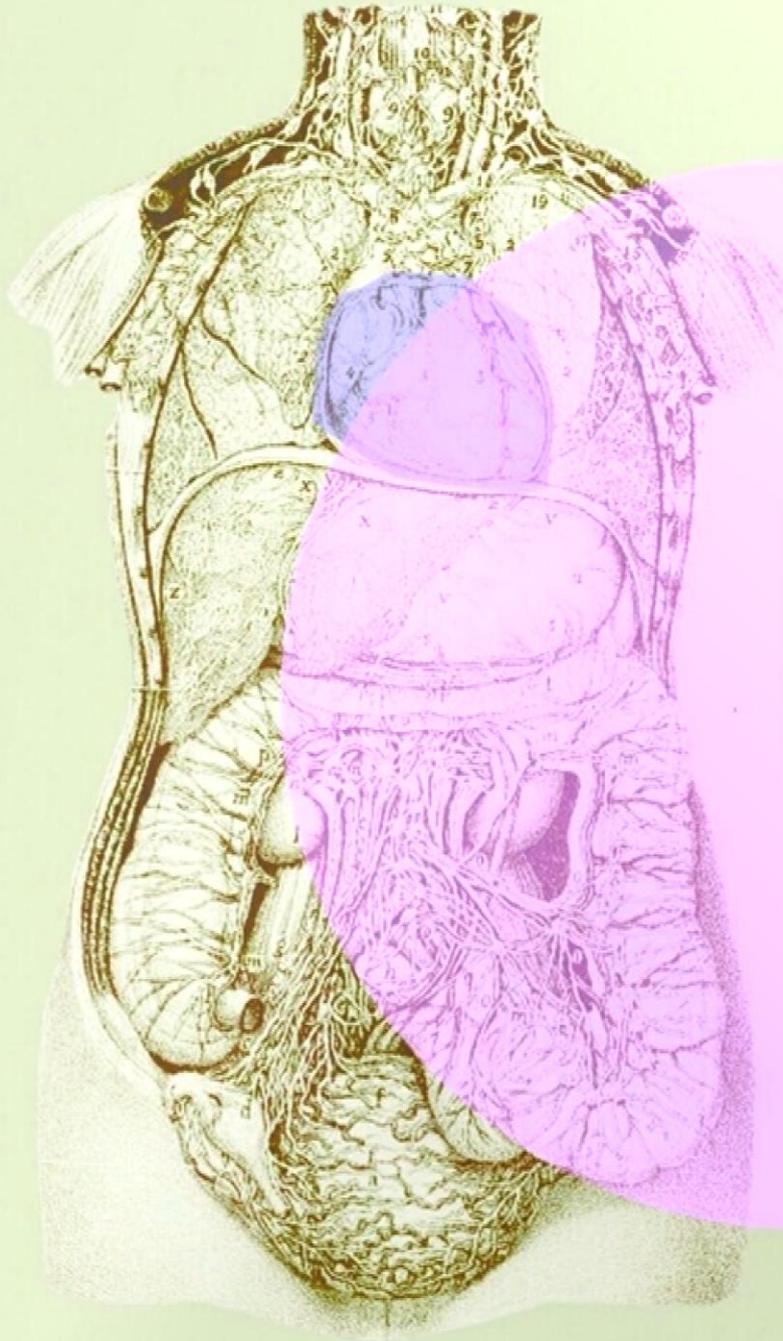


SCRIVENDO



1/2018

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



ScrivENDO 1/2018

Lettera Presidente ANOTE/ANIGEA	PAG. 5
Congresso Nazionale ANOTE/ANIGEA	
Scheda ISCRIZIONE	PAG. 8
Programma Congresso	PAG. 9
L'infermiere dedicato alle malattie infiammatorie cronico intestinali: l'infermiere IBD	PAG. 12
La responsabilità professionale dell'infermiere in endoscopia alla luce della legge 24/2017 (c.d. legge Gelli/Bianco)	PAG. 15
La Teoria dei Bisogni di Virginia A. Henderson Potenzialmente Applicata al Setting di Endoscopia	PAG. 18
The awareness of the IBD nurse position among patients from an Italian tertiary IBD centre	PAG. 26
Ocular manifestations in a tertiary IBD center: better to keep an eye on?	PAG.27
Increasing research capacity of IBD nurses across Europe – a case study of Inflammatory Bowel Disease Fatigue (IBD-F) scale translation and validation	PAG.28
MEET THE EXPERT	PAG. 31



Care Colleghe e Cari Colleghi,

il 2018 è un anno molto importante per ANOTE-ANIGEA per una serie di motivi. Senza dubbio, tra i primi vi è la possibilità che la nostra Associazione venga riconosciuta come Società Scientifica.

Infatti, è stata avanzata la richiesta per essere inseriti nell'elenco delle società scientifiche e delle professioni sanitarie (ai sensi dell'Art. 5 della Legge 8 Marzo 2017 n. 24; Legge Gelli) preparando tutta la documentazione richiesta nel Decreto del 2 Agosto 2017 (Ministro Lorenzin). Questo ha richiesto un lavoro notevole, che è consistito in modifiche dello statuto, censimento per dimostrare la rappresentatività, produzione di materiale scientifico e di attività formative. Siamo fiduciosi che il nostro impegno sarà gratificato con il riconoscimento 'provvisorio' come Società Scientifica quanto prima, e stiamo già lavorando per superare la rivalutazione che ci sarà tra due anni per avere quello 'definitivo' da parte del Ministero della Salute.

A tal proposito, abbiamo attivato diversi Tavoli di Lavoro per la stesura di:

- Linee Guida Nazionali multi-societarie sul reprocessing degli strumenti endoscopici flessibili termolabili;
- Documento sulle competenze infermieristiche avanzate in Endoscopia Digestiva;
- Check-List sulle procedure di Endoscopia Digestiva;
- Buone pratiche e Linee Guida in collaborazione con altre Società e Associazioni infermieristiche coordinate da FNOPI;
- Corsi Regionali itineranti gratuiti per la formazione degli associati su 'Analisi del rischio e infezioni correlate all'assistenza' (luoghi e data saranno pubblicate sul sito)

Vi ricordiamo che il XXVIII Congresso Nazionale si svolgerà a Montesilvano (PE) dal 25 al 27 Maggio, il cui programma e la scheda di iscrizione sono disponibili nel sito. Sarà un Congresso ampiamente interattivo con esami endoscopici in diretta streaming, filmati e prove pratiche su endoscopia interventistica e sul reprocessing. Oltre a noi infermieri, interverranno medici gastroenterologi ed endoscopisti, un risk manager, un avvocato, dei counselor e dei coach, per cui sarà possibile uno scambio inter-disciplinare. Ecco perché si è scelto il titolo di "La complessità professionale in Endoscopia e Gastroenterologia: dalla multidisciplinarietà alla transdisciplinarietà".

Il mondo sanitario-scientifico è caratterizzato da continui e rapidi aggiornamenti per cui un singolo punto di vista o una sola prospettiva non sono più efficaci per affrontare in maniera adeguata la complessità dei problemi e delle sfide che quotidianamente si pongono. Di qui, la necessità di una transdisciplinarietà che preveda la cooperazione tra le diverse discipline al fine di incrementare la qualità delle cure.

Auspichiamo un'ampia partecipazione al nostro Congresso e auguriamo buon lavoro a tutti voi.

Cinzia Rivara

Presidente Anote Anigea

Alessandra Guarini

Vice-Presidente Anote Anigea



Lavoriamo in realtà che possono assomigliarsi ma anche divergere in modo significativo. La presa di coscienza del nostro ruolo, la nostra professionalità e la nostra esperienza se non osservate e studiate, e soprattutto se non messe per iscritto, è quasi come se non ci fossero!

Dobbiamo produrre studi che mettano a fuoco lo stato dell'arte della nostra professione e che facciano da trampolino per la nostra crescita.

Occorre mettersi in gioco in prima persona, non si può più far finta di nulla ed aspettarsi che debba essere qualcun altro a sobbarcarsi il cambiamento da tutti noi agognato! Siamo gli unici artefici e responsabili della nostra credibilità come professionisti e del nostro rilancio in un sistema sanitario che ha sempre più bisogno di noi.

Quindi rimbocchiamoci le maniche e iniziamo a **SCRIVERE!**

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



28

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

MONTESILVANO IN ABRUZZO
25-27 MAGGIO 2018



*...e piove su i nostri volti silvani,
piove su le nostre mani ignude,
su i nostri vestimenti leggeri,
su i freschi pensieri
che l'anima schiude
novella,
su la favola bella
che ieri
m'illuse, che oggi t'illude,
o Ermione.*

G. D'Annunzio

G. D'Annunzio

*o pianto
in pianto di occhi e lingue
che nel*

28

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

LA COMPLESSITA' PROFESSIONALE
IN ENDOSCOPIA E GASTROENTEROLOGIA:
DALLA MULTIDISCIPLINARITA'
ALLA TRANSDISCIPLINARITA'



MONTESILVANO IN ABRUZZO
Grand Hotel Adriatico
25-27 MAGGIO 2018

SCHEDA DI ISCRIZIONE E PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Le iscrizioni individuali e aziendali dovranno essere effettuate on-line accedendo al relativo link ISCRIZIONI ONLINE situato nell'area dedicata al congresso del sito www.anoteanigea.it; in alternativa è possibile iscriversi al congresso compilando la presente scheda ed inviandola unitamente alla copia del bonifico tramite e-mail a robertacaputo@newcongress.it

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 2018 | € 185,00 |
| <input type="checkbox"/> SOCIO ANOTE/ANIGEA non in regola con la quota associativa anno 2018 | € 215,00 |
| <input type="checkbox"/> NON SOCIO ANOTE/ANIGEA | € 260,00 |
| <input type="checkbox"/> OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) – ISCRIZIONE HANDS-ON REPROCESSING 25/26 MAGGIO | GRATUITA |

La quota d'iscrizione comprende: iscrizione all'associazione ANOTE/ANIGEA per l'anno 2018 per i soci non in regola con la quota associativa anno 2018 e per i non soci, kit congressuale, attestato di partecipazione, crediti formativi ECM, coffee break, welcome buffet, working lunch, cena sociale.

ADESIONE CORSI PRATICI (prego scegliere almeno 1 dei due corsi proposti)

- HANDS – ON DEVICES (riservato ai primi n.50 iscritti) solo il 25 maggio ore 17:30/18:30
- HANDS – ON REPROCESSING (25/26 maggio)

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Grand Hotel Adriatico

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Camera Doppia Uso Singola | € 75,00 |
| <input type="checkbox"/> Camera Doppia
condivisa con Sig. _____ | € 95,00 |

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

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

RIEPILOGO:	Iscrizione	€ _____
	Prenotazione alberghiera	€ _____
	TOTALE da pagare	€ _____

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

Deutsche Bank - S. Agata sui Due Golfi - Massa Lubrese (NA) - IBAN: IT 80 B 03104 39970 00000820543

con la seguente causale: Cognome e Nome – Iscrizione e Prenotazione alberghiera 28° Congresso Nazionale ANOTE/ANIGEA

TERMINI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Le richieste di iscrizione dovranno pervenire entro e non oltre il **30 aprile** 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.

NORME DI CANCELLAZIONE

- Per cancellazioni pervenute per iscritto alla New Congress entro il **30 aprile** sarà restituito l'importo versato, detratto del 10% per rimborso spese.
- Per cancellazioni pervenute dopo il **30 aprile** 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 _____

28

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

LA COMPLESSITA' PROFESSIONALE
IN ENDOSCOPIA E GASTROENTEROLOGIA:
DALLA MULTIDISCIPLINARITA'
ALLA TRANSDISCIPLINARITA'



MONTESILVANO IN ABRUZZO
Grand Hotel Adriatico
25-27 MAGGIO 2018

PROGRAMMA PRELIMINARE

VENERDI 25 MAGGIO

13:00 - 14:00 Registrazione partecipanti e inizio lavori

14:00 - 16:30 SEZIONE LIVE CASE: TECNICHE RESETTIVE

- Resezione endoscopica con tecnica ESD: collegamento in streaming
- Tecnica ERCP: collegamento in streaming

Con il commento in aula di infermieri e medici esperti sui casi trattati.

16:30 - 17:30 LA SICUREZZA NELLA "CURA"

La sicurezza si costruisce non si inventa: analisi del rischio clinico e della responsabilità professionale nelle procedure analizzate e il consenso informato

17:30 - 18:30 HANDS-ON REPROCESSING: DALLA PRE-DETERSIONE ALLO STOCCAGGIO

17:30 - 18:30 HANDS-ON DEVICES

SABATO 26 MAGGIO

09:00 inizio lavori, saluti, presentazione

I SESSIONE **TECNICA E TECNOLOGIA NELLA "CURA":**
proiezione di filmati e commenti di esperti in una visione didattica multidisciplinare

09:30 - 09:45 Survey Nazionale ANOTE/ANIGEA
L'infermiere nelle Endoscopie Digestive in Italia: presentazione risultati

09:45 - 12:00 UPDATE DI TECNICHE IN ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA: LINEE GUIDA E BEST PRACTICE

- Trattamento delle complicanze immediate nelle tecniche resettive endoscopiche: EMR- ESD- FULL THICKNESS RESECTION
- Tecniche di trattamento delle stenosi del tratto gastroenterico e delle complicanze immediate: dilatazione, stenting
- Tecniche in ERCP: dalla micro litiasi alla calcolosi e incanalamento difficile

La voce fuori campo: analisi del rischio clinico e responsabilità professionale sulle procedure analizzate.

La sessione si articola con la proiezione di filmati con il commento di esperti medici e infermieri che illustreranno le diverse tecniche interventistiche partendo dal processo di accoglienza del paziente, includendo preparazione della sala, dei devices e reprocessing e ponendo l'attenzione su: trattamento delle complicanze immediate; rispetto linee guida e best practices

12:00 - 13:00 ASSEMBLEA DEI SOCI

13:00 - 14.30 PRANZO

28

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

LA COMPLESSITA' PROFESSIONALE
IN ENDOSCOPIA E GASTROENTEROLOGIA:
DALLA MULTIDISCIPLINARITA'
ALLA TRANSDISCIPLINARITA'



MONTESILVANO IN ABRUZZO
Grand Hotel Adriatico
25-27 MAGGIO 2018

II SESSIONE

14:30- 15:30 LEGGE GELLI: RESPONSABILITA' PROFESSIONALE E ASSICURAZIONI: QUALE POLIZZA STIPULARE?

15:30-17:30 LE DINAMICHE RELAZIONALI DI GENERE E DI RUOLO ALL'INTERNO DI UN GRUPPO: DALLA CONSAPEVOLEZZA DI SE' ALL'INCONTRO CON L'ALTRO

- Essere o non essere: identità, identità di genere, di meta, identità infermieristica
Il counseling come risorsa
- Io nel gruppo: gestire le emozioni
Il coaching come risorsa

17:30 -18:00 L'INFERMIERISTICA TEATRALE: DIAMO SPAZIO ALLA CREATIVITA'

L'INFERMIERE ENTRA IN SCENA- RAPPRESENTAZIONE TEATRALE:

NEI PANNI DELL'ALTRO:

L'ARTE INDIVIDUALE DI COMUNICARE, CURARE E PRENDERSI CURA

DOMENICA 27 MAGGIO

09:00 - 09:30 LETTURA MAGISTRALE: Il significato della Transdisciplinarietà nella cura: feedback e riflessioni sui lavori congressuali

III SESSIONE "Visibilità" a malattie "invisibili": la cura nelle MICI

09:30 -12:00

- "Ti racconto la mia storia di guerriero": interviste filmate a pazienti affetti da MICI
- Terapia farmacologia: passato, presente e futuro
- Quadri endoscopici nelle MICI: dalla diagnosi al trattamento endoscopico.
- I PDTA MICI scendono in campo: proiezione filmato sull'applicazione di un PDTA dalla presa in carico alla continuità assistenziale.

TAVOLA ROTONDA: i bisogni e le criticità nella cura delle MICI, come rispondono i professionisti coinvolti;

Partecipano: infermiere e medico specialista in MICI, rappresentante Amici, chirurgo, stomaterapista, nutrizionista, dermatologo, reumatologo

12:00 -13:00 Presentazione lavori Referenti Regionali

13:30 Chiusura lavori e test ECM

28

CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA

LA COMPLESSITA' PROFESSIONALE
IN ENDOSCOPIA E GASTROENTEROLOGIA:
DALLA MULTIDISCIPLINARITA'
ALLA TRANSDISCIPLINARITA'



MONTESILVANO IN ABRUZZO
Grand Hotel Adriatico
25-27 MAGGIO 2018

Nelle giornate di venerdì e sabato i partecipanti potranno preventivamente iscriversi agli Hands-On situati nell'area congressuale:

- **HANDS-ON REPROCESSING: DALLA PRE-DETERSIONE ALLO STOCCAGGIO**

Postazioni per simulazione del corretto riprocessamento di uno strumento e accessori, secondo linee guida e rapporto tecnico UNI, nonché giusta diluizione degli enzimatici e corretto utilizzo e smaltimento dei disinfettanti (sia venerdì pomeriggio che sabato tutto il giorno)

- **HANDS-ON DEVICES:**

Postazioni per prova devices per tecniche resettive, emostasi, procedure biliopancreatiche etc... (venerdì pomeriggio)

L'infermiere dedicato alle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali: l'infermiere IBD



Dott. Daniele Napolitano

Rappresentante Italiano N-ECCO
Commissione Infermieri A.G.G.E.I Italia
Componente TTS ANOTE_ANIGEA

L'aumento dell'incidenza nel nostro paese delle malattie infiammatorie croniche intestinali (IBD), come la Malattia di Crohn e Rettocolite Ulcerosa, circa 250000 casi in Italia (dato sottostimato), ha portato all'istituzione di ambulatori specialistici di gastroenterologia dedicati a queste patologie. Diverse strutture ospedaliere hanno, infatti, riservato ai pazienti affetti da IBD percorsi dedicati, all'interno dei quali possono essere sottoposti ad esami ed a visite specialistiche, in tempi brevi e la cui coordinazione è affidata al gastroenterologo che li prende in cura.

Malgrado la figura del medico sia ancora predominante nel percorso di cura di questa tipologia di paziente, esistono realtà in cui l'infermiere dedicato, l'IBD NURSE riesce ad appoggiarlo ed accompagnarlo nella gestione organizzativa del percorso assistenziale del singolo paziente.

Il paziente affetto da IBD, è un paziente complesso, la cui patologia frequentemente non è unicamente localizzata al tratto digerente, ma può essere associata a patologie concomitanti come malattie articolari, cutanee, ginecologiche, oculistiche e reumatologiche. Di conseguenza, oltre al gastroenterologo, gli specialisti che intervengono nel percorso di cura di questi pazienti, sono diversi. Le terapie sono complesse e con numerosi e frequenti effetti collaterali. La gestione di tutti gli interventi terapeutici risulta quindi essere molto articolata e centri di riferimento all'interno degli ospedali, contribuiscono, insieme alla presenza di Infermieri IBD dedicati, a raggiungere l'eccellenza nel percorso di cura.

Alla luce delle considerazioni precedenti, l'infermiere IBD deve necessariamente avere caratteristiche

professionali e competenze in grado di gestire a 360 gradi il paziente affetto da malattie intestinali infiammatorie croniche. In Europa questa figura è già da anni stata riconosciuta.

Le linee guida europee, pubblicate sulla rivista Journal of Crohn's and Colitis nel 2013 dal titolo: "N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis", elencano una serie di emendamenti a cui proprio l'IBD Nurse deve fare riferimento per garantire un grado di assistenza adeguato. All'interno delle suddette linee guida vengono identificate due figure infermieristiche: il Fundamental IBD Nurse e l'Advanced IBD Nurse, quest'ultimo, rappresenta la versione più avanzata dell'altra. Il Fondamentale IBD Nurse è descritto come un infermiere con le conoscenze di base della patologia infiammatoria cronica dell'intestino, con capacità relazionali mirate ad un approccio empatico, alla comunicazione, all'identificazione dei bisogni e alla gestione quotidiana dei disturbi intestinali da quelli più comuni come la diarrea e l'incontinenza fecale, a quelli più complessi come le fistole.

Inoltre il Fundamental IBD Nurse si occupa di garantire e valutare per quanto di competenza lo stato nutrizionale del paziente specie nel post chirurgico, lo stato di stanchezza e di dolore e non per ultimo cerca di gestire identificando i problemi legati all'ambito dei disturbi della sfera sessuale quando manifestati. D'altro canto l'Advanced IBD Nurse rappresenta un'evoluzione del precedente, che oltre ad avere competenze, ha anche maggiore autonomia sul campo, dovuta a titoli o riconoscimenti accademici successivi alla Laurea (Master e Laurea Magistrale), così da acquisire maggiori capacità per partecipare attivamente al Team Multidisciplinare in maniera attiva, proponendo e discutendo casi complicati dalla gestione terapeutica a quella diagnostica. L'Advanced IBD Nurse, è in grado di educare il paziente alla gestione dei propri bisogni conseguenti alla malattia, di conoscere e gestire terapie mediche e biologiche, all'approvvigionamento alla somministrazione e al monitoraggio degli effetti collaterali. Identifica, valuta e gestisce le patologie concomitanti, agisce in base ad evidenze scientifiche, gestisce le stomie e supporta bambini, donne gravide e adolescenti con un approccio emotivo e sensibile. L'Advanced IBD Nurse conosce tutti gli esami diagnostici, sa valutarne le alterazioni, è in grado di gestire la parte endoscopica dei propri pazienti. Si

occupa infine della gestione dei Follow-up, degli screening dei pazienti in terapia biologica e dà un servizio di contatti (email-telefono) di supporto alle problematiche quotidiane. Si occupa di ricerca e d'informazione sui nuovi farmaci in fase sperimentale. Oggi in Italia l'infermiere dedicato alle IBD, è una realtà sempre più presente nella sanità e nelle strutture complesse. Esso, dove presente, rappresenta il punto di riferimento di ogni paziente affetto da IBD preso in cura, specie se in terapia biologica. In molti casi è fondamentale per la gestione della terapia con immunoglobuline, per la programmazione degli esami diagnostici e per l'esecuzione degli esami endoscopici e insieme al gastroenterologo riesce a gestire ed a controllare gli effetti collaterali delle terapie, dei nuovi sintomi e non per ultimo, supporta a livello psicologico il paziente accompagnandolo nel percorso del proprio stato di malattia. Effettuando un'analisi approfondita dei bisogni dei pazienti affetti da IBD e volendo descrivere in maniera più dettagliata le competenze dell'infermiere dedicato, oggi siamo in grado, grazie alla pratica quotidiana, di tracciare l'identità di questa figura professionale, malgrado l'enorme difficoltà nel far affermare il riconoscimento di questa figura in Italia, sia dal punto di vista legislativo (riconoscimento delle competenze) che sociale, possiamo fare un quadro generale di quello che dovrebbe essere l'infermiere IBD. L'Infermiere IBD deve innanzitutto conoscere in maniera approfondita le patologie in questione: malattia di Crohn e rettocolite ulcerosa. Deve conoscere l'eziologia e l'eziopatogenesi, le scale e gli indici di valutazione delle stesse. Dovrebbe, inoltre, saper riconoscere la sintomatologia di tutte le patologie che spesso si associano al disturbo gastrointestinale (approccio multidisciplinare). Deve conoscere le modalità d'uso delle terapie di primo livello (terapie orali e topiche) e delle terapie di secondo livello (terapie biologiche). Per la terapia biologica dovrebbe essere in grado di conoscere le modalità di conservazione ed somministrazione di ciascun tipo di farmaco (endovenoso o sottocutaneo), le modalità di prescrizione dei suddetti farmaci (piani terapeutici regionali e AIFA) e dovrebbe essere in grado di conoscere e gestire gli eventi avversi delle stesse.

Inoltre l'infermiere IBD deve conoscere tutti gli esami ematici, radiologici ed ecografici, utili alla diagnosi di malattia infiammatoria cronica intestinale e al follow-up/screening della malattia. Tale conoscenza può essere certamente giustificata da una comprovata e duratura esperienza (almeno 3 anni) in un

ambulatorio dedicato alle IBD, o dal conseguimento di un Master Universitario di primo livello in gastroenterologia. L'infermiere IBD deve avere una competenza endoscopica, cioè essere in grado di aiutare il medico nell'esecuzione di esami endoscopici (gastroscopia e colonscopia) sia diagnostici sia operativi come dilatazioni pneumatiche o iniezioni di cortisone per via endoscopica. Deve saper indicare al paziente la preparazione intestinale necessaria per gli esami endoscopici, anche in base alla condizione clinica e allo stato nutrizionale del paziente. Altra competenza è quella di essere in grado di saper gestire un'enterostomia (ileostomia o colostomia) e gestire complicanze post-chirurgiche a medio lungo termine come fistole e ascessi. Tale capacità può essere acquisita con esperienza in reparti di chirurgia addominale o con corsi di specializzazione, ma in molti casi può essere integrata da figure già presenti all'interno del centro specializzato (enterostomista). L'infermiere IBD deve inoltre avere competenze nutrizionali (conoscenza degli integratori) o comunque deve essere in grado di suggerire interventi dei nutrizionisti o dietisti presenti nel centro. Anche in questo caso, dovrebbe aver acquisito corsi di specializzazione base. La conoscenza e capacità gestionale di accessi venosi centrali è certamente indispensabile, poiché frequenti sono i supporti nutrizionali parenterali o comunque le terapie a lungo termine che possono essere somministrate ai pazienti affetti da IBD, ma anche in questo caso figure con competenze mirate (PICC-TEAM) possono essere di supporto. Infine ultimo compito dell'infermiere è sviluppare un rapporto empatico e di fiducia con il paziente, al fine di creare un ottimo rapporto terapeutico. Un supporto emozionale, spesso di interazione con i pazienti pone l'infermiere ad un livello superiore, in grado di far rivelare e comprendere più rapidamente e chiaramente eventuali sintomi altrimenti impercettibili. Questa caratteristica, è una caratteristica che difficilmente può essere integrata o migliorata con corsi di specializzazione, ma può essere supportata lì dove lo stato emotivo del paziente sia patologico da specialisti del settore (psicologi-psichiatri).

Questo quadro, complesso e articolato, giustifica la formazione e il riconoscimento dell'infermiere IBD all'interno del sistema sanitario italiano. Tale formazione e specificità, rappresenta un investimento culturale da parte degli infermieri che decidano di intraprendere questo percorso che non può non essere riconosciuto. Oggi l'ambito

universitario dà la possibilità di partecipare a Master e Corsi di perfezionamento che non possono essere intesi solamente con investimenti economici, ma devono assolutamente essere considerati investimenti intellettuali in grado di essere riconosciuti.

Ancora lunga appare la strada da percorrere in Italia per far riconoscere la figura dell'Infermiere IBD.

La responsabilità professionale dell'infermiere in endoscopia alla luce della legge 24/2017

(c.d. legge Gelli/Bianco)



Maria Giovanna Maietta

Maria Rosaria Amato

Il 1 Aprile 2017 è entrata in vigore la Lg n. 24 del 8 Marzo 2017 c.d. Legge Gelli/Bianco: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Una legge considerata dal mondo istituzionale e sanitario, di grande rilievo e di civiltà a tutela sia dei pazienti che gli esercenti la professione sanitaria. Si tratta di un testo normativo che offre tanti spunti di riflessione per i professionisti sanitari nel settore pubblico e privato, uno tra tutti il riconoscimento del diritto alla sicurezza delle cure, come sancito dall' art. 32 della Costituzione, omogeneo su tutto il territorio nazionale e declinato all' interno di un nuovo modello organizzativo di Risk Management, che impone anche a Noi infermieri l'aggiornamento costante in merito alla gestione del rischio clinico.

La legge n. 24/2017 rappresenta una grande novità e innovazione in quanto ha modificato alcuni articoli del Codice Penale. Tra i tanti obiettivi della legge, sicuramente c'è quello di ridurre i contenziosi legali e di conseguenza l'aumentato ricorso al fenomeno della medicina difensivistica, verificatosi negli ultimi anni, e non ridotto dalla Legge Balduzzi (Lg 189/2012).

Inoltre, tale Legge ha ripristinato un rapporto di fiducia, di sicurezza e di relazione basato sulla trasparenza e orientamento delle cure tra i professionisti sanitari e gli assistiti a loro affidati.

Un progetto di Legge elaborato, come riferito dal Relatore On. Gelli in diversi convegni, e frutto di un iter consultativo che ha coinvolto le competenze di numerosi soggetti istituzionali: giuristi, professionisti sanitari, rappresentanze dei cittadini, associazioni varie per citarne alcuni. Una Legge che estende il concetto di responsabilità, con una rivoluzione terminologica che non è esclusività medica, infatti ogni figura sanitaria dotata di profilo professionale, viene inglobata nella dizione "**esercenti le professioni sanitarie**".

La legge è costituita da 18 articoli. L' Art. 1 sancisce la **sicurezza delle cure in sanità**, (cliniche, assistenziali,

procedurali, riabilitative, ecc.) che è parte costitutiva del diritto alla salute del singolo individuo e della collettività, mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all' erogazione delle prestazioni sanitarie e all'uso appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. L'Art. 4 afferma l'importanza della **trasparenza dei dati**, a cui ogni struttura sanitaria pubblica e privata deve attenersi, all' obbligo della trasparenza delle prestazioni, nel rispetto delle norme in materia di protezione di dati personali e di privacy, regolamentando i tempi di consegna di tutta la documentazione sanitaria agli interessati che ne fanno regolare richiesta (preferibilmente in formato elettronico); inoltre la pubblicazione sui siti aziendali di tutti i dati relativi ai risarcimenti erogati nell' ultimo quinquennio verificatisi nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario nella medesima azienda sanitaria. L'Art 5, è considerato da molti il più importante, perché prevede che gli esercenti la professione sanitaria si attengano alle **buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida**, nell' esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, salvo le specificità del caso concreto, validate da apposite società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche regolarmente iscritte in uno specifico elenco, le cui procedure di iscrizione e verifiche delle caratteristiche e requisiti sono state regolamentate dai D.M. attuativi. Importanti è altresì l'Art.6 in materia di **Responsabilità penale dell' esercente la professione sanitaria**, ove si evince che se l'esercente la professione sanitaria, nello svolgimento del proprio lavoro, cagioni per imperizia (inesperienza, ignoranza, inadeguatezza) morte o lesione del paziente, risponderà penalmente solo in caso di riconoscimento in giudizio della colpa grave mentre si prevede l'esclusione della punibilità, qualora siano state rispettate le linee guida o, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le une e le altre risultino adeguate alle specificità del caso concreto, depenalizzando la colpa lieve e quella normale e facendole rientrare nell'area del penalmente irrilevante, in caso di comportamento imperito da parte dell' esercente la professione sanitaria; novità sono previste nell' Art. 7: **Responsabilità civile della struttura e dell' esercente la professione sanitaria**. In tema di responsabilità civile, l'infermiere dovrà fare attenzione a distinguere due differenti piani di interesse. Se lavora presso un'azienda pubblica, si applicherà la disciplina di cui dell'art. 2043 c.c., con la conseguente applicazione della responsabilità aquiliana o extracontrattuale,

dalla quale deriva una minore tutela concessa al paziente in caso di danno cagionato dall'esercente la professione sanitaria. Per di più spetterà proprio all'assistito dimostrare di aver subito il danno, fornendo la prova dell'entità della lesione subita, il tutto supportato dalla necessaria presenza del nesso causale tra la condotta dell'infermiere e il danno stesso. Cambia con il ricorso all'art 2043 c.c., anche la prescrizione che viene ridotta a cinque anni. Differente è il caso in cui si lavori presso aziende private, in tal caso, si applicherebbe le meno favorevoli (per l'infermiere) disposizioni di cui all'art 1218 c.c. con le quali viene rimarcata la natura contrattuale del rapporto infermiere-paziente.

Il legislatore con questa legge ha tentato di occuparsi anche della fase del contenzioso, stabilendo i criteri **del tentativo obbligatorio di conciliazione** (Art. 8) meccanismo finalizzato a ridurre il contenzioso per i procedimenti di risarcimento da responsabilità sanitaria, da espletare da chi intende esercitare in giudizio un'azione risarcitoria. Viene disposta l'applicazione dell'istituto del ricorso presso il giudice civile competente per l'espletamento di una consulenza tecnica preventiva, ovviamente sono previsti meccanismi procedurali volti a rendere improcedibile la domanda, ove non sia stata esperito il tentativo di conciliazione. Per **l'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa** (Art. 9), esistono delle differenze, mentre l'azione di rivalsa può essere esercitata contro l'esercente la professione sanitaria solo in caso di dolo o colpa grave, l'azione di responsabilità amministrativa per dolo o colpa grave nei confronti dell'esercente è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei Conti; l'importo della condanna per singolo evento, sempre per colpa grave avrà un tetto massimo pari all'importo dello stipendio di quanto si è verificato l'evento, di un annualità lorda moltiplicato per il triplo; la legge prevede inoltre, un' **azione diretta del soggetto danneggiato** (Art. 12), con onere della prova a carico del danneggiato, e la **nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti** (Art.15, ove viene meno il giudizio monocratico e si necessita quindi di periti (CTU), per il tentativo di conciliazione obbligatoria, come prevista da tale legge ma anche di collegi peritali costituiti dal medico specialistico, medico legale, specialista della branca in giudizio e altri esperti delle discipline specialistiche riferite a tutte le professioni sanitarie. Tale funzione in virtù di tale articolo di legge è aperta a tutte le professioni sanitarie in possesso di master specifici, in quanto sancisce la possibilità di esercitare, quali professionisti autonomi, come periti e CTU nei processi civili e penali. Inoltre la Legge Gelli interviene anche per garantire al danneggiato, all'esito del procedimento giudiziale il risarcimento del danno. L'attivazione dell'**Obbligo di assicurazione**

(Art. 10), da parte di tutte le strutture sanitarie pubbliche e private ad essere provviste di copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi, anche per danni cagionati dal personale che opera presso le suddette strutture a qualsiasi titolo, in regime di libera professione intramuraria o in convenzione con il SSN; inoltre modifica anche **l'estensione della garanzia assicurativa** (Art. 11); la garanzia assicurativa deve prevedere la copertura anche per eventi accaduti dieci anni antecedenti la stipula del contratto e dieci anni successivi alla cessazione definitiva dell'attività professionale e il **Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria** (Art. 14). A dare attuazione alla Legge 24 sono stati emanati i decreti ministeriali, ad intervalli come previsti dalla stessa legge, mediante una esatta definizione tecnica ed attuativa dal ministro competente. I primi due decreti emanati ad Agosto e Settembre, riguardano *"Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie"* definendo i requisiti e i criteri di inclusione ed esclusione a tale elenco e *"Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità"*. Secondo l'On. Gelli manca ancora il decreto attuativo che definirà le modalità di definizione delle Linee Guida da parte dell'Istituto Superiore di Sanità, e si spera che entro la fine di gennaio di questo anno ci sarà un unico decreto attuativo che affronterà tre delicate questioni assicurative ancora irrisolte: la retroattività e l'ultrattività delle polizze, i requisiti minimi per le assicurazioni e le autoassicurazioni, l'istituzione del Fondo di Garanzia per i pazienti danneggiati. In considerazione dell'entrata in vigore e della piena attuazione della Legge Gelli-Bianco, ancora di più si rafforza l'importanza della documentazione Infermieristica nelle endoscopie Digestive e nelle piastre endoscopiche. Infatti lungimirante è stato il progetto pilota di accreditamento professionale dei Centri di Endoscopia, promosso dalla SIED (Società Italiana di Endoscopia Digestiva), e successivamente sostenuto anche dalla collaborazione con ANOTE/ANIGEA (Associazione Nazionale degli Infermieri Operatori Tecniche Endoscopiche) e da Kiwa Cermet (ente di certificazione). Anote Anigea ha lavorato e lavora tuttora per l'implementazione della documentazione dell'attività in endoscopia, in primis la cartella infermieristica, strumento essenziale, semplice, sintetico e funzionale alle esigenze del team endoscopico, ma che non in tutte le realtà viene utilizzata. Questi strumenti favoriscono l'autonomia operativa, la sicurezza per i pazienti, tutela del professionista e responsabilizzazione professionale del team. Anche il rapporto tecnico UNI TR 11662, da una ampia attuazione alla Legge Gelli; attraverso linee guida dedicate in particolare agli operatori del settore

“endoscopico” unifica le procedure operative del processo di ricondizionamento degli endoscopi termolabili, in funzione di una qualità e sicurezza dello strumento più elevate e della riduzione/azzeramento dei rischi per i pazienti. Oltre, sicuramente alla tracciabilità che rappresenta un importante elemento di verifica nella corretta applicazione ed esecuzione di tutte le procedure dell’intero processo. Anche in riferimento all’ Art. 5, relativo alle buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazione dettate dalle Linee Guida nell’ esercizio professionale, l’ANOTE/ANIGEA, in occasione del 1° Corso Esaregionale del Sud (14 Ottobre 2017) con l’Assemblea degli Associati ha provveduto alla modifica e/o adeguamento dello Statuto per conformarsi al decreto attuativo alla Legge Gelli del 2 Agosto 2017, per la richiesta di iscrizione dell’ Associazione nell’ elenco delle Società Scientifiche. Ancora tanto bisogna fare, per la sicurezza dei pazienti tutti e degli operatori, a garanzia della qualità e sicurezza delle cure e dell’assistenza, ma sicuramente la Legge 24/2017 è un buon inizio.

Bibliografia

- Audizione della Fondazione GIMBE presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica Roma, 5 aprile 2016
- Chiara Guerriero www.iurisprudenzia.it
- Il DDL sulla responsabilità professionale dell’operatore sanitario: necessità e criticità di una riforma. Atti convegno OMNCeO Cosenza e IPASVI Calabria, Cosenza 9 aprile 2016
- http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=48863
- http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lav-oro-e-professione/2017-03-01/sicurezza-cure-mangiacavalli-ipasvi-basta-avvocati-e-tribunali-ora-legge-le-professioni--120050.php?uuid=AEh78mf&refresh_ce=1
- http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=55565
- <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg>
- IPASVI / ECM / Rivista L'Infermiere / Rivista L'Infermiere N°6 - 2016 / La documentazione infermieristica dei Centri di Endoscopia: progetto pilota - Rivista L'Infermiere N°6
- http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=52564

La Teoria dei Bisogni di Virginia A. Henderson Potenzialmente Applicata al Setting di Endoscopia



Beorchia Giulia

Componente TTS ANOTE_ANIGEA

Mattiola Roberta

Componente TTS ANOTE_ANIGEA

INTRODUZIONE

L'infermieristica è una professione e la differenza tra professione e lavoro è ad oggi di fondamentale importanza per il personale infermieristico.

Quando si agisce professionalmente, si agisce non solo per conoscenza della materia e con coscienza, ma anche responsabilmente, per se stessi e per gli altri, operando in maniera indipendente. Ernest Greenwood, nel suo lavoro "Attributes of a Profession" (1957) definì i tratti caratteristici di una professione, che possono essere sintetizzati in:

1. Un'ampia educazione dei suoi membri;
2. *Un corpus teorico di conoscenze che ne definisca le competenze, le abilità e le norme;*
3. La prestazione di un servizio specifico;
4. Autonomia decisionale e pratica;
5. I regolamenti della pratica, sia legali sia etici. (Tabbner's Nursing Care: Theory and Practice, 5th Edition 2009)

Di conseguenza, la teoria è fondamentale per l'Infermieristica.

Tuttavia, anche se la nostra professione gode di un vasto corpo teorico, lo studio di questi autori rimane spesso confinato tra le mura delle Università. Come studenti, siamo forzati ad imparare tutti gli assunti teorici del Nursing, ma come professionisti, li usiamo molto raramente. Ciononostante, l'applicazione della teoria nella pratica quotidiana aiuterebbe a migliorare la qualità dell'assistenza e aiuterebbe i professionisti nel processo infermieristico.

OBIETTIVI

Per garantire la miglior assistenza infermieristica possibile in Endoscopia Digestiva, i professionisti sono spesso incentrati su tutti quegli

aspetti tecnico-operativi come l'aggiornamento rispetto ai nuovi dispositivi, le competenze manuali e il reprocessing, rischiando però di pensare solamente alle procedure in sé piuttosto che pensare alla persona assistita. Che ne è dei bisogni fondamentali del paziente? Sono comunque rilevanti anche in un ambiente più tecnico come quello endoscopico? Se proviamo a pensare al lineare presupposto che, per esempio, un paziente non può collaborare con le istruzioni di un infermiere (azione complessa) se non riesce a respirare normalmente (un bisogno di base), allora la risposta è già data.

L'obiettivo di questo studio è di applicare, seppur potenzialmente, la Teoria dei Bisogni di Virginia Henderson al paziente adulto di Endoscopia Digestiva, così da migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica in questo contesto.

METODI

È stata effettuata una revisione sistematica della letteratura sulle banche dati online MedLine/PubMed, Cinahl Complete – EBSCO e PsycInfo; poiché il lavoro teorico considerato è stato portato avanti nella seconda

metà del '900, non sono stati imposti limiti di data al momento della selezione degli articoli. Altri siti internet consultati sono stati

http://currentnursing.com/nursing_theory/Henerson.html;

<http://www.nursingtheory.org/nursingtheorists/VirginiaHenderson.php>,

<https://nurseslabs.com/virginia-hendersons-need-theory/>.

I libri consultati sono: Henderson V. A., Pittini F. (1988), *Principi Fondamentali della Assistenza Infermieristica*, Collegio Internazionale delle Infermiere; Haycock A., Cohen J., Saunders B. P., Cotton P. B., Williams C. B. (2014), *Cotton's and William's Practical Gastrointestinal Endoscopy, The Fundamentals*, (7th Ed.) Blackwell Publishing; Alligood M. R. (2014), *Nursing theorists and their work*, (8th Ed.) Maryland Heights, (MO): MosbyElsevier, USA; Funnell R. e al. (2009) *Tabbner's Nursing Care: Theory and Practice* (5th Ed.), Elsevier Australia.

RISULTATI

Il Setting Endoscopico

Oggi, la maggior parte delle unità di Endoscopia Digestiva sono dotate di spazi ampi e diversi locali dedicati ad ogni procedura, dotate di attrezzature avanzate, e aree dedicate a preparazione e osservazione dei pazienti. Dovrebbero esserci locali dedicati al reprocessing degli strumenti e al stoccaggio dei farmaci. Inoltre, l'unità endoscopica dovrebbe essere dotata di un

carrello fornito per le emergenze e, anche se opzionale, di un carrello mobile da usare per eseguire endoscopie in altri reparti dell'ospedale. Le competenze richieste al personale infermieristico in questo ambito, possono essere riassunte come segue:

- ❖ **Educazione del paziente** riguardo alle procedure;
- ❖ **Preparazione del paziente**, sia fisica sia psicologica, all'esame;
- ❖ **Predisposizione dello strumentario** necessario;
- ❖ **Assistenza** al paziente durante la procedura endoscopica;
- ❖ **Monitoraggio** dei parametri vitali, assistenza alla sedazione e in sala risveglio per garantire la sicurezza dell'assistito;
- ❖ **Assistenza all'endoscopista** durante la procedura;
- ❖ **Compilare la documentazione infermieristica**;
- ❖ Pulizia e **reprocessing** dello strumentario;
- ❖ **Controllo della qualità**.

Anche il personale di supporto può prendere parte a questo processo, per esempio nella fase di reprocessing, ma sotto supervisione del personale infermieristico (*Cotton's and William's Practical Gastrointestinal Endoscopy, The Fundamentals*; 2014, 7th Ed.).

Breve Biografia della Teorica

Virginia Avenel Henderson è nata il 10 novembre del 1897 a Kansas City, in Missouri. Si diploma nel 1921 alla Army School of Nursing al Walter Reed Hospital di Washington D.C., ottiene la laurea nel 1932 e la laurea specialistica in Educazione Infermieristica nel 1934, entrambe al Teachers College della Columbia University, dove rimase come insegnante fino al 1948. Dopo il 1953 lavorò come ricercatore associato presso la Yale University School of Nursing. Ricevette il Dottorato Onorario dalla Yale University, dalla Catholic University of America, dalla Pace University, dalla University of Western Ontario e dalla University of Rochester, mentre il Royal College of Nursing del Regno Unito la insignì del titolo di Honorary Fellow. Morì il 19 marzo 1996. I suoi lavori includono:

- ❖ Basic Principles of Nursing Care (1961)
- ❖ Textbook of the Principles and Practice of Nursing (1953)
- ❖ Nature of Nursing (1966)
- ❖ Principles and Practice of Nursing (1978)
- ❖ A Virginia Henderson Reader: Excellence in Nursing (1995)

Il Metaparadigma del Nursing di V. Henderson

I quattro concetti del metaparadigma del Nursing sono Salute, Essere Umano, Ambiente e Assistenza Infermieristica. Nel metaparadigma secondo la Henderson, essi possono essere così descritti:

Salute: la Henderson non dà una chiara definizione di salute, ma preferisce usare al suo posto il termine *indipendenza*. Una persona in salute è una persona che riesce a svolgere da sé tutte e 14 le attività da lei individuate nella teoria dei Bisogni Fondamentali, usando le proprie forze, la propria volontà e le proprie conoscenze. Ella dice *“è la qualità della salute piuttosto che la vita stessa, quel margine di rigore mentale e fisico che consente a una persona di lavorare efficacemente e raggiungere il suo più alto livello potenziale di soddisfazione”*. Inoltre, la Henderson pensa che nessuno sia realmente indipendentemente e che ognuno viva piuttosto in uno stato di *interdipendenza*.

Essere umano: definisce la persona come un individuo richiedente assistenza per raggiungere la propria indipendenza, e con essa la salute o una morte pacifica. I bisogni del paziente sono espressi nella sua Teoria dei Bisogni Fondamentali. Mente e corpo non possono essere scissi e la persona deve saper mantenere un equilibrio sia mentale sia fisico. Il paziente e la sua famiglia sono visti come un'entità unica.

Ambiente: è definite come *“l'aggregato di tutte le condizioni esterne e influenze che promuovono la vita e i cambiamenti di un organismo”*.

Assistenza Infermieristica: l'infermiere assiste l'individuo a cui mancano le forze, la volontà o la conoscenza necessarie al soddisfacimento di uno o più dei suoi 14 bisogni fondamentali, così da raggiungere la sua indipendenza. L'infermiere agisce come sostituto del paziente, come aiutante o come partner in base alle condizioni di salute dell'assistito.

La Henderson credeva che non ci fosse un solo singolo, universale concetto di Nursing. Scrisse che quasi tutti, a seconda dell'educazione ricevuta, della società in cui si vive e il proprio ruolo in essa, percepisce la professione infermieristica in maniera differente. Questo discorso vale anche per gli stessi infermieri. Per questo ella non ci dà una definizione di Nursing, ma preferisce definire gli elementi comuni che rappresentano l'idea di questa professione. Nell'opera *The Nature of Nursing* (1966) e in *Basic Principles of Nursing Care* (Ed. 1968) scrive che il Nursing è prima di tutto aiutare le persone, malate e sane, agendo in modo da contribuire alla loro salute, guarigione o morte pacifica, compiendo azioni che le persone eseguirebbero per loro conto se solo

avessero la volontà, la forza o la conoscenza necessarie.

“L’infermiere è la coscienza dell’incosciente, l’amore per la vita del suicida, la gamba dell’amputato, gli occhi del non vedente, un mezzo di movimento per il neonato, conoscenza e confidenza per la giovane madre, per chi è troppo debole o chiuso in se stesso per parlare” (Principles and Practice of Nursing, 1978). Ciò impone agli infermieri di conoscere e comprendere i bisogni fondamentali dell’essere umano, così da poter aiutare i propri pazienti in maniera significativa e avere un impatto positivo sulle loro vite.

La Teoria dei Principi Fondamentali dell’Assistenza Infermieristica

Virginia Henderson identificò le azioni che costituiscono la salute dell’individuo e la conseguente assistenza infermieristica.

L’infermiere, infatti, lavora sui bisogni fondamentali dell’essere umano, incontrando il paziente dove egli non riesce a soddisfarli, aiutandolo a riguadagnare la propria indipendenza e, con essa, la salute. Per sviluppare la sua teoria, la Henderson è sicuramente stata influenzata dalla teoria della Gerarchia dei Bisogni di Abraham Maslow (1943, 1954) che rappresenta i bisogni umani in una struttura piramidale divisa in 5 gradini con i bisogni fisiologici alla base, seguiti dai bisogni psicologici nei gradini centrali e i bisogni di autorealizzazione alla punta (figura n.1).

Il tratto distintivo di questa teoria è che i bisogni che stanno alla base della piramide sono anche quelli che hanno priorità nell’essere soddisfatti, rispetto a quelli più complessi; ad esempio, un uomo non può amare o avere alcuna relazione se prima non riesce a sfamarsi. Mantenendo l’idea di Maslow di bisogni interconnessi, la Henderson scrisse la sua Teoria dei Principi Fondamentali dell’Assistenza Infermieristica, identificando 14 bisogni fondamentali che definiscono la salute degli individui:

1. *Respirare normalmente*
2. *Mangiare e bere adeguatamente*
3. *Eliminare i rifiuti corporei*
4. *Muoversi e mantenere la posizione opportuna*
5. *Dormire e riposare*
6. *Scegliere un vestiario adeguato – vestirsi e svestirsi*
7. *Mantenere la temperatura corporea entro i normali valori aggiustando il vestiario e modificando l’ambiente esterno*
8. *Mantenere il corpo pulito e ben curato e proteggere gli integumenti*
9. *Evitare i pericoli nell’ambiente e evitare di ferire gli altri*
10. *Comunicare con gli altri esprimendo le emozioni, i bisogni, le paure e le opinioni*
11. *Professare il proprio credo religioso*
12. *Lavorare in modo tale da riceverne un sentimento di realizzazione.*
13. *Giocare o partecipare a varie forme di svago*
14. *Imparare, scoprire e soddisfare la curiosità che porta ad un normale sviluppo, alla salute e all’uso delle strutture sanitarie disponibili.*

Questi bisogni possono essere distribuiti nei cinque gradini della piramide di Maslow e, allo stesso tempo, possono essere inseriti all’interno dei tre gruppi di bisogni delineati dallo psicologo. In questo modo avremo: *Respirare normalmente, Mangiare e bere adeguatamente, Eliminare i rifiuti corporei, Muoversi e mantenere la posizione opportuna, Dormire e riposare, Scegliere un vestiario adeguato – vestirsi e svestirsi, Mantenere la temperatura corporea entro i normali valori aggiustando il vestiario e modificando l’ambiente esterno* alla base della piramide, tra i bisogni fisiologici; *Mantenere il corpo pulito e ben curato e proteggere gli integumenti, Evitare i pericoli nell’ambiente ed evitare di ferire gli altri* al gradino dei bisogni di sicurezza. Questi due gradini, messi insieme, formano il gruppo dei bisogni basilari.



Figura 1: Piramide di Abraham Maslow (1943, 1954).

Quindi, al gradino dei bisogni di amore e appartenenza avremo *Comunicare con gli altri esprimendo le emozioni, i bisogni, le paure e le opinioni*, che assieme ai bisogni del quarto, bisogni di stima, *Scegliere un vestiario adeguato – vestirsi e svestirsi* e *Lavorare in modo tale da riceverne un sentimento di realizzazione*, vanno a formare il gruppo dei bisogni psicologici. Infine, in cima alla piramide, tra i bisogni di autorealizzazione, avremo nuovamente il bisogno n. 12 assieme a *Giocare o partecipare a varie forme di svago* e *Imparare, scoprire e soddisfare la curiosità che porta ad un normale sviluppo, alla salute e all'uso delle strutture sanitarie disponibili*.

Una nota riguardo al bisogno n.6: si tratta di una definizione ambivalente dal punto di vista dell'assistenza infermieristica; infatti esso esprime sia un significato fisiologico sia un bisogno di stima. È stato deciso di inserirlo proprio in quest'ultimo gruppo in quanto la necessità biologica di coprirsi è espressa chiaramente anche nel bisogno n. 7 *Mantenere la temperatura corporea entro i normali valori aggiustando il vestiario e modificando l'ambiente esterno*.

DISCUSSIONE

Applicazione potenziale della Teoria dei Bisogni al paziente di Endoscopia Digestiva

Le 14 attività fondamentali delineati da V. Henderson sono di seguito analizzate singolarmente e seguite ognuna dalle diagnosi NANDA correlate. Tutti i razionali sono riassunti in Tabella 1, mentre le diagnosi infermieristiche sono inserite in Tabella 2. In Tabella 3 si riportano i principali interventi infermieristici per ogni bisogno espresso.

1. Respirare normalmente

È il bisogno fisiologico umano più importante poiché una respirazione efficace assicura un appropriato apporto di ossigeno all'organismo. Gli apparati coinvolti in questa attività sono quello cardiovascolare e quello respiratorio. L'ipossia e l'aspirazione sono gli eventi avversi correlati che possono insorgere durante una procedura endoscopica gastrointestinale: l'aspirazione può occorrere durante un'esofagogastroduodenoscopia quando, ad esempio, il paziente sanguina, soffre di acalasia o stenosi pilorica che impediscono una buona



Figure 2: Virginia Henderson's Need Theory and Abraham Maslow's Hierarchy of Needs Theory compared.

protezione delle vie aeree; l'ipossia invece può verificarsi in procedure endoscopiche del tratto digestivo sia superiore sia inferiore.

Per prevenire questi eventi avversi si dovrebbe monitorare i parametri vitali della persona assistita come la frequenza cardiaca e respiratoria, valutare la qualità del respiro e la presenza di rumori respiratori. Anche valutare il colore della pelle e delle mucose, la temperatura corporea e il polso può aiutare nella valutazione dell'attività cardiovascolare. Inoltre, l'infermiere dovrebbe prestare attenzione al dolore percepito dall'assistito, poiché è un fattore che può concorrere a modificare l'attività respiratoria: si dovrebbe sempre prevenire il dolore, con metodi farmacologici e tecniche non farmacologiche. Quando indicato, infine, somministrare ossigenoterapia in supporto alle attività respiratoria e cardiaca.

Diagnosi NANDA correlate:

- ❖ 00032 Modello di respirazione inefficace;
- ❖ 00033 Ventilazione spontanea compromessa;
- ❖ 00039 Rischio di aspirazione.

2. Mangiare e bere adeguatamente

Prima di presentarsi ad un esame endoscopico del tratto digestive, al paziente viene chiesto di digiunare. Le linee guida pubblicate dalla American Society of Anesthesiology nel 2013, raccomandano almeno 2 ore di digiuno dall'assunzione di soli liquidi chiari prima della sedazione o dell'anestesia; inoltre, è possibile assumere alimenti leggeri fino a 6 ore prima della procedura. Il digiuno è necessario affinché stomaco e intestine siano il più liberi possibile al momento dell'esame, così che l'endoscopista possa valutare bene le mucose. Per questa ragione, prima di ogni procedura, anche se per un ristretto periodo di tempo, il paziente non sarà in grado di soddisfare il proprio bisogno di bere e mangiare come vorrebbe. L'infermiere dovrebbe assicurarsi che la persona assistita capisca le ragioni del digiuno così che possa seguire le istruzioni fornite consapevolmente e attentamente.

Diagnosi NANDA correlate:

- ❖ 00027 Volume di liquidi insufficiente;
- ❖ 00028 Rischio di volume di liquidi insufficiente
- ❖ 00025 Rischio di volume di liquidi squilibrato;
- ❖ 00179 Rischio di glicemia instabile (pazienti diabetici).

3. Eliminare i rifiuti corporei

Oltre al digiuno, il paziente che si sottopone ad un esame endoscopico del tratto digestivo inferiore dovrà eseguire una preparazione intestinale per una migliore pulizia del colon. In base alla preparazione prescritta, glicole polietilenico (PEG) o sodio fosfato, l'infermiere dovrebbe spiegare perché assumerla, in quali tempi e in quale modo (split-dose o nello stesso giorno), illustrando gli effetti che ne derivano, i possibili effetti indesiderati e come prevenirli. L'infermiere dovrebbe sapere che quest'intervento andrà ad alterare il bisogno di eliminare i rifiuti corporei del paziente e, in base a ciò, sapere che si tratta di uno dei principali fattori di stress correlati all'esame endoscopico.

Diagnosi NANDA correlate:

- ❖ 00013 Diarrea;
- ❖ 00196 Motilità gastrointestinale disfunzionale;
- ❖ 00134 Nausea.

4. Muoversi e mantenere la posizione opportuna

Durante tutto l'esame endoscopico, al paziente viene richiesto di mantenere una posizione che consenta al team sanitario di lavorare con efficienza. In oltre, per ragioni di sicurezza, l'assistito non può muoversi come vorrebbe. Nell'EGDS il paziente è sdraiato sul fianco sinistro in una posizione neutrale e comoda, con la testa supportata da un cuscino rigido. L'accesso venoso dovrebbe essere riperto sul braccio destro così da essere più accessibile per il personale. Nella colonscopia, invece, la persona assistita è sempre sdraiata sul fianco sinistro, ma potrebbe essere richiesto di cambiare posizione durante i tempi dell'esame per facilitare i movimenti dello strumento. L'infermiere dovrebbe saper riconoscere e comprendere il distress del paziente, supportarlo e aiutarlo a cooperare al meglio delle sue possibilità. Quando assiste una persona seduta, l'infermiere dovrà agire come un sostituto e aiutarlo ad assumere una posizione utile e confortevole evitando possibili traumi.

Diagnosi NANDA correlata:

- ❖ 00155 Rischio di cadute.

5. Dormire e riposare

L'esame endoscopico può essere vissuto dalla persona come un evento stressante. È importante sapere che la qualità del sonno risulti già alterata in certe categorie di pazienti, come ad esempio le persone che soffrono di GERD (Hsu et al., 2015). Escludendo le patologie, un altro importante fattore che influenza la qualità del sonno nei

pazienti è la preparazione intestinale. Nel 2013 uno studio condotto da Martin-Noquerol et al. riscontrò che una preparazione di sodio picosolfato + ossido di magnesio + acido citrico anidro (PSLX) somministrata in split-dose per pazienti sottoposti a colonscopia in mattinata, comporta una riduzione delle ore di sonno se paragonata alla pulizia intestinale standard un giorno prima della procedura (6.5 vs 7.9). Inoltre, la somministrazione di bisacodile prima dell'assunzione di PSLX aumenta la frequenza dell'attività intestinale con un impatto sulla qualità del riposo degli assistiti (Vanner & Hookey, 2011). Infine, l'educazione del paziente eseguita da un infermiere si è dimostrata essere efficace in questo contesto, in quanto capace di migliorare la qualità del sonno nel periodo precedente l'esame (Yoo Jin Lee et al., 2015).

Diagnosi NANDA correlata:

❖00198 Modello di sonno disturbato.

6. Scegliere un vestiario adeguato – Vestirsi e svestirsi

Scegliere che cosa indossare è di fondamentale importanza per il benessere delle persone. Ci sono due questioni da considerare in base a questo bisogno, sia dal punto di vista fisiologico sia da quello psicologico. Prima di tutto, i vestiti sono importanti perché permettono di proteggere il corpo umano dall'ambiente esterno e dalle temperature, hanno quindi una funzione fisiologica. In secondo luogo, bisogna prendere in considerazione il più complesso bisogno psicologico legato all'abbigliamento, considerando che una persona sceglie il proprio vestiario per esprimere se stessa e considera l'abbigliamento come una parte della propria personalità. Può capitare che i pazienti trovino sgradevoli i camici o i capi d'abbigliamento utilizzati negli ospedali, e che si sentano strani o a disagio indossandoli. Inoltre, durante una procedura endoscopica, al paziente può essere chiesto di scoprire parti del corpo che sono generalmente considerate private e imbarazzanti. Secondo i bisogni fondamentali dell'uomo, privare qualcuno dei suoi vestiti significa privarlo della sua libertà (Henderson, 1969). Gli infermieri dovrebbero comprendere di esercitare una sorta di potere sui pazienti svestiti (dos Santos et al., 2010) e cercando di capire questo discomfort, potrebbero aiutare la persona assistita a sentirsi più a suo agio, nei limiti del possibile.

Diagnosi NANDA correlata:

❖ 00174 Rischio di dignità umana compromessa.

7. Mantenere la temperatura corporea entro i normali valori aggiustando il vestiario e modificando l'ambiente esterno

Il rischio di uno squilibrio della temperatura corporea o di ipotermia è comune tra i pazienti che si sottopongono ad una procedura endoscopica in sedazione. La perdita di calore avviene in diversi modi: principalmente, per l'esposizione del paziente all'ambiente, quando la pelle cede calore per irraggiamento, conduzione, convezione ed evaporazione, ma anche l'esposizione delle mucose ai liquidi di irrigazione contribuisce alla perdita; in aggiunta, alcuni farmaci hanno un effetto sulla termoregolazione interna. Nella chirurgia endoscopica, riscaldare i fluidi di irrigazione è un buon modo per prevenire ipotermia e brividi (Jin et al., 2011). Per quel che riguarda i farmaci, Propofol, fentanyl e meperidina promuovono la dispersione di calore attraverso un processo di vasodilatazione. Questi farmaci agiscono sulla termoregolazione ipotalamica in maniera dose-dipendente (Diaz & Becker, 2010). Alcuni effetti dell'ipotermia sono il prolungamento del ricovero per la sensazione di freddo continua e il ritardo del risveglio dopo l'anestesia. Nel setting endoscopico è possibile prevenirla monitorando costantemente la temperatura dell'assistito, riscaldando l'ambiente, scoprendo il corpo del paziente non più del necessario ed usando fluidi di irrigazione riscaldati.

Diagnosi NANDA correlate:

- ❖ 00005 Rischio di temperatura corporea squilibrata;
- ❖ 00253 Rischio di ipotermia;
- ❖ 00006 Ipotermia.

8. Mantenere il corpo pulito e ben curato e proteggere gli integumenti

Nel setting endoscopico, questo bisogno compare solo parzialmente: si tratta di un'unità ambulatoriale dove afferiscono pazienti per la maggior parte indipendenti in tutte le attività di vita quotidiana, seppur esse possano essere temporaneamente compromesse.

Quindi l'infermiere dovrebbe concentrarsi solo sulla parte del titolo "proteggere gli integumenti", dove per integumenti intendiamo tessuti. La protezione delle mucose (intestinale, gastrica o esofagea) si può avere soltanto prevenendo complicanze come sanguinamento e perforazione. Ogni possibile fattore di rischio deve essere identificato prima della procedura. La polipectomia aumenta

significativamente l'incidenza di questi due eventi (Levy & Gralnek, 2016). L'abilità dell'operatore allo strumento risulta quindi essenziale per prevenire il trauma alla mucosa, ma il paziente può collaborare con l'equipe per esempio mantenendo la posizione richiesta.

Diagnosi NANDA correlate:

- ❖ 00248 Rischio di integrità tissutale compromessa;
- ❖ 00044 Integrità tissutale compromessa.

9. Evitare i pericoli nell'ambiente ed evitare di ferire gli altri

Per andare in contro a questo particolare bisogno, gli infermieri sono i professionisti dell'equipe che giocano un ruolo di particolare importanza. Devono proteggere gli assistiti dalle infezioni e, allo stesso tempo, impedire che i pazienti trasmettano ad altri le proprie. Ci sono diversi modi per farlo. Prima di tutto, tutti i professionisti della salute dovrebbero eseguire sempre le misure di igiene universali per ridurre il rischio di infezione, come il lavaggio sociale delle mani, l'utilizzo dei presidi di protezione individuali e lo smaltimento rifiuti (WHO, 2006). L'utilizzo di dispositivi monouso è raccomandato. Bisogna identificare i pazienti a rischio infezione o che ne siano già portatori, mettendo in pratica sistemi di protezione aggiuntivi. Ultimo ma non per importanza, il reprocessing dello strumentario deve essere eseguito seguendo le ultime linee guida, con attenzione e in sicurezza. Uno specifico piano di prevenzione delle infezioni per prevenire la trasmissione dei patogeni dovrebbe essere adottato in ogni Unità di Endoscopia (Calderwood et al., 2015). Un sistema di tracciabilità validato è inoltre indispensabile.

Diagnosi NANDA correlata:

- ❖ 00004 Rischio di infezione.

10. Comunicare con gli altri esprimendo le emozioni, i bisogni, le paure e le opinioni

Mente e corpo sono interdipendenti, inseparabili e si influenzano l'un l'altro. Ogni essere umano tenta di esprimere i propri pensieri, i propri sentimenti e desideri in modo soddisfacente e il modo migliore per riuscirci è comunicare con gli altri. Gli infermieri possono essere considerati degli **interpreti** che aiutano il paziente ad esprimersi e a comunicare i suoi bisogni (Henderson, 1969). Promuovere una comunicazione valida tra assistiti e staff infermieristico è inoltre il primo passo per un'alta qualità assistenziale, poiché essa rafforza la sicurezza nelle cure effettuate (Griffiths, 2015). Le

capacità comunicative, inoltre, sono richieste ai professionisti infermieri nella loro pratica quotidiana più che a tutte le altre figure sanitarie, soprattutto in ogni contesto in cui essi abbiano a che fare con i loro pazienti (Cutcliffe & McKenna, 2005).

Diagnosi NANDA correlate:

- ❖ 00146 Ansia;
- ❖ 00148 Paura;
- ❖ 00241 Regolazione dell'umore compromessa;
- ❖ 00214 Benessere compromesso;
- ❖ 00132 Dolore acuto.

11. Professare il proprio credo religioso

L'infermiere dovrebbe mostrare una certa competenza culturale durante lo svolgimento della sua professione (Kralik & Van Loon, 2011) così da fornire una cura olistica della persona. Ciò può essere tradotto concretamente in un'accettazione nonché sensibilità nei confronti dei valori dei suoi pazienti (Tabbner's Nursing Care: Theory and Practice, 2009). Per riuscirci, l'infermiere può incoraggiare la verbalizzazione delle emozioni, dei pensieri e degli ideali, ma anche promuovere un ambiente di cura non giudicante. Dove e quando possibile, il professionista sanitario dovrebbe andare in contro alle pratiche religiose degli assistiti.

Diagnosi NANDA correlata:

- ❖ 00170 Rischio di religiosità compromessa.

14. Imparare, scoprire e soddisfare la curiosità che porta ad un normale sviluppo, alla salute e all'uso delle strutture sanitarie disponibili

È oggi sapere comune che la guarigione, l'aderenza terapeutica e la compliance dipendano molto dall'educazione terapeutica ricevuta dal paziente. Dare informazioni riguardo agli esami, al ricovero e ai farmaci è qualcosa che viene richiesto al personale sanitario in ogni parte del percorso di cura e la sua efficacia è stata dimostrata. Per esempio, un semplice colloquio educativo di 5 minuti tra infermiere e assistito, migliora statisticamente la qualità della preparazione intestinale per quel che riguarda l'esame endoscopico del tratto digestivo inferiore (Rosenfeld et al., 2010).

Gli infermieri dovrebbero incoraggiare le domande e i chiarimenti necessari, adeguando le strategie comunicative alla letteratura più aggiornata così da chiarire i dubbi dei propri pazienti. Le informazioni date devono inoltre essere "su misura", prendendo in considerazione la persona con cui si parla, la sua età, livello di

istruzione e voglia di imparare: dopo una breve anamnesi, l'infermiere dovrebbe essere in grado di capire di quali informazioni il paziente (o caregiver) necessita e mettere in atto un intervento educativo adeguato. Per quel che riguarda i principali fattori che influenzano, conflitti tra colleghi e mancanza di coerenza, capacità comunicative inadeguate e mancanza di motivazione (Mansoureh et al., 2013).

Diagnosi NANDA correlate:

- ❖ 00126 Conoscenza insufficiente;
- ❖ 00161 Disponibilità a migliorare la conoscenza;
- ❖ 00078 Gestione della salute inefficace;
- ❖ 00162 Disponibilità a migliorare la gestione della salute;
- ❖ 00242 Processo decisionale autonomo compromesso;
- ❖ 00244 Rischio di processo decisionale autonomo compromesso.

Riguardo ai bisogni n.12 e n.13

Trattandosi di un setting ambulatoriale, due bisogni identificati nella teoria di V. Henderson non possono essere applicati al contesto preso in studio. Essi sono **12. lavorare in modo tale da riceverne un sentimento di realizzazione** e **13. Giocare o partecipare a varie forme di svago**. Entrambi richiedono una tipologia di paziente che non corrisponde a quella dell'assistito nell'ambito

negativamente l'educazione del paziente dal punto di vista dell'infermiere, essi sono: non aver compreso l'importanza dell'educazione terapeutica, un'atmosfera troppo incentrata sulla figura del medico

dell'Endoscopia Digestiva, poiché richiederebbe tempi di ospedalizzazione più prolungati. In generale, il tempo che una persona passa all'interno dell'unità endoscopica non è tale da compromettere attività ricreative o come il lavoro per lungo tempo, quindi i pazienti non necessitano di un intervento qualificato a riguardo.

CONCLUSIONI

Nonostante l'autore non sia riuscito ad integrare due dei quattordici bisogni della teoria presa in esame con il paziente di Endoscopia Digestiva, tutti gli altri elementi risultano essere potenzialmente applicabili. Teoricamente parlando, la Teoria dei Bisogni Infermieristici di V. Henderson potrebbe aiutare lo staff infermieristico a prioritizzare gli interventi e, allo stesso tempo, ad avere una visione più completa, globale e olistica dei loro assistiti. Ulteriori studi sono necessari per valutare se l'utilizzo di questo processo infermieristico sia concretamente utile nella pianificazione assistenziale e nella presa in carico quotidiana nell'ambito delle cure infermieristiche in Endoscopia Digestiva.

The awareness of the IBD nurse position among patients from an Italian tertiary IBD centre

Daniele Napolitano, Elisa Schiavoni, Pierngiorgio Martella, Laura Turchini, Tiziana Bernabei, Gianna Marocchini, Anna Di Gemma, Grainne Holleran, Maurizio Zega, Alessandro Armuzzi, Antonio Gasbarrini, Franco Scaldaferrì

INTRODUCTION

IBD Nurses are an essential component of an IBD centre. Many studies have reported an improvement in clinical management, efficiency and cost savings for IBD services, but limited data are available on patient's perception and satisfaction. Aim of this study is therefore

METHODS

This study was carried out in the IBD specialist service of the Fondazione Agostino Gemelli University Hospital. Consecutive patients with a confirmed diagnosis of IBD attending the ambulatory day centre for either a clinical visit or intravenous infusion over a 3-month period were invited to participate in the survey. A questionnaire composed of 15 statements regarding the role of the IBD nurse in their treatment was offered to all patients. Results were compared between groups currently receiving treatment with a biologic therapy to those receiving non-biologic therapy. The survey was completed by hand by the patients by ticking a multiple-choice box corresponding to the level of agreement. The subject of each question or statement was as follows; 1 -3 – recognition and knowledge of the IBD nurse figures in the unit, 4 – perception of the IBD nurse duties, 5-8, 12 & 15 – role of the IBD nurse in disease education and psychosocial support, 9 – communication services provided by the IBD nurse, 10 & 11 – importance of IBD nurse training and 13 & 14 – IBD nurse role in unexpected patient needs.

RESULTS

During the study period, 83 IBD patients [43 receiving biologic treatment (group 1) and 40 receiving non-biologic therapy (group 2)] completed the survey. The majority of patients in both groups were aware of the IBD nurse's duty in administering biologic drugs (93% vs 83%). The perceived role of the IBD nurse in discussing and educating patients regarding IBD treatments was significantly lower in group 2 compared to group 1 (45% vs 83%, $p=$). A significant difference between the two groups in the perception on the importance of the IBD nurse in patients' education and acceptance of the disease was also found (98% vs 56%, $P=$). Differences existed in the amount of communication that the 2 groups have with their IBD nurse with 100% of patients in group 1 contacting the IBD nurse very frequently or frequently, compared to 80% of group 2. Both groups recognised the need for specific training and further qualifications of nurses to become IBD specialist nurses with no significant differences between the two groups (91% vs 70% for group 1 and 2 respectively).

CONCLUSIONS

Our study indicates that IBD patients receiving biologic treatment have a full perception of the role of IBD nurse, as compared to those receiving non-biologic therapy, For these latter patients simple interventions such as formally introducing all members of the treatment team may likely increase patient interactions with the IBD nurse and hopefully improve their QOL and outcome.

Ocular manifestations in a tertiary IBD center: better to keep an eye on?

G Rizzatti, S. Gerardi, C. Manganelli, V. Petito, C. Graziani, G. Holleran, L.R. Lopetuso, E. Schiavoni, D. Napolitano, M. Pizzoferrato, L. Laterza, G. Ianiro, A. Caporossi, A. Papa, A. Armuzzi, A. Gasbarrini, F. Scaldaferri

INTRODUCTION

Extra-intestinal manifestations (EIM) are common in inflammatory bowel disease (IBD) occurring in up to 50% of the cases ¹, being ocular manifestations described to be 0.3% to 13.0% of the cases ². Reported data, however, mostly rely on not recent population based studies. In fact, the few available prospective studies, suggest a much higher occurrence of ocular diseases, ranging from 29% ³ to 71% ⁴. Aim of the study was to assess the prevalence of ocular disease in a cohort of IBD patients followed in tertiary referral Italian center.

METHODS

IBD patients followed at our center were consecutively enrolled in the study. Enrolled patients underwent ocular evaluation including assessment of visual acuity, examination of fundus oculi and anterior ocular segment as well as measure of intraocular pressure, Schirmer's test and break up time test, when appropriated.

RESULTS

A total of 193 IBD patients were enrolled in the study, 54.9% females and 45.1% males, 47.7% CD, 43.5% UC, and 8.8% indeterminate colitis, 35.7% of patients had a moderate-severe activity of disease, 39.4% were under active steroid therapy, 35.8% were under anti-TNFalpha and 64.3% were taking mesalamine. Overall, any ocular disease was identified in 46.1 % of enrolled patients, 17.1% CD and 23.8% UC and 5.2% IC. The most common ocular disease was dry eye (12.4%). At multivariate analysis use of mesalamine (OR 2.3, 95% CI 1.1 -5.0), steroids (OR 3.6, 95% CI 1.1 -11.8) and moderate-severe activity of disease (OR 5.1, 95% CI 2.3-11.1) were all correlated with an increased risk of ocular disease.

CONCLUSIONS

Ocular manifestations in IBD patients are more frequent than reported especially in referral center. Patients under treatment with mesalamine or steroids and with a moderate-severe disease activity might benefit of an ophthalmological evaluation.

BIBLIOGRAPHY

1. Harbord M, Annese V, Vavricka SR, Allez M, Barreiro-de Acosta M, Boberg KM, et al. The First European Evidence-based Consensus on Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Crohn's & colitis*. 2016 Mar;10(3):239-54. PubMed PMID: 26614685. Pubmed Central PMCID: 4957476.
2. Troncoso LL, Biancardi AL, de Moraes HV, Jr., Zaltman C. Ophthalmic manifestations in patients with inflammatory bowel disease: A review. *World journal of gastroenterology*. 2017 Aug 28;23(32):5836-48. PubMed PMID: 28932076. Pubmed Central PMCID: 5583569.
3. Larsen S, Bendtzen K, Nielsen OH. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: epidemiology, diagnosis, and management. *Annals of medicine*. 2010 Mar;42(2):97-114. PubMed PMID: 20166813.
4. Lee HJ, Song HJ, Jeong JH, Kim HU, Boo SJ, Na SY. Ophthalmologic manifestations in patients with inflammatory bowel disease. *Intestinal research*. 2017 Jul;15(3):380-7. PubMed PMID: 28670235. Pubmed Central PMCID: 5478763.

Increasing research capacity of IBD nurses across Europe – a case study of Inflammatory Bowel Disease Fatigue (IBD-F) scale translation and validation

Czuber-Dochan W, Artom M, Norton C, Andonova A, Pencova M, Cluzeau V, Chalabreysee M, Barkan R, Goren I, Shpoker L, Radice S, Schiavoni E, Cocchieri A, Napolitano D, Turchini L, Zega M, Jelsness-Jørgensen LP, Giner-Agudo A, Barastegui R, Fernández-Fernández C, Gallego M, Murciano F, Navarro E, Rivera A, Vara-Hernández A, Jäghult S, Pihl Lesnovska K, der Heer-Damen A, Heil A, Moortgat L

ECCO 2018 ABSTRACT

Background

Nurses play a crucial role in delivering care to patients with inflammatory bowel disease (IBD) and they are required to practice high quality evidence-based care. For the evidence to be relevant to nursing practice, it would be beneficial if nurses were more involved in empirical research.¹ However, their academic qualifications and research experience varies across Europe, not always equipping nurses with adequate research skills. Fatigue in IBD has been identified by patients and health professionals as one of the top research priorities.^{2,3} Therefore, we developed a project that combined two aims: (1) to translate and validate the IBD-Fatigue (IBD-F) scale, and (2) to offer IBD nurses from different European countries an opportunity to be co-investigators and provide them with experience of participating in an established research team and learning research skills.

Methods

We presented a study protocol at the N-ECCO Research Forum 2017, inviting IBD nurses from European countries to be a study site and co-investigators. A cross-sectional, multicentre pilot study was conducted, first with forward and back translation of the IBD-F scale by a lay and a professional translator, and then face and content validity was tested. Data were analysed using a descriptive matrix. The study received Ethical approval HR-16/17-4166.

Results

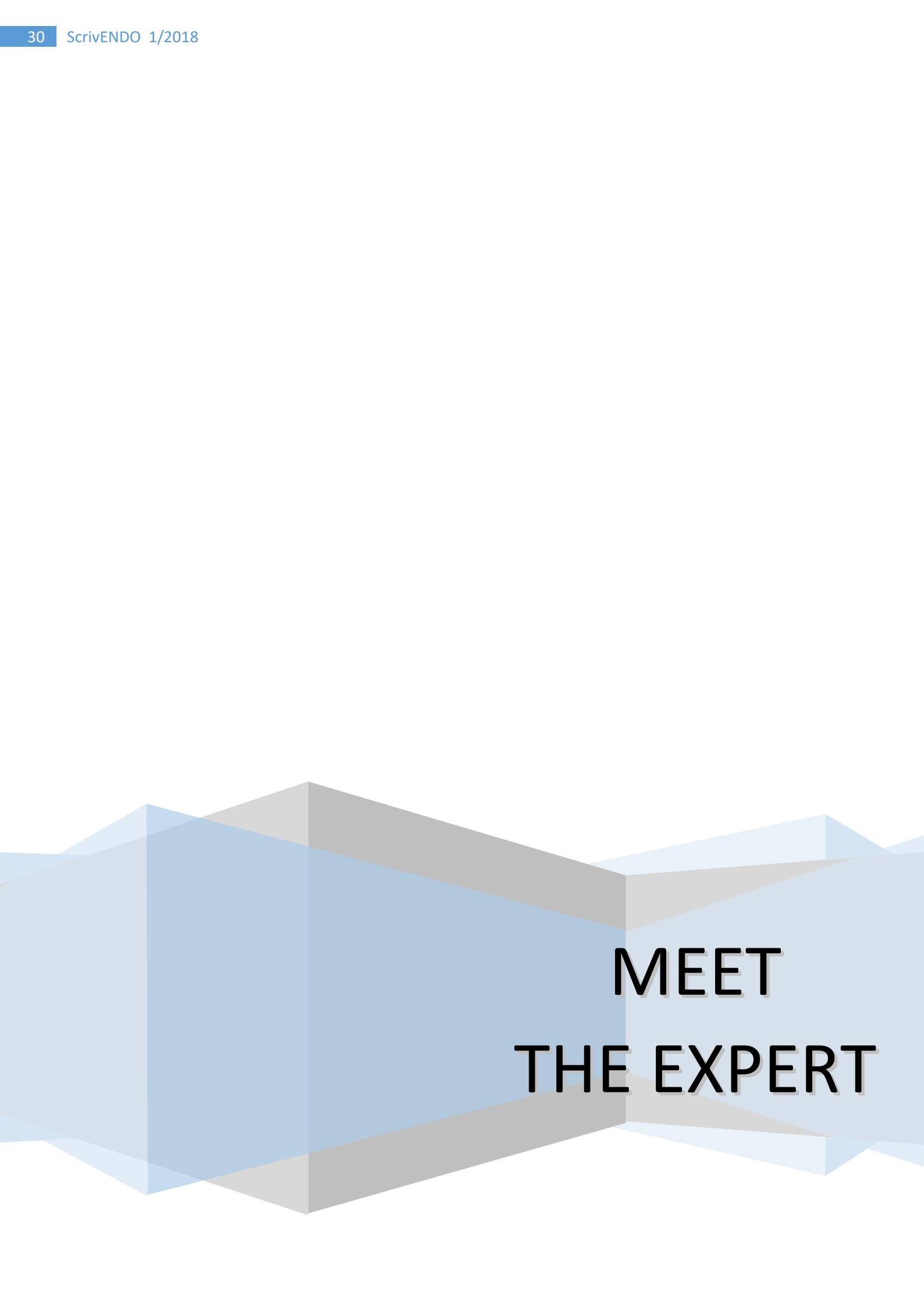
27 IBD nurses from nine European countries took part in the study. The IBD-F scale was forward and back translated into nine languages. Due to time constraints, nurses in two centres were unable to commence the next stage of the study. Seven counties completed the face and content validity, with 130 patients (20 per county, except 10 in Italy), 54% CD and 46% UC, mean age 40.9 y and 61% were female. Section I of the scale assessing fatigue severity, frequency and duration was found by patients to be relevant (95%), reflecting fatigue severity (97%) and easy to complete (95%). Section II assessing impact of fatigue on daily activities was also found to be relevant (95%), easy to complete (95%) and reflecting their experience (80%). Suggestions to change wording of some of the questions in Section I and II were made by 12% and 6% respectively. These changes were implemented as deemed appropriate by individual counties' team.

Conclusion

Face and content validity of the IBD-F scale was confirmed in its translated versions. IBD nurses involved in the study as co-investigators commented positively on the research experience gained during the study and they expressed willingness to participate in further studies. For IBD nurses to become more independent in research grant applications, further collaborative work and coaching is recommended.

References

1. O'Connor M, Bager P, Duncan J, Gaarenstroom J, Younge L, Detre 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 CJ (2013) N-ECCO consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. *JCC*, 7: 744-764
2. Hart A, Lomer M, Verjee A, Kemp K, Faiz O, Daly A, Solomon J & McLaughlin J (2017) What are the top 10 research questions in the treatment of inflammatory bowel disease? A priority setting partnership with James Lind Alliance. *JCC*: 204-211
3. Dibley L, Bager P, Czuber-Dochan W, Farrell D, Jelsness-Jorgensen LP, Kemp K & Norton C (2017) Identification of research priorities for inflammatory bowel disease nursing in Europe: a nurses-European Crohn's and Colitis Organisation Delphi survey. *JCC*: 353-359



**MEET
THE EXPERT**



VideoCapsula Endoscopia

Intervista al Dr. Vincenzo De Francesco

UOC di Gastroenterologia,
Ospedali Riuniti,
Foggia

La richiesta di esecuzione di esami con videocapsula endoscopica (VCE) per lo studio dell'intestino tenue è aumentata negli ultimi anni. Ma quali sono le indicazioni per questo esame?

Le attuali Linee Guida Europee raccomandano lo studio con VCE nei pazienti con emorragia digestiva manifesta, cioè con sangue visibile nelle feci, oppure occulta, cioè in caso di anemia e sangue occulto positivo, solo dopo l'esecuzione di un'esofagogastroduodenoscopia e di una ileocolonscopia. Tale quadro viene definito "sanguinamento oscuro" (cioè da causa oscura) e rappresenta circa il 5% dei sanguinamenti gastrointestinali. L'esame con VCE in questi pazienti individua lesioni dell'intestino tenue nel 60-65% dei casi. Altre condizioni nelle quali è raccomandato lo studio con VCE sono l'anemia sideropenica la cui causa non è stata individuata dopo indagini endoscopiche tradizionali (gastrosocopia e colonsocopia) e le poliposi familiari che coinvolgono l'intero tratto gastroenterico, come la S. di Peutz-Jeghers. Infine, lo studio dell'intestino tenue con VCE può essere indicato nel sospetto clinico di malattia di Crohn, dopo che un'ileocolonscopia non è stata diagnostica, sempre che non siano presenti sintomi di subocclusione intestinale.

Quindi, la VCE non sostituisce le altre indagini endoscopiche tradizionali?

Osservazione corretta. La VCE non può e non deve sostituire il tradizionale esame endoscopico del tratto digestivo superiore e inferiore, ma va eseguita solo se queste indagini sono risultate negative.

L'esame mediante VCE ha controindicazioni?

La principale controindicazione è rappresentata dal sospetto di una stenosi intestinale, complicanza frequente nel morbo di Crohn o in corso di patologia neoplastica del tenue. Pertanto, in presenza di sintomi suggestivi di tale condizione (vomito, dolore e senso di ripienezza post-prandiale, ecc), è raccomandato uno studio preventivo con radiologia tradizionale o con l'utilizzo della capsula "finta", fatta di metilcellulosa radiotracciabile, che si scioglie in caso di intrappolamento in una stenosi.

In sintesi, quali sono i vantaggi della VCE?

Sicuramente è un'indagine che consente di esplorare la mucosa di tutto l'intestino tenue con una elevata accuratezza diagnostica. E' un esame sostanzialmente poco invasivo, indolore e il paziente può svolgere la sua attività quotidiana durante la registrazione che dura fino a 8 ore. Basti pensare che lo studio con VCE può essere eseguito anche nei pazienti pediatrici. Inoltre, viene registrato un video endoscopico che viene interpretato successivamente con la possibilità di rivedere più volte eventuali immagini dubbie che possono essere eventualmente valutate anche da più operatori.

E gli svantaggi?

Un limite è sicuramente rappresentato dalla impossibilità di eseguire biopsie e manovre terapeutiche, come polipectomia o emostasi, per le quali è necessario ricorrere all'enteroscopia tradizionale. Inoltre, non è possibile il lavaggio di eventuali residui, per cui è estremamente importante che la preventiva preparazione intestinale sia adeguata. Infine, per la valutazione dell'intero video è necessario un tempo di 1-2 ore e questo incrementa ulteriormente i costi dell'indagine, oltre al quello non indifferente della videocapsula.

Nella esecuzione dell'esame con VCE il personale infermieristico può avere un ruolo?

L'infermiere è sicuramente coinvolto in tutte le fasi delle VCE, a partire da un *counselling* preprocedura, durante il quale il paziente deve essere edotto su tutte le fasi dell'indagine (preparazione intestinale, dieta, attività sconsigliate, ecc). Si occupa, poi, del posizionamento dei rilevatori sul paziente e della successiva creazione del video nell'apposito supporto informatico.

A questo punto il gastroenterologo effettua la fase diagnostica, visionando l'intera registrazione con notevole dispendio di tempo, come già detto. A mio avviso, nel prossimo futuro, l'infermiere potrebbe avere un ruolo anche nell'effettuare una "pre-lettura" del video, identificando le lesioni, selezionando le immagini e i tratti da far valutare dal medico per la diagnosi definitiva. Sebbene questa sia una procedura ancora poco valutata, esistono alcuni studi pubblicati in letteratura, di cui due Italiani (San Giovanni Rotondo e Roma), in cui si dimostra che questo è vantaggioso nel ridurre i costi dell'indagine. Infatti, è stato osservato che un infermiere con esperienza di endoscopia digestiva, dopo un opportuno *training* in VCE, è molto accurato nell'identificare le lesioni del tenue che poi vengono interpretate in tempi brevi dal gastroenterologo, con un risparmio pari al 30% dei costi complessivi.

Quindi, l'infermiere può avere un ruolo anche nella "pre-lettura" della VCE?

E' chiaro che per farlo non è sufficiente l'esperienza di endoscopia digestiva, ma è necessario un corso di formazione specifica per acquisire la competenza nel saper identificare le lesioni del tenue. E' stato calcolato che l'abilità si acquisisce dopo la lettura di almeno 20-40 esami. Pertanto, è auspicabile che ANOTE-ANIGEA organizzi, in collaborazione con le Società Scientifiche dei medici gastroenterologici, corsi specifici per formare infermieri "dedicati" alla pre-lettura delle VCE

