

SCRIVENDO



1/2017

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



ScrivENDO 1/2017

Lettera Presidente ANOTE/ANIGEA	PAG. 5
Congresso Nazionale ANOTE/ANIGEA	
Scheda ISCRIZIONE	PAG. 9
Programma Congresso	PAG. 10
Borsa di Studio	PAG. 13
RADIOPROTEZIONE: l'infermiere di serie A e serie B	PAG. 14
La presenza di un infermiere come secondo osservatore durante la colonscopia di <i>screening</i> aumenta l'<i>Adenoma Detection Rate</i>	PAG.18
MEET THE EXPERT	PAG. 21

Il più grande spreco nel mondo è la differenza tra ciò che siamo e ciò che potremmo diventare.

Ben Herberster



Cari Colleghe e Colleghi,

iniziamo questo Nuovo Anno con la nostra **Rivista on line** decisamente rinnovata nel suo aspetto editoriale e arricchita di contenuti informativi e formativi.

In questo numero troverete articoli molto interessanti e utili per l'aggiornamento continuo, indispensabile per la nostra professione, su argomenti che variano dalla radioprotezione degli operatori e molto altro ancora.

L'occasione ci è gradita per informarvi sulle tematiche che l'Associazione sta attualmente sviluppando, attraverso l'attività di specifici **Tavoli di Lavoro**. Gli argomenti comprendono la definizione di un percorso condiviso con la Federazione IPASVI sulle **competenze specialistiche**, la revisione delle **Linee Guida** per il *reprocessing* degli endoscopi flessibili in collaborazione con AIGO-SIED-SIGE, nonché la produzione di **procedure standardizzate** sui temi "Percorso dell'esame istologico in Endoscopia" e "Formazione e inserimento dell'infermiere e OSS in Endoscopia". Tutti i documenti prodotti dai Gruppi di Lavoro inter-regionali saranno pubblicati sui prossimi numeri della Rivista.

Sicuramente questi temi rappresentano un'importante occasione per la crescita professionale e scientifica per ciascuno di noi.

Inoltre, vi ricordiamo che il **XXVII Congresso Nazionale ANOTE/ANIGEA** si svolgerà a **Napoli dal 26 al 28 Maggio 2017**. Il Congresso sarà incentrato sulla figura dell'infermiere come "**Capitale Umano**" in **Endoscopia e Gastroenterologia**. In particolare, si affronteranno temi relativi al benessere personale, alla crescita professionale e alla sicurezza nell'ambiente lavorativo, senza tralasciare gli aspetti di una corretta organizzazione delle nostre attività.

Una delle migliori definizioni di “**capitale umano**” è quella dell'Ocse, che lo identifica come «le conoscenze, le abilità, le competenze e gli altri attributi degli individui che facilitano la creazione di benessere personale, sociale ed economico».

Il capitale umano non è dunque rappresentato solo dalle abilità individuali innate. Si può al contrario produrre e accumulare. S'incrementa attraverso l'istruzione e la formazione professionale, ma anche con altre forme di apprendimento nella vita quotidiana o nei luoghi di lavoro e attraverso le relazioni professionali e non. Il capitale umano matura durante l'arco della vita individuale. Tale crescita ha dei “costi” che vengono sostenuti a livello individuale (es: il tempo e la spesa) o sociale (ad esempio i costi di formazione e aggiornamento); questi ultimi costituiscono investimenti che ANOTE/ANIGEA pensa di realizzare per il proprio futuro associativo e per il miglioramento professionale, ma anche personale dei nostri iscritti.

Il professionista è soprattutto persona, deve essere pensata anche sui luoghi di lavoro in questa ottica.

Ecco perché abbiamo pensato di affrontare queste tematiche, concentrandoci sulla salvaguardia del “capitale umano” anche dal punto di vista della sicurezza e del benessere delle persone. Siamo convinti che una persona serena, appagata e sicura sarà un professionista motivato e soddisfatto.



In attesa di incontrarci al prossimo congresso vi auguriamo un proficuo 2017, ricco di soddisfazioni personali e professionali. Vi aspettiamo numerosi a Napoli!

Ti sono tre grandi cose al mondo le montagne gli oceani e una persona motivata.



Cinzia Rivara

Per andare avanti e crescere sempre di più come professionisti aspettiamo con grande interesse i vostri articoli sugli studi, l'organizzazione e condivisione delle vostre esperienze lavorative!

Potrete inviare alla rivista i vostri lavori all'indirizzo mail

tts@anoteanigea.it

Per rimanere in contatto potete consultare il sito dell'associazione

www.anoteanigea.it

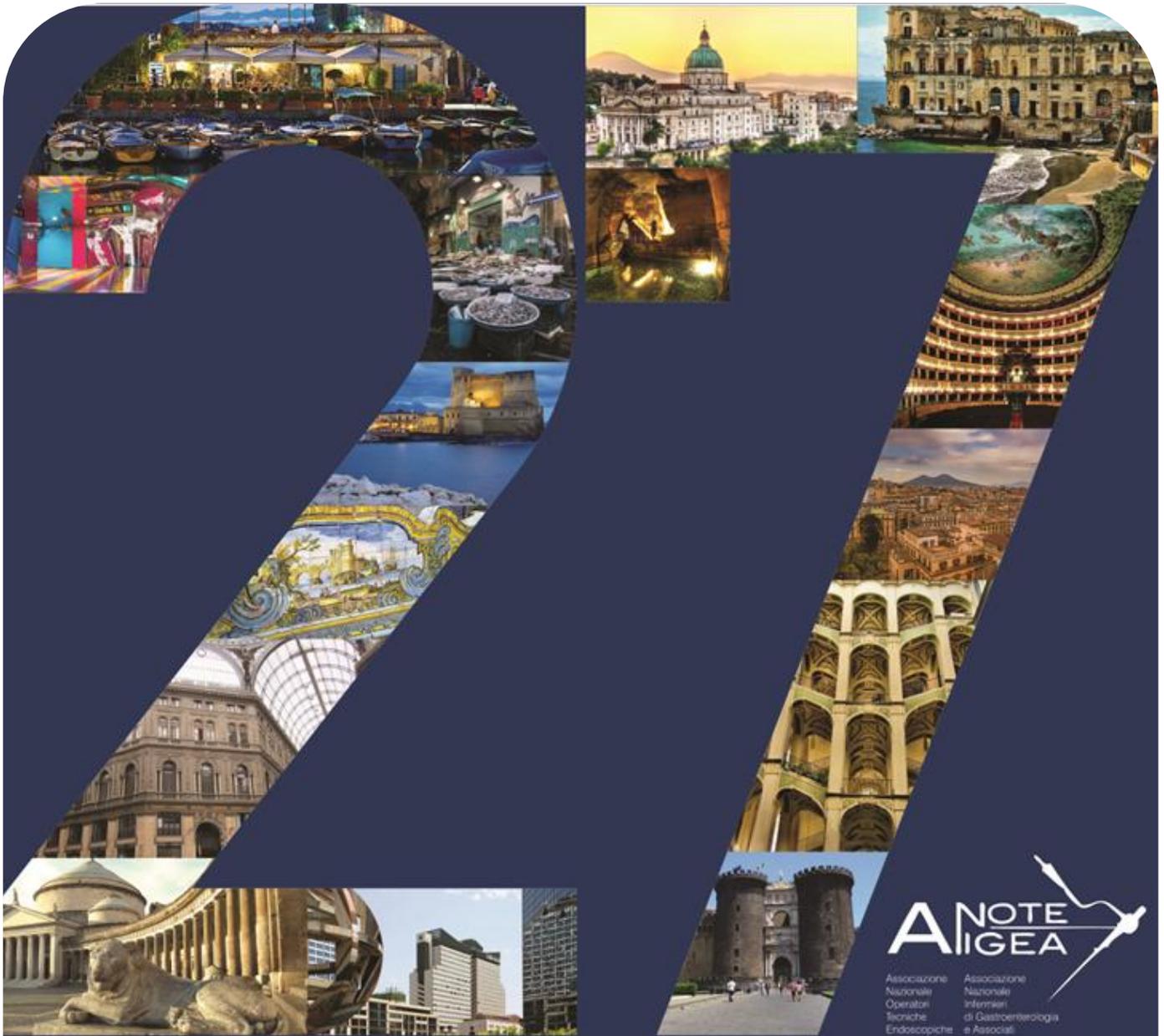
e per qualsiasi comunicazione potrete scrivere all'indirizzo mail

info@anoteanigea.it .

Vi aspettiamo,

T.T.S.

Tavolo Tecnico Scientifico Anote Anigea



**ANOTE
ANIGEA**

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

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

NAPOLI | HOTEL ROYAL CONTINENTAL

26-28 MAGGIO 2017

26-28 MAGGIO 2017



CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

NAPOLI | HOTEL ROYAL CONTINENTAL
26-28 MAGGIO 2017



SCHEDA DI ISCRIZIONE E PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Da inviare via fax unitamente alla copia del pagamento al n. 081 878.05.64

Cognome e Nome _____ Luogo di nascita _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Indirizzo _____ Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____ C.F. _____

DATI FATTURAZIONE (se la fattura deve essere intestata ad una società o ad un soggetto diverso da chi consegue l'attestato)

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

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

ISCRIZIONE

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> SOCIO ANOTE/ANIGEA in regola con la quota associativa anno 2017 | € 185,00 |
| <input type="checkbox"/> SOCIO ANOTE/ANIGEA non in regola con la quota associativa anno 2017 | € 215,00 |
| <input type="checkbox"/> NON SOCIO ANOTE/ANIGEA | € 260,00 |
| <input type="checkbox"/> OPERATORI SOCIO SANITARI (OSS) - ISCRIZIONE AL WORKSHOP DEL 27 MAGGIO | GRATUITA |

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

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

- | | | |
|----------------|--|----------|
| Hotel 4 stelle | <input type="checkbox"/> Camera Doppia Uso Singola | € 135,00 |
| | <input type="checkbox"/> Camera Doppia | € 160,00 |
| | condivisa con Sig. _____ | |

Le suddette tariffe si intendono per camera, al giorno con trattamento di camera e piccola colazione.

Data di arrivo: _____ Data di partenza: _____ TOTALE notti n° _____ TOTALE € _____

RIEPILOGO:	Iscrizione	€ _____
	Prenotazione alberghiera	€ _____
	Tassa di soggiorno € 3,00 x _____ notti per _____ pax	€ _____
	TOTALE da pagare	€ _____

Il pagamento dovrà avvenire tramite BONIFICO BANCARIO (esente spese) intestato a: NEW CONGRESS S.R.L.

Deutsche Bank - S. Agata sui Due Golfi - Massa Lubrense (NA) - IBAN: IT 80 B 03104 39970 000000820543

con la seguente causale: Cognome e Nome - Iscrizione e Prenotazione alberghiera 27° Congresso Nazionale ANOTE/ANIGEA

TERMINI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Le schede di iscrizione dovranno pervenire via fax entro e non oltre il 02/05/2017 e saranno valide solo se accompagnate dalla copia del bonifico.
- La lettera di conferma con il nome dell'albergo assegnato sarà emessa appena ricevuto il pagamento richiesto.
- New Congress si riserva il diritto di assegnare le camere nell'ordine di arrivo delle richieste di prenotazione in base alla disponibilità alberghiera al momento della richiesta.

NORME DI CANCELLAZIONE

- Per cancellazioni pervenute per iscritto alla New Congress entro il **2 maggio 2017** sarà restituito l'importo versato, detratto del 10% per rimborso spese.
- Per cancellazioni pervenute dopo il **2 maggio 2017**, sarà trattenuto l'intero importo.
- Eventuali rimborsi verranno effettuati dopo il Congresso.

CONSENSO al trattamento

I dati forniti con il presente modulo potranno essere da noi utilizzati ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 per inviare le comunicazioni, documentazioni, aggiornamenti o atti del convegno, programmi formativi ed altre informazioni anche promozionali relative alle nostre attività istituzionali. Per queste specifiche finalità abbiamo bisogno di acquisire il Vostro consenso al trattamento dei Vostri dati, che potrete esprimere apponendo in calce alla presente la Vostra firma.

ACCONSENTO

Firma _____



CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

NAPOLI | HOTEL ROYAL CONTINENTAL
26-28 MAGGIO 2017



Il “Capitale Umano” in gastroenterologia ed endoscopia: benessere, sicurezza, conoscenza, abilità.

PROGRAMMA PRELIMINARE

VENERDI 26 MAGGIO

Sala Auditorium

14.30-16.00

Workshop “Analisi del rischio nel ricondizionamento degli endoscopi: possibili soluzioni”

16.00-17.30

AGGEI si presenta:

Workshop “Evidence-Based Nursing (EBN): strategie e strumenti per incrementarne l’utilizzo”

SABATO 27 MAGGIO

Sala Auditorium

08.45

APERTURA DEI LAVORI

Saluti Inaugurali

Presidente Federazione IPASVI

Presidente ESGENA

Presidente ANOTE-ANIGEA

09:15 – 11:00 I SESSIONE: “Benessere organizzativo e benessere personale: un binomio indispensabile”

Presidente:

Moderatori:

09:15

“Se Florence oggi potesse vederci...” (video)

09.30

Letture magistrali:

“Il valore delle competenze relazionali come strumenti per gestire le relazioni: medici, coordinatore infermieristico, infermieri, OSS, attori di assistenza di qualità”

10.00

Strumenti per uscire da una relazione conflittuale in un’unità operativa: supervisione ed azione

10:15

Tavola rotonda: Presidente ESGENA, IPASVI, Presidente ANOTE/ANIGEA, SIED, counselor, coordinatore infermieristico Siena

10:45

Discussione

11.00

Coffee break



CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

NAPOLI | HOTEL ROYAL CONTINENTAL
26-28 MAGGIO 2017



Sala Auditorium

11:15 - 13:15 II SESSIONE: "Il rischio lavorativo"

Presidente:

Moderatori:

- 11.15 Disturbi Muscolo Scheletrici(DMAS): quale correlazione e prevenzione.
- 11.45 Le radiazioni ionizzanti: quale rischio per gli operatori e come prevenirlo
- 12.15 Rischio elettrico: valutazione e sicurezza
- 12.45 Rischi trasversali o organizzativi: lo stress da lavoro correlato
- 13.15 Lunch

Sala Aragonese

**11.15 - 13:15 Sessione parallela per Operatori Socio Sanitari (OSS)
"1° WORKSHOP NAZIONALE ANOTE/ANIGEA PER OPERATORI SOCIO SANITARI"**

Presidente:

Moderatori:

- 11.15 Inquadramento giuridico
- 11.35 L'OSS in endoscopia digestiva
- 12.00 Percorso di inserimento
- 12.30 Quale futuro
- 13.00 Discussione

Sala Auditorium

14.30 – 17:00 III SESSIONE: "Autonomia e nuove prospettive professionali per l'infermiere in endoscopia"

Presidente:

Moderatori:

- 14.30 Consulenza infermieristica e presa in carico ambulatoriale: risposta innovativa alle esigenze di salute
- 15.00 Progetto "duo dopa-care": esperienza infermieristica della regione CAMPANIA
- 15.30 Progetto "gestione PEG": esperienza infermieristica della regione TOSCANA
- 16.00 La legge 506: una possibile svolta per la nostra professione e per le associazioni
- 17.00 Assemblea dei soci con intervento del webmaster per presentazione del nuovo sito ANOTE/ANIGEA



CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

NAPOLI | HOTEL ROYAL CONTINENTAL
26-28 MAGGIO 2017



DOMENICA 28 MAGGIO

Sala Auditorium

09.00 – 12:30 V Sessione: "La qualità si costruisce con i percorsi"

Presidente:

Moderatori:

- 09.00 Presentazione Nuove Linee Guida PEG-PEGJ AIOSS-ANOTE
- 09.30 Trasformare le competenze in pratica: training di formazione
- 10.00 Percorso per la Gestione del campione istologico in endoscopia
- 10.30 Coffee break
- 11.00 Percorso di inserimento del nuovo personale infermieristico in endoscopia
- 11.30 Percorso di inserimento del personale OSS in un servizio di endoscopia –
- 12.00 Gli ambienti in endoscopia quale futuro? Costruiamo una piastra endoscopica
- 12:30 Premiazione Poster
- 13:00 Chiusura dei lavori



Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche

Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Associati

Domanda assegnazione borse di studio per corsi banditi dal Direttivo Anote-Anigea

Oggetto: borse di studio

Le borse di studio sono destinate agli iscritti Anote-Anigea da almeno 3 anni requisito questo indispensabile per la partecipazione alla selezione, prevedono la copertura dei costi relativi all'iscrizione del socio al corso e alle spese di soggiorno, si ricorda che il viaggio rimane a carico del discente.

Parametri di valutazione adottati

- *Essere stato relatore negli ultimi 3 anni ad un Congresso/Corso Nazionale Anote-Anigea/Sied (25 punti).*
- *Aver presentato un poster negli ultimi 3 anni ad un Congresso/Corso Nazionale Anote-Anigea/Sied (25 punti).*
- *Aver pubblicato un articolo o un lavoro infermieristico sulla rivista Anote-Anigea negli ultimi 3 anni e comunque entro febbraio 2017 (30 punti).*
- *Lavorare in un servizio di Endoscopia e/o Gastroenterologia (20 punti).*

Il TTS si riserverà di valutare le domande in base all'ordine di arrivo e il suo giudizio di idoneità sarà inappellabile.

Domande

Il richiedente la borsa di studio dovrà inviare la candidatura on line al seguente indirizzo e-mail: tts@anoteanigea.it entro il 15 marzo 2017.

Completa di: nome, cognome, telefono, mail personale, requisiti posseduti con date e riferimenti, firma in calce e consenso al trattamento dei dati personali.

La risposta arriverà via e-mail dalla Segreteria Nazionale Anote-Anigea entro il 30 marzo 2017.

Radioprotezione:

L'infermiere di "serie" A e "serie" B



Riccardo Cusmà Piccione

Laurea in Infermieristica
Diploma di Master I livello in "Infermiere di Sala Operatoria"
Università degli Studi dell'Insubria

Introduzione

L'indagine e la procedura attraverso l'ausilio di radiazioni ionizzanti, tutt'oggi, provoca ancora timore, oltre che alla persona assistita, anche al personale sanitario, in particolare quello infermieristico. Nei giorni nostri la tecnica protettiva ed operativa in tema di radioprotezione e radiodiagnostica si è evoluta, ma vi sono diverse lacune in merito all'attribuzione della fascia A e fascia B, soprattutto nel personale infermieristico.

Il presente articolo ha lo scopo di individuare le principali organizzazioni in tema di radioprotezione, identificarne i principali concetti per analizzare lo *status quo* dell'arte in merito a tale argomento; il viaggio all'interno della radioprotezione avverrà attraverso il metodo aristotelico deduttivo, quindi dal generale (le organizzazioni internazionali) andrò nel particolare (il Legislatore) affinché si possano identificare le condizioni *sine qua non* un professionista sanitario dovrebbe, e non, ottenere il riconoscimento dell'indennità radiologica.

Innanzitutto per comprendere l'argomento dobbiamo definire alcuni concetti fondamentali descritti dal DLgs n. 187/2000 quali l'esposizione a radiazioni ionizzanti, ovvero "radiazioni costituite da particelle aventi la capacità di determinare direttamente, e non, la formazione di ioni o da onde elettromagnetiche aventi una lunghezza d'onda pari o inferiore a 100 nanometri"; le radiazioni ionizzanti vengono emesse durante procedure medico – radiologiche, spesso complementari in quanto

utilizzate dal medico specialista per interventi specifici di carattere strumentale propri della disciplina di riferimento. Il personale sanitario esposto deve sottoporsi alla sorveglianza medica sanitaria professionale garantita dall'azienda di riferimento, in quanto è soggetto al detrimento individuale per la salute, ovvero gli "effetti negativi clinicamente osservabili che si manifestano nelle persone o nei loro discendenti e la cui comparsa è immediata o tardiva [...]"; la sorveglianza sanitaria è sottoposta alla valutazione di un esperto qualificato che indica, in una relazione scritta al datore di lavoro:

1. individuazione delle zone a rischio radiazioni
2. classificazione dei lavori in merito all'attività dichiarata dal datore di lavoro
3. frequenza delle valutazioni dell'esperto di competenza
4. provvedimenti atti alla sicurezza del lavoratore
5. valutazione dosimetrica dei lavoratori esposti

Quindi riassumendo la radioprotezione ha lo scopo di prevenire i danni deterministici e limitare gli effetti stocastici.

Cosa sono gli effetti stocastici e non stocastici?

Come visto in precedenza, il detrimento consiste negli effetti negativi immediati e tardivi, ovvero la produzione di un danno somatico e il danno genetico.

Il danno somatico è a carico dell'individuo irradiato e si suddivide in:

1. danno stocastico: danno probabilistico, casuale che si esacerba in tumori solidi o leucemie
2. danno non stocastico: deterministico, graduato, non causale che porta a radiodermite, infertilità, cataratta e altre sindromi da irradiazioni.

Il danno genetico, a carico quindi della progenie, provoca un danno stocastico che si palesa con mutazioni genetiche e aberrazioni a carico dei cromosomi.

Per comprendere meglio tali danni, il danno somatico deterministico, quindi non stocastico, che si palesa dopo un'irradiazione acuta, quindi un'unica dose, dipende dalla dose e dalla maggiore

radiosensibilità di alcuni tessuti, come riportati in tabella 3; il danno stocastico è probabilistico, non solo in maniera proporzionale alla dose di esposizione, ma anche alla continuità dell'esposizione alle radiazioni, mostrando gli effetti dopo alcuni anni.

Tab. 3 - Stima nell'individuo adulto della soglia di dose per danni non stocastici a carico dei testicoli, delle ovaie, del cristallino e del midollo osseo (ICRP 41 e 60).

Tessuto ed effetto	SOGLIA DI DOSE		
	Equivalente di dose totale ricevuta in una singola breve esposizione (Sv)	Equivalente di dose totale ricevuta per esposizioni fortemente frazionate o protratte (Sv)	Dose annuale se ricevuta per esposizioni fortemente frazionate o protratte per molti anni (Sv yr ⁻¹)
Testicoli			
Sterilità temporanea	0.15	NA (a)	0.4
Sterilità permanente	3.5	NA	2.0
Ovaie			
Sterilità	2.5-6.0	6.0	> 0.2
Cristallino			
Opacità osservabili (b)	0.5-2.0	5.0	> 0.1
Deficit visivo (cataratta)	5.0	> 8.0	> 0.15
Midollo osseo			
Depressione dell'emopoiesi	0.5	NA	> 0.4
Aplasia mortale	1.5	NA	> 1

(a) NA indica "Non applicabile", in quanto la soglia dipende dall'intensità di dose più che dalla dose totale. (b) Opacità lenticolari appena osservabili (Minimally detectable lens opacities).

Legislazione internazionale e nazionale

L'organismo di riferimento internazionale in tema di radioprotezione è rappresentato dall'*International Commission on Radiological Protection (ICRP)*, fondato nel 1928 nel secondo Congresso Internazionale di Radiologia con la definitiva organizzazione e denominazione attuale risalente al 1950, indicando i limiti di dosi per la protezione sanitaria. L'ICRP non è un'entità governativa, ma è un organismo scientifico di autorevolezza riconosciuto dalla Comunità Europea, la quale ha istituito 1957 EURATOM, organismo della Comunità Europea che provvede ad emettere le direttive in base alle raccomandazioni dell'ICRP. Le direttive europee verranno poi attuate dal Legislatore Nazionale mediante decreti legislativi, in particolare nella normativa italiana i punti di riferimento sono rappresentati da:

- DLgs 230/1995: Attuazione delle direttive 89/618, 90/641 e 92/3 EURATOM in materia di radiazioni ionizzanti
- DLgs 241/2000: attuazione direttiva 96/29 EURATOM in materia di protezione della popolazione e dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti
- DLgs 187/2000: attuazione direttiva 97/43 EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connessi ad esposizioni mediche

a) categoria A: i lavoratori esposti che possono ricevere una dose efficace superiore a 6 mSv all'anno o una dose equivalente superiore a 15 mSv all'anno per il cristallino o superiore a 150 mSv all'anno per la pelle e le estremità;

Figura 1. Articolo 40 EURATOM

Infermieri di serie A o serie B?

La risposta a tale domanda non è affatto un argomento semplice, chiaro e definito. La normativa pone all'attenzione valori di riferimento che dividono la categoria A e B, come indicato nella figura 1 tratta dalla Direttiva 2013/59/EURATOM del Consiglio Europeo.

Quanto riportato a fianco è solo una goccia nel *mare magnum* normativo sull'argomento, ma una rondine non fa primavera. Hoffmann su "lo Infermiere", citando il CCNL, nel 2000 scrisse un articolo in cui era riportata la citazione dell'istituzione di una Commissione che valuti la situazione individuale di ogni singolo professionista, mentre l'esperto qualificato indica una classificazione in base agli articoli 79 e 82 del DLgs 230/95, indicando inoltre un'eventuale opinione nella propria relazione scritta; nelle conclusioni viene specificato come "ogni operatore sanitario che svolge abitualmente la specifica attività professionale in "zona controllata" deve essere classificato come professionalmente esposto, con diritto all'indennità di rischio da radiazioni [...]".

La giurisprudenza riporta la sentenza della Cassazione Civile n. 4795/2012 – Infermieri professionali e tecnici sanitari: rischio radiologico e zona controllata in merito al rigetto dell'impugnazione dell'USL di Imola, che contestava il rischio radiologico di "fascia A" a lavoratori con valori dosimetrici pari a quello della popolazione che frequentava non per motivi di lavoro gli ambienti in cui essi operavano. La sentenza recita: "L'indennità di rischio radiologico, presupponendo la condizione dell'effettiva esposizione al rischio connesso all'esercizio non occasionale, né temporaneo di determinate mansioni, può essere riconosciuta, indipendentemente dalla qualifica rivestita, in relazione alle peculiari posizioni di quei lavoratori che si trovano esposti, per intensità e continuità, a quello normalmente sostenuto dal personale di radiologia (cfr Corte cost. n 342 del 1992)."

Se apriremo Google® e ricerchiamo riguardo al rischio da radiazioni del personale di comparto in sanità sul sito www.soluzioneavvocati.it, troveremo l'opinione di un avvocato esperto in ambito sanitario che afferma che la fascia "A" debba essere attribuita tramite valutazione dell'esperto qualificato e della commissione speciale dell'amministrazione aziendale secondo l'articolo 58 comma 4 del DPR n. 270/1987, tenendo particolare considerazione alle condizioni ambientali lavorative, ovvero la "zona controllata" e in merito alle situazioni concrete lavorative (modalità, tempi, orari ed intensità di esposizione). Tale tesi è confermata da Avv. Doglio, il quale afferma sul proprio sito internet che *"l'indennità deve essere riconosciuta in relazione alle peculiari posizioni dei lavoratori esposti, per intensità e continuità, al rischio normalmente sostenuto dal personale di radiologia"*, citando le principali sentenze in tema di diritto di rischio radiologico a personale diverso dal medico radiologo e tecnico di radiologia (Cassazione n. 11238 del 2014, n. 160 del 2014, n. 4525 del 2011, n. 19178 del 2013).

Conclusioni

Al termine di questo *excursus* radiologico potremmo riassumere che le radiazioni ionizzanti possono determinare un danno stocastico e non stocastico in tutti i soggetti coinvolti, sia la popolazione, le persone delle quali ci prendiamo cura e dove vi è un bilanciamento tra il rischio da esposizione radiologica e beneficio dell'azione diagnostico – terapeutica di procedure specialistiche con ausilio delle radiazioni ionizzanti, sia dei professionisti dove è assente il beneficio terapeutico, in quanto non è soggetto ad un'esposizione finalizzata al ristabilimento della salute, ma all'assistenza diretta al malato.

Dunque analizzando l'ambito sanitario, soprattutto il campo infermieristico, l'esposizione è data dall'assistenza diretta, spesso attuata a stretto contatto con la fonte di emissione di radiazioni ionizzanti, come nel caso di procedure endoscopiche digestive (es. ERCP) dove l'infermiere è vicino alla testa della persona per sorreggere lo strumento endoscopico al fine di evitare lo "sposizionamento" dei dispositivi medici collocati nelle vie biliari, che comporterebbe un danno ulteriore (ben più grave) a carico della persona assistita. Ciò comporta, nonostante i dispositivi di protezione individuale, l'esposizione ad una maggiore intensità al fascio di radiazioni.

Concludendo considerando che alcune procedure diagnostico – terapeutiche specialistiche non possono avere luogo senza l'utilizzo di radiazioni, il sillogismo aristotelico ci porta ad affermare che:

- il personale sanitario radiologico (medico e tecnico di radiologia), esposto alle radiazioni ionizzanti, ha il riconoscimento del rischio radiologico e della fascia "A";
- personale sanitario non radiologico (medici e infermieri) attua procedure con emissione di radiazioni ionizzanti;
- il personale sanitario non radiologico dovrebbe avere il riconoscimento del rischio radiologico e della fascia "A".

Dunque ogni professionista sanitario, in questo caso infermiere, che lavora in una "zona controllata" con emissione di radiazioni ionizzanti dovrebbe avere il riconoscimento del rischio ad esso correlato in quanto l'emissione di radiazioni ionizzanti sono una condizione *sine qua non* l'attuazione di procedure diagnostico – terapeutiche e quindi di assistenza infermieristica specialistica ed avanzata.

Bibliografia

Cassazione Civile, Sez. Lav., 24 febbraio 2011, n. 4525 – Rischio radiologico e indennità (2011). Sito internet: <http://www.fpmilano.cisl.it/attachments/article/505/CASSAZ~1.pdf> [consultato il 22/03/2016]

Cassazione Civile, Sez. Lav., 26 marzo 2012, n. 4795 - Infermieri professionali e tecnici sanitari: rischio radiologico e zona controllata. Sito internet: http://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=6826:cassazione-civile-sez-lav-26-marzo-2012-n-4795-infermieri-professionali-e-tecnici-sanitari-rischio-radiologico-e-zona-controllata&catid=16:cassazione-civile&Itemid=60 [consultato il 22/03/2016]

Direttiva 2013/59/EURATOM del Consiglio Europeo

DLgs 230/1995: Attuazione delle direttive 89/618, 90/641 e 92/3 EURATOM in materia di radiazioni ionizzanti

DLgs 241/2000: attuazione direttiva 96/29 EURATOM in materia di protezione della popolazione e dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti

DLgs 187/2000: attuazione direttiva 97/43 EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connessi ad esposizioni mediche

Giacomo Doglio (2015). Indennità di rischio radiologico. Sito internet: <http://www.studiolegaledoglio.it/indennita-di-rischio-radiologico/> [consultato il 22/03/2016]

Hoffmann M (2000), Il riconoscimento del rischio radiologico: cosa prevede la normativa vigente. Sito internet: <http://ipasvimi.it/allegati/ioInfermiere/110.pdf> [consultato il 22/03/2016]

Osservatorio per il monitoraggio permanente della legislazione e giurisprudenza sulla sicurezza del lavoro. Sito internet: http://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&task=view&id=790&Itemid=37 [consultato il 22/03/2016]

Soluzione Avvocati – Indennità di rischio da radiazioni – Personale del comparto sanità. Sito internet:

<http://www.soluzioneavvocati.it/34-diritto-sanitario/142-indennita-di-rischio-da-radiazioni-personale-del-comparto-sanita-.html> [consultato il 22/03/2016]



La presenza di un infermiere come secondo osservatore durante la colonscopia di screening aumenta l'Adenoma Detection Rate



Felice Orfeo Magnanimo
 UO Endoscopia Digestiva,
 Ospedale Valduce
 Como

La colonscopia è considerata l'esame principale nei programmi di *screening* per la prevenzione e l'individuazione del Carcinoma ColoRettale (CCR), dato che ne riduce l'incidenza e la mortalità attraverso la diagnosi e l'asportazione dei suoi precursori [1,2]. Sebbene alcuni studi degli anni 90 indicassero che la colonscopia potesse prevenire fino al 90% dei CCR [3], degli studi più recenti condotti su vaste popolazioni suggeriscono che questo ruolo protettivo possa essere minore, specie nel colon destro [4-7]. I cancri "intervallo" (o post-colonscopia) costituiscono il 3.4% - 9% di tutti i casi di CCR [8,9] e la maggior parte di essi deriva da lesioni perse o polipectomie incomplete nel corso di esami precedenti [10].

Per verificare l'adeguatezza della colonscopia esistono degli indicatori di qualità che vengono calcolati durante e alla fine delle procedure (11). Fra questi la *Polyp Detection Rate* (PDR) e, soprattutto, l'*Adenoma Detection Rate* (ADR), che rappresenta la proporzione di pazienti con almeno un adenoma, ossia il rapporto tra numero di colonscopie in cui viene individuato almeno un adenoma e il numero di colonscopie totali effettuate.

A conferma della sua importanza, l'ADR, come dimostrato da alcuni studi, viene associato in maniera diretta con il rischio di cancro intervallo. Per questo motivo, nel corso degli anni sono stati svolti moltissimi studi e sviluppati accorgimenti con l'obiettivo di aumentare l'ADR.

Da un lato è stato studiato l'utilizzo di *device* e apparecchiature specializzate, che però a causa degli elevati costi non possono essere adottate in tutti i centri che quotidianamente eseguono colonscopie. Al contrario, con l'intento di aumentare l'ADR in maniera sostenibile, sono stati condotti diversi studi che prendono in considerazione delle migliori tecniche, come l'ausilio di un secondo osservatore durante l'esecuzione della colonscopia (infermiere, specializzando, secondo medico). Nello specifico, verranno qui presi in considerazione i lavori che

prevedono la partecipazione di un infermiere come secondo osservatore (Tabella 1).

Il primo lavoro di Lee *et al*, (12), è uno studio multicentrico, prospettico e randomizzato, condotto su 844 pazienti sottoposti a colonscopia di *screening*. Questi pazienti sono stati randomizzati in un gruppo dove l'esame veniva condotto da un solo osservatore (endoscopista) e in un secondo gruppo con la presenza di un infermiere come secondo osservatore. Gli *outcomes* presi in considerazione sono stati l'ADR e il PDR. L'analisi dei dati ha evidenziato che la presenza di un infermiere come secondo osservatore aumenta in modo significativo la PDR, soprattutto nel gruppo dove ad eseguire la colonscopia è stato un endoscopista con poca esperienza, ed anche l'ADR seppure in modo non statisticamente significativo.

Il lavoro di Kim *et al*, (13), è uno studio monocentrico, prospettico e randomizzato, condotto su 383 pazienti divisi in due gruppi (endoscopista vs endoscopista + infermiere), sottoposti a colonscopia di *screening*. Ad ogni paziente è stata somministrata la stessa preparazione intestinale e la stessa sedazione cosciente con midazolam e meperidina. Anche in questo caso i risultati evidenziano che la presenza di un infermiere come secondo osservatore aumenta significativamente il PDR, ma non influisce significativamente sull'ADR.

In seguito, anche Aslanian *et al*, (14), hanno condotto un analogo studio prospettico, randomizzato su 502 pazienti che sono stati divisi in due gruppi (endoscopista vs endoscopista + infermiere). Anche in questo caso i risultati evidenziano che la presenza di un infermiere come secondo osservatore mostra un trend verso l'incremento dell'ADR.

Pur indicando un trend abbastanza chiaro questi tre lavori, presi singolarmente non hanno raggiunto la significatività statistica. E' pertanto stata condotta una metanalisi (15), che ha incluso i tre studi precedentemente citati, per un campione totale di 1676 pazienti sottoposti a colonscopia di *screening* randomizzati a singolo o doppio osservatore (endoscopista vs endoscopista + infermiere). L'elaborazione dei dati ha dimostrato, questa volta con significatività statistica, che la partecipazione di un infermiere durante una colonscopia di *screening* migliora l'ADR (45.7% vs 39.3%; rischio relativo RR: 1.16; 95% Intervallo di Confidenza CI: 1.04-1.30). Al contrario, non è stata osservata una differenza significativa nell'individuazione di almeno un adenoma avanzato (RR: 1.35, 95% CI: 0.91-2.00) e, sorprendentemente, la PDR è risultata simile tra i due gruppi (RR: 1.14, 95% CI: 0.95-1.37).

Gli autori mettono in evidenza alcune limitazioni di questa metanalisi, in particolare l'identificazione di soli tre studi randomizzati controllati, peraltro non perfettamente omogenei tra loro, in termini di

raccolta dei dati e strumentazione utilizzata (colonscopia in alta definizione, cromo endoscopia). Quindi c'è sicuramente la necessità di una ulteriore ricerca in questo ambito che sia caratterizzata da una metodologia precisa.

In conclusione, pur considerando i limiti di questa metanalisi, l'osservazione routinaria di due osservatori conferma l'espressione "due paia di occhi sono meglio di uno". Visti i buoni risultati e la sostenibilità di questa metodica, a nostro giudizio sarebbe auspicabile la partecipazione di un infermiere come secondo osservatore per la pratica quotidiana della colonscopia.

Autore, anno	Disegno dello studio	Pazienti	Indicazione alla colonscopia	Results		p	Efficacia dell'intervento
				ADR in pazienti con osservazione endoscopista + infermiere	ADR nei controlli		
Lee CK et al, 2011	RCT	791	Screening	196/407 (48.2%)	166/384 (43.2%)	0.187	No
Kim TS et al, 2012	RCT	383	Screening	74/192 (38.5%)	57/191 (29.8%)	0.073	No
Aslanian HR et al, 2013	RCT	502	Screening	119/253 (47.0%)	101/249 (40.6%)	0.170	No
Xu L et al, 2016	Meta-analisi	1676	Screening	389/852 (45.7%)	324/824 (39.3%)	0.010	Si

Tabella 1. Studi su *adenoma detection rate* in pazienti sottoposti a colonscopia con osservazione di endoscopista + infermiere.

ADR: *adenoma detection rate*.

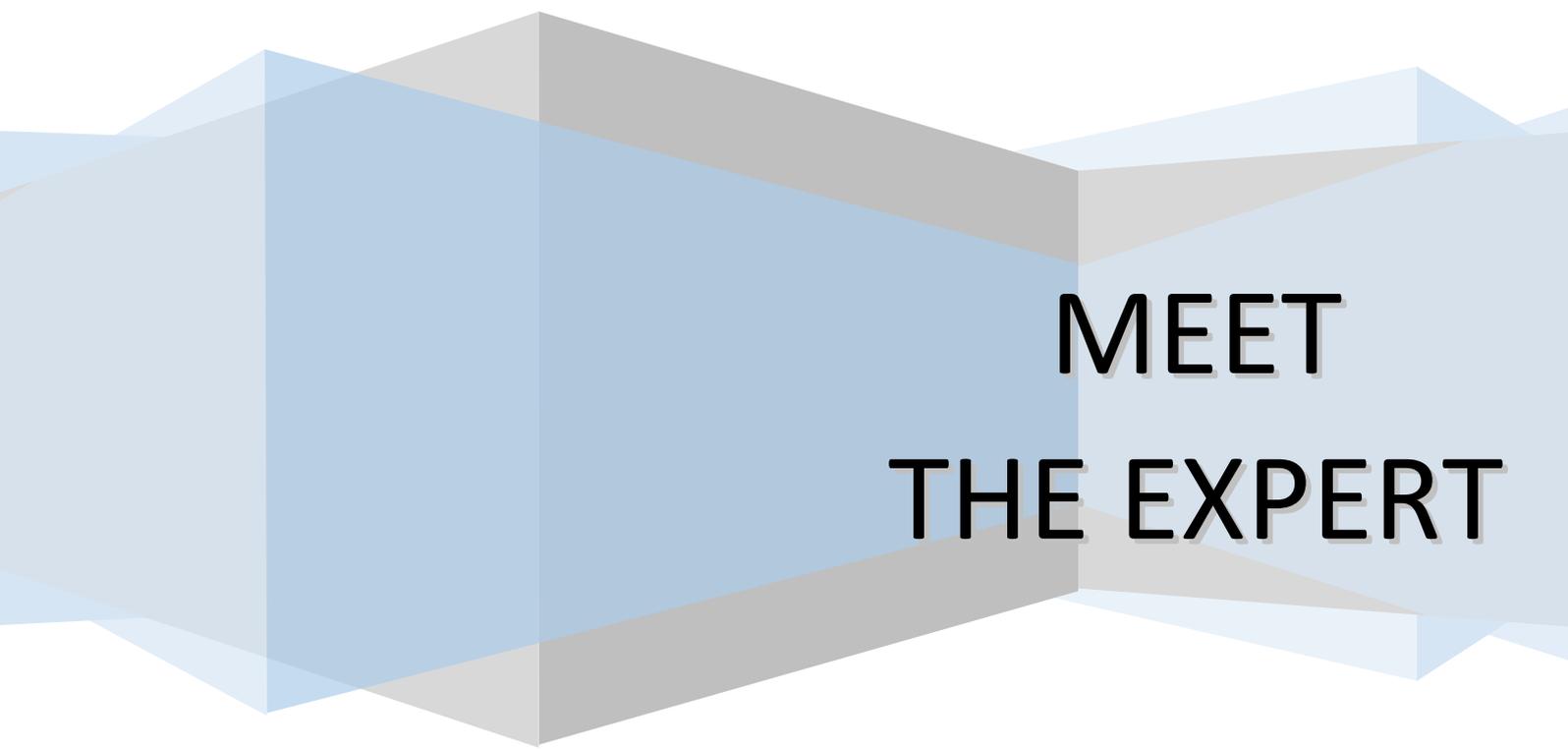
ADR

BIBLIOGRAFIA

1. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *N Engl J Med* 2012;366:687-96.
2. Brenner H, Chang-Claude J, Seiler CM, et al. Protection from colorectal cancer after colonoscopy: a population-based, case-control study. *Ann Intern Med* 2011;154:22-30.
3. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med* 1993;329:1977-81.
4. Shergill AK, Conners EE, McQuaid KR, et al. Protective association of colonoscopy against proximal and distal colon cancer and patterns in interval cancer. *Gastrointest Endosc* 2015;82:529-37.
5. Baxter NN, Goldwasser MA, Paszat LF, et al. Association of colonoscopy and death from colorectal cancer. *Ann Intern Med* 2009;150:1-8.
6. Brenner H, Chang-Claude J, Rickert A, et al. Risk of colorectal cancer after detection and removal of adenomas at colonoscopy: population-based case-control study. *J Clin Oncol* 2012;30:2969-76.
7. Singh H, Nugent Z, Demers AA, et al. The reduction in colorectal cancer mortality after colonoscopy varies by site of the cancer. *Gastroenterology* 2010;139:1128-37.
8. Adler J, Robertson DJ. Interval Colorectal Cancer After Colonoscopy: Exploring Explanations and Solutions. *Am J Gastroenterol* 2015;110:1657-64.
9. Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, et al. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N Engl J Med*. 2010 13;362:1795-803.
10. Le Clercq CM, Bouwens MW, Rondagh EJ, et al. Postcolonoscopy colorectal cancers are preventable: a population-based study. *Gut* 2014;63:957-63.
11. Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2015;81:31-53.
12. Lee CK, 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;74:1094-102.
13. Kim TS, Park DI, Lee do Y, et al. Endoscopy Nurse Participation May Increase the Polyp Detection Rate by Second-Year Fellows during Screening Colonoscopies. *Gut Liver* 2012;6:344-8.
14. Aslanian HR, Shieh FK, Chan FW, et al. Nurse observation during colonoscopy increases polyp detection: a randomized prospective study. *Am J Gastroenterol* 2013;108:166-72.
15. Xu L, Zhang Y, Song H, et al. Nurse Participation in Colonoscopy Observation versus the Colonoscopist Alone for Polyp and Adenoma Detection: A Meta-

Analysis of Randomized, Controlled Trials.
Gastroenterol Res Pract 2016 [Epub ahead of print].

ADR



**MEET
THE EXPERT**



Nuove terapie anticoagulanti ed attività in Endoscopia

Intervista a FRANCO RADAELLI

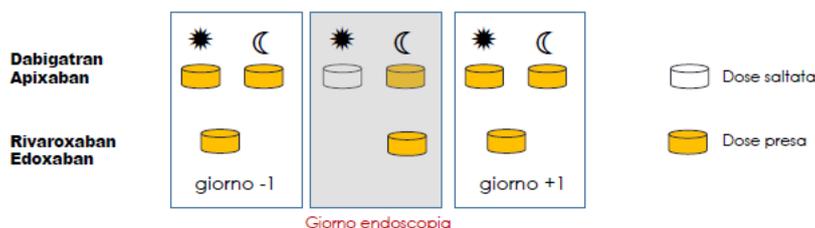
Dirigente unità operativa di Endoscopia
Ospedale Valduce,
Como

Cosa sono i nuovi anticoagulanti orali diretti e cosa li differenzia rispetto agli anticoagulanti orali tradizionali ?

I nuovi anticoagulanti orali diretti (DOACs, Direct Oral AntiCoagumants) (dabigatran, rivaroxaban, apixaban ed edoxaban) sono farmaci che esercitano la loro attività anticoagulante attraverso l'inibizione diretta di singoli fattori della cascata della coagulazione, a differenza degli antagonisti della vitamina K (warfarin, acenocumarolo) che invece esercitano l'attività anticoagulante attraverso l'inibizione della produzione ed attivazione di quattro proteine della cascata coagulatoria. In particolare, dabigatran esplica il suo effetto anticoagulante inibendo il fattore II, ovvero la trombina. I restanti anticoagulanti orali diretti svolgono invece la loro attività anticoagulante attraverso la inibizione del fattore X. Pertanto questi farmaci anticoagulanti esercitano la loro attività anticoagulante agendo a valle della via intrinseca ed estrinseca della coagulazione, inibendo i prodotti terminali della cascata (Fig 1).

Gestione DOACs per procedure a basso rischio emorragico

- Non assumere il DOACs al mattino della procedura
- Dopo la procedura, riprendere DOACs come abituale



Per quale utilizzo sono approvati i nuovi anticoagulanti ?

I nuovi anticoagulanti orali diretti sono approvati per la prevenzione di ictus ed embolia sistemica in pazienti adulti con fibrillazione atriale non valvolare con uno o più fattori di rischio tromboembolici, quali precedente ictus o attacco ischemico transitorio, età maggiore uguale a 75 anni, insufficienza cardiaca, diabete mellito, ipertensione. Sono inoltre approvati per il trattamento della trombosi venosa profonda ed embolia polmonare e per la prevenzione delle recidive di trombosi ed embolia polmonare negli adulti. Per ultimo sono approvati per la prevenzione primaria di episodi tromboembolici i pazienti adulti sottoposti a chirurgia sostitutiva elettiva totale dell'anca o del ginocchio. Va per altro precisato che più dell'80% delle prescrizioni di tali farmaci avviene in pazienti con fibrillazione atriale non valvolare. Le attuali linee guida europee cardiologiche raccomandano infatti che, in presenza di fibrillazione atriale non valvolare ed in assenza di controindicazioni all'uso dei DOACs, questi debbano essere preferiti al trattamento anticoagulante con antagonisti della vitamina K.

L'AIFA ha stabilito che la prescrizione dei DOACs sia vincolata alla redazione via Web di un piano terapeutico, la cui compilazione è ormai una prassi consolidata.

Quali sono i vantaggi dei DOAC rispetto ai tradizionali farmaci anticoagulanti antagonisti della vitamina K?

I DOACs sono nati appunto per cercare di assicurare una costante protezione anticoagulante nei pazienti a rischio tromboembolico, superando le difficoltà ed i limiti riscontrati nella pratica clinica con gli agonisti della vitamina K. A differenza del warfarin, i DOACs sono caratterizzati da una risposta anticoagulante poco variabile da soggetto a soggetto e poco influenzata dalla interazione con cibi o farmaci. In questo senso i DOACs presentano il vantaggio di poter essere somministrati in dosi fisse giornaliere e di non richiedere il monitoraggio periodico dei parametri emocoagulativi. Gli studi registrativi hanno tutti confermato una efficacia non inferiore o addirittura superiore rispetto al warfarin nella prevenzione degli episodi tromboembolici, unitamente ad un maggiore profilo di sicurezza. In particolare per tutti i farmaci è stato dimostrato un minor rischio di emorragia cerebrale e di sanguinamenti fatali .

Per quali motivi l'entrata in commercio di questi farmaci ha interessato direttamente i gastroenterologi?

I motivi sono molteplici. Questi farmaci esercitano una potente attività anticoagulante e sono spesso prescritti in associazione a farmaci antiaggreganti in pazienti cardiopatici. Pertanto espongono il paziente ad aumentato rischio di sanguinamento gastrointestinale. L'interesse è ancora maggiore in quanto gli studi registrativi hanno dimostrato che alcune di queste molecole (in particolare rivaxaban e dabigatran) sono gravate da un rischio di sanguinamento gastrointestinale maggiore rispetto al warfarin. Questo aumentato rischio emorragico gastrointestinale, che peraltro sembrerebbe screditato o per lo meno ridimensionato dagli studi di "real-life", ha suscitato notevoli preoccupazioni nella comunità gastroenterologica, dal momento che antidoti specifici per contrastare l'attività anticoagulante di questi farmaci in occasione di eventi emorragici sono al momento disponibili solo per dabigatran.

Per gli endoscopisti l'interesse per questi farmaci è notevole in quanto sempre più numerosi sono i pazienti in trattamento con DOACs che devono sottoporsi a procedure endoscopiche diagnostiche ed operative e che pertanto devono temporaneamente sospendere l'assunzione di questi farmaci. Questi farmaci hanno un profilo farmacocinetico notevolmente differente rispetto Warfarin. Pertanto la modalità di sospensione e ripresa dei DOAC è molto differente rispetto quanto utilizzato per gli antagonisti della vitamina K. La conoscenza delle caratteristiche farmacocinetiche di questi farmaci è essenziale per comprendere le modalità di sospensione e di ripresa del farmaco in pazienti candidati ad esami endoscopici.

Quali sono le caratteristiche farmacocinetiche che caratterizzano questi nuovi anticoagulanti e li differenziano dal warfarin?

Sappiamo che il warfarin permette il raggiungimento di un livello di scoagulazione efficace dopo l'assunzione di multiple dosi, in un tempo medio di 4-5 giorni. Dopo la sospensione del farmaco, sono necessari alcuni giorni (in media 3-5 giorni) per il ripristino di una normale attività coagulante. Infatti, il warfarin è in genere sospeso cinque giorni prima di procedura

endoscopiche operative. In questo intervallo di sospensione si utilizza una terapia "ponte" con eparina a basso peso molecolare nei pazienti con elevato rischio tromboembolico.

Le cose sono molto diverse per i nuovi farmaci anticoagulanti. Questi farmaci sono infatti caratterizzati da una repentina attività anticoagulante dopo l'assunzione di una singola dose. In pratica viene raggiunta un'attività anticoagulante efficace dopo 3-5 ore dalla assunzione di una singola dose. Una normale attività anticoagulante viene in genere ripristinata entro 48 ore dalla sospensione del farmaco. Queste caratteristiche rendono ragione del fatto che l'intervallo di sospensione dei nuovi anticoagulanti orali per procedure operative sia sensibilmente inferiore rispetto al warfarin. Per questo motivo, nei pazienti che assumono i nuovi farmaci anticoagulanti e devono sottoposti a procedure endoscopiche che richiedono la temporanea sospensione del farmaco anticoagulante, la terapia ponte con eparina non è in genere consigliata. Nonostante le caratteristiche farmacocinetiche dei singoli nuovi anticoagulanti varino lievemente da farmaco a farmaco, queste differenze non incidono sui principi generali di sospensione. Unica eccezione è per dabigatran. Questo farmaco presenta infatti una escrezione renale dominante. Il suo tempo di eliminazione risulta sensibilmente allungato in presenza di gradi di compromissione renale moderata o severa. Pertanto i tempi di sospensione del farmaco in questi casi devono essere anticipati (**Tabella 2**).

Gestione DOACs per procedure ad alto rischio emorragico

Valutazione CrCl entro 30 giorni [Dabigatran].

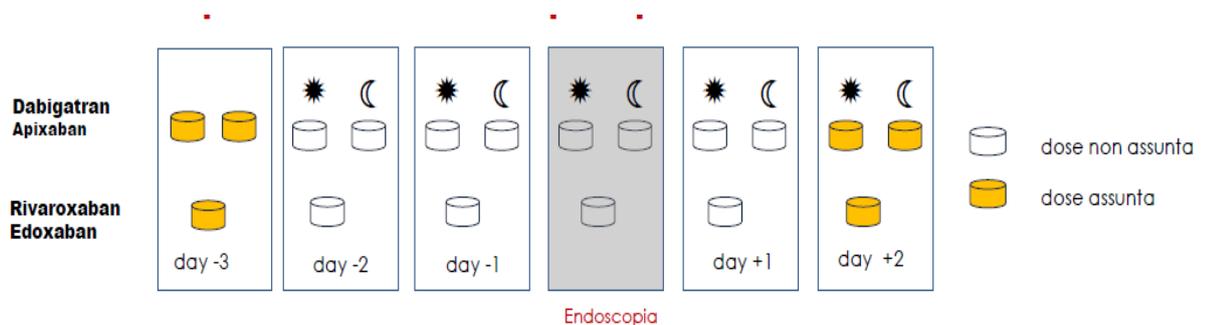
Controllo recente in pazienti con evento acuto (es. colangite, disidratazione)

Non necessario "bridging" con EBPM

Sospensione DOAC almeno 48h prima della procedura

Ripresa DOAC giorno +2 dopo procedura

Considera ripresa tardiva (giorno +3/ +4) se rischio emorragico molto alto



In caso di IRC, variazioni schema necessari solo per Dabigatran.

Se IRC moderata (CrCl 30-50ml/min), ultima dose giorno -4 (sera)

Come devono essere sospesi i nuovi anticoagulanti orali nei pazienti sottoposti ad endoscopia?

È bene precisare che non tutte le procedure endoscopiche hanno lo stesso rischio emorragico. La sospensione dei farmaci anticoagulanti è in genere necessaria solo per procedure ad alto rischio emorragico. Le linee guida europee (ESGE) considerano a basso rischio emorragico tutte le procedure diagnostiche che contemplino o meno le biopsie. È inoltre considerata procedura a basso rischio emorragico l'ERCP con eventuale posizionamento di stent, ammesso che non sia effettuata la sfinterotomia. Le linee guida americane (ASGE) sono in questo senso

più estensive e considerano nel gruppo a basso rischio la termoablazione dell'esofago di Barrett e le procedure di trattamento con argon plasma (APC). Tutte le altre procedure endoscopiche operative sono da considerare ad alto rischio.

Per le procedure a basso rischio emorragico le linee guida americane suggeriscono la prosecuzione della terapia anticoagulante. Le linee guida europee sono invece più restrittive. Partendo dal presupposto che non esistono al momento dati di sicurezza sulla gestione di questi farmaci nei pazienti sottoposti a procedure endoscopiche, e che esiste una certa variabilità interindividuale riguardo all'attività anticoagulante al livello di massima concentrazione del farmaco (in genere raggiunto entro 2-4 ore dall'assunzione), le linee guida ESGE suggeriscono di evitare l'assunzione del farmaco anticoagulante il giorno dell'esame, prima della procedura, al fine di minimizzare il rischio emorragico in caso di biopsie. Questo vale soprattutto per i DOACs che vengono assunti in doppia somministrazione giornaliera (dabigatran, apixaban), in genere al mattino ed alla sera (rivaroxaban ed edoxaban sono invece assunti in monosomministrazione).

La sospensione del farmaco è invece assolutamente necessaria per procedure ad alto rischio emorragico. Considerando che livelli di coagulazione permissivi per l'esecuzione di procedure operative vengono raggiunti dopo circa tre emivite del farmaco, questi farmaci devono essere sospesi per almeno 48 ore prima di procedure endoscopiche ad alto rischio. Questo significa che il paziente non deve assumere il farmaco nei due giorni precedenti l'esame, oltre che ovviamente il giorno stesso della procedura. Unica eccezione a questa schedula di sospensione sono i pazienti in terapia con dabigatran, con insufficienza renale moderata-grave. In questi pazienti la sospensione deve essere di almeno 72 ore (se creatinina clearance compresa tra 50 e 80 ml/minuto) o di almeno 96 ore (se creatinina clearance di 30-50 ml/minuto) (**Fig. 2**). Pertanto, è importante sottolineare che per pazienti che assumono dabigatran, specie in coloro che hanno una funzione renale instabile, è richiesto un dato recente della funzionalità renale prima di programmare l'esame endoscopico. Come già detto in precedenza non esiste una indicazione alla terapia ponte con eparina a basso peso molecolare nel periodo di sospensione dell'anticoagulante; a questo proposito si tenga presente che sono esclusi dal trattamento con DOACs i pazienti a maggior rischio tromboembolico, ovvero quelli con fibrillazione atriale valvolare e protesi valvolari meccaniche.

Quando possono essere ripresi questi farmaci anticoagulanti dopo le procedure endoscopiche?

Nelle procedure a basso rischio emorragico il farmaco può essere ripreso il giorno stesso dell'esame. Per quanto riguarda le procedure ad alto rischio emorragico, i dati a disposizione per definire l'esatto timing di ripresa dell'anticoagulante sono molto scarsi. Sulla base del parere degli esperti, si raccomanda la ripresa del farmaco dopo 48-72 ore dalla procedura, ammesso che sia stata ottenuta una emostasi efficiente. Nella pratica clinica, l'anticoagulante viene ripreso in terza giornata dopo una semplice polipectomia o sfinterotomia biliare non complicata. La ripresa a 72 ore viene invece riservata per procedure a maggior rischio emorragico quali ampie mucosectomie piecemeal (EMR) e dissezioni sottomucose (ESD).

La **Figura 3** riassume le modalità di sospensione e ripresa di questi farmaci.

	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban	Edoxaban
CrCl \geq 80mL/min	\geq 48h	\geq 48h	\geq 48h	No data
CrCl 50- 80mL/min	\geq 72h	\geq 48h	\geq 48h	No data
CrCl 30-50mL/min	\geq 96h	\geq 48h	\geq 48h	No data
CrCl 15-30mL/min	Non indicato	\geq 48h	\geq 48h	No data

Sono attualmente in corso due studi multicentrici, uno italiano ed uno canadese, che chiariranno nel prossimo futuro se queste strategie di gestione dei anticoagulanti orali diretti siano efficaci e sicure per il paziente.

