



Università degli Studi di Padova
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

COLONSCOPIA E PREPARAZIONE INTESTINALE: STRATEGIE PER UN'INFORMAZIONE EFFICACE

Relatore: Prof. Avoni Stefania

Correlatori: Inf. Schiavinato Aurelio

Inf. Cestaro Francesca

Laureanda: Dal Bello Eleonora

Anno Accademico 2014-2015

ABSTRACT

Introduzione

Una preparazione intestinale adeguata è un aspetto fondamentale affinché una colonscopia, esame *gold standard* per lo screening del cancro al colon retto, venga eseguita correttamente.

Problema

Nell'Azienda ULSS 9 di Treviso è stato rilevato che, così come quanto riportato in letteratura, il 10-20% delle toilette intestinali per la colonscopia sono non adeguate con conseguente incremento dei costi e del disagio del paziente per la necessità di ripetere l'esame, l'allungamento della durata dell'esame stesso e il rischio di non rilevare eventuali alterazioni della mucosa del colon.

Obiettivo

Con questo lavoro di tesi si propone di trovare una soluzione che permetta di diminuire le percentuali di preparazioni non adeguate nel contesto dell'Azienda ULSS 9 di Treviso.

Strategia

La soluzione scelta, poiché ritenuta la più efficace per il problema messo in luce, è stata quella di creare una nuova *brochure* informativa da consegnare ai pazienti che effettuano la preparazione intestinale a domicilio. A questo proposito è stato steso un **progetto** che prevede 9 fasi, da dicembre 2015 a dicembre 2016, delle quali finora sono state realizzate le prime 5. Infatti è stata condotta inizialmente una ricerca bibliografica per conoscere le ultime raccomandazioni e linee guida sulle caratteristiche di una comunicazione efficace e successivamente è stato reclutato e intervistato un campione di 75 pazienti che si sono sottoposti alla colonscopia nel periodo compreso tra gennaio e febbraio 2016 per avere da loro suggerimenti per migliorare il materiale informativo attualmente in uso in Azienda. Con questi dati è stata successivamente creata una nuova *brochure* informativa valutata in termini di chiarezza e comprensibilità dei contenuti da un campione di 10 persone con età superiore o uguale ai 50 anni. Dopo la revisione del nuovo strumento informativo alla luce delle opinioni degli intervistati, il documento finale è stato presentato all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda.

Conclusioni

La *brochure* informativa, per poter essere messa a regime e utilizzata in Azienda, dovrà passare un periodo di sperimentazione al termine del quale verrà eseguita una nuova intervista ai pazienti per sentire le loro opinioni e verificare se le percentuali di preparazioni non corrette saranno diminuite. Se la valutazione conclusiva risulterà positiva il nuovo strumento andrà a sostituire definitivamente la documentazione in uso attualmente per la preparazione alla colonscopia.

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUZIONE | 1 |
| 2. PROBLEMA | 3 |
| 2.1. Nel contesto trevigiano | 3 |
| 2.2. Contesti internazionali | 4 |
| 2.3. Revisione della letteratura: cos'è la preparazione intestinale e come si effettua | 4 |
| 2.3.1. La preparazione intestinale per la colonscopia | 5 |
| 2.3.2. Strategie per la pulizia del colon | 6 |
| 3. PREPARAZIONE INTESTINALE INADEGUATA: CAUSE FREQUENTI | 10 |
| 3.1. Fattori che predispongono a una preparazione non adeguata | 10 |
| 3.2. Indagine conoscitiva nel contesto analizzato | 11 |
| 3.2.1. Analisi dei dati | 12 |
| 4. OBIETTIVO | 18 |
| 5. STRATEGIA | 18 |
| 6. FASI PROGETTUALI | 20 |
| 7. REALIZZAZIONE DEL PROGETTO | 21 |
| 7.1. FASE 1: Revisione della letteratura: Corretta informazione | 21 |
| 7.2. FASE 2: Intervista ai pazienti | 21 |
| 7.3. FASE 3: Elaborazione del nuovo strumento informativo | 24 |
| 7.4. FASE 4: Valutazione dei nuovi documenti | 25 |
| 7.5. FASE 5: Presentazione all'URP | 25 |
| 8. CONCLUSIONI | 26 |
| 9. BIBLIOGRAFIA | 27 |
| 10. ALLEGATI | 29 |

1. INTRODUZIONE

In Italia l'incidenza cumulativa del tumore al colon-retto, stando ai dati del 2015 che rimangono sostanzialmente invariati rispetto al 2014, nel caso delle donne è di 1 donna su 18, mentre per gli uomini i dati parlano di 1 su 11. Il numero totale di nuovi casi di tumore al colon-retto stimati per il 2015, invece, è di 29.100 uomini e di 22.800 donne. Questi dati fanno sì che quello al colon-retto sia il secondo tipo di tumore maggiormente diagnosticato nel totale della popolazione maschile e femminile italiana (13%). (1)

Visti i numeri rilevanti di nuovi casi di patologie oncologiche al colon-retto è importante poter prevenire o almeno diagnosticare precocemente in una persona asintomatica la patologia tumorale e modificarne la storia naturale attraverso una riduzione dell'incidenza. È questo infatti l'obiettivo principale dello *screening* oncologico con il quale si individuano lesioni precancerose in una popolazione asintomatica che mostra un'alta prevalenza del tumore e una lunga aspettativa di vita. (2)

Nel caso della patologia oncologica del grosso intestino la colonscopia è considerata l'indagine di prima linea o *gold standard* per la valutazione del colon (ascendente, trasverso e discendente) e del retto e possiede un'elevata sensibilità (95%) e specificità per il cancro colon-rettale e per gli adenomi avanzati.(2,3)

Questo esame a differenza di altre indagini di *screening* (come la ricerca del sangue occulto fecale, FOBT, o il test immunochimico per l'emoglobina fecale, FIT-Hb) consente di rilevare eventuali lesioni precancerose nei tessuti ma anche di intervenire su di esse togliendole e facendole poi analizzare in laboratorio; inoltre è possibile identificare e rimuovere immediatamente eventuali polipi (3) che potrebbero nel tempo modificarsi e degenerare in lesioni cancerose. (4)

L'accuratezza diagnostica e la certezza terapeutica dell'esame dipendono da molti fattori tra cui la qualità della pulizia intestinale. (5) La preparazione è un momento complesso e impegnativo per il paziente dal momento che richiede per i 3-4 giorni precedenti l'esame delle modifiche dietetiche e la somministrazione di lassativi che spesso provocano effetti collaterali quali nausea, vomito e dolori addominali. (2)

Come molti studi riportano, una pulizia non adeguata dell'intestino mette a rischio la qualità, la sicurezza e l'efficacia di una colonscopia e può portare all'annullamento stesso della

procedura o ad un'analisi incompleta del colon. La ripetizione o la non efficacia dell'esame comporta un incremento dei costi per il Sistema Sanitario Nazionale ma soprattutto chi ci rimette maggiormente è il paziente dal momento che è stato dimostrato che una preparazione non adeguata incrementa il rischio di non rilevare ed asportare gli adenomi presenti. (6)

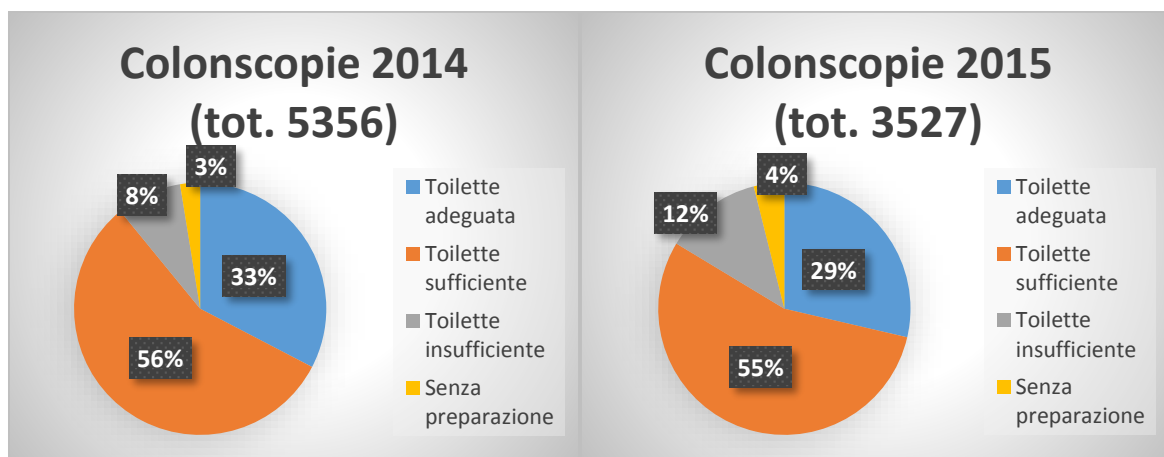
Per questo motivo da alcuni anni sono aumentati gli studi che analizzano il problema della preparazione intestinale e ne cercano possibili soluzioni.

2. PROBLEMA

2.1. Nel contesto trevigiano

Nel contesto trevigiano e in particolare nell'ospedale Cà Foncello di Treviso il numero di colonscopie eseguito in un anno è molto elevato. Ad esempio nell'anno 2014 (dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2014) i pazienti che si sono sottoposti a colonscopia nell'unità di Endoscopia Digestiva sono 5356 e si tratta sia di pazienti ricoverati (882) che pazienti esterni o in post ricovero (4474). Nel 2015 invece (dal 1 gennaio 2015 al 15 ottobre 2015) sono state effettuate 3527 colonscopie di cui 684 a pazienti ricoverati e 2843 a pazienti ambulatoriali e in post ricovero.

Come descritto in letteratura la qualità della preparazione per la colonscopia è fondamentale perché l'esame sia eseguito in modo corretto e sia efficace. Per questo motivo è altrettanto importante monitorare e registrare la pulizia con appositi strumenti. (12) Nel contesto analizzato di Treviso la preparazione dei pazienti è valutata dagli endoscopisti al termine dell'esame con *adeguata*, *sufficiente*, *insufficiente* e *senza preparazione*. Nel 2014, di tutte le colonscopie effettuate, la toilette intestinale di 585 (10,9% del totale) è risultata insufficiente o senza preparazione; allo stesso modo nel 2015 gli esami con pulizia intestinale insufficiente o senza preparazione sono stati 577 ossia circa il 16,4% del totale.



In entrambi i periodi considerati le percentuali rilevate sono numericamente importanti e in aumento. Tali dati hanno portato a porsi delle domande: è un problema che si rileva solo nel nostro contesto provinciale o è comune anche in altre realtà internazionali? Quali sono le possibili cause che spiegano una preparazione intestinale non adeguata e in che modo si

possono prevenire? È possibile e come si può fare per prevenire o ridurre il problema anche in una realtà come quella di Treviso?

2.2. Contesti internazionali

Negli Stati Uniti, come riportato in un documento del 2013, la toilette intestinale non adeguata rimane un ostacolo importante per una colonscopia di successo dal momento che anche lì dal 10 al 20% delle colonscopie effettuate falliscono o devono essere ripetute a causa di una preparazione non ottimale. (7) Altri studi parlano anche di percentuali che a volte superano anche il 25% (8) sottolineando inoltre come una pulizia non adeguata non solo aumenti la durata stessa dell'esame e la necessità di ripeterlo entro tempi brevi ma anche riduca del 45% la rimozione dei polipi dalla mucosa intestinale e incrementi i costi (per la struttura sanitaria e per il paziente stesso) del 12-22%. (7)

Tali dati dimostrano che il problema rilevato nel nostro contesto provinciale è diffuso anche in ambito internazionale e per questo è importante capire quali sono le cause che possono spiegare la toilette intestinale non eseguita correttamente e ricercare tra le soluzioni proposte quella che più si può adattare alla nostra realtà.

2.3. Revisione della letteratura: cos'è la preparazione intestinale e come si effettua

Per poter analizzare e cercare di risolvere il problema proposto in questo lavoro di tesi è stato prima necessario condurre un'accurata ricerca bibliografica sulla pulizia intestinale per la colonscopia e sulle linee guida più recenti che riguardano tale argomento. Le banche dati interrogate sono state: *Sistema Nazionale Linee Guida*, *National Guideline Clearinghouse*, la *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* e *PUBMED*; le parole chiave utilizzate invece sono state “*Colonoscopy education bowel preparation*”, “*colonoscopy bowel preparation*”. In particolare nella banca dati di *PUBMED* è stato impostato un limite di ricerca per documenti pubblicati dal 01/01/2012 al 22/10/2015. Al termine della fase di ricerca sono stati selezionati 32 documenti che comprendono linee guida, revisioni sistematiche e studi di vario genere.

2.3.1. La preparazione intestinale per la colonscopia

La preparazione intestinale per la colonscopia è un passaggio molto complesso e impegnativo che implica dei cambiamenti nel regime dietetico e la scelta di un agente lassativo in accordo con i bisogni del paziente. (9)

La toilette intestinale ideale dovrebbe riuscire a svuotare l'intero colon da tutti i materiali fecali liquidi e solidi, mantenere integra macroscopicamente e microscopicamente la mucosa, essere poco costosa e, soprattutto, non portare al paziente squilibri idroelettrolitici importanti. Inoltre dovrebbe essere di facile somministrazione, ben tollerata dai pazienti e del tutto sicura. Purtroppo nessuno dei preparati in commercio risponde a tutti i requisiti della preparazione ideale. (1,5,10,11)

La valutazione sulla pulizia viene effettuata dal medico endoscopista alla fine dell'esame e deve essere documentata ogni volta con appositi strumenti validati e oggettivi come la *Boston Bowel Preparation Scale*, la *Ottawa Bowel Preparation Scale* (entrambe scale numeriche) o il *Grading of Bowel Cleansing Quality* che è quello utilizzato nel contesto trevigiano. Tenere traccia della qualità delle preparazioni intestinali è fondamentale per poter monitorare e rilevare eventuali problematiche che si riflettono poi sull'esito della procedura e consente agli operatori coinvolti di cercare delle possibili soluzioni. (12)

Una toilette intestinale adeguata è definita come una pulizia che permette la visualizzazione endoscopica, e quindi la successiva rimozione, di lesioni superiori o uguali a 5 mm, ma questo concetto è molto operatore-dipendente e non tiene conto della forma delle lesioni in particolare di quelle piatte che sono le più difficili da individuare e togliere se il colon non è ben pulito. (10,12,13) Per questo motivo, per poter definire meglio la pulizia di qualità, ci si basa oggi su due importanti tassi di valutazione: *cecal intubation rate* e *adenoma detection rate*, rispettivamente il tasso di intubazione del cieco e il tasso di rimozione di adenomi. Il primo permette di valutare in percentuale le colonscopie dove, grazie ad una buona pulizia, si è potuto raggiungere endoscopicamente il cieco ed esaminare il colon interamente; il secondo, e più importante in termini di valutazione della qualità della procedura, sta ad indicare la percentuale di colonscopie nelle quali almeno un adenoma è stato identificato e rimosso. (12,13)

2.3.2. Strategie per la pulizia del colon

La pulizia intestinale per la colonscopia comprende, come già detto, una variazione della dieta quotidiana nei giorni precedenti l'esame e l'assunzione di un lassativo che favorisca la completa eliminazione di tutti i residui fecali. (9)

Riguardo a questi argomenti le linee guida di riferimento sono quelle della *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE) e sono datate 2013. Studi e revisioni pubblicate successivamente hanno cercato di indagare ulteriormente quali possano essere le indicazioni dietetiche più adeguate e i preparati più efficaci e tollerati ma senza arrivare ad alcuna conclusione definitiva e unanime.

2.3.2.1. Dieta

I dati in letteratura non sono molti per ciò che concerne la dieta da effettuare i giorni precedenti e in particolare il giorno prima dell'esame. L'*ESGE* comunque raccomanda un regime dietetico povero di fibre per il giorno che precede la colonscopia; infatti in due revisioni sistematiche esaminate che comparavano una dieta liquida (liquidi chiari) con una povera di fibre si è dimostrato che quest'ultima è meglio tollerata dal paziente anche se con risultati leggermente inferiori in termini di pulizia del colon soddisfacente (soprattutto nel colon trasverso). (9) In una recente revisione bibliografica è riportato che l'astensione dai cibi che contengono cereali e da cibi ricchi di fibre nei giorni precedenti l'esame (da 1 a 4 giorni prima) (11) è meglio tollerata se comparata ad una dieta di soli liquidi e non influenza l'efficacia della pulizia finale del colon. (10)

Ai pazienti è permesso in particolare assumere riso, pane e pasta non integrali, carne, pesce, pollo, uova, brodo, succhi di frutta chiari senza polpa, tè, tisane e caffè. Sono invece da evitare cibi come il riso integrale o riso nero, cereali integrali, semi, verdura cotta e cruda e tutta la frutta fresca e secca (come noci e mandorle). (11) Inoltre è importante che il paziente, soprattutto se è anziano o già debilitato, mantenga una adeguata idratazione durante la preparazione per minimizzare possibili effetti avversi dovuti all'assunzione dei preparati lassativi (disidratazione e squilibri idroelettrolitici). (10,14)

In casi particolari dove c'è un alto rischio di pulizia non efficace con la dieta povera di fibre, come per esempio chi soffre di stitichezza o che fa uso di farmaci che rallentano la peristalsi

intestinale, una dieta di soli liquidi chiari sarebbe più appropriata almeno per il giorno che precede l'esame.

2.3.2.2. Preparati lassativi

Per la preparazione intestinale le soluzioni disponibili sono raggruppabili principalmente in:

- Soluzioni a base di polietilenglicole (PEG ad alto e basso volume)
- Catartici salini a base di sodio fosfato (NaP) iperosmolari
- Lassativi e stimolanti (sennosidi, bisacodile, sodio picosolfato e magnesio citrato).

Le soluzioni a base di PEG sono solitamente iso-osmolari; agiscono bloccando l'assorbimento di acqua e sodio e aumentando il volume del contenuto intestinale e la peristalsi. Le possiamo trovare associate ad additivi per migliorarne il gusto salino e favorire così la *compliance* del paziente. Il volume totale di liquidi previsto da questi preparati può essere di 4 L (PEG ad alto volume) o di 2-3 L (PEG a basso volume) se addizionati con ascorbato o bisacodile. (2) A volte in queste soluzioni, come raccomandato dall'ESGE, si può trovare del simeticone il quale riduce la formazione di bolle d'aria nell'intestino che possono impedire una corretta visualizzazione della mucosa. (2,9) L'uso di questi preparati è considerato il *gold standard* in termini di efficacia e sicurezza (2) dal momento che non comportano particolari squilibri idroelettrolitici e il rischio di disidratazione non è elevato (9,11); proprio per questo motivo le soluzioni a base di PEG sono raccomandate in pazienti anziani (14) e in pazienti con insufficienza renale, problemi cardiaci e con malattie del fegato in stato avanzato. (9-11) L'unico problema per queste formulazioni, soprattutto quelle ad alto volume, riguarda la *compliance* limitata del paziente dal momento che comportano spesso effetti collaterali fastidiosi come nausea, vomito, gonfiore e dolore addominale. (2,9,11) Per questo motivo i regimi che prevedono i 2 L di PEG con ascorbato o bisacodile sono ritenute valide alternative in particolare per i pazienti non ricoverati e senza problemi di stipsi. (9,10)

I catartici salini a base di NaP per effetto osmotico aumentano il volume di liquidi intraluminali causando così una distensione intestinale e la successiva evacuazione. (10) Questo tipo di farmaci, sebbene la loro efficacia sia stata dimostrata essere superiore alle soluzioni con PEG e numerosi studi dimostrino una maggiore tolleranza visto che richiedono un volume di liquidi inferiori (13), non possono essere considerati di prima scelta poiché

non sono sicuri. (2,9,10) Infatti con l'assunzione di preparati a base di NaP i pazienti possono riportare come effetti avversi anche una grave ipovolemia, alterazioni idroelettrolitiche (ipersodiemia, iperpotassiemia, ipocalcemia e iperfosfatemia) e una nefropatia acuta da fosfati soprattutto in persone anziane (14) con funzioni renali già compromesse o che assumono farmaci come diuretici, ACE-inibitori e sartani. (2,10) Inoltre provocano alterazioni macro e microscopiche della mucosa intestinale. (2) L'ESGE quindi raccomanda di non utilizzarli di routine per la pulizia del colon ma di farli assumere sotto stretto controllo medico, per evitare gli effetti collaterali dovuto al sodio-fosfato, solo a pazienti che per svariati motivi non tollerano le altre soluzioni. (9) Molto importante per chi assume questo tipo di preparazione è mantenere un'adeguata idratazione. (2)

Tra gli altri lassativi in commercio si possono trovare poi i preparati con magnesio citrato associato al sodio picosolfato che agiscono aumentando il volume intraluminale e stimolando la peristalsi grazie all'aumento della secrezione della colecistochinina. Tali soluzioni prevedono l'assunzione di 2 litri di acqua oltre alla dose catartica e, come effetti collaterali, possono causare ipermagnesemia e alterazioni minori elettrolitiche soprattutto nei pazienti anziani (con più di 60 anni) e già con compromissioni renali o cardiologiche. (2) Il loro uso è meno frequente rispetto ai preparati con PEG anche se a volte risultano meglio tollerati. (10)

2.3.2.3. Modi e tempi di somministrazione dei preparati

Altri due fattori importanti che possono influenzare la qualità della preparazione intestinale sono l'assunzione del preparato in due dosi (*split-dose*) o in dose intera e il tempo che passa dall'ultima somministrazione della soluzione lassativa all'esame vero e proprio.

Con *split-dose* si intende l'assunzione di metà preparato la sera prima dell'esame e l'altra metà restante il mattino stesso. (10) Numerosi studi scientifici hanno dimostrato che la divisione della soluzione lassativa in due dosi non comporta variazioni di efficacia nella pulizia intestinale (anzi a volte la migliora dal momento che il paziente riesce a terminare tutto il preparato) e soprattutto migliora la *compliance* del paziente poiché diminuiscono gli effetti collaterali come nausea, vomito, dolore e gonfiore addominale. In aggiunta a questo tale modalità di assunzione fa sì che il paziente sia maggiormente disponibile a ripetere la preparazione nel caso in cui si debba rifare la colonscopia. (2,9,10,13) Le stesse linee guida

europee ESGE dicono che il regime in *split-dose* (o tutto nello stesso giorno nel caso in cui l'esame si svolga nel pomeriggio) risulta essere una valida alternativa in particolare per i pazienti non ricoverati che provengono dal loro domicilio. (9)

Il tempo che passa dall'ultima assunzione di lassativo all'inizio della colonscopia è un importante elemento che determina la qualità della pulizia intestinale. (10) La raccomandazione dell'ESGE è che questo intervallo debba essere ridotto il più possibile ridotto e che non sia maggiore di 4 ore. (9) È stato infatti dimostrato che, ad ogni ora in più di attesa rispetto alle 4 ore consentite, la possibilità di avere una buona o eccellente pulizia del colon destro decresce di circa il 10% e questo è spiegato dal fatto che l'intestino continua a produrre secrezioni dalla mucosa le quali possono inficiare la corretta visualizzazione del colon da parte dell'endoscopista. (9,10,13)

Anche in caso di colonscopia con anestesia il regime in *split-dose* può essere utilizzato poiché è provato che il rischio di inalazione non aumenta; infatti le stesse linee guida anestesologiche permettono l'assunzione di liquidi chiari fino a due ore prima della procedura, affermazione che è quindi in accordo anche con le tempistiche raccomandate tra l'ultima dose di soluzione e l'esecuzione della colonscopia stessa. (2,9)

3. PREPARAZIONE INTESTINALE INADEGUATA: CAUSE FREQUENTI

La via endoscopica è un'importante modalità per diagnosticare e gestire le malattie dell'apparato gastroenterico e un'elevata qualità in quest'ambito garantisce al paziente una procedura efficace ed appropriata con il minimo rischio. Questo concetto vale soprattutto per la colonscopia che è l'unico esame di screening che permette sia di diagnosticare che intervenire direttamente per rimuovere eventuali polipi o adenomi. (12)

Una colonscopia, per essere considerata di qualità, dovrebbe esaminare tutto il colon nel 95% dei casi, riconoscere e identificare tutte le patologie clinicamente rilevanti, resecare completamente e contestualmente la maggior parte dei polipi colon-rettali, garantire una procedura senza dolore e prevenire o, nel caso in cui si manifestino, trattare eventuali complicanze. (2)

Affinché quindi l'esame risulti efficace e di qualità deve rispondere ai requisiti sopra citati e numerosi sono i fattori che possono influenzarne la buona riuscita e che la letteratura raggruppa in: fattori legati al paziente, fattori legati alla struttura dove avviene l'esame e fattori legati all'operatore. (12)

I fattori che dipendono dalla struttura sono principalmente l'avanguardia e il corretto funzionamento dei macchinari utilizzati e la pulizia, l'igiene e l'adeguatezza degli ambienti dove sono effettuate le procedure diagnostico-interventistiche; mentre con quelli legati all'operatore si fa riferimento alla competenza tecnica e all'esperienza richiesta agli endoscopisti che effettuano l'esame.

Con il fattore che riguarda il paziente, invece, si intende la pulizia intestinale da fare in preparazione all'esame (12). Questa variabile è la più eterogenea e soggettiva dal momento che i pazienti si trovano spesso, soprattutto se provengono dal loro domicilio, a scegliere i preparati da utilizzare e a seguire la dieta prevista in completa autonomia ed è proprio in quest'ambito che gli interventi sono più realizzabili.

3.1. Fattori che predispongono a una preparazione non adeguata

Una pulizia non adeguata del colon si riscontra nel 30% dei pazienti che si sottopongono a colonscopia. Identificare i fattori di rischio di inadeguata toilette intestinale può essere utile sia per poter selezionare i pazienti che richiedono un regime di preparazione più intensivo

sia per cercare delle soluzioni generali che abbiano come obiettivo diminuire il problema. (9) Dalla ricerca bibliografica eseguita sono stati trovati numerosi studi che hanno cercato di indagare questi fattori di rischio e in generale tali cause si possono dividere in due gruppi principali: i fattori legati alla storia medica del paziente e i fattori di rischio legati al paziente stesso. (10)

Le possibili cause legate alla storia medica del paziente comprendono: stipsi cronica, uso cronico di farmaci lassativi, uso di particolari farmaci come triciclici, antidepressivi, oppioidi, calcio antagonisti, l'essere ricoverato, obesità o importante sovrappeso, avere fatto già in passato preparazioni intestinali per la colonscopia che sono poi risultate non essere adeguate, malattie come ictus, demenza, diabete e cirrosi. (5-7,10)

I fattori di rischio di inadeguata preparazione che invece riguardano il paziente stesso sono: sesso maschile, l'età avanzata, un basso livello di istruzione e uno status socio-economico medio/basso, poche conoscenze su quel che riguarda la salute, poca preoccupazione e partecipazione al mantenimento della propria salute, la lingua, il tanto tempo che a volte passa da quando si prende l'appuntamento a quando effettivamente viene eseguita la colonscopia e, molto frequentemente, la non aderenza alle istruzioni fornite per la preparazione sia per un problema di comprensione delle informazioni che per una poca motivazione e sensibilizzazione del paziente. (5,7,9,10)

Tra tutti i fattori di rischio elencati quest'ultimo sulla comprensione delle informazioni e sulla compliance del paziente è il più importante perché eliminandolo o ridimensionandone l'impatto si possono avere numerosi vantaggi tra cui diminuire i tempi delle procedure, aumentare il tasso di resezione degli adenomi, diminuire la probabilità di una procedura incompleta (12) e diminuire i costi che la struttura deve sostenere per ripetere l'esame. (6)

3.2. Indagine conoscitiva nel contesto analizzato

Per poter meglio comprendere quali dei fattori sopra elencati sono riscontrabili anche nell'Azienda ULSS 9 si è ritenuto opportuno indagare più da vicino l'esperienza della preparazione al proprio domicilio dei pazienti che si sottopongono alla colonscopia. A tale proposito, infatti, è stata ideata una intervista guidata da sottoporre ai pazienti prima dell'esecuzione dell'esame per poter capire quali fattori hanno influenzato la pulizia intestinale e come possono essere collegati tra di loro.

Le domande sottoposte ai pazienti (vedi allegato) sono state raggruppate in 3 aree principali: informazioni socio demografiche (sesso, età, professione, livello di istruzione), informazioni sul preparato (di che tipo era, chi l'ha prescritto, come è stato assunto e che effetti collaterali sono stati riscontrati) e informazioni sull'alimentazione e l'idratazione nei giorni precedenti l'esame. Al termine del colloquio il paziente veniva sottoposto all'esame e successivamente l'intervistatore registrava, secondo le modalità in uso (*Adeguata, sufficiente, non sufficiente o non preparato*) il livello di pulizia trovato dall'endoscopista che aveva eseguito la colonscopia.

L'indagine è stata condotta nel periodo tra gennaio 2016 e febbraio 2016 e i pazienti sono stati reclutati giornalmente dalla lista degli appuntamenti programmati. Sono stati esclusi dal campione i pazienti ricoverati nei vari reparti o provenienti da strutture esterne come case di cura, strutture di riabilitazione o case di riposo dal momento che la preparazione alla colonscopia per questi pazienti veniva supportata dal personale sanitario che lavora nelle strutture.

Ad ogni persona intervistata è stato spiegato il motivo del colloquio ed è stato chiesto il consenso orale prima di procedere con le domande sottolineando il fatto che i dati raccolti rimanevano del tutto anonimi.

Inizialmente il campione di pazienti reclutati era 77 (figura 1) ma due persone non hanno dato il consenso per continuare con l'intervista. Il totale di pazienti intervistati è quindi 75 e, di questi, 40 si sottoponevano alla colonscopia per lo screening del cancro colon-rettale.

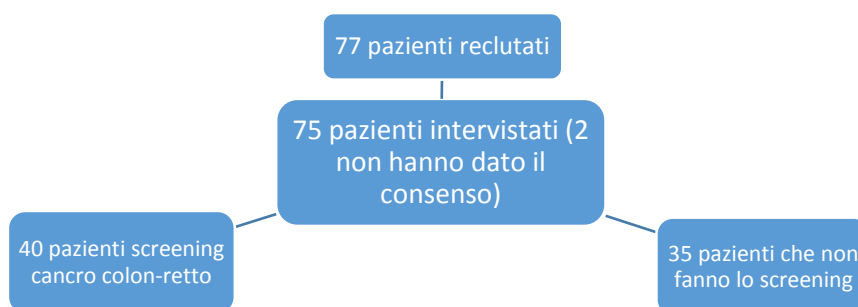


FIGURA 1. RECLUTAMENTO DEI PAZIENTI

3.2.1. Analisi dei dati

L'età media degli intervistati è di 59,8 anni e gli uomini rappresentano il 57,3% del campione mentre le donne il 42,7 %. Solo il 13,4% ha riferito di aver conseguito una laurea mentre

tutti gli altri possiedono un diploma di scuola media superiore (36%) o un livello di istruzione inferiore. (Tabella 1)

| | | N (%) |
|------------------------------|------------|-----------|
| Sesso | | |
| | Uomini | 43 (57,3) |
| | Donne | 32 (42,7) |
| Livello di istruzione | | |
| | Elementari | 10 (13,3) |
| | Medie | 28 (37,3) |
| | Superiori | 27 (36,1) |
| | Laurea | 10 (13,3) |

TABELLA I. INFORMAZIONI DEMOGRAFICHE

Ai pazienti che si sono sottoposti allo screening è stato consegnato dal servizio del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 9 un foglio informativo personalizzato differente da quello utilizzato e fornito dal CUP dell'ospedale, dalla segreteria dell'Endoscopia digestiva o dai vari reparti. Per questo motivo per l'analisi dei dati ricavati con le interviste si ritiene opportuno differenziare i due gruppi dal momento che la loro preparazione è stata influenzata da due modalità informative differenti.

Gli utenti che hanno effettuato la colonscopia non per motivi di screening sono 35 e la maggior parte di essi non era la prima volta che si sottoponevano a tale esame (77,1%). I preparati utilizzati sono stati diversi a seconda delle varie prescrizioni mediche o in alcuni casi preferenze personali ma i due prodotti più citati sono stati ISOCOLAN assunto in dose intera e AGPEG che invece prevedeva la *split-dose*. Nonostante le precedenti esperienze, la preparazione intestinale è risultata insufficiente nel 25,7% del campione intervistato. (Figura 2)

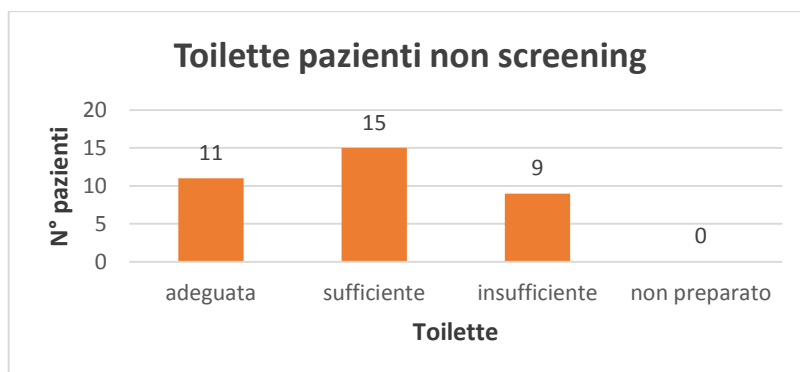


FIGURA 2 TOILETTE PAZIENTI NON SCREENING

Al contrario di quello che si potrebbe pensare, la *compliance* dei pazienti nel terminare le soluzioni nonostante alcuni effetti collaterali dovuti ai vari preparati utilizzati è stata quasi totale (94,3%). Analizzando meglio le interviste fatte ai pazienti risultati non puliti, si è però rilevato che 7 persone su 9 non hanno assunto il preparato o seguito la dieta nei giorni precedenti l'esame nel modo in cui era spiegato sul foglio con tutte le indicazioni per la preparazione. (Tabella 2)

| | | N (%) |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------|
| Prima colon | Si | 8 (22,8) |
| | No | 27 (77,2) |
| Preparato utilizzato | AGPEG | 12 (34,3) |
| | ISOCOLAN | 13 (37,1) |
| | MOVIPREP | 3 (8,6) |
| | SELG | 4 (11,4) |
| | LOVOL-ESSE | 1 (2,9) |
| | Altro | 2 (5,7) |
| Chi l'ha prescritta | Foglio | 2 (5,7) |
| | MMG | 3 (8,6) |
| | Endoscopista | 12 (34,3) |
| | Farmacia | 5 (14,3) |
| | Esperienza personale | 6 (17,1) |
| | Medico | 3 (8,6) |
| Terminata la preparazione | Altro | 4 (11,4) |
| | 100% | 33 (94,3) |
| Da dove informazioni per la soluzione | > 75% | 2 (5,7) |
| | Foglio | 30 (85,7) |
| | Medico | 3 (8,6) |
| Come ha assunto il preparato | Farmacista | 2 (5,7) |
| | Corretto come da foglio | 25 (71,4) |
| | Altro ma corretto | 5 (14,3) |
| | Non corretto | 5 (14,3) |

TABELLA II. DATI RICAVATI DALL'INTERVISTA DEI PAZIENTI CHE SI SONO SOTTOPOSTI ALLA COLONSCOPIA NON PER MOTIVI DI SCREENING: INFORMAZIONI SUL PREPARATO UTILIZZATO

In generale, soffermandosi sull'aspetto dietetico, errori nei cibi scelti i giorni precedenti l'esame sono stati rilevati nel 37% dei casi indagati e questo può indicare una scarsa *compliance* o poca comprensione delle informazioni riportate nei fogli consegnati ai

pazienti. In generale comunque tutti gli intervistati hanno riferito di aver cambiato la loro dieta il giorno prima dell'esame e aver eliminato cereali, frutta e verdura da almeno 2 giorni. Anche dal punto di vista farmacologico, chi prendeva anticoagulanti o antiaggreganti si è rivolto al proprio medico per avere indicazioni più precise e personalizzate sulla sospensione dei farmaci come indicato sulla *brochure* informativa. (Tabella 3)

| | | N (%) |
|----------------------------|------------------------|-----------|
| Abitudini intestinali | Regolare | 22 (62,9) |
| | Stitichezza | 13 (37,1) |
| Dieta | Povera di scorie 3-5gg | 26 (74,3) |
| | Povera di scorie 1-2gg | 2 (5,7) |
| | Liquida | 7 (20) |
| Colazione del giorno prima | Corretto | 31 (88,6) |
| | Non corretta | 4 (11,4) |
| Pranzo del giorno prima | Corretto | 28 (80) |
| | Non corretto | 7 (20) |
| Cena del giorno prima | Corretto | 32 (91,4) |
| | Non corretto | 3 (8,6) |
| Dieta il giorno dell'esame | Corretto | 34 (97,1) |
| | Non corretto | 1 (2,9) |
| Farmaci | Corretto | 17 (48,6) |
| | Non ne assume | 16 (45,7) |
| | Non corretto | 2 (5,7) |
| Idratazione aggiuntiva | Si | 27 (77,2) |
| | No | 8 (22,8) |

TABELLA III. DATI RICAVATI DALL'INTERVISTA DEI PAZIENTI CHE SI SONO SOTTOPOSTI ALLA COLONSCOPIA NON PER MOTIVI DI SCREENING: INFORMAZIONI SU DIETA, IDRATAZIONE E FARMACI

I pazienti che invece hanno fatto la colonscopia per lo screening del cancro al colon-retto sono 40 e la quasi totalità (97,5%) ha utilizzato come soluzione lassativa l'AGPEG dal momento che è l'unico riportato sul foglietto informativo consegnato loro. In questo gruppo di intervistati il 70% era alla loro prima esperienza di colonscopia ma nonostante questo la percentuale di preparazioni insufficiente è inferiore (15%) rispetto ai pazienti che invece avevano già eseguito questo esame. (figura 3)

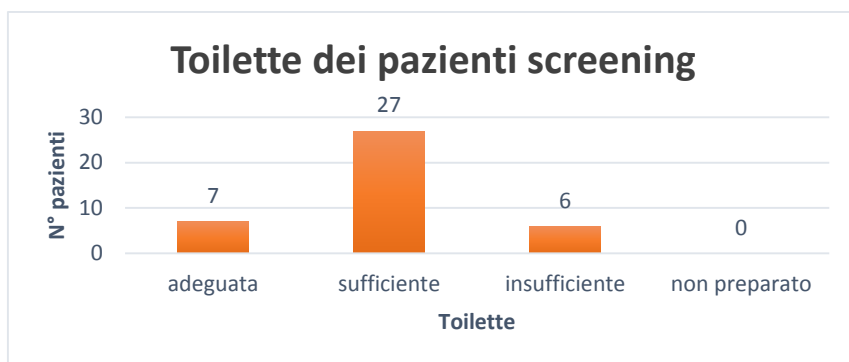


FIGURA 3 TOILETTE PAZIENTI SCREENING

Con l'utilizzo del preparato AGPEG si è riscontrata una buona risposta nell'assunzione di tutti i liquidi previsti (95%) ma nel 20% dei casi non è stato fatto nelle modalità descritte nelle istruzioni (sono stati variati soprattutto gli orari e i tempi di assunzione spesso per motivi di nausea o altri sintomi dovuti ai liquidi ingeriti). (Tabella 4)

| | | N (%) |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------|
| Prima colon | Si | 30 (75) |
| | No | 10 (25) |
| Preparato utilizzato | AGPEG | 39 (97,5) |
| | ISOCOLAN | 1 (2,5) |
| Chi l'ha prescritta | Foglio | 40 (100) |
| Terminata la preparazione | 100% | 38 (95) |
| | > 75% | 2 (5) |
| Da dove informazioni per la soluzione | Foglio | 40 (100) |
| Come ha assunto il preparato | Corretto come da foglio | 31 (77,5) |
| | Indicazione del medico | 1 (2,5) |
| | Non corretto | 8 (20) |

TABELLA IV. DATI RICAVALI DALL'INTERVISTA DEI PAZIENTI CHE SI SONO SOTTOPOSTI ALLA COLONSCOPIA PER MOTIVI DI SCREENING: INFORMAZIONI SUL PREPARATO UTILIZZATO

In quasi tutti i casi di preparazioni non adeguate registrati in questo gruppo di pazienti (5 su 6) ma anche in chi è risultato pulito (37,5% del totale di 40 intervistati) sono stati commessi errori nell'alimentazione del giorno precedente all'esame, soprattutto per il pranzo e la cena, anche se tutti hanno riferito di aver seguito una dieta senza frutta, verdura e cereali per almeno 3 giorni. Altro dato da sottolineare in questo gruppo è che quasi la metà del campione (47,5%) non ha assunto liquidi in più rispetto alla soluzione lassativa prevista aumentando il rischio di disidratazione, soprattutto nel caso di pazienti più anziani.(10,14) (Tabella 5)

| | | N (%) |
|----------------------------|------------------------|-----------|
| Abitudini intestinali | Regolare | 30 (75) |
| | Stitichezza | 10 (25) |
| Dieta | Povera di scorie 3-5gg | 40 (100) |
| Colazione del giorno prima | Corretto | 39 (97,5) |
| | Non corretta | 1 (2,5) |
| Pranzo del giorno prima | Corretto | 28 (70) |
| | Non corretto | 12 (30) |
| Cena del giorno prima | Corretto | 36 (90) |
| | Non corretto | 4 (10) |
| Dieta il giorno dell'esame | Corretto | 39 (97,5) |
| | Non corretto | 1 (2,5) |
| Farmaci | Corretto | 19 (47,5) |
| | Non ne assume | 21 (52,5) |
| Idratazione aggiuntiva | Si | 21 (52,5) |
| | No | 19 (47,5) |

TABELLA V. DATI RICAVATI DALL'INTERVISTA DEI PAZIENTI CHE SI SONO SOTTOPOSTI ALLA COLONSCOPIA PER MOTIVI DI SCREENING: INFORMAZIONI SU DIETA, IDRATAZIONE E FARMACI

In generale quindi, nel 20% dei 75 pazienti intervistati è stata rilevata una toilette intestinale insufficiente ed è un dato in linea con quelli riferiti precedentemente dal personale dell'endoscopia digestiva (colonscopie del 2014 e del 2015) e dalla letteratura. Come analizzato precedentemente i fattori che possono portare a una pulizia non corretta sono numerosi ma solo su alcuni si possono pensare degli interventi specifici. Infatti per quanto riguarda i preparati da utilizzare e, di conseguenza, le modalità di assunzione (dose intera o *split-dose*) la decisione viene presa spesso dal medico che li prescrive e che li personalizza in base alle caratteristiche del paziente. L'aspetto su cui invece si può fare la differenza è sicuramente quello educativo visto che gli errori che sono stati commessi dai pazienti erano legati principalmente a una non corretta interpretazione delle informazioni date o a una non totale aderenza ad esse.

4. OBIETTIVO

Dopo aver analizzato, sia grazie alla ricerca bibliografica che all'indagine condotta nel contesto preso in esame, i motivi per cui la toilette intestinale risulta non soddisfacente e aver visto che quello di maggior impatto anche nella nostra realtà è l'aspetto educativo del paziente, attraverso questo lavoro di tesi ci si propone quindi di trovare delle soluzioni e delle strategie tra quelle suggerite dalla letteratura e adattabili al contesto analizzato affinché i numeri di colonscopie da ripetere diminuisca, con vantaggi e riscontri positivi sia per il paziente (non deve ripetere la preparazione, aumenta la probabilità che tutti i polipi e adenomi vengano rimossi) sia per l'Azienda (diminuzione sensibile dei costi).

5. STRATEGIA

Come si è visto la comprensione delle informazioni sulla preparazione intestinale e la *compliance* del paziente sono due fattori che influiscono molto su una preparazione intestinale non adeguata (11) ma al tempo stesso sono due problematiche che danno ampio margine di intervento.

L'educazione del paziente è considerata un aspetto molto importante nell'assicurare una adeguata *compliance* (11) e una diminuzione dell'ansia in chi deve eseguire la colonscopia (3,15); ed è proprio per questi motivi che deve essere implementata. Numerosi studi hanno cercato di testare diversi programmi e metodi educativi che rispondessero a quelle che sono le linee guida dell'ESGE le quali raccomandano che il personale sanitario deve dare al paziente informazioni sia orali che scritte sulla preparazione intestinale. (9) Tra gli esempi analizzati in letteratura che hanno dimostrato la loro efficacia in termini di miglioramento della qualità della pulizia intestinale possiamo infatti trovare, oltre a un colloquio di persona con un infermiere o con personale sanitario appositamente formato, l'utilizzo di video educativi (7,16), colloqui con il medico gastroenterologo (17), fogli informativi correlati da immagini e fumetti (13,18), telefonate il giorno prima dell'esame che ricordano le istruzioni da seguire (8,19,20) e SMS con un memorandum delle istruzioni ricevute nel colloquio al momento di prendere l'appuntamento. (8)

Tutte le proposte suggerite dalla letteratura sono ugualmente valide per implementare l'educazione del paziente e migliorarne la *compliance*; ma nello specifico contesto trevigiano alcune di esse non sono praticabili. L'utilizzo di un video sarebbe economicamente favorevole all'azienda (si ridurrebbero anche i costi di carta stampata) ma richiederebbe un collegamento ad Internet e la capacità di utilizzare il web che molte persone, soprattutto anziani, non hanno; allo stesso modo gli SMS non potrebbero raggiungere l'intera popolazione dal momento che ad oggi non tutti posseggono un cellulare o non lo sanno usare per la messaggistica. Un colloquio con un gastroenterologo o le telefonate i giorni precedenti l'esame comporterebbero, invece, per l'azienda un aumento dei costi poiché servirebbe del personale aggiuntivo preposto ad assolvere tali incarichi. Un aggiornamento e un'implementazione con immagini e schemi del foglio, che viene consegnato ai pazienti, con le istruzioni da seguire per la preparazione risulta essere in ultima analisi la soluzione migliore per la nostra realtà trevigiana dal momento che non comporta un incremento dei costi per l'azienda e permette di raggiungere tutti i pazienti che si sottopongono alla colonscopia.

Attualmente Azienda ULSS 9 di Treviso l'aspetto educativo varia a seconda del motivo per cui il paziente si sottopone alla colonscopia. Infatti, nel caso in cui l'esame venga richiesto per lo screening del cancro al colon-retto dopo un esito positivo del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, il Dipartimento di Prevenzione provvede a contattare telefonicamente il paziente per prendere l'appuntamento e spiegare a voce come si dovrà preparare all'esame; successivamente il paziente riceve per posta al proprio domicilio (o può andare di persona all'ufficio preposto) il foglietto illustrativo personalizzato che spiega dettagliatamente giorno per giorno cosa il paziente deve fare e mangiare in preparazione all'esame. Se invece l'appuntamento viene preso dal paziente al Centro Unico Prenotazioni le spiegazioni sulla preparazione all'esame vengono date dall'operatore e la *brochure* con le informazioni scritte non personalizzate viene consegnata in quell'occasione o può essere ritirata in segreteria degli ambulatori di Endoscopia Digestiva, dove si possono richiedere, anche telefonicamente, chiarimenti o spiegazioni aggiuntive.

Alla luce di tali differenze all'interno dell'Azienda, il lavoro di revisione e aggiornamento della *brochure* informativa sulla preparazione alla colonscopia assume un significato aggiuntivo dal momento che permetterà di unificare e rendere uguale per tutti i servizi il modello informativo da utilizzare.

6. FASI PROGETTUALI

Per poter realizzare e inserire nella pratica quotidiana un nuovo documento informativo è necessario prima di tutto capire, grazie a una ricerca bibliografica (**fase 1**), quali sono le indicazioni più recenti che la letteratura ci fornisce per quanto riguarda la corretta informazione e la stesura di una *brochure* e successivamente rilevare con un'intervista guidata (**fase 2**) quali sono le problematiche che i pazienti riscontrano nell'utilizzo dei fogli informativi che ora vengono consegnati dall'Azienda.

Una volta raccolti questi dati sarà possibile poi redigere il nuovo strumento informativo con le istruzioni per la preparazione intestinale (**fase 3**). In una fase successiva tale documento verrà poi presentato e fatto leggere ad un campione di persone (**fase 4**) le quali esprimeranno il loro parere e le loro perplessità riguardo la chiarezza di ciò che viene spiegato nel foglio.

Dopo eventuali modifiche, la *brochure* verrà presentata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda ULSS 9 di Treviso (**fase 5**) per la fase di verifica e approvazione.

Solo dopo tale approvazione sarà possibile iniziare una sperimentazione (**fase 6**) della durata di 6 mesi, durante la quale il nuovo strumento informativo sarà consegnato ai pazienti che si sottoporranno alla colonscopia nell'ospedale Ca' Foncello di Treviso. Al termine di questo periodo di prova si provvederà, con una nuova intervista guidata (**fase 7**), a sentire cosa ne pensano i pazienti della nuova *brochure* informativa e a vedere se le percentuali di preparazioni inadeguate sono diminuite.

Se la valutazione finale sarà positiva (**fase 8**) il nuovo strumento informativo potrà essere utilizzato quotidianamente in Azienda (**fase 9**).

Nel diagramma di Gantt in allegato (Allegato IV) vengono esplicitate le fasi del progetto e i relativi tempi ipotizzati per la sua realizzazione.

7. REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

7.1. FASE 1: Revisione della letteratura: Corretta informazione

Per condurre la ricerca bibliografica sono state interrogate le seguenti banche dati: *Sistema Nazionale Linee Guida e PUBMED*. Nella prima banca dati è stata fatta una ricerca manuale tra le linee guida presenti ed è stato selezionato 1 solo documento. Le parole chiave utilizzate nella ricerca su PUBMED invece sono state “*Colonoscopy pamphlets preparation*” e di 4 documenti trovati ne sono stati selezionati 3.

I materiali informativi che vengono consegnati al paziente (lettere d’invito, *brochure*, pieghevoli...), soprattutto in ambito sanitario, devono essere di buona qualità e sufficientemente chiari per tutta la popolazione a cui sono rivolti. (2)

È dimostrato che il livello di *Health literacy*, ossia le abilità cognitive e sociali che permettono a un individuo di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e preservare la propria salute, e il benessere della persona sono due concetti intimamente legati. Infatti un basso livello di *health literacy* influenza negativamente anche lo stato di salute perché la persona non se ne occupa come dovrebbe visto che non conosce le motivazioni che stanno alla base di determinati comportamenti. Per questo motivo è importante elaborare del materiale informativo che sia comprensibile e semplice anche per chi non ha un livello di istruzione e *health literacy* elevato affinché si possa migliorarne lo stato di salute e rendergli accessibili i servizi sanitari. (2)

Secondo numerosi studi e linee guida la comunicazione scritta sanitaria deve rispondere a dei precisi requisiti qualitativi e grafici; in particolare deve essere breve, chiara, aggiornata e basata sulle prove di letteratura, pertinente e graficamente accurata nelle immagini e nel testo. In particolare per quanto riguarda il testo è richiesto l’uso di termini comprensibili, frasi in forma attiva, vanno evitate le sigle, gli stereotipi e termini in lingua straniera o troppo tecnico-specialistici. In aggiunta a tutto ciò è fondamentale identificare bene i destinatari della comunicazione scritta e coinvolgerli, per quanto possibile, nella pianificazione del testo. (2)

7.2. FASE 2: Intervista ai pazienti

Per rimanere in linea con quanto suggerisce la letteratura sul coinvolgimento dei destinatari del testo scritto, si è ritenuto opportuno, per poter aggiornare e rivedere il foglio informativo

sulla toilette intestinale per la colonscopia, sentire l'opinione dei pazienti che hanno utilizzato uno dei due fogli attualmente in uso in ULSS 9.

A questo proposito, in occasione del colloquio per conoscere l'esperienza dei pazienti sulla preparazione intestinale, sono state poste anche delle domande sulla chiarezza delle informazioni scritte sui fogli consegnati loro per guidarli nelle azioni da compiere (assunzione del preparato, dieta, farmaci...) i giorni precedenti all'esame. Inoltre è stato chiesto agli intervistati se avessero eventuali suggerimenti per migliorare la presentazione e il contenuto della *brochure* che avevano utilizzato.

Come nella precedente analisi delle interviste, anche in questo caso i pazienti sono stati divisi nei due gruppi (screening e non screening) poiché i fogli informativi utilizzati sono molto differenti soprattutto nel livello di personalizzazione delle informazioni.

Dei 40 pazienti intervistati che hanno fatto la colonscopia per motivi di screening, il 95% ha ricevuto la *brochure* direttamente a domicilio tramite il servizio postale e il 10% ha reputato le informazioni scritte non sufficientemente chiare. Per quanto riguarda gli altri 35 pazienti del campione, la quasi totalità riferisce di aver ricevuto il foglio al CUP dell'ospedale o alla segreteria degli ambulatori di Endoscopia Digestiva e per il 14,3 % di loro tali opuscoli non erano abbastanza chiari. (Tabella 6)

| SCREENING | | |
|--|------------|-----------|
| | | N (%) |
| Dove ha reperito il foglio? | Posta | 38 (95) |
| | Internet | 2 (5) |
| Le informazioni erano abbastanza chiare? | Si | 36 (90) |
| | No | 4 (10) |
| NON SCREENING | | |
| | | N (%) |
| Dove ha reperito il foglio? | CUP | 20 (57,1) |
| | Endoscopia | 14 (40) |
| | Reparto | 1 (2,9) |
| Le informazioni erano abbastanza chiare? | Si | 30 (85,7) |
| | No | 5 (14,3) |

TABELLA VI. INFORMAZIONI SUL FOGLIO ILLUSTRATIVO

In seguito è stato chiesto ai pazienti se avessero qualsiasi suggerimento utile per poter migliorare l'informazione e la comprensione delle notizie riportate sui due fogli informativi in esame e circa il 50% di tutto il campione intervistato ha fornito dei consigli che sono stati poi raggruppati nella seguente tabella. (Tabella 7)

| Suggerimenti per il foglio di screening | |
|--|----|
| | N* |
| Renderlo più schematico anche graficamente | 8 |
| Spiegare se si può bere acqua in più | 2 |
| Elenco dettagliato dei cibi permessi e non permessi | 6 |
| Cibi specificati con delle immagini | 1 |
| Specificare bene cosa si può mangiare il giorno prima dell'esame a colazione | 1 |
| Specificare bene gli orari di quando iniziare a prendere la soluzione | 2 |
| Rassicurare che non è un esame doloroso e che viene fatta una leggera sedazione | 1 |
| Non scrivere le complicanze perché possono aumentare l'ansia del paziente | 1 |
| Essere meno ripetitivi (viene scritto due volte come prendere la soluzione) | 1 |
| Essere più concisi, c'è troppo testo | 2 |
| Suggerimenti per il foglio consegnato dall'ospedale | |
| | N* |
| Scrivere come si devono avere le feci alla fine della preparazione | 3 |
| Specificare bene cosa si può e cosa non si può mangiare | 3 |
| Maggiori informazioni per le persone in terapia con anticoagulanti e antidiabetici | 2 |
| Sottolineare l'importanza della dieta fatta nel modo corretto | 1 |
| Sottolineare l'importanza di essere ben puliti | 1 |
| Scrivere in dialetto | 1 |
| Sistemare la contraddizione sulla cena (non mangiare per 24 ore cibi solidi ma dicono che si può pranzare) | 5 |
| Fare un foglio singolo per ogni preparato e non tutti insieme perché si rischia di fare confusione | 1 |
| Essere meno discorsivo e più puntuale | 1 |
| Specificare meglio come preparare e quando bere la soluzione | 3 |
| Dire se si devono bere liquidi in più oltre al preparato | 1 |
| * Numero di persone che hanno fatto l'affermazione | |

TABELLA VII. SUGGERIMENTI DEGLI INTERVISTATI PER MIGLIORE I FOGLI INFORMATIVI IN USO ATTUALMENTE

Come si può notare la specificità dei cibi o più in generale della dieta da seguire il giorno prima dell'esame è una necessità percepita da entrambi i gruppi intervistati, così come la semplificazione e puntualizzazione delle informazioni anche graficamente. Inoltre, soprattutto da parte di chi ha utilizzato il foglio consegnato dall'ospedale e che magari ha avuto già in passato esperienza di questo esame, viene richiesta una sorta di "introduzione" sulla colonscopia e sull'importanza della corretta pulizia intestinale perché in questa *brochure* non viene sufficientemente sottolineato e aumenta così il rischio di avere preparazioni non corrette.

7.3. FASE 3: Elaborazione del nuovo strumento informativo

L'elaborazione di un nuovo foglio informativo da proporre all'Azienda si è dimostrata essere la soluzione più efficace al problema analizzato in questo lavoro di tesi. La *brochure* informativa è stampabile sia a colori che in bianco e nero e sono state inserite immagini ed elenchi puntati per poter facilitare la comprensione.

Come richiesto esplicitamente dai pazienti è stata realizzata una prima parte introduttiva sulla colonscopia dove si possono trovare risposte alle domande che più frequentemente insorgono in previsione dell'esame, cioè: Cos'è la colonscopia? Come avviene l'esame? Sentirò dolore? Come mi preparo all'esame? Quali sono gli effetti collaterali più comuni? Perché è importante la pulizia intestinale?

Successivamente è stata data notevole importanza alla dieta esplicitando con un elenco abbastanza specifico e completo i cibi che sono permessi e quelli che non lo sono nei giorni precedenti l'esame. Nella sezione seguente della *brochure* viene descritta precisamente con un elenco puntato la dieta specifica per il giorno prima dell'esame e cosa il paziente deve fare la mattina (o pomeriggio) dell'appuntamento.

Nell'ultima parte del nuovo strumento informativo è stato dedicato uno spazio alla terapia farmacologica del paziente seguito dalla descrizione di come dovrebbero essere le feci al termine della preparazione intestinale. Inoltre sono stati riportati tutti i numeri e i contatti per avere maggiori informazioni o eventuali chiarimenti.

In questa *brochure* non è stata descritta la modalità di assunzione del preparato scelto principalmente per motivi di spazio e impaginazione. Sono stati quindi realizzati dei fogli appositi con la spiegazione di come assumere il preparato prescritto. Tali documenti, in linea con la richiesta dei pazienti di non avere le informazioni di molti preparati sullo stesso foglio, sono stati pensati in due differenti formati: A4 con le istruzioni di soli due preparati su un foglio e A5 con un singolo lassativo per foglio. Questa scelta è supportata anche dal fatto che, come suggeriscono le linee guida (9,10), il preparato lassativo da utilizzare lo deve prescrivere il medico in base alla persona e alle sue condizioni di salute; quindi anche il foglio con le istruzioni può essere dedicato al solo preparato che interessa al paziente. La scelta dell'utilizzo del formato A4 o A5 verrà poi valutata in base alle esigenze dell'azienda.

Come per la *brochure*, anche nei fogli che descrivono l'assunzione dei preparati sono stati utilizzati schemi e immagini per rendere più chiare e puntuali le informazioni.

In tutti i documenti realizzati sono stati predisposti degli spazi in corrispondenza delle date in cui effettuare la preparazione che verranno compilati al momento della consegna del foglio al paziente; questo accorgimento permette di personalizzare e diminuire gli errori nella preparazione.

7.4. FASE 4: Valutazione dei nuovi documenti

Come raccomandato dalle linee guida (2), è importante coinvolgere i destinatari degli strumenti informativi nella loro realizzazione. A questo proposito sono stati consegnati e sottoposti i nuovi fogli informativi ad un campione di 10 persone (5 uomini e 5 donne) con età superiore o uguale ai 50 anni (età di riferimento per lo screening per il tumore al colon retto) ed è stato chiesto loro di esprimere un'opinione personale in merito alla chiarezza delle informazioni lette ed eventuali possibili modifiche per migliorare sia dal punto di vista grafico che di contenuti la *brochure* e i fogli dei preparati.

In linea generale le informazioni sono state ritenute molto chiare e spiegate in modo semplice da tutto il campione di persone intervistate. Il problema principale sottolineato da quasi tutti gli intervistati è stata la grandezza del testo, ritenuto in alcune sezioni (ad esempio la prima parte con le domande) troppo piccolo, e l'utilizzo in alcuni casi di termini medici troppo specifici. Inoltre è stato chiesto di esplicitare con un breve elenco quali sono i FANS nella sezione dedicata ai farmaci che i pazienti prendono.

7.5.FASE 5: Presentazione all'URP

Dopo aver corretto la nuova *brochure* alla luce dei suggerimenti ricevuti dal campione di persone intervistate, in data 10 marzo 2016 i nuovi strumenti informativi sono stati consegnati alla responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda ULSS 9 di Treviso per la loro verifica e approvazione.

8. CONCLUSIONI

L'aspetto educativo del paziente sulla preparazione intestinale a domicilio è risultato essere l'elemento chiave per poter far fronte alla problematica delle toilette non adeguate.

Il progetto realizzato per poter introdurre e implementare la nuova *brochure* nella pratica quotidiana dell'Azienda prevede 9 fasi di cui 5 sono già state realizzate in questo lavoro di tesi. Una volta che i nuovi strumenti informativi verranno verificati e approvati dall'URP sarà possibile avviare la sperimentazione di 6 mesi, periodo in cui i pazienti che effettueranno una colonscopia presso l'ospedale Ca' Foncello di Treviso riceveranno la nuova *brochure* e il foglio del preparato prescritto per la preparazione intestinale a domicilio. Al termine del periodo di prova previsto, dovrà essere effettuata una rivalutazione dell'esperienza dei pazienti con l'intervista guidata utilizzata nella seconda fase del progetto. Con i dati raccolti sarà possibile poi effettuare un confronto delle esperienze e dei numeri di toilette intestinali non adeguate. Se la valutazione finale verrà ritenuta positiva i nuovi strumenti informativi potranno entrare a regime e sostituire definitivamente quelli attualmente in uso.

Questa revisione delle informazioni e della grafica in termini di chiarezza e completezza fa parte di un progetto più ampio, che vede interessato l'URP, il quale si pone come obiettivo quello di rivalutare le informazioni fornite ai pazienti in preparazione a varie tipologie di esami diagnostici. Tale proposito a sua volta può essere considerato il primo passo, in previsione della nascita dell'Azienda provinciale, per standardizzare e rendere uguale in tutte le realtà sanitarie della provincia il materiale informativo utilizzato.

9. BIBLIOGRAFIA

- (1) Ministero della Salute, Gruppo di lavoro AIOM e AIRTUM. I numeri del cancro in Italia 2015. 2015.
- (2) Regione Toscana: Mantellini P., Cavazza E. e altri. SNLG-Regioni – Linee guida di prevenzione oncologica - Percorsi organizzativi e diagnostici. 2015.
- (3) Cancer Council Australia Colonoscopy, Surveillance Working Party. Clinical Practice Guidelines for Surveillance Colonoscopy – in adenoma follow-up; following curative resection of colorectal cancer; and for cancer surveillance in inflammatory bowel disease. . Cancer Council Australia, Sydney 2011 Dicembre 2011.
- (4) Manfè A. Z., Marchesini M. Patologie coliche. Chirurgia e rischio clinico per le professioni sanitarie. 1st ed. Padova: Cleup; 2013. p. 179.
- (5) Wexner SD, Beck DE, Baron TH, Fanelli RD, Hyman N, Shen B, et al. A consensus document on bowel preparation before colonoscopy: prepared by a task force from the American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), the American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), and the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). *Gastrointest Endosc* 2006 Jun;63(7):894-909.
- (6) Yee R, Manoharan S, Hall C, Hayashi A. Optimizing bowel preparation for colonoscopy: what are the predictors of an inadequate preparation? *The American Journal of Surgery* 2015 5;209(5):787-792.
- (7) Prakash SR, Verma S, McGowan J, Smith BE, Shroff A, Gibson GH, et al. Improving the quality of colonoscopy bowel preparation using an educational video. *Can J Gastroenterol* 2013 Dec;27(12):696-700.
- (8) Lee YJ, Kim ES, Choi JH, Lee KI, Park KS, Cho KB, et al. Impact of reinforced education by telephone and short message service on the quality of bowel preparation: a randomized controlled study. *Endoscopy* 2015 Jul 16.
- (9) Hassan C, Bretthauer M, Kaminski MF, Polkowski M, Rembacken B, Saunders B, et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy* 2013;45(2):142-150.
- (10) Sweetser S, Baron TH. Optimizing bowel cleansing for colonoscopy. *Mayo Clin Proc* 2015 Apr;90(4):520-526.
- (11) Hong KH, Lim YJ. Prerequisites of colonoscopy. *Clin Endosc* 2014 Jul;47(4):324-329.
- (12) Atia MA, Ramirez FC, Gurudu SR. Quality monitoring in colonoscopy: Time to act. *World J Gastrointest Endosc* 2015 Apr 16;7(4):328-335.

- (13) Parra-Blanco A, Ruiz A, Alvarez-Lobos M, Amoros A, Gana JC, Ibanez P, et al. Achieving the best bowel preparation for colonoscopy. *World J Gastroenterol* 2014 Dec 21;20(47):17709-17726.
- (14) ASGE Standards of Practice Committee, Chandrasekhara V, Early DS, Acosta RD, Chathadi KV, Decker GA, et al. Modifications in endoscopic practice for the elderly. *Gastrointest Endosc* 2013 Jul;78(1):1-7.
- (15) Shaikh AA, Hussain SM, Rahn S, Desilets DJ. Effect of an educational pamphlet on colon cancer screening: a randomized, prospective trial. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2010 Apr;22(4):444-449.
- (16) Hsueh F, Wang H, Sun C, Tseng C, Han T, Hsiao S, et al. The effect of different patient education methods on quality of bowel cleanliness in outpatients receiving colonoscopy examination. *Applied Nursing Research* 2014 5;27(2):e1-e5.
- (17) Shieh TY, Chen MJ, Chang CW, Hung CY, Hu KC, Kuo YC, et al. Effect of physician-delivered patient education on the quality of bowel preparation for screening colonoscopy. *Gastroenterol Res Pract* 2013;2013:570180.
- (18) Tae JW, Lee JC, Hong SJ, Han JP, Lee YH, Chung JH, et al. Impact of patient education with cartoon visual aids on the quality of bowel preparation for colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2012 10;76(4):804-811.
- (19) Liu X, Luo H, Zhang L, Leung FW, Liu Z, Wang X, et al. Telephone-based re-education on the day before colonoscopy improves the quality of bowel preparation and the polyp detection rate: a prospective, colonoscopist-blinded, randomised, controlled study. *Gut* 2014 Jan;63(1):125-130.
- (20) Sondhi AR, Kurlander JE, Waljee AK, Saini SD. A Telephone-Based Education Program Improves Bowel Preparation Quality in Patients Undergoing Outpatient Colonoscopy. *Gastroenterology* 2015 3;148(3):657-658.

10. ALLEGATI

- I. Ricerca bibliografica**
- II. Tabella di comparazione degli articoli**
- III. Traccia per l'intervista guidata**
- IV. Diagramma di Gantt**
- V. Nuova *brochure* informativa**
- VI. Fogli informativi sui preparati**

REPORT RICERCA BIBLIOGRAFICA

| RICERCA | BANCA DATI | PAROLE CHIAVE | NUMERO DOCUMENTI | DOCUMENTI SELEZIONATI |
|-------------------|--|--|------------------|---|
| Linee Guida | Sistema Nazionale Linee Guida | Ricerca interna | 5 | 1. Linee guida nazionali: cancro del colon retto. 2002 2. Tumori del colon-retto; REGIONE PIEMONTE: COR - Commissione oncologica regionale e CPO - Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica in Piemonte - Linee guida clinico organizzative per la Regione Piemonte 3. Linee guida di prevenzione oncologica - Percorsi diagnostico terapeutici – 2015; REGIONE TOSCANA. Linea guida |
| | National Guideline Clearinghouse | colonoscopy education bowel preparation | 16 | 4. Clinical practice guidelines for surveillance colonoscopy — in adenoma follow-up; following curative resection of colorectal cancer; and for cancer surveillance in inflammatory bowel disease. 2011 Dec. NGC:010132 5. Cancer Council Australia - Disease Specific Society Gastrointest Endosc. 2013 Jul;78(1):1-7. doi: 10.1016/j.gie.2013.04.161. Epub 2013 May 9. Modifications in endoscopic practice for the elderly. ASGE Standards of Practice Committee, Chandrasekhara V, Early DS, Acosta RD, Chathadi KV, Decker GA, Evans JA, Fanelli RD, Fisher DA, Foley KQ, Fonkalsrud L, Hwang JH, Jue T, Khashab MA, Lightdale JR, Muthusamy VR, Pasha SF, Saltzman JR, Sharaf R, Shergill AK, Cash BD. |
| | “ | Colonoscopy bowel preparation | 35 | 6. A consensus document on bowel preparation before colonoscopy: prepared by a task force from the American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), the American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), and the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). Gastrointest Endosc. 2006 Jun;63(7):894-909. |
| | Canadian Medical Association | colonoscopy education bowel preparation | 0 | / |
| | | colonoscopy bowel preparation | 0 | / |
| | | colonoscopy education preparation | 0 | / |
| | | colonoscopy preparation | 0 | / |
| | | colonoscopy | 5 | 7. Guideline for colonoscopy quality assurance in Ontario 2013-Sept ; Cancer Care Ontario's Program in Evidence-based Care |
| | Scottish Intercollegiate Guidelines Network | Ricerca interna | 144 | 0 |
| | New Zeland Guideline Group | colonoscopy education bowel preparation | 1 | 8. Management of Early Colorectal Cancer; 2 june 2011 |
| | National Health and Medical Research Council | colonoscopy education bowel preparation | 0 | |
| | | colonoscopy bowel preparation | 0 | |
| | | colonoscopy education preparation | 0 | |
| | | colonoscopy preparation | 0 | |
| | | colonoscopy | 0 | |
| | Canadian Task Force on Preventive Health Care | colonoscopy | 4 | 0 |
| | US- Preventive Services Task Force | colonoscopy education bowel preparation | 0 | |
| | | colonoscopy bowel preparation | 2 | 9. Screening for Colorectal Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement; 2008 |
| | National Clinic Guideline Center | colonoscopy education bowel preparation | 2 | 0 |
| | icsi | Ricerca interna | 1 | 0 |
| | European society of Gastrointestinal Endoscopy | Ricerca interna | 3 | 10. ESGE Guideline: Bowel preparation for colonoscopy Endoscopy 2013; 45: 142-150 |
| Review | cochrane | Colonoscopy; review | 12 | 0 |
| Protocol | Cochrane | Colonoscopy; protocol | 4 | 11. Bowel preparation for colonoscopy (Protocol) Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. |
| Linee guida | Pubmed | colonoscopy education bowel preparation; guideline | 1 | 0 |
| Systematic Review | Pubmed | colonoscopy education bowel preparation; sistematic review | 1 | 0 |
| Meta-analysis | Pubmed | colonoscopy education bowel preparation; meta-analysis | 0 | |

| RICERCA | BANCA DATI | PAROLE CHIAVE | NUMERO DOCUMENTI | DOCUMENTI SELEZIONATI |
|-----------------------------|------------|--|------------------|--|
| Review | Pubmed | colonoscopy education bowel preparation; review; dal 01/01/2012 al 22/10/2015 | 11 | <p>12. Quality monitoring in colonoscopy: Time to act., Atia MA, Ramirez FC, Gurudu SR. <i>World J Gastrointest Endosc.</i> 2015 Apr 16;7(4):328-35. doi: 10.4253/wjge.v7.i4.328. Review.</p> <p>13. Optimizing bowel preparation for colonoscopy: what are the predictors of an inadequate preparation? Ruby Yee, B.Sc.a.*, Shiana Manoharan, B.Sc.a, Christine Hall, M.D., F.R.C.P.b, Allen Hayashi, M.D., F.R.C.S. (C)</p> <p>14. Optimizing bowel cleansing for colonoscopy. Sweetser S, Baron TH. <i>Mayo Clin Proc.</i> 2015 Apr;90(4):520-6. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.01.015. Review.</p> <p>15. Advances in bowel preparation for colonoscopy. Cohen LB. <i>Gastrointest Endosc Clin N Am.</i> 2015 Apr;25(2):183-97. doi: 10.1016/j.giec.2014.11.003. Epub 2015 Jan 9. Review.</p> <p>16. Effectiveness, training and quality assurance of colonoscopy screening for colorectal cancer. Robertson DJ, Kaminski MF, Bretthauer M. <i>Gut.</i> 2015 Jun;64(6):982-90. doi: 10.1136/gutjnl-2014-308076. Epub 2015 Mar 24. Review.</p> <p>17. Achieving the best bowel preparation for colonoscopy. Parra-Blanco A, Ruiz A, Alvarez-Lobos M, Amorós A, Gana JC, Ibáñez P, Ono A, Fujii T. <i>World J Gastroenterol.</i> 2014 Dec 21;20(47):17709-26. doi: 10.3748/wjg.v20.i47.17709. Review.</p> <p>18. Prerequisites of colonoscopy. Hong KH, Lim YJ. <i>Clin Endosc.</i> 2014 Jul;47(4):324-9. doi: 10.5946/ce.2014.47.4.324. Epub 2014 Jul 28. Review.</p> <p>19. Optimal bowel preparation--a practical guide for clinicians. Rex DK. <i>Nat Rev Gastroenterol Hepatol.</i> 2014 Jul;11(7):419-25. doi: 10.1038/nrgastro.2014.35.</p> |
| Randomized controlled trial | pubmed | colonoscopy education bowel preparation; Randomized controlled trial; dal 01/01/2012 al 22/10/2015 | 7 | <p>20. Improving the quality of colonoscopy bowel preparation using an educational video. Prakash SR, Verma S, McGowan J, Smith BE, Shroff A, Gibson GH, Cheng M, Lowe Ii D, Gopal K, Mohanty SR. <i>Can J Gastroenterol.</i> 2013 Dec;27(12):696-700.</p> <p>21. A clear liquid diet is not mandatory for polyethylene glycol-based bowel preparation for afternoon colonoscopy in healthy outpatients. Jung YS, Seok HS, Park DI, Song CS, Kim SE, Lee SH, Eun CS, Han DS, Kim YS, Lee CK. <i>Gut Liver.</i> 2013 Nov;7(6):681-7. doi: 10.5009/gnl.2013.7.6.681. Epub 2013 Aug 14.</p> <p>22. Time for individualized colonoscopy bowel-prep regimens? A randomized controlled trial comparing sodium picosulphate and magnesium citrate versus 4-liter split-dose polyethylene glycol. Voiosu T, Ratiu I, Voiosu A, Iordache T, Schipor A, Baicus C, Sporea I, Voiosu R. <i>J Gastrointest Liver Dis.</i> 2013 Jun;22(2):129-34.</p> <p>23. Telephone-based re-education on the day before colonoscopy improves the quality of bowel preparation and the polyp detection rate: a prospective, colonoscopist-blinded, randomised, controlled study. Liu X, Luo H, Zhang L, Leung FW, Liu Z, Wang X, Huang R, Hui N, Wu K, Fan D, Pan Y, Guo X. <i>Gut.</i> 2014 Jan;63(1):125-30. doi: 10.1136/gutjnl-2012-304292. Epub 2013 Mar 16.</p> <p>24. Impact of patient education with cartoon visual aids on the quality of bowel preparation for colonoscopy. Tae JW, Lee JC, Hong SJ, Han JP, Lee YH, Chung JH, Yoon HG, Ko BM, Cho JY, Lee JS, Lee MS. <i>Gastrointest Endosc.</i> 2012 Oct;76(4):804-11. doi: 10.1016/j.gie.2012.05.026. Epub 2012 Jul 27.</p> |
| Altri studi e documenti | pubmed | colonoscopy education bowel preparation; dal 01/01/2012 al 22/10/2015; escluso: linee guida, systematic review, meta-analysis, review, randomized controlled trial | 39 | <p>25. Impact of reinforced education by telephone and short message service on the quality of bowel preparation: a randomized controlled study. Lee YJ, Kim ES, Choi JH, Lee KI, Park KS, Cho KB, Jang BK, Chung WJ, Hwang JS. <i>Endoscopy.</i> 2015 Jul 16. [Epub ahead of print]</p> <p>26. A telephone-based education program improves bowel preparation quality in patients undergoing outpatient colonoscopy. Sondhi AR, Kurlander JE, Waljee AK, Saini SD. <i>Gastroenterology.</i> 2015 Mar;148(3):657-8. doi: 10.1053/j.gastro.2015.01.021. Epub 2015 Jan 24. No abstract available.</p> <p>27. Patient compliance and suboptimal bowel preparation with split-dose bowel regimen in average-risk screening colonoscopy. Menees SB, Kim HM, Wren P, Zikmund-Fisher BJ, Elta GH, Foster S, Korsnes S, Graustein B, Schoenfeld P. <i>Gastrointest Endosc.</i> 2014 May;79(5):811-820.e3. doi: 10.1016/j.gie.2014.01.024. Epub 2014 Mar 13.</p> <p>28. The effect of different patient education methods on quality of bowel cleanliness in outpatients receiving colonoscopy examination. Hsueh FC, Wang HC, Sun CA, Tseng CC, Han TC, Hsiao SM, Wei CY, Chen CH, Yang T. <i>Appl Nurs Res.</i> 2014 May;27(2):e1-5. doi: 10.1016/j.apnr.2013.12.004. Epub 2014 Jan 17.</p> <p>29. Effect of physician-delivered patient education on the quality of bowel preparation for screening colonoscopy. Shieh TY, Chen MJ, Chang CW, Hung CY, Hu KC, Kuo YC, Shih SC, Wang HY. <i>Gastroenterol Res Pract.</i> 2013;2013:570180. doi: 10.1155/2013/570180. Epub 2013 Dec 17.</p> <p>30. Screening colonoscopy bowel preparation: experience in an urban minority population. Basch CH, Basch CE, Wolf RL, Zyburt P, Lebowitz B, Shmukler C, Neugut AI, Shea S. <i>Therap Adv Gastroenterol.</i> 2013 Nov;6(6):442-6. doi: 10.1177/1756283X13498661.</p> <p>31. The influence of health literacy on comprehension of a colonoscopy preparation information leaflet. Smith SG, von Wagner C, McGregor LM, Curtis LM, Wilson EA, Serper M, Wolf MS. <i>Dis Colon Rectum.</i> 2012 Oct;55(10):1074-80.</p> <p>32. Gastroenterologists' perceived barriers to optimal pre-colonoscopy bowel preparation: results of a national survey. Hillyer GC, Basch CH, Basch CE,</p> |

| | | | | |
|-----------------------|--------|---|---|---|
| | | | | Lebwohl B, Kastrinos F, Insel BJ, Neugut AI. J Cancer Educ. 2012 Jun;27(3):526-32. doi: 10.1007/s13187-012-0364-x. |
| Stu di e documenti | pubmed | ("colonoscopy"[MeSH Terms] OR "colonoscopy"[All Fields]) AND ("pamphlets"[MeSH Terms] OR "pamphlets"[All Fields] OR "booklet"[All Fields]) AND PREPARATION[All Fields]) AND ("2005/11/13"[PDat] : "2015/11/10"[PDat]) | 4 | <p>33. Development and validation of a novel patient educational booklet to enhance colonoscopy preparation. Spiegel BM, Talley J, Shekelle P, Agarwal N, Snyder B, Bolus R, Kurzbard N, Chan M, Ho A, Kaneshiro M, Cordasco K, Cohen H. Am J Gastroenterol. 2011 May;106(5):875-83. doi: 10.1038/ajg.2011.75. Epub 2011 Apr 12.</p> <p>34. Effect of an educational pamphlet on colon cancer screening: a randomized, prospective trial. Shaikh AA, Hussain SM, Rahn S, Desilets DJ. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2010 Apr;22(4):444-9. doi: 10.1097/MEG.0b013e328333fca6.</p> <p>35. Effect of a mailed brochure on appointment-keeping for screening colonoscopy: a randomized trial. Denberg TD, Coombes JM, Byers TE, Marcus AC, Feinberg LE, Steiner JF, Ahnen DJ. Ann Intern Med. 2006 Dec 19;145(12):895-900.</p> |

ANALISI DEI DOCUMENTI

| TITOLO | ANNO | AUTORE | TIPO DI STUDIO | OBIETTIVI | PREPARAZIONE USATA | RISULTATI | NOTE |
|---|------|--|----------------|--|---|---|---|
| 1_ Linee guida nazionali: cancro del colon retto. | 2002 | Gruppo di lavoro istituito presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) | Linea guida | Diffondere una pratica comune e basata sulle evidenze sullo screening, diagnosi precoce e trattamento multidisciplinare del cancro al colon retto. | Parla solo di: assunzione per os di lassativi o di abbondanti quantitativi di soluzioni catartiche | Raccomandazione: La preparazione del colon è cruciale sia dal punto di vista del disturbo del paziente che da quello dell'efficacia dell'esame. Ogni centro endoscopico dovrà usare la preparazione che ha dimostrato di dare i migliori risultati. | Datata |
| 2_ Tumori del colon-retto; Linee guida clinico organizzative per la Regione Piemonte | 2001 | REGIONE PIEMONTE: COR - Commissione oncologica regionale e CPO - Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica in Piemonte - | Linea guida | Garantire su tutto il territorio regionale omogenee modalità diagnostiche e uguali trattamenti, con un accesso facilitato e un percorso guidato per tutti i pazienti | Non parla della preparazione nello specifico. | - | Datata e non parla della preparazione. |
| 3_ Linee guida di prevenzione oncologica - Percorsi diagnostico terapeutici | 2015 | Regione Toscana | Linea guida | Creare una linea guida sullo screening oncologico (aspetti organizzativi, comunicativi e pratici) con l'approfondimento per specifiche patologie: tumore alla mammella, cervice uterina e colon-retto. | “ il paziente va informato bene sulla preparazione intestinale” p. 81 approfondimento sulla preparazione intestinale; dipende da vari fattori, quali la sensibilizzazione e la motivazione del paziente sull'importanza della corretta preparazione, le modalità di assunzione della stessa, la scelta della preparazione e la dieta da seguire nel giorno precedente. Preparazioni: polietilenglicole; catartici salini di NaP e magnesio nitrato e Na picosolfato. Modi e tempi di somministrazione. | Linee guida ESGE sono da riferimento; fare un colloquio prima e non solo informazioni scritte; dieta povera di scorie il giorno prima dell'esame; preparazioni: con polietilenglicole la compliance è limitata dall'elevato volume di liquidi; catartici salini di NaP alto rischio di squilibri elettrolitici; Mg nitrato rischio per comorbidità e pz > 60 aa. Split dose (2 somm.ni) schema p. 83. | Informazioni su come deve essere il materiale informativo in tema di screening (I e II livello); Tratta bene i passaggi comunicativi con il paziente che si sottopone a colonscopia di screening. Abbastanza approfondito il capitolo sulla preparazione intestinale. |
| 4_ Clinical practice guidelines for surveillance colonoscopy – in adenoma follow-up; following curative resection of colorectal cancer; and for cancer surveillance in inflammatory bowel disease. | 2011 | Cancer Council Australia - Disease Specific Society | Linea guida | Creare un'unica linea guida sulla prevenzione, diagnosi precoce e cura del cancro colon-rettale; assistere chi lavora nel sistema sanitario australiano nella scelta dei tempi delle coloscopie di controllo/screening | Si parla di informare bene il paziente su tutto quello che riguarda la preparazione intestinale (p. 5); non specifica una preparazione particolare (p.6) | La preparazione va scelta in base alle condizioni del paziente; importanza dell'adeguata idratazione (p. 6); tipo e qualità di preparazione vanno documentati. | Non molto approfondito l'argomento pulizia intestinale. |
| 7_ Modifications in endoscopic practice for the elderly. | 2013 | ASGE Standards of Practice Committee | Linea guida | Dare agli endoscopisti e a chi assiste il paziente un orientamento sulla pratica endoscopica negli anziani. | Polietilenglicole, sodio fosfato e catartici a base di magnesio sono le tre preparazioni prese in esame. | Sono in egual maniera tollerate ed efficaci nell'anziano ma il NaP può portare facilmente a importanti squilibri elettrolitici (da evitare soprattutto in pazienti con problemi renali e cardiaci); i catartici a base di magnesio possono invece portare a ipermagnesiemia. È importante mantenere un'adeguata idratazione durante la pulizia intestinale. I pazienti anziani hanno difficoltà a tollerare preparazioni con grandi volumi di liquidi e quindi va considerata la split-dose. | - |

| TITOLO | ANNO | AUTORE | TIPO DI STUDIO | OBIETTIVI | PREPARAZIONE USATA | RISULTATI | NOTE |
|---|------|--|----------------|---|--|--|---|
| 6_ A consensus document on bowel preparation before colonoscopy | 2006 | Task force from the American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), the American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), and the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). | Linea guida | Creare un documento basato sulle migliori evidenze scientifiche riguardo alla preparazione intestinale per la colonscopia | <ul style="list-style-type: none"> - Dieta con liquidi chiari e povera di scorie per 1-4 giorni. - clisteri con acqua di rubinetto o di NaP la sera prima o la mattina dell'esame. - 7-12 L di bilanciata o soluzione salina per OS anche per SNG - irrigazione rettale pulsata + citrato di magnesio la sera prima -Soluzioni PEG <ul style="list-style-type: none"> -PEG senza sodio solfato - PEG a bassi volumi (2L con bisacodile) - soluzioni iperosmotiche a basso volume di NaP - tavolette di NaP -PEG con Gatorade -PEG con metoclopramide -PEG + simeticone -lassativi salini -senna | <ul style="list-style-type: none"> - La dieta da sola non è adeguata per la preparazione alla colon ma solo se aggiunta a metodi meccanici di pulizia - da effettuare solo in pazienti con scarsa preparazione del colon distale e con problemi disfunzionali del colon distale. - non dovrebbero essere utilizzate; cautela per la somm.ne di preparazioni con SNG - ragionevole alternativa a chi non tollera PEG 4 litri. <ul style="list-style-type: none"> - Metodo più efficace e tollerato; più sicuro, non porta grandi squilibri elettrolitici; meglio accettato se diviso in 3+1 litri; se l'esame è fatto il pomeriggio l'ultima parte di preparazione viene somministrata al mattino - comparabile alla preparazione con PEG, ha un gusto migliore, necessita comunque di 4 L di soluzione. - comparabile a PEG 4L ma meglio tollerata - Alternativa accettabile a PEG ma non sicura per determinati pazienti (bambini, anziani e pazienti con specifiche patologie) - più tollerabili per il paziente rispetto alla soluzione acquosa con NaP - migliora il gusto della soluzione e evita importanti squilibri elettrolitici. - non migliora la pulizia intestinale ma diminuisce la nausea - migliora tollerabilità e qualità della colonscopia (ma non è chiaro) - con PEG 2L ha dimostrato la stessa efficacia di PEG 4L - con PEG migliora la qualità della preparazione | Ha anche una sezione che spiega la scelta della preparazione in base alla comorbidità. |
| 7_ Guideline for colonoscopy quality assurance in Ontario | 2013 | J. Tinmouth, E. Kennedy, D. Baron, M. Burke, S. Feinberg, M. Gould, N. Baxter, N. Lewis and the Colonoscopy Quality Assurance Guideline Expert Panel | Linea guida | Fornire la base per un programma di garanzia di qualità per tutte le procedure di colonscopia fatte in Ontario | Split dose | È maggiormente raccomandabile la divisione della soluzione in due dosi più piccole piuttosto che tutta il giorno prima della procedura perché ne migliora l'efficacia. | La qualità della preparazione va monitorata e registrata con apposite scale standardizzate come la Ottawa o Boston Bowel Preparation Scale. |
| 8_ Management of Early Colorectal Cancer | 2011 | New Zealand Guidelines Group | Linea guida | Sintesi delle migliori pratiche nella gestione delle persone con cancro precoce del colon-retto. | - | - | non parla della colonscopia e della preparazione per essa. |
| 9_ Screening for Colorectal Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement | 2008 | U.S. Preventive Services Task Force | Linea guida | Aggiornare le raccomandazioni del 2002 sullo screening per il cancro colon-rettale | - | - | Una strategia di screening sul cancro colon-rettale che non si occupa della preparazione intestinale diminuisce l'adesione dei pazienti |

| TITOLO | ANNO | AUTORE | TIPO DI STUDIO | OBIETTIVI | PREPARAZIONE USATA | RISULTATI | NOTE |
|--|------|---|--------------------------|--|--|---|--|
| 10_ ESGE Guideline: Bowel preparation for colonoscopy | 2013 | ESGE C. Hassan, M. Bretthauer, M. F. Kaminski, M. Polkowski, B. Rembacken, B. Saunders, R. Benamouzig, O. Holme, S. Green, T. Kuiper, R. Marmo, M. Omar, L. Petruzzello, C. Spada, A. Zullo, J. M. Dumonceau | Linea guida | Si occupa di indirizzare la scelta tra i regimi disponibili per la pulizia del colon in preparazione per la colonscopia e di fornire indicazioni pratiche utili a pazienti e/o caregivers | - Dieta povera di fibre il giorno prima della procedura -clisteri - farmaci che aumentano il transito intestinale - simeticone - soluzione PEG 4L - soluzione PEG 2L + ascorbato o sodio picosolfato - pazienti con problemi renali - tempistica delle dosi - fosfato di sodio - informazioni al paziente | - si è dimostrata più efficace per il giorno che precede l'esame una dieta a basso contenuto di fibre piuttosto che una dieta con soli liquidi chiari. Non ci sono studi che dicono di fare la dieta per più giorni. - non vi sono evidenze che ne dimostrano l'efficacia - si sconsiglia l'uso di routine degli agenti procinetici come aggiunte alla preparazione intestinale (perchè non ci sono studi sufficienti) - Raccomandano l'uso del simeticone per ridurre i gas intestinali (maggiore tollerabilità ma non differenze nella pulizia intestinale) - raccomandabile in split-dose se l'esame è effettuato la mattina, in dose intera il giorno dell'esame se questo è effettuato il pomeriggio. - sono delle valide alternative alla preparazione con 4L soprattutto per i pazienti ambulatoriali - l'unica preparazione raccomandata è la PEG - il tempo tra l'ultima dose di preparazione intestinale e la colonscopia dovrebbe essere ridotto al minimo e non più di 4 ore - Sconsigliato l'uso per OS per problemi di sicurezza (in particolare danni renali) o al massimo può essere usato per casi particolari. Se si usa è raccomandata la split-dose - si raccomanda che sia quelle orali che quelle scritte (sono importanti entrambe) vengano consegnate da dei professionisti sanitari. Importanti per la comprensione sono gli opuscoli e li aiuti visivi (es. immagini). | Mosapride e itopride sono due procinetici che si è visto diminuiscono gli effetti collaterali come dolori addominali, nausea e vomito; ma gli studi non sono sufficienti per fare una raccomandazione. - per decretare la qualità della pulizia del colon si dovrebbe usare una scala validata. - per le donne incinta se è davvero necessario l'esame è consigliabile la preparazione PEG - per pazienti con patologie infiammatorie dell'intestino è consigliato PEG - |
| 11_ Bowel preparation for colonoscopy (Protocol) | 2011 | Cochrane Colorectal Cancer Group. Thant Zin1, Kye Mon Min Swe2, Myat Maw1 | Protocollo di intervento | - Vedere quali agenti per la pulizia del colon sono più efficaci anche sulla base dei loro effetti collaterali - capire come la tempistica di somministrazione del in fluisca sulla pulizia del colon | | | È esplicitato solo il protocollo di ricerca ma non i risultati |
| 12_ Quality monitoring in colonoscopy: Time to act. | 2015 | Atia MA, Ramirez FC, Gurudu SR. World J | Revisione | Stabilire quali sono gli items per definire la qualità della colonscopia, come monitorare i miglioramenti della qualità delle colonscopie | La preparazione del colon è un item per definire la qualità della colonscopia. In questa revisione non si parla di preparazioni particolari. | Educare il paziente a una corretta preparazione è importante (e in alcuni casi la preparazione va adattata al paziente). Inoltre è fondamentale registrare e monitorare la qualità della preparazione in termini il più oggettivi possibili (esempio l'uso di una scala validata come la Boston Bowel Preparation Scale) | I fattori che sono coinvolti nella qualità di una colonscopia sono: il paziente (con la preparazione intestinale), la struttura (impianto, attrezzature) e l'operatore che fa l'esame (competenza) |
| 13_ Optimizing bowel preparation for colonoscopy: what are the predictors of an inadequate preparation? | 2015 | Ruby Yee, B.Sc., Shiana Manoharan, B.Sc., Christine Hall, M.D., F.R.C.P., Allen Hayashi, M.D., F.R.C.S. (C) | Studio retrospettivo | Valutare i fattori associati a una preparazione intestinale inadeguata | I pazienti rientranti nello studio hanno utilizzato principalmente sodio picosolfato con acido citrico e ossido di magnesio (con o senza aggiunta di altre sostanze) e PEG 4L (con o senza aggiunta di altre sostanze) | Su 2101 pazienti la preparazione è risultata inadeguata in 170 pazienti. Non si è notata una grande correlazione in termini di efficacia se alla preparazione standard veniva aggiunte altre sostanze (acido citrico e ossido di magnesio) ma sono risultate più tollerabili al paziente. | Fattori per una preparazione non adeguata sono: infarto e demenza, l'uso di farmaci come gli oppioidi, gli antidepressivi e farmaci che bloccano i canali del calcio. Il tasso di preparazione inadeguata ritengono sia più basso da loro perché i pazienti fanno delle sessioni educative con un infermiere 1 settimana prima dell'esame (interessante la spiegazione). |

| TITOLO | ANNO | AUTORE | TIPO DI STUDIO | OBIETTIVI | PREPARAZIONE USATA | RISULTATI | NOTE |
|--|------|---|----------------|--|--|---|--|
| 14_ Optimizing bowel cleansing for colonoscopy. | 2015 | Seth Sweetser, MD, and Todd H. Baron, MD | revisione | Definire la frequenza di inadeguata preparazione intestinale, identificare i fattori predisponenti di una preparazione inadeguata e definire quando usare (se clinicamente possibile) dei regimi di preparazione più aggressivi. | Polietilenglicole (PEG) da 4L o 2L, miralax (PEG)+gatorade e iperosmotici (sodio fosfato, sodio picosolfato e citrato di magnesio). Dieta Molto spesso si usano regimi standardizzati senza tener conto del paziente e dei suoi fattori di rischio per una preparazione inadeguata | In recenti meta-analisi è stato dimostrato che la soluzione PEG 4L si è rivelata migliore della 2L. Efficace anche Miralax + Gatorade ma non quanto le PEG 4L (al contrario la tollerabilità per miralax+gatorade è maggiore). NaP più tollerato di PEG. Stessa efficacia di NaP e PEG 4L in split-dose ma più tollerato il PEG (meno nausea e vomito). Gli effetti avversi nel NaP sono molti soprattutto per chi ha preesistenti problemi renali ma rari; non è usata come preparazione di prima scelta. Sodio picosolfato è ben tollerato ma può portare a severa iponatriemia. In generale le split-dose sono più efficaci. Una dieta a bassi residui anche il giorno prima della colonoscopia è più efficace e tollerata della dieta con soli liquidi chiari. Evitare verdure crude, semi, noci e mais i 3 giorni prima della colon; mantenere sempre adeguata idratazione durante la preparazione. La strategia per i pazienti con rischio elevato è la PEG 4L con altri lassativi stimolanti (es senna); per chi ha già fallito una preparazione PEG 8L in 2 giorni. Va inoltre aumentata l'educazione al paziente (istruzioni verbali e scritte). Vedi tabella 3. | Fattori di rischio per inadeguata preparazione: fattori medici (stipsi cronica, obesità, diabete...) e fattori che riguardano il paziente (non seguire le indicazioni, cultura e lingua, tempo tra prenotazione e data dell'esame,...). Altri fattori che influiscono: split-dose, tempi (tra esame e ultima dose < 3-5 ore), fattori dietetici, uso di agenti aggiuntivi (che aumentano la tollerabilità ma non influiscono sull'efficacia della pulizia). |
| 15_ Effectiveness, training and quality assurance of colonoscopy screening for colorectal cancer. | 2015 | Robertson DJ, Kaminski MF, Bretthauer M. Gut. | Revisione | Descrivere l'efficacia della colonoscopia come strumento di screening e sottolineare quanto sia importante una buona qualità e la formazione per ottimizzare le prestazioni. Inoltre parlare della ricerca in quest'ambito e delle prospettive future. | Farmaci antiaggreganti e anticoagulanti Tempi di somministrazione della preparazione | Possono portare a effetti avversi a bisogna comunque dire al singolo paziente cosa fare in base alle sue condizioni. È raccomandata maggiormente la split-dose | L'efficacia dello screening con colonoscopia è data da compliance della popolazione, efficacia dell'esame, trattamento precoce e qualità dell'esame. L'esperienza che il paziente fa in un esame di questo tipo può compromettere un eventuale follow-up. Attenzione ai farmaci antiaggreganti e anticoagulanti (effetti avversi durante l'esame). Item per colon di qualità: preparazione intestinale, intubazione del cieco e rilevamento con resezione di adenomi e polipi. Parla della global rating scale |
| 16_ Achieving the best bowel preparation for colonoscopy. | 2014 | Parra-Blanco A, Ruiz A, Alvarez-Lobos M, Amorós A, Gana JC, Ibáñez P, Ono A, Fujii T. World J | Revisione | Vedere quali sono le preparazioni più usate (anche con eventuali combinazioni) e discutere quali sono quelle più efficaci e sicure per pazienti con problematiche varie di salute. | Soluzioni di PEG (4L) vs soluzione di NaP PEG 4L vs PEG 2L. | La soluzione con PEG pulisce meglio il colon ascendente (Carenza: il dato sulla pulizia è spesso soggettivo). Per la tolleranza se la PEG viene somministrata in split dose sono ugualmente tollerate le preparazioni. Effetti avversi: PEG vomito, nausea e gonfiore addominale; NaP vertigini e problemi elettrolitici comunque non gravi (non usare in pz con problemi renali). Soluzione PEG è raccomandata. Sono abbastanza simili nell'efficacia (alcuni studi però dimostrano il 4L più efficace) ma il 2L con bisacodile è meglio tollerato. Pulizia abbastanza buona ma portano a volte problemi di disidratazione e elettrolitici. | Spesso i pazienti evitano la procedura per la preparazione difficile e non tollerata. Questa revisione è molto ben strutturata e tiene conti di numerosi studi e metanalisi (eliminare gli articoli precedenti a questa pubblicazione?????) |

| TITOLO | ANNO | AUTORE | TIPO DI STUDIO | OBIETTIVI | PREPARAZIONE USATA | RISULTATI | NOTE |
|--|------|------------------|----------------|---|--|--|---|
| | | | | | <p>Magnesio citrato e sodio picosolfato</p> <p>Tempo di somministrazione</p> <p>Dieta</p> <p>Informazione al paziente</p> <p>Metodi alternativi per ingerire la soluzione</p> <p>Pazienti particolari: - Malattie infiammatorie dell'intestino</p> <p>- pazienti anziani</p> <p>- diabetici</p> <p>- con insufficienza renale</p> <p>- insufficienza cardiaca</p> <p>- pediatrici</p> | <p>La preparazione va presa tutta o in parte (split dose) il giorno dell'esame. La distanza tra l'ultima somministrazione e l'esame deve essere < 13 ore (altrimenti cattiva preparazione). Non ci sono molti studi. È comunque meglio una dieta povera di fibre il giorno prima perché la dieta con soli liquidi chiari aumentano vomito e nausea e il paziente è meno tollerante anche a bere la preparazione</p> <p>Le informazioni con testi e immagini sono più efficaci che il solo testo. Inoltre un colloquio con personale qualificato prima della preparazione è ancora meglio.</p> <p>Si può somministrare con SNG; i soli clisteri non sono sufficienti. Ci sono inoltre nuovi device in studio per la pulizia del colon dall'ano (irrigazione) che sembra portino risultati positivi per quei pazienti che non tollerano o non risulta efficace per loro la preparazione orale.</p> <p>- non ci sono molti studi a tal proposito; ci si basa prettamente su opinioni di esperti. In generale comunque PEG 2 o 4 L 6-24 ore prima dell'esame o clisteri con fosfato</p> <p>Preferibile PEG 2L in split-dose tranne per pazienti con demenza, problemi di deglutizione e Parkinson</p> <p>Predice una preparazione non adeguata (a parità di soluzione)</p> <p>PEG è raccomandato e l'intervallo tra somministrazione e esame < 4 ore</p> <p>2L PEG con bisacodile o 4L PEG in split dose ma attentamente monitorato</p> <p>La preparazione con PEG sembra la più adatta ma dosi e tempi di somministrazione devono essere studiati ancora.</p> | <p>Per i pazienti > 80 aa non si fa lo screening</p> |
| 17_ Prerequisites of colonoscopy. | 2014 | Hong KH, Lim YJ. | revisione | Discutere prerequisiti e dettagli della preparazione intestinale da considerare prima e durante la colon per avere un esame sicuro ed efficace. | <p>- Modificare i farmaci</p> <p>- dieta</p> <p>- preparazione intestinale (PEG, NaP, PEG senza solfati, sodio picosolfato+citrato di magnesio)</p> <p>- tempi (split-dose o unica somministrazione)</p> | <p>- va fatta un'attenta valutazione da parte del medico in caso di farmaci anticoagulanti e antiaggreganti; aspirina e anti infiammatori non steroidei si possono continuare; attenzione per pazienti con stent che prendono clopidogrel. Ogni caso va comunque valutato dal medico.</p> <p>- liquidi chiari e diete a basso contenuto di residui sono consigliate per 1 a 4 giorni prima della colonoscopia. C'è l'elenco dei cibi permessi e proibiti. Una dieta povera di fibre si è dimostrata comunque più efficace di quella con soli liquidi chiari (con la preparazione PEG).</p> <p>- soluzioni con PEG sono le più prescritte e più sicure di NaP per chi ha problemi renali o elettrolitici ma sono di 4L. PEG senza solfati sono come le normali ma hanno un miglior gusto. Sodio picosolfato+citrato di magnesio inizia d essere sempre più usato perché sicuro e efficace.</p> <p>- la split dose è più efficace e permette di diminuire la nausea; inoltre l'ultima dose di soluzione va presa circa 4-7 ore prima dell'esame per una più efficace pulizia.</p> | <p>Raccomandazioni speciali per la preparazione per pazienti anziani, che soffrono di stipsi, diabetici, ictus (o problemi di deglutizione), con malattie infiammatorie dell'intestino, pediatrici, con sanguinamenti intestinali e donne incinte.</p> <p>L'educazione dei pazienti è un fattore molto importante per garantire la conformità della colonoscopia. Istruzioni scritte con ausili visivi, opuscoli informativi, libretti educativi e video si sono dimostrati più efficaci del semplice foglio scritto con solo testo. Anche la rieducazione telefonica il giorno prima si è dimostrata efficace.</p> |

| TITOLO | ANNO | AUTORE | TIPO DI STUDIO | OBIETTIVI | PREPARAZIONE USATA | RISULTATI | NOTE |
|---|------|---|---|--|--|--|---|
| 18_ Optimal bowel preparation--a practical guide for clinicians. | 2014 | Rex DK. Nat Rev | Revisione | Descrivere un programma di preparazione intestinale che migliori la pulizia del colon (qualità e tollerabilità) dal punto di vista degli endoscopisti | PEG 4L PEG + Gatorade Dieta a bassi residui o senza fibre vs dieta liquidi chiari. Educazione scritta | La soluzione con PEG 4L divisa in due dosi (split-dose divisa in 3-1 o 2-2) è la più efficace. Il dosaggio diviso in due somministrazioni (per qualsiasi preparazione presa in esame) è quello meglio tollerato e va bene anche per i pazienti che hanno l'appuntamento la mattina (rari casi di incontinenza fecale nel tragitto verso l'unità di endoscopia). È molto meglio tollerata e poco costosa È stato dimostrato che le diete a basso contenuto di fibre / residui sono migliori e meglio tollerate della dieta solo liquida Al paziente vanno date sia informazioni scritte che orali. | La preparazione va scelta soprattutto in base a tre criteri: efficacia, sicurezza e tollerabilità (i primi due sono della stessa importanza). Algoritmo per la scelta della preparazione Si parla anche dei fattori che predicono una preparazione inadeguata (medici e che riguardano il paziente). Sono citati anche altri metodi di preparazione per condizioni particolari. |
| 19_ Improving the quality of colonoscopy bowel preparation using an educational video. | 2013 | Prakash SR, Verma S, McGowan J, Smith BE, Shroff A, Gibson GH, Cheng M, Lowe II D, Gopal K, Mohanty SR. | Studio prospettico multicentrico, randomizzato o a singolo cieco | Valutare l'impatto di un breve video informativo per la colonoscopia (preparazione) sulla qualità della preparazione e la soddisfazione del paziente. | La preparazione proposta è con il kit SUPREP (solfato di sodio, solfato di potassio e solfato di magnesio) in split-dose; solo ad alcuni viene mostrato un video di 5 minuti che spiega come fare la preparazione (mentre le istruzioni scritte sono consegnate a tutti i partecipanti allo studio). Popolazione: > 18 anni e senza particolari patologie concomitanti | Di 133 pazienti: 67 con video e 66 senza video. Quelli che hanno visto il video dicono di aver imparato info aggiuntive e che lo consigliano a chi deve fare la colon. Dal punto di vista della qualità della preparazione (misurata con la scala OBPQS) si vede un miglioramento della pulizia in coloro che hanno visto il video ma per quanto riguarda la soddisfazione dei pazienti non c'è molta differenza tra i due gruppi. Avere un video da rivedere più volte anche i giorni prima della colon permette al paziente di non dimenticare i punti più importanti per una preparazione ottimale. | Elencati i fattori che possono contribuire a una preparazione non buona. Viene specificato che nel video sono presenti le istruzioni anche con sottotitoli e ci sono inoltre immagini di come deve essere un colon pulito. La preparazione è stata valutata con l'Ottawa Bowel Preparation Quality Scale. |
| 20_ A clear liquid diet is not mandatory for polyethylene glycol-based bowel preparation for afternoon colonoscopy in healthy outpatients. | 2013 | Jung YS, Seok HS, Park DI, Song CS, Kim SE, Lee SH, Eun CS, Han DS, Kim YS, Lee CK. | Studio multicentrico, randomizzato o, prospettico | L'obiettivo dello studio è valutare l'efficacia di una dieta con liquidi chiari le 24 ore prima dell'esame rispetto a una dieta normale per la preparazione alla colonoscopia utilizzando in entrambi i casi una soluzione con PEG 4L | Tutti i pazienti arruolati avevano l'esame nel pomeriggio. Ad un gruppo di pazienti è stato chiesto di fare una dieta con soli liquidi chiari il giorno prima dell'esame; all'altro di assumere una regolare dieta. Ad entrambi è stato detto di evitare cibi ad alto contenuto di fibre per i 3 giorni precedenti l'esame; la preparazione usata è stata per entrambi PEG 4L da bere il mattino dell'esame dalle 6 alle 10 | Per quanto riguarda la pulizia del colon si è visto che la dieta liquida non è superiore in termini di pulizia intestinale rispetto a chi ha effettuato una dieta povera di fibre/scorie. Il gruppo con dieta normale ha avuto minori problemi a bere la soluzione PEG (> 3 L). inoltre per chi ha fatto la dieta liquida è stato difficile fare tre pasti liquidi il giorno prima dell'esame (ne hanno fatti di meno). In sintesi la dieta totalmente liquida il giorno prima non è necessaria e la dieta normale povera di fibre può aumentare la compliance. | Tutte le colonoscopie sono state eseguite dopo 2-7 ore dall'ultima ingestione di preparazione. Prima della colonoscopia i pazienti hanno compilato un questionario che indagava la loro esperienza di preparazione. |
| 21_ Time for individualized colonoscopy bowel-prep regimens? A randomized controlled trial comparing sodium picosulphate and magnesium citrate versus 4-liter split-dose polyethylene glycol. | 2013 | Voiosu T, Ratiu I, Voiosu A, Iordache T, Schipor A, Baicus C, Sporea I, Voiosu R | Studio randomizzato o controllato, multicentrico o in singolo cieco | Vedere quale preparazione porta a una pulizia migliore ed è più tollerata dai pazienti. Inoltre lo studio si propone di verificare quali sono i fattori correlati al paziente che possono influenzare la preparazione. | 165 pazienti. Sodio picosolfato (agente stimolante) + magnesio citrato vs PEG 4L (agente osmotico). | Per quanto riguarda la pulizia la soluzione con PEG dimostra un leggero vantaggio rispetto al sodio picosolfato ma il comfort del paziente si è dimostrato leggermente superiore con il regime sodio picosolfato+ magnesio citrato. Inoltre in questo studio si è dimostrato un maggior successo della preparazione in pazienti con livelli di istruzione più elevati e che si attengono maggiormente alle istruzioni ma che hanno assunto la soluzione PEG 4L | L'educazione su misura ai pazienti è importante per una corretta preparazione |
| 22_ Telephone-based re-education on the day before colonoscopy improves the quality of bowel preparation and the polyp detection rate: a prospective, colonoscopist-blinded, randomised, controlled study. | 2013 | Liu X, Luo H, Zhang L, Leung FW, Liu Z, Wang X, Huang R, Hui N, Wu K, Fan D, Pan Y, Guo X. | Studio prospettico randomizzato o controllato, endoscopista a-cieco | Studiare l'effetto di una rieducazione telefonica il giorno prima della colonoscopia sulla qualità della preparazione e su altri outcomes (tasso rilevamento polipo, non compliance e la volontà a ripetere la preparazione in un futuro). | 605 pazienti (305 con telefonata e 300 senza telefonata). Tutti hanno avuto un'educazione iniziale (infermiere e istruzioni scritte). Preparazione:PEG o sodio fosfato. La telefonata è stata fatta la mattina prima dell'esame. A tutti i pazienti è stato poi somministrato un questionario la mattina dell'appuntamento. | I pazienti del gruppo della telefonata hanno dimostrato maggiore compliance sia per quanto riguarda la dieta che per i tempi di somministrazione della soluzione. In generale comunque hanno avuto una migliore preparazione e tasso di rilevamento dei polipi. Anche gli effetti avversi si sono dimostrati minori e la qualità del sonno è migliorata nei pazienti del gruppo telefonata. | Altre strategie per implementare l'educazione al paziente viste in altri studi: infermiere che consegna l'opuscolo, istruzioni + opuscolo, romanzo-libretto per il paziente e video. |

| TITOLO | ANNO | AUTORE | TIPO DI STUDIO | OBIETTIVI | PREPARAZIONE USATA | RISULTATI | NOTE |
|--|------|--|---|---|--|--|---|
| 23_ Impact of patient education with cartoon visual aids on the quality of bowel preparation for colonoscopy. | 2012 | Tae JW, Lee JC, Hong SJ, Han JP, Lee YH, Chung JH, Yoon HG, Ko BM, Cho JY, Lee JS, Lee MS. | Studio randomizzato o controllato, prospettico, endoscopist a-cieco | Valutare l'effetto dell'educazione del paziente utilizzando ausili visivi (fumetto) sulla qualità della preparazione intestinale. | Ad un gruppo di pazienti (A) sono state date solo le informazioni scritte (senza illustrazioni) e orali previste, al gruppo B hanno date anche il fumetto. Per tutti la preparazione è stata fatta in split-dose. | 205 pazienti, 103 gruppo A e 102 gruppo B. I pazienti che avevano le informazioni a fumetto hanno significativamente migliorato la loro preparazione intestinale. Anche il tempo tra ultima dose di soluzione e esame era inferiore nel gruppo B. | L'educazione del paziente migliora la qualità della colonscopia. |
| 24_ Impact of reinforced education by telephone and short message service on the quality of bowel preparation: a randomized controlled study. | 2015 | Lee YJ, Kim ES, Choi JH, Lee KI, Park KS, Cho KB, Jang BK, Chung WJ, Hwang JS. | Studio prospettico randomizzato o controllato, endoscopist a-cieco | Valutare l'impatto in termini di qualità della preparazione intestinale che una telefonata o un SMS di rinforzo possono avere. Outcomes: qualità della preparazione, resezione di polipi e adenomi e l'esperienza del paziente | I pazienti (390) sono stati divisi in 3 gruppi: quelli che ricevevano la telefonata (126), quelli che ricevevano l'SMS (127) e quelli a cui non era mandato nulla (137). A tutti i pazienti è stata somministrata la soluzione PEG 2l con acido ascorbico e a tutti sono state date le istruzioni standard quando hanno preso l'appuntamento. L'SMS e la telefonata sono stati inviati/fatti due gg prima dell'esame tra le ore 8 e le 11; 30 minuti prima dell'esame è stato somministrato a tutti un questionario. | Si è dimostrato che rinforzare le informazioni per la preparazione risulta utile per una migliore qualità della pulizia, e tra la telefonata e l'SMS ha portato più risultati positivi la telefonata. Sono stati rilevati anche miglioramenti nella tolleranza all'esame e un minore stato di ansia. Mandare l'SMS o fare la telefonata 2 gg prima è, secondo lo studio, importante per una maggiore aderenza del paziente alla dieta a basso contenuto di fibre/residui. Quindi la telefonata è il metodo migliore ma l'SMS è una valida alternativa. Un limite per l'SMS è che se ci si deve rivolgere a persone anziane spesso non sanno usare il cellulare e quindi faticano a leggere il messaggio. | L'educazione del paziente è fondamentale e spesso determina la buona riuscita o meno dell'esame. L'SMS è disponibile online. |
| 25_ A telephone-based education program improves bowel preparation quality in patients undergoing outpatient colonoscopy. | 2015 | Sondhi AR, Kurlander JE, Waljee AK, Saini SD. | Studio controllato randomizzato o | Studiare l'impatto di un intervento educativo per telefono per migliorare la qualità della preparazione intestinale dei pazienti che si sottopongono a colonscopia ambulatoriale. | Le preparazioni usate sono PEG 2L o sodio fosfato. A tutti i pazienti (605) sono state date istruzioni scritte e hanno fatto un breve colloquio con un infermiere. Poi sono stati divisi in due gruppi: a uno è stata fatta una telefonata (305) il gg prima dell'esame e all'altro nulla di aggiuntivo (300). | C'è stato un notevole incremento della qualità e della resezione di polipi nel gruppo che ha ricevuto la telefonata. È stata notata poi una maggiore compliance al regime di preparazione nei pazienti a cui è stata fatta la chiamata rispetto agli altri. | La telefonata per contenere i costi e visto il numero limitato di personale può anche essere automatizzata. |
| 26_ Patient compliance and suboptimal bowel preparation with split-dose bowel regimen in average-risk screening colonoscopy. | 2014 | Menees SB, Kim HM, Wren P, Zikmund-Fisher BJ, Elta GH, Foster S, Korsnes S, Graustein B, Schoenfeld P. | Studio prospettico di coorte | Valutare la compliance del paziente al regime di preparazione in split-dose e i fattori associati alla compliance o meno del paziente; oltre a valutare la qualità della preparazione (con la Boston Bowel Preparation Scale). | Ai pazienti è stato chiesto di compilare un questionario che verteva su 3 ambiti: le informazioni date ai pazienti sulla preparazione, le attività di preparazione il giorno prima della colonscopia e le attività di preparazione il giorno della colonscopia; questo per tutti i tipi di preparazione (elencate tutte nell'articolo). | Chi non è stato compliant non ha: seguito esattamente le istruzioni, non hanno bevuto acqua in più oltre il lassativo, non hanno preso più del 90% della preparazione e avevano l'appuntamento prima delle 10:30. Chi ha assunto PEG + Gatorade è stato più compliant degli altri. In generale l'uso della split-dose è ben accettato. Un fattore che predice una scarsa preparazione intestinale è una storia di costipazione/stipsi e nausea | C'è un possibile questionario in appendice |
| 27_ The effect of different patient education methods on quality of bowel cleanliness in outpatients receiving colonoscopy examination. | 2014 | Hsueh FC, Wang HC, Sun CA, Tseng CC, Han TC, Hsiao SM, Wei CY, Chen CH, Yang T. | "disegno quasi sperimentale" | Esaminare l'efficacia di un intervento educativo con un filmato sulla qualità di pulizia dell'intestino. Nei pazienti ambulatoriali che fanno una colonscopia e anche comprendere i fattori correlati alla pulizia intestinale. | I pazienti (218) sono stati divisi in 2 gruppi: quello a cui fanno vedere il video (104) di 8 minuti e il gruppo controllo (114). Entrambi ricevono l'educazione di base prevista. Come soluzione è stata utilizzata quella con sodio fosfato. A chi ha visto il video sono stati consegnati poi dei fogli con immagini del video per ricordarsi le nozioni. Alla fine a tutti è stato somministrato un questionario. | La pulizia intestinale è risultata molto più efficace nei pazienti del gruppo sperimentale che in quello di controllo, il che dimostra che il video è stato molto utile per la preparazione. Da questo studio poi si è visto che per le donne e per chi non aveva mai fatto una colonscopia la pulizia intestinale è risultata migliore. | Spiegazioni a voce e volantini sono i metodi più usati per implementare l'educazione del paziente. Ma i materiali multimediali aumentano di molto la compliance e rendono le cose più semplici da capire. |

| TITOLO | ANNO | AUTORE | TIPO DI STUDIO | OBIETTIVI | PREPARAZIONE USATA | RISULTATI | NOTE |
|--|------|--|--|--|--|---|---|
| 28_ Effect of physician-delivered patient education on the quality of bowel preparation for screening colonoscopy. | 2013 | Shieh TY, Chen MJ, Chang CW, Hung CY, Hu KC, Kuo YC, Shih SC, Wang HY. | Studio prospettico, endoscopista-cieco | Verificare l'efficacia in termini di preparazione intestinale di un'educazione di gruppo fatta dal medico rispetto a una educazione standard. | I pazienti (99) sono stati selezionati tra quelli che facevano la colon di screening e sono stati divisi nei due gruppi: uno che ha partecipato a gruppi all'incontro con il medico specialista (39) e l'altro gruppo di controllo (60). Per tutti la preparazione è stata con sodio-fosfato in split-dose e tutti hanno ricevuto il foglio illustrato che si consegna di base per la colonscopia. | Si è dimostrata una migliore preparazione in chi ha ricevuto le istruzioni dal medico oltre a quelle scritte. Chi non ha fatto una buona preparazione è dovuto a: non capire l'importanza della preparazione, non riuscire a seguire le istruzioni e confusione per quanto riguarda la dieta pre-colonscopia. | Il problema in questo studio è che i due gruppi non erano del tutto omogenei. |
| 29_ Screening colonoscopy bowel preparation: experience in an urban minority population. | 2013 | Basch CH, Basch CE, Wolf RL, Zybert P, Lebowitz B, Shmukler C, Neugut AI, Shea S. | Studio trasversale | Cercare di capire l'esperienza dei pazienti che si sono sottoposti a colonscopia di screening | Ai pazienti arruolati è stato chiesto tramite intervista telefonica di circa 40 minuti: come sono state trasmesse le istruzioni, che protocolli sono stati seguiti, quali aspetti della preparazione sono stati più difficili da rispettare, e quali suggerimenti hanno per migliorare l'esperienza | Le istruzioni orali e scritte sono state quelle maggiormente utilizzate (da sole o entrambe); la maggior parte ha usato dei lassativi liquidi piuttosto che pillole; la dieta liquida è stata la più menzionata. L'aspetto più difficile per molti è stato "mandare giù" la soluzione. Per ¼ degli intervistati la comprensione delle istruzioni è stata la parte difficile. Suggerimenti dei pazienti: avere meno liquido da bere, poter mangiare qualcosa in più e avere qualcuno o qualcosa che guidi nella preparazione. | |
| 30_ The influence of health literacy on comprehension of a colonoscopy preparation information | 2012 | Leaflet. Smith SG, von Wagner C, McGregor LM, Curtis LM, Wilson EA, Serper M, Wolf MS. | Studio osservazionale trasversale. | Determinare se ci fosse un'associazione tra la cultura sanitaria di una persona e la comprensione delle istruzioni scritte su come prepararsi; l'obiettivo è attuare interventi mirati in questo settore | 764 pazienti sono stati reclutati ed è stato consegnato loro un foglietto con le istruzioni scritte per la preparazione della colonscopia e poi una volta che l'avevano letto e cercato di comprendere sono state fatte loro 5 domande aperte sul contenuto del foglietto. Prima di tutto questo è stata testata la loro cultura sanitaria con il TOFHLA | Si è visto che chi ha una cultura sanitaria più elevata ha meno difficoltà a comprendere le istruzioni scritte nel foglio. Quindi semplificare e rendere più leggibili le istruzioni può aumentare anche l'aderenza e la comprensione delle persone. In sintesi le istruzioni devono essere chiare e concise per essere comprese anche da chi ha magari un livello di cultura sanitaria inferiore. | Si considera anche la possibilità di interventi aggiuntivi (es video o simili) ma va ben tenuto in considerazione anche l'impatto economico di tali interventi. |
| 31_ Gastroenterologists' perceived barriers to optimal pre-colonoscopy bowel preparation: results of a national survey. | 2012 | Hillyer GC, Basch CH, Basch CE, Lebowitz B, Kastrinos F, Insel BJ, Neugut AI. | Studio trasversale | Cercare di capire dal punto di vista degli endoscopisti quali sono i problemi che portano i pazienti ad avere una preparazione non adeguata. | A degli endoscopisti (6777) selezionati membri dell'American College of Gastroenterology è stato inviato un sondaggio via mail o online e di questi a random ne sono stati scelti 288. Il questionario riguardava tutti gli items che possono inficiare una preparazione (dieta, somministrazione lassativo, educazione, non chiarezza materiale illustrativo,...) | Secondo alcuni medici influisce la mancanza di tempo per dare le info al paziente, il mancato tempo per dare info al paziente e la mole delle info. Inoltre anche il problema della tolleranza all'intera soluzione lassativa rappresenta un ostacolo e anche la mancata comprensione da parte del paziente dell'importanza di seguire attentamente le istruzioni. Viene inoltre segnalata la confusione che spesso le persone hanno per quanto riguarda la dieta da seguire e sono gli anziani quelli che riportano maggiore difficoltà a fare una corretta preparazione intestinale. N sintesi esiste un importante gap comunicativo che può inficiare la preparazione. | |
| 32_ Development and validation of a novel patient educational booklet to enhance colonoscopy preparation. | 2011 | Spiegel BM, Talley J, Shekelle P, Agarwal N, Snyder B, Bolus R, Kurzbard N, Chan M, Ho A, Kaneshiro M, Cordasco K, Cohen H | Studio randomizzato o controllato | Creare un libretto educativo per la preparazione alla colonscopia e comparare la pulizia intestinale tra chi ha avuto il nuovo opuscolo e chi non l'ha avuto | I pazienti non hanno usato un preparato lassativo specifico. Inizialmente è stata fatta un'intervista ai pazienti e al personale sanitario per fare il nuovo libretto. Poi è stato fatto lo studio: due gruppi di pazienti reclutati; a uno (132 persone) è stato dato il nuovo strumento, l'altro era il gruppo di controllo (134 persone) | La pulizia è risultata migliore nei pazienti che hanno avuto il nuovo libretto. Un semplice libretto ha implementato la pulizia indipendentemente dal tipo di preparato lassativo aggiunto. | |

| TITOLO | ANNO | AUTORE | TIPO DI STUDIO | OBIETTIVI | PREPARAZIONE USATA | RISULTATI | NOTE |
|--|------|---|-----------------------------------|--|--|--|------|
| 33_ Effect of an educational pamphlet on colon cancer screening: a randomized, prospective trial. | 2010 | Shaikh AA, Hussain SM, Rahn S, Desilets DJ. | Studio randomizzato o controllato | Capire se un foglio educativo può diminuire l'ansia prima di una colonscopia e se influisce sulla qualità della pulizia intestinale | 121 pazienti divisi in due gruppi: a uno è stato consegnato il foglio e le istruzioni, all'altro solo le normali istruzioni. Prima dell'esame è stata fatto un questionario sull'ansia (STAI) ai pazienti. | Sono stati confrontati i punteggi dello STAI e la quantità di sedativo utilizzato durante la procedura tra i due gruppi e si è visto che l'aver consegnato il foglio educativo AGA ha abbassato i livelli d'ansia e ha avuto effetti positivi sulla preparazione | |
| 34_ Effect of a mailed brochure on appointment-keeping for screening colonoscopy: a randomized trial. | 2006 | Denberg TD, Coombes JM, Byers TE, Marcus AC, Feinberg LE, Steiner JF, Ahnen | Studio randomizzato | Vedere se mandare per mail ai pazienti una brochure informativa sulla colonscopia può aumentare la voglia del paziente di sottoporsi allo screening. | È stata realizzata una brochure personalizzabile e poi è stata inviata ad un gruppo di pazienti; l'altro, di controllo, non l'ha ricevuta. | È stato dimostrato che chi ha ricevuto la brochure via mail era più disposto a sottoporsi allo screening. | |

INTERVISTA GIUDATA – PREPARAZIONE COLONSCOPIA

Informazioni socio-demografiche

Sesso: _____

Età: _____

Professione: _____

Titolo di studio: _____

Preparato utilizzato

- Che tipo di preparato ha assunto e come l'ha scelto?
- Come ha preso la soluzione e che tipologia di problemi ha avuto durante l'assunzione?

Dieta e idratazione

- Quali sono le sue normali abitudini intestinali?
- Mi può descrivere cosa ha mangiato i giorni precedenti all'esame e in particolare il giorno prima dell'esame?
- Questa mattina cosa ha mangiato? Ha preso i suoi farmaci?
- Dove ha letto o a chi si è rivolto per sapere cosa mangiare in questi giorni?
- Mi può dire cosa ha bevuto (oltre alla soluzione per la pulizia del colon) ieri e oggi?

Foglio illustrativo

- Da chi le è stato dato il foglio illustrativo sulla preparazione all'esame? Le informazioni le sono sembrate chiare e comprensibili?
- Ha dei suggerimenti da darci per poter migliorare la comprensione delle informazioni descritte nel foglio?

Esito esame

- toilette intestinale ADEGUATA
- toilette intestinale SUFFICIENTE
- toilette intestinale INSUFFICIENTE
- toilette intestinale SENZA PREPARAZIONE

DIAGRAMMA DI GANTT: FASI E TEMPI DEL PROGETTO

| FASE | dic-15 | gen-16 | feb-16 | mar-16 | apr-16 | mag-16 | giu-16 | lug-16 | ago-16 | set-16 | ott-16 | nov-16 | dic-16 |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1 Revisione bibliografica | | | | | | | | | | | | | |
| 2 Intervista ai pazienti | | | | | | | | | | | | | |
| 3 Elaborazione brochure | | | | | | | | | | | | | |
| 4 Valutazione brochure | | | | | | | | | | | | | |
| 5 Presentazione all'URP | | | | | | | | | | | | | |
| 6 Sperimentazione | | | | | | | | | | | | | |
| 7 Intervista pazienti | | | | | | | | | | | | | |
| 8 Valutazione conclusiva | | | | | | | | | | | | | |
| 9 Messa a regime brochure | | | | | | | | | | | | | |

DIETA PER IL GIORNO PRIMA DELL'ESAME

IL/...../.....

Colazione:

- Tè o caffè zuccherati (**NO LATTE**)
- Fette biscottate o biscotti **NON** integrali o con semi
- Miele

Pranzo:

- Petto di pollo o
- Pesce lesso o
- 3 palline di gelato alla crema o
- 2 yogurt bianchi da 125g o
- Pastina in brodo (di carne)

Cena (ore 18:30):

- Brodo di carne senza pasta

BERE ALMENO 2 LITRI DI ACQUA durante la giornata



Dopo le ore 18:00 non mangiare alcun cibo solido, sono permessi solo i liquidi chiari come tè, acqua, camomilla, tisane (anche zuccherati)

IL GIORNO DELL'ESAME

IL/...../..... ore.....

Può bere acqua, tè, tisane o camomilla zuccherati fino a 2 ore prima dell'esame (4 ore se è previsto di effettuare l'esame con anestesia).

E CON I FARMACI CHE PRENDO COME FACCIAMO?



Se sta assumendo farmaci anticoagulanti e antiaggreganti (**Coumadin, Cardioaspirina, Plavix,...**) o **Insulina** e farmaci per il diabete (**Metformina,...**): CONTATTI IL SUO MEDICO DI BASE ALMENO UNA SETTIMANA PRIMA per sapere come comportarsi.

Integratori di fibre o ferro: Non assumerli almeno per 5 giorni prima dell'esame

Non assumere **FANS** (aspirina, ibuprofene, ketoprofene, ketoralac,...) nei 5 giorni prima dell'esame.

Per qualsiasi dubbio contatti sempre il medico

COME CAPISCO SE SONO PRONTO PER L'ESAME?

Alla fine le feci dovranno essere liquide, acquose di colore giallo chiaro, simile all'urina.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI

Ambulatorio Endoscopia Digestiva
Piazzale Ospedale, 1, Edificio 1, Piano 2,
Ascensore 27, Scala 27
Ambulatori: 0422 322447 o 0422 322446
Email: seggastrotv@ulss.tv.it

Azienda ULSS 9 Treviso



**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**

Preparazione intestinale per la colonscopia



Cos'è la colonscopia e come posso prepararmi al meglio

DOMANDE FREQUENTI

COS'È LA COLONSCOPIA?



La **colonscopia** è un esame che fa vedere al medico il *grosso intestino* o colon ed eventualmente eseguire dei piccoli prelievi di tessuto da mandare in laboratorio.

COME AVVIENE L'ESAME?

Durante l'esame Lei verrà fatto mettere sdraiato sul fianco con le gambe piegate sul petto. Il personale medico e infermieristico La assisterà durante tutto l'esame per qualsiasi Sua necessità.

L'esame ha una durata di circa 20-30 minuti. Al termine attenderà in una sala vicina per altri 30 minuti circa.

Dopo l'esame dovrà essere accompagnato a casa da un familiare o amico. Infatti non è permesso l'uso di auto o altri veicoli per tutto il giorno.

SENTIRÒ DOLORE?

Prima della colonscopia riceverà una leggera sedazione per tranquillizzarla e rendere l'esame il meno fastidioso possibile. Un po' di sonnolenza sarà normale.

COME MI PREPARO PER L'ESAME?

Il medico Le prescriverà uno dei seguenti lassativi: **AGPEG Plus** (4 buste), **ISOCOLAN** (8 buste), **SELG-ESSE** (4 buste), **LOVOL-ESSE** (4 buste), **MOVIPREP** (2 buste A e 2 buste B).

Nel foglio in allegato troverà le istruzioni da seguire per assumere il preparato che il medico Le ha consigliato.

CI SONO EFFETTI COLLATERALI?

I lassativi sono sicuri ma possono dare effetti collaterali come: nausea, vomito e crampi allo stomaco. È **FONDAMENTALE BERE MOLTA ACQUA O LIQUIDI CHIARI COME TÈ E TISANE per evitare di disidratarsi.** Per qualsiasi problema può rivolgersi al suo medico.

DEVO FARE QUALCOS'ALTRO?

È importante che nei giorni prima dell'esame segua una particolare **dieta** povera di fibre e **beva** molta acqua per evitare la disidratazione

PERCHÉ È IMPORTANTE LA PULIZIA INTESTINALE?

Perché permette al medico di vedere bene l'intestino durante l'esame. SE L'INTESTINO NON È PULITO LA COLONSCOPIA PUÒ ESSERE RIMANDATA O RIPETUTA.

DIETA

Per i 4 giorni prima dell'esame

DAL .../.../.....

AL .../.../.....

deve seguire una

dieta povera di fibre.



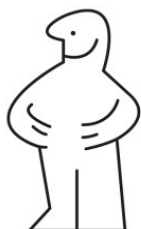
CIBI PERMESSI

Pesce bianco al vapore o bollito, pollo, tacchino, pane bianco, riso, pasta, cracker, uova, formaggio, tofu, burro o margarina, miele, biscotti da tè senza cereali integrali, yogurt bianco, gelato alla crema, latte, burro, panna, cioccolato (senza frutta secca)



CIBI NON PERMESSI

Riso integrale, pasta integrale, cereali (es orzo, farro, avena,...), semi (es. lino, sesamo, girasole,...), biscotti o prodotti da forno contenenti cereali, zuppe, frutta, verdura, noci, legumi (es piselli, fagioli, lenticchie,..), condimenti per primi piatti con verdure (es passata di pomodoro), yogurt con pezzi di frutta, gelato alla frutta, succhi di frutta e spremute, bevande rosse o viola (es. vino rosso), marmellata, muesli.



Preparati per la Colonscopia



AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

AGPEG PLUS

- Se ha l'esame al mattino

Il giorno prima dell'esame, il/..../.....

| ORARIO | ISTRUZIONE |
|-----------|---|
| ORE 17:00 | In 1 litro d'acqua naturale fresca sciogliere 2 buste di AGPEG plus . Bere la soluzione ottenuta (1 bicchiere da 250 ml ogni 15-20 minuti), successivamente bere 1 litro di liquidi chiari (tè, camomilla, acqua, tisane) per un totale di 2 litri di liquidi. |
| ORE 20:00 | In 1 litro d'acqua naturale fresca sciogliere 2 buste di AGPEG plus . Bere la soluzione ottenuta (1 bicchiere da 250 ml ogni 15-20 minuti), successivamente bere 1 litro di liquidi chiari (tè, camomilla, acqua, tisane) per un totale di 2 litri di liquidi. |

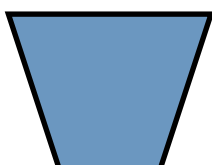
Il giorno dell'esame, il/..../....., può bere liquidi chiari fino a 2 ore prima dell'esame (4 ore se è previsto di effettuare l'esame con anestesia).

- Se ha l'esame dopo le 13:00

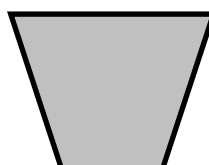
Il giorno dell'esame, il/..../.....

| ORARIO | ISTRUZIONE |
|-----------|---|
| ORE 7:00 | In 1 litro d'acqua naturale fresca sciogliere 2 buste di AGPEG plus . Bere la soluzione ottenuta (1 bicchiere da 250 ml ogni 15-20 minuti), successivamente bere 1 litro di liquidi chiari (tè, camomilla, acqua, tisane) per un totale di 2 litri di liquidi. |
| ORE 10:00 | In 1 litro d'acqua naturale fresca sciogliere 2 buste di AGPEG plus . Bere la soluzione ottenuta (1 bicchiere da 250 ml ogni 15-20 minuti), successivamente bere 1 litro di liquidi chiari (tè, camomilla, acqua, tisane) per un totale di 2 litri di liquidi. |

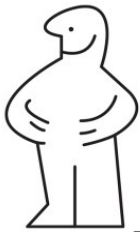
**2 BUSTE in 1 L DI
ACQUA**



**1 L di LIQUIDI
CHIARI**



+



Preparati per la Colonscopia



AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

ISOCOLAN (8 buste) o SELG-ESSE (4 buste)

- Se ha l'esame al mattino

Il giorno prima dell'esame, il/..../.....

| ORARIO | ISTRUZIONE |
|-----------|---|
| ORE 16:00 | Sciogliere tutte le buste in 4 litri di acqua naturale fresca. |
| ORE 17:00 | Bere 3 litri della soluzione preparata (1 bicchiere grande ogni 20 minuti circa). |
| ORE 20:00 | Bere l'ultimo litro della soluzione preparata (1 bicchiere grande ogni 20 minuti circa) |

Il giorno dell'esame, il/..../....., può bere liquidi chiari fino a 2 ore prima dell'esame (4 ore se è previsto di effettuare l'esame con anestesia).

- Se ha l'esame dopo le 13:00

Il giorno prima dell'esame, il/..../.....

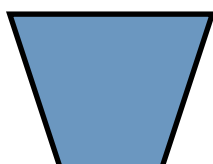
| ORARIO | ISTRUZIONE |
|-----------|---|
| ORE 17:00 | Sciogliere tutte le buste in 4 litri di acqua naturale fresca. |
| ORE 18:00 | Bere 3 litri della soluzione preparata (1 bicchiere grande ogni 20 minuti circa). |

Il giorno dell'esame, il/..../.....

| ORARIO | ISTRUZIONE |
|----------|---|
| ORE 8:00 | Bere l'ultimo litro della soluzione preparata (1 bicchiere grande ogni 20 minuti circa) |

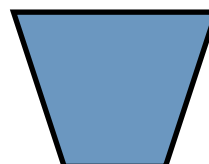
ISOCOLAN

**8 BUSTE IN 4 L DI
ACQUA cioè 2 BUSTE
OGNI LITRO**

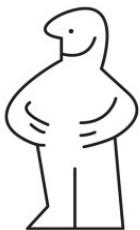


SELG-ESSE

**4 BUSTE IN 4 L DI
ACQUA cioè 1 BUSTA
OGNI LITRO**



Oppure



Preparati per la Colonscopia



AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

LOVOL ESSE (4 buste)

- Se ha l'esame al mattino

Il giorno prima dell'esame, il/..../.....

| ORARIO | ISTRUZIONE |
|------------------------|--|
| ORE 15:00 (o 16:00) | Assumere 3 compresse di bisacodile da 5 mg con un bicchiere grande (200-250 ml) di acqua |
| ORE 19:00 (o 20:00) | Sciogliere le 4 buste in 2 litri di acqua (ogni busta in 1/2 litro di acqua) e bere tutta la soluzione ottenuta (1 bicchiere da 250 ml ogni 15 minuti). |

Il giorno dell'esame, il/..../....., può bere liquidi chiari fino a 2 ore prima dell'esame (4 ore se è previsto di effettuare l'esame con anestesia).

- Se ha l'esame dopo le 13:00

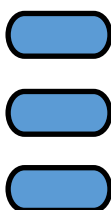
Il giorno prima dell'esame, il/..../.....

| ORARIO | ISTRUZIONE |
|-----------|---|
| ORE 22:00 | Assumere 3 compresse di bisacodile da 5 mg con un bicchiere grande (200-250 ml) di acqua |

Il giorno dell'esame, il/..../.....

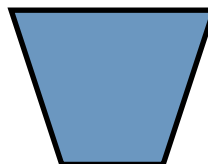
| ORARIO | ISTRUZIONE |
|-----------|--|
| ORE 07:00 | Sciogliere le 4 buste in 2 litri di acqua (ogni busta in 1/2 litro di acqua) e bere tutta la soluzione ottenuta (1 bicchiere da 250 ml ogni 15 minuti). |

**3 COMPRESSE
DI BISACODILE**



+

**4 BUSTE +2 L DI
ACQUA**





Preparati per la Colonscopia



AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

MOVIPREP (2 buste A + 2 buste B)

- Se ha l'esame al mattino

Il giorno prima dell'esame, il/..../.....

| ORARIO | ISTRUZIONE |
|-----------|--|
| ORE 15:00 | Sciogliere il contenuto di 1 busta A e 1 busta B in 1 litro di acqua naturale fresca e berlo entro 1 ora. Successivamente bere un altro 1 litro di liquidi chiari. |
| ORE 21:00 | Sciogliere il contenuto di 1 busta A e 1 busta B in 1 litro di acqua naturale fresca e berlo entro 1 ora. Successivamente bere un altro 1 litro di liquidi chiari. |

Il giorno dell'esame, il/..../....., può bere liquidi chiari fino a 2 ore prima dell'esame (4 ore se è previsto di effettuare l'esame con anestesia).

- Se ha l'esame dopo le 13:00

Il giorno prima dell'esame, il/..../.....

| ORARIO | ISTRUZIONE |
|-----------|--|
| ORE 20:00 | Sciogliere il contenuto di 1 busta A e 1 busta B in 1 litro di acqua naturale fresca e berlo entro 1 ora. Successivamente bere un altro 1 litro di liquidi chiari. |

Il giorno dell'esame, il/..../.....

| ORARIO | ISTRUZIONE |
|----------|--|
| ORE 8:00 | Sciogliere il contenuto di 1 busta A e 1 busta B in 1 litro di acqua naturale fresca e berlo entro 1 ora. Successivamente bere un altro 1 litro di liquidi chiari. |

