importante: durante lo sgancio del loop, assicurarsi che la guaina metallica sia visibile endoscopicamente e oltre la guaina di plastica. Se ciò non si verifica il loop potrebbe rimanere incastrato nell'applicatore.

DEVICE ESD

- **AGHI DIATERMICI:**

TIP UNCOVERED (Senza punta isolata) lavorano anche di punta ma hanno un minor controllo della profondità di taglio.

- Flex knife
- Triangle knife
- Flush knife
- Hook knife Dual knife
- Needle knife

TIP COVERED (Con punta isolata):Lavorano solo tangenzialmente alla lama che e' rivestita in ceramica:

- it-knife
- itkknife2

HIBRID KNIFE: Tutte le singole fasi dell'ESD possono essere eseguite con questa sonda multifunzione assicurando elevato grado di sicurezza.

TATUAGGIO

Utilizzato per l' identificazione corretta della sede della lesione in caso di intervento chirurgico o di controlli post polipectomia

PREPARAZIONI UTILIZZATE:

- INCHIOSTRO DI CHINA;
- SPOT(sospensione contenente particelle ultrafini di carbonio altamente purificato) no per uso pediatrico (contiene alcool benzilico)

TECNICA: Si creano prima dei pomfi di fisiologica quindi si inietta all'interno di essi l'inchiostro o lo SPOT

- tatuaggio a monte : in caso si debba eseguire resezione retto sigma o emicolectomia sinistra.
- tatuaggio a valle : in caso di emicolectomia destra.

COMPLICANZE IN CORSO DI POLIPECTOMIA

- **SANGUINAMENTO:** immediato ; a distanza.

TRATTAMENTI: Iniezioni di adrenalina 1:10000; posizionamento di clip; APC

- PERFORAZIONE:** immediata ; Prime 24 ore.

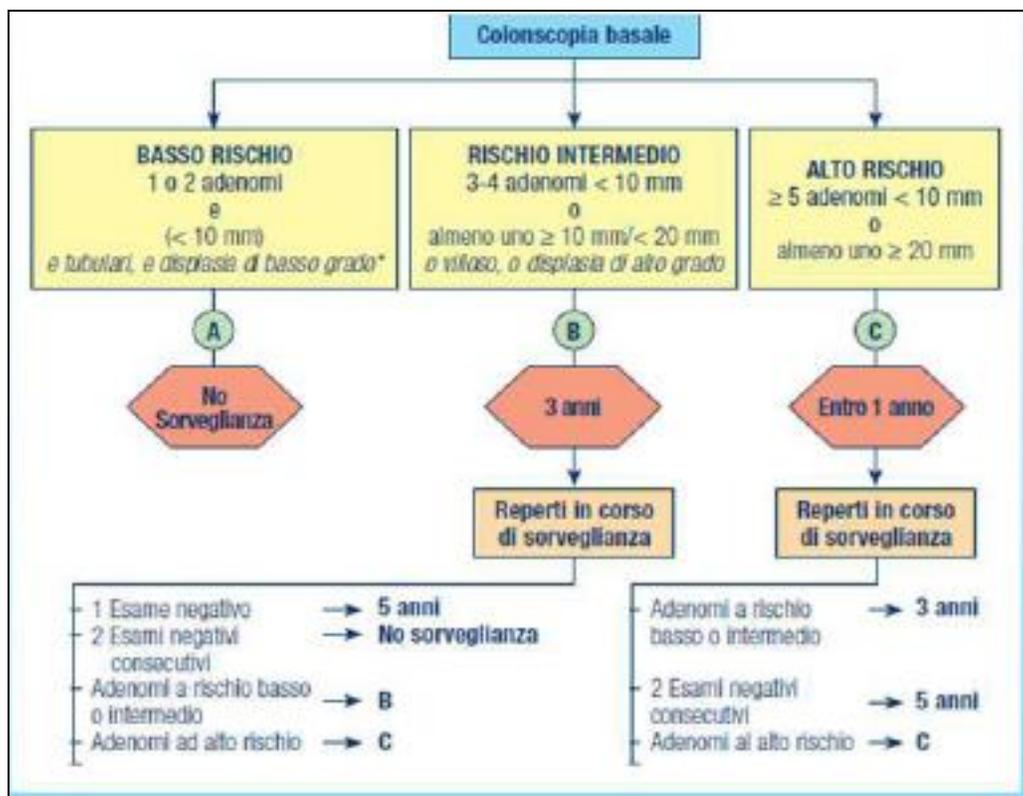
TRATTAMENTI: Clip classiche se lesione non superiore a 12mm; Clip OVESCO se lesione maggiori di 20mm.

L'INFERMIERE POSSIEDE LE COMPETENZE NECESSARIE A FORNIRE L'ASSISTENZA POST-ESAME

Al termine della procedura:

- La persona assistita viene accompagnata in sala risveglio il tempo necessario per la completa ripresa con stabilizzazione dei parametri vitali ;
- L'infermiere si occupa di identificare il contenitore idoneo per conservare il polipo rimosso;
- Riporta su etichetta tutti dati identificativi del paziente e il reparto di provenienza ; compila la richiesta per l'anatomia patologica e consegna il campione all'anatomia patologica;
- Al paziente vengono illustrate modalita' e tempi per il ritiro del referto istologico
- Viene educato a riconoscere segni e sintomi di eventuali complicanze tardive e viene rinvioato a domicilio.

SORVEGLIANZA POST POLIPECTOMIA



Bibliografia

- 1 libro bianco endoscopia 4 da giorni tal end dig.2013;36:141-145;
- 2 Rembacken B, Hassan C, Riemann JF et al. Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Endoscopy* 2012;44:957-68.
- 3 Marmo R, Rotondano G, Riccio G et al. Effective bowel cleansing before colonoscopy: a randomized study of split-dosage versus non-split dosage regimens of high-volume versus low-volume polyethylene glycol solutions. *Gastrointest Endosc* 2010; 72:313-20.
- 4 Kilgore TW, Abdinoor AA, Szary NM et al. Bowel preparation with split-dose polyethylene glycol before colonoscopy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointest Endosc* 2011;73:1240-5.
- 5 libro organizzazione endoscopia 4 metodologia organizzativa
- 6;7 Boustiere C, Veitch A, Vanbiervliet G et al. Endoscopy and antiplatelet agents. European society of gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines. *Endoscopy* 2011;43:445-58 *Giornale italiano endoscopia dig* 2014;37 193-197 *Giornale italiano endoscopia dig* 2015;38 45-48
- 8 Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, Waye JD, Scharpino M, Bond JH, Panish JF. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med* 1993;329:1977-81.
- 9 Saito Y, Fukuzawa M, Matsuda T et al. Clinical outcome of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection of large colorectal tumors as determined by curative resection. *Surg Endosc* 2010 Feb;24(2):343-352.
- 10 Prof. Alberto Arezzo
- 11 L.T. Heuss, F. Froehlich and C. Beglinger, Changing patterns of sedation and monitoring practice during endoscopy: results of a nationwide survey in Switzerland, *Endoscopy* 37 (2005)
- 12;13 L.B. Cohen, J.S. Wechsler, J.N. Gaetano, A.A. Benson, K.M. Miller and V. Durkalski et al., Endoscopic sedation in the United States: results from a nationwide survey, *Am J Gastroenterol* 101 (2006) R. Conigliaro and A. Rossi, Implementation of sedation guidelines in clinical practice in Italy: results of a prospective longitudinal multicenter study, *Endoscopy* 38 (2006),
- 14 J.H. Kanto, Midazolam: the first water-soluble benzodiazepine: Pharmacology, pharmacokinetics and efficacy in insomnia and anesthesia, *Pharmacotherapy* 5 (1985), .

26° CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA



ZANHOTEL EUROPA \ BOLOGNA \ 27-29 MAGGIO 2016

Il sistema salute e la persona al centro della cura: Umanizzare il tecnicismo per costruire la qualità

Venerdì 27 maggio

Ore 14:00 CORSI PRE CONGRESSUALI SU METODICHE INNOVATIVE IN COLLABORAZIONE CON LE AZIENDE

Sabato 28 maggio

Ore 09:00 Apertura Lavori e Presentazione del congresso
Lettura Magistrale *"Il significato della cura"*

I SESSIONE ore 9:30 - 11.00
"La gestione del dolore in endoscopia digestiva"

Lettura magistrale *"L'infermiere e il dolore nella sua globalità"*

- La sedazione efficace in endoscopia
- L'uso di Oppioidi e propofol in endoscopia quali implicazioni legali per l'infermiere?
- Training infermieristico e medico per la sedazione in endoscopia
- Punto di vista dell'ESGENA

II SESSIONE ore 11.00 -13.00
Tavola rotonda: *la qualità' attraverso l'integrazione delle competenze dei vari professionisti*

Lettura Magistrale

"La prima competenza è saper comunicare : la relazione di aiuto efficace"

- Competenze infermieristiche il punto della situazione
- Esempi di competenze specialistiche applicate (PIC Team, Wound Care, Stoma Care etc)
- Discussione con Esperto legale, sindacato, presidente federazione ipasvi, medici.

Pausa Lunch ore 13:00 - 14:00

26° CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA



ZANHOTEL EUROPA \ BOLOGNA \ 27-29 MAGGIO 2016

III SESSIONE ore 14:00 - 15.30

"Le infezioni ospedaliere : quali responsabilità dell'infermiere"

- L'esame nel paziente infetto o in isolamento da Clostridium, Klebsiella, Legionella
- Le criticità del re processing
- La tracciabilità
- Norme internazionali in endoscopia (ESGENA)

IV SESSIONE ore 15:30 -17:00

"Qualità e miglioramento continuo in endoscopia"

- La qualità delle informazioni fornite ai pazienti che si sottopongono a colonscopia elettiva in regime ambulatoriale
- L'accreditamento SIED/ANOTE come base per il miglioramento continuo
- Progetto di accreditamento SIED/ANOTE: analisi delle criticità emerse
- L'importanza dello strumento condiviso: la cartella integrata endoscopica

Domenica 29 maggio

V SESSIONE ore 9:00 - 11:00

"Le Mici: rispondiamo ai bisogni del paziente"

Lettura magistrale

"Ti racconto la mia malattia"

- La medicina narrativa come strumento del prendersi cura
- Presentazione survey sulla qualità percepita ambulatori IBD
- Lavoro internazionale IBD
- I Trial nelle IBD:

VI SESSIONE ore 11:00 13:00

"Screening e management "

- lo screening e la colon unit, gestione, razionalizzazione, efficienza e efficacia attraverso l'attività operativa interdisciplinare integrata l'esperienza di bellaria
- management infermieristico in endoscopia e gastroenterologia: il coordinatore come facilitatore