



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA SELF-EFFICACY DEGLI
INFERMIERI NELLA GESTIONE
DELLO STOMA CARE**

Relatore: Dott.ssa

Isabella Baglioni

Tesi di Laurea:

Chiara Tomassini

A.A. 2020/2021

INDICE

Introduzione.....	pag. 4
-------------------	--------

CAPITOLO PRIMO

Le stomie: intestinali e urinarie

1.1 Cenni sull'apparato digerente e anatomia dell'intestino.....	pag.6
1.2 Stomie intestinali	pag.7
1.3 Tipologie di stomie intestinali: ileostomie, colostomie	pag.8
1.4 Cenni sull'apparato urinario e anatomia della vescica.....	pag. 10
1.5 Stomie urinarie e tipologie.....	pag.11

CAPITOLO SECONDO

Assistenza infermieristica

2.1 Fasi della malattia.....	pag.13
2.2 Fase preoperatoria, preparazione all'intervento e disegno preoperatorio.....	pag. 16
2.3 Fase intraoperatoria e post-operatoria: immediata e tardiva.....	pag.19
2.4 Complicanze stomali: immediate e tardive.....	pag. 21
2.5 Fase della riabilitazione e reinserimento sociale.....	pag. 24

CAPITOLO TERZO

Educazione terapeutica: figura dell'infermiere nella gestione del paziente

3.1 Ruolo dello stomaterapista.....	pag. 25
3.2 Educazione infermieristica.....	pag. 26
3.3 Stomacare e gestione del paziente stomizzato.....	pag. 28

CAPITOLO QUARTO

Indagine sulle abilità degli infermieri nella gestione della stomia

4.1 Scopo, materiali, metodo e campionamento..... pag. 32

4.2 Risultati..... pag. 34

4.3 Analisi dei risultati e confronto tra le aree individuate..... pag. 43

4.4 Conclusioni..... pag. 45

BIBLIOGRAFIA.....pag. 47

ALLEGATI.....pag.49

INTRODUZIONE

L'aumento della vita media ha comportato un progressivo invecchiamento della popolazione ma allo stesso tempo ha causato un incremento di malattie croniche degenerative ed invalidanti, come quelle patologie che richiedono la necessità di confezionare una stomia, determinando automaticamente il naturale aumento di pazienti stomizzati.

Di pari passo anche le tecniche diagnostiche e chirurgiche si sono evolute e proprio per questo è più frequente il confezionamento di stomie temporanee rispetto al passato, per cui ci sono meno pazienti con stomie definitive ma più persone che necessitano di essere addestrate nella gestione ed è proprio per questo che è fondamentale il supporto al paziente stomizzato soprattutto grazie all'attività infermieristica, sia in ambito ospedaliero che domiciliare. L'infermiere, inoltre, ha il compito di ridurre la sofferenza, di fornire un supporto empatico e di educare la persona a prendersi cura in autonomia della propria stomia. L'assistenza infermieristica al paziente candidato al confezionamento di una stomia intestinale e urinaria, infatti, costituisce l'argomento che si tratterà nelle pagine che seguiranno.

La scelta dell'argomento è stata dettata dall'interesse sviluppato nei confronti delle stomie sia sotto l'aspetto teorico per gli argomenti trattati nel corso di studi, sia sotto l'aspetto pratico grazie agli insegnamenti ricevuti nelle unità di chirurgia durante le attività di tirocinio. In questi ultimi anni abbiamo assistito alla progressione della professione infermieristica, infatti, lo scopo del mio elaborato è di esporre l'importanza del ruolo educativo dell'infermiere in tutte le fasi del percorso del paziente candidato a confezionamento di una stomia. L'attività educativa deve iniziare prima dell'atto chirurgico, successivamente invece è necessario saper gestire lo stoma stesso con o senza complicanze, la scelta e l'utilizzo dei presidi e lo sviluppo di abilità empatiche e comunicative.

Allo stesso tempo ho voluto attuare un'indagine attraverso la somministrazione di un questionario per valutare le effettive abilità individuali dei professionisti infermieri quando si trovano di fronte a questa tipologia di paziente. I quesiti presenti nel questionario vogliono indagare sulle attività e le abilità principali che l'infermiere deve saper mettere in pratica in un paziente portatore di stomia intestinale o stomia urinaria.

Gli infermieri di oggi e quelli che verranno hanno l'opportunità di accrescere le proprie abilità per rispondere ai bisogni dei cittadini e fornire loro un'assistenza mirata e di qualità. Il paziente portatore di stomia, in particolare, necessita di un'assistenza specifica in quanto non è di natura prettamente tecnica (la cura di una ferita) ma anche di natura relazionale, psicologica e sociale.

CAPITOLO PRIMO

LE STOMIE: INTESTINALI E URINARIE

Stoma deriva dal greco e significa apertura/bocca, con questo termine o con il suo sinonimo stomia intendiamo l'abboccamento di un viscere o di una cavità dell'apparato digerente, urinario o respiratorio alla cute, creando pertanto una comunicazione tra interno ed esterno. L'avvento dell'anestesia ha reso più comune la formazione di stomie, che sono diventate elemento essenziale nella gestione chirurgica di diverse malattie del tratto gastrointestinale e urinario. Sono utilizzate sia in emergenza che in impostazioni elettive e non ci sono dubbi sulla loro importanza nel prevenire gravi complicazioni e nel ridurre in generale morbilità e mortalità chirurgica. Ogni passaggio, dalle indicazioni, alla preparazione e all'intervento chirurgico fino alla cura della stomia, deve essere pianificato attentamente in collaborazione con ogni singolo paziente.

1.1 CENNI SULL'APPARATO INTESTINALE E ANATOMIA DELL'INTESTINO

L'apparato digerente è costituito dal canale alimentare che si estende dalla bocca all'ano e nell'ordine comprende la bocca, la faringe, l'esofago, lo stomaco e l'intestino, quest'ultimo è una porzione compresa tra il piloro e l'orifizio anale e anatomicamente viene distinto in due tratti: l'intestino tenue e l'intestino crasso. L'intestino è il sito dove avviene la maggior parte dei processi digestivi e di assorbimento ed è anche sede possibile di malfunzionamento correlato a patologie con conseguente necessità di confezionare una stomia. Nel tenue avvengono quasi tutta la digestione chimica e quasi tutto l'assorbimento dei nutrienti, esso si compone di tre regioni: il duodeno, il digiuno e l'ileo. Tra i tre, il duodeno è il segmento maggiormente coinvolto nei processi digestivi, mentre digiuno ed ileo sono deputati soprattutto all'assorbimento dei nutrienti. L'intestino crasso rappresenta la parte terminale del tubo digerente e si estende dalla valvola ileocecale all'ano. Anatomicamente viene suddiviso in sei tratti che vengono rispettivamente chiamati: cieco, colon ascendente, colon trasverso, colon discendente, sigma e retto. L'ano è il tratto finale ed è mantenuto chiuso da due anelli muscolari: uno sfintere anale interno che è sotto il controllo involontario ed uno sfintere anale esterno è sotto il controllo, volontario e rende possibile rimandare la defecazione a quando è opportuno.

1.2 STOMIE INTESTINALI

Per quanto riguarda il caso specifico delle stomie intestinali intendiamo un'apertura sulla parete addominale, alla quale viene collegato chirurgicamente un tratto di intestino, per creare la stomia e consentire l'eliminazione. Lo scopo principale del confezionamento di una stomia sarà quello di permettere la fuoriuscita del contenuto intra viscerale all'esterno, ma non avendo terminazioni nervose non può essere controllato volontariamente lo stimolo. Le stomie possono essere eseguite a qualunque età, anche nei pazienti pediatrici, neonati, anziani e sono classificate in funzione della sede, durata e tecnica di confezionamento¹. Per quanto riguarda la durata le stomie si distinguono in temporanee (con funzione protettiva) e stomie definitive o permanenti.

Le stomie temporanee hanno uno scopo di protezione perché la canalizzazione dell'intestino viene ripristinata dopo un periodo di tempo variabile da alcune settimane fino a mesi e anni, in funzione della terapia e della risoluzione del problema. Una stomia temporanea diventa necessaria in caso di un'occlusione intestinale dovuta alla malattia stessa o dalla formazione di tessuto cicatriziale che restringe il lume, oppure per permettere ad un'infezione o ad un sito chirurgico di guarire senza contaminazione da parte delle feci. Invece, quando la stomia è permanente il tratto interessato viene asportato completamente e quindi la stomia diventa l'unica via per l'eliminazione². Questa può essere richiesta quando la malattia compromette la funzione intestinale, o quando i muscoli che controllano l'evacuazione non funzionano correttamente o devono essere rimossi per eradicare la malattia. Le cause più comuni di queste condizioni sono il cancro rettale basso e le malattie infiammatorie intestinali. Per questo una stomia può avere più scopi: **palliativo** nei tumori inoperabili o in malattie non più responsive al trattamento, scopo **di necessità** quando è necessario asportare una porzione o la parte terminale dell'intestino, infine, scopo **di protezione**: è una stomia temporanea che serve a tenere "a riposo" il tratto di intestino a valle della stomia favorendo così i processi di guarigione e di cicatrizzazione delle suture intestinali. Generalmente le lesioni infiammatorie, ostruttive, neoplastiche o traumatiche che possono portare al confezionamento di una ileo/colon stomia sono: rettocolite ulcerosa, morbo di Crohn, poliposi familiare diffusa, neoplasie maligne multiple del grosso intestino, gangrena retto – colica, malattia diverticolare, infarto e occlusione intestinale, traumi³.

1.3 TIPOLOGIE DI STOMIE INTESTINALI

Le stomie intestinali possono essere classificate a seconda della loro localizzazione, in base alla porzione di intestino e alla sede anatomica che è stata abboccata chirurgicamente alla parete addominale, le possiamo dividere in: stomie del piccolo intestino (ileostomie) e stomie del grande intestino (colostomie). Le prime sono create preferenzialmente nell'addome destro, le colostomie principalmente nell'addome sinistro.⁴

ILEOSTOMIA

Essa consiste nell'asportazione completa del colon, del retto e dell'ano con costruzione di un'ileostomia, dove l'ileo dell'intestino tenue viene abboccato alla parete addominale creando lo stoma e si localizza nel quadrante addominale inferiore destro. Nella maggior parte dei casi, infatti, l'ileostomia deriva dall'asportazione chirurgica di tutto il grosso intestino e della valvola ileocecale: la conservazione o meno dell'ampolla rettale non è importante perché il retto ha solo funzione di reservoir per le feci già formate, quindi non interviene nel metabolismo generale. Il materiale che fuoriesce da questa stomia è liquido ma con il passare del tempo, l'ileo rimanente si adatterà alla nuova condizione fino ad acquisire parte delle proprietà di assorbimento proprie del colon. Nell'ileo in condizioni normali avviene l'assorbimento di alcune importanti sostanze, come la vitamina B12, i grassi, l'acqua e una parte dei sali. La funzione fondamentale del colon invece, è quella di assorbimento di acqua, sali e vitamine grazie al lungo periodo di stazionamento delle feci nel suo lume. La creazione di una stomia intestinale, però, comporta dei cambiamenti fisiologici, primo fra tutti la diminuzione della superficie disponibile per il riassorbimento con possibile perdita di liquidi ed elettroliti, principalmente nelle stomie dell'intestino tenue⁵. Immediatamente dopo la creazione di un'ileostomia, l'assenza della superficie di riassorbimento dell'intestino crasso porta alla perdita di volumi elevati. Alla ripresa dell'alimentazione orale l'output della stomia, però, cambia sia nel colore che nella consistenza. Logicamente, il rischio di disturbi nutrizionali significativi dipende dalla lunghezza del segmento dell'intestino tenue che è stato bypassato o perso, infatti, più la stomia è aborale, più il materiale è formato. La disidratazione (con squilibrio elettrolitico) è una complicanza comune nei pazienti con ileostomia, sia immediatamente dopo la creazione della stomia o mesi dopo, ed è anche causa comune di riammissione in ospedale.⁶

COLOSTOMIA

Essa è un'apertura creata chirurgicamente, attraverso la quale una porzione del colon viene fatta fuoriuscire nella superficie dell'addome consentendo una nuova via d'uscita per le feci, lasciando a riposo la parte d'intestino danneggiata o non funzionante. L'intestino si svuota ritmicamente durante il giorno, all'interno dell'apposita sacca di raccolta posizionata esattamente sulla stomia. Il materiale proveniente da una colostomia è più formato per il maggiore tempo di deposito ma allo stesso tempo è più maleodorante di quella di un'ileostomia a causa della colonizzazione batterica dell'intestino crasso. A seconda della posizione e della patologia, si distinguono diversi tipi di colostomia: in ordine potremmo avere la **ciecostomia**, essa collega il cieco (tratto iniziale dell'intestino crasso che si pone in comunicazione con la parte terminale dell'intestino tenue e con il colon ascendente) alla parete addominale e si localizza nel quadrante addominale inferiore destro come l'ileostomia. È anche possibile confezionare una **colostomia ascendente** che prende il nome dal colon ascendente e collega quest'ultimo alla parete addominale con localizzazione sul lato destro dell'addome, è una stomia con effluenti liquidi o semi-liquidi e molto irritanti per la pelle. Inoltre, esiste anche la **trasversostomia** e si posiziona nella parte mediana dell'addome e collega il colon trasverso con la parete addominale. Il materiale organico eliminato attraverso questa stomia è generalmente liquido o semi formato. In genere confezionata su ansa e temporanea. Altre due tipologie di stomie sono la **colostomia discendente** e la **colostomia sigmoidea** che prendono il nome dal colon discendente e dal sigma; entrambe nel lato sinistro dell'addome. Nella stomia discendente e nella sigmoidostomia gli effluenti sono più formati a causa della maggiore quantità d'acqua assorbita nel colon ascendente e trasverso. La colostomia è sicuramente il tipo più comune di stomia intestinale, essa, come del resto anche l'ileostomia può essere temporanea, definitiva o laterale. Una stomia laterale può essere sia definitiva che temporanea e viene confezionata con l'utilizzo di una bacchetta che mantiene il viscere esteriorizzato all'esterno che verrà rimossa dopo circa dieci giorni dall'intervento quando le aderenze impediranno un eventuale ritorno del viscere in cavità addominale. Una volta confezionata chirurgicamente, la stomia necessita di una cura specifica e di particolari attenzioni, infatti, al di sopra dello stoma si posiziona una sacca per raccogliere il materiale fecale che deve essere gestita dal portatore e dal caregiver, grazie anche al ruolo educativo dell'infermiere che è di fondamentale importanza.

1.4 CENNI SULL'APPARATO URINARIO E ANATOMIA DELLA VESCICA

L'escrezione è il processo di estrazione delle scorie dai liquidi dell'organismo e della loro eliminazione, prevenendo così l'intossicazione metabolica dell'organismo. L'apparato urinario è il principale mezzo di eliminazione dei rifiuti ed è costituito da due reni, due ureteri, la vescica e l'uretra.

I reni sono ghiandole che estraggono i rifiuti del metabolismo dal sangue mentre il resto dell'apparato urinario serve solo per il trasporto, per l'accumulo e l'eliminazione dell'urina. Essi sono due organi a forma di fagiolo ed hanno una funzione di filtro, infatti, il compito principale è quello di rimuovere dal sangue le sostanze potenzialmente dannose prodotte dall'organismo. Il rene trasforma il plasma sanguigno in urina in più fasi: filtrazione glomerulare, riassorbimento tubulare, secrezione tubulare, conservazione dell'acqua. I reni sono collegati alla vescica da due condotti (chiamati ureteri).

Gli ureteri passano posteriormente alla vescica ed entrano in essa dal basso, passando obliquamente attraverso la sua parete muscolare e aprendosi nel suo pavimento dove un lembo di mucosa agisce come una valvola all'apertura di ciascun uretere nella vescica, impedendo all'urina di refluire nell'uretere quando la vescica si contrae.

La vescica, che è alloggiata al centro delle ossa del bacino sul pavimento della cavità pelvica, ha soprattutto una funzione di serbatoio dell'urina prodotta dai reni e può arrivare ad accogliere sino a 800 millilitri di urina. Dalla vescica, l'urina viene poi espulsa all'esterno tramite un ulteriore canale, chiamato uretra. Durante il lento riempimento della vescica, la muscolatura di questo organo (muscolo detrusore) è in grado di distendersi, accogliendo un volume crescente di urina senza provocare aumenti apprezzabili della pressione interna. Infine, successivamente alla vescica c'è l'uretra che veicola l'urina all'esterno. Il muscolo detrusore in prossimità dell'uretra presenta lo sfintere uretrale interno che non è sotto il controllo della volontà. Oltre allo sfintere interno c'è anche lo sfintere uretrale esterno costituito da muscolo scheletrico, che permette il controllo volontario sulla minzione.

1.5 STOMIE URINARIE

Una stomia urinaria consiste nell'aboccamento di un tratto dell'apparato urinario alla parete addominale, che permette la fuoriuscita diretta delle urine in modo permanente e continuo. L'urostomia viene creata quando la via fisiologica non è più in grado di funzionare, infatti, viene praticata quando la funzione dei reni e della vescica è compromessa a tal punto che l'urina non può più essere evacuata in modo naturale attraverso la vescica e l'uretra, questo può accadere a causa di lesioni o malattie come il cancro. La causa più comune di un'urostomia è una rimozione correlata al tumore della vescica ma può tuttavia essere causata anche da danni accidentali, una grave malattia renale, incontinenza urinaria o complicanze chirurgiche causate da chirurgia pelvica o addominale. Nella maggior parte dei casi le affezioni che prevedono il confezionamento di una stomia urinaria riguardano la vescica e la sua asportazione.

TIPOLOGIE DI STOMIE URINARIE

In urologia, dopo la rimozione della vescica (cistectomia), sarà necessario trovare un nuovo modo per immagazzinare e far passare l'urina senza l'utilizzo della vescica. Per permettere ciò, il chirurgo dovrà creare una derivazione urinaria. Le più comuni derivazioni urinarie sono:

URETEROILEOCUTANEOSTOMIA

L' **ureteroileocutaneostomia** consiste nel collegare i due ureteri a un segmento di intestino tenue, a sua volta aboccato alla cute addominale dove l'urina si raccoglie di continuo in un sacchetto esterno, che va svuotato regolarmente. L'Uretero-ileo-cutaneostomia è la tecnica più utilizzata in Italia e nel mondo. Permettere la fuoriuscita dell'urina all'esterno attraverso l'utilizzo di un segmento intestinale adeguatamente isolato, interposto tra gli ureteri e la cute: quest' ultima è chiamata derivazione Bricker. Con questa tipologia di stomia l'urina fuoriesce in maniera costante e continua. Nel corso dell'operazione, gli ureteri dei reni vengono collegati con un'ansa dell'ileo, isolata a tale scopo, e ben irrorata di sangue. Tale parte dell'intestino tenue fungerà da canale di transito per l'urina e viene definita «condotto ileale». Il segmento reciso dell'ileo viene collegato con l'esterno in un punto adatto a tale scopo della parete addominale.

URETEROCUTANEOSTOMIA

Un'altra possibilità è l'evacuazione diretta dell'urina attraverso gli ureteri fissati all'orifizio della parete addominale ossia **l'ureterocutaneostomia**, consiste nell'abboccare direttamente uno o entrambi gli ureteri alla pelle dell'addome, perché l'urina possa defluire in un sacchetto incollato alla cute, passando per una sonda che deve essere sostituita dall'urologo ogni 6-8 settimane. Questo tipo di derivazione, poco pratica e fastidiosa, è oggi sempre meno eseguita. Permettere la fuoriuscita dell'urina all'esterno direttamente dagli ureteri collegati alla cute. Essa si può essere di due tipi: UC Monolaterale che consiste nel creare un'unica stomia in quanto entrambi gli ureteri convogliati a destra sono anastomizzati alla cute addominale e i tutori fuoriescono da un unico stoma (foro). La UC Bilaterale: consiste nel fissare direttamente gli ureteri alla cute della parete addominale creando due stomie separate una a destra una a sinistra. Per evitare la chiusura dei fori, è necessario mantenere negli orifizi della stomia, dei cateterini (o stent) che vengono sostituiti periodicamente ogni mese o più a seconda del tipo: la procedura è semplice e avviene in regime ambulatoriale.

DERIVAZIONI CUTANEE E NEOVESCICHE

Esistono anche le **derivazioni cutanee continenti (tasche)** che si ottengono utilizzando una porzione di intestino che permette di ricostruire una tasca a livello addominale abboccata alla parete a cui si connettono gli ureteri. Infine, esiste anche la possibilità di impiantare una **neovescica** che è una sacca composta da tessuto prelevato dall'intestino del paziente. Essa viene alloggiata nello stesso sito d'origine della vescica. Gli ureteri proveniente dal rene si connettono ad una parte della sezione terminale e l'uretra si connette all'altra parte, proprio come una vescica originale e l'urina passerà attraverso l'uretra. In caso in cui al paziente venga impiantata la neovescica, il tessuto avrà bisogno di più tempo per rimarginarsi. Un catetere drena l'urina proveniente dalla nuova vescica per alcune settimane dopo l'intervento chirurgico. Una volta che il catetere viene rimosso, sarà necessario l'uso di assorbenti. Il paziente avrà così il tempo necessario per imparare a controllare la sua urina, in questa condizione è importante fare esercizi per rieducare il pavimento pelvico.

CAPITOLO SECONDO

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

2.1 FASI DELLA MALATTIA

In tutti i setting, dagli acuti alle cure residenziali o domiciliari, una persona con stomia richiede cure specializzate che promuovano la qualità della vita per l'interessato, il caregiver e la famiglia. Le giuste cure devono iniziare già nella fase preoperatoria, proseguendo nella fase post-operatoria e nel periodo di riabilitazione e spesso devono permanere per tutta la vita.⁷ La stomia significa per il soggetto interessato un grave cambiamento di vita e la nascita di timori, ansie e paure causate dal pensiero delle limitazioni che trasformeranno la sua esistenza in un vero calvario. Da un lato portare uno stoma potrà comportare qualche disagio fisico e saranno necessari forza e tempo per imparare a convivere, tuttavia, con una buona educazione da parte degli operatori, soprattutto dalla figura dell'infermiere e con un idoneo follow up gestirlo sarà più semplice del previsto, visto che esso è praticamente invisibile; infatti, con il tempo e con l'abitudine non ci si accorgerà più di averlo. La stomia ha lo scopo di semplificare la vita quotidiana del malato e offre la possibilità di coinvolgere le persone vicine al paziente. La cura e la gestione dello stoma deve essere garantita anche grazie alla disponibilità di ambulatori territoriali specifici per i pazienti con questa condizione. Gli obiettivi nell'assistito portatore di stomia sono quelli di gestione e controllo della stomia e delle complicanze della cute peristomale, garantire l'accesso alla fornitura degli ausili protesici specifici, la consulenza dietetica, il supporto emotivo, è anche fondamentale che l'infermiere sviluppi una relazione terapeutica con la persona e la famiglia. Quest'ultima è basata sull'instaurazione di un rapporto interpersonale che, infatti, è un aspetto centrale della cura infermieristica ed è fondamentale per garantire la qualità assistenziale. Le caratteristiche della relazione terapeutica includono l'ascolto attivo, la fiducia, il rispetto, la genuinità, l'empatia e la risposta ai problemi della persona. Attraverso la relazione terapeutica l'infermiere/enterostomista: fornisce e pianifica un'assistenza olistica e personalizzata in base ai bisogni e alle risorse del paziente per raggiungere l'autocura e il più alto grado possibile di autonomia, fornisce informazioni ed insegna nuove abilità, promuove le conoscenze sugli aspetti fisici, psicologici ed emotivi conseguenti alla stomia, coordina l'assistenza fornita nell'ambito del gruppo multidisciplinare e assicura

la continuità di cura dopo la dimissione. La relazione terapeutica ha inizio nella fase preoperatoria, al primo contatto con il paziente, iniziando anche a conoscere i sentimenti di quest'ultimo nei confronti della malattia, l'immagine corporea, il tipo di intervento chirurgico proposto, la vita a casa, la situazione familiare, i ruoli e le relazioni. Tutte le evidenze dimostrano che la relazione terapeutica tra infermieri e pazienti è importante per un'assistenza soddisfacente nella fase post-chirurgica, per l'adattamento a lungo termine alla stomia e per imparare le abilità necessarie per l'autogestione della stomia. L'assistenza infermieristica alla persona sottoposta a chirurgia per confezionamento di stomia deve essere presente in tutte le fasi: preoperatoria, post-operatoria, dimissione e follow-up.⁸ Il percorso del paziente inizia con la diagnosi della patologia, successiva ai dovuti accertamenti, esami di laboratorio e strumentali, dove per quanto possibile si interviene con una prima terapia medica fin quando il confezionamento della stomia diventa l'ultima soluzione possibile, e ne consegue poi l'ospedalizzazione. Nel periodo che segue la sintomatologia iniziale e la scoperta della sua malattia fino al confezionamento, il paziente attraversa una serie di nuove situazioni che portano ad un cambiamento delle condizioni sia psichiche che fisiche. Si possono individuare diverse fasi della malattia:

- **fase sintomatologica**, dove il paziente presenta sintomi fisici ma non ha ancora certezze sulla malattia, è caratterizzata da un forte stato ansiogeno.
- **fase della diagnosi**, dove vi è un incremento delle informazioni sulla malattia e risponde a dubbi fino ad allora repressi, inizia lo stato di timore del paziente sia per il cambiamento che per l'intervento chirurgico stesso.
- **fase dell'ospedalizzazione**, questa porta alla perdita del ruolo, cioè la persona abituata all'ambiente domestico e alle proprie abitudini assume il ruolo di persona malata. Il soggetto può presentare disturbi correlati all'intervento e coping inefficace relativo al cambiamento di abitudini nel contesto ospedaliero.
- **fase della riabilitazione**, questa può avere inizio già durante l'ospedalizzazione, in questa fase una delle paure più grandi del paziente stomizzato è quella di essere colti durante l'evacuazione.
- **fase del reinserimento sociale**, il paziente recupera il suo ruolo ritornando tra le mura domestiche, dove spesso infatti il soggetto tende ad isolarsi per paura di essere rifiutato dalla società.

Ovviamente durante la fase dell'ospedalizzazione si devono distinguere anche una **fase preoperatoria** in cui il paziente è assalito da un forte stato d'ansia causato dall'imminente intervento, e una **fase postoperatoria** dove all'ansia dell'intervento si associa la paura per la presenza dello stoma e quindi di un nuovo modo di essere, con una nuova vita di relazione e di gestione del proprio corpo. Invece dal punto di vista fisico queste fasi sono caratterizzate dall'addestramento alla gestione dello stoma, scelta del materiale protesico, informazione e educazione nell'alimentazione etc.

FASE PERIOPERATORIA

L'intervento chirurgico evoca numerose risposte fisiche e psichiche nel paziente, infatti, è vissuto come un momento importante sia da parte del paziente che da parte dei familiari, reagendo ad esso con un certo grado di ansia e paura. L'assistenza infermieristica perioperatoria è il termine che si utilizza per descrivere le responsabilità infermieristiche associate alle fasi dell'intervento. In ogni fase le responsabilità infermieristiche hanno per oggetto specifici problemi di salute reali o potenziali. Infatti, come per ogni tipologia di intervento l'assistenza infermieristica perioperatoria è suddivisa in tre fasi:

- fase preoperatoria
 - fase intraoperatoria
 - fase postoperatoria
1. Nella prima fase è importante svolgere le attività necessarie a preparare l'assistito per l'intervento chirurgico, essa inizia quando si decide l'intervento chirurgico e termina nel momento in cui il paziente è trasferito in sala operatoria.
 2. La fase intraoperatoria invece inizia dal momento in cui il paziente è collocato sul lettino operatorio e finisce al momento del trasferimento in Recovery Room.
 3. Infine, la fase postoperatoria inizia dal momento in cui il paziente viene trasferito nell'unità operativa e termina quando ha superato tutte le conseguenze chirurgiche e ritorna in reparto.

Ognuna di tutte le fasi sopra elencate viene affrontata in modo diverso da paziente a paziente, ma comunque deve essere garantita un'assistenza globale e personalizzata che coinvolga attivamente l'infermiera di reparto e lo stomaterapista.

2.2 FASE PREOPERATORIA

Il paziente deve essere assistito in tutte le fasi, soprattutto in quella preoperatoria sia sotto l'aspetto fisico che quello psicologico, perché è il primo momento per aiutare il soggetto ad accettare la stomia ed è la fase più importante ai fini della riabilitazione. Durante questo periodo il ruolo dell'infermiere e dell'equipe curante sono centrali per garantire la presa in carico. Queste figure hanno anche il compito di fornire informazioni precise sulle motivazioni che vincolano all'esecuzione della pratica, sulle modalità dell'operazione e le sue conseguenze anche per quanto riguarda la condizione futura all'atto chirurgico spiegandolo in modo chiaro e semplice. Gli operatori coinvolti compresi gli infermieri devono avere **capacità pratiche, comunicative** per stabilire una relazione efficace con il paziente e fornirgli un appropriato supporto psicologico, ma anche quelle **educative**, quindi essere in grado di informare il paziente sotto ogni punto di vista: la localizzazione dello stoma e del suo funzionamento, descrivere lo svolgimento delle fasi successive al post-operatorio per rendere maggiormente agevole l'accettazione del nuovo organo e l'integrazione di esso nello schema corporeo sia da parte del paziente che dei suoi familiari. Altre istruzioni che devono essere impartite riguardano: la dieta da seguire nei giorni antecedenti l'intervento, le pratiche preoperatorie richieste come esami di laboratorio e strumentali, ad esempio gli esami ematici, ECG, Rx del torace etc. È altresì importante che il paziente venga coinvolto attivamente, dallo staff assistenziale, nella decisione di confezionare, così tenderà meno ad assumere atteggiamenti vittimistici o di passività al risveglio dall'anestesia. Infatti, un paziente ben informato e coinvolto nel suo piano assistenziale si sentirà maggiormente motivato sia alla gestione della futura stomia che al processo di guarigione della propria malattia.

La fase preoperatoria, quindi, è estremamente importante al fine di garantire il successo dell'intervento, essa inizia con il ricovero del paziente nell'unità di degenza e termina al momento del trasferimento del paziente nel blocco operatorio ed include una serie di attività di preparazione all'intervento: identificazione anagrafica del paziente e della patologia con valutazione dello stato di salute generale del paziente, compilazione della documentazione e gestione dei consensi in modo chiaro e completo data l'importanza dell'attività, provvedere alla preparazione fisica e psicologica all'intervento con le dovute procedure infermieristiche, infine interventi di educazione sanitaria.

PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

La preparazione deve essere messa in pratica tenendo conto di più aspetti: **psicologico** (grazie all'intervento del chirurgo, stoma terapeuta, famiglia, ma anche grazie alle qualità proprie del paziente stesso), **generale** (con il controllo degli esami ematici, radiologici, endoscopici, ECG, cartella clinica), **locale** con la preparazione della cute, infatti, quest'ultima e i peli contengono microrganismi che potrebbero provocando infezioni, perciò, è necessario eseguire la doccia o bagno a letto e la tricotomia addominale la sera prima o la mattina stessa dell'intervento. È necessaria una **preparazione intestinale** grazie ad una dieta preoperatoria, lassativi e clisteri, infatti, nei giorni antecedenti all'intervento è necessario apportare delle restrizioni dietetiche e il digiuno preoperatorio nelle ore precedenti all'intervento. Garantire la preparazione intestinale è importante perché il minor contenuto di feci a livello delle anse permette di limitare la contaminazione del campo operatorio. In questi interventi più complessi può essere necessaria una **preparazione respiratoria**, attraverso l'insegnamento degli esercizi di respirazione profonda, sospensione del fumo nei giorni prima dell'intervento, insegnare a tossire sostenendo l'addome, utilizzo di aerosol se occorre, incentivare l'utilizzo dello spirometro in casi di necessità. È fondamentale anche attuare una **profilassi per le complicazioni tromboemboliche** in particolare in donne e anziani, gestendo la mobilizzazione degli arti inferiori, bendaggio graduale, somministrazione di eparina per via sottocutanea. Gestione della **preanestesia** e della terapia per la sera prima dell'intervento. Inoltre, va garantito lo **svuotamento della vescica** subito prima dell'operazione e generalmente in sala viene posizionato il catetere negli interventi di lunga durata per il monitoraggio della diuresi e del bilancio idrico. È necessario provvedere anche alla **vestizione del paziente**: camice fornito dall'ospedale e cuffia per i capelli. L'infermiere di reparto ha anche il compito di **gestire la documentazione**, comprensiva di cartella clinica, modulo del consenso informato e scheda anestesiologicala che deve essere consegnata in sala con tutti i referti sistemati in ordine cronologico. Nel momento in cui il paziente entra in sala operatoria tale documentazione viene affidata all'infermiere che lo prende in carico con il compito di valutarne l'adeguatezza, infatti, la firma del consenso informato garantisce e assicura l'informazione del paziente e permette all'equipe chirurgica di svolgere tutte le manovre necessarie al fine di garantire una buona riuscita dell'intervento.

DISEGNO PRE OPERATORIO

La posizione anatomica della stomia è importante per la sua cura e la qualità della vita del paziente,⁹ infatti, una delle attività principali durante la preparazione del paziente nella fase preoperatoria, dove comunque la figura dell'infermiere è necessaria, è la scelta del sito per il confezionamento della stomia, rappresentato da una porzione piana della parete addominale. Per i soggetti che devono subire un intervento chirurgico di questo tipo, infatti, è necessario che il chirurgo contrassegni la posizione appropriata sulla parete addominale al fine di garantire la comodità e per prevenire complicanze, evitando zone nei pressi di creste ossee, pliche cutanee e cicatrici. La marcatura non deve essere eseguita soltanto dal chirurgo ma può essere delegata a un infermiere stomaterapista¹⁰. Questa procedura deve essere eseguita prima dell'ingresso in camera operatoria con il coinvolgimento del paziente¹¹. Molti psicologi, affermano che il disegno sulla cute eseguito troppo tempo prima dell'operazione procura al paziente ansia ed angoscia che si trascineranno nel postoperatorio, ma allo stesso tempo la stomia nel paziente non informato viene vissuta come una violazione al proprio corpo e crea delle alterazioni a livello dello schema corporeo.

In primo luogo, vengono tracciate delle linee con la matita dermografica nell'addome al fine di individuare il punto esatto dove può essere confezionata la stomia, poi vengono disegnati dei triangoli dove al centro è possibile confezionare uno stoma. Nelle stomie intestinali i punti di repere che delimitano la superficie addominale sono creste iliache, arcata costale, linea alba e linea vita. Con la penna viene disegnato un cerchio a metà tra la cresta iliaca e l'ombelico, e per ridurre il rischio di ernie occorre individuare il muscolo retto dell'addome. Il sito ottimale è scelto ovviamente in base alla malattia, al tipo di intervento che si deve attuare e l'area interessata. Se si deve eseguire una colostomia lo stoma viene posto nella fossa iliaca sinistra, più raramente il quadrante destro. In caso di ileostomia invece lo stoma viene posto nella fossa iliaca destra. L'urostomia, invece, viene posizionata nella parte destra dell'addome mentre l'ureterocutaneostomia bilaterale viene posizionata a destra e a sinistra dell'addome. Lo stoma deve essere ben visibile e lontano da pieghe, per favorire l'igiene e l'adesione della placca, infatti, la scelta avviene dopo delle prove attuate in più posizioni¹²: la prima è quella supina e viene poi chiesto al soggetto di guardarsi e riferire se il segno è a lui visibile.

Successivamente la prova viene eseguita in posizione seduta, necessaria perché ci permette di verificare se il punto selezionato si sposta a causa dello slittamento dei piani cutanei. Infine, viene provata la posizione ortostatica, che ci permette di avere un'ulteriore verifica di quanto già visto nelle prove precedenti. La scelta della sede e le prove nelle posizioni sopra indicate devono essere particolarmente accurate nei soggetti obesi, per evitare di segnare il punto dello stoma in una posizione errata e/o scomoda. Una volta segnato il punto ideale si procede all'applicazione di una sacca (provvista di cintura) invitando la persona a camminare. Questo momento è importante per valutare se la superficie cutanea offre un valido punto di appoggio.

2.3 FASE INTRAOPERATORIA

Nel momento in cui il paziente viene posizionato sul letto operatorio inizia la fase intraoperatoria e avviene la diversificazione dei ruoli infermieristici, che all'interno della sala operatoria sono essenzialmente due e sono svolti dall'**infermiere di sala** e dall'**infermiere strumentista**. L'infermiere di sala è quella figura che si occupa della preparazione intraoperatoria del paziente; quindi, prende in carico il paziente, valuta la documentazione che lo accompagna, e insieme alle altre figure dell'equipe chirurgica effettua la motorizzazione adatta al tipo di intervento chirurgico, ne gestisce il posizionamento sul letto operatorio, sala si occupa della monitorizzazione e della stabilità dei parametri del paziente, e a sua volta coadiuva con tutta l'equipe chirurgica.

L'infermiere strumentista, invece, coadiuva i chirurghi durante tutta l'esecuzione dell'intervento chirurgico, provvede ad allestire il campo con lo strumentario in base all'intervento, controlla il mantenimento della sterilità di tutti gli operatori e gestisce il conteggio delle garze e dei materiali. Alla fine dell'intervento chirurgico l'infermiere strumentista si occupa della gestione dello strumentario e del tavolo operatorio, mentre l'infermiere di sala coadiuva con il medico anestesista per il ripristino della coscienza del paziente.

FASE POSTOPERATORIA

La fase postoperatoria inizia nel momento in cui il paziente lascia la sala operatoria e ritorna nell'unità operativa dove viene preso in carico dall'infermiere di reparto. Questa fase si divide in: fase postoperatoria immediata e fase postoperatoria tardiva. Nella fase postoperatoria immediata il paziente e i suoi bisogni devono essere sempre in primo piano. Poiché un intervento chirurgico è un'esperienza stressante nella vita del paziente, egli deve essere certo che qualcuno lo sorvegli in tutto questo periodo. Quasi tutti i pazienti necessitano di sostegno affettivo durante il periodo immediato all'intervento, sia dall'infermiere ma anche dai familiari, che nella fase postoperatoria il loro coinvolgimento, diventa basilare per abbassare lo stato d'ansia per il futuro incerto che colpisce il paziente. La fase postoperatoria tardiva, però, è quella più impegnativa dal punto di vista educativo.

FASE POST-OPERATORIA IMMEDIATA

Nell'immediato post-operatorio l'infermiere, deve aver presente nell'organizzazione assistenziale il perseguimento di precisi obiettivi specifici, quali l'accettazione della stomia da parte del paziente e il controllo della stessa. Questa fase condiziona la risposta dello stomizzato e il suo recupero funzionale, pertanto, è necessario che l'infermiere agisca con estrema cautela ed abilità sia negli atti che nei gesti, incoraggiando ad ogni passo senza mai causare eccessiva pressione, la gestione del nuovo organo. L'accettazione dello stoma è un evento che determina nello stomizzato diversificate tensioni emotive, di conseguenza, gli interventi assistenziali accrescono e si diversificano in rapporto all'età, al sesso, alla religione, alla cultura, alla posizione dello stoma e all'entità delle complicanze. L'assistenza infermieristica nella fase post-chirurgica immediata prevede il: controllo del neostoma, posizionamento delle sacche di raccolta, generalmente sono presenti e devono essere gestiti: sondino naso-gastrico, catetere vescicale, terapia infusione endovenosa quindi gli accessi venosi e possibili accessi arteriosi da utilizzare negli EGA di controllo, drenaggi addominali, con controllo della quantità e qualità del materiale drenato, rilevazione dei parametri vitali: PA, FC, TC, FR, somministrazione in caso di necessità di ossigeno terapia secondo prescrizione medica, valutare le richieste di controlli ematici con esecuzione dei prelievi.

Controllo cartella clinica e scheda anestesiologicala, somministrazione della terapia farmacologica secondo i tempi e i dosaggi prefissati, rieducazione vescicale (quando necessaria) per poter rimuovere quanto prima il catetere vescicale. Controllo della ferita laparotomica e stomia, gestione della mobilizzazione precoce e cura dell'igiene personale quotidiana. La prima medicazione dopo l'intervento deve essere trasparente per avere la visione dello stoma e della cute peristomale al fine di favorire l'immediata valutazione dell'insorgenza di complicanze e la gestione di esse. Il sistema che viene normalmente utilizzato è quello a due pezzi a fondo aperto al fine di traumatizzare il meno possibile il neostoma. L'infermiera nei primi giorni deve valutare: lo stoma e la cute peristomale.

FASE POST-OPERATORIA TARDIVA

La fase post-operatoria tardiva è la fase conclusiva della riabilitazione durante il periodo della degenza ospedaliera atta a rendere autosufficiente il paziente stomizzato preparandolo ad affrontare in maniera diversa la vita quotidiana. L'obiettivo generale è riportare la persona al completo recupero delle proprie funzioni permettendogli il reinserimento nel mondo familiare, lavorativo e sociale. L'obiettivo specifico è provvedere ai bisogni personalizzati espressi del paziente che richiede risposte assistenziali diversificate in base al problema, impostando piani di lavori individualizzati per il raggiungimento di una adeguata autonomia gestionale. In questa fase importantissimo è l'apprendimento della corretta gestione dello stoma da parte del paziente attraverso l'educazione infermieristica.

2.4 COMPLICANZE STOMALI

Le complicanze stomali si dividono in precoci e tardive. Le prime si manifestano entro trenta giorni dall'intervento, mentre le tardive si verificano dopo i trenta giorni.¹³ Queste possono causare la necessità di un altro intervento chirurgico, ritardare la dimissione del paziente, determinare l'insorgenza di nuove complicanze e accessi ripetuti ai servizi ambulatoriali con un aumento di costi per l'utilizzo di medicazioni, accessori e quantità maggiori di presidi. Di conseguenza queste complicanze comportano un marcato peggioramento della qualità di vita. Le cause ovviamente possono derivare da più fattori: mal posizionamento, mal confezionamento, errori nella gestione e nello stoma-care, infine da patologie concomitanti.¹⁴

Le due cause più comuni della maggior parte delle complicazioni precoci sono il posizionamento non ottimale della stomia e la cura carente. Infatti, uno studio ha dimostrato che i pazienti senza marcatura preoperatoria hanno sviluppato in percentuale maggiore complicanze stomali.¹⁵ Pertanto, l'importanza della marcatura preoperatoria non può essere sottovalutata. In caso di errori nella cura della stomia, invece, il paziente deve essere rieducato alla pratica corretta nella gestione. Le ragioni dell'insorgenza di complicanze tardive possono essere legate al paziente o alla tecnica chirurgica. È stato dimostrato, ad esempio, che fattori del paziente come l'obesità e l'elevata pressione intra-addominale aumentano notevolmente il rischio di prolasso della stomia ed ernia stomale.

COMPLICANZE PRECOCI

- l'**edema** si manifesta con gonfiore per un aumento della componente idrica interstiziale ed il trattamento prevede l'applicazione della borsa di ghiaccio, e favorire l'utilizzo del presidio a due pezzi per favorirne la valutazione.

- l'**emorragia intra e peristomale** causata da mancata emostasi o gestione errata della stomia, se il sanguinamento è di lieve entità si può comprimere delicatamente per pochi secondi, mentre nei casi più gravi si deve trattare chirurgicamente.

- in caso di **ischemia e/o necrosi**, invece, la mucosa appare pallida o addirittura nera a causa di un inadeguato apporto di sangue, infatti, soprattutto nelle prime 72 ore va controllata la stomia e se la necrosi si estende eccessivamente il trattamento chirurgico.¹⁶

- **Lesioni cutanee peristomali** che possono essere causate da dermatite allergica per un'intolleranza verso i componenti del materiale protesico, perciò, sarà necessaria la sostituzione del presidio con un altro modello. Oppure si può verificare una dermatite infettiva da contatto con materiale fecale, tale problema non sussiste con una corretta cura dello stoma e un'ottima adesività della placca crea una barriera contro la contaminazione fecale. Le alterazioni cutanee possono anche manifestarsi con delle lesioni proliferanti quindi con formazione di granulomi, depositi di ossalati e neoplasie.

- La **retrazione** è un abbassamento dello stoma più o meno accentuato al di sotto del piano cutaneo, le cause sono dovute fondamentalmente al mal confezionamento dello stoma, se questa si aggrava rappresenta un'emergenza chirurgica.

- La **suppurazione** gli **ascessi peristomali** (insorgono generalmente dopo pochi giorni dall'intervento e sono collegati a errori nella tecnica chirurgica o di contaminazione; la terapia è chirurgica con drenaggio della raccolta purulenta e revisione della stomia).

- Il **distacco stomale** o **deiscenza muco cutanea** consiste nella separazione dello stoma dalla cute, ha per effetto la caduta in addome della stomia con conseguente peritonite che impone l'immediato intervento.

- l'**ernia** è la dislocazione dell'ansa stomale per cedimento della parete addominale e può provocare occlusione, se viene rispettato correttamente il disegno preoperatorio il rischio di sviluppare questa complicanza è diminuito.

COMPLICANZE TARDIVE

- il **prolasso** consiste nella fuoriuscita dell'ansa stomale dal piano cutaneo, le cause possono essere eccessiva ampiezza dell'incisione parietale e cutanea o scarsa fissazione visceroparietale, può essere causato anche dall'aumento della pressione addominale e può causare emorragie da traumatismi della mucosa protrusa o edema e necrosi da strozzamento).

- La **stenosi** è la riduzione del diametro stomale al di sotto dei livelli accettabili per una normale funzione evacuativa, può essere una complicanza sia precoce che tardiva e le cause possono essere: incisione cutanea inadeguata, esito di retrazione precoce, esito di ischemia o necrosi e può portare ad occlusione intestinale. Per valutare la gravità della stenosi si può attuare un esame digitale, nei casi più gravi è necessario intervenire chirurgicamente.

- Infine, vi possono essere **lesioni** cutanee e stomali, **fistole enterostomali** e **granulomi**, questi ultimi sono formazioni benigne situate sulla stomia, e spesso per la rimozione si deve intervenire con l'asportazione chirurgica.

L'obesità è una condizione sfavorevole al posizionamento dello stoma perché rende difficoltoso l'ottenimento di un'adeguata lunghezza dell'intestino per coprire i tessuti sottocutanei. Inoltre, l'obesità è riconosciuta come un fattore di rischio per le complicanze dello stoma e i pazienti obesi hanno una probabilità sette volte maggiore di soffrire di necrosi dello stoma rispetto ai pazienti non obesi¹⁷.

2.5 FASE DELLA RIABILITAZIONE E REINSERIMENTO SOCIALE

Durante l'ospedalizzazione post-operatoria, è di fondamentale importanza l'inizio del recupero della continenza passiva e il ripristino dell'autonomia, al fine di garantire anche il reinserimento sociale. La dimissione dall'ospedale rappresenta il distacco da un ambiente dove la patologia viene vissuta in un contesto "protetto" dalla presenza del personale addetto pronto a soddisfare i bisogni e le richieste del paziente, ma anche dalla presenza di altri pazienti, che fanno sentire meno il senso di malattia. Con la dimissione, si entra nell'ordine mentale di dover contare su sé stesso, e più l'educazione e il supporto sono stati esaustivi più il paziente avrà una concezione di sé stesso positiva e risulterà pronto e sicuro a gestire questa nuova condizione. Sarà fondamentale fornire all'assistito una serie di informazioni utili: informazione sanitaria, informazione psicosociale, centro di riabilitazione. Per un piano riabilitativo ottimale è necessario considerare alcuni punti fondamentali: grado di capacità, coinvolgimento dei familiari, igiene peristomale, scelta dei presidi, abitudini alimentari e dieta. L'infermiera deve valutare il grado di autonomia nella gestione dello stoma e la scelta dei presidi e deve indirizzare il paziente per l'approvvigionamento dei dispositivi necessari.

Lo stomizzato subisce anche un trauma psichico e il riadattamento psicologico del paziente alla nuova condizione è estremamente complesso. La stabilità psichica viene compromessa dalla paura di essere rifiutato e di perdere le abilità, soprattutto lavorative. La conseguenza di tutto questo è una riduzione dell'autostima, in questo familiari e amici possono essere di notevole aiuto mostrando vicinanza e supporto. L'obiettivo finale è l'accettazione della stomia anche grazie al sostegno dell'infermiera e del centro di riabilitazione dove si incontrano persone che hanno vissuto e affrontato le medesime esperienze e sensazioni.

I Centri di riabilitazione sono il punto di riferimento per ogni stomizzato, svolgono attività di riabilitazione e follow-up. Nel Centro di riabilitazione, oltre al chirurgo e all'infermiere/stomaterapista ci sono altre figure professionali in base alle necessità (dietista, psicologo, psichiatra, oncologo, ecc.). Il personale del centro non si occupa solo dei problemi inerenti la stomia ma anche dell'evoluzione della malattia di base.

CAPITOLO TERZO

EDUCAZIONE TERAPEUTICA: FIGURA DELL'INFERMIERE

3.1 RUOLO DELLO STOMATERAPISTA

L' infermiere è colui che svolge assistenza, il che significa essere in possesso di una professionalità completa, che gli permetta di essere sempre all'altezza della situazione in cui si inserisce, egli fornisce le risposte richieste dalla popolazione, assiste e previene le complicanze, aiuta a evitare stati di salute non accettabili e applica e conferma una cura. L'infermiere enterostomista o stomaterapista o E.T. (dal termine anglosassone Enterostomal Therapist) è un infermiere in possesso di conoscenze e competenze tecniche e comportamentali specifiche che lo abilitano a fornire prestazioni assistenziali e riabilitative alla persona a cui è stata confezionata una stomia¹⁸. Il ruolo e le funzioni dell'infermiere stomaterapista rispecchiano il profilo professionale e il codice deontologico. Lo stomaterapista si assume la responsabilità di aiutare la persona assistita a promuovere, ripristinare e mantenere la salute ed il benessere psicofisico. Lo scopo generale dell'assistenza al paziente sarà quello di stabilire le priorità assistenziali per i pazienti stomizzati, incontinenti e con patologie proctologiche in modo da rispondere a tutte le loro richieste nei tempi più opportuni e con il miglior rapporto rischi/costi/benefici possibile, assicurando contemporaneamente un'eccellente qualità dell'assistenza.

Lo stomaterapista si occupa della persona portatrice di stomia: valuta i bisogni e le risorse disponibili per soddisfare questi bisogni; definisce dei problemi assistenziali e/o collaborativi; pianifica gli interventi con il coinvolgimento della persona assistita e della sua famiglia in tutti gli aspetti dell'assistenza incoraggiandone autocura e autodeterminazione. L'attività dell'infermiere Stomaterapista non può non prescindere da una perfetta conoscenza della materia in quanto le stomie, i disturbi proctologici e di disfunzione del pavimento pelvico possono portare allo sviluppo di problemi funzionali che richiedono l'adozione di interventi complessi di prevenzione, cura, educazione e riabilitazione.

3.2 EDUCAZIONE INFERMIERISTICA

L'educazione terapeutica è un elemento fondamentale del processo assistenziale ed è di competenza multidisciplinare perché coinvolge l'intera équipe di professionisti della salute, adeguatamente formati, con lo scopo di garantire un'assistenza globale, coordinata e tempestiva, che accresca la soddisfazione del paziente e l'efficacia delle prestazioni. Per l'infermiere la funzione educativa è una responsabilità assegnata dal profilo professionale, essa ha anche un risvolto etico perché con il suo intervento cerca di evitare al paziente dolori, peggioramenti della condizione clinica e stati di ansia correlati alla mancata padronanza delle situazioni.

Partendo dalla valutazione dell'assistito sulle abilità cognitive e sociali e sul grado di comprensione delle informazioni utili al mantenimento e alla promozione del proprio stato di salute, il gruppo multidisciplinare definirà le priorità e le competenze chiave che la persona dovrà padroneggiare anche individuando risorse e punti di forza del paziente stesso. Una volta terminata la valutazione e stabilita la diagnosi in base alle necessità del paziente, si individuano gli obiettivi e le competenze che si vogliono raggiungere. La persona portatrice di stomia è un esempio di paziente che ha bisogno di un'assistenza infermieristica che abbracci a 360° la sua situazione già nel periodo antecedente al confezionamento dello stoma ma soprattutto nel post-operatorio, per garantire una vita normale anche da stomizzati.

Il confezionamento di una stomia è in certi casi un'ancora di salvezza e l'unica soluzione per il miglioramento della qualità di vita di queste persone, ma comunque rappresenta un trauma fisico e psicologico per via del mutamento anatomico e delle abitudini quotidiane, perciò, in questo processo risalta, la componente educativa dell'assistenza infermieristica. I pazienti stomizzati non sono pazienti invalidi, sono uomini e donne con una anatomia e dei comportamenti fisiologici differenti della comunità, ma nel complesso gestibili e talvolta completamente indipendenti.

Questa tipologia di utenti affronta, nel corso della vita, un percorso tortuoso che può portarli allo sconforto e al rifiuto della propria condizione di vita, soltanto una corretta educazione sanitaria ed un supporto psicologico continui da parte dei professionisti della salute e degli affetti possono condurli alla consapevolezza che nessuno stomizzato è un malato cronico, rendendo "la nuova vita" un'esistenza fiera e dignitosa.

Le cure specialistiche iniziano proprio nella fase del preoperatorio dove gli infermieri hanno il dovere di iniziare il processo educativo dei pazienti sulla varietà dei presidi necessari per la gestione della stomia e sulle procedure di svuotamento della sacca di raccolta. Per quanto questi interventi educativi siano incentrati con maggiore specificità nel post-operatorio, il processo educativo deve coinvolgere fin da subito anche le famiglie, che hanno statisticamente un ruolo centrale nel processo di cura. Gli interventi educativi possono essere eseguiti anche attraverso la somministrazione di questionari, brochure e manuali. La curiosità del paziente dev'essere costantemente sollecitata anche per quanto riguarda l'anatomia del tratto digerente/urinario in modo che l'utente abbia un quadro più chiaro della problematica. Egli, inoltre, dev'essere messo al corrente, già dal preoperatorio, sui fattori di rischio, sulle figure professionali di riferimento e sulle possibili complicanze, infatti, è utile ricordare come obesità, età avanzata e neonatale, disturbi gastro-intestinali cronici e diabete mellito siano tra i principali elementi clinici predisponenti alle complicazioni per stomie, cute peristomale e gestione generale dello stoma.

Il periodo post-operatorio è il momento più difficile per un paziente stomizzato per il dolore correlato all'intervento, il malessere generale per le procedure terapeutiche e le alterazioni fisiche della stomia. Proprio per questi motivi il malato si trova in una condizione di disagio fisico e psichico che può sfociare nella depressione e nell'autosvalutazione, presupposti per un rallentamento del processo di cura; perciò, le attività di supporto emotivo e psicologico e l'individuazione dei bisogni dell'utente continuano senza sosta nel post-operatorio. L'infermiere agisce sulla base della pianificazione preoperatoria e delle condizioni generali del paziente, identificando e contrastando i fattori di rischio a seconda dei risultati dell'intervento chirurgico e predisponendo nuovi piani assistenziali. Il piano educativo nel post-operatorio ha lo scopo di formare il paziente ad una sana auto-cura dello stoma in modo da ridurre gli eventi avversi, tenendo presente che l'équipe ospedaliera e domiciliare rappresenta un saldo punto di riferimento. Tutti gli interventi di educazione terapeutica sono mirati ad ottenere una partecipazione totale, a partire dalla predisposizione di un regime alimentare che prenda in considerazione età, peso, alterazioni del tratto digestivo e gusti personali.

3.3 STOMACARE E GESTIONE DEL PAZIENTE STOMIZZATO

Una volta avvenuto l'intervento il paziente viene assistito in ospedale e educato nella gestione della stomia con la partecipazione attiva dello stesso, ma anche dei familiari e del caregiver. I punti fondamentali di cui tener conto sono: 1) la **scelta dei presidi**, 2) esecuzione dello **stomacare** con pulizia e igiene dello stoma, 3) la **sostituzione della sacca** e, infine, 4) la pratica dell'**irrigazione** nei pazienti portatori di stomia intestinale, 5) **dieta**.

1) LA SCELTA DI UN PRESIDIO

Un presidio di raccolta deve garantire la tenuta in situ, la protezione dal contatto con feci e urine, deve essere facilmente sostituibile, permettere il controllo degli odori e garantire un basso profilo. I sistemi di raccolta sono fondamentali per far riacquistare al paziente l'autonomia e farlo ritornare alla vita sociale, la scelta è dettata dalle richieste e dalle caratteristiche della persona, dal tipo di stomia (colon/ileo o stomia urinaria), dal confezionamento, dal posizionamento e viene fatta in collaborazione con l'infermiere o con l'enterostomista.

I presidi si dividono in due categorie: i monopezzo (la sacca e la placca non sono separabili) e quelli a due pezzi¹⁹, costituiti da una placca con un anello di fissaggio e dalla sacca rimovibile. I presidi monopezzo possono essere a fondo chiuso, aperto, o con il rubinetto per le urostomie. Le sacche a fondo chiuso sono usate per le colostomie, mentre le sacche a fondo aperto per le ileostomie. Il fondo aperto permette di svuotare più volte il contenuto senza rimuovere il presidio. Il presidio a due pezzi è indicato per gli anziani e per coloro con problemi cutanei perché si evita di esercitare una trazione sulla cute durante la sostituzione.²⁰

Alcune sacche presentano un filtro costituito da carbone attivo che ha lo scopo di trattenere gli odori e lascia uscire i gas. Altri presidi utili sono: la pasta protettiva livellante, che fa aderire meglio la placca, utile anche per arrossamenti, essa fa sì che le feci non si infiltrino al di sotto della placca, provocando fastidiose e talvolta gravi irritazioni. Esistono inoltre i copristoma per coprire la stomia quando è senza sacca ed è utilizzata da pazienti che controllano le feci ed evacuano a orari o in giorni stabilite.

2) STOMACARE E IGIENE NELLE STOMIE URINARIE E INTESTINALI

Il paziente deve essere educato al cosiddetto “stoma care”²¹, grazie alla collaborazione di più professionisti sanitari. L’infermiere deve identificare i problemi che possono compromettere l’autonomia del soggetto, valutare le capacità della persona e del caregiver di gestire le complicanze, pianificare l’intervento educativo e valutarne i risultati. Per “stoma care” si intendono tutte le procedure messe in atto per prevenire le complicanze e favorire la riabilitazione nel post-operatorio. Tra queste procedure ci sono l’igiene della stomia, la sostituzione della sacca e l’irrigazione nel caso delle stomie intestinali, tutto ciò è necessario per prevenire complicanze. Gli obiettivi assistenziali specifici sono: garantire l’integrità dello stoma, l’autonomia del paziente nella gestione della stomia e una salute ottimale. Gli interventi per raggiungere tali obiettivi devono essere messi in pratica sin dall’immediato periodo post-operatorio, attraverso una serie di procedure: utilizzo della placca a protezione totale e la sacca trasparente a fondo aperto per controllare la mucosa stomale, effettuare la prima sostituzione del presidio dopo 48 ore; detergere la stomia e la cute peristomale con acqua tiepida e sapone senza utilizzare sostanze irritanti, tutto ciò coinvolgendo paziente e care giver.

L’educazione del paziente non termina con la dimissione, ma prosegue al domicilio e gli infermieri devono pianificare ogni attività tenendo conto delle caratteristiche della persona e il suo stato psico-emotivo, valutando conoscenze e convinzioni, procedendo dalle attività semplici a quelle più complesse con “la possibilità di sbagliare”. Dopo l’intervento educativo la persona deve avere le abilità necessarie per: utilizzare il materiale, compiere l’igiene della stomia, sostituire correttamente il presidio.

L’igiene quotidiana deve essere eseguita con sapone neutro a pH 5.5 e acqua tiepida, si rimuove il presidio staccando la placca dall’alto verso il basso, si rimuovono le feci e successivamente si deterge la cute peristomale con acqua e sapone non irritante partendo dall’esterno verso la stomia con movimenti circolari (rispettando il principio dal più pulito al più sporco), infine avviene il risciacquo e l’asciugatura con un panno carta. Durante la procedura devono essere evitate manovre di sfregamento ed è bene applicare una corretta quantità di pasta protettiva, prima di posizionare un presidio nuovo. Nelle stomie urinarie la procedura è la stessa con l’unica differenza che la detersione si attua dall’interno verso l’esterno, quindi al contrario per evitare contaminazioni delle vie urinarie.

3) SOSTITUZIONE DELLA PLACCA E DELLA SACCA

La sacca di raccolta viene posizionata già in sala operatoria e viene successivamente sostituita dopo 48/72 dall'intervento. I tempi per la sostituzione della sacca variano in base alla stomia (ileo o colostomia), al tipo presidio utilizzato e alla quantità del materiale espulso; ad esempio, nelle ileostomie e nelle colostomie le feci, nei primi giorni sono liquide ma la quantità eliminata si regolarizza per le prime entro un mese per le seconde entro le prime settimane. La placca va sostituita da una volta al giorno fino ad un massimo di una volta ogni tre o quattro giorni. Il presidio va rimosso dall'alto verso il basso, delicatamente, tendendo e umidificando la pelle per evitare traumatismi. Dopo l'igiene e la detersione della stomia occorre: verificarne la grandezza misurandola con il calibratore per poter tagliare il foro della placca, in modo che vengano mantenute le stesse dimensioni della stomia perché se il foro è più grande favorisce il contatto delle feci con la cute, se è più piccolo invece, può provocare edema stomale; successivamente si applica la placca dal basso facendo attenzione che aderisca bene alla cute.²²

4) IRRIGAZIONE

L'irrigazione è una tecnica che favorisce un controllo maggiore sull'eliminazione delle feci e allo stesso tempo aumenta il periodo di continenza questa pratica ha riscosso una buona adesione fra gli utenti stomizzati, migliorando determinati aspetti quotidiani, soprattutto nei soggetti giovani. La prima irrigazione deve essere eseguita circa 30 giorni dopo il confezionamento della stomia perché si deve aspettare che guarisca la giunzione muco-cutanea. Con il paziente vanno definiti i tempi, la posizione da assumere (meglio quella seduta), il materiale occorrente e la modalità d'esecuzione. L'irrigazione deve essere eseguita a intervalli regolari per favorire la stabilità intestinale. La procedura si realizza con acqua potabile a temperatura corporea (36-37°C) che si fa defluire all'interno della stomia, ciò favorisce la peristalsi. Una volta terminato il flusso si deve attendere fino al termine dell'evacuazione, la procedura termina con la detersione della stomia e con il posizionamento di un nuovo presidio.²³

5) DIETA

Il peso corporeo influisce moltissimo sulla gestione delle stomie, infatti, è indispensabile raggiungere un peso forma ideale già precedentemente all'intervento per aiutare a prevenire le complicanze dopo l'atto chirurgico. Anche in questo caso l'infermiere svolge un ruolo educativo anche per quanto riguarda le istruzioni alimentari postintervento: incoraggiando la corretta masticazione per evitare casi di malassorbimento e disagi nell'eliminazione, istruire a fare piccoli e frequenti pasti nell'arco della giornata: colazione, pranzo, cena e due spuntini, seguendo al contempo un'alimentazione corretta indicando i cibi che aiutano a normalizzare la massa fecale, regolare le evacuazioni, controllare l'emissione dei gas. Spiegare l'importanza di mantenere un peso forma, perché se eccessivo può comportare problemi di aderenza della placca e della sacca. Generalmente prima dell'intervento si consiglia di consumare alimenti ben tollerati ed evitare quelli che provocano alterazioni dell'alvo, meteorismo con la conseguente flatulenza e feci mal odoranti. Nelle settimane successive all'intervento è sconsigliato assumere alimenti ricchi di fibre per evitare evacuazioni frequenti ma una volta avvenuto il ripristino della funzione intestinale i soggetti portatori di una colostomia possono alimentarsi con una dieta varia. Nelle persone con ileostomia (feci liquide) sono particolarmente indicati cibi che addensano le feci. È fondamentale mantenere una buona idratazione, perciò, è consigliato bere 1,5 litri d'acqua naturale fuori pasto. Per il controllo degli odori, oltre a sconsigliare alcuni alimenti è importante indicare l'esistenza di deodoranti per la sacca o filtri anti-odore. Va anche ricordato al paziente come gestire situazioni di dissenteria e stitichezza

L'urostomia, invece, non necessita di particolari indicazioni dietetiche, infatti, il soggetto può mantenere la stessa alimentazione seguita prima dell'intervento. Un consiglio fondamentale è quello di assumere almeno 1,5-2 litri di acqua non gassata al giorno per prevenire le infezioni delle vie urinarie. Infatti, con l'urina si eliminano così anche grandi quantità di batteri. Vanno indicati i cibi che producono cattivo odore delle urine che comunque possono essere assunti tranquillamente. Due bicchieri di succo di mirtilli rossi al giorno aiutano a prevenire le infezioni, esso infatti acidifica l'urina e rallenta così la riproduzione dei batteri.

CAPITOLO QUARTO

INDAGINE SULLE ABILITÀ DEGLI INFERMIERI

4.1 SCOPO, MATERIALI, METODO E CAMPIONAMENTO

La mia tesi ha come oggetto in questione l'infermiere che si approccia al paziente stomizzato, sia per quanto riguarda l'aspetto informativo e educativo ma anche sotto l'aspetto pratico per quello che riguarda le attività principali della gestione di una stomia. Il mio studio nasce dall'interesse che in questi anni di tirocinio ho sviluppato nella gestione delle stomie che abbiamo anche largamente trattato durante il percorso universitario. Ho voluto attuare un'indagine sulle abilità infermieristiche tramite la somministrazione di un questionario, questa è un'ottima soluzione perché permette di instaurare un dialogo focalizzato sull'argomento in questione ossia lo Stoma care.

Successivamente, il mio lavoro è stato affrontato raccogliendo e analizzando i dati raccolti, con il fine di indagare quanto effettivamente gli infermieri sia di area chirurgica ma anche medica, critica, domiciliare e ambulatoriale si reputano preparati nella gestione delle stomie e del paziente non solo per quello che riguarda l'aspetto pratico ma anche a livello empatico e comunicativo. Lo scopo della mia tesi è quindi quello di valutare le capacità degli infermieri nel garantire la continuità assistenziale della persona con stomia. Inoltre, vorrei sottolineare come tra gli infermieri di reparto ci sia la necessità di poter affrontare e approfondire tale argomento per avere una preparazione maggiore, rimanendo comunque consapevole che in alcuni reparti come quelli di urologia e chirurgia il paziente stomizzato è una realtà maggiormente presente rispetto ad altre unità operative.

Il questionario è di forma cartacea e l'ho somministrato personalmente, dando indicazioni per la compilazione agli infermieri di reparto e del distretto, con allegata una presentazione sullo scopo del mio elaborato. Il questionario proposto è stato formulato dall'Associazione Italiana Operatori di Stomaterapia (A.I.O.S.S.) in collaborazione con l'Area di Ricerca e sviluppo delle Professioni Sanitarie di IRCCS–Policlinico San Donato (Mi) a cui sono state richieste le autorizzazioni specifiche per l'utilizzo e tutti i dati sono stati raccolti e trattati nell'anonimato e nel rispetto della Legge italiana sulla privacy (Decreto Legislativo n.196/2003 e successive integrazioni e modifiche).

Il periodo di tempo per la raccolta dei dati si è esteso per circa due mesi; dunque, i questionari sono stati somministrati in data 1° gennaio 2022 e ritirati il 10 marzo 2022.

I quesiti indagano sulle abilità dell'infermiere nello stoma care e nella gestione del percorso assistenziale dei pazienti stomizzati, costantemente in crescita. La compilazione è stata gestita in prima persona dallo stesso infermiere il quale, attenendosi a 16 domande tra quesiti a risposta libera e domande a risposta multipla, ha completato il questionario secondo la propria esperienza personale.

I punti cardine del questionario sono:

1. nella prima parte la raccolta dei dati anagrafici, ambito lavorativo e anni di esperienza, livello di istruzione e formazione post base nella gestione delle stomie,
2. mentre nella seconda parte i quesiti sono indirizzati sulle capacità ad affrontare le seguenti situazioni: gestione della stomia in assenza di complicanze e l'utilizzo dei presidi, riconoscere e prevenire modificazioni della cute della stomia e le complicanze e saperle gestire.
3. Nel rapporto con il paziente invece si indaga sulle abilità nel determinare l'incremento della qualità della vita ma anche su quelle empatiche, di addestramento, di informazione durante il colloquio preoperatorio sul futuro percorso dello stomizzato e sul cambiamento della funzione eliminatoria.

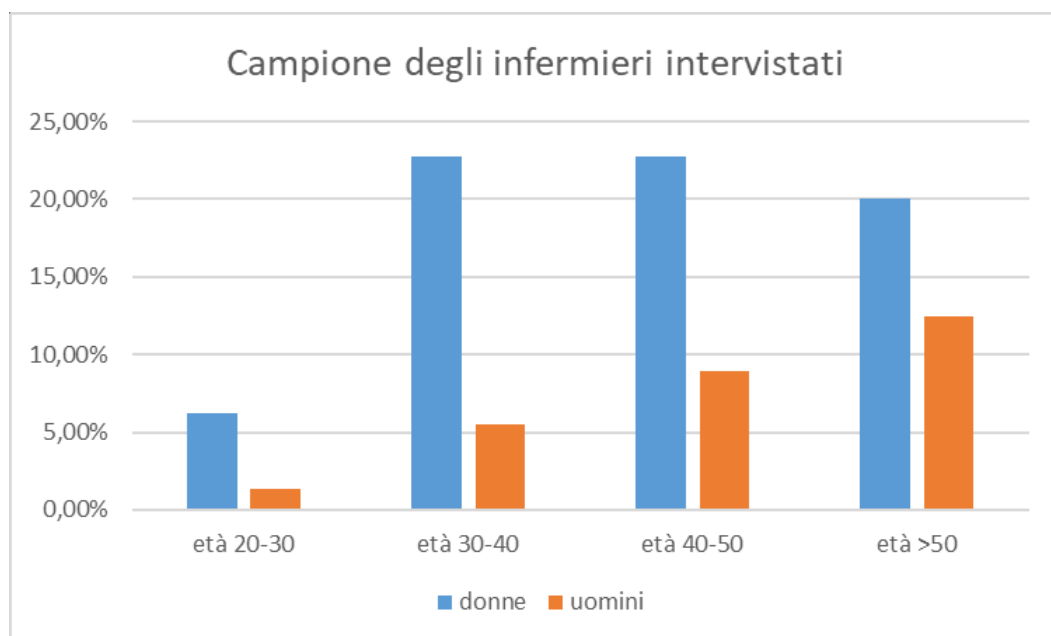
Il campione effettivo è di 145 infermieri distribuiti nei reparti dell'Ospedale Murri di Fermo e nel distretto di Porto San Giorgio, Montegranaro e Petritoli, una volta ritirati i questionari ho realizzato dei grafici suddivisi per aree per valutare le abilità degli infermieri di ogni area nell'approcciarsi ad una stomia. I dati poi sono stati rielaborati e riassunti per campi di appartenenza dalla sottoscritta, utilizzando come programmi Microsoft Office Word e Microsoft Office Excel, per la produzione dei grafici.

4.2 RISULTATI

CAMPIONE DEGLI INFERMIERI INTERVISTATI

Analizzando i questionari si rileva che il campione totale è di 145 infermieri, di cui 104 soggetti sono di sesso femminile (72%) e 41 di sesso maschile (28%). Essi sono stati raggruppati per quattro fasce di età: 20-30 anni, 40-50 anni, infine infermieri con età superiore ai 50 anni. La fascia di età prevalente negli uomini è superiore ai 50 anni con una percentuale del 12% rispetto al totale, mentre nelle donne vi è una parità tra la fascia di età di 30-40 e quella di 40-50 del 23%.

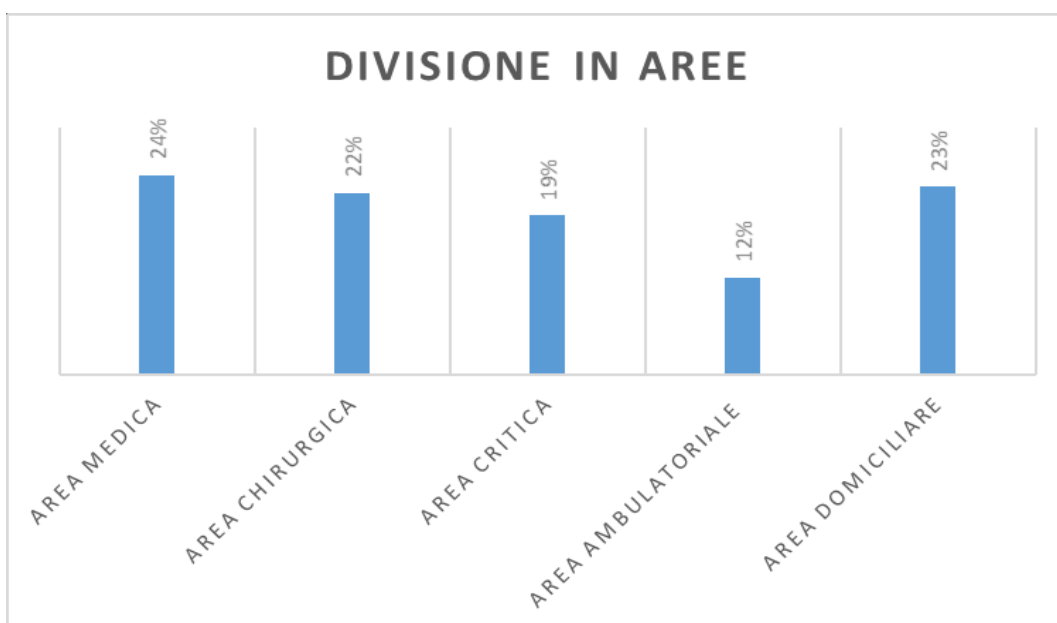
Dall'analisi dei risultati sono emerse cinque aree: area medica, chirurgica, domiciliare, critica, ambulatoriale. Rispettivamente per ogni area hanno partecipato: 35, 32, 33, 28, 17 infermieri. In ogni area la percentuale di soggetti femminili prevale su quella maschile.



(GRAFICO 1)

SUDDIVISIONE DEGLI INFERMIERI PER AREE

Da questo grafico possiamo intuire la suddivisione degli infermieri intervistati suddivisi in base all'ambito lavorativo in percentuale rispetto al totale del campione (145): 24% infermieri di area medica, 22% infermieri di area chirurgica, 19% infermieri di area critica, 12% infermieri di area ambulatoriale e 23% infermieri di area domiciliare.

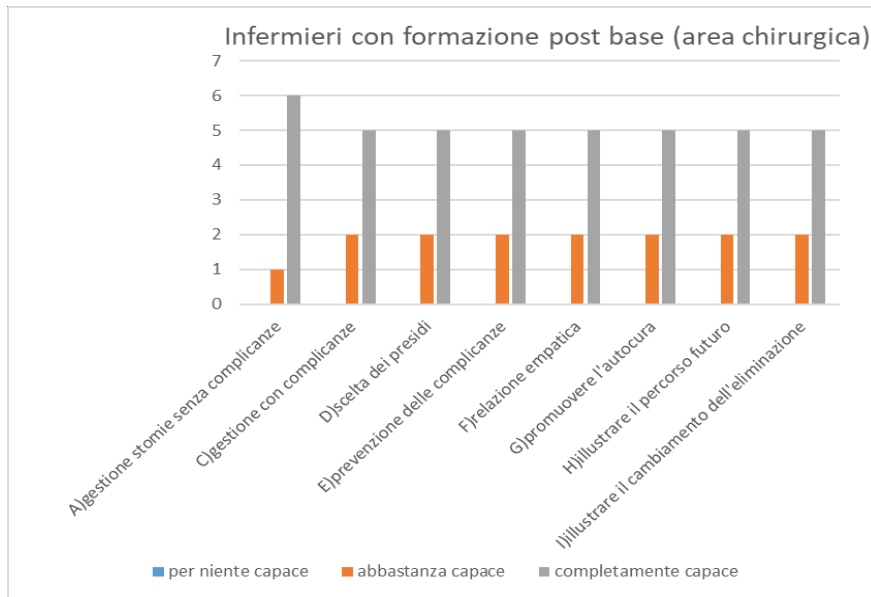


(GRAFICO 2)

Al quesito qual è il tuo più alto livello di istruzione, la maggior parte degli infermieri hanno risposto laurea triennale/diploma professionale di infermiere con una percentuale del 75%, mentre il 14% ha un master I livello, il restante 11% comprende infermieri con laurea magistrale, corsi di perfezionamento e master II livello, mentre nessuno ha un dottorato di ricerca.

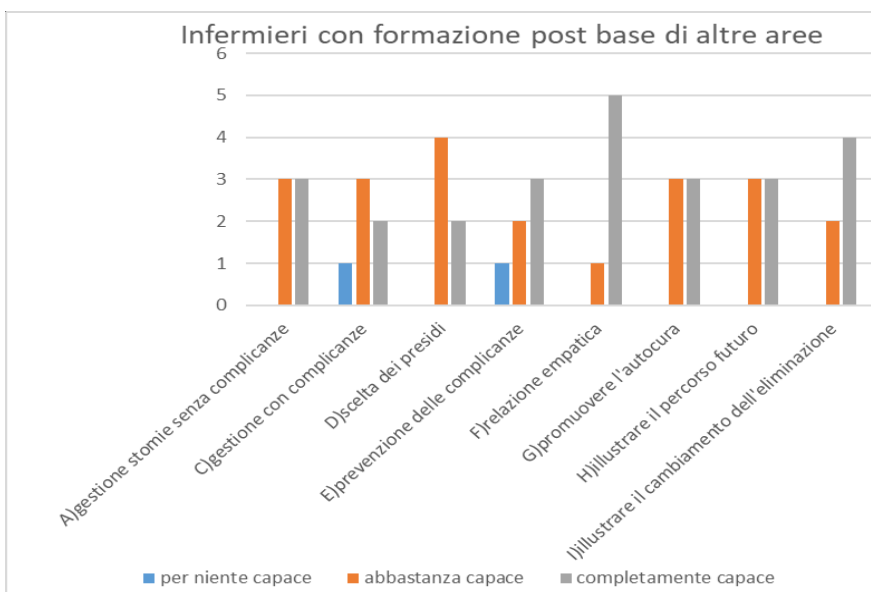
INFERMIERI CON FORMAZIONE POST BASE

Dei 145 infermieri soltanto il 9% ossia 13 infermieri hanno conseguito una formazione post base nella gestione delle stomie, di questi 7 sono di area chirurgica. La maggioranza dei quesiti ha come risposta “completamente capace” e nessuno ha risposto di non sentirsi capace di fronte a nessuna delle situazioni indicate dal questionario.



(GRAFICO 3)

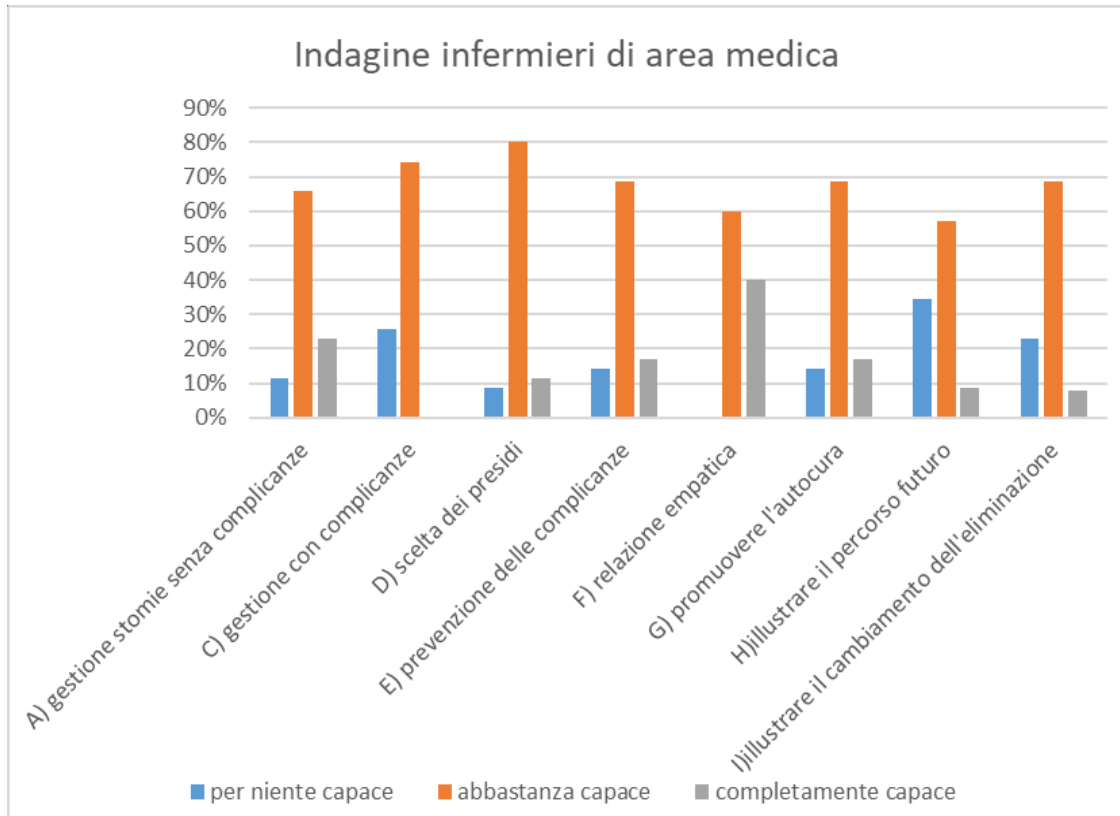
I restanti 6 infermieri invece sono di area medica (2), domiciliare (2) e ambulatoriale (2). Solo un infermiere si ritiene per niente capace di fronte ai quesiti C ed E.



(GRAFICO 4)

AREA MEDICA

Questo grafico è la rappresentazione dei risultati ottenuti dai questionari somministrati nei reparti di area medica, e gli infermieri totali sono 35. Il quesito A indaga sulle abilità nella gestione delle stomie in assenza di complicanze e il 66% dei soggetti si ritiene abbastanza capace, mentre i quesiti C ed E indagano la capacità di gestione e di prevenzione delle complicanze e rispettivamente abbiamo un 74% e un 69% che si ritengono abbastanza capaci, ma allo stesso tempo al quesito C il 26% di soggetti non si sentono capaci, comunque in generale in ogni quesito prevale come risposta “abbastanza capace”. Il quesito F voleva conoscere il grado di empatia che l’infermiere sente di avere nei confronti di un soggetto stomizzato e nessuno afferma di non sentirsi capace, anzi qui riscontriamo il più alto numero di soggetti che si ritiene completamente capace 40%. Indubbiamente possiamo notare che un’altra alta percentuale di soggetti che hanno risposto di non sentirsi capaci è riscontrata di fronte al quesito H, che indaga le abilità dell’infermiere di illustrare durante il colloquio preoperatorio il futuro percorso del paziente (posizione della stomia, tipo di intervento e gestione del presidio).

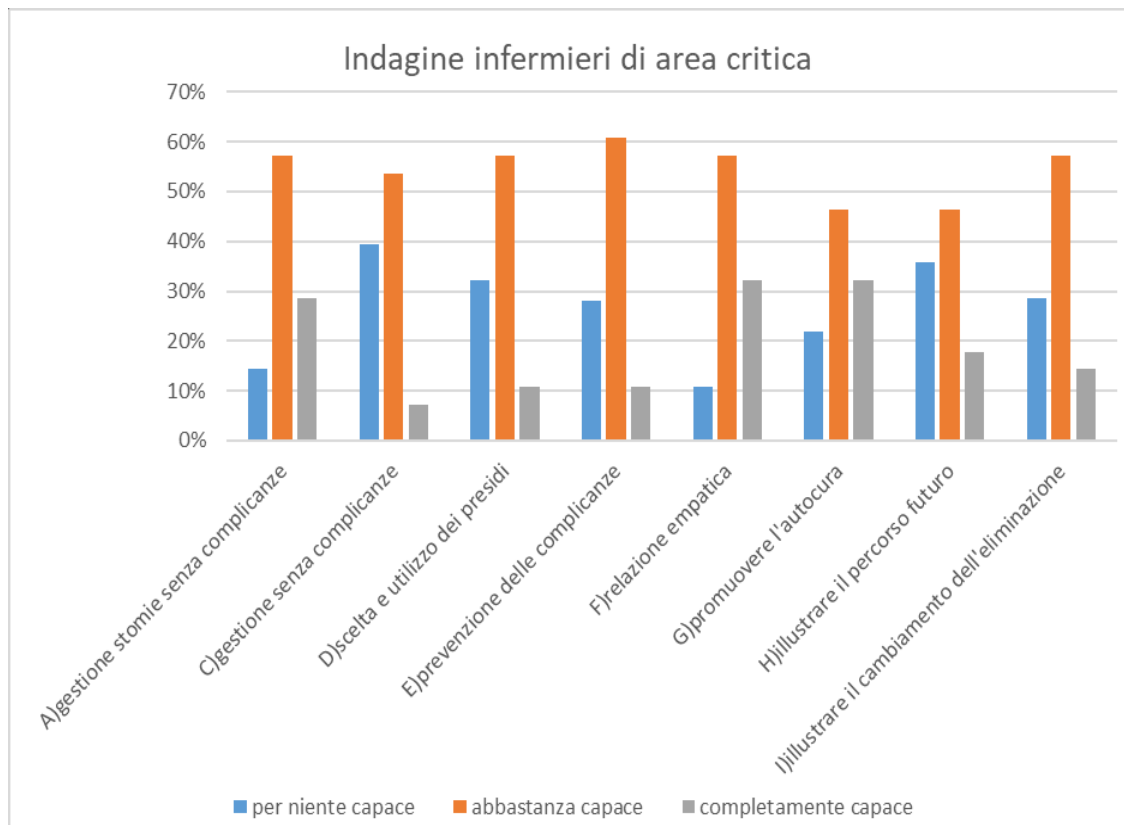


(GRAFICO 5)

AREA CRITICA

I risultati di questo grafico rappresentano le risposte degli infermieri nell'ambito di area critica che in totale sono 28. Nonostante in tutti i quesiti prevale un quantitativo elevato di infermieri che si ritengono abbastanza capaci, possiamo notare che ci sono percentuali più elevate di risposte "per niente capace", soprattutto nei quesiti C, H, rispettivamente del 39% e 36%.

La più alta percentuale di "completamente capace" la ritroviamo come risposta ai quesiti G, che indaga sulle abilità nel promuovere l'autocura e l'addestramento del paziente e il caregiver nella gestione della stomia, e F entrambi con un 32%.



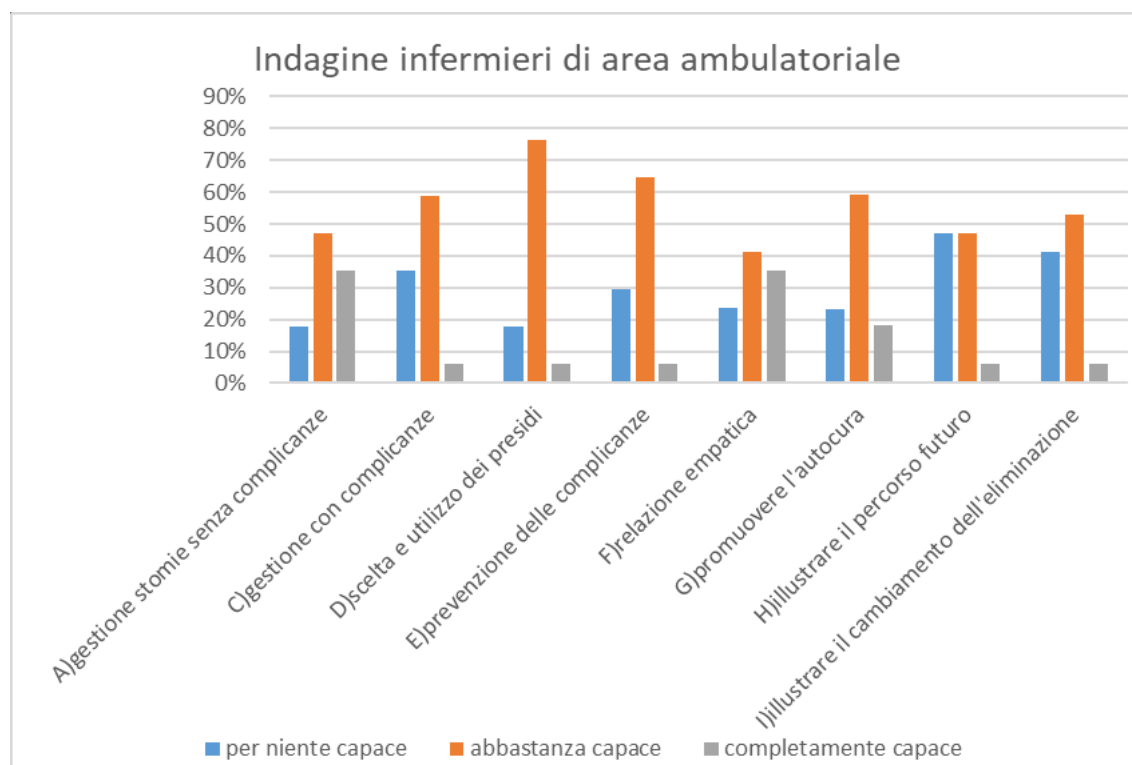
(GRAFICO 6)

AREA AMBULATORIALE

Questo grafico studia le abilità degli infermieri di area ambulatoriale che complessivi sono 17. Anche qui in tutti i quesiti prevale in percentuale la risposta “abbastanza capace”. Per quanto riguarda gli infermieri che si reputano completamente capaci, i quesiti A e F sono quelli che hanno riscontrato una percentuale più elevata, entrambe del 35%. Quindi si sentono abili nella gestione delle stomie in condizioni normali e nello stabilire una relazione empatica con il paziente stomizzato.

Mentre i quesiti H,I,C rispettivamente 47%, 41%, 35%, sono quelli con maggior numero di risposte “per niente capace”. Il quesito I chiede se l’infermiere si sente capace di comunicare il cambiamento improvviso della funzione eliminatoria, soprattutto se confezionato in urgenza, quindi indaga sulle abilità nella comunicazione.

Una percentuale molto alta di infermieri che si reputa abbastanza capace, la si può osservare nel quesito D (76%) che indaga sulle abilità nel selezionare e utilizzare i presidi più adatti in base alla stomia, ma anche nel quesito E con il 65%.

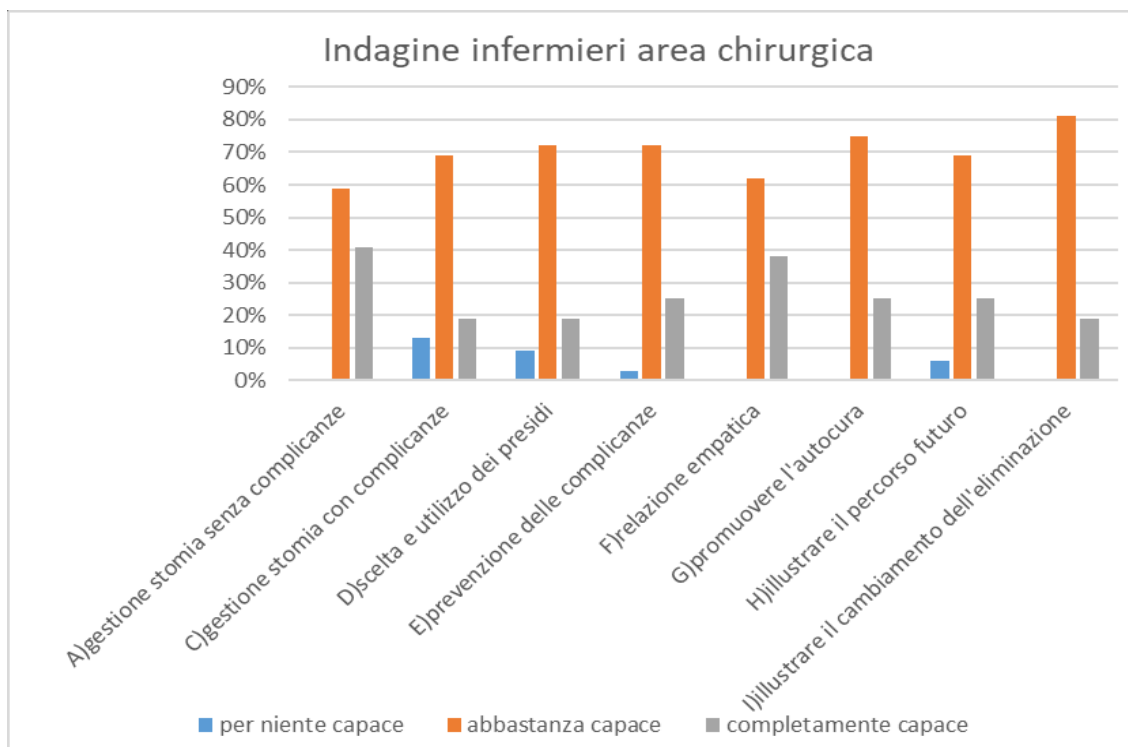


(GRAFICO 7)

AREA CHIRURGICA

Questo grafico indaga sulle abilità degli infermieri dell'ambito lavorativo di area chirurgica, totali sono 32. È possibile notare che le percentuali delle risposte "per niente capaci" sono molto basse, addirittura nei quesiti A,F,G,I sono pari a 0. L'unico con una percentuale più elevata è il quesito C del 13%, relativo alle abilità nella gestione delle complicanze. Altro dato più elevato rispetto ad altri è la percentuale del 9% del quesito D, relativo alla scelta e gestione dei presidi, questo probabilmente è causato dalla presenza della figura dello stomaterapista con gestione diretta dello stoma.

Per quanto riguarda la risposta "abbastanza capace", ci sono percentuali elevate in forma omogenea in tutti i quesiti. Mentre i completamente capaci prevalgono nei quesiti A e F con il 41% e il 38%.



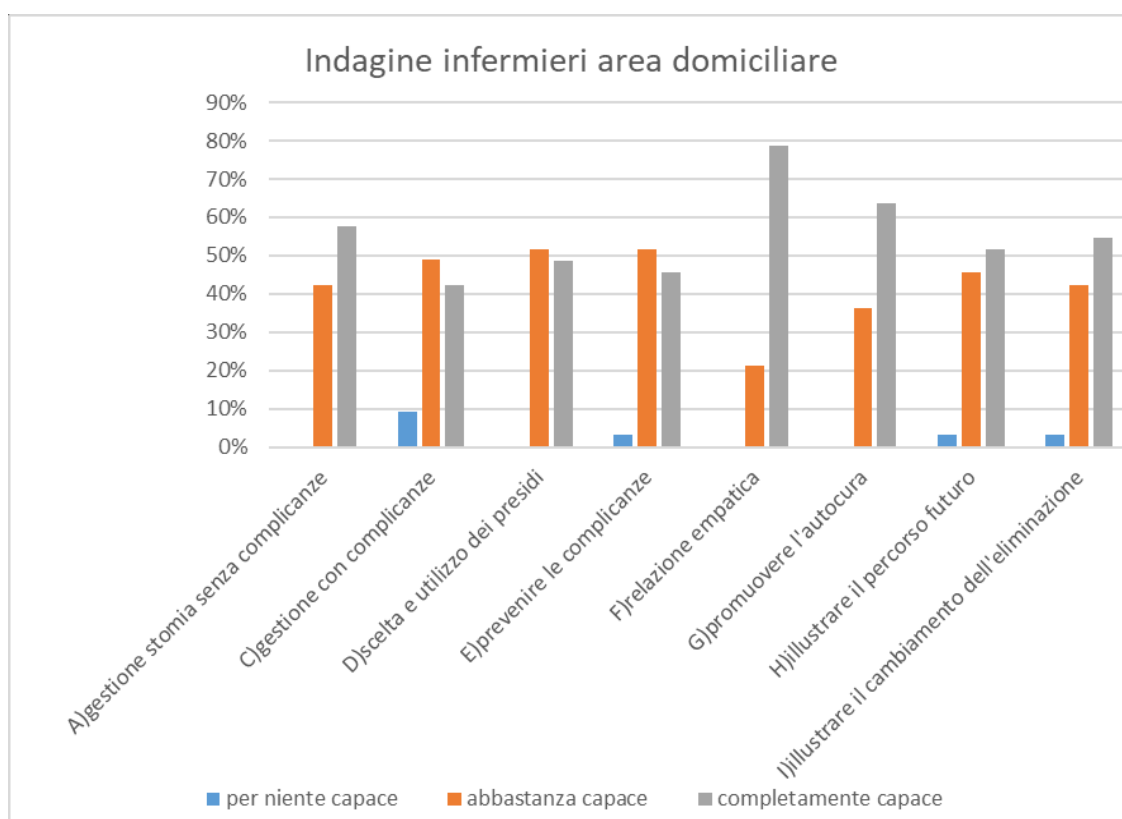
(GRAFICO 8)

AREA DOMICILIARE

Questo grafico rispecchia le risposte al questionario degli infermieri addetti all'assistenza domiciliare, per un totale di 33. Questo grafico rappresenta un basso numero di “per niente capace”, infatti solo il quesito C presenta una percentuale più elevata rispetto alle altre del 9% che comunque è un risultato inferiore rispetto alle altre aree. Nei quesiti A, D, F, G non ci sono infermieri che non si reputano capaci di fronte allo scenario richiesto.

In questo grafico è possibile osservare oltre ad un alto numero di “abbastanza capace” come risposta ai quesiti anche un alto numero di soggetti che si ritengono completamente capaci ad affrontare le situazioni elencate nel questionario.

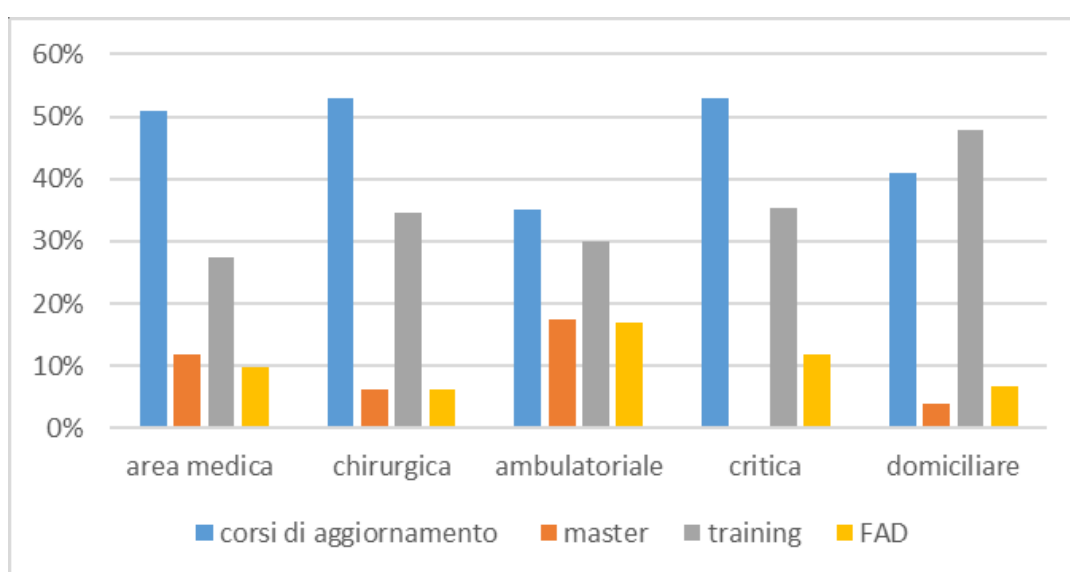
Nell'ordine i quesiti F, G, A, I, H presentano alte percentuali di risposte “completamente capace”, rispettivamente 79%, 64%, 58%, 55%, 52%.



(GRAFICO 9)

L'ultimo quesito del questionario chiedeva come secondo l'intervistato potessero essere implementate le conoscenze per una migliore gestione della stomia, ed era concesso di scegliere più opzioni: corsi di aggiornamento, master, training ambulatorio stomizzati, FAD. I corsi di aggiornamento sono stati scelti in percentuale maggiore dagli infermieri di area ambulatoriale, chirurgica, critica e medica, rispettivamente con l'82%, 81%, 75% e 66%. Mentre gli infermieri di area domiciliare hanno scelto in percentuale maggiore "training ambulatorio stomizzati" con il 64%.

Le risposte totali sono 51 in area medica, 49 in area chirurgica, 40 in area ambulatoriale, 34 in area critica e 44 in area domiciliare.



(GRAFICO 10)

4.3 ANALISI DEI RISULTATI

I grafici sono stati creati suddividendo gli infermieri in base all'ambito lavorativo quindi area medica, area chirurgica, area critica, area ambulatoriale, area domiciliare appartenente e considerando i quesiti più rilevanti del questionario.

- Il **quesito A** chiede all'infermiere quanto si reputa capace di gestire la stomia in assenza di complicanze. Solo nell'area domiciliare la maggior parte degli infermieri si reputa totalmente capace, mentre in tutte le altre aree prevalgono i soggetti che si reputano abbastanza capaci. Soltanto nelle aree domiciliare e chirurgica nessun infermiere non si ritiene in grado di gestire la stomia in condizione normale, nelle altre aree invece c'è una percentuale comunque ridotta di infermieri che non si reputano capaci.
- I **quesiti C ed E** invece vogliono indagare rispettivamente sulle abilità nel gestire e prevenire le complicanze di una stomia. Questi presentano degli andamenti abbastanza simili, la maggior parte degli infermieri in tutte le aree si reputano abbastanza capaci, nel complesso c'è una bassa percentuale di soggetti completamente capaci tranne negli infermieri dell'ambito domiciliare. In tutte le aree comunque c'è una percentuale di individui che non si reputano capaci nel prevenire e gestire le complicanze, soprattutto in quella critica e ambulatoriale.
- Il **quesito D** interroga l'infermiere sulle abilità nella selezione e utilizzo dei vari presidi, in tutte le aree c'è una percentuale di soggetti che hanno risposto "per niente capace", più elevata in area critica. Comunque, in tutte le aree prevalgono individui che si reputano abbastanza capaci e l'unica area con una percentuale di soggetti completamente capaci maggiore rispetto alle altre è quella domiciliare. Infatti, gli infermieri dell'ADI si trovano più di frequente a gestire ed utilizzare i presidi delle stomie, avendone sicuramente una conoscenza maggiore anche rispetto agli individui che lavorano in reparti di chirurgia, dove spesso la gestione dello stoma è attribuita allo stomaterapista, che svolge anche la funzione educativa.

- Il **quesito F** chiede all'infermiere se si sente in grado a creare una relazione empatica con il paziente portatore di stomia. In tutte le aree tranne quella domiciliare prevalgono i soggetti abbastanza capaci, ma comunque ce ne sono anche molti che si reputano completamente capaci, solo in area critica e ambulatoriale ci sono soggetti che ritengono di non sentirsi capaci ma comunque con percentuali basse. Gli infermieri dell'ambito domiciliare invece hanno un'altissima percentuale di soggetti completamente capaci. Relativamente a questo quesito mi aspettavo alte percentuali di soggetti abbastanza/completamente capaci perché l'empatia nella relazione di cura è fondamentale ed è la capacità dell'operatore di vedere la situazione con gli occhi del paziente e di entrare nei suoi pensieri, anche se sono diversi dai nostri, entrando in contatto con ciò che prova, in termini più comuni, può essere indicata come il mettersi nei panni dell'altro.
- Il **quesito G** vuole indagare sulle capacità educative dell'infermiere, quindi se si sente in grado di promuovere l'autocura e l'addestramento del paziente/caregiver nella gestione della stomia. Tra gli infermieri di area chirurgica e domiciliare nessuno si reputa incapace nell'educare il paziente all'autocura, nei primi la maggioranza si sente abbastanza capace mentre nell'area domiciliare la maggioranza ha risposto di sentirsi completamente capace, nelle altre aree ci sono soggetti che non si reputano capaci ma comunque la maggioranza è abbastanza abile nel promuovere l'addestramento del paziente.
- I **quesiti H ed I** sono interessati verso le capacità comunicative, ossia il saper illustrare nel preoperatorio il percorso futuro del paziente, ma anche comunicare il cambiamento improvviso della funzione eliminatoria, soprattutto se il confezionamento avviene in emergenza. In tutte le aree tranne quella domiciliare prevalgono soggetti abbastanza capaci, ma comunque ci sono anche percentuali di "per niente capace" alte soprattutto in area ambulatoriale, critica e medica. La maggioranza in area domiciliare pensa di essere completamente capace mentre gli infermieri di chirurgia si reputano abbastanza capaci.

4.4 CONCLUSIONI

La revisione bibliografica fa intendere che per affrontare un cambiamento come il diventare stomizzati è necessario poter contare su diversi punti di riferimento: medici, stomaterapista, infermiere, persone che condividono la stessa condizione. Il paziente sottoposto al confezionamento di una stomia deve poter raggiungere il benessere e l'adattamento alla vita quotidiana. L'infermiere e l'enterostomista sono necessari come supporto educativo per valorizzare le risorse del paziente e fargli raggiungere il più alto grado di autonomia. Il ruolo è quello di aiutare il paziente a gestire la stomia e le relative complicanze, ma soprattutto ad affrontare il cambiamento che essa provoca dal punto di vista fisico, psicologico, sociale e relazionale, quindi, la loro presenza deve facilitare la ripresa della quotidianità.

Per questo il fine del mio studio è quello di indagare sulle percezioni degli infermieri delle varie aree lavorative nell'interfacciarsi alla stomia. Gli infermieri di ambito chirurgico sicuramente sono maggiormente abituati a questa realtà, ma comunque il paziente stomizzato può essere presente anche in altre unità operative, questo avviene a maggior ragione con l'incremento sostanziale di soggetti sottoposti ad intervento di confezionamento di una stomia e al continuo mutamento e perfezionamento delle tecniche chirurgiche.

Le aree esaminate sono: chirurgica, domiciliare, medica, critica, ambulatoriale. Come immaginavo gli infermieri di ambito chirurgico si sentono preparati ma non completamente, questo credo sia dovuto al fatto che spesso il paziente con stomia viene preso in carico e gestito dall'enterostomista, soprattutto per quello che riguarda la prevenzione ed il trattamento delle complicanze ma anche la scelta dei presidi; infatti, come osservabile dai grafici queste sono le competenze dove gli infermieri di chirurgia hanno riferito di incontrare maggiore difficoltà.

L'area domiciliare risulta essere quella con maggiori abilità, infatti molti infermieri si reputano completamente capaci, sia nella gestione della stomia con e senza complicanze, sia nella scelta dei presidi ma anche sotto l'aspetto comunicativo e umano. Questo sicuramente si verifica perché l'infermiere domiciliare lavora a stretto contatto con il paziente vivendolo anche nell'ambiente domestico.

Le aree medica e ambulatoriale nel complesso si ritengono sufficientemente preparati, riconoscendo comunque delle difficoltà in alcuni ambiti, soprattutto nella gestione delle complicanze ma anche sotto l'aspetto comunicativo (dare informazioni sul futuro del paziente dopo l'intervento, sul cambiamento della funzione eliminatoria e saper promuovere l'autocura).

L'area in cui si riscontrano le percentuali più elevate di soggetti che non si reputano capaci e che quindi potrebbero riscontrare delle difficoltà di fronte al paziente stomizzato è quella critica. Credo che questo sia causato dal fatto che spesso gli infermieri di emergenza si trovano a dover gestire situazioni con estrema rapidità, quindi, spesso anche per mancanza di tempo non riescono ad approfondire la comunicazione. Un'altra causa potrebbe essere che lo stato di emergenza-urgenza di un paziente spesso si verifica prima del confezionamento della stomia stessa, quindi, in fase acuta dove l'azione deve essere rapida al fine di poter intervenire nel migliore dei modi e nel minor tempo possibile. Per questo la maggioranza degli infermieri di area critica vivono meno l'esperienza dello stomizzato stabilizzato in fase di riabilitazione, motivo per cui non si sentono preparati nella gestione della stomia con o senza complicanze.

In conclusione, per l'infermiere è fondamentale saper sostenere il paziente soprattutto quando vive cambiamenti repentini che comportano alterazioni fisiche, psicologiche e a volte anche sociali. La persona portatrice di stomia, dopo l'intervento chirurgico è chiamata ad affrontare un lungo percorso di riabilitazione, nel quale la situazione clinica deve migliorare di giorno in giorno, per fare ciò è necessaria la continua formazione infermieristica. Il campione intervistato comunque dimostra volontà e disponibilità a continuare il processo di aggiornamento e formazione, continuando a dare conferma della figura dell'infermiere non solo come esecutore di procedure assistenziali ma anche di educatore, tutto volto a garantire un'assistenza ottimale per consentire ai pazienti con stomia di vivere la loro vita nel miglior modo possibile.

BIBLIOGRAFIA

1. Saracco C. Clinica infermieristica in stomaterapia. Dalle evidenze agli strumenti operativi. Hollister 2007.
2. Gutman N. Colostomy guide. United Ostomy Association of America 2011.
3. Franchello A, Olivero G. Tumori maligni del colon-retto. In: Chirurgia. Edizioni Minerva Medica 1996.
4. Pine J, Stevenson L. Ileostomy and colostomy. *Surgery (Oxford)* 2014; 32:212–217.
5. Messaris E, Sehgal R, Deiling S, et al. Dehydration is the most common indication for readmission after diverting ileostomy creation. *Dis Colon Rectum*. 2012; 55:175–180.
6. Kanaghinis T, Lubran M, Coghill NF. The composition of ileostomy fluid. *Gut*. 1963; 4:322–338.
7. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2013;15: e276–e283.
8. <https://slidetube.jimdofree.com/sections/stoma-care/>
9. National guidelines for enterostomal patient education. Prepared by the Standards Development Committee of the United Ostomy Association with the assistance of prospect associates. *Dis Colon Rectum*. 1994; 37:559–563.
10. Bottalico V. La figura dello stomaterapista durante il percorso del paziente stomizzato. *Associazione italiana stomizzati* 2014; 2:17-8.
11. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). Position statement on preoperative stoma site marking for patients undergoing colostomy or ileostomy surgery. WOCN Society, 2014
12. Mensi L. Il disegno preoperatorio in un paziente candidato al confezionamento di una stomia. *Notiziario di informazione della Società italiana unitaria di conlonproctologia* 2009; 3:7-8.
13. Registered Nurses' Association of Ontario. Ostomy care and management. *Clinical Best Practice Guidelines* 2009.
14. Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Dis*. 2010; 12:958–964.

15. Bass EM, Del Pino A, Tan A, Pearl RK, Orsay CP, Abcarian H. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum*. 1997; 40:440–442.
16. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. *Stoma complications: best practice for clinicians*. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society 2014.
17. Mahjoubi B, Goodarzi KK, Mohammad-Sadeghi H. Qualità della vita nei pazienti con stomia: siti di stomia appropriati e inappropriati. *Mondo J Surg*. 2010; 34 :147–152. doi: 10.1007/s00268-009-0275-0.
18. <https://aioss.it/linfermiere-esperto-in-stomaterapia-coloproctologia-e-riabilitazione-delle-disfunzioni-del-pavimento-pelvico-storia-formazione-e-job-description/>
19. American Cancer Society. *Colostomy: a guide*. American Cancer Society, 2014.
20. Chiara K, Fent Y, et al. La colostomia. Una guida della lega contro il cancro per malati e familiari. *Lega contro il cancro Svizzera* 2011;3.
21. Tam K, Lai J, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing interventions for peristomal skin care. *Ostomy Wound Manage* 2014; 60:26-33.
22. Chiara K, Fent Y, et al. La colostomia. Una guida della lega contro il cancro per malati e familiari. *Lega contro il cancro, Svizzera* 2003.
23. Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia. *Manuale pratico dello stomaterapista*. San Lazzaro di Savena, 1996.

1. ALLEGATI

QUESTIONARIO PER VALUTARE LA SELF-EFFICACY DEGLI INFERMIERI NELLA GESTIONE DEI PAZIENTI PORTATORI O CANDIDATI A STOMIA

1) GENERE: o maschio o femmina Età: _____

2) AMBITO LAVORATIVO

- area medica
- area chirurgica
- area critica
- area ambulatoriale
- assistenza domiciliare
- altro (specificare)

3) QUAL È IL TUO PIÙ ALTO LIVELLO DI ISTRUZIONE?

- Laurea triennale/diploma professionale di infermiere
- Corso di perfezionamento
- Master I livello
- Laurea magistrale
- Master II livello
- Dottorato di ricerca

4) HAI CONSEGUITO UNA FORMAZIONE POST BASE NELLA GESTIONE DELLE STOMIE (ES. CORSO DI STOMATERAPISTA)?

sì no

5) DA QUANTI ANNI LAVORI COME INFERMIERE? _____

6) PENSANDO ALLA TUA ESPERIENZA LAVORATIVA A CONTATTO CON PAZIENTI PORTATORI DI STOMIA, TI CHIEDO DI INDICARE QUANTO TI SENTI CAPACE DI AFFRONTARE LE SEGUENTI SITUAZIONI:

A) GESTIRE LA STOMIA IN ASSENZA DI COMPLICANZE

- per niente capace
- abbastanza capace
- completamente capace

B) RICONOSCERE TEMPESTIVAMENTE LE MODIFICAZIONI DELLA CUTE PERISTOMALE E DELLA STOMIA

- per niente capace
- abbastanza capace
- completamente capace

C) GESTIRE LE COMPLICANZE DELLA CUTE PERISTOMALE O DELLO STOMA (ES. DISTACCO MUCO-CUTANEO, PROLASSO)

- per niente capace
- abbastanza capace
- completamente capace

D) SELEZIONARE E UTILIZZARE CORRETTAMENTE TRA I VARI PRESIDI QUELLO MAGGIORMENTE ADATTO ALLA STOMIA

- per niente capace
- abbastanza capace
- completamente capace

E) PREVENIRE E RICONOSCERE LE COMPLICANZE NELLO STOMA CARE E GESTIRE I FATTORI DI ALTERAZIONE STOMALI E PERISTOMALI

- per niente capace
- abbastanza capace
- completamente capace

F) CREARE UNA RELAZIONE EMPATICA CON IL PAZIENTE PORTATORE DI STOMIA

- per niente capace
- abbastanza capace
- completamente capace

G) PROMUOVERE L'AUTOCURA E ADDESTRARE IL PAZIENTE E IL CAREGIVER NELLA GESTIONE DELLA STOMIA

- per niente capace
- abbastanza capace
- completamente capace

H) SAPER ILLUSTRARE DURANTE IL COLLOQUIO PREOPERATORIO IL FUTURO PERCORSO DEL PAZIENTE (ES. POSIZIONE STOMIA, TIPO INTERVENTO, GESTIONE PRESIDIO SUL MANICHINO)

- per niente capace
- abbastanza capace
- completamente capace

I) COMUNICARE IL CAMBIAMENTO IMPROVVISO DELLA FUNZIONE ELIMINATORIA (IN CASO DI CONFEZIONAMENTO IN URGENZA)

- per niente capace
- abbastanza capace
- completamente capace

L) DETERMINARE L' INCREMENTO DELLA QUALITÀ DELLA VITA NEL PAZIENTE CON STOMIA

- per niente capace
- abbastanza capace
- completamente capace

7) COME POSSONO ESSERE IMPLEMENTATE LE TUE CONOSCENZE PER UNA MIGLIORE GESTIONE DELLO STOMA-CARE

- corsi di aggiornamento
- Master
- training ambulatorio stomizzati
- FAD
- altro (specificare)

Concludo dedicando qualche riga a tutti coloro che mi sono stati vicini in questo percorso di crescita personale e professionale.

Un sentito grazie va alla mia relatrice Isabella Baglioni per la sua infinita disponibilità e per l'aiuto nella stesura dell'elaborato.

Ringrazio i miei genitori Milena e Giovanni che mi hanno sostenuta sempre di fronte a qualsiasi scelta e in ogni momento di sconforto, non smettendo mai di credere in me.

Ringrazio Hajar, la mia amica e collega più cara durante questo percorso fatto di alti e bassi, dove abbiamo condiviso ansie e timori ma anche tante cose belle.

Ringrazio infine i miei migliori amici Beatrice, Giulia, Giorgia, Aurora, Luca e Fabio per tutti i bellissimi momenti e le serate trascorse insieme.