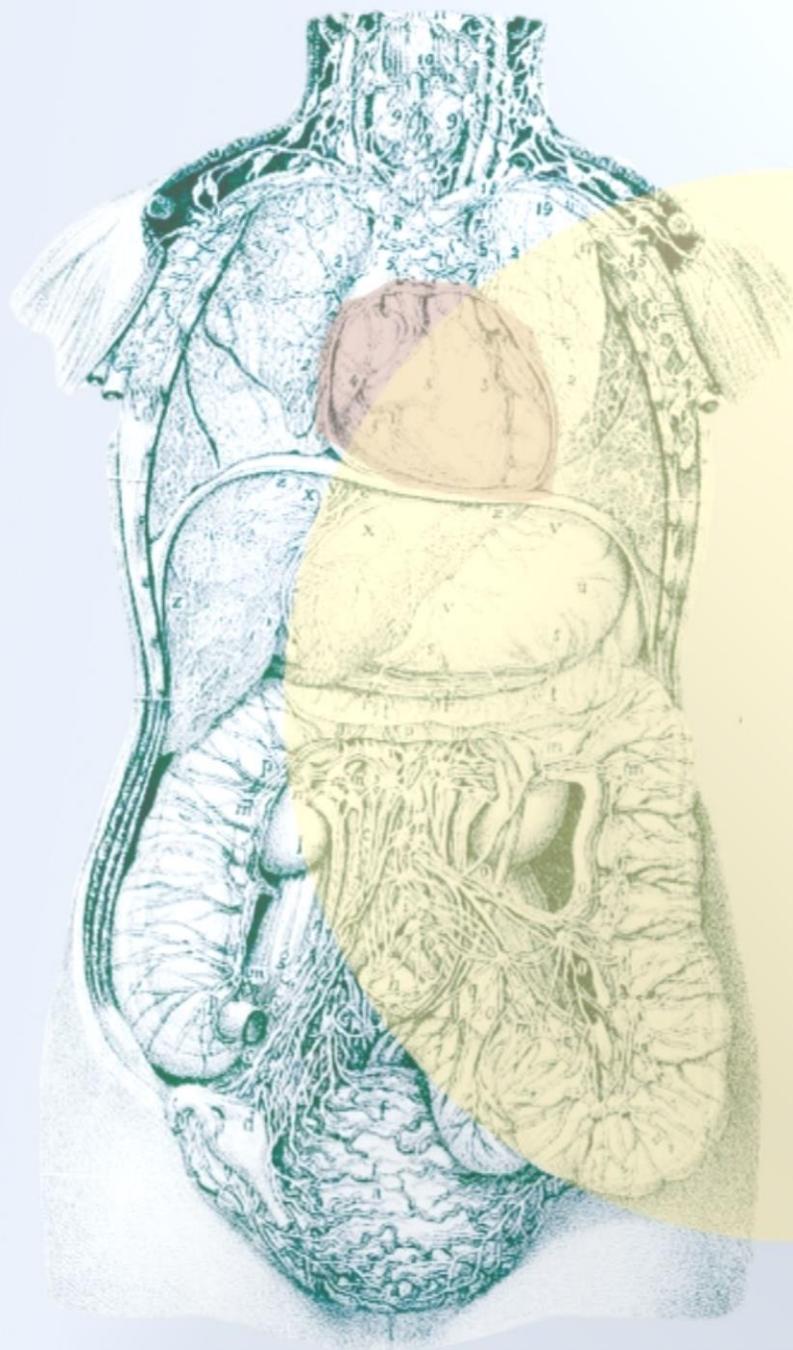


SCRIVENDO



1/2019

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



ScrivEndo 1/2019

Master I livello Endoscopia Digestiva Università degli Studi di Torino	PAG. 4
Lettera Direttivo ANOTE/ANIGEA	PAG. 5
Congresso Nazionale ANOTE/ANIGEA	
Programma Congresso	PAG. 10
Scheda ISCRIZIONE	PAG. 13
Sessione Poster	PAG. 14
I PDTA scendono in campo: proiezione filmato sull'applicazione di un PDTA dalla presa in carico alla continuità assistenziale	PAG. 15
Essere o non essere: identità di genere, di meta, identità infermieristica il counseling come risorsa	PAG. 17
Il pensiero transdisciplinare ci aiuta a convivere con la complessità: un approccio diverso in risposta ai bisogni della persona	PAG.18
Il ruolo dell'endoscopia nelle malattie infiammatorie croniche intestinali	PAG.23



Università degli studi
di Torino



MASTER I LIVELLO ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Direttori

Prof. Mario Morino

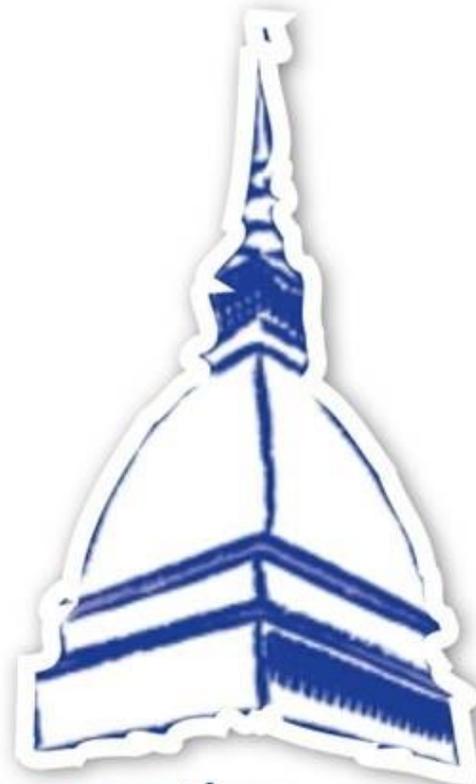
Prof. Mario Rizzetto

con il patrocinio

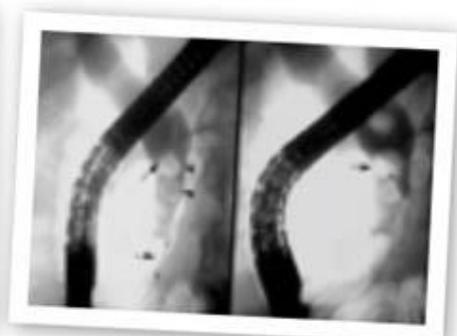


e con il patrocinio

IPASVI di Torino



*corso teorico-pratico
per personale infermieristico*



Per informazioni tel 011 6706537 - 011 6336641 - 339 6287716

Segreteria del Master Prof. Alberto Arezzo

Dipartimento di Scienze Chirurgiche, C.so Dogliotti, 14 – 10126 Torino,

335 8378243 - alberto.arezzo@unito.it

"...Come una stampa antica bavarese
 vedo al tramonto il cielo subalpino...
 Da Palazzo Madama al Valentino
 ardono l'Alpi tra le nubi accese...
 E' questa l'ora antica torinese,
 è questa l'ora vera di Torino...
 Un po' vecchietta, provinciale, fresca
 tuttavia d'un tal garbo parigino,
 in te ritrovo me stesso bambino,
 ritrovo la mia grazia fanciullesca
 e mi è cara come la fantesca
 che m'ha veduto nascere, o Torino!
 Tu mai veduto nascere, indulgesti
 ai sogni del fanciullo trasognato:
 tutto me stesso, tutto il mio passato,
 i miei ricordi più teneri e mesti
 dormono in te, sepolti come vesti
 sepolte in un armadio canforato...
 Ch'io perseguendo mie chimere vane
 pur t'abbandoni e cerchi altro soggiorno,
 ch'io pellegrini verso il Mezzogiorno
 a belle terre tiepide e lontane,
 la metà di me stesso in te rimane
 e mi ritrovo ad ogni mio ritorno.
 A te ritorno quando si rabbuonia
 il cuor deluso da mondani fasti.
 Tu mi consoli, tu che mi foggiasti
 quest'anima borghese e chiara e buia
 dove ride e singhiozza il tuo Gianduaia
 Che teme gli orizzonti troppo vasti...
 Evviva i bogianen... Sì, dici bene,
 o mio savio Gianduaia ridarello!
 Buona è la vita senza foga, bello
 godere di cose piccole e serene...
 Al'è question d'nen piessla...
 Dici bene
 O mio savio Gianduaia ridarello!...



Carissimi Amici e Colleghi,

siamo ormai giunti alla **29° edizione del nostro Congresso Nazionale**, quest'anno abbiamo pensato di incontrarci là dove la nostra Associazione è nata nell'ormai lontano 1987: **Torino**.

Di Torino colpisce soprattutto la compostezza del suo skyline circondato da imponenti vette alpine, si presenta come una **città dal fascino unico**, dove sono passati imperatori, sono nati regni, in cui il potere ha lasciato segni indelebili. Torino è oggi una metropoli che guarda al proprio passato puntando al futuro con l'ambizione di una città che da piccolo villaggio pedemontano è divenuta la capitale di un regno e di una nazione, per poi trasformarsi in capitale del cinema e dell'automobile.

Il suo sapore è a metà strada tra la sobrietà e il lusso tipico della città ottocentesca con un aspetto vitale e giovane dato dai molti locali che da **Piazza Castello**, storico salotto torinese, proliferano in tutta la città.

Tesori imperdibili della città sono i palazzi che hanno fatto la storia del capoluogo subalpino: **Palazzo Reale, Palazzo Madama e Palazzo Carignano**, i più importanti edifici storici della città. Il percorso ideale per una visita in città può partire dalla **Reggia di Venaria Reale** adibita un tempo a palazzina di caccia.

Al tempo stesso gli edifici religiosi come la **Basilica di Superga**, la **Gran Madre**, il **Duomo**, la **Consolata**, la **Crocetta**, rappresentano le migliori testimonianze dei grandi architetti passati per il capoluogo, da Juvarra a Guarini. Nel Duomo è conservata la **Sacra Sindone**, ospitata dall'eccentrica **cupola del Guarini**.

Alla Biblioteca Reale possiamo ammirare l'**autoritratto a sanguigna di Leonardo** da Vinci, uno dei disegni più famosi del mondo. Il noto "**Collegio dei Nobili**" è invece sede del **Museo delle Antichità Egizie** con una collezione di oltre 5000 reperti, seconda solo a quella del Cairo.

Da non perdere sono inoltre la **Galleria d'Arte Moderna**, il **Castello di Rivoli**, la **Mole Antonelliana**, il **Museo del Cinema**, l'avveniristico allestimento che rappresenta l'incontro perfetto tra tradizione e progresso.

Torino è inoltre conosciuta come la città del cinema e dei cinema. Da non dimenticare, il **Teatro Stabile**, cui si affianca il celeberrimo **Teatro Regio**.

Capitale dell'Industria, terra del Risorgimento, città d'arte e antica capitale sabauda: **ecco Torino**, Torino da vedere, ma anche Torino da gustare!!!

Molte sono le **specialità culinarie** che questa splendida città offre. I piatti tipici sono sostanziosi e particolarmente elaborati. La varietà di pietanze che la cucina tradizionale piemontese offre al mondo, è dovuta al fatto che la più umile **tradizione contadina** è stata **arricchita di sapori ed ingredienti nobili**, nel tempo in cui la famiglia reale dei Savoia si è stabilita in città.

Gli ingredienti raffinati più utilizzati sono il **cioccolato**, **le nocciole**, **il marsala** (per lo zabaione), **tartufo** e soprattutto la **carne**. È famosa quella **di fassone**, protagonista di molti gustosi piatti.

E' in questa città dove storia, bellezza, cultura e passione si mescolano e potenziano a vicenda che l'**Anote/Anigea** vorrebbe trovare nuova energia per tracciare nuovi percorsi e raggiungere nuove stimolanti mete.

E' a **Torino**, in concomitanza con l'ultimo corso itinerante sul reprocessing, che abbiamo avuto la **conferma** dal **Ministero della Sanità** di essere entrati **nella rosa delle Società Scientifiche**, è a **Torino** che avremo il **primo Congresso Nazionale** come **Società Scientifica**

E' in questo luogo in continuo mutamento come fu descritto nelle varie epoche, che l'**Anote/Anigea** ha voluto guardare al suo passato per ripartire rinnovata e più forte e determinata verso il futuro.

Abbiamo voluto contemporaneamente dare una **veste nuova al Congresso**, anche sotto il **profilo etico**, scegliendo una location piacevole, ma che avesse significato anche oltre alle esigenze congressuali.

Eccoci quindi **all'Arsenale della Pace di Torino**, seguendo una delle basi del pensiero che ha guidato **Ernesto Olivero** in questa avventura: **"la gioia della restituzione"**, noi che abbiamo avuto tanto riteniamo giusto donare ai meno fortunati qualcosa.

L'Arsenale è la sede del **Sermig (servizio missionario giovani)** fondato da Ernesto nel 1964 quando un gruppo di giovani scoprirono di avere un **sogno in comune**: combattere la fame nel mondo tramite opere di giustizia, promuovendo lo sviluppo e praticando la solidarietà verso i più poveri.

Oggi si contano **tre arsenali** a **Torino**, in **Brasile** e in **Giordania**, **3400 progetti di sviluppo**, **14 milioni di giovani incontrati**, **5700 volontari**.

Anche noi abbiamo voluto far parte di quel "Sogno".

Ci siamo dunque allontanati dal classico Congresso a cui eravamo solitamente abituati per addentrarci su nuove strade e aprire lo sguardo a nuovi orizzonti e nuove prospettive.

Toccheremo anche quest'anno argomenti legati alla **Legge Gelli-Bianco**, evidenziando il **rapporto tra privacy e rischio clinico** con la disanima delle prime sentenze . **Ci chiederemo cosa non fare o fare per evitare implicazioni legali**.

Potrete provare in sale dedicate le **procedure del reprocessing**, guidati da personale preparato e disponibile a chiarire ogni dubbio.

Abbiamo pensato di continuare, dopo i vostri riscontri positivi dello scorso anno, con una sezione **Live Case** di percorsi assistenziali e trattamenti endoscopici in collegamento **streaming** con il commento in aula di Infermieri e Medici esperti.

Ci siamo sempre più resi conto che la professione infermieristica è una delle professioni maggiormente associate ad un intenso **lavoro emozionale**, è per questo che ci addentreremo a valutare come **supportare** tali aspetti anche grazie al **potenziamento della resilienza nostra**

e dei pazienti, grazie all'utilizzo di **tecniche relazionali come la comunicazione ipnotica**, non dimenticando mai che il nostro **primo alleato** in questa avventura è **il paziente**.

Lanceremo lo sguardo verso il **futuro della formazione infermieristica** con l'aiuto di Barbara Mangiacavalli e proveremo ad immaginare le **competenze avanzate** specifiche rispetto al nostro settore e a dove ci porteranno.

Verranno illustrate le più **moderne ed innovative tecniche interventistiche e conquiste tecnologiche**, sempre con l'occhio attento verso problemi legati al **controllo della diffusione dei microorganismi multi resistenti** e all'alta disinfezione degli endoscopi.

Ci chiederemo se oggi il **processo assistenziale si adatta alla persona** e in che modo; proveremo a misurare i **carichi di lavoro** per adattare il numero e la qualità del personale ai bisogni dei nostri pazienti.

E domandandoci se il **pensiero scientifico è amico o nemico**, ci renderemo conto che tutto è migliorabile grazie all'applicazione delle **buone pratiche**, lavorando in modo transdisciplinare per costruire **nuove linee guida multi societarie**, con un occhio all'**accreditamento** nelle sue varie forme, alla **ricerca** e al **punto di vista Europeo**.

Vedrete ... sarà una festa, fatta di condivisione, ma anche di contenuti da riportare a casa per ripartire con nuovo entusiasmo. Speriamo di avervi incuriosito, in modo di vedervi numerosi a Torino , magari per gustarci tutti insieme un buon BICERIN!!!!!!!!!!

Vi aspettiamo per arricchirci insieme.

Cinzia Rivara

Daniela Carretto

Alessandra Guarini





29° CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA



TORINO / ARSENALE DELLA PACE <SERMIG> / 24/26 MAGGIO 2019

Programma preliminare

VENERDI' 24 maggio

- 12:00 RegISTRAZIONI partecipanti
- 13:00 Brunch di benvenuto
- 14:00 **SESSIONE INTERATTIVA** con collegamento LIVE da n.2 Sale Endoscopiche
 Presidente: *G. Iori*
 Moderatori: *G. Petrocelli, E. Rossetti*
- 16:00 Legge Gelli-Bianco, privacy e rischio clinico: disanima delle prime sentenze. Cosa non fare o fare per evitare implicazioni legali
S. Masato, M. Parla, F. Venneri
- 18:30 Chiusura dei lavori della prima giornata

SABATO 25 maggio

- 08:30 Saluti istituzionali
- 09:00 LETTURA MAGISTRALE
 Sostenibilità del sistema sanitario nazionale
J. Polimeni

1^ SESSIONE: L'INNOVAZIONE APPLICATA ALLA COMUNICAZIONE E ALLA RELAZIONE

- Presidente: *M.C. Parodi*
 Moderatori: *A. Di Gemma, M.A. Schirru*
- 09:30 Supportare la resilienza: metodiche e sostegno emozionale
P. Ferraris
- 10:00 Un possibile approccio al paziente: la comunicazione ipnotica
M. Muro
- 10:30 Un alleato importante: il paziente (Associazione AMICI Onlus)
S. Leone



Segreteria Nazionale
 ANOTE/ANIGEA
www.anoteanigea.it
info@anoteanigea.it

29° CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA



TORINO / ARSENALE DELLA PACE <SERMIG> / 24/26 MAGGIO 2019

2ª SESSIONE: "L'EDUCAZIONE E' L'ARMA PIU' IMPORTANTE PER CAMBIARE IL MONDO" (cit. Nelson Mandela) COME VOGLIAMO CAMBIARE?

Presidente: A. Giaquinto

Moderatori: T. Iannone, A. Minenna

- 11:15 Il futuro della formazione infermieristica
B. Mangiacavalli
- 11:45 Tracciare le competenze per dipingere la formazione specialistica
D. Carretto
- 12:15 Le buone pratiche: Regione Piemonte
S. Bagnato
- 13:00 Pausa Pranzo
- 14:00 LETTURA MAGISTRALE
Analisi degli eventi avversi in sala endoscopica
P. Burga

3ª SESSIONE: PROGETTARE NUOVE ALTERNATIVE

Presidente: M. Valdinoci

Moderatori: D. Cordoli, M. Grassini

- 14:30 Nuove frontiere sulle lava disinfettatrici
F. Grilli
- 14:50 Endofaster, l'evoluzione
A. Di Franco
- 15:10 Rilevazione residui organici e tracciabilità
M. Obert
- 15:30 Controllo della diffusione dei microrganismi multi resistenti: pluriuso vs monouso
B. Casini
- 15:50 Progetto Preparazione Intestinale
R. Mattioli
- 16:15 Il processo assistenziale si adatta alla persona: il paziente portatore di patologie pancreatiche
B. Colombo
- 17:00 Istruzione Operativa sui carichi di lavoro in endoscopia
G. Beorchia
- 17:30 Assemblea dei soci ed elezioni
- 20:30 Nomina Soci onorari e a seguire Cena Sociale



Segreteria Nazionale
ANOTE/ANIGEA
www.anoteanigea.it
info@anoteanigea.it

SESSIONI PARALLELE

09:00 – 17:00 HANDS-ON REPROCESSING
HANDS-ON SU MODELLI ISOLATI

29° CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA



TORINO / ARSENALE DELLA PACE <SERMIG> / 24/26 MAGGIO 2019

Domenica 26 maggio

08.30 SESSIONE Round Poster

**4ª SESSIONE: "E' DAI BISOGNI E DALLE NECESSITA' CHE DEVE PARTIRE LA RICERCA" (cit. Massaru Ibuka).
RICERCA, LINEE GUIDA E/O EVIDENZE SCIENTIFICHE**

Presidente: *E. Battaglia*

Moderatori: *A. Guarini, D. D' Angelo*

09.00 LETTURA MAGISTRALE

Il pensiero scientifico: amico o nemico?

M. A. Schirru

09.30 L' infermiere tra ricerca clinica e ricerca infermieristica: ruolo, conduzione e prospettive

V. Mora, D. Napolitano, L. Turchini

10.00 Quale accreditamento per farsi riconoscere, abbattere il rischio e sostenere la qualità?

M. Capelli

10.30 Position statement europeo ESGENA 2019

J. Tillett

11.30 Vi presentiamo le nuove linee guida Italiane

C. Rivara

12.00 TAVOLA ROTONDA

Discussione linee guida: il parere delle Società Scientifiche

L. Bandettini, B. Casini, G. Finzi, A. Inglese, L. Leogrande, A. Pan, L. Pasquale, V. Poletti, C. Rivara, A. Zullo

13.30 Chiusura dei lavori

29° CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA



TORINO / ARSENALE DELLA PACE <SERMIG> / 24/26 MAGGIO 2019

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 inviarla, unitamente alla copia del bonifico, tramite e-mail a mbertacaputo@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. _____ P.IVA _____ C.U. _____

ISCRIZIONE

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> SOCIO ANOTE/ANIGEA in regola con la quota associativa anno 2019 | € 185,00 |
| <input type="checkbox"/> SOCIO ANOTE/ANIGEA non in regola con la quota associativa anno 2019 | € 215,00 |
| <input type="checkbox"/> NON SOCIO ANOTE/ANIGEA | € 260,00 |
| <input type="checkbox"/> MEDICO CHIRURGO | € 260,00 |

La quota d'iscrizione comprende: iscrizione all'associazione ANOTE/ANIGEA per l'anno 2019 per i soci non in regola con la quota associativa anno 2019 e per i non soci, kit congressuale, attestato di partecipazione, crediti formativi ECM, coffee break, welcome buffet, working lunch, cena sociale.

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) – solo ISCRIZIONE HANDS-ON REPROCESSING 25 MAGGIO | GRATUITA |
| <input type="checkbox"/> OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS) – quota ristorazione comprensiva di coffee break, lunch, cena sociale | € 70,00 |

ADESIONE CORSI PRATICI (Nota bene: E' PREFERIBILE, IN FASE DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO, LA PRENOTAZIONE PER PARTECIPARVI)

Selezionare uno solo fra i 2 corsi proposti (a numero chiuso)

- HANDS – ON DEVICES
 HANDS – ON REPROCESSING

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Hotel 4 stelle	<input type="checkbox"/> Camera Doppia Uso Singola	€ 159,00
	<input type="checkbox"/> Camera Doppia condivisa con Sig. _____	€ 185,00

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	€ _____
	Tassa di soggiorno € 3,70 x _____ notti x _____ 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 00000820543

con la seguente causale: Cognome e Nome - Iscrizione e Prenotazione alberghiera 29° 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 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 _____



29° CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA



TORINO / ARSENALE DELLA PACE <SERMIG> / 24/26 MAGGIO 2019

SESSIONE POSTER

Per partecipare alla sessione poster bisogna inviare, tramite e-mail all'indirizzo info@anoteanigea.it entro il 28 aprile 2019, l'abstract relativo al progetto che si intende presentare in formato word e specificando:

- il nome del primo Autore
- il nome dei coautori
- la sede in cui la ricerca è stata svolta
- il tema e gli obiettivi cui il poster si riferisce
- la bibliografia.

Ogni Socio potrà presentare un solo poster a titolo personale.

Per presentare un poster è necessario che almeno uno degli autori sia socio ANOTE/ANIGEA in regola con il pagamento della quota associativa anno 2019 e regolarmente iscritto al congresso.

La Segreteria Organizzativa provvederà a notificare l'accettazione o il rifiuto del poster inviato, entro il 10 maggio 2019.

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

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

I PDTA SCENDONO IN CAMPO: PROIEZIONE FILMATO SULL'APPLICAZIONE DI UN PDTA DALLA PRESA IN CARICO ALLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Dott.ssa Francesca Maria Onidi

Ibd nurse, Azienda Ospedaliera Brotzu-Cagliari
Referente ANOTE-ANIGEA regione Sardegna

«L'assistenza è un'arte e se dev'essere realizzata come un'arte, richiede una devozione totale ed una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore; con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano il tempio dello spirito di Dio. È una delle Belle Arti, anzi, la più bella».

Florence Nightingale

Citando Florence Nightingale, si ricorda che l'assistenza è un'arte che racchiude in sé numerose rappresentazioni come il teatro, la fotografia, la scultura, il cinema, come "filosofica" della realtà. Il "montaggio" della pellicola è una vera e propria forma d'arte e rappresenta lo strumento attraverso il quale il regista trasmette la sua visione della realtà.

"I PDTA scendono in campo: proiezione filmato sull'applicazione di un PDTA dalla presa in carico alla continuità assistenziale". Un progetto nuovo per quanto riguarda le malattie infiammatorie croniche intestinali, presentato al 28° congresso ANOTE ANIGEA a Montesilvano. Attraverso la collaborazione di più professionisti sanitari si è cercato di rendere visibile, attraverso la realizzazione di un video, il percorso di cura del paziente con Malattia di Crohn o Rettocolite Ulcerosa.

La Malattia di Crohn (MC) e la Rettocolite ulcerosa (RCU), patologie classificate come IBD, sono patologie croniche caratterizzate da alternanza di periodi di attività e di quiescenza. Si esprimono solitamente con dolore addominale, aumento del numero di evacuazioni spesso muco ematiche, anemizzazione, incontinenza. Per tali ragioni le MICI risultano essere estremamente invalidanti per il paziente, la cui qualità di vita viene significativamente compromessa. Da qui l'esigenza di pensare degli interventi diagnostici e terapeutici efficaci nel trattamento di queste patologie. D'altra parte, per poter quantificare l'impatto economico del problema e pianificare l'allocazione delle risorse, è necessario avere una stima numerica di queste patologie, conoscerne cioè l'incidenza e la prevalenza. L'incidenza di queste

patologie è in aumento in tutto il mondo, si calcola che ci siano tra le 150.000 e le 200.000 persone affette da IBD e sono in aumento in Paesi che stanno modificando lo stile di vita in modo più occidentale. A oggi in Italia la mancanza di un registro nazionale ci impedisce di conoscere il numero preciso di pazienti che si ammalano ogni anno di IBD.

Le MICI influenzano in modo drammatico la qualità di vita. La cronicità della malattia, le riaccensioni, le ospedalizzazioni, gli eventuali interventi chirurgici, l'aumentato rischio rispetto alla popolazione sana di sviluppare una neoplasia, sono fattori che peggiorano la qualità di vita per i malati di IBD non solo nei momenti di attività di malattia ma anche durante la fase di remissione. La qualità della vita è influenzata anche da manifestazioni che per il medico possono essere poco rilevanti e indice di una malattia lieve, ma sono invalidanti dal punto di vista sociale per il paziente.

Inoltre, questi pazienti sono maggiormente inclini alla depressione e all'isolamento. Purtroppo la sfera psicologica influenza anche la vita affettiva e di relazione: circa il 40% dei pazienti evita le relazioni, il 20% interrompe la relazione con il partner. Tutto questo si traduce in un maggiore costo sociale: manca innanzitutto la percezione da parte della società che queste malattie sono a carattere cronico, e che richiedono visite mediche, esami del sangue e strumentali, somministrazioni di terapie in ambiente ospedaliero.

L'impatto della patologia cronica è poi direttamente proporzionale all'entità del ritardo diagnostico (IMPACT, IBD2020). Questi ritardi nel raggiungere una diagnosi si riflettono nella vita sociale e lavorativa del paziente, ad esempio causando maggiori assenze dal lavoro.

Per tutti questi motivi nel patto della salute è stato inserito un Piano della cronicità che promuove un Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale" (PDTA), un piano interdisciplinare (multiprofessionale) di cura, creato per rispondere alla crescente complessità dei bisogni di cura dei cittadini, nonché uno strumento di gestione clinica ed aziendale/organizzativa utilizzato dall'azienda sanitaria che ha in carico il paziente, per individuare la miglior sequenza di azioni rivolte alla cura di una specifica patologia.

Il PDTA inteso come "una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica

situazione patologica". Percorsi di natura interfunzionale, multidisciplinare, intra ed extra ospedalieri, che fanno dei PDTA un banco di prova perfetto per misurare l'effettivo supporto dell'informatizzazione ai processi organizzativi aziendali e alle attività assistenziali al paziente.

Il progetto video dal titolo "Pathway of IBD", con lo scopo di rendere visibile il percorso diagnostico terapeutico, ha cercato di mostrare la presa in carico del paziente, dalla comparsa dei primi sintomi, al ricovero, al follow-up condiviso con il medico di medicina generale e lo specialista per le MICI. Percorso di cura che si sviluppa grazie alla multidisciplinarietà, creando così un maggior empowerment ed engagement nel paziente.

Per la realizzazione del video si ringrazia l'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari, Dott. Giammarco Mocci e Susanna Martello.

ESSERE O NON ESSERE: IDENTITÀ DI GENERE, DI META, IDENTITÀ INFERMIERISTICA IL COUNSELING COME RISORSA

A. Infante
(RM)

Eccomi, di nuovo, al convegno per gli infermieri di endoscopia, sono contenta per questo ultimo invito: parlare di identità.

Ogni persona è una miscela unica di caratteristiche e ha una storia del proprio vissuto, il cui senso è la vita.

Ognuno di noi vive e costruisce un racconto e questo racconto è la nostra identità.

Abbiamo molte identità, esse possono sovrapporsi e, a volte, entrare in conflitto, ma siamo sempre NOI.

Come si formano le nostre identità? Subiamo l'influenza biologica, l'influenza dell'ambiente, familiare, sociale, geografico e poi c'è la nostra esperienza personale.

Alcune cose le regala la nascita, il colore della pelle, ad esempio, il sesso biologico, altre le respiriamo dal contesto in cui veniamo alla luce; e dal giorno della nostra nascita, le nostre identità sono modellate dall'educazione che riceviamo, dai luoghi in cui cresciamo e dallo stato socio economico della nostra famiglia di origine.

Si aggiungono, poi, i tratti caratteriali, le passioni; possiamo costruire e decostruire, modificare le nostre identità, senza dimenticare che esse vengono anche modellate da come gli altri ci vedono.

In questa meravigliosa e sofisticata costruzione LEGO, di cui ogni giorno ci prendiamo cura, dobbiamo sempre ricordare di posizionare "il mattoncino della Consapevolezza", quello che ci permette di costruire oltre i condizionamenti ricevuti in regalo, "il mattoncino della Conoscenza" che ci permette di curiosare tra le bellezze del mondo e "il mattoncino dell'Esperienza che ci permette di sbagliare, ironicamente ridere dei nostri errori, ma ci permette anche di ri-costruire la nostra storia, come la desideriamo.

Conoscere sé stessi e conoscere gli altri, è la sfida della nostra esistenza, ma questo può rimanere solo un "razionale".

Mi piace, però, dare voce alle emozioni che ho provato, mentre illustravo alla platea, interessata e attenta, concetti e nozioni che avrebbero, comunque, trovato su testi illustri...cosa c'è di nuovo in questo speech, che ha come cornice il mare Adriatico?

Posso trovare e ri-trovare me stesso...identità, identità di genere, orientamento sessuale, ruolo personale e professionale... mentre le mie parole fluivano, i volti della platea si interrogavano, si rilassavano, sorridevano, ridevano, si adombravano, ma tutti cercavano nella loro memoria storica quei pezzi di LEGO dimenticati, andati perduti...

Il tempo di ritrovarli, con calma, senza fretta, vivendoli nuovamente, emozionandosi e sono certa che tutto possa, in qualche modo, tornare al proprio posto.

Mai smettere di "giocare con la Lego" per costruire la propria identità e la propria libertà, oltre le nostre naturali resistenze al cambiamento.

Il pensiero transdisciplinare ci aiuta a convivere con la complessità: un approccio diverso in risposta ai bisogni della persona

Daniela Carretto

Consigliere Nazionale ANOTE/ANIGEA
CPSE SOC
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
ASL AT ASTI

Oggigiorno **tutto cambia** intorno a noi con modalità rapide e interdipendenti. Davanti a repentini sviluppi delle comuni modalità di approccio dello svolgimento della vita, non è più possibile affrontare i problemi di qualunque natura attraverso un singolo punto di vista o una sola prospettiva.

Possiamo quindi parlare di **Complessità di Sistema**, concependo il Sistema come aggregato organico e strutturato di parti tra loro interagenti, in base alla quale il comportamento globale del sistema non è immediatamente riconducibile a quello dei singoli costituenti, dipendendo dal modo in cui essi interagiscono (Treccani).

Distinguiamo però complicato e complesso, anche se nella vita di tutti i giorni spesso sono usati quasi come sinonimi. **Complicato** deriva dal latino cum plicum (piega) e quindi presuppone la possibilità di "raddrizzare le pieghe" ossia di spiegare. **Complesso** deriva dal latino cum plexum (intreccio) quindi non spiegabile, ma con la possibilità di essere compreso solo attraverso una visione di sintesi e non attraverso l'analisi dei singoli elementi.

Complicato è lineare, statico, soggettivo; complesso è dinamico, non prevedibile, non lineare, ontologico, è così di natura.

La realtà professionale che viviamo oggi è complessa e dobbiamo accettarla com'è.

Dovendo descrivere un **Sistema Complesso** riporto alcune definizioni:

- Forrester (1968) "un gruppo di elementi che operano insieme per un fine comune".
- Morin (1983) "un'unità globale organizzata di interazioni fra elementi, azioni o individui"

- Gandolfi (2014) "un'entità organica globale organizzata"

Il concetto chiave è che la **relazione** tra gli elementi di un sistema dà rilievo a ciascun elemento del sistema.

La **complessità attiva** si basa sull'atteggiamento esplorativo e la possibilità di fare scelte elementi che caratterizzano la responsabilità professionale.

Il **sistema sanitario è un sistema complesso** che non può essere organizzato dall'esterno, ma si auto organizza.

L'approccio ai problemi all'interno di un sistema complesso come il sanitario può essere di tipo diverso, ad esempio **monodisciplinare** che però non tiene conto dei molteplici punti di vista. Il lavoro del singolo non tiene conto di quello degli altri. E' come se ogni persona si preparasse e consumasse per conto proprio un banchetto, senza neanche sapere l'uno dell'altro.

La **multidisciplinarietà** può essere vista come un banchetto dove varie persone portano piatti diversi, tutti successivamente collocati su un tavolo.

Il risultato è puramente accidentale e molte persone potrebbero aver portato lo stesso piatto, mentre il risultato di altri potrebbe essere del cibo completamente inaspettato per quel banchetto.

Ci sono tutti i presupposti per un **elevato rischio di spreco di risorse e per la mancanza di coerenza**.

In un approccio multidisciplinare, una serie di esperti appartenenti a diverse discipline sono invitati separatamente a approcciarsi al lavoro in cui un problema non viene affrontato a livello globale

I professionisti sono a conoscenza gli uni degli altri, cercano, senza alcuno scambio di informazioni o di riunione, di affrontare tutto il problema utilizzando teorie e metodi delle loro discipline. Il risultato è una serie di valutazioni del problema, senza alcuna interazione sostanziale tra gli esperti e le discipline.

Questa modalità ostacola il raggiungimento di un unico, armonioso risultato al problema assistenziale.

Si ottiene un **grande livello di pareri contraddittori e di discordanza** su:

- oggetto dello studio
- modalità di approccio

-elementi pertinenti

-ecc. D

Il **risultato immediato** si ha in termini di:

-ricchezza di prospettive e varietà di analisi (spreco di energie),

-possibile mancato raggiungimento di proposta operativa coerente.

L'**interdisciplinarietà** invece si può assimilare a un banchetto dove varie persone portano piatti diversi, selezionati in maniera indipendente sapendo ciò che gli altri non stanno portando. Per migliorare la presentazione e il gusto del cibo, tutti i piatti sono interamente o parzialmente combinati all'ultimo minuto per comporre nuove portate. Il risultato dell'insieme sta nel lavoro finale della composizione, che è unicamente finalizzata a **minimizzare gli sprechi e massimizzare la coerenza. L'obiettivo è l'efficienza.**

Gli esperti sono a conoscenza gli uni degli altri, ma sono anche consapevoli del fatto che si stanno concentrando su diversi aspetti del problema. Gli argomenti specifici sono stati già attribuiti a ciascuna disciplina sulla base della definizione tradizionale del suo dominio di conoscenza. Gli esperti scambiano informazioni solo per trovare un accordo finale sul confine in cui ciascuno di essi potrà muoversi.

Una volta che i confini sono fissati, ogni esperto utilizza indiscutibilmente teorie e metodi della disciplina specifica selezionata per affrontare meglio l'argomento. Al termine, il lavoro interdisciplinare conterrà solo una **collezione di pareri delle diverse discipline.**

Tutti questi approcci hanno, come abbiamo visto, vantaggi, ma anche limiti, la domanda è **"come si possono superare tali limiti?"**

E' possibile se riusciamo a stravolgere il nostro modo di pensare basato sulle professioni e quindi sulle singole discipline.

Esiste la possibilità di organizzare un banchetto dove diverse persone hanno deciso collettivamente in anticipo cosa cucinare con gli ingredienti e le competenze disponibili, e portano molti piatti preparati in collaborazione. Nessuno dei presenti può dire a chi appartengono i vari elementi né chi li abbia composti: **il lavoro di squadra deve essere riconosciuto.** Vi è un **uso ottimale delle risorse**, in quanto nessun piatto è utilizzato parzialmente, o

semplicemente rimasto come eccedenza. C'è una concordanza ottimale di gusti, poiché una grande quantità di tempo viene spesa nel concepire in anticipo i vari piatti proprio in virtù della loro fruizione integrata. I **membri del team acquisiscono nuove competenze** attraverso la loro **interazione**. Migliorano la loro **capacità di ascolto** e imparano che possono produrre un **risultato positivo** anche se non sono né in possesso di tutti gli ingredienti e né a conoscenza di tutte le specifiche procedure di cottura.

Questa è un'applicazione della **Transdisciplinarietà**. E' un termine relativamente recente: è apparso per la prima volta in Francia nel 1970 durante una conferenza dello psicologo svizzero **Jean Piaget** durante un seminario internazionale che ha dato questa definizione: "...infine, ci auguriamo di vedere in futuro lo sviluppo delle relazioni interdisciplinari verso uno stadio superiore che potrebbe essere indicato come transdisciplinare, che non dovrà essere limitato a riconoscere le interazioni o le reciprocità attraverso ricerche specializzate, ma che dovrà individuare quei collegamenti all'interno di un sistema totale senza confini stabili tra le discipline stesse".

Il fisico teorico **Basarab Nicolescu** propose però nel 1985 una definizione più dettagliata, evidenziando che la formulazione di Piaget poteva indurre a trasformare la transdisciplinarietà in una superdisciplina, una sorta di sistema chiuso in contraddizione con il suo proprio requisito di instabilità dei confini attraverso le discipline. Nicolescu introdusse il concetto di "oltre le discipline".

La transdisciplinarietà apre lo sguardo ed allarga le prospettive in quanto, per migliorare la comprensione, utilizza concetti che non appartengono a una singola disciplina.

Ervin Laszlo, il noto filosofo della scienza, dichiarata che: "Le discipline nella scienza sono degli artefatti, esse sono astrazioni artificiali. Sono spesso necessarie, ma non sempre rappresentano una limitazione soddisfacente sul numero di osservazioni e il numero di elementi che si considera. Non ci sono confini in natura che corrispondono univocamente con i confini delle discipline."

Alfonso Montuori evidenzia **cinque dimensioni:**

1 L'approccio transdisciplinare è guidato dalla modalità stessa di approccio, piuttosto che dalla disciplina di riferimento.

2 Approccio Trans-paradigmatico, piuttosto che interparadigmatico

3 Pensare con modalità complessa piuttosto che riduttiva. Una modalità di pensiero "complessa" integra e considera le dipendenze e connessioni di ogni specialità.

4 -Integrazione del professionista piuttosto che l'oggettivo isolamento dello stesso.

5 -Indagine creativa piuttosto che riproduttiva. La transdisciplinarietà compone l'intera azione professionale come un processo creativo. Tale approccio professionale struttura il risultato come prodotto creativo che nasce dall'interazione tra professionisti e tra professionisti e paziente.

Calando questo pensiero nel sistema sanitario, possiamo dire che il **gruppo transdisciplinare** è composto necessariamente da **professionisti "altruisti"**, disposti ad accogliere le conoscenze altrui a rinunciare al proprio punto di vista in nome degli obiettivi, a "scendere dalla cattedra" per mettersi allo stesso livello, ad accogliere il punto di vista del paziente che diventa membro effettivo del gruppo di lavoro.

Nel banchetto transdisciplinare interviene la figura del **facilitatore** che **stimola e gestisce le integrazioni e gli scambi** tra i professionisti finalizzandoli al raggiungimento di una **visione comune** che va aldilà della somma delle parti. Il facilitatore deve spingere il gruppo a superare le tradizionali modalità di pensiero focalizzate sull'analisi che separa il problema in diverse specifiche discipline, predisponendolo a una **visione esterna alla singola professionalità che permetta una risposta collettiva**.

Il facilitatore deve possedere tutte quelle **abilità cognitive, comportamentali e interpersonali** che non sono specifiche dell'expertise tecnica di una professione, ma sono ugualmente importanti ai fini della riuscita delle pratiche operative, definite **Non Technical Skills**.

In letteratura ne vengono descritte /:

Consapevolezza situazionale: capacità di raccogliere le informazioni e di interpretarle correttamente.
Decision-making: capacità di adeguata definizione dei problemi, di considerare le diverse opzioni e di selezionare ed implementare queste ultime.
Comunicazione: capacità che comporta l'invio e lo scambio di informazioni chiare e concise, la ricezione di

tali informazioni, l'ascolto e l'identificazione di quelle che possono essere le "barriere" del processo comunicativo.

Teamwork: si caratterizza per la capacità di supportare i colleghi, di risolvere i possibili conflitti, di scambiare informazioni e di coordinare le diverse attività.
Leadership: fa riferimento ad un ottimale utilizzo dell'autorevolezza, alla pianificazione e definizione delle priorità, alla gestione dei carichi di lavoro e delle risorse.

Gestione dello stress: capacità di identificare correttamente gli eventuali sintomi dello stress, di riconoscere i suoi effetti e di implementare le più efficaci strategie di coping.
Capacità di fronteggiare la fatica: in maniera correlata alla competenza precedente, prevede l'identificazione dei sintomi della fatica, il riconoscimento dei sintomi di quest'ultima e l'implementazione di strategie di coping.

Le **modalità di azione del facilitatore** devono essere:

Ascolto attivo - deve saper ascoltare senza pregiudizi e idee preconcepite e concentrarsi sui suoi interlocutori. La capacità di ascolto è correlata con il principio dell'autorealizzazione.

Ispirare fiducia - una difficoltà è la resistenza e la diffidenza del professionista rispetto ad una metodologia consulenziale sostanzialmente nuova. Il facilitatore deve essere in grado di abbattere tali resistenze ed instaurare una relazione basata sulla fiducia.

Supporto - il facilitatore "accompagna" i professionisti fornendo indicazioni e sostegno costante.

Chiarezza degli obiettivi - i risultati devono essere tangibili. Solo dopo aver messo a fuoco la situazione di partenza e quella di arrivo, gli obiettivi diventano chiari.

Chiarezza espositiva - il facilitatore non può essere generico o inconcludente; è fondamentale la chiarezza comunicativa per evitare la confusione dei professionisti, per aiutarli a sfruttare le proprie risorse intrinseche nella risoluzione dei problemi e nel raggiungimento degli obiettivi finali.

Motivazione - i professionisti, tramite l'aiuto del facilitatore, devono porsi sempre nuovi traguardi, anche intermedi, in tal modo saranno continuamente stimolati nella risoluzione del problema complessivo.

Molte sono quindi le competenze trasversali che devono appartenere al facilitatore:

Abilità interpersonali. Nessuno è un'isola: bisogna saper interagire, ascoltare, ispirare a partecipare, mitigare i conflitti.

Affidabilità. Sotto il cappello dell'affidabilità possiamo inserire un gran numero di qualità "umane". L'onestà, l'integrità, la puntualità, ecc.

Abilità di ricerca. Trovare e guidare nel trovare rapidamente l'informazione che serve è oggi importante tanto quanto possederla in primo luogo. Parte integrante di questa soft skill fondamentale è anche la capacità di distinguere le fonti attendibili da quelle meno affidabili.

Time management. Saper gestire il tempo a disposizione e assegnare le giuste priorità è diventata una competenza trasversale fondamentale.

Formazione permanente. Organizzare corsi di formazione se necessari, soprattutto se organizzati in maniera interattiva.

Organizzazione. Essere organizzati e spingere gli altri in tal senso, è un metodo di lavoro che ci porta a non dimenticare di continuo impegni, progetti, appuntamenti. Flessibilità. In un mondo del lavoro mutevole come l'attuale, bisogna avere la capacità di adattarsi a novità e cambiamenti senza perdere la bussola.

Capacità di analisi. Guidare un gruppo a risolvere un problema capendone a fondo la natura, le sfaccettature e le implicazioni. Occorre saper pensare in modo logico individuando le relazioni di causa ed effetto.

Problem solving. Strettamente correlato alla competenza trasversale precedente, il problem solving è quella capacità che ci consente di studiare e trovare la soluzione a un problema tutte le volte in cui ci si para davanti un "ostacolo". Esiste forse un lavoro che non ci proponga, più o meno di frequente, nuove "sfide" da risolvere?

Multitasking. Considerata una capacità spiccatamente femminile – anche se nessuna ricerca ha ancora prodotto dati sostanziali a sostegno di questa tesi – il multitasking è una competenza trasversale che ci consente di svolgere più di un'azione, o attività, nello stesso momento.

Capacità di decisione. Di fronte a una più o meno vasta gamma di possibilità, è possibile rimanere paralizzati dall'indecisione. Chi possiede questa qualità è in grado di guidare il gruppo nel valutare pro e contro di ogni alternativa, prevederne gli esiti e scegliere quella più consona agli obiettivi.

Tenacia. Chi ha tenacia e costanza nel proprio lavoro è capace di sopperire a lacune in altre competenze, sia di tipo tecnico che di tipo trasversale.

Passione ed entusiasmo. Chi mette in campo passione in quello che fa non solo lavora meglio, ma ha un effetto benefico sul clima e sull'impegno dei colleghi, che vengono contagiati dal suo entusiasmo.

Creatività. Chi è creativo è anche capace di trovare nuove soluzioni a vecchi problemi, invece di seguire modalità di lavoro che potrebbero essere divenute obsolete.

Rispetto ed empatia. In un ambiente di lavoro "transdisciplinare" bisogna avere rispetto per tutti, sapersi mettere nei panni dell'altro e trovare punti di contatto e di dialogo.

Professionalità. Il vero professionista si comporta in maniera matura e responsabile in ogni contesto e situazione e non perde mai la bussola anche di fronte a situazioni difficili.

Motivazione personale. Un facilitatore deve essere sempre pronto a spingere il gruppo a dare il massimo e a prendere l'iniziativa laddove necessario.

E' quindi evidente che, secondo questo **approccio transdisciplinare**, nessuna professione deve avere un ruolo egemonico sulle altre. Occorre concentrarsi sulle **tipologie delle connessioni** non considerate precedentemente. I vari attori dovranno comunicare fra loro, **attraversando il confine radicato** delle proprie discipline attraverso lo scambio di idee e di **diverse prospettive di osservazione**.

Le persone si trasformano in una **squadra**. La transdisciplinarietà è intesa non solo come integrazione di conoscenze su un oggetto considerato, ma soprattutto come **assimilazione reciproca di conoscenza** tra i soggetti che collaborano. Come in un'**orchestra**, ognuno suona una parte dello spartito facendo uso dei vari suggerimenti ricevuti dai colleghi e, insieme a loro, cerca di trasmettere **consonanza e armonia in una sinfonia**.

Nella valutazione transdisciplinare il **facilitatore** rappresenta il coach della squadra, come il direttore d'orchestra cura il coordinamento dei musicisti per ottenere l'armonia della sinfonia.

Come dice la parola stessa, **la transdisciplinarietà si situa al limite stesso di una singola disciplina.**

Le discipline non sono dei corpi di saperi conclusi e definiti in se stessi, nascono, si sviluppano e muoiono come qualsiasi altra cosa.

Alcune discipline si dissolvono, altre nascono. Quando discipline diverse e distinte si aggregano e si integrano in un **nuovo sistema di quadri concettuali e di saperi** fino a perdere l'originaria identità ed a crearne una nuova, si ha la **Trandisciplinarietà.**

Ecco allora che nasce un **nuovo modello di assistenza alla persona**, dove il **paziente è parte integrante e attivo del gruppo transdisciplinare.** Condivide ragionamenti e decisioni riguardanti il suo caso e fa scelte.

Il gruppo transdisciplinare lavora considerando la **mission** che si dà, fa un'attenta valutazione dei **bisogni** del paziente, **pianifica e gestisce** l'assistenza e la cura, **valuta e agisce** sempre in base a **procedure condivise**, derivanti da evidenze di letteratura.

Valorizza l'esperienza di ognuno, indipendentemente dal ruolo rivestito e dal livello gerarchico. Evidenzia i **bisogni formativi** e si adopera perché venga predisposta una **formazione comune a tutti i professionisti** interessati, dove ogni figura impara condividendo esperienze e conoscenze.

Questo **modello** presuppone che un professionista assuma il ruolo di **gestore del singolo caso** diventando la figura di riferimento per il paziente, i familiari e altri operatori sanitari con la funzione di spiegare il percorso, garantirne e coordinarne l'applicazione, aiutare a superare i punti critici, come avviene per il Case Management, ma in questo modello è **molto più spinta l'interazione** con gli altri professionisti e con la **persona** nella **valutazione del caso** e nella **presa di decisioni.**

Il gestore del caso può essere di volta in volta un infermiere, un medico o altro professionista sanitario a seconda di quali sono i bisogni più rilevante della persona.

Il **facilitatore** ha un ruolo fondamentale di **coordinamento dei vari professionisti** e può essere un **infermiere** o altra figura.

Sicuramente l'**infermiere** per storia e per formazione raccoglie durante la sua vita scolastica e professionale, all'interno del suo bagaglio molte **competenze trasversali** che lo rendono uno dei professionisti che meglio può rispondere alle caratteristiche proprie di questo ruolo.

IL RUOLO DELL'ENDOSCOPIA NELLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

Roberto Lorenzetti

INTRODUZIONE

Nelle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) l'endoscopia svolge un ruolo fondamentale che si esplica in tutte le fasi della gestione di queste malattie. L'esame endoscopico, infatti, integrato dalla valutazione istologica, interviene nella diagnosi di malattia, nella diagnosi differenziale tra Colite Ulcerosa (CU) e Malattia di Crohn (MC) e nella diagnosi differenziale con altre forme di coliti infiammatorie. Consente una valutazione dell'estensione di malattia, del suo grado di severità e l'accertamento e il follow-up della recidiva della MC dopo resezione chirurgica, ove la individuazione di lesioni endoscopiche svolge un importante ruolo prognostico. E' un elemento essenziale nella sorveglianza oncologica nella CU e nella MC a localizzazione colica e permette il trattamento delle stenosi della MC, in particolare quelle di anastomosi chirurgiche. In epoca recente, inoltre, il ruolo dell'endoscopia nelle MICI ha assunto una crescente importanza in seguito all'assunzione di un nuovo criterio di valutazione del risultato terapeutico, non più basato soltanto sulla risposta clinica ma anche sulla risposta anatomica rilevata attraverso l'esame endoscopico. Un altro aspetto emergente dell'endoscopia nelle MICI è legato al ruolo prognostico che possono rivestire i quadri endoscopici al momento della diagnosi. L'individuazione di lesioni severe al primo esame endoscopico implica un più alto rischio di un successivo decorso sfavorevole di malattia e questo può condizionare in maniera significativa l'approccio terapeutico.

DIAGNOSI E DIAGNOSI DIFFERENZIALI

In accordo alle linee guida della "European Crohn's and Colitis Organisation" (ECCO), l'effettuazione precoce di una ileocolonscopia rappresenta il metodo strumentale preferito per la diagnosi di malattia (1). L'esplorazione endoscopica di tutto il colon e di un tratto di ileo terminale consente, nella quasi totalità dei casi, di porre una diagnosi di MICI grazie anche alla possibilità di effettuare prelievi biotipici della mucosa. Il primo aspetto che va analizzato, in particolare in un paziente all'esordio clinico di una sintomatologia

suggestiva di MICI, è la diagnosi differenziale con altre forme di coliti infiammatorie. Va innanzitutto sottolineato che, in pazienti con diarrea muco-ematica, circa il 40% dei casi ha un'origine infettiva con quadri endoscopici che, ad esempio nel caso di una colite da Salmonella, da Shigella o Campylobacter, possono essere molto simili a quelli della CU, o nel caso di una ileite acuta da Yersinia, assimilabili a una localizzazione ileale di MC (2). Altre condizioni che possono configurare quadri endoscopici simili a quelli delle MICI sono la colite ischemica (3) o la colite segmentaria associata a diverticoli (4). Un cenno particolare merita la diagnosi differenziale con la localizzazione colica della tubercolosi, in particolare nelle aree geografiche a elevata prevalenza di questa patologia (5). In tutti questi casi il quadro clinico generale, gli esami batteriologici e l'esame istologico concorreranno in maniera definitiva alla diagnosi. Un altro aspetto importante dell'esame endoscopico all'esordio della sintomatologia clinica è la diagnosi differenziale tra CU e MC a esclusiva localizzazione colica. Questa distinzione può essere di importanza fondamentale nel caso si configuri la necessità di intervento chirurgico; infatti, quello che è l'intervento di scelta nella CU, la proctocolectomia totale con anastomosi ileo-anale e pouch ileale, è di fatto una controindicazione assoluta nella MC. Classicamente vengono indicati nel coinvolgimento del retto e nell'interessamento infiammatorio continuo due aspetti distintivi della CU, mentre la MC avrebbe nel risparmio del retto e in un interessamento discontinuo e segmentario la sua caratteristica principale (6) (Figura 1). Sappiamo, tuttavia, che soprattutto in età pediatrica, questi paradigmi non vengono sempre rispettati osservandosi nella CU risparmio del retto dal 3 al 30% dei casi, interessamento segmentario fino al 15% dei casi e interessamento dell'ileo distale, la cosiddetta "back wash ileitis" nel 10-15% delle coliti totali (7). Per tali motivi mediamente nel 6% dei casi, in età adulta, e in circa il 13% in età pediatria, non si ottiene una diagnosi differenziale tra le due malattie e il quadro viene definito "colite non classificata". Tuttavia, uno studio prospettico condotto su una coorte Norvegese ha dimostrato che nell'arco di 5 anni oltre i 2/3 dei pazienti vengono correttamente riclassificati, questo grazie all'aiuto fondamentale di una valutazione istologica adeguata (8). In anni recenti è emerso un ruolo prognostico della endoscopia nelle MICI al momento della diagnosi; in dettaglio, rilevare lesioni classificabili come "severe" (in particolare ulcere

profonde) al primo esame endoscopico implica un rischio elevato di un successivo decorso sfavorevole di malattia (Figura 2>, soprattutto in termini di rischio di intervento chirurgico, sia nella CU (9) che nella MC (10). Pertanto, partendo da questi presupposti sempre più spesso, e grazie alla disponibilità di farmaci che potrebbero incidere sulla storia naturale della malattia, si sta affermando la tendenza a ritagliare l'approccio terapeutico proprio in base alla severità delle lesioni evidenziate dall'esame endoscopico.

FOLLOW-UP E VALUTAZIONE DEL RISULTATO TERAPEUTICO

Negli anni più recenti, dopo l'introduzione nell'armamentario terapeutico dei farmaci biologici, il ruolo dell'endoscopia nelle MICI ha assunto una crescente importanza in seguito all'assunzione sempre diffusa di un nuovo criterio di valutazione del risultato terapeutico, non più basato soltanto sulla risposta clinica, cioè miglioramento o risoluzione dei sintomi, ma soprattutto sulla risposta anatomica, cioè miglioramento o risoluzione delle lesioni infiammatorie, valutabile attraverso l'esame endoscopico (Figure 3 e 4). Di fatto, evidenze sempre più consistenti dimostrano che, se si individua e si ottiene come obiettivo del trattamento la guarigione delle lesioni mucose (*mucosal healing*), si può garantire al paziente un più prolungato periodo di remissione, un minor tasso di chirurgia e di ricoveri e una minore necessità di usare steroidi (11). Attualmente, tuttavia, non esiste una definizione validata di *mucosal healing* anche se la tendenza nella maggior parte dei casi è quella di considerare come guarigione mucosale l'assenza di ulcere nella MC e l'assenza di ulcere ed erosioni nella CU (12). La presenza o l'assenza di questi e altri parametri endoscopici trova una sua espressione quantitativa nei vari indici di attività endoscopica che sono stati concepiti nel corso degli anni e usati prevalentemente nei trial clinici e molto meno nella pratica clinica. Di questi il "Mayo Clinic endoscopic subscore" nella CU (13) e il "Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity" (CDEIS) (14) e il "Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease" (SES-CD) (15) per la MC sono quelli di uso più comune. Tuttavia, nonostante la possibilità di utilizzarli per definire quantitativamente il risultato terapeutico a tutt'oggi non sono stati validati valori numerici di questi indici necessari per standardizzare la definizione di guarigione mucosale.

ACCERTAMENTO E FOLLOW-UP DELLA RECIDIVA POST-CHIRURGICA DELLA MALATTIA DI CROHN

L'endoscopia svolge un ruolo chiave nell'accertamento e nella valutazione di severità della recidiva post-chirurgica nella MC. Nel 1990 uno studio realizzato a Lovanio in Belgio ha dimostrato che l'esame endoscopico, effettuato entro 1 anno dall'intervento chirurgico, evidenzia lesioni recidive a livello della anastomosi e dell'ileo anastomizzato in circa l'80% dei pazienti anche molto prima che si manifestino sintomi clinici (16). Sulla base di questi rilievi è stato realizzato un indice, il "Rutgeerts score", mediante il quale è possibile predire in base alla severità delle lesioni rilevate la progressione verso la recidiva sintomatica. Su questo indice, tutt'ora utilizzato, si è basato un recente studio in cui è stato dimostrato che adattare la gestione terapeutica a seconda della severità delle lesioni osservate nell'immediato post-operatorio e nel follow-up successivo può modificare la storia naturale della malattia recidiva ritardandone la progressione (17).

SORVEGLIANZA NELLE COLITE ULCEROSA E NELLA COLITE DI CROHN

La CU e la MC a localizzazione colica presentano un aumentato rischio di sviluppare cancro colo-rettale. Questo rischio che, in base agli studi di popolazione più recenti, appare circa doppio rispetto alla popolazione generale (18), è particolarmente evidente nelle coliti estese, è legato alla durata di malattia ma, in base a recenti osservazioni, soprattutto al carico complessivo di infiammazione nel corso degli anni di malattia (19). Dal momento che la maggior parte dei cancri insorge come evoluzione dalla displasia, individuare precocemente queste lesioni precancerose, e possibilmente asportarle, può comportare una riduzione dell'incidenza di cancro. Pertanto, i pazienti con CU e colite di Crohn devono essere sottoposti a una sorveglianza endoscopica che, secondo le attuali linee guida ECCO (20) e una Consensus di Esperti (21), va iniziata a distanza di 8 anni dall'esordio dei sintomi della malattia e proseguita a intervalli differenti, 1, 3 o 5 anni, a seconda del grado di rischio del singolo paziente (Figura 5). Classicamente la sorveglianza prevedeva un esame endoscopico con strumentazione standard e l'effettuazione *random* di un minimo di 32 biopsie con lo scopo di identificare la displasia nei casi in cui questa non risultasse visibile. Tuttavia, con questa modalità la superficie campionata non supera

l'1 ‰ della superficie colica totale e che per evidenziare un caso di displasia sono necessarie oltre 1000 biopsie. Pertanto, negli anni recenti si è affermato sempre di più l'utilizzo della cromoendoscopia che permette di rendere visibile la displasia in oltre il 90% dei casi e che oggi viene considerato il *gold standard* per la sorveglianza delle coliti infiammatorie (Figura 6). La cromoendoscopia è una tecnica che si basa sull'utilizzo di coloranti chimici non tossici, nel caso specifico il blu di metilene o l'indaco di carminio, e che in tutti gli studi di confronto si è dimostrata superiore alle metodiche tradizionali di sorveglianza (22). Oggi, pertanto, la displasia viene classificata come "visibile", e descritta secondo la Classificazione di Parigi dei polipi sporadici (23), o "invisibile" qualora rilevata su biopsie *random*. Negli anni più recenti il progresso tecnologico ha fatto sì che la capacità di individuare lesioni displastiche sia ancora migliorata con l'utilizzo di endoscopi ad alta definizione (21). Al contrario, l'impiego di tecniche ancora più sofisticate, come NBI, FICE o i-scan (cromoendoscopia virtuale), non si è dimostrato superiore alla cromoendoscopia tradizionale nell'identificazione delle lesioni displastiche pur essendone auspicabile l'impiego in futuro per una significativa riduzione dei tempi di esecuzione delle procedure. L'importanza dell'endoscopia in questo ambito si afferma anche grazie alla possibilità di asportazione curativa delle lesioni evidenziate, che consente di evitare in buona parte dei pazienti l'intervento chirurgico di proctocolectomia totale che altrimenti sarebbe indispensabile.

TRATTAMENTO DELLE STENOSI NELLA MALATTIA DI CROHN

Nella MC la formazione di stenosi costituisce una complicanza comune, in particolare nel sottogruppo di pazienti con fenotipo fibrostenosante, e rappresenta una indicazione frequente all'intervento chirurgico. Questo evento si può verificare nella MC più volte, tanto che circa il 15% dei pazienti può andare incontro anche a un terzo intervento nell'arco di 30 anni di malattia (24), configurando un rischio consistente di "sindrome da intestino corto". Per tale motivo, nel sottogruppo di pazienti a rischio di ripetuti interventi chirurgici per malattia fibrostenosante, può diventare di notevole importanza utilizzare metodiche non chirurgiche che consentano di ritardare quanto più è possibile ulteriori resezioni intestinali. In questo ambito l'endoscopia, con la possibilità di effettuare un

trattamento dilatativo delle stenosi, svolge un ruolo essenziale (1). La dilatazione pneumatica delle stenosi della MC è una tecnica non invasiva che consiste nell'introduzione nella stenosi di un catetere a palloncino del diametro di 12-20 mm attraverso il canale operativo dell'endoscopio, in alcuni casi previa inserzione di filo guida. Successivamente il palloncino viene gonfiato sotto controllo manometrico e tenuto in sede per 1-3 minuti; in alcuni casi la dilatazione viene ripetuta fino a tre volte nella stessa seduta (Figura 7). Questa tecnica, in mani esperte, presenta una fattibilità tecnica di oltre il 90%, garantisce una risposta clinica immediata in circa l'80% dei casi e presenta un tasso di complicanze di poco superiore al 2% (25). Tuttavia, va precisato che non tutte le stenosi della MC risultano efficacemente trattabili con la dilatazione endoscopica; i migliori risultati infatti si ottengono nelle stenosi di lunghezza inferiore ai 4 centimetri e nelle stenosi fibrotiche delle anastomosi post-chirurgiche. Due meta-analisi hanno dimostrato che la dilatazione pneumatica di stenosi di lunghezza < 4 cm è associata a una significativa riduzione del rischio di chirurgia (25, 26). Nell'obiettivo di migliorare ulteriormente l'efficacia della dilatazione recentemente è stata proposta l'iniezione intralesionale di Infliximab riportata in due piccole casistiche con risultati promettenti (27, 28). Un'altra possibilità di terapia endoscopica delle stenosi della MC è il posizionamento di endoprotesi auto-espandibili. Questa metodica, ancora in fase di studio, si è dimostrata efficace in piccole casistiche anche se limitata da una elevata percentuale di migrazione (29).

CONCLUSIONI

L'endoscopia nelle MICI svolge un ruolo chiave che si esplica dalla diagnosi di malattia al trattamento delle complicanze. Di recente ne è stata enfatizzata l'importanza come mezzo per fornire, in base alla severità delle lesioni riscontrate al momento della diagnosi, indicazioni prognostiche sul successivo decorso di malattia che possono condizionare le scelte terapeutiche. Inoltre, la ricerca di obiettivi terapeutici più incisivi del semplice controllo dei sintomi, ha esaltato l'importanza dell'esame endoscopico nella valutazione del risultato terapeutico. Infine, i buoni risultati ottenuti con la dilatazione pneumatica nel trattamento delle stenosi della MC fanno di questa tecnica il punto di riferimento alternativo alla terapia chirurgica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) [Annese V](#), [Daperno M](#), [Rutter MD](#) et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2013;7:982-1018.
- 2) Rameshshanker R, Arebi N. Endoscopy in inflammatory bowel disease when and why. *World J Gastrointest Endosc* 2012; 4: 201-11.
- 3) Zou X, Cao J, Yao Y et al. Endoscopic findings and clinicopathologic characteristics of ischemic colitis: a report of 85 cases. *Dig Dis Sci.* 2009;54:2009-15.
- 4) [Tursi A](#), [Elisei W](#), [Brandimarte G](#) et al. The endoscopic spectrum of segmental colitis associated with diverticulosis. [Colorectal Dis](#) 2010;12:464-70.
- 5) Lee YJ, Yang SK, Byeon JS et al. Analysis of colonoscopic findings in the differential diagnosis between intestinal tuberculosis and Crohn's disease. *Endoscopy* 2006;38:592-7.
- 6) [Pera A](#), [Bellando P](#), [Caldera D](#) et al. Colonoscopy in inflammatory bowel disease. Diagnostic accuracy and proposal of an endoscopic score. [Gastroenterology](#) 1987;92:181-5.
- 7) Levine A, de Bie CI, Turner D et al. Atypical disease phenotypes in pediatric ulcerative colitis: 5-year analyses of the EUROKIDS Registry. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:370-7.
- 8) Henriksen M, Jahnsen J, Lygren I et al. Change of diagnosis during the first five years after onset of inflammatory bowel disease: results of a prospective follow-up study (the IBSEN Study). *Scand J Gastroenterol* 2006;41:1037-43.
- 9) Allez M, Lemann M, Bonnet J et al. Long term outcome of patients with active Crohn's disease exhibiting extensive and deep ulcerations at colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 2002;97:947-53.
- 10) Carbonnel F, Gargouri D, Lémann M et al. Predictive factors of outcome of intensive intravenous treatment for attacks of ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2000;14:273-9.
- 11) Peyrin-Biroulet L, Ferrante M, Magro F et al. Results from the 2nd Scientific Workshop of the ECCO. I: Impact of mucosal healing on the course of inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis.* 2011;5:477-83.
- 12) Feagan BG, Lémann M, Befrits R et al. Recommendations for the treatment of Crohn's disease with tumor necrosis factor antagonists: an expert consensus report. *Inflamm Bowel Dis* 2012;18: 152-60.
- 13) Schroeder KW, Tremaine WJ, Ilstrup DM. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study. *N Engl J Med.* 1987;317:1625-9.
- 14) Mary JY, Modigliani R. Development and validation of an endoscopic index of the severity for Crohn's disease: a prospective multicentre study. *Groupe d'Etudes Thérapeutiques des Affections Inflammatoires du Tube Digestif (GETAID).* *Gut* 1989;30:983-9.
- 15) Daperno M, D'Haens G, Van Assche G et al. Development and validation of a new, simplified endoscopic activity score for Crohn's disease: the SES-CD. *Gastrointest Endosc* 2004;60:505-12.
- 16) Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G et al. Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1990;99:956-63.
- 17) De Cruz P, Kamm MA, Hamilton AL, et al. Crohn's disease management after intestinal resection: a randomised trial. *Lancet* 2015;385:1406-17.
- 18) Lutgens MW, van Oijen MG, van der Heijden GJ et al. Declining risk of colorectal cancer in inflammatory bowel disease: an updated meta-analysis of population-based cohort studies. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:789-99.
- 19) Choi CR, Al Bakir I, Ding NJ et al. Cumulative burden of inflammation predicts colorectal neoplasia risk in ulcerative colitis: a large single-centre study. *Gut* 2017; 0:1–9. doi:10.1136/gutjnl-2017-314190.

20) Magro F, Gionchetti P, Eliakim R et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *J Crohns Colitis* 2017;11:649-670.

21) Laine L, Kaltenbach T, Barkun A et al. SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc* 2015;81:489-501.

22) Soetikno R, Subramanian V, Kaltenbach T et al. The detection of nonpolypoid (flat and depressed) colorectal neoplasms in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2013;144:1349-52.

23) The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. *Gastrointest Endosc* 2003;58(6 Suppl):S3-43.

24) Peyrin-Biroulet L, Harmsen WS, Tremaine WJ et al. Surgery in a population-based cohort of Crohn's disease from Olmsted County, Minnesota (1970-2004). *Am J Gastroenterol* 2012;107: 1693-701.

25) Hassan C, Zullo A, De Francesco V et al. Systematic review: Endoscopic dilatation in Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26:1457-64.

26) Navaneethan U, Lourdasamy V, Njei B et al. Endoscopic balloon dilation in the management of strictures in Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis of non-randomized trials. *Surg Endosc* 2016;30:5434-43.

27) Swaminath A, Lichtiger S. Dilation of colonic strictures by intralesional injection of infliximab in patients with Crohn's colitis. *Inflamm Bowel Dis* 2008;14:213-6.

28) Hendel J, Karstensen JG, Vilmann P. Serial intralesional injections of infliximab in small bowel Crohn's strictures are feasible and might lower inflammation. *United European Gastroenterol J* 2014;2:406-12.

29) Attar A, Maunoury V, Vahedi K et al. Safety and efficacy of extractible self-expandable metal stents in the treatment of Crohn's disease intestinal strictures: a prospective pilot study. *Inflamm Bowel Dis* 2012;18:1849-54.

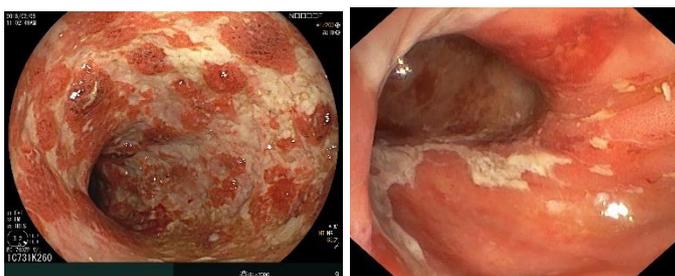


Figura 1. Quadro endoscopico di colite ulcerosa severa (sin) e colite di Crohn moderata (dx).

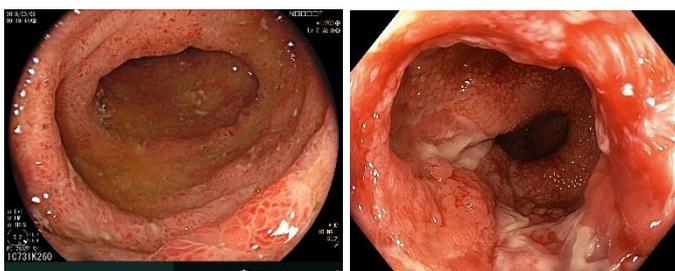


Figura 2. Quadro endoscopico di ileite di Crohn lieve (sin) e severa con ulcere profonde (dx).

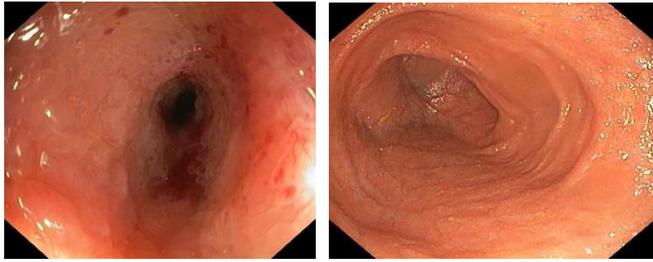


Figura 3. Guarigione mucosale (*mucosal healing*); ileite di Crohn prima (sin) e dopo terapia biologica (dx).



Figura 4. Guarigione mucosale (*mucosal healing*); colite ulcerosa prima (sin) e dopo terapia biologica (dx).

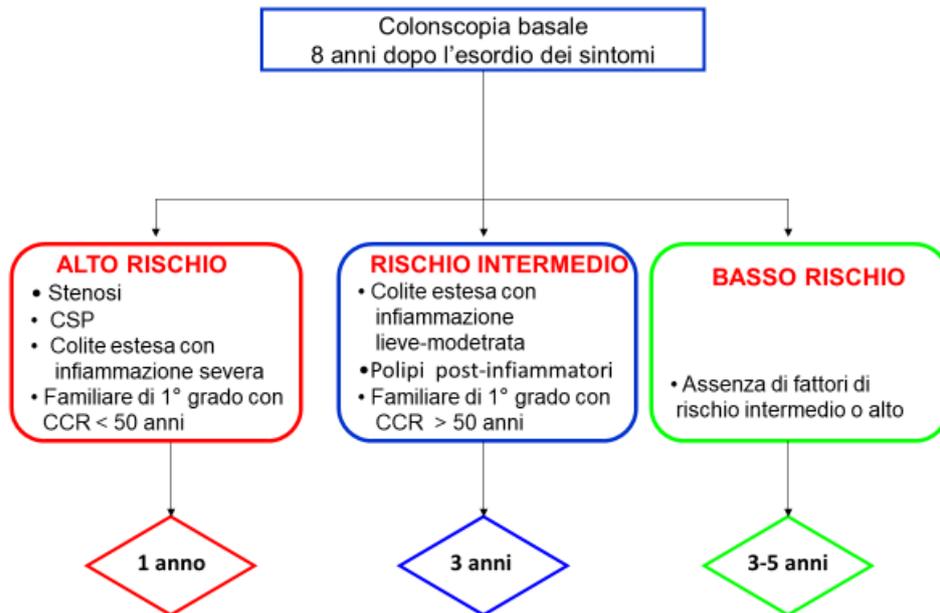


Figura 5. Intervalli di sorveglianza della Colite Ulcerosa e Colite di Crohn secondo le linee guida ECCO (1,20) e la Consensus di Esperti SCENIC (21).

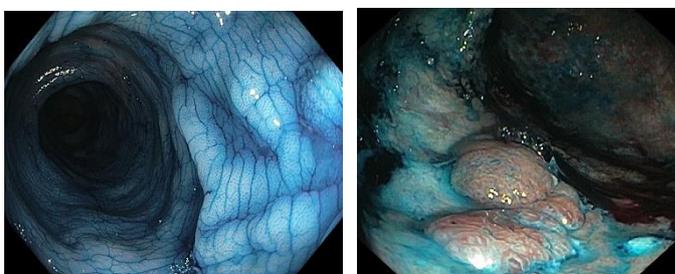


Figura 6. Cromoendoscopia con blu di metilene; quadro normale (sin) e lesione displastica adenomatosa (dx)

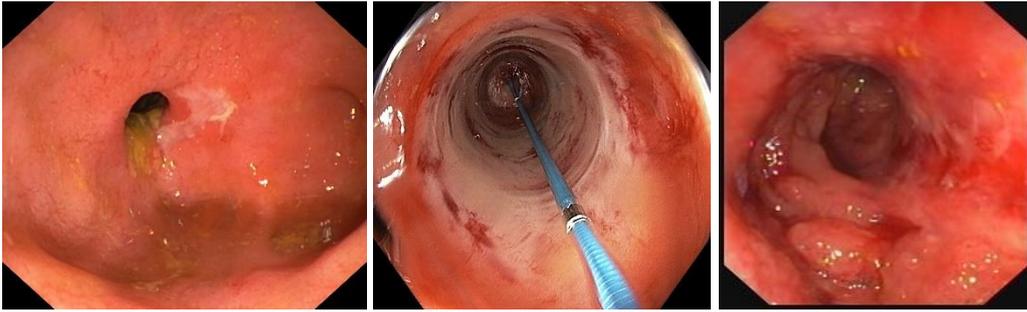


Figura 7. Stenosi anastomotica durante e dopo dilatazione endoscopica pneumatica

