UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in:
INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea:

Educazione Terapeutica al paziente portatore di colostomia: promozione del self-care e impatto psicosociale

Relatore Chiar.ma
Mariella Amadio

Tesi di Laurea di:
Sara Quinzi

Correlatore Chiar.ma
Tiziana Traini

Anno Accademico 2018-2019

Alla mia famiglia…

Che da sempre crede in me

INDICE

Introduzione

Cap. 1 Conoscere la colostomia, approccio chirurgico

1.1 Definizione di stomia e classificazione……..……....pag.1

1.2 Patologie che potrebbero richiedere il confezionamento di una stomia…....pag.4

1.3 Epidemiologia.....pag.7

1.4 Confezionamento chirurgico: l'infermiere nel pre-operatorio.....pag.9

1.4.1. Disegno Pre-operatorio.....pag.9

1.4.2. Scelta del presidio.....pag.11

1.5 Confezionamento chirurgico: l'infermiere del post-operatorio.....pag.12

1.5.1. Assistenza alla dimissione.....pag.13

1.5.2. Follow-up.....pag.15

1.6 Complicanze.....pag.16

Cap. 2 Impatto psico-fisico, self-care e figura dell'infermiere

2.1 Educazione terapeutica.....pag.19

2.1.1. Stoma-care e irrigazione della stomia.....pag.20

2.2 Come vivere la Stomia.....pag.23

2.3 Self-care.....pag.26

2.3.1. Concetto di Empowerment.....pag.27

2.3.2. Chronic Care Model e figura del Care Manager.....pag.28

Cap. 3 Continuum assistenziale

3.1 Problematiche e Obiettivi.....pag.29

3.2 Ambulatorio Stomizzati.....pag.30

3.2.1. Infermiere Stomaterapista.....pag.32

3.2.2. Le Associazioni.....pag.34

Cap. 4 Conclusioni.....pag.36

Bibliografia.....pag.38
Sitografia.....pag.39

Allegati
Allegato 1.....pag.40

Allegato 2.....pag.41

Allegato 3.....pag.42

Allegato 4.....pag.43

Introduzione

Attraverso un'analisi della letteratura, sono state poste in rilievo le più frequenti problematiche attinenti allo stile di vita e al ruolo famigliare/sociale della persona sottoposta a questa tipo di intervento. Più nello specifico, a fronte di queste situazioni, viene trattata l'importanza e la necessità della scelta di un piano terapeutico-assistenziale personalizzato, per ogni singolo individuo, che includa attività educative e riabilitative seguendo un approccio multidisciplinare.

Riguardo l'educazione terapeutica, non si fa solamente riferimento all'applicazione di linee guida e procedure standard raccomandabili. Il focus del processo educativo, è infatti quello di permettere l'indipendenza del paziente dalla relazione d'aiuto stessa, che si instaura inevitabilmente tra malato e sanitario, all'insorgenza di un processo patologico. Ha lo scopo quindi di infondere una maggiore consapevolezza della malattia, del proprio stato di salute, e di permettere un accrescimento delle capacita autogestionali individuali, che garantirebbero al soggetto, di tornare a vivere la propria quotidianità in serenità, in assenza di drastici e invalidanti cambiamenti che comprometterebbero ulteriormente la sua salute fisica e mentale.

L'Infermiere favorisce il processo di autocura e di empowerment, pur rispettando il vissuto della persona, promuovendo e diffondendo attività di sensibilizzazione e informazione, ma soprattutto offrendo supporto psicologico, indirizzando il paziente nella giusta direzione in tutta la durata del suo percorso di guarigione. Garante del processo assistenziale, fornisce al paziente gli strumenti necessari per l'esecuzione corretta dello stoma-care, valutando singolarmente il livello di apprendimento dell'individuo e assicurandosi di rispondere dettagliatamente a dubbi o domande a lui poste. In questo elaborato, vengono evidenziati i vari aspetti psicologici e fisici che il confezionamento di una stomia può comportare. La prima parte della tesi è prettamente descrittiva, viene specificato il significato stesso di stomia e la sua relativa classificazione, vengono trattate le relative patologie causa del suo confezionamento, e le più comuni complicanze. La seconda parte al contrario, si concentra principalmente sull'aspetto psichico, vengono analizzati i comportamenti e le varie fasi, a cui far fronte durante il percorso riabilitativo, e il relativo approccio infermieristico.

CAPITOLO 1

Conoscere la stomia, approccio chirurgico

1.1 Definizione di stomia e classificazione

In linea generale il termine “stomia” (dal greco “bocca”) fa riferimento al risultato finale di un intervento chirurgico, che prevede la creazione di un orifizio, atto a mettere in comunicazione un organo interno con l'esterno. Possiamo quindi identificarla come un'apertura nella zona addominale che permette quindi la fuoriuscita di liquidi biologici quali feci e/o urine qualora queste non possano essere espulse fisiologicamente per problemi di varia natura di cui discuteremo in seguito. Una delle più rilevanti problematiche riguardante questa scelta terapeutica è legata al disagio psicologico che contraddistingue questa tipologia di pazienti, lo stoma infatti, è una cavità priva di sfintere e prevede pertanto la fuoriuscita incontrollata di materiale organico. Per questo motivo tutti i pazienti portatori di uno stoma necessitano di particolare attenzione e cure, e di una quanto piu possibile gestione ottimale del presidio, al fine di garantire, una vita sociale e relazionale del tutto normale e il raggiungimento del più alto livello di salute possibile sia dal punto di vista fisico che psicologico. Le stomie possono essere classificate secondo criteri di varia natura, ad esempio, in base al tipo di confezionamento, in base alla durata, allo scopo, al loro grado di sporgenza o in base all'organo coinvolto su cui viene posizionata.

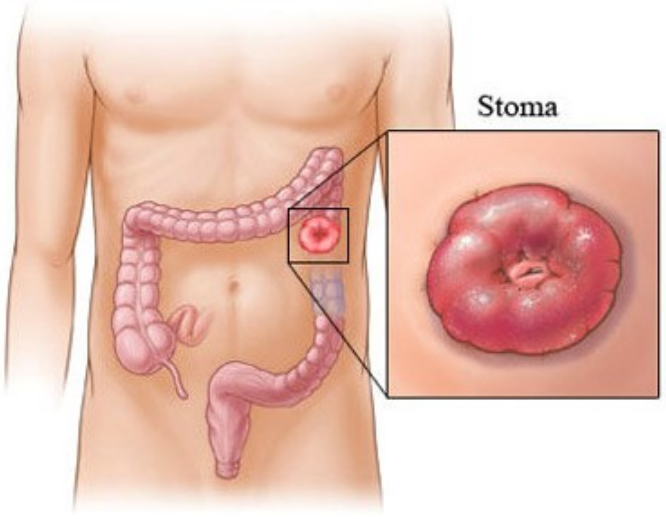


Fig.1 Colostomia

immagine tratta dal sito: www.medicitali.it

In base al tipo di confezionamento, le stomie si distinguono in:

- *Terminali,* in cui il viscere viene direttamente abboccato all'esterno interrompendo qualsiasi continuità con la porzione del viscere a valle.

- *Canna di fucile/laterali,* dove il moncone afferente ed efferente vengono abboccati alla cute mentre le pareti posteriori delle anse interessate vengono fissate insieme per mantenere le due anse parallele e fisse.

Per quanto riguarda invece il periodo di permanenza, e quindi della durata, individuiamo:

- *Le stomie temporanee,* che solitamente hanno un ruolo "protettivo", in quanto servono appunto per interrompere temporaneamente il transito di liquidi biologici, che verrà poi ripristinato in tutta la sua funzionalità una volta risoltasi la causa scatenante. Questa tecnica conserva l'integrità dei meccanismi di continenza.

- *Definitive,* in tutti quei casi dove il tratto reciso non sia più riutilizzabile, e quindi la condizione imposta sia permanente.

In base allo scopo, si dividono:

- *Palliative,* a puro scopo evacuativo, al fine di ridurre la pressione intra organo

- *Di protezione,* nei casi in cui mantengano il tratto a valle dello stoma intestinale a "riposo" al fine di garantire e velocizzare eventuali processi di cicatrizzazione e guarigione della zona interessata.

- *Necessarie,* in tutti questi casi dove sia necessario asportare un tratto di intestino.

Esistono poi stomie dal punto di vista estetico diverse:

- *piane o piatte,* se non sporgono rispetto alla superficie addominale

- *sporgenti,* che sono solitamente le più comuni

- *retratte o introflesse,* se tendono a rientrare nella cavita addominale, queste ultime richiedono dei presidi di gestioni specifici.

Per concludere, le stomie si possono classificare in base all' organo coinvolto, è importante per cui distinguere le stomie digestive da quelle urinarie:

- *Stomie urinarie* (che coinvolgono l'apparato urinario):

  - Ureterocutaneostomie, in cui gli ureteri vengono abboccati direttamente alla cute (per esportazione della vescica)
  - Ureteroileocutaneostomie, nel caso in cui gli ureteri siano collegati all'ileo intestinale, a sua volta, reciso e abboccato alla cute della parete addominale)
  - Nefrostomie, permetto il recupero funzionale del rene, consiste nel

posizionamento percutaneo di un catetere che collega la cavità renale direttamente con l'estero)

- *Stomie Digestive* (dell'apparato digerente) che invece si classificano principalmente in:
    - Ileostomia, che prevede l'apertura e la fissazione (che sia temporanea o definitiva) dell'intestino ileo alla parete addominale.
    - Ciecostomia, solitamente piu rara e di tipo temporaneo, a livello dell'intestino cieco, sulla parte inferiore destra dell'addome.
    - Colostomia Ascendente, Discendente o Trasversa che consiste nella medesima operazione ma vi è coinvolta una parte specifica del Colon, da cui ne prende il nome.
    - Sigmoidostomia se vi è un interessamento della parte terminale del colon

L'enterostomia, prende il nome dalla parte dell'intestino su cui avviene il confezionamento, solitamente il contenuto che viene riversato all'esterno in presenza di una colostomia ascendente o trasversa, risulta più solido rispetto a quello di una ciecostomia o di un'ileostomia, che appare invece più acquoso ed irritante per la cute, in quanto costituito da bile, acqua, succhi gastrici e residui alimentari che non hanno avuto la possibilità di solidificarsi per il mancato assorbimento di alcune sostante che

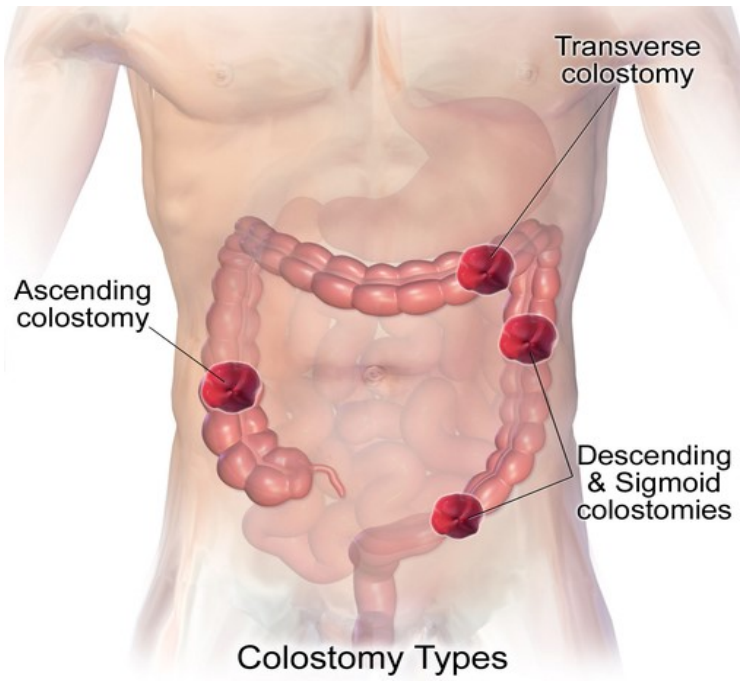


Fig 2. Classificazione delle stomie digestive

immagine tratta dal sito

www.nurse24.it

avverrebbe nella porzione successiva del lume intestinale. In presenza di un confezionamento a livello del colon discendente o del sigma invece, le feci risultano ben formate e dall'aspetto solido in quanto ci troviamo ormai in prossimità della porzione terminale dell'intestino.

1.2 Patologie che potrebbero richiedere il confezionamento di una stomia

Il confezionamento di una colostomia o comunque di una stomia digestiva, viene praticato qualora vi sia la presenza di una particolare patologia legata all'intestino che ne richieda quindi l'asportazione di una o più porzioni. Le più diffuse, sono cosi classificate:

MAR: Malformazioni congenite che si sviluppano intorno alla 6° - 10° settimana di vita embrionale, in seguito ad arresto e/o alterazione nel normale processo di sviluppo e suddivisione della cloaca, la struttura dell'embrione da cui traggono origine l'ultimo tratto dell'apparato intestinale (ano-retto) ed i vicini apparato urinario (vescica-uretra) e genitale (vagina-utero). A seconda della precocità e della gravità di queste alterazioni si verificheranno diverse anomalie nello sviluppo nella separazione del retto dalle strutture vicine (vescica, uretra, vagina e perineo).Le cause che possono determinare una MAR sono ancora sconosciute; non sembrano legate all'età della madre o a fattori razziali o ereditari. Una cosa è certa: i genitori non devono assolutamente sentirsi responsabili della MAR. Non vi è infatti alcun dato che provi come questa derivi da eventi accaduti nel corso del concepimento o della gravidanza; si tratta esclusivamente di un'alterazione nel complesso fenomeno dell'evoluzione dell'embrione. Le MAR sono tra le più comuni malformazioni congenite. Hanno un'incidenza stimata pari ad 1 nuovo caso ogni 4000 nati vivi; colpiscono poco più frequentemente i maschi: 57% contro il 43% delle femmine(www.convatec.it, 2019).

Cancro colonrettale: è la forma più diffusa di neoplasia intestinale, solitamente il suo sviluppo si origina da una formazione benigna precancerosa chiamata polipo adenomatoso (FAP), per poi degenerare con l'avanzare nel tempo, in una forma maligna e potenzialmente metastatizzante.Questo tipo di patologia inoltre, potrebbe essere causa scatenate di perforazioni, occlusioni ed emorragie intestinali. In questi casi la scelta terapeutica maggiormente praticata sarà una colectomia, dove verrà asportata la porzione intestinale malata. Il confezionamento di una stomia per tanto verrà praticato, se

necessario, in base alla gravità e all'estensione della lesione. È ben dimostrata l'importanza di fattori costituzionali e genetici (es.: alta frequenza in alcune popolazioni rispetto ad altre, elevatissima incidenza nelle famiglie con individui portatori di poliposi familiare), come pure della qualità e quantità dei cibi ingeriti. Una alimentazione povera di fibre vegetali può favorire l'insorgenza di un carcinoma del colon-retto (le fibre, dando luogo a un transito intestinale accelerato, diminuiscono il tempo di contatto della mucosa con eventuali carcinogeni), come pure una dieta ricca in grassi (colesterolo e suoi derivati: sostanze a potenziale carcinogenetico); anche una dieta iperproteica è in grado di alterare la flora batterica del colon (prevale la crescita degli anaerobi, capaci di trasformare i sali biliari in carcinogeni, rispetto agli aerobi). Le localizzazioni prevalenti del cancro del colon (70% circa) sono il sigma e il retto(www.convatec.it, 2019).

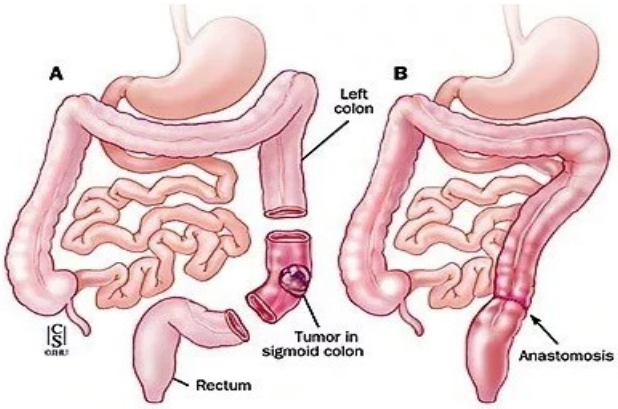


Fig 3. Sigmoidectomia con legatura delle arterie sigmoidee

Immagine tratta dal sito:

http://www.albertoarezzo.it

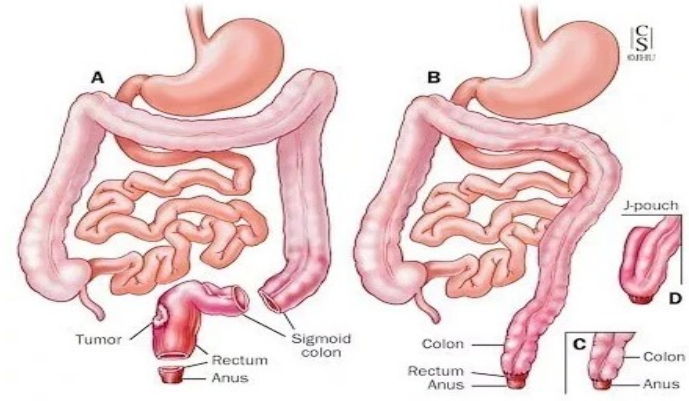


Fig 4. Resezione anteriore retto

Immagine tratta dal sito:

http://www.albertoarezzo.it

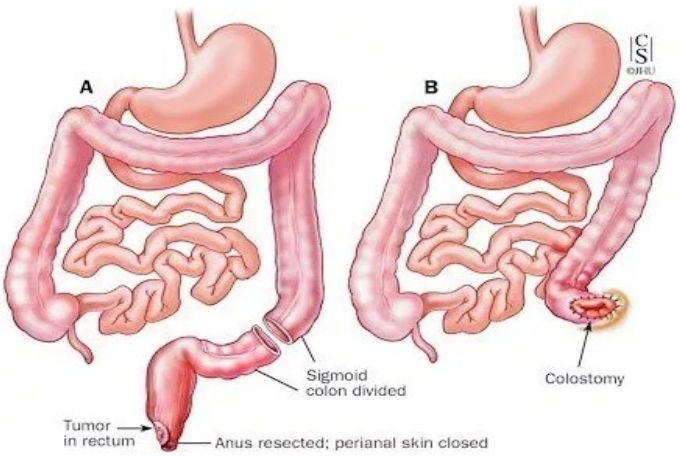


Fig 5.Amputazione per via addominoperineale con colostomia terminale sul discendente

Immagine tratta dal sito: http://www.albertoarezzo.it

Il morbo di Crohn: un'infiammazione cronica, autoimmune, che coinvolge tutto lo strato della parete intestinale. Solitamente più frequente nelle donne,è considerata una malattia piuttosto invalidante, che causa la formazione di edemi,ispessimenti della mucosa e quindi restringimenti del lume intestinale. Talvolta queste lesione possono progredire fino alla formazione di ulcerazioni, e causare frequenti sanguinamenti. Anche in questi casi, potrebbe essere richiesto il posizionamento di una stomia temporanea o permanente.

Traumi: incidenti che possano provocare lesioni o perforazioni intestinali potrebbero portare al confezionamento di una stomia temporanea o permanente.

Malattia diverticolare: è un disturbo generalmente a carico dell'intestino crasso, che potrebbe provocare la comparsa di dolore addominale, febbre, ascessi, perforazioni e comparsa di fistole tra colon-vescica o vagina-intestino tenue. Più nello specifico questa patologia si origina dallo strato della mucosa intestinale stessa, attraverso la formazione di una sacca (diverticolo) che fuoriesce per erniazione. Quando un diverticolo si rompe, esso riversa il contenuto intestinale all'esterno, ciò che ne conseguirebbe, è la comparsa di un' infezione a carico della cavità addominale e degli organi adiacenti(peritonite).

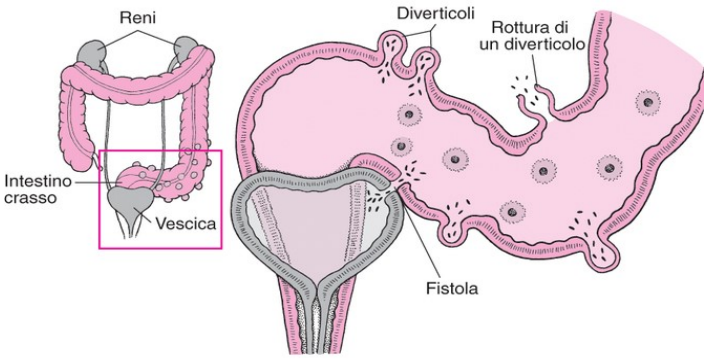


Fig 6.Complicanze della diverticolite

immagine tratta dal sito www.msdmanuals.com

Rettocolite ulcerosa: una malattia cronica intestinale, caratterizzata da episodi acuti e remissivi. Causa di frequenti sanguinamenti, diarrea e dolore addominale, prevede solitamente un trattamento farmacologico che pero potrebbe in alcuni casi richiedere il posizionamento di una stomia temporanea o permanente.

Occlusioni intestinali: generalmente trattate con posizionamento di colostomia in seguito a resezione colica, in base alla gravita, lo stoma potrà essere permanente oppure temporaneo, cosi che venga ripristinata la funzionalità intestinale del paziente.

1.3 Epidemiologia

Da anni si cerca di stimare la popolazione degli incontinenti in Italia, ma il pudore di ogni individuo circa questa patologia fa sì che, a fronte di poche decine di migliaia di incontinenze dichiarate, corrisponda un mercato di dispositivi medico-chirurgici per incontinenza per oltre tre milioni di persone (7% della popolazione e circa il 10% tra i 55 e i 70 anni - dati Istituto M. Negri - 2008).Per quanto riguarda gli stomizzati, nonostante la variabilità data dalle stomie temporanee che sono richiuse a tre-sei mesi dal loro confezionamento, il loro numero è stato più facilmente valutabile. Dai dati elaborati dalla FAIS Onlus nel 2011 risultano in Italia oltre 70.000 persone portatrici di stomia, pari allo 0,13% della popolazione. L'incidenza delle persone stomizzate varia a seconda delle Regioni italiane studiate con un minimo di 0,07% in Calabria ed un massi-mo dello 0,19% in Valle d'Aosta e Lazio(www.fais.info,2017)

			STOMIZZATI					
Regione	Popolazione	Entero	%	Uro	%	Totale	%
Piemonte	4.214.677	4.480	74,57	1.540	25,43	6.020	0,14
Valle d'Aosta	119.548	166	73,69	59	26,31	225	0,19
Lombardia	9.032.554	8.797	74,88	2.951	25,12	11.748	0,13
Veneto	4.572.694	3.375	75,00	1.125	25,00	4.500	0,10
Trentino A.Adige	940.016	838	74,20	291	25,80	1.129	0,12
Friuli v.Giulia	1.183.764	889	75,01	296	24,99	1.185	0,10
Liguria	1.571.783	1.642	74,63	558	25,37	2.200	0,14
Emilia Romagna	3.983.346	3.730	79,70	950	20,30	4.680	0,12
Toscana	3.497.806	3.650	79,35	950	20,65	4.600	0,13
Umbria	825.826	1.100	78,57	300	21,43	1.400	0,17
Marche	1.470.581	1.840	80,00	460	20,00	2.300	0,16
Lazio	5.112.413	7.200	80,00	1.800	20,00	9.000	0,18
Abruzzo	1.262.392	1.230	82,00	270	18,00	1.500	0,12
Molise	320.601	367	81,47	83	18,53	450	0,14
Campania	5.701.931	5.050	80,15	1.250	19,85	6.300	0,11
Puglia	4.020.707	4.200	80,77	1.000	19,23	5.200	0,13
Basilicata	597.768	560	80,00	140	20,00	700	0,12
Calabria	2.011.466	1.080	80,00	270	20,00	1.350	0,07
Sicilia	4.968.991	3.850	77,00	1.150	23,00	5.000	0,10
Sardegna	1.631.880	1.750	76,09	550	23,91	2.300	0,14
ITALIA	**57.040.744**	**55.794**	**77,72**	**15.993**	**22,28**	**71.787**	**0,13**

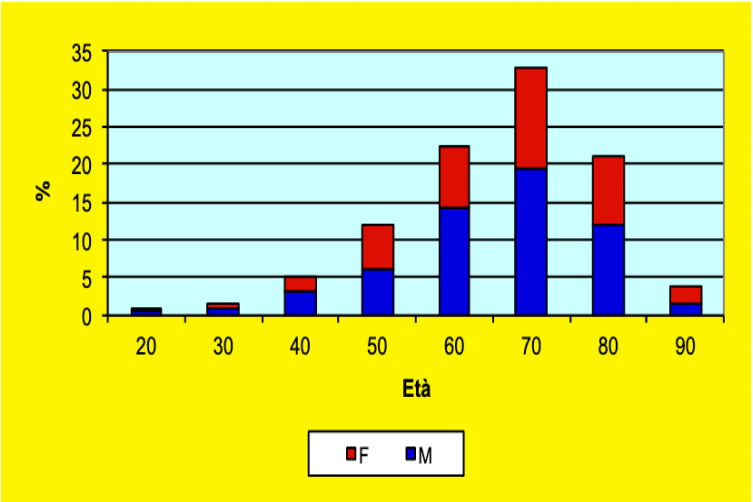
Tab.1 Incidenza dei pazienti stomizzati nella realtà italiana

immagine dal sito:

https://www.fais.info/

Tab.2 Incidenza dei colostomizzati per fascia d'età e per sesso

Immagine dal sito: https://www.fais.info



Dallo studio conseguito dalla FAIS Onlus nell'anno 2011, risulta che la composizione riferita agli stomizzati delle Associazioni aderenti (circa 4.000), in base all'analisi dei dati riferiti dalle associazioni stesse, è la seguente:

•Età media 65,73 anni (range 0-96) con un massimo nel 7° decennio.

•Rapporto Maschi/Femmine: 1,4 / 1 di cui 58% M - 42% F

La presenza di un numero rilevante di portatori di stomia al di sotto dei 40 anni ha spinto la FAIS Onlus alla creazione di un "Gruppo Giovani" che partecipa alle attività della Federazione, agli incontri nazionali e internazionali oltre a perseguire progetti finalizzati alle problematiche legate alla giovane età(www.fais.info,2017).

1.4 Confezionamento chirurgico: l'infermiere nel pre-operatorio

Le principali responsabilità infermieristiche verso il paziente colostomizzato, riguardano essenzialmente l'informazione pre-operatoria, un'adeguata educazione post-operatoria, un'ottimale gestione delle complicanze e un buon coinvolgimento del paziente e della famiglia stessa in tutto il percorso terapeutico. Pazienti più informati e coinvolti, risultano maggiormente motivati, sia dal punto di vista della ripresa fisica, sia dal punto di vista della gestione e della cura della propria stomia nella loro realtà di vita. Per ogni soggetto occorre raccogliere informazioni dettagliate e specifiche riguardanti lo stile di vita, le esigenze e le abitudini personali in modo da stilare un quadro piu chiaro di quelle che potrebbero essere eventuali problematiche o situazioni di rischio per la salute del paziente. Dopo un accurata valutazione globale della situazione famigliare e personale del soggetto, l'infermiere dovrà quindi fornire tutte le informazioni necessarie nel modo più preciso e dettagliato possibile, circa i benefici e i rischi dal punto di vista chirurgico e le eventuali ripercussioni sulla vita quotidiana successiva all'intervento. Molto importante è stabilire una relazione efficace col paziente, l'infermiere è la principale figura di supporto per quest'ultimo e per la famiglia, pertanto dovrà sostenerlo sia dal punto di vista fisico sia dal punto di vista psicologico ed emotivo.

1.4.1 Disegno Pre-operatorio

La scelta della sede chirurgica dove dovrà essere posizionata la stomia, è di responsabilità di un sanitario (chirurgo, enterostomista) formato, pur tenendo conto del volere del paziente, delle sue preoccupazioni e delle sue perplessità, ad esempio nel caso in cui si abbia di fronte un individuo più giovane, lo stoma verrà posizionato nei limiti del possibile più inferiormente, al contrario, nel caso di un anziano con addome voluminoso, si cercherà invece di posizionarlo più in alto per semplificare il cambio del sacchetto, questa fase è decisiva per quanto riguarderà poi la prevenzione, la gestione delle complicanze e lo stoma care.

INDICAZIONI(www.ats-brescia.it):

Obiettivi:

- Facilitare la corretta esecuzione dello stoma care, prevenire complicanze

- Promuovere il processo di autonomia

- Facilitare il processo di adattamento

Scegliere la corretta locazione dello stoma è fondamentale per evitare l'insorgenza di eventuali complicanze future. La posizione ottimale risulterà pertanto lontana da:

1. Margine costale
2. Ombelico
3. Cicatrici pregresse
4. Pieghe adipose
5. Linea della vita
6. Incisione principale
7. Cresta iliaca
8. Alterazioni cutanee (patologie dermatologiche, nevi, altro..)

Oltre alle precedenti indicazioni, sarà necessario valutare attentamente le caratteristiche di ogni paziente. È inoltre importante tenere presente che tali indicazioni si riferiscono alla terapia chirurgica tramite laparotomia; nel caso di laparoscopia (che presenta criticità nell'utilizzo dei punti di repere indicati) la scelta del punto stomia è da concordare assolutamente con il chirurgo. Applicando un bollino adesivo,(o in alternativa una normale placca da stomia) che rappresenta la stomia, si dovrà verificare l'esatto posizionamento nelle 3 diverse posture fondamentali: supina seduta ed eretta.

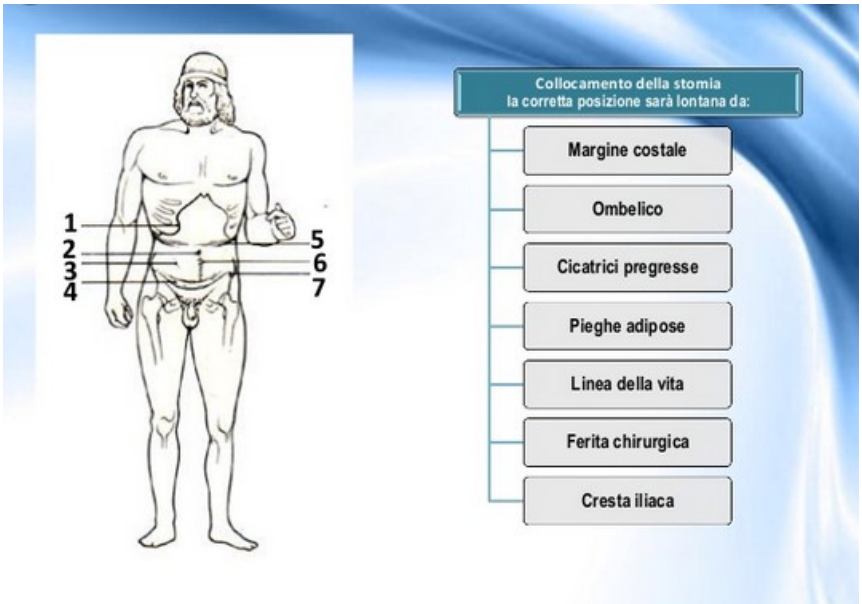


Fig 8. Punti di repere per il confezionamento chirurgico di una stomia

Immagine dal sito: www.slideshare.net

La maggior parte delle complicanze stomali nel post-operatorio, riguardano appunto le problematiche relative ad un mal posizionamento del presidio ("*check list disegno pre-operatorio"* – allegato 1 pag.40).

1.4.2 Scelta del presidio

La scelta dei sistemi stomali che verranno successivamente applicati sulla cute del paziente, sono di competenza dell'enterostomista. I presidi verranno scelti e selezionati secondo specifici criteri di adeguatezza, in base al tipo di stoma, al fine di ridurre al minimo le problematiche relative all'adattamento fisico e psicologico del paziente alla sua nuova condizione. I sistemi di raccolta si suddividono in:

- Sistema monopezzo : dove la sacca di raccolta e la placca che aderisce alla cute sono costituiti da un unico corpo; ciò ne consegue che l 'intero pezzo dovrà essere sia applicato che rimosso in un unico blocco. Questi presidi vengono preferiti nei casi in cui il paziente registri un numero limitato di evacuazioni giornaliere, se sia sufficientemente autonomo, e se sia necessario un presidio piu flessibile, qualora la stomia sia praticata a rialzo di una piega cutanea importante.

Fig 9. Sistema di raccolta monopezzo
Immagine tratta da:
Www.convatec.it

Fig 10. Sistema di raccolta a due pezzi
Immagine tratta da:
Www.convatec.it

- Sistema a due pezzi : costituito da una placca(o protettore cutaneo), e da una sacca, che dovrà essere agganciata a quest'ultima separatamente, sono sistemi

preferibili di fronte a pazienti con evacuazioni abbondanti e frequenti. In questo modo, la placca che aderisce alla cute, non dovrà essere rimossa simultaneamente alla sacca anche qualora vi sia la necessita di un cambio frequente nell'arco dell'intera giornata. Le placche devono poter preservare e proteggere l'integrità cutanea e al contempo garantire un buon potere adesivo, esistono a questo proposito placche piane e convesse, queste ultime in particolar modo, vengono utilizzate qualora la stomia non sia sufficientemente sporgente da conferire l'applicazione di una placca standard. Nei sistemi a due pezzi inoltre, è presente un elemento chiamato *flangia*, dispositivo utilizzato per facilitare l'adesione dei due elementi, quindi sacca e placca; può conferire una chiusura di tipo meccanico o adesiva

Caratteristiche delle sacche:

- Fondo chiuso: non consentono lo svuotamento del contenuto raccolto nella sacca, solitamente questi presidi vengono utilizzati per le colostomie che sono caratterizzate da materiale organico più solido, e quindi difficile da scaricare.
- Fondo aperto: preferibile ad esempio nelle ileostomie o ciecostomie, in presenza di feci acquose e liquide.
- Opache o trasparenti: la differenza sostanziale tra le due, sta appunto nella visibilità. Una sacca a fondo trasparente sarà sicuramente di più facile applicazione,consentendo inoltre, qualora sia necessario, di valutare visibilmente la qualità delle feci.

1.5 Confezionamento chirurgico: l'infermiere del post-operatorio

In questa fase l'infermiere dovrà monitorare attentamente il paziente e lo stoma appena confezionato, nelle prime 48 ore, deve esserci un controllo almeno ogni 4 ore. A prescindere dalla stomia, nell'immediato post-operatorio le feci appariranno con molta probabilità liquide o comunque molli. Questa è una fase molto delicata, poiché da qui inizia il processo di recupero del paziente, che per la prima volta, prende contatto con la sua nuova fisicità. Le basi di una buona assistenza nel post operatorio si incentrano sul supporto fisico ed emotivo del paziente, l'infermiere dovrà fornire tutti i chiarimenti necessari affinché il paziente assuma una maggiore consapevolezza della sua condizione,

dovrà quindi somministrare un'adeguata educazione terapeutica, circa i comportamenti da adottare per gestire la sua nuova condizione.Dalla fine dell'intervento fino le 48 ore successive, va utilizzato un presidio con caratteristiche precise. Viene adoperato un sistema a 2 pezzi con placca e sacca trasparente a fondo chiuso con aggancio a-traumatico. La sacca trasparente permette l'ispezione della cute e della stomia senza bisogno di rimuovere il presidio, e quindi di evitare pratiche che potrebbero essere dolorose per il paziente. La prima sostituzione si effettua dopo 48 ore dall'intervento. Si osserva lo stato della cute, e si segnalano eventuali alterazioni che potrebbero indicarci delle complicanze in atto. Se la cute è integra, rosea e non edematosa, si da inizio alla fase educativa. A questo punto il presidio verrà sostituito con un sistema tradizionale, così che il paziente(famigliari compresi) venga istruito circa le buone norme per lo Stoma-care, e si prepari quindi, all'auto-cura anche a domicilio ("*check list monitoraggio della stomia nelle prime 48 ore"* – allegato 2 pag.41).

1.5.1 Assistenza alla dimissione

La pianificazione della dimissione dall'ospedale richiede collaborazione e coordinamento dei servizi e delle risorse. Gli infermieri giocano un ruolo centrale nel realizzare questa parte del piano di cure. Anche se i bisogni di assistenza del paziente tendono ad evolvere e cambiare nel periodo post-operatorio, una pianificazione scrupolosa della dimissione migliora l'assistenza alla persona per il ritorno a domicilio. Dovrebbero essere forniti tutti i riferimenti delle figure/organizzazioni che potrebbero essere necessari dopo la dimissione (telefono, orario di accesso al reparto/ambulatorio, riferimento delle associazioni, etc.). Il momento della dimissione può coincidere anche con la prescrizione dei presidi protesici, che dovrebbe essere supportato da un'attività educativa alla buona gestione delle risorse fornite e un'attività di orientamento ai servizi dell'ASL. Ai fini di una adeguata risposta ai bisogni dei pazienti, è importante selezionare prodotti appropriati e di semplice utilizzo (Bourke e Davis, 2002). Se il paziente viene considerato non autosufficiente, e che quindi conseguentemente, non possa provvedere autonomamente alle proprie cure stomali, urge la necessità di coinvolgere degli enti di supporto territoriale (ad esempio l' ADI,MMG,ASL etc.) oppure un care-giver. Durante le prime settimane, o mesi, dopo l'intervento, è possibile che il paziente avverta un senso di disgusto e di rifiuto verso il proprio corpo. La paura di dover affrontare situazioni

imbarazzanti, di stare a contatto con altre persone, e di essere discriminati, portano la gran parte dei pazienti verso un isolamento sociale, causato da un senso di vergogna interiore. Una caduta dell'autostima, problematiche relative alla sfera sessuale, una percezione negativa del proprio essere, sono elementi da tenere sotto controllo in questa tipologia di paziente, che, dovrà essere sostenuto, stimolato al dialogo, tranquillizzato e orientato verso le procedure di auto-cura.

QUESTIONARIO

VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO DELLO STOMA CARE

(da effettuare 48 ore prima della prevista dimissione):

1. PREPARAZIONE MATERIALE:	si	no
Sistema di raccolta a due pezzi o monopezzo	si	no
Acqua	si	no
Sapone neutro	si	no
Panno carta o simili	si	no
Forbici	si	no
2. RIMOZIONE DEL SISTEMA DI RACCOLTA:	si	no
Lo stacca dall'alto verso il basso	si	no
3. MANOVRE CORRETTE PER L'IGIENE STOMALE:	si	no
Lava con movimenti circolari, dall'esterno all'interno	si	no
Asciuga tamponando	si	no
4. PREPARAZIONE DEL SISTEMA DI RACCOLTA:	si	no
Adatta il foro della placca o della sacca al diametro della stomia	si	no
5. APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI RACCOLTA:	si	no
Applica dal basso verso l'alto facendo aderire il bordo inferiore della placca o sacca al bordo inferiore della stomia	si	no

Aggancia la sacca alla placca (nel presidio a due pezzi)	si	no
Controlla la tenuta del presidi	si	No
6. CONOSCENZA DELLE COMPLICANZE STOMALI:	si	no
Dolori addominali e/o mancata evacuazione	si	no
Infiammazioni regione peristomale	si	no
Micosi cutanee	si	no
Allergie al materiale protesico	si	no
Ernie	si	no
Retrazione	si	no
Steno	si	no
Prolasso	si	no
Emorragie	si	no
Aumento/perdita di peso	si	no

Tab.3 Valutazione apprendimento Stoma-care in paziente in dimissione

Fonte:

www.ats-brescia.it

1.5.2 Follow-up

Dopo l'intervento chirurgico per il confezionamento della colostomia, un infermiere enterostomista proseguirà poi con una valutazione mirata al paziente, e aprirà le procedure di Follow up. Tutto ciò, pome come obiettivo primario, l'alleggerire il paziente dalle responsabilità legate alla sua condizione, attraverso una riduzione dello stress psicologico, promuovendo attività mirate al miglioramento della qualità della vita e a prevenire e/o gestire delle possibili complicanze. Solitamente è raccomandabile seguire il paziente per un minimo di 12 mesi dopo l'intervento.

Quali sono quindi gli obiettivi assistenziali legati questa fase di recupero?

- Benessere del paziente.

- Riconoscere fattori di rischio, verifica della tollerabilità e idoneità dei presidi.

- Controllo/Monitoraggio dell'intero decorso riabilitativo del paziente.

- Attività di Counseling (invitare il paziente a discutere delle sue impressioni, dubbi, timori, problematiche relative al proprio stato psico/fisico e relazionale, disagi legati alla sfera sessuale).

- Identificare le capacità auto-gestionali del paziente e l'uso corretto dei presidi.

- Gestire le complicanze stomali.

- Educazione terapeutica diretta al paziente e famigliari.

Al fine di gestire al meglio la continuità delle cure necessarie, nel territorio Italiano sono stati avviati alcuni ambulatori a gestione infermieristica (Centro per la Cura delle Stomie),come punto di riferimento per la risoluzione di problematiche di tipo gestionale, educativo e riabilitativo.

1.6 Complicanze stomali

Le complicanze stomali, potrebbero essere la conseguenza diretta di problematiche insorte nell'intra-operatorio, o, potrebbero derivare da errori relativi alla gestione della stomia stessa. Se il difetto deriva da un vero e proprio errore di confezionamento, solitamente la soluzione più frequente è di tipo chirurgico-correttivo. In caso contrario, sarà responsabilità dello stoma-terapista intervenire nella rieducazione del paziente, circa le norme di gestione più corrette, per la cura del proprio stoma.

Classificazione:

- *Precoci*: rilevabili nell'immediato post-operatorio fino a 30 giorni.
- *Tardive:* con insorgenza dal 30° giorno dal confezionamento chirurgico.

Tra le Complicanze precoci abbiamo:

- *Edema*: gonfiore causato da un 'accumulo di liquidi a livello tissutale.
- *Emorragie/sanguinamenti:* perdite di sangue legate ad un malfunzionamento stomale, microtraumi o coaugulopatie.
- *Necrosi:* morte tissutale per ridotto apporto di sangue in sede stomale

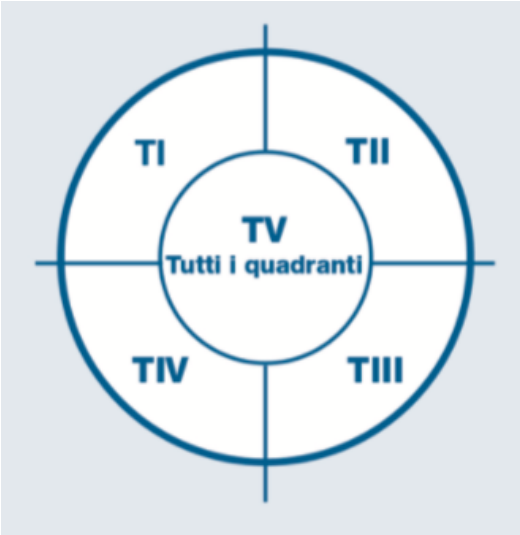
- *Dermatite Peristomale:* complicanza più frequentemente rilevabile, dovuta ad esempio a cattive abitudini igieniche o allergie legate ai colloidi presenti sulla superficie dei dispositivi di raccolta.
- *Ascessi, suppurazioni:* per contaminazioni intra-operatorie, fuoriuscite di feci dallo stoma.
- *Retrazione*: caratterizzato da una "rientranza" della stomia rispetto al piano cutaneo, causato ad esempio da difetti legati ad un cattivo confezionamento intra-operatorio.
- *complicanze da mal posizionamento:* errori relativi al confezionamento intra-operatorio

Tra le complicanze tardive abbiamo invece:

- *Stenosi:* da restringimento del lume stomale, che, se non trattata, potrebbe evolversi in un'occlusione intestinale.
- *Prolasso:* prevede la fuoriuscita del viscere dal lume stomale, solitamente trattata chirurgicamente, a seconda della gravità dei casi.
- *Ernia parastomale:* causato da un cedimento della parete addominale, più frequente in soggetti anziani o in sovrappeso.
- *Fistola:* infiammazione persistente, dovuta alla formazione di un "tragitto" che permette una comunicazione di tipo patologico, fra due o più cavità interne o esterne.

Il raggiungimento ed il mantenimento dell'integrità cutanea peristomale è quindi l'obiettivo principale che si pongono la persona portatrice di stomia, ed il professionista incaricato dello stoma-care. Nasce da tali motivazioni il gruppo di studio SACS, che si pone come primo obiettivo quello di studiare e classificare le alterazioni cutanee secondarie a confezionamento di enterostomie.

Come per la mammella si è convenuto di identificare dei quadranti intorno allo stoma per poter descrivere anche da un punto di vista topografico le lesioni(www.convatec.it, 2016):



LEGENDA:

TI = superiore sinistro

TII = superiore destro

TIII = inferiore destro

TIV = inferiore sinistro

TV = totale

Fig. 11 Topografia delle lesioni cutanee perisomali

Immagine dal sito:

www.convatec.it

Fig. 12 Stadiazione delle lesioni peristomali

Immagine dal sito:

www.convatec.it

NOTA: La classificazione deve riferirsi alla lesione più grave, è opzionale classificare eventuali altre alterazioni.

La denominazione peristomale sta a identificare tutto ciò che condiziona la cute circostante lo stoma, anche se non direttamente collegato a quest'ultimo, in un raggio di cm 7,5 cm (www.convatec.it, 2016)

CAPITOLO 2

Impatto psico-fisico, self-care e figura dell'infermiere

2.1 Educazione terapeutica, linee guida per lo Stoma-care

È inevitabile che nella persona sottoposta al confezionamento di una stomia la qualità di vita venga a modificarsi. Tra i cambiamenti che una stomia comporta, uno dei più rilevanti è l'alterazione della percezione di sé e della propria immagine corporea, a cui si associano alterazione nei rapporti con gli altri, fragilità e senso di stigmatizzazione. In più, la persona che si trova in questa condizione deve far fronte ad altre problematiche, quali lo stoma care, la scelta dei dispositivi di raccolta più idonei alle proprie necessità, la tipologia di alimentazione, la prevenzione o il trattamento delle complicanze precoci e tardive, la riorganizzazione della propria vita sociale e lavorativa in accordo con le nuove esigenze legate alla stomia. Tutto ciò, se non affrontato con la giusta mentalità, porta a un rischio di caduta dell'autostima e a un peggioramento della qualità di vita. Misurare il livello di qualità di vita di una persona portatrice di stomia, dunque, è importante in quanto permette di sondare gli aspetti assistenziali eventualmente da potenziare e di pianificare l'assistenza, individuando specifiche azioni volte al miglioramento delle condizioni della persona assistita. A tal fine, risulterebbe utile promuovere e diffondere l'utilizzo di Stoma QOL("*Stoma-QOL"* – allegato 3 pag.42).

Si tratta di un questionario validato e creato appositamente per misurare la qualità di vita nelle persone stomizzate (http://www.fnopi.it, 2015).

Il ruolo che la professione infermieristica ricopre in questo punto del processo assistenziale, diventa quindi fondamentale:

"Più un malato conosce la sua malattia, meno la teme e più è capace di gestirla correttamente" (Assal J. 1990).

Educare il paziente circa la sua patologia, permetterà a quest'ultimo di essere proiettato in una realtà che esso stesso può controllare, diventando cosi protagonista

attivo del processo assistenziale. L'acquisizione di capacità e competenze necessarie, permetteranno al soggetto di accettare la sua nuova condizione, garantendogli una qualità di vita soddisfacente, riducendo le ospedalizzazioni, il consumo di farmaci, una dinamica relazionale efficace, una maggiore consapevolezza e un maggiore effetto terapeutico.

2.1.1 Stoma-care e irrigazione della stomia

Lo stoma è un nuovo organo e come tale è necessario dedicare la stessa cura ed attenzione destinata alle altre parti del corpo. L'infermiere ha l'importante compito di edu-care il paziente nella gestione della sua patologia, spiegandogli che l'igiene della stomia èun atto fondamentale per evitare possibili complicanze. Il paziente viene responsabilizzato ad occuparsi in prima persona delle propria stomia, insegnandogli le cure igieniche che dovrà eseguire al proprio domicilio, in quanto la zona peristomale è molto delicata e necessita di attenzione e cure igieniche particolari ogni giorno allo scopo di evitare l'insorgere di complicanze, poiché la cute peristomale è continuamente esposta a sollecitazioni meccaniche durante il cambio del sacchetto o della placca e ad irritazioni chimiche causate dalle feci(www.aioss.it,2013).

MATERIALE OCCORRENTE:

- Carrello delle medicazioni
- Garze morbidi, non sterili, per la pulizia dello stoma
- Panno, salvietta, per l'igiene della cute circostante
- Contenitore dei rifiuti
- Sacca di raccolta
- Acqua tiepida e sapone neutro
- Guanti monouso
- Forbici a punta arrotondata
- Calibratore di stomia
- Pasta barriera(in modo da garantire un'adesione uniforme della placca)

Dopo aver predisposto il materiale necessario, si può procedere con il cambio

della sacca e l'igiene della cute peristomale. Per prima cosa effettuare un lavaggio sociale delle mani prima di approcciare al paziente e,solo successivamente,indossare i guanti monouso:

Fig.11 Rimozione della sacca

Immagine dal sito:

http://www.opicomo.it

Rimuovere delicatamente il sistema di raccolta dall'alto verso il basso tendendo la cute,se necessario ammorbidirla, umidificandola con una garza bagnata.

Fig.12 Detersione dello stoma

Immagine dal sito:

http://www.opicomo.it

Smaltire la sacca di raccolta e detergere il lume stomale utilizzando acqua e sapone neutro,eliminando eventualmente i residui delle feci con una garza non sterile. Effettuare sempre movimenti rotatori dall' esterno verso l'interno.

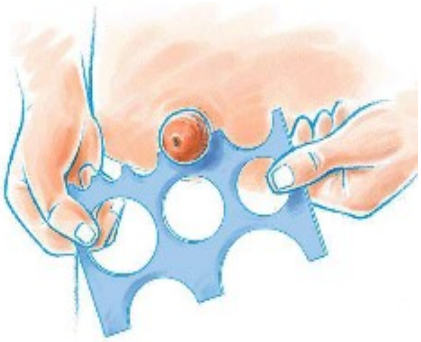


Fig.13 Misurazione del diametro stomale

Immagine dal sito:

http://www.opicomo.it

Tamponare e asciugare la cute circostante, successivamente, procedere con la misurazione del diametro stomale per poi ritagliare e adattare il foro della placca allo stesso. Valutare l'eventuale applicazione di una pasta protettiva e lasciare asciugare per

circa 30 sec.(in caso di slivellamenti del piano cutaneo).

Fig.14 Riposizionamento della placca

Immagine dal sito:

http://www.opicomo.it

A questo punto, far aderire il bordo inferiore della placca al bordo inferiore della stomia, quindi completare l'adesione dal basso verso l'alto.

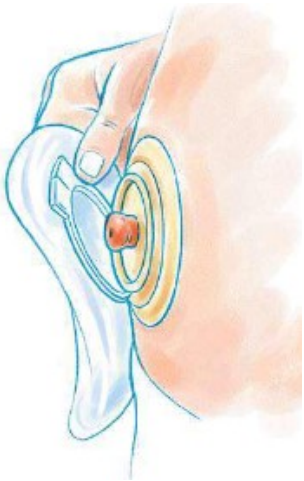


Fig.15 Adesione della sacca di raccolta alla placca in sistema a due pezzi

Immagine dal sito:

http://www.opicomo.it

Procedere poi, con l'aggancio del sacchetto, facendolo ben aderire alla flangia della placca pre-posizionata.

Qualora ci trovassimo in condizione di utilizzare un sistema di raccolta monopezzo ripetere la medesima operazione avendo cura di chiudere in precedenza la sacca di raccolta.

IRRIGAZIONE A SCOPO RIABILITATIVO:

L'irrigazione trans-stomale a scopo riabilitativo, per le persone con trasversostomia sinistra, colostomia sinistra, sigmoidostomia, consiste nell'introduzione di acqua nel colon residuo allo scopo di provocare la fuoriuscita di feci e gas in esso contenuti.

Obiettivi:

- ottenere una continenza passiva all'emissione delle feci ed una riduzione

dell'emissione dei gas

- promuovere il comfort e l'autonomia della persona
- favorire il benessere psico-fisico della persona con stomia
- ridurre i fattori di rischio di complicanza della cute peristomale
- contenere i costi di gestione.

La riabilitazione della funzione intestinale, mediante irrigazione, va iniziata dopo almeno 30 giorni dall'intervento chirurgico. L'irrigazione riabilitativa è controindicata nel periodo in cui la persona è in trattamento con terapie adiuvanti. Sono da considerarsi fattori di esclusione per l'irrigazione a scopo riabilitativo i soggetti affetti da malattie diverticolari, malattie infiammatorie croniche del colon, megacolon, ernia parastomale, stenosi serrata del lume della stomia. L'educazione del paziente all'effettuazione della tecnica, deve prevedere la pianificazione di almeno tre irrigazioni tutorate, e la valutazione del grado di autonomia acquisito a distanza di una settimana. L'esecuzione della tecnica irrigativa va ripetuta con cadenza regolare, di norma ogni 48 ore, per favorire l'acquisizione della ritmicità dell'alvo.

L'assunzione di piccole quantità di cibo e/o di bevande calde, prima dell'effettuazione della pratica irrigativa, favorisce la peristalsi intestinale ed un efficace svuotamento del colon residuo. Durante l'introduzione dell'acqua, la persona può assumere la postura eretta o seduta. Durante l'introduzione dell'acqua, si possono manifestare sintomi quali nausea e sudorazione, secondari a stimolazioni vagali; in tal caso sospendere la manovra senza rimuovere il cono, fino alla risoluzione della sintomatologia. Se l'irrigazione non ottiene il risultato atteso nei tempi previsti, non deve essere ripetuta prima di 24 ore (www.regione.toscana.it).

2.2 Come vivere la Stomia

ALIMENTAZIONE:

Curare l'alimentazione per chiunque sia portatore di una colostomia è fondamentale, sia per limitare eventuali complicanze, sia per permettere al paziente il raggiungimento della massima qualità di vita. Non sono necessari drastici cambiamenti, ma di semplici accorgimenti da adottare che possono essere utili nel quotidiano; ad

eccezione magari dei primi giorni successivi all' intervento chirurgico, dove è necessario seguire alcune regole più rigide.

Ogni individuo è differente, ciò vorrà dire che i cambiamenti da adottare sono il più delle volte soggettivi, e la maggior parte dei pazienti riesce a percepire un proprio equilibrio alimentare solo col passare del tempo.

In linea generale comunque i consigli più utili da somministrare a un paziente stomizzato sono:

- assumere almeno 2 litri di acqua al giorno, frutta e verdura consigliata
- evitare cibi troppo voluminosi, fare piccoli pasti nell'arco delle 24h
- evitare alcolici, alimenti irritanti o eccessivamente speziati/conditi
- masticare lentamente, evitare di abbuffarsi,
- reintrodurre gradualmente gli alimenti nella dieta
- monitorare lo stato delle feci e il proprio peso corporeo
- praticare della regolare attività fisica
- evitare prodotti fermentati, fritture, insaccati, legumi, causa di meteorismo

	ALIMENTI DA PRIVILEGIARE	TIPO DI COTTURA	ALIMENTI DA ASSUMERE CON MODERAZIONE
FARINACEI	Pasta, riso, pane ben cotto o tostato, biscotti secchi, crackers, semolino, patate	Ben cotta, con salsa di pomodoro, con olio e parmigiano, in brodo vegetale	Pasta all'uovo ripiena, pane o biscotti farciti o speziati
CARNI	Carne magra di vitello, vitellone, pollo, tacchino, agnello, coniglio, filetto di cavallo, maiale	Cottura in acqua, al vapore, al forno, alla piastra, condita con olio e succo di limone	Cacciagione in genere, carni affumicate, frattaglie ed insaccati
PESCE	Pesce magro: spigola, sogliola, nasello, orata, tonno fresco, merluzzo, rombo, trota, luccio, salmone, pesce persico	Cottura in acqua, al vapore, al forno, alla piastra, condita con olio e succo di limone	Pesce grasso, conservato sott'olio, crostacei, molluschi
LATTICINI	Latte e latticini freschi, grana e parmigiano		Formaggi fermentati o stagionati, Yogurt
VERDURE	Insalata, carote, patate, fagiolini, bietole, spinaci, finocchi	Cotta al vapore, in acqua, preferibilmente frullata	Asparagi, funghi, peperoni, cavoli, rape, broccoli, verze, melanzane

LEGUMI	Freschi	Solo se frullati	Legumi secchi
FRUTTA	Fresca e di stagione	Senza buccia e semi	Frutta sciroppata, frutta secca
ZUCCHERI	Torte o dolci a base di riso, biscotti secchi		Paste o torte con farcitura, gelato
BEVANDE	Acqua naturale, caffè, the, vino (con moderazione)	Servite a temperatura ambiente	Bibite gassate, ghiacciate, alcoolici
CONDIMENTI	Olio, burro, margarina	A crudo	Lardo, strutto, panna, senape

Tab.4 Alimenti consigliati e non in paziente portatore di colostomia

Fonte:

www.bbraun.it

DOMANDE FREQUENTI:

1. Cosa posso indossare?

Eviti magari i primi giorni indumenti troppo stretti, o cinture che potrebbero ostacolare l'evacuazione e/o irritare la cute, prediliga invece abiti più morbidi, comodi, preferibilmente non in fibra sintetica ma in cotone.

2. Potrò mai andare al mare?

Certamente, non esistono particolari rischi correlati ad attività balneari, si raccomanda comunque di rimanere idratati, e di proteggersi dal sole soprattutto nelle ore più calde.

3. Posso ancora fare sport?

Ovviamente, anzi, è dimostrato che una regolare attività fisica aiuta gran parte dei

pazienti a sentirsi meglio col proprio corpo. Da evitare invece sport troppo energici che potrebbero portare all'insorgenza di traumi all'addome.

4. Dovrò fare una dieta particolare?

Sarà necessario al fine di garantire un adeguato transito intestinale, seguire una dieta sana e bilanciata, senza privarsi necessariamente di alimenti specifici, ma di assumerli semplicemente con moderazione.

5. Devo usare dei prodotti particolari per pulire la mia colostomia?

No, sono necessari semplicemente un panno pulito o la comune carta igienica, acqua e sapone neutro, evitare prodotti alcolici e aggressivi per la cute.

6. Ho paura che la mia sacca si stacchi, può succedere?

Non si preoccupi, se correttamente posizionate garantiscono la massima adesività, è importante però ricordarsi di pulire e asciugare a fondo la cute prima di posizionarvi un nuovo presidio per non compromettervene l'aderenza.

7. Potrò ancora viaggiare?

Finche porterà con sé il materiale necessario e adotti le medesime linee guida per la cura e l'igiene, potrà andare ovunque lei voglia e con qualunque mezzo.

8. Potrò avere dei figli?

Si, la stomia non influisce in alcun modo sulle possibilità di una gravidanza.

9. Avrò di nuovo una vita sessuale normale?

Certamente, non bisogna mai rinunciare a vivere la propria intimità nel modo più naturale possibile, vi sono diversi gruppi educativi che potranno fornirle il supporto necessario che le servirà per tornare a vivere serenamente la vostra vita di coppia.

2.3 Self-care

"L'infermieristica si interessa in modo particolare del bisogno che l'individuo ha di svolgere attività di autoassistenza, la quale va potenziata e diretta continuamente al fine di conservare la vita e la salute, riprendersi da malattie o da lesioni e far fronte alle conseguenze di tali eventi" (Dorothea Orem,Self-care deficit nursing theory)

Il bisogno di assistenza infermieristica, nasce nel momento in cui vi sia una condizione di *decifit* da parte del paziente, che, incapace di autogestirsi, necessiterà di

un'aiuto infermieristico. L'infermiere al momento della presa in carico agirà attraverso meccanismi totalmente compensatori, o parzialmente compensatori, garantendo un'adeguata educazione terapeutica e supporto necessario.

L'elevata prevalenza di patologie croniche e la necessità di ottimizzare l'uso delle risorse stanno portando alla diffusione di modelli assistenziali di self-care management e family coaching, in cui i pazienti, adeguatamente supportati, assumono un ruolo attivo nella cura di sé stessi e i caregiver adottano misure in grado di prevenire un peggioramento delle loro condizioni(www.evidence.it,2014). L'infermiere assume nei confronti della persona malata, un ruolo da educatore; che mira a rendere l'assistito capace di gestire i propri trattamenti, prevenire le complicanze e migliorare la qualità di vita. Applicare queste conoscenze scientifiche, vuol dire comunque evitare o ritardare eventuali eventi avversi che potrebbero mettere in pericolo la vita del paziente stesso; tutto ciò si rivela ancora più importante, qualora ci trovassimo di fronte persone affette da patologie croniche o che prevedano comunque un lungo percorso terapeutico. L'educazione terapeutica si situa a livello della prevenzione secondaria e terziaria e consiste in un vero e proprio transfert, pianificato e organizzato, di competenze dal curante al paziente e si inscrive in una prospettiva in cui la dipendenza del malato cede il posto alla sua responsabilizzazione (D'Ivernois e Gagnayre, 2009).

2.3.1 Concetto di Empowerment

Non si può realizzare l'aderenza terapeutica, senza presupporre la presenza della partecipazione attiva da parte del paziente al processo di cura, in un rapporto di collaborazione con il personale sanitario basato sulla comunicazione e sulla condivisione degli obiettivi di salute. Si mette in pratica, quindi lo shared decision making. Ciò è favorito dal processo di *empowerment* del paziente. Questi pazienti hanno la consapevolezza e le conoscenze tali da poter influenzare e modificare positivamente le proprie azioni e la propria vita (http://www.fnopi.it,2019).

Possiamo definirlo quindi, come quel processo di potenziamento delle conoscenze necessarie, affinché il paziente risulti coinvolto attivamente circa le decisioni che riguardano la propria salute, la pianificazione e la gestione del proprio percorso terapeutico. L'assistenza al paziente portatore di colostomia, va indirizzata verso il

raggiungimento del più alto grado di autonomia possibile e dall'accrescimento delle capacità di autogestione dei presidi dedicati, tenendo conto del disagio sociale, l'emarginazione, e le difficoltà relazionali.

2.3.2 Chronic Care Model e figura del Care Manager

La promozione del self-care è considerata un punto di forza dell'assistenza e della riabilitazione della persona con stomia derivativa, così come per tutti i pazienti affetti da patologia cronica. Il Chronic Care Model (CCM) è il modello assistenziale più adatto alla presa in carico della persona con queste problematiche, in quanto è basato sulla interazione con il paziente, che viene reso "esperto" con opportuni interventi informativi, formativi e di addestramento. L'obiettivo finale del CCM è quello di rendere le persone in grado di autogestirsi, di saper riconoscere precocemente le possibili complicanze che vengono a crearsi, saper interagire con il team multidisciplinare che lo ha in carico. Le necessità delle persone che entrano in ospedale per un intervento chirurgico che porta al confezionamento di una stomia sono legate ad una condizione di adattamento fisico, psicologico, sociale e di gestione specifica dello stoma che perdura per tutto il periodo del ricovero e continua anche dopo la dimissione, al rientro al domicilio. La gestione della stomia, l'accesso alla fornitura degli ausili protesici specifici, la consulenza dietetica e il supporto emotivo sono aspetti fonda-mentali della gestione dei bisogni sanitari richiesti dalla persona, così come la prevenzione, la precoce individuazione e il trattamento delle eventuali complicanze. Gli infermieri si trovano in prima linea per quanto riguarda informare ed educare le persone assistite, costruire relazioni con loro, con i caregiver e con le comunità, nonché garantire la continuità assistenziale. Il CCM prevede inoltre l'introduzione di una nuova figura professionale: l'infermiere Care Manager (CM). L'infermiere Care Manager è adeguatamente abilitato e formato, possiede autonome competenze in merito alle tecniche del coaching e del supporto motivazionale. Il suo ruolo è quello di fornire al paziente strumenti utili per l'autogestione della malattia, operare in stretto contatto con lui e con il team di operatori sanitari territoriali (MMG, Specialista e Infermieri) per mettere a punto un piano di assistenza individuale e far fronte ai problemi identificati. L'infermiere Care Manager assume un ruolo guida nella gestione delle cronicità e del follow -up, attraverso l'empowerment promuove l'autonomia decisionale e l'autocura del paziente(Gabriele Roveron,2018).

CAPITOLO 3

Continuum Assistenziale

3.1 Problematiche e Obiettivi

Come descritto nei precedenti capitoli, quando si fa riferimento all' approccio terapeutico ad una persona colostomizzata, non ci si può focalizzare solo sulla riabilitazione fisica, ma è di fondamentale importanza, fare riferimento ad aspetti psichici e relazionali, al fine di evitare il diffondersi di sentimenti negativi dettati dal disagio, dalla solitudine e dalla sofferenza del paziente e dei suoi rispettivi familiari. Qualche anno fa, la disinformazione era maggiormente diffusa e gran parte dei pazienti al momento della dimissione, in seguito a confezionamento chirurgico, potevano arrivare a trovarsi impreparati per quello che sarebbe stato convivere con la loro nuova derivazione intestinale. Con il perfezionamento della chirurgia, delle evidenze scientifiche, e con l'aumentare della sensibilizzazione verso questa categoria di pazienti, ad oggi vi è una maggior possibilità di reinserimento nel contesto sociale e una più alta possibilità di condurre una vita normale. Lo scopo della tesi, è quello di indagare ed evidenziare gli aspetti problematici di maggiore incidenza, che potrebbero andare a colpire questa categoria sociale, sia dal punto di vista fisico, che psichico e relazionale, sottolineando inoltre, l'importanza di un efficace approccio all'informazione terapeutica.

Un'integrazione multidisciplinare ed un'adeguata educazione ospedaliera, permetterebbero il coinvolgimento stesso del paziente nel processo assistenziale, potendogli garantire al momento della dimissione una maggior consapevolezza di sé e del suo nuovo organo; di fatti, è stato dimostrato che l'approccio educativo e informativo riduce la comparsa di future complicanze al momento della dimissione:

Un paziente che ha le competenze necessarie per fronteggiare la sua patologia, è un paziente che potrà raggiungere il massimo livello di qualità di vita.

Quando si parla di "qualità della vita", sono compresi una serie di aspetti che

andranno poi a determinarla, quali ad esempio fattori biologici, emozionali, spirituali, relazionali ed il proprio grado di autonomia. Qualunque decifit o limitazione di questo genere, potrebbe portare il soggetto ad avere una percezione di sé negativa e/o distorta, associata all'idea di disgusto, timore, con conseguente rischio di caduta dell'autostima e soppressione della sfera sessuale. Si pensi infatti, a come possa risultare difficoltoso mantenere una relazione di coppia soddisfacente per una paziente colostomizzato; l'idea di inadeguatezza, di disarmonia del proprio corpo, induce questa tipologia di persone ad una progressiva chiusura rispetto al mondo esterno e ad un isolamento autoprotettivo controproducente. Gran parte di queste persone si sentono anormali a causa della loro diversa fisicità difficilmente camuffabile, accentuando loro stessi atteggiamenti di chiusura e stigmatizzazione, tradotta talvolta in atteggiamenti rancorosi e invidiosi nei confronti delle persone sane.

Pazienti stomizzati non adeguatamente sostenuti, potrebbero andare incontro a patologie psicologiche depressive o ansiogene, che comprometterebbero la qualità della loro vita sia in ambito familiare che lavorativo e relazionale:

La famiglia gioca un ruolo importante per quanto riguarda il supporto psicologico ed emotivo al paziente, anche se spesso travolti dalla continuità degli eventi patologici legati a quest'ultimo. Per questo motivo, risulta fondamentale l'integrazione di diverse figure professionali quali ad esempio medici, psicologi, infermieri, psicoterapisti, cosi da fornire al paziente e ai propri famigliari, le informazioni e l'educazione necessaria per affrontare questo tipo di cambiamento.

3.2 Ambulatorio Stomizzati

Il processo informativo va eseguito con estrema accuratezza dal periodo pre-operatorio fino al rientro a domicilio, per evitare appunto, l'insorgenza di complicanze a lungo termine, sia per quanto riguarda la gestione stessa del presidio da parte del paziente, sia per quanto riguarda l'impatto psicologico che ha la stomia su quest'ultimo. Una buona informazione serve a:

- Diminuzione lo stress
- Accrescere la consapevolezza e favorire l'adattamento
- Promuovere il Self-Care

- Migliorare la qualità di vita
- Gestire le complicanze
- Migliorare la relazione medico-paziente, infermiere-paziente

La gestione ambulatoriale riabilitativa, può essere considerata il fulcro della continuità assistenziale, costituita essenzialmente da attività di tipo educativo proprie della professione infermieristica, sulla base di un'adeguata pianificazione assistenziale specifica, con lo scopo di ridurre gradualmente la dipendenza dell'individuo dall'operatore.

Al fine di conseguire un addestramento efficace, è indispensabile che le informazioni somministrate, siano modulate in base alle capacità cognitive del paziente. Da valutare inoltre, l'eventuale inserimento di una figura di riferimento (care giver) al fine di conferire un valore aggiuntivo al processo riabilitativo che dovrà essere esplicato attraverso follow-up e opportuni controlli ambulatoriali programmati.

In ogni ospedale in cui vengono effettuati interventi per il confezionamento di stomie, è necessaria la presenza di un ambulatorio di stomaterapia, al fine di gestire al meglio il processo di continuità assistenziale. In questi ambulatori, operano in équipe medici, chirurghi, infermieri stomaterapisti (operatore specializzato nella cura stomale, tramite il conseguimento di un master di primo livello o corso di perfezionamento per stomaterapista), e, qualora sia necessario, possono essere richieste altre figure specializzate (per esempio un' anestesista per terapia antalgica, uno psicologo, un dietologo, ecc.).

Nell'anno 2005, è stata inaugurata la nuova Piastra Ambulatoriale, ad oggi attiva dal lunedì al sabato dalle 8.00 alle 20.00 presso lo stabilibento ospedaliero C. e G. Mazzoni, in modo da consentire la realizzazione di specifici percorsi terapeutici,che possano fungere da supporto per il cittadino. All'ingresso è presente un Front Office, che si occupa delle accettazioni e garantisce servizi informativi,si prosegue poi con gli ambulatori suddivisi per categorie, contraddistinti da diversi colori:

- La sezione blu, costituisce la parte chirurgica, nello specifico, consente l'erogazioni di prestazioni in merito ad endoscopia toracica/digestiva, fisiopatologia respiratoria, nutrizione clinica, ecografia,chirurgia, centro stomizzati e una sala operatoria adibita alla chirurgia ambulatoriale
- Nella sezione gialla, sono collocati gli ambulatori di Oculistica
- La sezione verde, è adibita a gli ambulatori di Neurologia
- In rosso, vi sono gli ambulatori di Otorino, Neuropsichiatria Infantile, Ortopedia,

Sala Radiologica di Ortopedia e infine Endocrinologa.

Alla dimissione dall'Ospedale, il paziente, anche se precedentemente educato dagli operatori sanitari, non sempre è capace di gestire autonomamente e in modo soddisfacente il suo nuovo stato, per questo motivo il reinserimento nella vita familiare e sociale risulta talvolta faticoso.

Gli ambulatori per stomizzati, consentono di colmare questo GAP, garantendo la continuità di cura necessaria al fine di supportare il paziente e favorire il percorso di adattamento,sviluppando le conoscenze necessarie e favorendo il processo di autocura in modo che si possano prevenire eventuali ricoveri impropri e un più efficente impiego delle risorse, evitando sprechi di materiale protesico e di medicazione. Gli infermieri enterostomisti svolgono le proprie attività seguendo procedure redatte sulla base di linee guida appropiate, volte alla presa in carico e alla cura dei stomizzati, in un percorso che va dal pre-operatorio sino alla dimissione.

3.2.1 Infermiere Stomaterapista

L'infermiere stomaterapista è un professionista che, previo percorso di specializzazione (Master universitari e corsi di approfondimento), si occupa della persona affetta da problematiche di natura proctologica attraverso interventi di prevenzione, cura, riabilitazione ed educazione. Può lavorare come libero professionista o dipendente presso le UO chirurgiche, in ambulatori di stomaterapia, a domicilio o puo svolgere attività di consulenza all'interno delle UO ospedaliere.

Competenze:

- assistenza perioperatoria
- prevenzione fattori di rischio e gestione delle complicanze
- riabilitazione al paziente incontinente
- Educazione terapeutica allo stomatizzato, famiglia o caregiver

Lo stomaterapista ha la responsabilità di informare e predisporre eventuali chiarimenti già nel periodo **preoperatorio**, introducendo l'assistito a ciò che comporterà il confezionamento di una stomia per quanto riguarda il proprio stile di vita e le abitudini da adottare nel quotidiano nel periodo successivo al confezionamento. L'infermiere in

questione si avvarrà dell'ausilio del "disegno preoperatorio", che permetterà al paziente di visualizzare per la prima volta sul proprio corpo (con un bollino adesivo di prova) la sede in cui verrà posizionata la stomia. In questa fase l'operatore garantisce supporto psicologico e relazionale diventando esso stesso un vero e proprio punto di riferimento per il paziente e per i suoi famigliari, nel rispetto delle caratteristiche individuali e delle esigenze singole della persona.

Nell'immediato **postoperatorio** invece, le responsabilità sono orientate verso la prima apparecchiatura dello stoma, il paziente verrà costantemente monitorato, osservando più nello specifico la ripresa della diuresi, la sacca di raccolta (da notare il rigonfiamento del sacchetto stesso che ci indica la ripresa della peristalsi intestinale), la presenza di eventuali segni o sintomi relativi a possibili complicanze precoci e la scelta del dispositivo di raccolta più adeguato previo controllo e ispezione della cute stomale (colore, posizione, infiammazioni, sanguinamenti).

Alla **dimissione**, aiuta il paziente ad accettare il proprio cambiamento corporeo e a convivere con la nuova realtà. Offre attività educative in relazione alla pratica dello Stoma-care e incita la corretta gestione della stomia da parte dell'assistito e/o dei suoi familiari, in caso di disabilità del soggetto. Ha funzione di supporto psico-emotivo e dell'introduzione del paziente al self care (l'autonomia del paziente). Infine presenta al paziente i dispositivi medici (placche,sacche per stomie) necessari,e ne spiega la corretta gestione specificando le sue funzionalità, attivando le pratiche amministrative necessarie circa la fornitura dei presidi. La fornitura dei dispositivi è gratuita, e lo stomizzato è libero di scegliere i prodotti più confortevoli e adeguati per le sue abitudini o pratiche igieniche quotidiane.

In fase **domiciliare**, programma i successivi follow-up, predispondendo le visite di controllo necessarie e/o garantendo la possibilità di accesso domiciliare da parte dello stomaterapista stesso. Educa il paziente e il famigliare circa il regime alimentare consigliato,e, alla pratica riabilitativa intestinale, attraverso l'insegnamento alla tecnica d'irrigazione transtomale.

3.2.2 Associazioni

Diverse associazioni nella realtà italiana, lavorano attivamente per affermare e garantire il rispetto dei diritti degli incontinenti e degli stomizzati. Seppur non esista una legge nazionale di riferimento, in aggiunta ai normali diritti garantiti dalla Costituzione, è stata elaborata una specifica Carta dei Diritti nata al Bay Front Medical Centre in Florida nel 1976 che tiene conto della loro specifica condizione.

Nel 7 novembre 2016, la FAIS Onlus celebra il 40° Anniversario della Carta Internazionale dei Diritti dello Stomizzato, composta da sette articoli che racchiudono i principali diritti di un paziente portatore di derivazione intestinale, che vanno dal corretto confezionamento, al diritto all' informazione, alla libera scelta del presidio e al bisogno di assistenza("*Carta internazionale dei diritti dello stomizzato"* – allegato 4 pag.43)

La Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati (**FAIS**), è un'Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale che raggruppa le Associazioni Regionali di volontariato a favore delle persone incontinenti e stomizzati, costituitasi in data 29/11/02 a Rimini,ed è inoltre ormai dal 2009, membro ufficiale del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC)

Obiettivi che la Federazione intende perseguire:

1. Garantire i diritti a tutte le persone incontinenti e stomizzate
2. Promuovere, in ogni regione, la nascita di Associazioni Regionali
3. Promuovere campagne sociali a sostegno dei diritti dei portatori di stomia e alle persone incontinenti
4. Sostenere e promuove progetti di assistenza a livello regionale e nazionale
5. Collaborare con le Società Scientifiche, Istituzioni, Associazioni ed Enti per creare una rete a supporto di azioni concrete a favore delle persone incontinenti e stomizzate

La FAIS Onlus pubblica la rivista "RITROVARCI" allo scopo di divulgare le attività e le iniziative intraprese, non solo dalla Federazione stessa, ma da tutte le

Associazioni regionali che vi aderiscono. La rivista, attualmente con una tiratura trimestrale di 15.000 copie, è anche essenziale non solo per diffondere a tutti gli stomizzati e incontinenti le idee ed i “problemi” delle Associazioni, ma soprattutto per mantenere il senso di gruppo e di partecipazione (http://www.fais.info).

Un’altro ente che si fa garante dei diritti dello stomizzato è L'Associazione Italiana Stomizzati (**A.I.STOM**) che,da oltre 30 anni,provvede alla tutela dei diritti dello stomizzato,e , grazie agli Operatori socio-sanitari ed ai Centri per la Riabilitazione Enterostomale, fornisce allo stomizzato le seguenti prestazioni:

- Assistenza sanitaria
- Riabilitazione psichica
- Assistenza protesica
- Apprendimento della pratica dell'irrigazione(per i colostomizzati)
- Rilascio delle certificazioni mediche
- Controllo nel tempo
- Consulenza legislativa
- Informazioni inerenti la vita dell'Associazione

L'A.I.STOM. ha costituito appositi Gruppi di Lavoro, grazie ai quali la ricerca nel settore e la qualità di vita dei pazienti stomizzati negli anni è notevolmente migliorata, rendendo la stomia più accettabile e socialmente gestibile. L'Associazione segue con particolare interesse i contenuti legislativi e l'iter burocratico del "Nomenclatore delle Protesi ed Ausili" col quale gli stomizzati possono ottenere sacche, placche, sonde, cateteri e pannoloni, presidi vitali per ottenere la continenza e la libertà personale di spostamento,inoltre, annualmente organizza un Corso Nazionale (due mesi: uno teorico ed uno pratico) per infermieri professionali (patrocinato dal Collegio Nazionale IPASVI), i quali, a Corso superato acquisiscono la specializzazione in Stomaterapia (E.T.), requisito indispensabile per ottenere il riconoscimento di "Centro Riabilitativo Enterostomale" affiliato Aistom (www.favo.it).

CAPITOLO 4

Conclusioni

L'educazione terapeutica, indirizza il paziente e la sua famiglia, verso una più autonoma gestione della derivazione intesinale; è lo strumento primario che ha il fine di agevolare il ritorno a domicilio, evitare o ridurre l'incidenza di eventuali complicanze, accrescere maggiori consapevolezze riguardo il significato stesso di stomia e cosa questa condizione comporti.

L'infermiere, assume un ruolo rilevante durante tutto il percorso di adattamento della persona al nuovo organo, infonde nuove competenze riguardo l'utilizzo degli appositi presidi, fornisce direttive specifiche circa l'adozione di uno stile di vita più adeguato e salutare (dal punto di vista sia nutrizionale che igienico), in relazione alla pratica dello stoma-care, così da migliorare la qualità di vita della persona nella propria dimensione sociale e famigliare.

Spesso, lo stomizzato, può sviluppare una condizione di isolamento protettivo, arrivando a tagliare fuori le persone a lui care e allontanandosi dal suo contesto sociale, fino ad auto-impedirsi di vivere serenamente la sua realtà quotidiana, influenzando negativamente le abilità relazionali, lavorative, famigliari e sessuali. Questi meccanismi di autodifesa potrebbero andare ad appesantire ulteriormente un quadro clinico già precario e inficiare sul recupero fisico della persona posta in questione.

A questo punto l'infermiere, dovrà offrire supporto emotivo e psicologico, incoraggiandolo al dialogo, ascoltandolo, instaurando un rapporto di fiducia reciproca, e, qualora sia necessario, indirizzandolo verso un professionista esperto. Per poter garantire una presa in carico globale, è necessaria l'adozione di un approccio multidisciplinare efficace, attraverso lo sviluppo di interventi diretti ad attività di counseling integrati a percorsi psicoterapeutici, in modo da indirizzare la persona ad un trattamento specialistico più adeguato, che lo pone al centro dello studio stesso, al fine di favorirne la ripresa e l'adattamento fisico e mentale.

L'obiettivo ultimo degli interventi infermieristici attuabili, è quindi quello di favorire l'indipendenza del paziente dal bisogno assistenziale stesso, orientando il

processo di nursing verso un'ottica di autocura e autonomia gestionale, in modo da permettere alla persona di integrare la stomia nella propria quotidianità.

Durante il percorso universitario, più nello specifico attraverso l' esperienza di tirocinio nell'UO di Chirurgia presso lo Stabilimento Ospedaliero "C.& G. Mazzoni" dell'Area Vasta 5, si è creata la possibilità di venire a contatto con la branca della stomaterapia, osservando piu da vicino come la figura infermieristica operi in questo preciso contesto. Vivendo in prima persona il disagio psicologico che può affliggere questo tipo di pazienti, tramite questa problematica, è stato possibile analizzare nello specifico, l'importanza del lavoro assistenziale svolto dal personale infermieristico, e ponendo in rilievo come gli interventi attuabili dall'infermiere, non possano essere ristretti alla pratica clinica in se, bensì estesi alla dimensione interiore di ogni singolo individuo.

Approcciarsi ad un paziente cronico, implica improntare il percorso di guarigione verso un ottica di accettazione della malattia, nonchè il mantenimento della motivazione alla cura nel tempo. Questi due fattori sono da considerarsi obiettivi terapeutici di eguale rilevanza rispetto al trattameto chirirgico e farmacologico in se,a tale proposito, è di fondamentale importanza istituire un piano di guarigione basato sulla relazione d'aiuto tra infermiere e paziente,e di conseguenza, adottare un approccio educativo mirato al potenziamento dell'empowerment della persona stessa, in modo tale da accrescerne le capacità pratiche relative alla gestione delle cure, migliorarne le conoscenze e indurre modifiche comportamentali, qualora sia necessario, così da garantire al malato, gli strumenti necessari per agire in totale autonomia nei confronti della propria malattia.

Bibliografia

- Abita M.,Canese G.,Conti E.,Pietro L.,Giorato E.,Nigra I.,Rastelli G.,Sciacca G & Villani R.,I principi del processo di realizzazione chirurgica delle enterostomie,2013
- Colaiocco E.,Durizotto V.,Fazzari N.,Rastelli G.,Santini G.,Saracco C & Steduto G.,L'infermiere esperto in stomaterapia, coloproctologia e riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico: storia, formazione e job description,2011
- D' Ivernois F. & Gagnayre R.,Educare il paziente - Un approccio pedagogico,2009
- Franceschini F.,Il paziente stomizzato,Problemi di assistenza e riabilitazione,1993
- Gruppo di ricerca AIOSS (2007), Clinica infermieristica in stomaterapia dalle evidenze agli strumenti operativi
- La gestione delle stomie intestinali - PER IL CITTADINO - Federazione IPASVI,2014
- Mangiacavalli B., Infermieri, chiave di volta del Servizio sanitario nazionale,IPASVI, L'infermiere n 5/2015
- Nicosia R.,Gestire una Stomia,2018
- Porret T.,La persona stomizzata. Assistenza, cura e riabilitazione,2009
- Rastelli G.,AIOSS, Gestione infermieristica delle alterazioni cutanee peristomali, Paper's World srl. Bellante,2009
- Roveron G.,AIOSS, Stomia e Incontinenza,2016
- Roveron G.,AIOSS in dolce trepidante attesa,Rivista AIOSS,n 01-18,2018
- Saracco C., AIOSS, Clinica infermieristica in stoma terapia dalle evidenze agli strumenti operativi, Hollistar. Assago 2007
- Talucci C.,Mottola A.,Galletti C & Rega M.L.,Nursing e riabilitazione nello stomacare,FNOPI
- Zanotti R.,Giorato E.,Roveron G & Turrini P.,StomaQol Questionnaire-Report Divulgativo-COLOPLAST
- Zanotti R.,Coloproctologia, stomia e incontinenza,Diagnosi infermieristica e percorsi di assistenza,2006

Sitografia

- http://www.aistom.org (ultimo accesso settembre 2019)
- https://www.ausl.pe.it/allegati/polodidattico/oss2015/materialedidattico/Gestione%20delle%20stomie.pdf (ultimo accesso ottobre 2019)
- https://www.bbraun.it/content/dam/b-braun/it/website/pdf/Guida%20al%20paziente%20stomizzato.pdf.bb-.81875364/Guida%20al%20paziente%20stomizzato.pdf (ultimo accesso ottobre 2019)
- https://www.coloplast.us/Global/US/Ostomy/Professional/Stoma%20QoL/Italian%20QoL.pdf (ultimo accesso settembre 2019)
- https://www.convatec.it/stomia/per-gli-operatori-sanitari/istruzione/informazioni-generali/ (ultimo accesso agosto 2019)
- https://www.convatec.it/blog/archive/il-confezionamento-di-una-stomia-le-patologie-e-le-complicanze/ (ultimo accesso agosto 2019)
- https://www.dimensioneinfermiere.it/la-gestione-infermieristica-della-stomia-intestinale/ (ultimo accesso settembre 2019)
- http://www.fais.info (ultimo accesso settembre 2019)
- https://www.favo.it/profilo-associazione/aistom.html (ultimo accesso ottobre 2019)
- https://www.infermieritalia.com/2017/02/28/assistenza-infermieristica-al-paziente-portatore-stomia-intestinale/ (ultimo accesso settembre 2019)
- https://www.lilt.it/oldportal/opuscolo_stomizzati9b58.pdf?id=354(ultimo accesso settembre 2019)
- http://www.menscpz.it/blog/2019/01/06/gestione-delle-stomie-colostomia/ (ultimo accesso ottobre 2019)
- https://www.nurse24.it/infermiere/formazione/fadinmed-ecm-infermieri-stomie-intestinali-gestione-del-paziente.html (ultimo accesso settembre 2019)
- http://www.opicomo.it/documenti/PEG_2010_5.pdf (ultimo accesso ottobre 2019)

Allegato – 1

nome e cognome/etichetta *(allegato 1a)*

CHECK- LIST PER IL DISEGNO PREOPERATORIO

PROCEDURA	SI	NO	NOTE
Verifica della comprensione da parte del paziente sul tipo d'intervento chirurgico			
Informazione sulla procedura in attuazione			
Parete addominale tonica			
Presenza di criticità nell'osservazione dell'addome:			
pregresse cicatrici			
nevi			
pliche cutanee			
protuberanze ossee			
Importanti variazioni di peso recenti e/o prevedibili			
Aspetti culturali (es.religiosi)			
Segnati i punti corrispondenti a creste iliache, arcate costali, linea alba, linea della vita			
Posizionato il cerotto disegnato a forma di stomia a metà della linea che unisce l'ombelico alla cresta iliaca superiore destra e sinistra			
Variata la postura da supina a seduta ad eretta: vi sono modificazioni del profilo addominale che rendono necessario lo spostamento del disegno			
In posizione supina il soggetto vede e tocca il punto segnato senza difficoltà			
In posizione seduta il soggetto vede e tocca il punto segnato senza difficoltà			
In piedi il soggetto vede e tocca il punto segnato senza difficoltà			
Si evidenziano criticità al variare della postura			
E' necessario un confronto con il chirurgo			
Applicato il sistema a 2 pezzi			
Eseguito disegno definitivo della stomia di un diametro di circa 2 cm			
Consegna del sistema idoneo in sala operatoria (dove sia consuetudine)			

note

.....

.....

nome e cognome dell'operatore ..... data ..... firma .....

Allegato – 2

CHECK LIST MONITORAGGIO DELLA STOMIA NELLE PRIME 48 ORE

Presa in carico del Paziente dal blocco operatorio in data _____ora_____

Corretta apparecchiatura dello stoma : si ☐ no ☐

Monitoraggio delle caratteristiche dello stoma e degli effluenti nel post-operatorio:
(nelle prime 48h deve esserci almeno un controllo ogni 4 ore)

	Data:						Data:					
turno												
ora												
CARATTERISTICHE DELLO STOMA												
colore rosso (adeguato supporto ematico)												
colore pallido												
colore rosso scuro (sofferenza)												
colore grigio-nero (ischemia – sofferenza grave)												
edema lieve												
edema importante												
emorragia intrastomale												
emorragia peristomale												
ischemia												
giunzione mucocutanea intatta												
distacco della giunzione muco cutanea												
PRESENZA DI EFFLUENTI												
Qualità (consistenza, colore, odore)												
Quantità (normali, elevate, ridotte)												
SIGLA INFERMIERE												

NOTE DI COMPILAZIONE:

turno- segnare **M** mattino , **P** pomeriggio, **N** notte
caratteristiche dello stoma – spuntare quelle presenti
caratteristiche degli effluenti – segnare se presenti e di che tipo
sigla infermiere – siglare con nome e cognome di chi effettua il monitoraggio

Stoma-QOL
Questionario sulla Qualità di Vita delle Persone portatrici di Stomia

Iniziali del soggetto: _____ Data:___/___ 20____ Numero soggetto_____

*Indichi la risposta che è più in linea con le Sue sensazioni **in questo momento***

	Sempre	Qualche volta	Raramente	Per niente
1. Divento ansioso quando la sacca di raccolta è piena	☐1	☐2	☐3	☐4
2. Mi preoccupo che la sacca di raccolta possa staccarsi	☐1	☐2	☐3	☐4
3. Ho bisogno di sapere dove posso trovare la toilette più vicina	☐1	☐2	☐3	☐4
4. Mi preoccupo che la sacca di raccolta faccia cattivo odore	☐1	☐2	☐3	☐4
5. Mi preoccupo del rumore che può provenire dalla sacca di raccolta	☐1	☐2	☐3	☐4
6. Ho bisogno di riposo durante il giorno	☐1	☐2	☐3	☐4
7. La sacca di raccolta mi limita nella scelta dei vestiti da indossare	☐1	☐2	☐3	☐4
8. Mi sento stanco durante il giorno	☐1	☐2	☐3	☐4
9. A causa della stomia mi sento sessualmente meno attraente	☐1	☐2	☐3	☐4
10. Dormo male durante la notte	☐1	☐2	☐3	☐4
11. Mi preoccupo che si senta il fruscio della sacca di raccolta	☐1	☐2	☐3	☐4
12. Provo imbarazzo a causa della mia stomia	☐1	☐2	☐3	☐4
13. Sarebbe difficile per me rimanere fuori casa durante la notte	☐1	☐2	☐3	☐4
14. E' difficile nascondere il fatto che sono portatore di una sacca di raccolta	☐1	☐2	☐3	☐4
15. Mi preoccupo che la mia condizione sia un peso per le persone che mi circondano	☐1	☐2	☐3	☐4
16. Evito contatti fisici ravvicinati con i miei amici	☐1	☐2	☐3	☐4
17. La mia stomia rende difficile il mio rapporto con altre persone	☐1	☐2	☐3	☐4
18. Ho paura di incontrare altre persone	☐1	☐2	☐3	☐4
19. Mi sento solo anche quando sono insieme agli altri	☐1	☐2	☐3	☐4
20. Ho paura che la mia famiglia si senta imbarazzata	☐1	☐2	☐3	☐4

Allegato – 4

F.A.I.S. onlus

Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati

Iscritta al Registro Nazionale delle Associazioni di Promozione Sociale
Membro dell'International Ostomy Association e della European Ostomy Association
Aderente a CittadinanzAttiva — Partnership istituzionale con Croce Rossa Italiana

Art. 1 - Ricevere preoperatoriamente informazioni circa i benefici derivanti dall'intervento chirurgico, nonché notizie adeguate sulla possibilità di vivere con una stomia. *Questo primo articolo, in parole semplici, riprende ciò che la legge definisce "consenso informato È evidente, oltretutto, come sia definito importante il colloquio tra paziente e operatori sanitari, affinché si stabilisca un rapporto di reciproca stima, base fondamentale per il futuro dello stomigpato.*

Art. 2 - Avere una stomia ben confezionata e situata in una posizione appropriata in modo che possa essere adeguatamente gestita. *In questo punto si definisce quanto sia importante l'esperienza professionale di chirurghi e stomaterapisti che cooperano per il bene del paziente. Si pone l'accento sia sulla tecnica chirurgica sia sull'approccio stomaterapico del disegno preoperatorio.*

Art. 3 - Avere il supporto di esperti professionisti medici e stomaterapisti nel periodo pre e post operatorio sia in ospedale che nella comunità di appartenenza. *Non solo qui si ribadisce il fondamento che gli operatori sanitari, che assistono il portatore di stomia, siano competenti in materia, ma anche che tale competenza è da ricercarsi sia all'interno degli ospedali che presso le strutture sanitarie esterne*.

Art. 4 - Ricevere un'informazione completa e imparziale sui prodotti per stomia disponibili nel proprio Paese. *In questo articolo è resa fondamentale l'imparzialità degli operatori sanitari che devono fornire indicazioni sui presidi, liberi da eventuali effetti di opportunità.*

Art. 5 - Avere l'opportunità di scegliere il prodotto maggiormente soddisfacente fra quelli disponibili, senza pregiudizi o costrizioni di sorta. Garantire al portatore di stomia la libera scelta dei presidi fra quelli ritenuti idonei.

Art. 6 - Avere informazioni sulla propria associazione nazionale degli stomizzati, e sui servizi e aiuti che possono essere forniti.

Art. 7 - Aiutare e informare le famiglie, gli amici e le persone di supporto per migliorare la qualità di vita degli stomizzati. In riferimento alla discussione sul segreto professionale, è obbligo degli operatori sanitari, che sanno quanto sia importante per lo stomizzato il supporto familiare, chiedere al paziente il consenso alla partecipazione attiva dei familiari e, in caso di diniego, spiegare e far capire che la famiglia è il pilastro sul quale lo stomizzato può ricostruire il proprio futuro.