



ORGANIZZAZIONE 9

di un Servizio di Endoscopia Digestiva

*Il libro bianco dell'endoscopista
F. Cosentino, G. Battaglia, E. Ricci*

Le problematiche di dimissione in Endoscopia Digestiva

*Giancarla Fiori, Davide Ravizza,
Cristina Trovato, Cristiano Crosta*



il libro bianco dell'endoscopista

PROGETTARE, REALIZZARE

ORGANIZZARE e

GESTIRE

**un Servizio
di Endoscopia Digestiva**

Felice Cosentino

Giorgio Battaglia

Enrico Ricci

Le problematiche di dimissione in Endoscopia Digestiva

*Giancarla Fiori, Davide Ravizza,
Cristina Trovato, Cristiano Crosta*





in questo *fascicolo*
di **ORGANIZZAZIONE**



Introduzione.....	5
Criteria di dimissibilità	5
Selezione dei pazienti	6
Tipo indagine endoscopica.....	6
Complicanze	6
Tempo di recupero	7
Sedazione.....	7
Monitoraggio post-procedura	10
Gestione logistica del paziente dimesso.....	11
Dimissione	15
Referto endoscopico come lettera di dimissione.....	15
Referto anatomico-patologico	16
Congedo del paziente	17
Bibliografia	17



© 2004 AREA QUALITÀ® S.r.l.
Via Comelico, 3 - 20135 MILANO
E-mail: info@areaqualita.com
Tutti i diritti riservati

Questo fascicolo è stato stampato dalla tipografia
Vigrafica di Monza nel mese di maggio 2004
Impaginazione: Area Qualità - Maurizio Duranti

Le problematiche di dimissione in Endoscopia Digestiva

Giancarla Fiori, Davide Ravizza, Cristina Trovato, Cristiano Crosta

Istituto Europeo di Oncologia di Milano

INTRODUZIONE

L'endoscopia digestiva ha avuto una notevole espansione negli ultimi vent'anni e costituisce oggi l'indagine diagnostica di prima scelta, o il trattamento terapeutico elettivo, di molte patologie digestive. La bassa percentuale di complicanze ha permesso di estendere l'endoscopia alle fasce d'età estreme e a pazienti critici.

La "mini-invasività" dell'approccio endoscopico consente di erogare la maggioranza delle prestazioni, anche terapeutiche, in regime ambulatoriale o di day hospital, con notevole contenimento della spesa sanitaria e riduzione delle liste d'attesa.

Al fine di migliorare l'accettabilità e la sicurezza delle indagini endoscopiche, sono state prodotte numerose pubblicazioni riguardanti le tecniche di sedazione e analgesia [1-3], mentre meno delineato rimane il percorso del paziente al termine della procedura.

Se per un ricovero ospedaliero, ordinario o giornaliero, la normativa vigente prevede la dimissione del paziente con una lettera d'accompagnamento strutturata [4,5], il congedo del

paziente sottoposto a procedure endoscopiche ambulatoriali, anche operative e in sedazione farmacologica, è a discrezione dell'organizzazione e della sensibilità delle singole strutture, riducendosi talora a succinte informazioni verbali di cui non rimane traccia.

L'obiettivo di questo manoscritto è quello di individuare le criticità del congedo di un paziente sottoposto a endoscopia ambulatoriale e di suggerire un percorso che porti a standardizzare le procedure di dimissione.

CRITERI DI DIMISSIBILITÀ

La dimissibilità del paziente dopo un'indagine endoscopica dipende:

- dal regime di erogazione delle diverse prestazioni (ambulatoriale, day hospital, ricovero) in relazione alla selezione dei pazienti e alla tipologia delle prestazioni
- dal tempo necessario al recupero delle condizioni psico-fisiche precedenti
- dalla gestione logistica del paziente dimesso.

SELEZIONE DEI PAZIENTI

La selezione dei pazienti da sottoporre a procedure endoscopiche ambulatoriali va operata in conformità con criteri clinici e sociali.

Lo stato di salute del paziente è il principale criterio clinico su cui basare la scelta. Valgono anche in endoscopia le raccomandazioni del Gruppo di Studio per la Sicurezza della SIAARTI, redatte per la valutazione anestesio-logica preoperatoria [6], e l'utilizzo dell'ASA score (TABELLA I) [7].

TAB. 1: ASA SCORE [7]

ASA I	Soggetti non affetti da patologie sistemiche, non troppo anziani
ASA II	Singola malattia sistemica ben controllata, non influenzante l'attività quotidiana
ASA III	Multiple patologie sistemiche o patologia sistemica grave, influenzanti l'attività quotidiana
ASA IV	Patologia grave invalidante. In genere patologia poco controllata o terminale. Pericolo di morte conseguente a insufficienza d'organo sempre presente
ASA V	Soggetto in imminente pericolo di morte

Procedure di endoscopia digestiva ambulatoriale o in day hospital dovrebbero essere riservate a soggetti ASA I e II. Pazienti ASA III trovano indicazione a procedure in questi regimi solo a condizione che la patologia di base sia ben stabilizzata, adeguatamente trattata e che l'intervento non interferisca con essa.

Altri punti clinici critici da considerare, ma che non costituiscono una controindicazione assoluta al trattamento ambulatoriale, sono:

- le fasce d'età estreme
- la gravidanza
- sindromi psichiatriche
- precedenti reazioni avverse alla somministrazione di sedativi
- abuso di droghe o alcolici.

Criticità sociali che, se sottovalutate, possono compromettere la dimissibilità del paziente dopo una procedura endoscopica ambulatoriale, sono:

- la capacità del paziente di capire ed attenersi alle prescrizioni mediche post-procedurali
- la disponibilità logistica di un alloggio adeguato e non troppo distante dalla struttura
- la presenza di una persona in grado di assistere responsabilmente il paziente dopo la dimissione.

TIPO INDAGINE ENDOSCOPICA

Il tipo di intervento endoscopico e la sua durata influenzano il tempo di recupero.

Pazienti per nulla sedati, o pazienti che hanno raggiunto i criteri psico-motori di dimissione dopo essere stati sedati, possono non essere dimissibili per la persistenza o comparsa di dolori addominali, nausea, vomito, riconducibili alla procedura endoscopica; questi disturbi costituiscono disagi temporanei, per lo più dovuti a un'iper-insufflazione gassosa dei visceri addominali, e non necessariamente si configurano come complicanze.

Complicanze

Le complicanze aumentano proporzionalmente alla profondità della sedazione e alla complessità della procedura.

La depressione respiratoria da sedazione è la prima causa di morbilità e mortalità da indagini endoscopiche e può insorgere dopo il completamento della procedura, allorché non sussistono più stimoli [1,22-24].

Le procedure endoscopiche in sedazione sono gravate da una frequenza di complicanze cardiorespiratorie dello 0,05-0,5% e da un totale di complicanze dello 0,1-0,9% secondo le varie casistiche. I dati riguardanti la percentuale di complicanze per procedure operate senza sedazione sono numericamente ancora troppo scarsi per poter essere confrontabili con queste basse percentuali generali [11,25].

Procedure complesse quali l'ERCP, l'emostasi di sanguinamenti acuti, il posizionamento di protesi, gravate da una più alta percentuale di complicanze, andrebbero organizzate in regime di ricovero.

Il paziente dimesso dopo che sia insorta una complicanza, deve essere rintracciabile nell'arco dei giorni successivi per il monitoraggio dell'evento.

TEMPO DI RECUPERO

Influiscono sul tempo di recupero: il tipo di medicazione farmacologica somministrata, il tipo d'intervento e la sua durata, l'eventuale insorgenza di complicanze, nonché le condizioni cliniche di base del paziente.

Sedazione

Sebbene l'endoscopia digestiva diagnostica sia generalmente un esame ben tollerato anche in assenza di medicazione farmacologica, un elevato numero di pazienti preferisce essere sedato per venire sottoposto a un qualsiasi esame endoscopico. È altrettanto riconosciuto come il compito dell'endoscopista sia generalmente facilitato quando il paziente è sedato. Premesso ciò, è pur palese che le misure di sedazione adottate dagli endoscopisti di tutto il mondo si differenziano nel modo più svariato [8-10].

Il tipo di sedazione e la posologia dei farmaci sono verosimilmente i principali fattori condizionanti il tempo di recupero del paziente al termine di una procedura endoscopica.

Una recente review sulla sedazione versus non-sedazione in corso di esofagogastroduodenoscopia diagnostica evidenzia un tempo medio di recupero di circa 30 minuti maggiore in caso di sedazione [11].

Le modalità di sedazione normalmente adottate in endoscopia digestiva si possono distinguere in tre tipi:

- 1. sedazione minima, o ansiolisi:** prevede l'uso di un ansiolitico (benzodiazepine) da solo o associato ad antispastici o vagolitici. Il soggetto è rilassato/assopito, ma la funzionalità respiratoria e cardiovascolare sono integre;
- 2. sedazione/analgesia moderata, o sedazione cosciente:** operata con l'associazione di una benzodiazepina e di un narcotico. Il soggetto è addormentato, ma prontamente risvegliabile da stimoli tattili o verbali; la funzionalità respiratoria e cardiovascolare non sono abitualmente alterate;
- 3. sedazione/analgesia profonda:** prevede l'uso di ipnotici di recente introduzione, a brevissima durata d'azione, da soli o associati ad ansiolitici. Il paziente è profondamente addormentato, ma risvegliabile dalla stimolazione dolorosa o da sollecitazioni ripetute. La funzionalità cardiovascolare solitamente è autonoma, mentre quella respiratoria è spesso depressa.

L'anestesia generale è raramente utilizzata, o riservata a interventi terapeutici particolari (es. posizionamento di PEG) in pazienti ospedalizzati (TABELLA 2) [12].

TAB. 2: LIVELLI DI SEDAZIONE/ANALGESIA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS 1993) [12]

	Sedazione minima (ansiolisi)	Sedazione moderata/analgesia (sedazione cosciente)	Sedazione profonda/analgesia	Anestesia generale
Ricettività	Normale risposta allo stimolo verbale	Risposta alla stimolazione verbale o tattile	Risposta alla stimolazione ripetuta o al dolore	Assenza di risposta allo stimolo doloroso
Vie aeree	Non alterate un intervento	Non richiedono un intervento	Può essere necessario un intervento	Spesso è richiesto
Respirazione	Spontanea	Adeguate	Può essere inadeguata inadeguata	Frequentemente
Funzionalità cardio-vascolare	Non alterata	Normalmente conservata	Normalmente conservata	Può essere compromessa

La fase II avviene nel letto di recupero o su una poltrona in una sala d'osservazione: il paziente recupera un'autonomia psico-motoria idonea alla dimissione.

In questa fase è molto importante, anche dal punto di vista medico-legale, disporre di criteri obiettivi di valutazione della dimissibilità del paziente. Tra i più utilizzati è il *Postanesthesia Discharge Scoring System di Chung* modificato, che prende in considerazione 5 parametri: segni vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria), attività motoria, presenza di sintomi principali quali nausea/vomito, dolore, sanguinamento (TABELLA 4) [15].

Anche qui il raggiungimento di un punteggio di 10 rende il paziente dimissibile.

La fase III si completa al domicilio del paziente, normalmente senza monitoraggio alcuno.

In questa fase il paziente dovrebbe avere precise istruzioni scritte inerenti il comportamento e la dieta da seguire, essere informato dei possibili disturbi, di come affrontarli, di come riconoscere eventuali complicanze tardive. Il paziente dovrebbe inoltre disporre di un numero telefonico a cui chiamare in caso di necessità.

La reale durata dell'effetto sedativo sull'attività psico-motoria è incerta e variabile da soggetto a soggetto. Amnesia e disattenzione possono persistere per diverse ore dopo la somministrazione di sedativi o narcotici [1].

È dimostrato che fino al 73% dei pazienti sottoposti a indagine endoscopica digestiva diagnostica, il giorno dopo non ricorda più le istruzioni verbali ricevute, nè legge le istruzioni scritte consegnategli [16-18]. Infortuni legati al perdurare dell'effetto sedativo possono accadere al paziente dopo la dimissione (cadute accidentali, incidenti stradali/automobilistici). Nonostante l'assenza di studi specifici sul monitoraggio degli incidenti occorsi dopo una sedazione/analgesia per procedure endoscopiche, esistono in letteratura numerose testimonianze sull'aumentato rischio di infortuni e di mortalità correlabili all'assunzione di benzodiazepine o narcotici a dosaggi terapeutici [19-21].

Il monitoraggio di questi infortuni, delle complicanze tardive e dei ricoveri non pianificati dopo procedure endoscopiche, potrebbero costituire buoni indicatori di qualità per un servizio di endoscopia.



TAB. 4: MODIFIED POSTANESTHETIC DISCHARGE SCORE SYSTEM [15]

Categoria	Descrizione	Score
Segni vitali (PAo, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria)	Modificazioni entro il 20% dei valori basali	2
	Modificazioni entro 20-40% dei valori basali	1
	Modificazioni >40% dei valori basali	0
Deambulazione	Sicura	2
	Incerta, richiede assistenza	1
	Difficile/ impossibile	0
Nausea/vomito	Assenti	2
	Moderati, controllabili con farmaci	1
	Severi, resistenti ai trattamenti	0
Dolore	Assente/minimo	2
	Moderato, controllabile con farmaci	1
	Severo, non controllabile	0
Sanguinamento	Assente/minimo	2
	Moderato	1
	Severo	0
Massimo score		10

Monitoraggio post-procedura

Le linee guida SIED e ASGE raccomandano che tutti i pazienti sottoposti a sedazione/analgesia siano monitorati, fino al momento in cui siano soddisfatti i criteri di dimissibilità [1,26].

Per una maggior garanzia medico-legale, si ritiene corretto raccomandare la documentazione del recupero dello stato psico-fisico iniziale per ogni paziente sottoposto a procedura endoscopica.

Il periodo d'osservazione dovrà essere adeguato alla prestazione fornita, alla sua durata, al tipo di sedazione e a com'è stato tollerato il trattamento.

È auspicabile che il rilievo dei parametri vitali sia fatto a intervalli regolari e prestabiliti.

L'introduzione di una cartella infermieristica sulla quale registrare i parametri vitali e lo sta-

to psico-motorio del paziente prima, durante e dopo la procedura, è oggi una realtà in alcuni centri di endoscopia e costituisce lo strumento di lavoro più efficace e immediato per una corretta dimissione.

L'adozione di criteri temporali e obiettivi predefiniti di dimissibilità (scale a punteggio) può contribuire a razionalizzare i tempi e la qualità dell'assistenza post-procedura.

Si porta ad esempio la procedura redatta dal Servizio di Endoscopia dell'Ospedale San Gerardo di Monza, presentata al Congresso Triregionale Trisocietario AIGO-SIED-SIGE 2002 a S. Vincent (TABELLE 5 e 6): lo score ASA, il grado di difficoltà, invasività e tollerabilità dell'indagine endoscopica, il livello di operatività e il tipo di sedazione somministrata, sono i parametri adottati per distinguere quattro "livelli di osservazione", diversi per qualità e durata.

TAB. 5: CLASSIFICAZIONE DEL PAZIENTE E DELLA PROCEDURA

ASA	I	I	II	III
Grado difficoltà procedura	Semplice	Moderata	Media	Alta
Tipo di procedura e sua tollerabilità	Semplice e ben tollerata	Indaginosa ma ben tollerata	Indaginosa e mal tollerata	Livello 2 + alterati parametri vitali
Farmaci	Nessuno	Sedazione	Sedazione + analgesia	Anestesia
Grado di operatività	=	Moderato	Medio	Alto
		Cauterizzazione piccoli polipi	Resezione polipi, dilatazioni semplici, rimozione corpi estranei, APC	Resezione grossi polipi, dilatazioni complesse, laser, APC nel colon dx
Osservazione	Livello 0	Livello 1	Livello 2	Livello 3

TAB. 6: TEMPI E MODALITÀ DI OSSERVAZIONE

Tempo medio di osservazione	30 minuti	60 minuti	120 minuti	>120 minuti
Postura	Seduto	Seduto	Supino	Supino
Monitoraggio	Clinico	Clinico + PA/FC/SatO ₂	Accesso venoso + PA/FC/SatO ₂	Accesso venoso
Osservazione	Livello 0	Livello 1	Livello 2	Livello 3

GESTIONE LOGISTICA DEL PAZIENTE DIMESSO

Fondamentale per l'allontanamento del paziente dal Servizio di Endoscopia, è la disponibilità di un accompagnatore in grado di assisterlo e di riconoscere e riportare eventuali complicanze. La sua presenza dipende spesso dalla correttezza delle informazioni fornite al momento della prenotazione dell'esame.

È bene assicurarsi che il paziente disponga di un domicilio, o di un alloggio provvisorio, non troppo distante dall'ospedale, specie se è stato sottoposto ad atti operativi.

Il paziente va per tempo reso edotto su quelle che presumibilmente saranno le sue condizioni psico-fisiche e i suoi bisogni dopo l'indagine endoscopica, in modo che possa organizzarsi l'assistenza necessaria.

Il paziente sottoposto a sedazione deve essere precedentemente informato che, in seguito ad un effetto prolungato dei farmaci, potrà accusare un deficit della sua forma fisica e mentale nell'arco delle ore successive alla dimissione, di conseguenza **non dovrà**:

- guidare sino al giorno successivo, o per almeno 6 ore
- usare strumenti potenzialmente pericolosi
- gestire affari o programmare impegni importanti nell'arco di quella giornata.

Il paziente e il suo accompagnatore devono conoscere le possibili complicanze tardive legate alla procedura. Vanno in particolare ben differenziati i disagi prevedibili e compatibili con il trattamento ricevuto, dalle complicanze impreviste e potenzialmente pericolose [5].

COSA ASPETTARSI DOPO UNA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA

Ripresa dell'alimentazione

Essendo stata anestetizzata la bocca con uno spray anestetico, è bene non bere né mangiare per un'ora dopo l'esecuzione dell'esame, o almeno sino a quando la sensibilità dalla bocca non sia tornata normale.

Si può quindi riprendere una normale alimentazione, ma è preferibile consumare pasti leggeri nella giornata.

Attenzione: la combinazione di alcolici con il sedativo ricevuto per l'esame, può rendervi ancor più sonnolenti di come vi sentite.

Attività

Se siete stati sedati, potreste non avere i riflessi pronti per il resto della giornata, anche se vi sembra di essere perfettamente lucidi. Non dovete guidare.

È inoltre opportuno rinviare al giorno successivo lo svolgimento di attività pesanti o potenzialmente pericolose, o importanti decisioni.

Medicine

Potete riprendere fin da subito eventuali terapie in corso, salvo diversa disposizione ricevuta dal medico che ha eseguito l'esame. Se avete dei dubbi, chiedete.

Effetti collaterali

Dopo una gastroscopia è talora possibile avvertire disturbi, solitamente di lieve entità e che si risolvono da soli e in breve tempo:

- se l'introduzione dell'endoscopio in esofago non è stata agevole, un leggero mal di gola può persistere dopo l'esame per uno o due giorni.
- normalmente non si hanno dolori addominali, ma può persistere un leggero gonfiore, dovuto all'aria insufflata, che può provocare in soggetti predisposti eruttazioni o spasmi intestinali.

Contattateci nel caso di disturbi più gravi quali:

- importante dolore addominale o vomito ripetuto
- febbre
- infiammazione o dolore al braccio nella sede dell'iniezione endovenosa
- riscontro di feci nere o vomito di sangue
- altri disturbi che relazionate all'esame endoscopico.

Prestate attenzione

La Divisione di Endoscopia risponde dalle ore 8 alle ore 17, dal lunedì al venerdì; per urgenze fuori da questi orari, è possibile, chiamando il centralino, parlare con il medico di guardia interna dell'Istituto, che può mettervi in contatto telefonico con l'endoscopista reperibile.

COSA ASPETTARSI DOPO UNA COLONSCOPIA

Ripresa dell'alimentazione

Un'ora dopo l'esecuzione dell'esame si può riprendere una normale alimentazione, ma è preferibile consumare pasti leggeri nella giornata.

Se durante la colonscopia sono stati asportati dei polipi, è preferibile aspettare 24 ore prima di assumere frutta e verdura.

Attenzione: la combinazione di alcolici con il sedativo ricevuto per l'esame, può rendervi ancor più sonnolenti di come vi sentite.

Attività

Se siete stati sedati, potreste non avere i riflessi pronti per il resto della giornata, anche se vi sembra di essere perfettamente lucidi. Non dovete guidare. È inoltre opportuno rinviare al giorno successivo lo svolgimento di attività pesanti o potenzialmente pericolose, o importanti decisioni.

Medicine

Potete riprendere fin da subito eventuali terapie in corso, salvo diversa disposizione ricevuta dal medico che ha eseguito l'esame. Se sono stati asportati dei polipi, è opportuno evitare di assumere Aspirina o altri farmaci anti-infiammatori per una settimana. Se state assumendo una terapia anticoagulante, attenetevi allo schema stabilito dal vostro medico curante.

Se avete dei dubbi, chiedete.

Effetti collaterali

Dopo una colonscopia è talora possibile avvertire disturbi, solitamente di lieve entità e che si risolvono da soli ed in breve tempo;

- normalmente non si hanno dolori addominali, ma può persistere un leggero gonfiore, dovuto all'aria insufflata, che si risolve nell'arco di un'ora, ma che può provocare spasmi intestinali in soggetti predisposti;
- l'intestino è quasi completamente vuoto in seguito ai purganti assunti, è quindi normale che possa non scaricarsi nuovamente per 2-3 giorni, dopo i quali ritornerà spontaneamente a funzionare;
- se sono state eseguite biopsie o asportati polipi, è possibile osservare scarsa quantità di sangue durante le prime evacuazioni.

Contattateci nel caso di disturbi più gravi quali:

- importante dolore addominale o vomito ripetuto
- febbre
- infiammazione o dolore al braccio nella sede dell'iniezione endovenosa
- riscontro grande quantità di sangue nelle feci, o persistenza di sanguinamento per più giorni
- altri disturbi che relazionate all'esame endoscopico.

Prestate attenzione

La Divisione di Endoscopia risponde dalle ore 8 alle ore 17, dal lunedì al venerdì; per urgenze fuori da questi orari, è possibile, chiamando il centralino, parlare con il medico di guardia interna dell'Istituto, che può mettervi in contatto telefonico con l'endoscopista reperibile.

COSA ASPETTARSI DOPO UNA RETTOSIGMOIDOSCOPIA FLESSIBILE

Ripresa dell'alimentazione

Un'ora dopo l'esecuzione dell'esame si può riprendere una normale alimentazione, ma è preferibile consumare pasti leggeri nella giornata. Se durante l'esame sono stati asportati dei polipi, è preferibile aspettare 24 ore prima di assumere frutta e verdura.

Attività

È possibile riprendere da subito la normale attività quotidiana.

Medicine

Potete riprendere fin da subito eventuali terapie in corso, salvo diversa disposizione ricevuta dal medico che ha eseguito l'esame. Se sono stati asportati dei polipi, è opportuno evitare di assumere Aspirina o altri farmaci anti-infiammatori per una settimana. Se state assumendo una terapia anticoagulante, attenetevi allo schema stabilito dal vostro medico curante. Se avete dei dubbi, chiedete.

Effetti collaterali

Dopo una rettoscopia è talora possibile avvertire disturbi, solitamente di lieve entità e che si risolvono da soli ed in breve tempo:

- normalmente non si hanno dolori addominali, ma può persistere un leggero gonfiore, dovuto all'aria insufflata, che si risolve nell'arco di un'ora, ma che può provocare spasmi intestinali in soggetti predisposti;
- se sono state eseguite biopsie o asportati polipi, è possibile osservare scarsa quantità di sangue durante le prime evacuazioni.

Contattateci nel caso di disturbi più gravi quali:

- importante dolore addominale o vomito ripetuto
- febbre
- infiammazione o dolore al braccio nella sede dell'iniezione endovenosa (se effettuata)
- riscontro grande quantità di sangue nelle feci, o persistenza di sanguinamento per più giorni
- altri disturbi che relazionate all'esame endoscopico.

Prestate attenzione

La Divisione di Endoscopia risponde dalle ore 8 alle ore 17, dal lunedì al venerdì; per urgenze fuori da questi orari, è possibile, chiamando il centralino, parlare con il medico di guardia interna dell'Istituto, che può mettervi in contatto telefonico con l'endoscopista reperibile.

DIMISSIONE

La dimissione del paziente è di pertinenza del medico endoscopista e dell'anestesista, se intervenuto, con la collaborazione dell'infermiere di endoscopia che ha assistito il paziente nel corso del suo recupero psico-motorio.

I criteri di dimissibilità in cui il soggetto deve rientrare possono essere così riassunti [1,27]:

- completo orientamento temporo-spaziale (o comunque recupero delle condizioni iniziali);
- stabilità cardiocircolatoria e assenza di depressione respiratoria da almeno 30 minuti dalla somministrazione di benzodiazepine, o 60 minuti dalla somministrazione di ipnotici/oppiacei, o 2 ore dalla somministrazione di farmaci antagonisti (naloxone, flumazenil);
- capacità di vestirsi e deambulare spontaneamente (o comunque recupero delle condizioni iniziali);
- nausea, vomito, dolore assenti, o, se presenti, compatibili con una gestione domiciliare;
- assenza di sanguinamenti in atto.

In caso non siano soddisfatti i criteri di dimissibilità, il paziente va osservato per un tempo ulteriore, prioritariamente prestabilito o giudicato idoneo per quel singolo caso (dimissioni ritardate).

La struttura che fornisce la prestazione endoscopica deve essere in grado di assicurare sia un'osservazione giornaliera prolungata, che un ricovero non pianificato, al suo interno o presso un ospedale di riferimento.

All'atto della dimissione, il medico deve adeguatamente informare paziente e il suo accompagnatore circa:

- la diagnosi endoscopica presunta o definitiva
- gli interventi messi in atto
- la sedazione somministrata
- eventuali complicanze intercorse
- comportamenti o norme dietetiche da seguire
- farmaci da assumere o evitare nell'immediato
- disturbi prevedibili o complicanze impreviste e relativi provvedimenti da adottare
- eventuali indagini in corso, di cui ritirare nei giorni successivi il referto (biopsie, polipectomie ecc.)

- eventuali approfondimenti diagnostici o consigli terapeutici
- a chi rivolgersi in caso di bisogno urgente
- a chi rivolgersi per comunicare imprevisti eventi avversi tardivi.

Di queste informazioni il paziente dovrebbe ricevere documento scritto: alcune è auspicabile facciano parte integrante del referto endoscopico; altre rientrano in standards comportamentali che si prestano ad essere redatti in direttive prestampate, con limitati spazi aggiuntivi per suggerimenti "ad personam".

REFERTO ENDOSCOPICO COME LETTERA DI DIMISSIONE

Il referto endoscopico deve essere completato in tutte le sue parti, esaustivo, redatto conformemente ai suggerimenti delle Società di Endoscopia Digestiva [27].

È consigliabile che il referto sia consegnato al paziente prima dell'allontanamento dalla struttura. Nell'impossibilità materiale o organizzativa di fare ciò, va comunque rilasciato al paziente un referto provvisorio, i cui componenti minimi indispensabili, importanti anche da un punto di vista medico-legale, sono:

- denominazione, indirizzo e telefono della struttura
- nome del medico responsabile del servizio
- nome e firma del medico che ha eseguito l'indagine
- dati anagrafici fondamentali a riconoscere il paziente (cognome, nome, data di nascita)
- data dell'esame
- tipo d'indagine eseguita e relative manovre addizionali diagnostiche o terapeutiche
- tipo, dose, modalità e orario di somministrazione di eventuali farmaci
- diagnosi endoscopica provvisoria o definitiva
- complicanze endoscopiche intercorse o variazioni significative dei parametri vitali monitorati [23,24].

In sostanza, anche l'attività endoscopica digestiva ambulatoriale va documentata con un referto del tutto simile alla relazione di dimissione di un ricovero ospedaliero, come caldeggiato dalle organizzazioni scientifiche, dalle amministrazioni territoriali e dagli enti di certificazione della qualità [4,24,26, 28,29].

REFERTO ANATOMO-PATOLOGICO

Il referto anatomico-patologico va considerato parte integrante della documentazione di una procedura endoscopica, è quindi doveroso che il medico endoscopista se ne faccia carico, visionandolo prima che il paziente lo ritiri ed eventualmente scrivendo un **addendum al referto endoscopico** con gli obiettivi di:

- formulare una diagnosi conclusiva
- dare suggerimenti diagnostico/ terapeutici
- suggerire i tempi di un corretto follow up endoscopico, o dichiarare la non indicazione a ulteriori controlli.

Quest'ultimo atto di completezza diagnostica, talora sottovalutato, costituisce un passaggio di fondamentale importanza nell'ambito della programmazione globale dell'attività endoscopica, perché, se è vero che una buona dimissione va programmata già al momento della prenotazione di un'indagine, una dimissione orientata, "lungimirante", può dare un importante contributo alla divulgazione delle linee guida sulle corrette indicazioni all'endoscopia digestiva, fungendo da audit del rilevante e sentito problema dell'appropriatezza delle prescrizioni.

ESEMPIO DI ADDENDUM AL REFERTO ENDOSCOPICO



Istituto
Europeo
di Oncologia

Milano,

Al Medico Curante del Sig.re/ra _____

Oggetto:

Esame istologico dei prelievi eseguiti durante l'esame endoscopico del: _____

Egregio Dottore, alla luce dell'esame istologico allegato e del riscontro endoscopico relativo, Si formula la diagnosi di:

suggeriremmo pertanto per il Suo paziente:

un controllo endoscopico fra _____

un controllo clinico _____

la seguente terapia: _____

A Sua disposizione per eventuali chiarimenti
Cordiali saluti

Firma _____

CONGEDO DEL PAZIENTE

Il personale amministrativo del servizio di endoscopia, o chi per esso, congeda il paziente e il suo accompagnatore consegnando loro:

- il referto endoscopico correlato di tutte le note informative del caso
- eventuale documentazione clinica precedente del paziente

- i documenti necessari al pagamento dell'esame presso gli sportelli preposti, istruendo il paziente su come espletare queste formalità.

Nel caso di una consegna differita del referto, o di sue parti integranti (es. il responso anatomicopatologico di frammenti tessutali asportati), il paziente va istruito in modo preciso sulle modalità di ritiro.



BIBLIOGRAFIA

1. SIED. Linee Guida per la Sedazione in Endoscopia Digestiva. www.sied.it/account/servizi/linee/sedaz.htm.
2. ASGE. Guidelines for the use of deep sedation and anesthesia for GI endoscopi. *Gastrointest Endosc* 2002;56:613-7.
3. Lazzaroni M, Bianchi-Porro G. Premedication, preparation, and surveillance. *Endoscopy* 1999;31:2-8.
4. Ministero della Sanità, Commissione di studio sulla day-surgery e la chirurgia ambulatoriale 09/2000. Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno. www.ardao.org/day-surgery/commissione%20ministeriale.htm.
5. Commissione SIAARTI/ AAROI sull'anestesia in day surgery. Raccomandazioni clinico-organizzative per l'anestesia in day surgery. www.147.163.1.67/linee/pdf/daysurgery.pdf.
6. Gruppo di studio per la Sicurezza SIAARTI. Raccomandazioni per la valutazione anestesiológica pre-operatoria. *Ed Mandragola* 5/1994.
7. ASA Physical Status Classification System. www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm.
8. Wong R. The menu of endoscopic sedation all-you-can-eat, combination set, à la carte, alternative cuisine, or go hungry. *Gastrointest Endosc* 2001;54:122-6.
9. Rex DC, Imperiale TF, Portish V. Patients willing to try colonoscopy without sedation: associated clinic factors and results of a randomized controlled trial. *GastrointestEndosc* 1999;49:554-9.
10. Fischer NC, Bailey S, Gibson JA. A prospective, randomized controlled trial of sedation vs. no sedation in outpatient diagnostic upper gastrointestinal endoscopy. *Endoscopy* 1998;30:21-4.
11. Sorbi D, Chak A. Unsedated EGD *Gastrointest Endosc* 2003;58:102-10.
12. ASA. Definition of General Anesthesia and Levels of Sedation/Analgesia. www.asahq.org/publicationsAndServices/standards/20.htm.
13. Korttila K. Post-anaesthetic psychomotor and cognitive function. *Eur J Anaesth* 1995;12(suppl 10):43-6.

14. Aldrete A. The post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anaesth* 1995;8:415-21.
15. Chung F. Recovery patterns and home-readiness after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1995;80:896-902.
16. Hayes A, Buffum M. Educating patients after conscious sedation for gastrointestinal procedures. *Gastroenterol Nurs* 2001;24:54-7.
17. Willey J, Vargo JJ, Connor JT, Dumot JA et al. Quantitative assessment of psychomotor recovery after sedation and analgesia for outpatient EGD. *Gastrointest Endosc* 2002;56:810-6.
18. Polster MR, Gray PA, O'Sullivan G, McCarthy RA, Park GR. Comparison of the sedative and amnestic effects of midazolam and propofol. *Br J Anaesth* 1993;70:612-6.
19. Neutel CI. Risk of traffic accident injury after a prescription of benzodiazepine. *Ann Epidemiol* 1995;5:239-44.
20. Barbone F, McMahon AD, Davey PG, Morris AD, Reid IC, McDevitt DG, MacDor TM. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet* 1998;352:1331-6.
21. Macdonald S, Well S, Giesbrecht N, Cherpitel CJ. Demographic and substance use factors related to violent and accident injuries: results from an emergency room study. *Drug Alcohol Depend* 1999;55:53-61.
22. Volker FE, Kanzler G, Schmitt T, Eckardt AJ, Nernhard G. Complications and adverse effects of colonoscopy with selective sedation. *Gastrointest Endosc* 1999;49:560-5.
23. Sieg A, Hachmoeller-Eisenbach U, Eisenbach T. Prospective evaluation of complications in outpatient GI endoscopy: a survey among German gastroenterologists. *Gastrointestinal Endosc* 2001;53:620-7.
24. Australian and New Zealand College of Anaesthetists, Gastroenterological Society of Australia, Royal Australasian College of Surgeons. Sedation for Endoscopy. (Review P24 1997) www.fsm.ac.fj/sms/anaesthesia/ANZCA%20policy%20documents/professional.
25. ASGE. Guidelines for conscious sedation and monitoring during gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2003;58:317-22.
26. SAGES Co-Endorsed ASGE Guidelines. Sedation and Monitoring of Patients Undergoing Gastrointestinal Endoscopic Procedures. (Review 2/95) www.sages.org/sg-asgepub1022.html.
27. Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Practice Guidelines for Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. *Anesthesiology* 1996;84:459-71.
28. Gruppo di lavoro SIED Lombardia. Consigli pratici in Endoscopia Digestiva (01.2002) www.sied.it/nuke6/html/modules.php?name=Sections&op=listarticles&secid=7.
29. Second Edition Joint Commission International. Accreditation standards for Hospitals. (01.2003 Chicago).



nel prossimo *fascicolo* di

ORGANIZZAZIONE

*sarà trattato
il seguente argomento:*

11

L'accessoristica
per le vie biliari





CODICE ARTICOLO 34050027

LA REALIZZAZIONE DI QUESTO PROGETTO EDUCAZIONALE È RESA POSSIBILE GRAZIE AL CONTRIBUTO DI

