



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**La persona con stomia derivativa:  
utilità della riabilitazione  
della parete addominale.  
Revisione della letteratura.**

Relatore:

**Dott.ssa Mara Marchetti**

Tesi di Laurea di:

**Elisa Lucoli**

A.A. 2019/2020

*A te papà,  
che mi ha sempre sostenuto e so che  
continuerai a farlo da lassù.*

# INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE..... 1

## LE STOMIE DERIVATIVE: COMPLICANZE E QUALITA' DI VITA

Stomie: definizione e classificazione..... 4

Complicanze stomali: classificazione e trattamento..... 7

Qualità di vita del paziente stomizzato..... 11

Gestione infermieristica e educazione terapeutica..... 13

L'ernia parastomale..... 18

Utilità e indicazioni della riabilitazione della parete addominale..... 21

OBIETTIVI..... 23

MATERIALI E METODI..... 24

RISULTATI..... 25

DISCUSSIONE..... 34

CONCLUSIONI..... 37

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

## **ABSTRACT**

Il confezionamento di una stomia porta il paziente ad avere ripercussioni fisiche e psicologiche che possono andare ad incidere negativamente sulla propria qualità di vita.

Avere una stomia significa poter andare incontro ad una serie di complicanze, che possono essere evitate mettendo in atto una serie di accorgimenti che iniziano ancor prima dell'intervento chirurgico e continuano alla dimissione. Tra queste, la più comune è l'ernia parastomale.

L'analisi di questa tesi consiste nell'indagare se la riabilitazione della parete addominale si rileva un trattamento efficace per impedire lo sviluppo di queste complicanze. La ricerca è stata attuata tramite il reperimento di articoli dalla banca dati di PubMed e di Cinahl. Gli studi selezionati e presi in esame sono sei e si basano sugli effetti dello svolgimento di esercizi addominali e le difficoltà riferite dai pazienti che hanno partecipato a questi. Due articoli trattano dell'ernia, uno di questi, una revisione della letteratura, si sofferma su programmi di prevenzione per impedire lo sviluppo di questa complicanza.

Da questa ricerca si è concluso che il confezionamento della stomia può causare diversi disagi alla persona e ostacolare lo svolgimento di programmi di attività fisica, e che un ruolo molto importante consiste nell'educazione del paziente.

In letteratura sono necessarie ulteriori ricerche per informare su come prevenire e gestire meglio le complicanze stomali e su l'efficacia dell'esercizio fisico per evitare la loro insorgenza.

## INTRODUZIONE

La stomia è il risultato di un intervento chirurgico mediante il quale si crea un'apertura sulla parete addominale per mettere in comunicazione l'apparato intestinale o quello urinario con l'esterno.

Il confezionamento di una stomia può rappresentare il trattamento di elezione nei tumori del tratto gastrointestinale e vescicale, nelle malattie infiammatorie e nei traumi addominali.

In Italia le persone stomizzate sono circa 70.000 (F.A.I.S, 2015), con circa 18.000 nuovi casi l'anno e con un'incidenza variabile a seconda della Regione, mediamente, dello 0,13% della popolazione.

L'età media degli stomizzati è di 68 anni e il 54% di questi sono in età lavorativa con un tasso di occupazione pari al 61% e questo determina un aumento delle problematiche ad esso legate.

Il paziente stomizzato a causa della sua nuova condizione di vita incontra spesso delle difficoltà nel ristabilire le relazioni interpersonali e nel riprendere comportamenti sociali, ed inevitabilmente queste causano un peggioramento della qualità di vita dell'assistito.

Come ogni malato anche gli stomizzati hanno dei diritti, ma oltre a quelli garantiti dalla Carta Costituzionale, questi malati hanno una specifica "*Carta dei Diritti*", elaborata tenendo conto della loro particolare condizione.

Si tratta della "*Carta Internazionale dei Diritti degli Stomizzati*", nata al Bay Front Medical Centre Ostomy Fair, in Florida, nel 1976, e revisionata nel 2003 a Francoforte durante il seminario della European Ostomy Association. Questa carta in 7 Articoli, racchiude i principi che devono regolare la vita della persona stomizzata; infatti, in essa sono riportate importanti indicazioni su diversi aspetti che riguardano lo stomizzato:

*Art. 1* – Ricevere pre-operatoriamente 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 stomizzato.

*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 una 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.

Un ruolo fondamentale è dato quindi dall'assistenza infermieristica, con la pianificazione di un'assistenza continua che comprenda: l'educazione sanitaria nel post operatorio; le competenze tecniche, relazionali ed educative che l'infermiere utilizza per assicurare cure adeguate, applicando le proprie conoscenze scientifiche e rispettando la cultura e i bisogni individuali del paziente. L'infermiere garantisce attraverso le proprie conoscenze e attraverso l'impegno di presidi specifici, che ogni paziente non vada incontro a complicanze nella gestione e cura della stomia.

## LE STOMIE DERIVATIVE: COMPLICANZE E QUALITA' DI VITA

### STOMIE: DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE

Il termine “stomia” indica l’aboccamento chirurgico di un tratto dell’intestino o delle vie urinarie alla cute, consentendo la fuoriuscita all’esterno di materiale organico come feci ed urine. Il termine deriva dal greco che, letteralmente, significa “apertura” o “bocca”. La stomia non è una ferita chirurgica ma deve essere considerata come un “nuovo organo” ovvero una parte anatomica funzionale del nostro corpo, da cui fuoriescono le deiezioni e come tale deve essere gestita e curata. Essa è priva dello sfintere, quindi le feci e le urine fuoriescono all’esterno attraverso lo stoma senza il controllo volontario della persona.

Il confezionamento di una stomia molto spesso è “*definitivo*”, cioè la modifica che viene creata sarà permanente, ma, in alcune situazioni, le stomie possono essere “*temporanee*”, ossia può risultare necessario escludere il transito degli effluenti attraverso il tratto di canale interessato per un periodo di tempo limitato, ma è prevista una ricanalizzazione successiva (che potrà poi essere realizzata o meno, a seconda dell’evoluzione della malattia).

A seconda del tratto anatomico che viene interrotto ed aboccato alla cute le stomie si differenziano in: urinarie e intestinali. Quelle urinarie sono le urostomie, mentre quelle intestinali si distinguono in ileostomie e colostomie.

Nelle *urostomie* un tratto di apparato urinario (uretere) viene deviato sulla parete dell’addome. Il confezionamento di una urostomia costituisce il trattamento chirurgico di scelta in pazienti selezionati, che devono essere sottoposti a cistectomia, derivazioni urinarie palliative per patologie congenite, traumatiche o oncologiche, flogistiche o degenerative ed infine patologie funzionali come la vescica neurologica.

Possiamo distinguere diversi tipi di urostomie:

- *Ureterocutaneostomia (UCS) doppia*: consiste nel fissare gli ureteri alla cute della parete addominale, creando due stomie separate; una destra e una sinistra;
- *Ureterocutaneostomia (UCS) singola*: consiste nel creare un’unica stomia, in quanto gli ureteri vengono collegati insieme e fuoriescono dallo stesso foro;

- *Ureteroileocutaneostomia (UCSI) o condotto ileale di Bricker*: consiste nel creare un'unica stomia, in quanto gli ureteri vengono collegati da un tratto di intestino (ileo) abboccato alla parete addominale.

Come rappresentato in (*figura 1*) la *colostomia* è un'apertura tra il colon e la parete addominale in cui il moncone prossimale del colon viene suturato alla cute. Una colostomia può essere confezionata quando è necessario bypassare o rimuovere il colon distale, il retto o lo sfintere anale, ed è impossibile ripristinare la continuità gastrointestinale. Se il retto distale e lo sfintere anorettale sono stati rimossi, la colostomia è permanente; tuttavia, se il meccanismo sfinterico è preservato, esiste la possibilità di una conversione della stomia stessa. (Francone, 2015).

I quadri clinici che possono giustificare il confezionamento di una stomia permanente comprendono: la resezione addomino-perineale per cancro rettale, l'incontinenza fecale correlata alla disfunzione dello sbocco anale, grave colite di Crohn o colite ulcerosa grave (Francone, 2015). Le colostomie prendono il nome dalla porzione di colon presso cui sono state confezionate.

Avremo:

- *colostomie ascendenti (ciecostomia)*: che consistono in un'apertura creata dal colon ascendente e collocata a destra dell'addome. Poiché lo stoma è confezionato a partire dalla prima sezione del colon, le feci sono molto liquide e contengono enzimi digestivi che irritano la cute;
- *colostomia trasversa*: può avere una o due aperture nella parete superiore dell'addome, al centro o al lato destro, che sono create a partire dal colon trasverso. Se ci sono due aperture nello stoma (colostomia doppia), una è utilizzata per la fuoriuscita delle feci, l'altra per il muco. Le feci che transitano, tendono ad essere da liquide a semi formate;
- *colostomie discendenti o sigmoidee*: il colon discendente e il sigma sono utilizzati per creare lo stoma, in genere, in basso a sinistra dell'addome. Questa è il tipo di stomia chirurgica più comune e produce feci semisolide o ben formate.

L'ileostomia si forma quando una porzione dell'ileo è fatta uscire dalla parete intestinale. Solitamente in un'ileostomia, il colon, l'ano e il retto sono stati completamente asportati (Dougherty & Lister, 2011). Possono essere di tipo temporaneo (ileostomie laterali o ad ansa; loop ileostomy) o permanente. Le ileostomie permanenti sono confezionate in seguito a una colectomia totale (rimozione completa del colon), mentre quelle laterali sono confezionate per il tempo necessario alla guarigione di un'anastomosi (congiunzione chirurgica) intestinale. Un'ileostomia è tipicamente indicata per gli assistiti con condizioni patologiche del piccolo intestino, come colite ulcerativa, complicanze neoplastiche, morbo di Crohn o poliposi familiare.

Escludendo il passaggio delle feci attraverso il colon, l'assorbimento dei liquidi sarà pressoché inesistente per cui le feci saranno liquide, inodori e molto irritanti per la cute peristomiale.

Il flusso è piuttosto abbondante e per questo motivo viene utilizzato un sacchetto a fondo aperto che va svuotato più volte durante il giorno.



*Figura 1. Tipi di stomie*

## COMPLICANZE STOMALI: CLASSIFICAZIONE E TRATTAMENTO

Il confezionamento di una stomia, in alcuni casi può essere accompagnato da complicanze di differente gravità, spesso correlate a difetti chirurgici, alterazione della parete addominale in cui è posizionata la stomia o errata gestione post operatoria della stomia stessa.

Le complicanze sono definite in base alla loro insorgenza in: *precoci*, se si verificano nei primi trenta giorni dopo l'intervento (Tabella 1) e *tardive*, se si manifestano dopo i trenta giorni. (Tabella 2).

<i>Tipo di complicanza</i>	<i>Definizione</i>	<i>Trattamento</i>
Malposizionamento	Selezione di una sede impropria dello stoma, è una delle complicanze più comuni e più precoci, in quanto si manifesta all'atto chirurgico. La causa principale è l'assenza oppure l'impossibilità di rispettare il punto di reperi che pre operatoriamente è stato valutato adeguato come sede della stomia.	La gestione infermieristica consiste nella prevenzione e nell'effettuazione di un corretto disegno preoperatorio.
Edema	Aumento della componente idrica interstiziale dello stoma dovuto ad un ostacolo del flusso venoso. Può essere dovuto a eccessiva trazione dell'ansa, a insufficiente diametro dell'apertura nella parete muscolare o cutanea o a utilizzo di presidi non idonei e/o a ristagno di materiale fecale. Gli esiti dell'edema possono portare a formazione di stenosi con momentanea difficoltà di scarico da un lato e necrosi parcellare o totale dall'altro.	Consiste nel monitoraggio, nell'applicazione di borsa del ghiaccio e nella adozione di dispositivi idonei. Si può ricorrere a irrigazione a scopo evacuativo se l'ipotesi eziologica è correlata al ristagno di feci; per ammorbidire il bolo fecale (nelle colostomie) e per il "sondaggio" nelle ileostomie.

<p>Ascessi peristomali</p>	<p>Raccolta di pus in una cavità neoformata, risultante dalla colliquazione dei tessuti circostanti. Insorge circa quattro-cinque giorni dopo l'intervento chirurgico.</p>	<p>Asportazione del materiale purulento e adeguata detersione meccanica della cavità ascessuale con soluzione fisiologica, zaffatura della cavità con idrofibra contenente ioni argento. Uso di paste riempitive nella fase successiva al drenaggio ascessuale.</p>
<p>Alterazioni cutanee</p>	<p>Si manifestano tramite rossore cutaneo, vescicole e ulcerazioni. Le complicanze cutanee possono avere una genesi: traumatica, data dall'azione lesiva dei collanti del sistema di raccolta; da contatto, causata dall'azione irritativa di feci e/o urine non adeguatamente convogliate e/o fuoriuscite dai sistemi di raccolta.</p>	<p>Per la gestione dello stomasi si raccomanda l'apparecchiatura precisa ed accurata secondo i canoni di protezione della giunzione muco cutanea e della cute peristomale; che prevedono di ritagliare il foro della sacca uguale o maggiore di due millimetri massimo rispetto alle dimensioni dello stomasi, o di applicare la pasta livellante. Importante è la buona tenuta del sistema di raccolta e l'effettuazione di cambi frequenti degli ausili di raccolta.</p>
<p>Emorragia o sanguinamento</p>	<p>Perdita di sangue di diversa entità dalla zona peristomale. Le cause possono essere diverse: fattori intrinseci alla chirurgia, patologie del paziente (coagulopatie), o microtraumi da mal gestione.</p>	<p>Monitoraggio emorragia: nell'immediato periodo post operatorio è indicato il posizionamento di un sistema di raccolta trasparente; è indicato inoltre l'uso di un dispositivo di raccolta a due pezzi per ridurre i cambi, data la potenziale fragilità della mucosa. Favorire l'emostasi per tamponamento con applicazione di impacchi freddi e/o borsa del ghiaccio.</p>

Ischemia e/o Necrosi	<p>L'ischemia è data dalla diminuzione della quantità di sangue in un distretto dell'organismo.</p> <p>La necrosi invece da un insufficiente apporto di sangue arterioso nella sede della stomia; la mucosa apparirà prima pallida e poi violacea (cianotica) e infine nera (necrosi).</p>	<p>Il trattamento può essere di tipo conservativo se la necrosi è superficiale: toilette chirurgica del tessuto necrotico o debridement chimico; in presenza di distacchi della giunzione muco cutanea secondari alla necrosi, uso di medicazioni avanzate (es. idrocolloide polvere, pasta e film, idrogel, idrofibra con o senza argento). Se è necessario riconfezionamento della stomia.</p>
Retrazione	<p>Posizionamento dello stoma al di sotto del piano cutaneo, tale da favorire l'infiltrazione degli effluenti al di sotto del dispositivo di raccolta. È una complicanza dovuta ad un errore di tecnica di confezionamento dovuta al cedimento della circonferenza stomale.</p>	<p>Utilizzo di presidi dotati di placca convessa, di pasta barriera e di film protettivi, per isolare la pelle dal contatto con le deiezioni e favorire una maggiore aderenza del dispositivo alla cute.</p>

Tabella 1. Complicanze precoci

<i>Tipo di complicanza</i>	<i>Definizione</i>	<i>Trattamento</i>
Ernia	<p>Dislocazione dell'ansa stomale causata dal cedimento della parete addominale, dovuta ad un distacco parziale o completo della fascia aponeurotica.</p>	<p>Valutazione della funzionalità dello stoma, periodicità delle scariche, utilizzo di presidi di raccolta con una maggiore adesività e uso di fasce elastiche.</p>
Fistola	<p>Tragitti tubuliformi che collegano due cavità o una cavità con l'esterno.</p> <p>In genere si presenta con la fuoriuscita di materiale purulento e/o fecale dall'orifizio fistoloso.</p>	<p>Prevede come primo obiettivo, il drenaggio delle secrezioni dall'orifizio della fistola, il monitoraggio della cute e dello stoma; detersione, zaffatura più volte al giorno e applicazioni di medicazioni avanzate antimicrobiche.</p>

<p>Prolasso</p>	<p>È la protrusione eccessiva dell'ansa stomale sul piano cutaneo addominale, spesso associato ad un'ernia. Può essere: mucoso, per scivolamento della tonaca mucosa sulla muscolare (massimo tre/quattro cm); o totale, per scivolamento dell'intera ansa su se stessa (può raggiungere dimensioni notevoli). È una delle complicanze tardive più frequenti.</p>	<p>Educare il paziente a gestire la pressione intraddominale sotto sforzo e all' eventuale utilizzo di una fascia elastica addominale contenitiva senza foro. È raccomandato l'utilizzo di dispositivi più grandi per meglio contenere il prolasso e di sacche a fondo aperto, anche in caso di colostomia, per ridurre le sostituzioni. Sono consigliate sacche trasparenti per meglio gestire e monitorare lo stoma, è controindicato l'uso di dispositivi con placca convessa.</p>
<p>Stenosi</p>	<p>Riduzione del calibro della stomia al di sotto della misura necessaria a garantire una normale evacuazione. Essa è causata dall'inadeguata incisione cutanea attraverso cui passa la stomia; da esiti di retrazione precoce, di ischemia e necrosi o di un processo suppurativo.</p>	<p>Se la stenosi non è severa: dilatazioni del lume stomale regolari e programmate; si possono utilizzare dilatatori morbidi, dilatatori rigidi mono paziente o la dilatazione digitale sempre da eseguire con attenzione o cura nella lubrificazione e nei movimenti. Nei casi più severi si ricorre alla terapia chirurgica.</p>
<p>Granulomi e neoformazioni polipoidi</p>	<p>Sono delle formazioni fibroproduttive a carattere benigno che compaiono sulla superficie dello stoma. Le cause più comuni sono: la flogosi cronica, traumatismi o corpi estranei (es. filo sutura)</p>	<p>Il trattamento di eiezione comprende procedure di causticazione chimica: toccature con nitrato di argento o meccanica: elettrocausticazione.</p>

Tabella 2. Complicanze tardive

## QUALITA' DI VITA DEL PAZIENTE STOMIZZATO

La definizione di “Quality of life” in ambito medico, affonda le sue radici nel 1948, quando l’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definì il concetto di salute come uno stato caratterizzato da un completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente dall’assenza di malattia o infermità. Tale definizione portò con sé una grande rivoluzione, poiché implicava il riferimento a uno stato di benessere dell’individuo che andasse oltre la sua capacità di “funzionare” sul piano puramente biologico.

La qualità di vita è un concetto complesso ed astratto e si riferisce ad una percezione strettamente soggettiva collocata in un determinato momento storico della persona.

Misurare la qualità della vita significa poter valutare l’impatto che l’assistenza erogata ha sui diversi aspetti importanti della vita di una persona, come ad esempio l’autostima, l’immagine percepita del proprio corpo, la sensazione di benessere, la presenza e l’entità di determinati sintomi e gli aspetti di vita sociale.

Interventi chirurgici demolitivi come quello del confezionamento di una stomia comportano una alterazione della qualità di vita del soggetto.

L’immagine del corpo viene modificata quando si forma una stomia, sia dalle cicatrici chirurgiche che dalla stomia stessa.

Potenzialmente gli stomizzati hanno un’immagine corporea negativa, specialmente nel immediato periodo post operatorio possono provare disagio e imbarazzo per il proprio corpo, in quanto l’inaspettato cambiamento dell’immagine corporea causa una confusione e una negatività nel modo di percepire sé stessi.

La continenza che è considerata una tappa importante nello sviluppo del bambino viene a mancare, e viene vissuta come regressione ad uno stadio infantile; per di più si verifica un cambio dell’immagine corporea legato all’esteriorizzazione delle strutture fisiche che si usano per evacuare e alla perdita del controllo sui fenomeni sensoriali che la riguardano, come rumori e odori; il soggetto avrà timore nell’uscire e paura di sporcarsi e quindi tenderà ad evitare queste situazioni di disagio creando una condizione di isolamento sociale, inoltre i pazienti sono preoccupati che la sacca di raccolta possa staccarsi o aprirsi.

L'incontinenza va inoltre ad alterare il modello del sonno, la gestione del tempo libero creando disordine nella vita del soggetto con ripercussioni sul lavoro e sulle relazioni interpersonali.

L'aumento del sostegno agli stomizzati nelle prime settimane dopo l'intervento di stomia si è rivelato di vitale importanza e ciò porta ad un miglioramento della capacità dello stomizzato di auto-cura e aiuto all'adattamento psicologico.

Si è visto quindi che se le preoccupazioni sono affrontate precocemente attraverso il sostegno e l'educazione (Krouse et al, 2007) queste portano ad un aumento della qualità di vita. Educare quindi il paziente, prima e dopo l'intervento di formazione della stomia, può aiutare i pazienti a recuperare meglio e con meno problemi.

Prima dell'intervento chirurgico, il paziente si rivolge allo stomaterapista per discutere di una varietà di problemi, come il perché è necessario creare una stomia, cosa significherà per il paziente vivere con una stomia, le informazioni di base su come prendersene cura e viene individuata dove verrà posizionata in seguito all'intervento.

Si prevede che perdendo questa fase pre operatoria con lo stomaterapista, per esempio in caso di interventi chirurgici effettuati in emergenza, il paziente avrà un livello di adattamento più difficile dopo il confezionamento della stomia e ciò rappresenta uno svantaggio.

L'educazione sanitaria dei pazienti svolge un ruolo di vitale importanza per il paziente stomizzato nell'adattarsi dopo l'intervento a questa nuova situazione.

Tale formazione dovrebbe mirare a cambiare il modo in cui i pazienti pensano, sentono e si comportano verso questa nuova situazione che si è venuta a creare e dovrebbe contribuire attivamente ad agevolarli nella loro riabilitazione (Grahn, 1996).

Il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie attraverso l'informazione e l'educazione sulle varie opzioni di assistenza sanitaria è vista come una priorità ma è di fondamentale importanza anche che il personale sia istruito correttamente e possieda tutte le conoscenze necessarie per sostenere i pazienti.

## GESTIONE INFERMIERISTICA E EDUCAZIONE TERAPEUTICA

La condizione di stomizzato modifica le abitudini di vita soprattutto nella prima fase dopo l'intervento. Per aiutare il soggetto ad accettare la stomia da un punto di vista psicologico e favorire un più rapido adattamento fisico bisognerebbe iniziare la riabilitazione già prima dell'intervento chirurgico.

L'attività di counselling pre operatorio deve avere l'obiettivo di ridurre l'ansia e di instaurare un rapporto di fiducia con il paziente. Le prove dimostrano infatti 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 all'autogestione della stomia.

L'intervento chirurgico va pianificato: si è visto infatti che i pazienti ben informati si sentono più coinvolti e motivati a guarire e a gestire la stomia rispetto a chi è stato poco informato perché operato in urgenza. I pazienti che non sono stati ben informati vivono la stomia come una violazione del proprio corpo.

Tra i fattori che supportano il recupero fisico, sociale e psichico della persona stomizzata si possono annoverare:

- la tecnica chirurgica di confezionamento dello stoma,
- la sede di confezionamento della derivazione (disegno pre operatorio),
- la completa padronanza nella gestione dello stoma,
- l'adozione di un sistema di raccolta degli effluenti affidabile,
- la presenza di personale preparato e strutture sanitarie dedicate di riferimento.

### **Disegno preoperatorio**

Sarebbe opportuno che il medico, lo stomaterapista e il paziente concordassero insieme il posizionamento dello stoma. Il coinvolgimento del paziente nella decisione preoperatoria è utile per migliorare l'adattamento alla nuova condizione nel periodo post operatorio e per ridurre il rischio di complicanze a carico dello stoma.

Il sito ottimale dovrebbe essere selezionato in modo da evitare le pieghe di grasso, le cicatrici e le prominenze ossee. La selezione del sito non dovrebbe essere effettuata in sala operatoria, se non assolutamente indispensabile; ma tale procedura dovrebbe essere effettuata il giorno prima dell'intervento, anche se la possibilità della stomia non è certa.

I criteri utilizzati per identificare la sede più idonea consistono:

- considerazioni fisiche: pieghe cutanee, rughe, cicatrici, e linee di sutura, altre stomie; individuazione del muscolo retto addominale, girovita, creste iliache e presenza di ernia;
- esaminare l'addome dell'assistito in varie posizioni (in piedi, sdraiato, seduto e piegato in avanti) per osservare pieghe, solchi, cicatrici e turgore cutaneo e profilo;
- con l'assistito in posizione supina, identificare il muscolo retto addominale. Questo può essere effettuato facendo modificare la posizione dell'assistito (per esempio sollevare la testa oppure alzarsi dal letto) oppure mentre tossisce. L'opinione degli esperti suggerisce che il posizionamento dello stoma all'interno di questo muscolo può aiutare a prevenire l'ernia o il prollasso della stomia;
- l'individuazione del sito di confezionamento dovrebbe essere effettuata inizialmente con un adesivo o una penna demografica, che può essere rimosso se non risulta ottimale;
- può essere ragionevole segnalare il sito sia nella parte destra sia in quella sinistra dell'addome per prepararsi a un eventuale cambiamento nella strategia chirurgica e numerare la prima scelta con il numero uno;
- sostituire la placca al cerotto e far assumere alla persona la posizione supina, seduta, eretta ed accovacciata per valutare e confermare la scelta migliore;
- importante è avere la conferma dall'assistito che possa vedere il sito per una autogestione successiva.

I principi di un'adeguata selezione del sito includono quindi il posizionamento all'interno del muscolo retto addominale, l'utilizzo di posizioni multiple per identificare in modo appropriato il sito di posizionamento, l'evitare pieghe e cicatrici, e considerazioni circa l'abbigliamento e il girovita. Questo potrebbe fare la differenza tra perdite della sacca della stomia nella vita quotidiana e la prevenzione di complicanze, dovute al malposizionamento.

Durante questo momento il paziente conosce per la prima volta i prodotti per la gestione della stomia. Pertanto, l'infermiere che li presenta, deve cercare di creare un'atmosfera accogliente rispettando la sua intimità e assicurandolo sulla facilità di gestione del prodotto scelto.

## **Il monitoraggio della stomia**

Al rientro in reparto dopo l'intervento chirurgico e nelle prime 48 ore del postoperatorio si integra all'aspetto generale dell'assistenza al paziente chirurgico quello finalizzato alla prevenzione delle complicanze precoci del complesso stomale, che si contestualizza con l'implementazione di attività di monitoraggio e l'adozione di buone prassi di stoma care.

La stomia è considerata “normale” quando presenta le seguenti caratteristiche:

- *stomia con mucosa rosea-rossa, ben estroflessa*: la presenza di edema lieve nelle prime 24/48 ore dall'intervento può considerarsi fisiologico perché conseguenza del trauma tissutale e dell'aumento della componente idrica interstiziale dello stoma;
- *cute peristomale integra*;
- *giunzione muco-cutanea integra*;

Nelle prime 48 ore è importante programmare il controllo della stomia per rilevare:

- *lo stato di vitalità della stomia*;
- *l'eventuale insorgenza di complicanze precoci*;
- *la presenza di perdite ematiche o muco*;
- *caratteristiche degli effluenti*;

In questa fase possono manifestarsi complicanze, relative allo stoma, alla cute peristomale e alla giunzione muco-cutanea, che possono incidere negativamente sul decorso post operatorio oltre che sulla qualità di vita.

La forma più importante di prevenzione delle complicanze stomali è il controllo e l'esecuzione corretta delle procedure di stoma care.

## **Lo stoma-care**

L'igiene, l'apparecchiatura della stomia e l'educazione dell'assistito alla gestione della stomia sono comunemente definite come “stoma care”, e nel loro insieme costituiscono il pilastro sul quale si fonda tutta la struttura del programma riabilitativo di una persona alla quale è stata allestita una derivazione urinaria o intestinale.

Tra le procedure dello “stoma care” ci sono la sostituzione della sacca e l'irrigazione.

La sacca va sostituita dopo 48-72 ore dall'intervento, l'intervallo di tempo per la sostituzione varia in relazione al tipo di stomia (ileo o colostomia), al tipo di presidio utilizzato e alla quantità di feci eliminate.

L'irrigazione favorisce l'evacuazione delle feci, introducendo acqua potabile nella stomia (lavaggio colico). Questa manovra riesce a garantire la continenza per 48-72 ore.

La scelta dei materiali e le modalità di effettuazione dell'igiene, la scelta del dispositivo e dell'utilizzo di accessori per l'apparecchiatura dello stoma, sono in funzione al tipo ed alla sede in cui la derivazione è stata confezionata, alla sua morfologia ed alla qualità degli effluenti.

L'appropriatezza dei processi di stoma care, è un requisito fondamentale per:

- mantenere l'integrità della cute peristomale;
- assicurare l'adesività del dispositivo alla cute, fino alla sua sostituzione;
- promuovere il benessere e il comfort della persona assistita;
- promuovere l'autonomia dell'assistito/a ad effettuare lo stoma care.

Questi obiettivi sono perseguibili già nell'immediato periodo post operatorio (24-48 ore), nel quale si iniziano ad attuare manovre di buona prassi come:

- utilizzare la placca a protezione totale (che garantisce la protezione su tutta la superficie di appoggio) e la sacca trasparente a fondo aperto anche in sala operatoria per poter rimuovere il materiale organico senza scollegare la sacca e quindi traumatizzare l'area. La sacca trasparente consente di 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 e lesive per i tessuti (etere, alcol, disinfettanti);
- coinvolgere precocemente il soggetto e chi assiste allo "stoma care".

### **I presidi di raccolta**

I presidi di raccolta possono essere monopezzo o a due pezzi (placca e sacca raccordabili attraverso una flangia). Per ogni tipo di stomia esistono sacche specifiche, da ileostomia sono a fondo aperto, da colostomia sono a fondo chiuso e quelle da urostomia hanno il rubinetto (che può essere raccordato ad una sacca per le urine per la notte).

Le placche possono essere invece piane, convesse o semi convesse (queste ultime sono importanti per la gestione delle stomie introflesse).

La sacca di raccolta viene posizionata già in sala operatoria e in genere viene sostituita 48-72 ore dopo l'intervento. L'intervallo di tempo per la sostituzione della sacca può

variare in relazione al tipo di stomia (ileo o colostomia), al tipo di presidio utilizzato e alla quantità delle feci eliminate.

In genere la placca non dovrebbe essere sostituita più di una volta al giorno e non meno di una volta ogni 3-4 giorni. Per sostituire la sacca e la placca anche nei primi giorni dopo l'intervento si usano materiali e tecniche pulite.

### **L'irrigazione**

È una tecnica che favorisce l'evacuazione delle feci, con acqua potabile introdotta nella stomia (lavaggio colico). Questa manovra riesce a garantire la continenza per 48-72 ore. Nei soggetti con colostomia sinistra (colon discendente) l'irrigazione è particolarmente efficace, perché essendo le feci formate si riesce a garantire una continenza per 36-48 ore, si allungano i tempi del cambio della sacca di raccolta (una volta ogni 2 giorni invece che una o più volte al giorno) e si riducono le alterazioni cutanee.

Il controllo delle evacuazioni aumenta il comfort e il benessere del paziente e riduce i costi sanitari diminuendo il consumo di sacche di raccolta.

### **L'educazione sanitaria**

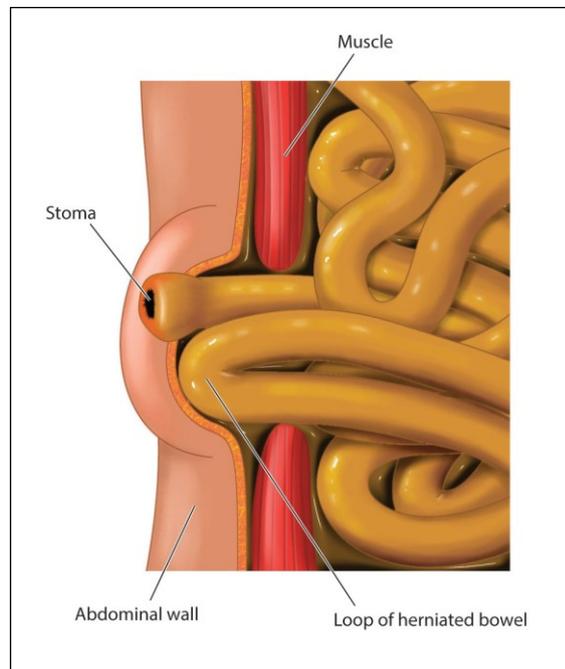
L'educazione del paziente alla cura della stomia non si esaurisce con la dimissione dal reparto, ma deve proseguire a domicilio, indicando al paziente ambulatori per la cura delle stomie e/o il servizio di assistenza domiciliare integrata e promuovere la collaborazione di chi lo assiste nella gestione della stomia.

Il tempo necessario per l'addestramento non è quantificabile poiché dipende da più variabili come la capacità del paziente, la collaborazione dei vari professionisti sanitari coinvolti, la disponibilità di chi dovrà prestare l'assistenza.

Tuttavia l'educazione terapeutica è caratterizzata da un vero e proprio trasferimento pianificato e organizzato di competenze dall'infermiere al paziente, riducendo progressivamente la dipendenza della persona dall'operatore e aumentando la propria responsabilità e la collaborazione dello stesso con l'educatore.

## L'ERNIA PARASTOMALE

È un tipo di ernia incisionale che si verifica nei tegumenti addominali in prossimità di uno stoma, ovvero una condizione in cui il contenuto addominale, tipicamente l'intestino o il grande omento, sporge attraverso i tegumenti addominali circondati dal sacco erniario nella posizione dello stoma formato. Quando questa si forma c'è il rischio che si crei un sito di debolezza all'interno del muscolo addominale, dovuto alla dissezione chirurgica del muscolo per esternalizzare l'intestino (*Figura 2*).



*(Figura 2). Ernia Parastomale*

La stomia può addirittura risultare visibile (dato il rigonfiamento) sotto gli abiti del paziente, presentando così problemi di immagine di sé per i pazienti, ma porta anche a difficoltà di adattamento dell'apparecchio, che aumenta il rischio di perdite. Questa, a sua volta, causa ulteriore angoscia per il paziente, oltre ad aumentare il numero di problemi di gestione che l'infermiere specializzato nella cura della stomia deve considerare (Williams et al, 2010).

## Incidenza

La linea guida dell'European Hernia Society (2019) dice che il 30% dei soggetti sviluppa un'ernia parastomale entro un anno dall'intervento, il 40% entro due anni e il 50% in un periodo di tempo di follow up più lungo. Sulla base dei dati disponibili in letteratura a livello globale, la prevalenza dell'ernia varia in relazione al tipo di stomia, indicando chiaramente una maggiore incidenza nelle colostomie terminali. (Tabella 3)

<i>Tipo di stomia</i>	<i>Incidenza di ernia parastomale</i>
Colostomia finale	4,0-48,1%
Colostomia dell'ansa	0,0-30,8%
Ileostomia finale	1,8-28,3%
Ileostomia dell'ansa	0,0-6,2%
Urostomia	5-28%

*Tabella 3. Incidenza dell'ernia parastomale in relazione al tipo di stoma*

## Fattori di rischio

È importante distinguere tra variabili chirurgiche e variabili del paziente per avere un quadro completo dei fattori di rischio associati allo sviluppo di un'ernia parastomale.

In termini di fattori dipendenti dal paziente, i parametri significativi sono:

- *l'età avanzata (sopra i 60 anni)*; questa associazione può essere spiegata dal fatto che, con l'età il muscolo retto addominale diventa sempre più sottile e debole e non è in grado di fornire un supporto adeguato allo stoma (Williams, 2003).
- *obesità (BMI > 25 kg/m<sup>2</sup>)*; i pazienti obesi hanno un aumento della pressione intra-addominale, che rende la parete addominale incline ad allungarsi e ciò determina un allargamento dell'apertura muscolare e di conseguenza un aumento del rischio di sviluppare un'ernia (MgGrath et al., 2006).
- *elevata circonferenza addominale*; gli stomizzati con una circonferenza della vita superiore a 100 cm hanno una probabilità del 75% di sviluppare un'ernia.
- *diametro del foro superiore a 3,5cm*;
- *diabete mellito*;
- *tosse cronica e/o broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)*;
- *terapia steroidea*;

- *processi neoplastici con diffusione.*

Si ritiene che tra i fattori chirurgici che contribuiscono all'aumentata incidenza dell'ernia parastomale, i più importanti includano:

- *urgenza chirurgica;*
- *tipo e tecniche di creazione della stomia*
- *non effettuare il disegno preoperatorio;*
- *precedente intervento chirurgico per ernia parastomale.*

### **Prevenzione**

La prevenzione allo sviluppo dell'ernia parastomale inizia pre operatoriamente con l'effettuazione del disegno preoperatorio. Infatti è stato dimostrato che questo riduce lo sviluppo di ernia nel paziente stomizzato (Person et al.,2012)

McGrath et al. (2006) hanno sostenuto che i pazienti con stoma obesi hanno un aumento della pressione intra addominale che rende la parete addominale incline ad allungarsi, allargando così l'apertura muscolare e aumentando il rischio di ernia. È importante quindi che prima dell'intervento la persona cerchi di dimagrire.

Fondamentale per prevenire lo sviluppo dell'ernia è l'educazione del paziente/caregiver a riconoscere i segni e i sintomi correlati all'occlusione intestinale e all'incarcerazione dell'intestino erniato e educarlo sulle nuove modalità di gestione della cura della stomia. Consigliare di interrompere se necessario l'irrigazione intestinale a scopo riabilitativo; in quanto l'introduzione di fluidi incrementa la pressione intra-addominale e può causare un aumento delle dimensioni e della gravità dell'ernia, e il rischio di perforazione dell'intestino.

Aiutare il paziente a identificare e all'utilizzo di accessori che permettano di rimodellare la superficie cutanea attorno allo stoma, isolando la pelle dal contatto con le deiezioni e favorendo così una maggior aderenza della placca alla cute.

Consigliare l'uso di ausili di sostegno dell'ernia: biancheria intima elasticizzata, ventriere, cinture e fasce. Il supporto addominale va applicato in posizione supina in modo che l'ernia si riduca, e va usato durante tutto giorno, e tolto al momento del riposo notturno e, soprattutto va messo, se si svolgono lavori pesanti.

Programmare e incoraggiare il paziente allo svolgimento di esercizi giornalieri di potenziamento della muscolatura addominale da iniziare non appena possibile.

## UTILITA' E INDICAZIONI DELLA RIABILITAZIONE DELLA PARETE ADDOMINALE

La riabilitazione della parete addominale è considerata tra i metodi di prevenzione delle complicanze stomali soprattutto nella riduzione del rischio di sviluppo dell'ernia parastomale.

Nella letteratura ci sono pochissimi studi su questo argomento. Thompson e Trainor (2005) sono coloro che hanno pubblicato i primi risultati di uno studio che tratta dell'introduzione di un programma di prevenzione basato su esercizi addominali, da eseguire tutti i giorni e fino ad un anno dopo l'intervento (Tabella 4).

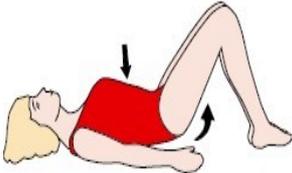
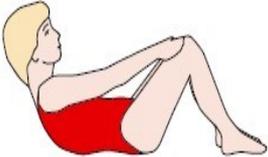
<p><b>Inclinazione pelvica</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sdraiati sulla schiena su una superficie solida con le ginocchia piegate e i piedi piatti sul letto.</li><li>2. Tirare la pancia in dentro, inclinare dal basso verso l'alto, premendo il centro della schiena nel letto e tenere per due secondi.</li><li>3. Lasciarsi andare lentamente.</li><li>4. Ripetere dieci volte al giorno.</li></ol>	
<p><b>Rotolamento del ginocchio</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sdraiati sulla schiena su una superficie solida con ginocchia piegate e piedi piatti sul letto</li><li>2. Tirare dentro la pancia e tenere le ginocchia unite, ruotarle lentamente da una parte all'altra.</li><li>3. Ripeti dieci volte.</li></ol>	
<p><b>Alzate addominali</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sdraiati sulla schiena su una superficie solida con le ginocchia piegate e i piedi piatti sul letto</li><li>2. Mettere le mani sulla parte anteriore delle cosce e tirare dentro la pancia</li><li>3. Sollevare la testa dal cuscino</li><li>4. Tenere in posizione per tre secondi, poi lentamente ritornare alla posizione di partenza.</li><li>5. Ripetere dieci volte al giorno.</li></ol>	

Tabella 4. Esercizi addominali dopo l'intervento chirurgico di formazione di stomia

In base alle linee guida emanate dell'American College of Sports Medicine, non solo fare esercizio fisico è possibile, ma caldamente consigliato.

È dimostrato che praticare un'attività fisica, anche blanda (quale può essere anche una passeggiata di 30 minuti al giorno) aiuta a prevenire il rischio di sviluppare un'ernia parastomale. È stato sviluppato un programma certificato dal Royal College of Nursing (corrispondente al nostro Ordine degli Infermieri) che illustra gli esercizi fisici consigliati nella strada verso la riabilitazione.

Gli esercizi del programma sono consigliati per: sollevamenti e movimenti in sicurezza, rinforzare il pavimento pelvico, rinforzare il busto e l'addome. È stato formulato un programma di lavoro, diviso in tre fasi, da intraprendere passo dopo passo, tenendo bene a mente le condizioni cliniche e fisiche del paziente.

Prima di cominciare il programma è fondamentale consultare lo stomaterapista, il fisioterapista o il chirurgo. Con l'approvazione dell'operatore sanitario di fiducia, il paziente può essere in grado di cominciare gli esercizi 3-7 giorni dopo l'operazione, o comunque non appena è pronto.

Gli esercizi della prima fase, possono iniziare anche in ospedale e sono utili anche se la persona ha affrontato l'intervento tempo fa, ma non hai mai fatto attività.

Nella seconda fase gli esercizi sono leggermente più impegnativi di quelli della fase precedente, il paziente può passare a questo livello quando ha raggiunto un'abilità tale in cui trova semplice effettuare gli esercizi della fase uno.

L'ultima fase viene raggiunta quando il paziente avrà acquisito una perfetta sicurezza nello svolgere gli esercizi della fase due, è probabile che l'assistito arriverà a questa fase dopo diverse settimane dall'intervento chirurgico.

## **OBIETTIVI**

Questo lavoro di revisione della letteratura si pone l'obiettivo di indagare se l'introduzione di esercizi di riabilitazione della parete addominale, risulta un'indicazione utile alla riduzione dell'incidenza di complicanze dovute al confezionamento della stomia, in particolare per la riduzione dello sviluppo dell'ernia parastomale.

## MATERIALI E METODI

La ricerca degli articoli è stata effettuata tramite le banche dati di PubMed e di Cinahl. Le stringhe di ricerca sono state formulate avvalendosi delle parole chiave, del metodo “PICO”, dei termini MeSH e degli operatori booleani (“AND”):

- ((exercise rehabilitation) AND ostomy)
- ((ostomy OR colostomy OR ileostomy OR stoma) AND abdominal exercise) AND parastomal hernia)

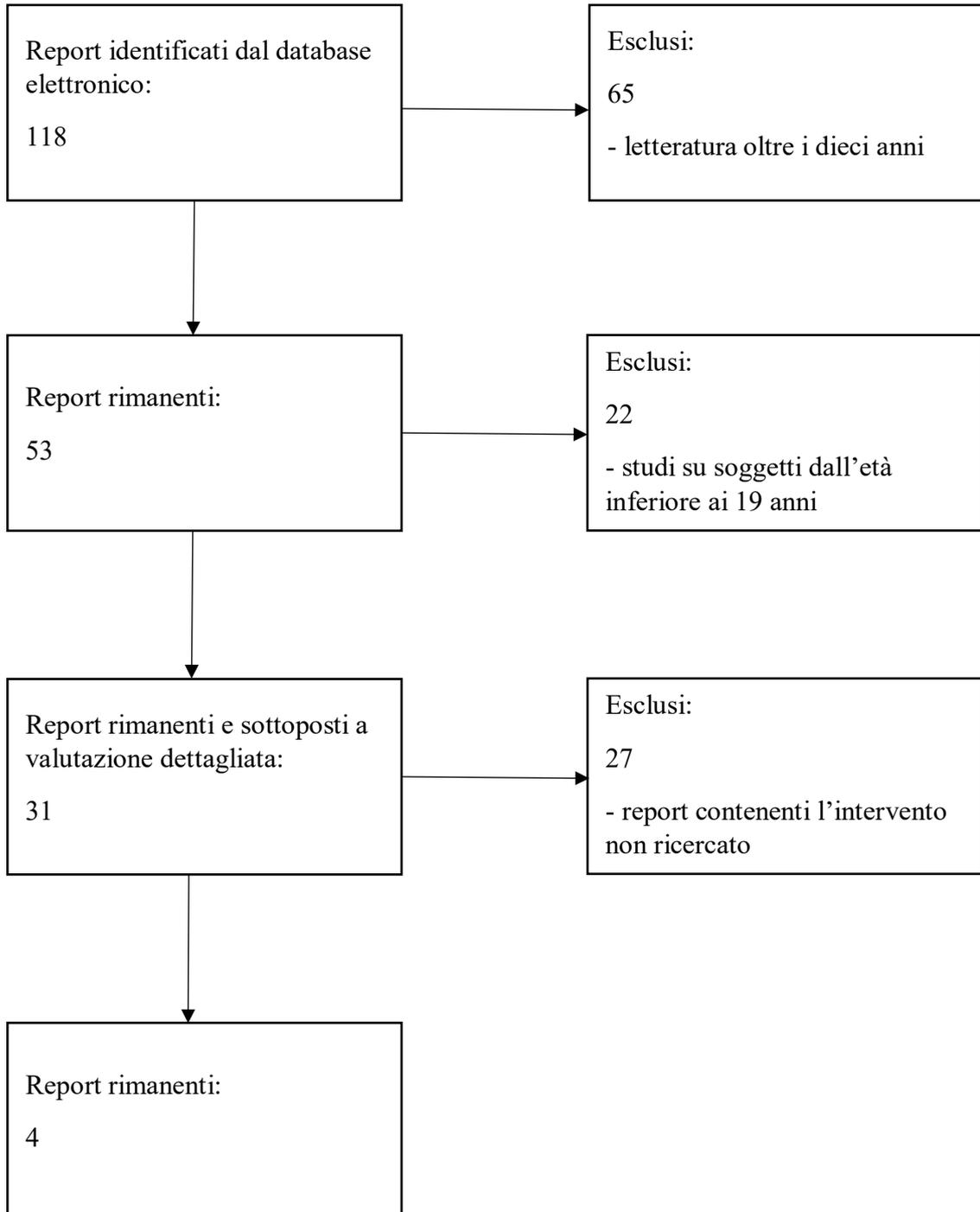
*Parole chiave:* parastomal hernia, nurse, ostomist, quality of life, exercise, qualitative research; rehabilitation.

<b>Problema/quesito:</b> <b>utilità della riabilitazione della parete addominale nella persona con stomia</b>	
<b>P</b>	Pazienti con stomia
<b>I</b>	Riabilitazione della parete addominale
<b>C</b>	/
<b>O</b>	Riduzione dell’incidenza delle complicanze

Sono stati selezionati articoli con i seguenti criteri di inclusione:

- lingua inglese ed italiana;
- letteratura pubblicata negli ultimi dieci anni;
- studi effettuati su popolazione adulta (19+)

## RISULTATI



- 2 articoli sono stati reperiti esternamente.

Autore e titolo	Studio	Tipologia di partecipanti	Metodi valutativi	Risultati
<p><b>Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: a descriptive study.</b></p> <p>(Andersen, et al.,2020)</p>	<p>Studio descrittivo</p>	<p>I pazienti con una nuova stomia sono stati divisi in gruppi in base al tempo trascorso dopo l'intervento: gruppo precoce, 0-2 settimane (n=12); gruppo intermedio, 2-6 settimane (n = 15); e gruppo tardivo, 6-12 settimane (n= 10)</p>	<p>Durante una singola sessione di test individuale, i partecipanti di ciascun gruppo hanno eseguito una serie diversa di 10-11 esercizi di coordinazione addominale e di rafforzamento per i muscoli addominali.</p> <p>L'attività dei muscoli addominali è stata misurata con l'elettromiografia. Subito dopo i partecipanti hanno valutato il dolore da una scala da 0 a 10 (0 no dolore, 10 dolore insopportabile).</p> <p>Ai partecipanti è stato chiesto anche di valutare la difficoltà tra 1 e 5 (1 molto facile, 5 molto difficile).</p>	<p>Nella valutazione dell'attività muscolare, nei tre gruppi di pazienti venivano raggiunti i criteri di inizio. La media della contrazione dei muscoli, era tra 1,35 e 1,43, questo indica che la media dei partecipanti aveva contratto il muscolo addominale con aumento del 35-43%, in spessore. Nessun partecipante ha valutato dolore superiore a 5 per ogni esercizio, dolore sopra 0 era raro nei pazienti del gruppo intermedio e tardivo, più comune nel gruppo precoce.</p> <p>6 partecipanti del gruppo precoce hanno lamentato dolore vicino allo stoma negli esercizi di flessione dell'anca. Gli esercizi sono stati valutati facili per il gruppo precoce, per quello tardivo e intermedio tra 4 e 5 come difficoltà.</p>

<p><b>Patients' experiences of abdominal exercises after stoma surgery: a qualitative study.</b></p> <p>(Andersen, et al., 2020)</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>I partecipanti sono stati selezionati con un campionamento di conseguenza e sono stati reclutati dallo studio quantitativo precedente in cui sono stati eseguiti esercizi addominali. Sono stati reclutati 14 partecipanti. Avevano un'età media di 67,5 anni (range 20-73).</p>	<p>Sono state condotte delle interviste dallo stesso ricercatore, individuando 4 categorie: se l'atteggiamento verso gli esercizi addominali era positivo, se il trattamento e la malattia formavano barriere agli esercizi, il desiderio di avere un aiuto a svolgere gli esercizi dopo l'intervento e infine se gli esercizi addominali erano stati vissuti come facili.</p>	<p>Per quanto riguarda la prima categoria: nel complesso i partecipanti si sono trovati d'accordo sul fatto che l'esercizio era un'ottima cosa. I benefici percepiti sono stati avere muscoli addominali più forti e la prevenzione delle ernie. Alcuni partecipanti mancavano di forza o energia o avevano bisogno di aiuto. Le complicazioni dopo l'intervento allo stoma e il trattamento coadiuvante erano tra le barriere agli esercizi. Le preoccupazioni sulle ferite chirurgiche e le paure hanno ostacolato l'attività fisica. Gli esercizi sono stati considerati facili da eseguire in un ambiente controllato.</p>
<p><b>Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers.</b></p> <p>(Russell S., 2017)</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>I partecipanti che hanno risposto all'intervista erano 2631, il 54% donne e il 46% uomini; la fascia di età più</p>	<p>Un sondaggio distribuito online, utilizzando un mix di domande aperte e chiuse, con scale di valutazione a 3 e 5 punti, che hanno riguardato</p>	<p>I livelli di attività erano più bassi nei pazienti con un'ernia diagnosticata, con il 32,9% che diceva di essere meno attivo, rispetto al 19,45%</p>

		<p>numerosa è stata tra i 60-69 anni (30%), poi tra 70-79 anni (29%). La ragione della chirurgia è stata la colite ulcerosa (29%), cancro (23%) e morbo di Crohn (16,3%), con i restanti per altre malattie e traumi.</p>	<p>l'attività fisica, gli atteggiamenti generali e le opinioni sull'esercizio, i consigli sull'attività fisica e altre domande sull'ernia e la qualità di vita.</p>	<p>senza ernia. I risultati di questo studio mostravano una forte relazione tra coloro che dicevano di aver fatto attività dopo l'intervento e una maggiore qualità di vita percepita (<math>p &lt; 0,05</math>), il 38% di coloro che aveva fatto esercizio fisico ha detto che la loro qualità di vita era migliore di prima dell'intervento, rispetto al 20% che non ha fatto esercizio.</p>
<p><b>A qualitative study exploring what it takes to be physically active with a stoma after surgery for rectal cancer.</b>  (Saunders S., Brunet J., 2018)</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>I partecipanti erano 15 (11 uomini e 4 donne), tra 34 e 80 anni, con un BMI medio di 27 kg/m<sup>2</sup>). 10 avevano un cancro rettale al III stadio e 8 una stomia temporanea.</p>	<p>È stata fatta una suddivisione in cinque domini: 1) fisicamente attivi a casa, 2) camminare, 3) sport, 4) esercizio fisico e 5) stile di vita fisicamente attivo. Tutti i partecipanti erano impegnati in attività fisica quando sono stati intervistati. Sono stati esplorati tre temi generali: 1) motivi di impegnarsi in attività fisica, 2) cosa dissuadeva ad impegnarsi all'attività, e 3) implicazioni pratiche.</p>	<p>I partecipanti hanno indicato per quanto riguardava il primo tema (motivi per impegnarsi in attività fisica), che avevano riconosciuto benefici sulla propria salute associati all'attività fisica. Inoltre alcuni hanno indicato che la presenza della stomia gli causava disagio e imbarazzo in mezzo agli altri e questo li ha portati a ritirarsi dallo sport. Un'ultima osservazione che hanno fatto è stata che avere l'opportunità di imparare a</p>

				gestire la loro stomia li aiutava a ridurre alcune ansie.
<p><b>Early intervention, parastomal hernia and quality of life: a research study.</b></p> <p>(North J., 2014)</p>	Studio qualitativo	<p>I partecipanti inclusi nello studio erano 100 (39 maschi e 61 femmine), l'età media dei partecipanti era 66 anni e avevano un BMI medio di 26 kg/m2.</p> <p>Di questi 44 avevano una colostomia, 40 un'ileostomia e 16 un'urostomia.</p>	<p>A tutti i pazienti sono stati dati al momento della dimissione consigli sul sollevamento e prevenzione dell'ernia parastomale e dato un programma di esercizi da cominciare subito.</p> <p>È stato compilato al momento della dimissione un questionario sulla QOL per i pazienti con stomia e questo questionario è stato poi ripetuto a 3 mesi, 6 mesi e 1 anno.</p>	<p>I pazienti sono stati esaminati in ogni fase. In primo luogo si è visto che i pazienti che non hanno sviluppato un'ernia parastomale avevano un miglioramento della QOL.</p> <p>I fattori che avevano avuto un impatto sul recupero del paziente sono stati soprattutto sociali, con alcuni che indicavano che la stomia aveva un effetto negativo sulla propria immagine corporea.</p> <p>I risultati inoltre dimostravano una netta riduzione dell'incidenza dell'ernia per tutti i pazienti reclutati nello studio e soprattutto per i pazienti che avevano rispettato a pieno il programma.</p>
<p><b>Nurse activity to prevent and support those with parastomal hernia</b></p> <p>(Bland C., Young, K.R., 2015)</p>	Revisione della letteratura	<p>In questo studio sono stati valutati i documenti, usando la checklist di valutazione della ricerca di Duffy (1985). Questo ha</p>	<p>Da questa revisione sono state identificate tre strategie infermieristiche di prevenzione dell'ernia parastomale.</p>	<p>I risultati della ricerca hanno evidenziato che la letteratura infermieristica è intrisa di tradizione, con un'abbondanza di articoli che fanno riferimento a opinioni</p>

		<p>permesso un confronto coerente tra studio qualitativo e quantitativo, assegnando un punteggio di qualità a ciascun studio (51 criteri sono stati valutati su una scala da 1 a 6).</p>	<p>La prima consisteva nell'informare la persona dell'importanza di mantenere un BMI ottimale di 20-25 kg/m<sup>2</sup>, che poteva ridurre la possibilità di sviluppare l'ernia.</p> <p>La seconda diceva che gli infermieri dovevano informare l'assistito sui vantaggi di una sana alimentazione, sul sollevamento dei pesi e infine sull'importanza di introdurre un esercizio addominale dopo 3 mesi dall'intervento.</p>	<p>di esperti, piuttosto che a solide ricerche basate su prove di efficacia.</p> <p>I risultati predominanti della ricerca erano: che la circonferenza della vita del paziente giocava un ruolo importante per lo sviluppo dell'ernia, che un programma di prevenzione non invasivo condotto da un infermiere aveva un ruolo importante per ridurre l'incidenza dell'ernia, e che l'evidenza suggeriva che il disegno pre-operatorio, l'educazione e l'esercizio fisico e la dieta svolgono un ruolo nella prevenzione della stessa.</p>
--	--	--	--	--

*Tabella 5. Caratteristiche principali degli studi individuati*

Dei sei studi analizzati sopra, lo studio descrittivo di *Andersen, et al.*, trattava dell'identificazione di esercizi utili per l'attivazione dei muscoli addominali misurati tramite l'elettromiografia. Tre studi, tutti di tipo qualitativo *Andersen, et al.*, *Russell S.*, e *Saunders S.*, *Brunet J.*, riguardavano invece sondaggi fatti a persone con stomia.

Mentre i restanti due elaborati si focalizzavano sulla complicità principale che è l'ernia parastomale e sull'utilizzo di programmi di esercizi per prevenire quest'ultima. Il primo tra questi ultimi due (North J., 2014), uno studio qualitativo, consisteva in un sondaggio proposto ai pazienti per valutare la QOL; mentre l'ultimo (Bland C., Young, K.R., 2015), una revisione della letteratura, si soffermava sulle strategie infermieristiche per prevenire l'ernia parastomale.

Nel primo studio, lo studio descrittivo di *Andersen, et al.*, i pazienti idonei, tutti di età superiore ai 18 anni, sono stati raggruppati in base al tempo trascorso dopo la chirurgia in: gruppo precoce 0-2 settimane (n12), gruppo intermedio 2-6 settimane (n15) e gruppo tardivo 6-12 settimane (n10) e i partecipanti di ogni gruppo hanno eseguito un diverso set di 10-11 esercizi di coordinazione addominale e di rafforzamento dei muscoli addominali. L'attività dei muscoli addominali: retto dell'addome, esterno obliquo, interno obliquo e trasversale è stata misurata con l'elettromiografia, posizionando elettrodi bipolari a 2 cm di distanza l'uno dall'altro, bilateralmente in siti predeterminati sulla pelle di ogni muscolo nella direzione delle fibre muscolari. Per determinare se un muscolo era attivo il segnale EMG del muscolo specifico doveva superare durante l'esercizio un livello di attività (criterio di inizio) che era uguale alla media più sei volte la deviazione standard dell'attività EMG di base (valutata a riposo) per almeno 200 ms. Per ogni esercizio sono stati inoltre valutati il livello di dolore su una scala numerica da 0 a 10 (0 no dolore, 10 dolore insopportabile) e con lo stesso modo è stato misurato anche il livello di disagio.

Da questa ricerca abbiamo potuto vedere che la maggiorparte degli studi trovati sono di tipo qualitativo e consistono in questionari che sono stati somministrati ai pazienti.

Nel primo studio qualitativo quello di *Andersen, et al.*, sono stati coinvolti pazienti con una nuova ileostomia o colostomia, intervistati dopo aver preso parte al precedente studio quantitativo analizzato sopra "*Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: a descriptive study*" (*Andersen, et al.*). I pazienti sono stati selezionati in base ad un campionamento di convenienza e sono stati inclusi 14 partecipanti.

In questa intervista sono state indagate quattro categorie: (1) se l'atteggiamento verso gli esercizi addominali era positivo, (2) se il trattamento e la malattia formavano delle barriere agli esercizi addominali, (3) il desiderio di aiuto per gli esercizi addominali e (4) se gli esercizi addominali erano stati valutati come facili. Lo scopo di questo studio era quello di esplorare le esperienze dei pazienti e l'atteggiamento verso gli esercizi addominali.

L'altro studio qualitativo di *Russell S.*, trattava di un sondaggio a cui hanno risposto 2631 persone (54% donne e 46% uomini); la fascia di età più numerosa era quella tra i 60-69 anni (30%), seguita da quella dei 70-79 anni (29%). La principale ragione del confezionamento della stomia era la colite ulcerosa (29%), seguita dal cancro al colon-retto (23%), dal morbo di Crohn (16,3%) e per la restante percentuale da altre malattie e traumi. Il sondaggio è stato progettato per raccogliere dati di qualità, utilizzando un mix di domande aperte e chiuse con scale di valutazione a 3 e 5 punti, su domande che riguardavano l'attività fisica, l'opinione sugli esercizi e domande sull'ernia e la qualità di vita.

*Saunders S. e Brunet J.*, hanno reclutato 15 partecipanti (11 uomini e 4 donne) tra i 34 e gli 80 anni con un BMI di 27 kg/m<sup>2</sup>, per la loro intervista. Questi pazienti sono stati valutati a 6 (n=3), 9 (n=1) e 12 mesi (n=6) dopo la stomia o dopo 3 mesi (n=5) la chiusura della stomia. È stata fatta una divisione in 5 domini: (1) fisicamente attivi a casa (esempio, lavori di casa, giardinaggio), (2) camminare, (3) sport (ad esempio, nuoto, corsa), (4) esercizio fisico (esempio crossfit, yoga) e (5) stile di vita fisicamente attivo. Tutti i partecipanti svolgevano attività fisica al momento in cui erano stati intervistati. Sono stati valutati tre temi generali: (1) i motivi per impegnarsi nell'attività fisica, (2) cosa li dissuadeva dall'impegnarsi nell'esercizio fisico e (3) le implicazioni pratiche.

Lo studio sull'ernia parastomale di *North J.*, includeva 100 pazienti (39 maschi e 61 femmine) dall'età media di 66 anni; tra questi 44 avevano una colostomia, 40 un'ileostomia e 16 un'urostomia. A tutti i partecipanti sono state fornite informazioni dettagliate sui rischi e sulla prevenzione dell'ernia parastomale e gli è stato fornito un programma di esercizi da iniziare subito. I pazienti hanno compilato un questionario sulla QOL al momento della dimissione, e lo hanno poi ricompilato dopo 3 mesi, 6 mesi e 1 anno.

Nella revisione della letteratura di *Bland C., Young, K.R.*, i documenti sono stati valutati utilizzando la checklist di valutazione della ricerca di Duffy (1985), questo approccio ha permesso un confronto coerente tra studi qualitativi e quantitativi, assegnando un punteggio complessivo di qualità a ciascun studio (51 criteri diversi sono stati valutati su una scala da 1 a 6). Per ridurre il rischio di bias nella valutazione della qualità, due studi sono stati selezionati in modo casuale e valutati in modo indipendente da un revisore in cieco.

I temi emergenti dai risultati degli studi sono stati organizzati per rispondere alle domande di revisione e le componenti chiave indagate sono state le seguenti: (1) strategie infermieristiche per prevenire l'ernia parastomale (gestione del peso, programma di prevenzione non invasivo e marcatura del sito di stomia), (2) esperienze degli stomizzati (ernia parastomale, costo fisico, costi psicologici e sociali).

## DISCUSSIONE

I risultati dello studio di *Andersen, et al.*, mostravano per quanto riguardava l'attività muscolare, che nel gruppo precoce di partecipanti, meno del 20% aveva attività muscolare del muscolo retto dell'addome e meno della metà dei muscoli obliqui e trasversali, nel raggiungimento del criterio di inizio. Per l'esercizio "stampa isometrica diagonale" più partecipanti del gruppo intermedio rispetto a quello precoce aveva raggiunto i criteri di inizio. Per vari esercizi, un'alta percentuale di pazienti aveva l'attività muscolare che superava i criteri di insorgenza in tutti i muscoli. Questi esercizi possono essere considerati principalmente esercizi di rafforzamento ma hanno anche requisiti di coordinamento. Sull'aspetto della valutazione del dolore, nessun partecipante ha riscontrato un valore superiore a 5 in tutti gli esercizi. Il dolore sopra allo 0 era raro nel gruppo intermedio e tardivo, ma un po' più comune nel gruppo precoce. I risultati dello spessore del muscolo trasversale sono stati valutati per 33 su 37 partecipanti (4 non hanno ottenuto risultati di ultrasuoni) e hanno indicato che la media dei pazienti ha contratto il muscolo con un aumento del 35-43% in spessore, i risultati erano compatibili sia sul lato della stomia che in quello opposto. In questo studio non si sono verificati gravi eventi avversi. I risultati indicano che la maggiorparte degli esercizi sono stati valutati fattibili in base ai livelli di dolore, disagio e difficoltà. Le osservazioni di questo studio possono essere utilizzate nella pratica clinica come guida per la scelta di esercizi e in base ai risultati ottenuti i professionisti possono selezionare gli esercizi più appropriati in base al periodo di tempo trascorso dopo l'intervento.

Lo studio successivo di *Anderson, et al.*, si basava su un sondaggio ai pazienti che avevano preso parte allo studio descritto sopra. Lo scopo di questo era di esplorare le esperienze dei partecipanti e il loro atteggiamento verso gli esercizi dopo l'intervento di stomia. I risultati sono stati che i partecipanti hanno trovato gli esercizi facili da seguire con la stomia; la malattia, il trattamento adiuvante (esempio nausea e chemioterapia) e le preoccupazioni sono stati degli ostacoli che hanno impedito ai partecipanti di impegnarsi nell'attività fisica. I pazienti hanno desiderato avere un aiuto e una guida per svolgere gli esercizi, che sono stati effettuati in un ambiente supervisionato con uno specialista della salute che forniva tutte le istruzioni necessarie.

I risultati del sondaggio condotto da *Russell S.*, dicono che le persone hanno dichiarato di essere diventate meno attive dopo l'intervento con il 19,5% che dice di essere molto meno attivo e il 18,8% che riferisce di esserlo un po' meno; le persone hanno riferito che ciò era dovuto: dal fatto di avere un'altra condizione medica (39%), che non avevano sufficiente energia (17%) o per la preoccupazione che si staccasse il presidio della stomia (19%). In particolare si è visto che la fascia di età dai 20-29 anni hanno detto di essere più attivi (il 27,9%) rispetto a quelli da 70-79 anni (4,1%) che spesso avevano anche altre condizioni mediche (esempio l'artrite). Inoltre quando i dati sono stati separati per confrontare i pazienti con cancro da quelli con altre condizioni si è visto che coloro che avevano una stomia a causa di una patologia tumorale era molto meno attivo rispetto alle persone con altre condizioni (valore  $p < 0,001$ ). Gli esiti di questa ricerca hanno mostrato una forte correlazione tra le persone che hanno riferito di aver fatto un po' di attività fisica dopo l'intervento chirurgico e una maggiore qualità di vita percepita ( $p < 0,05$ ). Infine è emerso che i pazienti non ricevono consigli sull'importanza e i benefici dell'attività fisica da parte di professionisti e che nonostante le linee guida dell'Associazione degli Infermieri per la Cura dello Stoma, l'83% dei partecipanti afferma di non essere ricevere consigli appropriati dopo un intervento chirurgico di stomia. Molti riferiscono di avere paura dell'attività fisica e di sviluppare un'ernia parastomale, e quindi spesso si astengono dall'esercizio. I risultati dello studio di *Saunders S.*, *Brunet J.* sono organizzati in tre temi generali: (1) motivi per impegnarsi in attività fisica, (2) cosa dissuade dall'impegnarsi nell'attività e (3) implicazioni pratiche. Per quanto riguarda il primo tema i partecipanti hanno riconosciuto che c'erano benefici per la salute associati all'esercizio, sottolineando che questo ha giocato un ruolo chiave per la loro autocura e un mezzo per migliorare la loro prognosi. Tra i problemi segnalati ci sono stati la difficoltà nel rimanere motivati a svolgere attività fisica nei pazienti che assumevano trattamenti antitumorali, o che soffrivano di stanchezza, dolore, nausea o altro. Alcuni hanno indicato anche preoccupazioni per le ferite chirurgiche dell'intervento o per il rischio di sviluppare ernia; un altro fattore sfavorevole era la paura delle persone di perdite del presidio della stomia, degli odori o della sua vista da parte di altri, che li portava ad avere un disagio tale da evitare l'esercizio fisico. Un'ultima osservazione che è stata fatta dai partecipanti era che avere l'opportunità di apprendere in un ambiente sicuro e stimolante poteva evocare sentimenti positivi e aiutare coloro che erano scoraggiati nel fare attività a causa dei

problemi della stomia; infatti imparare a gestire la loro stomia in uno spazio sicuro poteva ridurre le loro ansie.

*North J.*, ha condotto uno studio incentrato sull'ernia parastomale e sulla qualità di vita, arrivando alla conclusione che vi era un miglioramento della QOL in coloro che non avevano sviluppato un'ernia. Il punteggio medio per tutti i pazienti alla dimissione era di 60, ed è migliorato notevolmente nel corso dell'anno: 81 a 3 mesi, 90 a 6 mesi e 93 a 1 anno; mentre il miglioramento della QOL nei pazienti che hanno sviluppato un'ernia è migliorata ad un ritmo molto più lento: 72 a 3 mesi, 74 a 6 mesi e 77 a 1 anno. I risultati dell'indagine hanno mostrato una notevole riduzione dell'incidenza di ernia parastomale per tutti i pazienti reclutati per lo studio e una riduzione ancora maggiore dell'incidenza per quei pazienti che hanno rispettato pienamente il programma. In questo studio gli esercizi che sono stati consigliati erano semplici da fare e il personale di reparto aveva fornito ai pazienti le informazioni per svolgerli alla dimissione. Si è visto che gli infermieri avevano un impatto significativo sull'incidenza dell'ernia fornendo informazioni e questo aveva migliorato notevolmente la qualità della vita del gruppo di pazienti.

Infine nella revisione della letteratura di *Bland C., Young, K.R.*, sono state identificate tre strategie di prevenzione infermieristica dell'ernia parastomale. La prima strategia consisteva nell'assicurare che gli stomizzati venivano informati e comprendevano l'importanza di mantenere un BMI ottimale di 20-25 kg/m<sup>2</sup> per ridurre il rischio di sviluppo dell'ernia. In secondo luogo gli infermieri dovevano discutere sull'importanza di una sana alimentazione, del sollevamento dei pesi e introdurre esercizi addominali dopo 3 mesi dalla chirurgia. I risultati predominanti sono stati: che la circonferenza addominale dello stomizzato giocava un ruolo fondamentale allo sviluppo dell'ernia; che l'introduzione di un programma di prevenzione non invasivo condotto da un infermiere mostrava una rilevanza statistica nel ridurre l'incidenza di ernia; e che il disegno pre-operatorio, l'educazione sull'esercizio fisico e la dieta possono giocare un ruolo fondamentale per prevenire tale complicanza. In questa revisione si è concluso che la letteratura infermieristica è intrisa di tradizione, con molti articoli che fanno riferimento a opinioni di esperti piuttosto che a ricerche basate su prove di efficacia. Sono necessarie ulteriori ricerche per informare sulla prevenzione e sulla gestione dell'ernia.

## CONCLUSIONI

Attraverso questa revisione della letteratura, gli articoli reperiti per lo più consistono in dichiarazioni di pazienti stomizzati sull'attività fisica che hanno svolto dopo l'intervento e sui benefici che questa ha portato loro nel migliorare la qualità di vita, o come si è reperito da un articolo nella riduzione dell'incidenza dell'ernia parastomale. Si è visto come molti hanno dichiarato, che le complicanze legate all'intervento e alle malattie annesse ha ostacolato spesso l'esecuzione di esercizi, anche per il timore dei pazienti stessi che i presidi si potessero staccare creando loro imbarazzo.

Da questi articoli si evince però quanto le persone reputino fondamentale essere seguiti da professionisti esperti che gli diano giusti consigli e riducano le loro ansie.

Nello studio descrittivo analizzato si è visto che l'esecuzione degli esercizi incideva positivamente sul rafforzamento dei muscoli addominali.

Nell'unica revisione della letteratura reperita si è confermato quanto sia importante avere un programma di prevenzione infermieristico, tra cui un piano di svolgimento dell'attività fisica, che indichi ai pazienti tutte le accortezze da mettere in atto per ridurre il rischio di sviluppare un'ernia parastomale.

Pochi articoli sono presenti nella letteratura riguardo questo argomento e dalla maggiorparte delle conclusioni di questi si evince che sono necessari ulteriori ricerche nell'ambito di questo argomento.

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Andersen, R.M., Thomsen, T., Danielsen, A.K., Gogenur, I., Alkjaer, T., Nordentoft, T., et al. (8 giugno, 2020). Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: a descriptive study. *Disability and Rehabilitation. An international, multidisciplinary journal*.

Andersen, R.M., Danielsen, A.K., Vinther, A., Krongsgaard, M., Gogenur, I., & Thomsen, T. (24 settembre, 2020). Patients experiences abdominal exercises after stoma surgery: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation. An international, multidisciplinary journal*.

Antoniou, S.A., Agresta, F., Garcia Alamino, J.M., Berger, D., Berrevoet, F., Brandsma, H.T. et al. (13 novembre, 2017). European Hernia Society Guidelines on prevention and treatment of parastomal hernias.

Berman, A., Snyder, S.J., & Frandsen, G. (2016). *Fondamenti di assistenza infermieristica secondo Kozier ed Erb*. Concetti, procedure e pratica. (10 ed.). Piccin.

Bland, C., & Young, K.R. (2015). Nurse activity to prevent and support those with parastomal hernia. *Gastrointestinal nursing* (vol. 13) p. 10, 16-24.

Burch, J. (2 agosto, 2016). Exploring quality of life for stoma patients living in the community. *British Journal of Community Nursing* (vol. 21, n.8).

Carli, F., Charlebois, P., Stein, B., Feldman, L., Zavorsky, G., Kim, D.J. et al. (agosto, 2010). Randomized clinical trial of prehabilitation in colorectal surgery. *British Journal of Surgery Society* (vol. 97, n.8) p. 1187-1197

Carpenito, L.J. (gennaio, 2019). *Piani di assistenza infermieristica. Assistenza infermieristica centrata sulla persona assistita e sulla famiglia: trasferimento dall'ambito ospedaliero a quello domiciliare* (3 ed.). Casa Editrice Ambrosiana.

Convatec (2019). Il Programma me+ recovery. Disponibile in:

<http://meplus.convatec.it/articoli/il-programma-meplus-recovery/> [5 aprile 2019]

Craven, R., Constance, H., & Henshaw C.M. (maggio, 2019). *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana.

Di Gesaro, A. (2 marzo, 2016). The psychological aspects of having a stoma: a literature review. *Gastrointestinal Nursing* (vol. 14, n.2).

F.A.I.S. Federazione Associazioni Incontinenti Stomizzati. (20 marzo, 2007). *Carta Internazionale dei Diritti dello Stomizzato*. Disponibile in:

<https://win.fais.info/diritti.asp> [17 giugno 2020]

Gulanick, M., Myers J.L., (aprile 2016). *Piani di assistenza infermieristica. Diagnosi infermieristiche, risultati di salute e interventi infermieristici*. (1 ed.). Casa Editrice Ambrosiana.

Lynn, P., (2015). *Manuale di tecniche e procedure infermieristiche di Taylor*. Un approccio al processo del nursing. (4 ed.). Piccin.

Nasvall, P., Dahlstrand, U., Lowenmark, T., Rutegard, J., Gunnarsson, U. & Strigard, K., (21 luglio, 2016). Quality of life in patients with a permanent stoma after rectal cancer surgery

North, J. (1 marzo 2014). Early intervention, parastomal hernia and quality of life: a research study. *British Journal of Nursing. Stoma care supplement*. (vol. 23, No. Sup5).

North, J. & Osborne, W. (14 dicembre, 2017). ASCN UK Guideline: parastomal hernias. *British Journal of Nursing* (vol. 26, n. 22).

Peate, I., Wild, K., & Nair, M. (2018). *Infermieristica Competenza e Assistenza*. Edi-ermes.

Pouwels, S., Stokmans, R.A., Willigendael, E.M., Nienhuijs, S.W., Rosman, C., Ramshorst, B. et al. (2014). Preoperative exercise therapy for elective major abdominal surgery: A systematic review. *International Journal of Surgery*. p. 134-140

Rastelli, G., Saracco, C. (2011). *Atlante stomie e complicanze. Epidemiologia, Eziopatologia, Management care*. Edipress Edizioni.

Registered Nurses' Association of Ontario. (Aprile, 2019). Supporting Adults Who Anticipate or Live with an Ostomy. (2 ed.). *Ostomy care and management. Clinical Best Practice Guidelines*.

Russell, S. (9 marzo, 2017). Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers. *British Journal of Nursing* (vol. 26, n.5).

Saunders, S., & Brunet, J. (28 ottobre, 2018). A qualitative study exploring what it takes to be physically active with a stoma after surgery for rectal cancer.

Stephensen, D., Hashem, F., Corbett, K., Bates, A., George, M., Hobbs, R.P et al. (25 aprile, 2018). Effects of preoperative and postoperative resistance exercise interventions on recovery of physical function in patients undergoing abdominal surgery for cancer: a systematic review of randomised controlled trials. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*

Thompson, M.J. (Marzo, 2005). Incidence of parastomal hernia before and after a prevention programme. *Gastrointestinal Nursing* (vol. 3, No 2). p. 23-27

Thompson, M.J. & Trainor, B. (19 Aprile, 2007). Prevention of parastomal hernia: a comparison of results 3 years on. *Gastrointestinal Nursing* (vol. 5, N. 3).

Thompson, M.J. (24 gennaio, 2008). Parastomal hernia: incidence, prevention and treatment strategies. *British Journal of Nursing* (vol. 17, No 2), p. 16-20

White, M., Osborne, W. (28 settembre, 2017). The development of national guidelines for stoma care: parastomal hernia. *British Journal of Nursing* (vol. 26, N. 17).

## RINGRAZIAMENTI

*Dopo questi anni sono arrivata alla fine di questo percorso un po' tortuoso che mi ha regalato grandi emozioni ma anche diversi momenti di difficoltà.*

*Posso solo iniziare ringraziando te papà, anche se purtroppo non sei più qui con me, sei stato e so che sarai sempre il mio primo sostenitore. Mi hai sempre spronato a continuare, a non abbattermi anche quando abbiamo passato insieme momenti brutti per via della tua malattia, e io ho iniziato a vacillare e a pensare che forse non ero poi così forte per poter fare questa professione. Ma tu mi hai sempre motivato ad andare avanti per raggiungere questo traguardo, e anche dopo, quando tu non eri più qui con me ho avuto la forza di continuare ripensando alle parole che mi avevi detto: "quando sarai infermiera ricorda sempre di andare al lavoro con il sorriso, perché a volte basta poco per far stare meglio chi sta in ospedale e soffre", e tu lo sapevi bene quanto fosse vera quella frase visto che da paziente ci hai passato molto tempo. So che saresti stato molto felice del fatto che finalmente sono arrivata alla fine di questo percorso, e adesso mi avresti preso un po' in giro come facevi sempre, per il tempo in più che ci ho impiegato. Anche se fisicamente non sarai qui con me in questo giorno, so che ci sarai lo stesso, e spero che in futuro diventerò una brava infermiera di cui tu ne possa essere orgoglioso.*

*Ringrazio mia madre e mia sorella Barbara, che mi hanno dato sostegno e mi hanno incoraggiato sempre, soprattutto in questo ultimo periodo; insieme ai miei amati nipoti Nicholas e Melissa che con la spensieratezza della loro età, spesso mi hanno regalato un sorriso e mi hanno dato la forza di continuare.*

*Un ringraziamento speciale va alla Dott.ssa Mara Marchetti, relatrice di questa tesi, per la sua immensa pazienza, non solo nell'avermi aiutato a svolgere questo lavoro, ma anche per tutto il suo appoggio durante il mio percorso universitario. È stata una guida importantissima non solo dal punto di vista scolastico ma anche umano, mostrandosi sempre comprensibile e disponibile.*

*Un ringraziamento profondo va al mio compagno di vita, Mauro, la mia spalla, colui che mi ha spronato, mi ha incoraggiato e mi ha fatto ragionare nei momenti di sconforto. Senza di lui sicuramente oggi non sarei qui. So che non è sempre stato facile starmi vicino, e che a volte magari ti ho fatto anche arrabbiare, ma nonostante tutto tu ci sei sempre stato e so che sarai sempre al mio fianco per sostenermi, e per questo posso solo essertene immensamente grata.*

*In ultimo vorrei ringraziare una cara amica che ho incontrato in questo percorso universitario, Simona, a cui va un ringraziamento particolare. È anche merito suo e del suo sostegno nei periodi universitari affrontati insieme in questi anni, se sono riuscita a raggiungere questo risultato. E, anche se per ora le nostre strade professionali si sono divise, l'amicizia che si è creata tra di noi non finirà mai. Come diciamo sempre entrambe, se abbiamo trovato ostacoli che hanno rallentato questo percorso un motivo ci sarà stato, e io sono certa che il motivo era quello di doverti incontrare.*