

Proposta Numero: **DEL-2635-2021**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
(nominato con deliberazione di Giunta Regionale n.1507 del 04/09/2018)

OGGETTO: PERCORSO DI CURA E RIABILITAZIONE DELLA PERSONA CON ENTEROSTOMIA E / O UROSTOMIA

IL DIRETTORE GENERALE

sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente apicale della struttura proponente che ne attesta la regolarità della istruttoria ed il rispetto della legalità

Sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente Responsabile U.O. Rischio Clinico, che attesta la regolarità della istruttoria e il rispetto della legalità:

Considerato che la Gestione del Rischio Clinico e la prevenzione degli eventi avversi in ambito sanitario sono obiettivi prioritari per le Aziende Sanitarie e che la definizione di protocolli e procedure è utile ad esplicitare i processi per singole fasi così da uniformare le attività e i comportamenti e ridurre quindi la discrezionalità del singolo operatore;

Ritenuto che i percorsi di Risk- Management hanno come obiettivo il miglioramento della sicurezza delle cure e della qualità delle prestazioni;

Considerato che i percorsi clinico-organizzativi sono la risposta all'esigenza di avere una visione sistemica e complessiva delle prestazioni;

Considerato che i percorsi clinico-organizzativi sono la risposta all'esigenza di avere una visione sistemica e complessiva delle prestazioni e uno spunto di lavoro comune, per garantire la qualità, l'efficacia e la sicurezza della prestazione attraverso l'omogeneità di comportamenti tra i membri dell'equipe,

Visto le linee guida elaborate da AIOSS e pubblicate in data 29/08/2018 con riferimento al DGR del 22/12/2008 n° 8730 e tenuto conto delle raccomandazioni di AISTOM (Associazione Italiana Stomizzati) e di SICC (Società Italiana di Chirurgia Generale) e di FAIS (Federazioni Associazioni Incontinenti e stomizzati);

DELIBERA

per tutti i motivi esposti in narrativa e che qui s'intendono richiamati per formarne parte integrante e sostanziale:

Che si debba procedere alla codifica del modello operativo di gestione così come di seguito dettagliato per la procedura:

PERCORSO DI CURA E RIABILITAZIONE DELLA PERSONA CON ENTEROSTOMIA E / O
UROSTOMIA

Il numero di registro e la data del presente provvedimento nonché i soggetti firmatari sono indicati nel frontespizio che, pertanto, deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

Proposta Numero: **DEL-2635-2021**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE**

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI**

NUMERO: **2327**

DATA: **11/11/2021**

OGGETTO: **PERCORSO DI CURA E RIABILITAZIONE DELLA PERSONA CON
ENTEROSTOMIA E / O UROSTOMIA**

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Avv.to Stefano Rossi in qualità di Direttore Generale nominato con deliberazione di Giunta Regionale n. 1507 del 04/09/2018

Con il parere favorevole del Dr. Vito Gregorio Colacicco - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole del Dott. Andrea Chiari - Direttore Amministrativo

Su proposta della struttura: Rischio Clinico

Estensore: Irene Friuli

Istruttore: Irene Friuli

Dirigente/Dirigente S.S./S.S.D.: MARCELLO CHIRONI

Dirigente Ufficio/Direttore S.C.:

Direttore di Dipartimento:

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-2635-2021**

DATA: **05/11/2021**

SEZIONE ALBERO TRASPARENZA:

CLASSIFICAZIONE:

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE

2B4DD18EA71C6BB1E5C0DC17101EC8660A6A3C1C

6FE7C069A7DDD15108FCDBA9

**PERCORSO DI CURA E RIABILITAZIONE F7A0BBA01DE89FA471EE42B593729091FFBC62BE5
DELLA PERSONA CON ENTEROSTOMIA 9BA5E5D8216F55F18C7672B
E / O UROSTOMIA**

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente, è conservato a cura dell'Ente produttore secondo normativa vigente.

Il contenuto del provvedimento indicato nel presente frontespizio deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

Proposta Numero: **DEL-2635-2021**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
REGISTRO DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

NUMERO REGISTRO: **2327**

DATA REGISTRO: **11/11/2021**

NUMERO REPERTORIO: **4129**

OGGETTO: **PERCORSO DI CURA E RIABILITAZIONE DELLA PERSONA
CON ENTEROSTOMIA E / O UROSTOMIA**

**PERCORSO DI CURA E
RIABILITAZIONE DELLA
PERSONA CON
ENTEROSTOMIA E / O
UROSTOMIA**

S.S.D. MEDICINA LEGALE
RISCHIO CLINICO

**PERCORSO DI CURA E RIABILITAZIONE DELLA PERSONA CON ENTEROSTOMIA E / O
UROSTOMIA**

Data Redazione
08/10/2021

**Gruppo di lavoro Rischio
clinico**
Dott. G.Frascella
CPSI Dott.ssa A.M. Pagliara

**Dirigente medico della S.C.
di Chirurgia Generale**
Dott P.Campanella

**Infermieri Esperti in
Stomaterapia**
Dott.ssa C. Camarda
Dott.A. Ricciardi
Dott.C. Cannalire
Dott.ssa T. Bruno
Dott.ssa R. Falcone
CPSI Coord. Dott A. Gualano

**Dirigente Responsabile della
UOS Direzione
Amministrativa dei DSS**
Dott. G.Leone

Verifica
Direttore Medico Proc
Dott.ssa M.Leone
Resp. S.S.D. Rischio

Clinico
Dott. M. Chironi
**Direttore S.C. di Chirurgia
Generale**
Dott. M.Cervellera

Direttore di S.C. di Urologia
Dott. S.Grossi

**Dirigenti delle Professioni
Sanitarie e Ostetriche**
Dott.ssa G.Suma
Dott. P.Lattarulo
Dott.ssa M.Cassano
Dott. G.Argese

Approvazione
Direttore Generale
ASL TA
Avv. S. Rossi

Direttore Sanitario
ASL TA
Dott. V. G. Colacicco

INDICE

PREMESSA.....	3
SCOPO/OBIETTIVI.....	3
DESTINATARI / CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
DEFINIZIONE.....	3
LOCALIZZAZIONE DELLO STOMA.....	3
CARATTERISTICHE DEL DISPOSITIVO DI RACCOLTA.....	4
MONITORAGGIO DELLA STOMIA NELLE PRIME 24/48 ORE.....	4
TIPOLOGIE DEI DISPOSITIVI.....	5
SISTEMI STOMALI.....	6
PROFESSIONISTI E FIGURE COINVOLTE NEL PERCORSO ASSISTENZIALE.....	9
CARATTERISTICHE DELL'AMBULATORIO ASSISTENZA STOMIZZATI.....	10
FASE PREOPERATORIA.....	10
FASE POSTOPERATORIA.....	11
FASE DELLA DIMISSIONE.....	11
FOLLOW UP.....	12
ITEMS IRRIGAZIONE STOMIA.....	12
ITER BUROCRATICO EFFETUATO DALLO STOMATERAPISTA E DAL PAZIENTE.....	13
PROCEDURA OPERATIVA PER IL CAMBIO DEL DISPOSITIVO DI RACCOLTA.....	13
IGIENE DELLO STOMA.....	14
INDICATORI DI OUTCOME.....	15
INDICATORI DI ESITO.....	15
CONSULENZA URO-STOMATERAPIA.....	18
CONSIGLI ALIMENTARI.....	21
CHECKLIST PER IL DISEGNO PREOPERATORIO.....	24

PREMESSA

Le raccomandazioni contenute in questo documento rappresentano un'attenta e critica valutazione delle migliori evidenze scientifiche nazionali ed internazionali disponibili, utilizzate dal gruppo di lavoro che si è istituito per la progettazione del PDTA dei pazienti stomizzati presenti sul territorio di Taranto e Provincia.

Il gruppo di lavoro ha eseguito un'analisi comparativa dello stato dell'arte delle modalità organizzative dell'assistenza alle persone con stomie nei diversi contesti territoriali nei diversi Presidi Ospedalieri di Manduria, Martina Franca, Castellaneta, e POC.

In particolare oltre alla struttura organizzativa è stato analizzato il personale coinvolto e le modalità operative per la gestione del percorso.

Dall'analisi sono emerse modalità operative diverse nella gestione del processo assistenziale sia a livello ospedaliero che territoriale. I dati rilevati a scopo epidemiologico su Taranto e Provincia sono di 1020 pazienti stomizzati.

SCOPO/OBIETTIVI

Lo scopo di tale documento è uniformare le modalità operative indicando un percorso applicabile in tutti i P.O nel rispetto dei principi di efficienza ed efficacia attraverso una giusta allocazione delle risorse.

Pertanto l'obiettivo principale è la presa in carico del paziente stomizzato con il coinvolgimento della famiglia/caregiver, individuando il miglior percorso praticabile di continuità assistenziale, per un miglioramento della qualità della vita e per garantire un rapido recupero dell'autostima e autonomia del paziente e inserimento nel sociale.

DESTINATARI / CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i pazienti a cui si prevede il confezionamento di una enterostomia o urostomia in regime di elezione e per quanto possibile anche ai pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico e confezionamento di uno stoma in regime d'urgenza/emergenza.

DEFINIZIONE

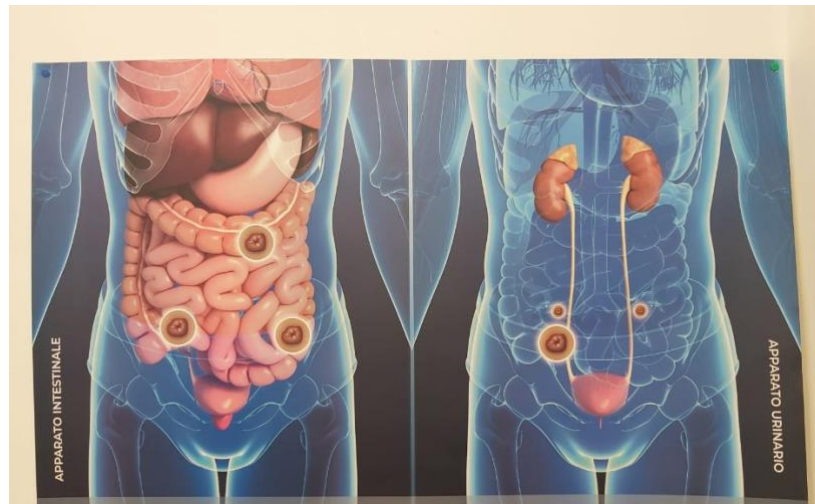
Il termine stomia deriva dal greco "stoma", bocca. La stomia è il risultato di un intervento mediante il quale viene creata un'apertura (stoma) sulla parete addominale, che raccorda un tratto di intestino o gli ureteri all'esterno. Questi orifizi non si contraggono volontariamente per cui il passaggio dei prodotti intestinali o urinari avviene in maniera involontaria, ossia fuoriescono dallo stoma senza essere sotto stretto controllo da parte del corpo.

LOCALIZZAZIONE DELLO STOMA

Il confezionamento dello stoma avviene all'interno del muscolo retto. La localizzazione dello stoma dipende dal tipo di derivazione. Solitamente le colostomie discendenti e le sigmoidostomie vengono confezionate nel quadrante addominale inferiore sinistro; le ileostomie, le colostomie ascendenti e le ciecostomie nel quadrante inferiore destro così come le uretero-ileo-cutaneostomie. Di fronte a persone obese, cachettiche e che vivono su una sedia a rotelle si prendono in considerazione i quadranti addominali superiori per posizionare lo stoma. L'aboccamento dello stoma alla parete addominale dovrebbe trovarsi a metà strada tra l'ombelico e le salienze ossee come le arcate costali e le creste iliache superiori.

Un altro modo per individuare la posizione corretta della stomia consiste nel tracciare un triangolo tra

ombelico, spina iliaca antero-superiore e il pube per definire il cosiddetto triangolo della stomia.



CARATTERISTICHE DEL DISPOSITIVO DI RACCOLTA

Nei primi gg successivi all' intervento si evacua grandi quantità di feci liquide che sono raccolte in sacche trasparenti capienti.

Il sistema di raccolta deve:

1. Essere provvisto di un meccanismo a soffietto, in modo da consentire la rimozione / applicazione della sacca senza esercitare pressioni sull' addome che risulta essere dolorante nei primi gg dopo l'intervento.
2. Essere dotato di placca di idrocolloide a protezione totale per diminuire il rischio di alterazioni della cute circostante la stomia
3. Non essere munito del sistema di filtro ai gas intestinali (nelle colonstomie) per facilitare la rilevazione dell'avvenuta ripresa della canalizzazione ai gas.
4. Essere trasparente per permettere il monitoraggio della stomia, rilevare le caratteristiche degli effluenti ed eventuali complicanze precoci.



MONITORAGGIO DELLA STOMIA NELLE PRIME 24/48 ORE

Il complesso stomale è considerato "normale" quando presenta le seguenti caratteristiche:

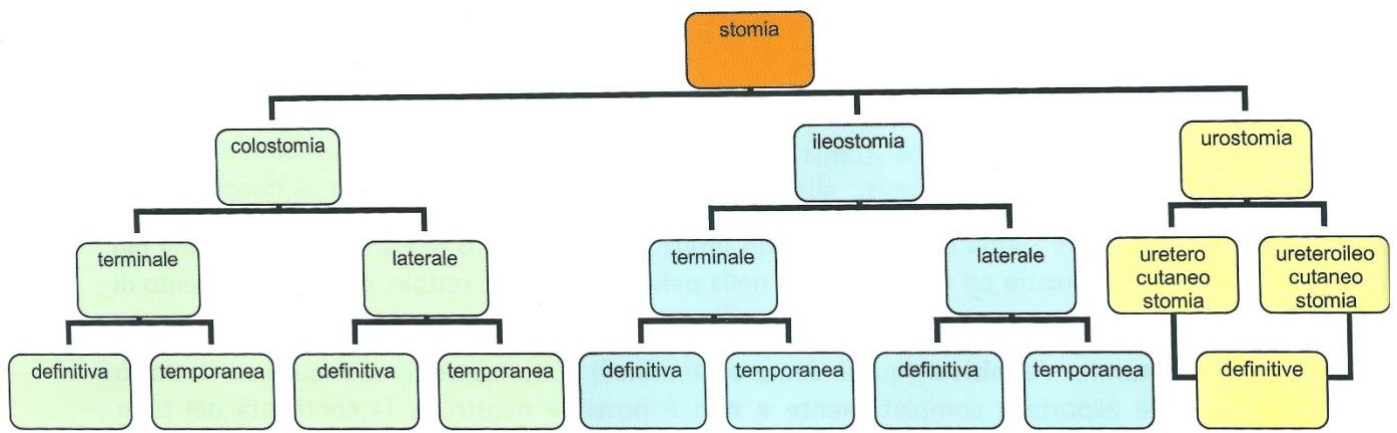
- stomia con mucosa rosea- rossa, ben estroflessa. La presenza di lieve edema nelle prime 24/48 ore dall' intervento può considerarsi fisiologico perché conseguenza del trauma tissutale e dell'aumento della componente idrica interstiziale dello stoma;
- cute peristomale integra;
- giunzione muco-cutanea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

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

TIPI DI STOMIA



CONSISTENZA DELLE DEIEZIONI

Ileostomia: feci fluide e continue

Cieco stomia: feci liquide

Colostomia ascendente: feci semiliquide

Trasverstomia: feci semiliquide

Colostomia discendente: feci formate

Sigmoidostomia: feci formate

TIPOLOGIE DEI DISPOSITIVI

La scelta del dispositivo di raccolta dipende dal tipo di stomia confezionata e dal materiale emesso. A volte nella scelta del presidio si rende necessario considerare anche la forma della stomia (rotonda, ovale o irregolare) e le caratteristiche anatomiche dello stoma e della parete addominale (placca piana o convessa).

Le caratteristiche ideali di un dispositivo di raccolta sono:

- perfetta adesività della cute
- assenza di residui di adesivo sulla cute;
- impermeabilità a liquidi e agli odori ;
- capacità di garantire la massima protezione dell' area peristomale;
- praticità e maneggevolezza per il cambio;

Sacca a fondo chiuso Le sacche a fondo chiuso sono monouso. Quando la sacca è piena, va rimossa, inserita in una sacca per rifiuti e gettata. Le sacche a fondo chiuso sono dotate di filtro studiato per ridurre l'odore ed eliminare i gas.

Sacca a fondo aperto Queste sacche vengono facilmente svuotate aprendo la chiusura integrata sul fondo. Questa tipologia di sacca è indicata per le persone con ileostomia o in caso di colostomia con effluenti liquidi.

Sacca urostomia Come le altre sacche, anche quelle per urostomia sono disponibili nella versione a due pezzi e monopezzo, ma diversamente dagli altri sistemi, queste sono dotate di un rubinetto o di un tubicino di scarico per la fuoriuscita dell'urina.

SISTEMI STOMALI

Un sistema di raccolta per stomia deve garantire sicurezza, comfort e soprattutto preservare l'integrità cutanea. Attraverso la stomia vi è l'impossibilità a controllare in maniera volontaria la fuoriuscita di deiezioni e di urina; per cui si rende necessario l'impiego esterno di dispositivi di raccolta (sistemi stomali). I dispositivi di raccolta si differenziano fra loro in base al tipo di materiale con cui sono costituiti, al tipo di filtro, al tipo di placca (piana o convessa) e al tipo di sacca (fondo chiuso, fondo aperto, rubinetto di scarico).

I sistemi stomali sono applicati alla cute dei pazienti e si dividono in:

- sistemi ad un pezzo
- sistemi a due pezzi

Il sistema adesivo

E' rappresentato da un anello in materiale sintetico incorporato nel sacchetto attorno alla bocca stomale, che può essere di differente misura a seconda delle dimensioni dello stoma. La superficie adesiva è ridotta al minimo essenziale e le caratteristiche di flessibilità, adattabilità e traspirabilità del materiale che compone l'anello di supporto consentono il massimo rispetto della pelle anche in caso di frequenti cambi.

Sistema a due pezzi

E' un dispositivo di raccolta dotato di un meccanismo di chiusura a Flangia.

Il sistema adesivo è rappresentato da una placca di materiale sintetico sulla quale è incorporato un anello semirigido che si aggancia ad un'analogha struttura localizzata attorno alla bocca della sacca.

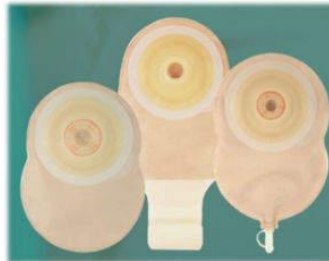
Questo sistema viene utilizzato con buoni risultati pratici anche quando sono necessari frequenti ricambi anche durante la stessa giornata.

La placca che resta in sede anche per alcuni gg, evita il traumatismo diretto della pelle che in questo modo è correttamente protetta.

Una ulteriore differenza è data dalla **tipologia dei sistemi** che vengono così suddivisi:

Sistema monopezzo

Nel sistema monopezzo, la sacca e la barriera cutanea sono integrate. Queste sacche sono state progettate per offrire massima discrezione, semplicità di utilizzo e seguire i movimenti. Sono disponibili nella versione con barriera cutanea modellabile, ritagliabile, piana o convessa.



Sistema a due pezzi tradizionale

Nel sistema a due pezzi, sacca e barriera adesiva (placca) sono due entità separate. Ciò permette di sostituire la sacca senza rimuovere la barriera cutanea. Nel sistema a due pezzi tradizionale, sacca e barriera cutanea sono unite da un anello di plastica (flangia). Un click sonoro confermerà il corretto aggancio fra sacca e placca.



Sistema a due pezzi con Tecnologia di aggancio adesivo

Nel sistema con aggancio adesivo, sacca e barriera cutanea sono unite insieme tramite un anello in schiuma adesiva e una "base di adesione" che elimina la necessità della flangia di plastica rigida, presente nei sistemi

a due pezzi tradizionali. Il meccanismo di fissaggio in schiuma offre una maggiore flessibilità rispetto al sistema a due pezzi tradizionale e ha un profilo più discreto sotto i vestiti.



Infine c'è da individuare la **corretta barriera cutanea** che può essere:

- **Piana:** per gestire stomie sporgenti dal piano cutaneo.
- **Convessa:** per gestire stomie piane o retratte rispetto alla superficie cutanea.

La barriera cutanea piana o convessa è presente sia nei sistemi monopezzo che in quelli a due pezzi



deve essere più frequente.

La giusta sacca :

- non deve irritare la pelle
- deve perfettamente aderire
- deve essere facile da indossare
- deve essere confortevole
- deve essere impermeabile a liquidi e odori

PROFESSIONISTI E FIGURE COINVOLTE NEL PERCORSO ASSISTENZIALE

Il percorso terapeutico e riabilitativo del paziente stomizzato è seguito da un team multidisciplinare che prende in carico globalmente la persona attraverso un approccio che presuppone la competenza specifica di ogni singola figura, un buono scambio di informazioni, una condivisione di obiettivi ed un processo decisionale comune. Il programma di trattamento è sinergico ed è costruito intorno alle esigenze di ogni singolo paziente.

Stomaterapista

L'infermiere stomaterapista è un professionista specificamente formato che prende in carico la persona dalla fase preoperatoria e lo segue lungo tutto il percorso riabilitativo.

Trasferisce allo stomizzato ed al suo caregiver le competenze ed abilità utili alla gestione della stomia e dei presidi stomali, adattandoli alle specifiche condizioni morfologiche e funzionali.

Facilita l'accesso ai servizi di supporto per lo stomizzato ed organizza un programma di follow-up per ciascun paziente.

Lo stomaterapista deve garantire:

- assistenza al paziente durante l' iter pre e post operatorio
- self care del paziente attraverso l' educazione e acquisizione di conoscenze ed abilità inerenti a stoma care stile di vita(alimentazione, idratazione, attività fisica)
- corretto utilizzo dei presidi
- compliance terapeutica
- prevenzione e gestione delle complicanze dello stoma
- educazione e riabilitazione del portatore di stomi
- educazione al paziente, allo stomizzato e famiglia
- riabilitazione dei pazienti con incontinenza urinaria e fecale
- riabilitazione del pavimento pelvico
- indicazione di associazioni di stomizzati
- un sistema informatico di archivio e monitoraggio dei presidi/ accessori per la stomia che sono stati assicurati ad ogni singolo stomizzato nel rispetto del DPCM del 12 gennaio del 2017
- codice ISO nomenclatore tariffario
- nome del prodotto, Codice e ditta commerciale
- quantitativi mensili

Ruolo del Chirurgo

Lo specialista medico di riferimento visita periodicamente il paziente e lo informa delle sue condizioni cliniche. Acquisisce il consenso alle terapie e trattamenti che verranno attuati. Prescrive i presidi stomali e tratta le complicanze.

Infermiere di reparto

L'infermiere di reparto monitora le condizioni cliniche del paziente e morfologiche della stomia durante la degenza ospedaliera per favorire il buon esito del trattamento.

Altre figure professionali

Su suggerimento del team o richiesta del paziente possono intervenire a supporto altri professionisti quali psicologo, dietista, gastroenterologo, assistente sociale.

CARATTERISTICHE DELL'AMBULATORIO ASSISTENZA STOMIZZATI

Il percorso assistenziale e riabilitativo del paziente stomizzato, fatte salvo la fase chirurgica e immediatamente postoperatoria, dovrebbe preferibilmente svolgersi in ambiente dedicato, in un ambulatorio specificamente destinato agli stomizzati dove si creino le condizioni di un rapporto diretto, riservato e confidenziale, tra il paziente (ed il suo caregiver) e lo stomaterapista.

Qui il paziente ottiene un aiuto completo sotto il profilo sanitario, educativo, psicologico e riabilitativo. I componenti del team multidisciplinare trovano tutto il materiale e lo strumentario occorrente all'assistenza del paziente.

Preferibilmente l'ambulatorio è collocato in prossimità ma non all'interno dei reparti di degenza, per poter garantire facilità di accesso sia ad utenti ambulatoriali che ai degenti.

FASE PREOPERATORIA

Paziente in urgenza

Il paziente in regime di urgenza non sempre viene informato dall'equipe chirurgica circa l'intervento che deve effettuare ed eventuali possibilità di confezionamento della stomia. Successivamente all'intervento viene chiesta la consulenza dello stomaterapista rivolta ad educare e formare il paziente circa i percorsi assistenziali a cui andrà incontro.

Paziente non urgente : colloquio preoperatorio

Alle famiglie e a tutti i pazienti che necessitano di intervento chirurgico è necessario eseguire una formazione pre-operatoria (Raccomandazione RNAO 1B).

L'approccio dell'infermiere stomaterapista in questa fase è focalizzata sul contenimento dell'ansia, sulla promozione della consapevolezza relativamente alla condizione clinica e ai trattamenti proposti nonché a favorire la cura e le azioni decisionali. Il colloquio pre-operatorio rappresenta quindi il momento fondamentale per avviare il rapporto di fiducia tra gli operatori e il paziente, utile al processo terapeutico e riabilitativo e include:

- Anamnesi ed esame obiettivo addominale;
- Adattamento e percezione dell'immagine corporea, compromissione della qualità della vita, sessualità (dimensione psicosociale);
- Counseling preparatorio all'intervento e alle problematiche immediatamente successive;
- Insegnamento di semplici atti per la gestione della stomia.

Stoma siting

Dovrebbe essere compiuto un segno sul sito in cui dovrà essere eseguita la stomia a tutti i pazienti che devono sottoporsi al trattamento chirurgico ((Raccomandazione RNAO 2A).

Il raggiungimento di una soddisfacente qualità di vita per le persone stomizzate è lo scopo ultimo dell'attività del team multiprofessionale che si prende carico della:

- tecnica chirurgica di confezionamento dello stoma;
- sede di confezionamento della derivazione.

E' opportuno che il chirurgo, lo stomaterapista e il paziente concordino insieme il posizionamento dello stoma. Il coinvolgimento del paziente nella decisione pre-operatoria è utile per migliorare l'adattamento alla nuova condizione nel periodo post-operatorio e per ridurre il rischio di complicanze a carico dello stoma. E' importante, prima di effettuare il posizionamento della stomia, valutare le condizioni fisiche e le esigenze legate all'età e alle abitudini di vita; l'assistito dovrà essere in grado di vedere e toccare il punto di reperi designato, nelle diverse posture, per la successiva autogestione dei presidi di raccolta.

FASE INTRAOPERATORIA E POSTOPERATORIA IMMEDIATA

La prima apparecchiatura della stomia

La prima apparecchiatura della stomia è pratica integrante del processo assistenziale ed è volta a facilitare l'assistenza e il mantenimento delle caratteristiche normotrofiche e l'integrità della cute peristomale nell'immediato post-operatorio.

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.

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 e 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 della vita.

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

FASE POSTOPERATORIA

Educazione alla gestione della stomia

E' fondamentale nel post-operatorio, che la persona con stomia o il caregiver acquisiscano un bagaglio minimo di abilità specifiche per la gestione autonoma della stomia, al fine di promuovere congiuntamente indipendenza e capacità di adattamento alla nuova condizione.

L'assistenza è finalizzata all'individuazione del sistema di raccolta adeguato alla condizione e funzione del soggetto con stomia, ma anche alla conformazione e al variare della stessa nelle attività di vita quotidiana, nonché alle preferenze e capacità manuali del singolo.

L'educazione abbraccia congiuntamente anche i bisogni relativi all'alimentazione, all'attività fisica e al tempo libero, all'abbigliamento e all'igiene personale, alla prevenzione e riconoscimento delle complicanze, al corretto utilizzo dei presidi in uso, alla corretta assunzione dei farmaci/integratori prescritti, alla sessualità, ai servizi di utilità e supporto.

Affinchè l'insegnamento sia efficace, è indispensabile che le informazioni fornite non siano strettamente tecniche, ma modulate in base alle capacità cognitive del paziente.

FASE DELLA DIMISSIONE

La pianificazione della dimissione dall'ospedale richiede collaborazione e coordinamento dei servizi e delle risorse; una pianificazione scrupolosa migliora la percezione della qualità dell'assistenza. Nel caso in cui la persona con stomia non sia autosufficiente si rende necessario il coinvolgimento del caregiver e/o i supporti territoriali (MMG, Assistenza domiciliare, etc.). Durante questa fase si invita il paziente a seguire controlli periodici presso l'ambulatorio per stomizzati, per verificare il grado di apprendimento dello stoma care, gestione di eventuali complicanze, medicazioni avanzate della cuteperistomale in caso di lesioni, inoltre deve essere effettuata la formazione all'irrigazione in caso di colostomia.

FOLLOW UP

Questo deve essere eseguito per un periodo di 12 mesi. In questa fase va garantito:

- Monitoraggio e gestione di eventuali complicanze stomali
- Piano terapeutico per stomia
- Verifica dell'appropriatezza dei presidi
- Counselling
- Irrigazione della stomia (riabilitativa/terapeutica/preparazione fisica)
- Riabilitazione del pavimento pelvico in caso di enterostomie prima della ricanalizzazione, lì dove necessario.
-

ITEMS IRRIGAZIONE STOMIA

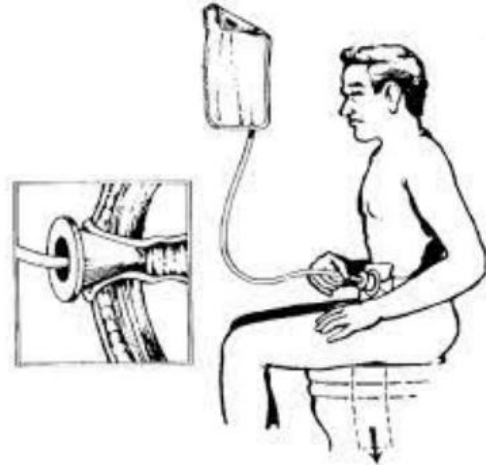
L'irrigazione ha l'obiettivo di consentire maggior continenza all'emissione di feci e gas e ridurre le complicanze della cute peristomale. Garantisce una migliore qualità di vita soprattutto nei soggetti più giovani con impegni lavorativi, sociali, sportivi e sessuali.

E' indicata nelle colostomie e presenta le seguenti controindicazioni:

- inabilità psicofisica
- morbo di Chron
- diverticoliti
- enterite da radioterapia
- scariche diarroiche alternate a stipsi

Per praticare l'irrigazione (tempo occorrente 45-50 minuti circa) il paziente deve seguire i seguenti passaggi:

- 1) assumere una posizione comoda (in genere eretta o semi seduta); tenere vicino a se la sacca di scarico, con il fondo già posizionato sul water per l'evacuazione;
- 2) effettuare un'esplorazione digitale del lume della stomia, quindi posizionare il cono e collegarlo all'irrigatore;
- 3) riempire l'irrigatore con circa 1 litro e 1/2 circa di acqua a temperatura 36°-37° e posizionarlo, magari aiutandosi con un gancio, al di sopra della spalla, per favorire il deflusso dell'acqua all'interno della stomia;
- 4) procedere all'irrigazione, regolando il flusso dell'acqua in modo che sia costante (tempo stimato 5/10 minuti);
- 5) qualora si avvertisse dolori/crampi sospendere la pratica, valutando, eventualmente, se riprenderla più tardi;
- 6) una volta completata l'introduzione, attendere qualche istante (più o meno 10 secondi) prima di eliminare il cono;
- 7) dopo l'evacuazione (che avviene in circa mezz'ora), si può adoperare una sacca di dimensioni più piccole.



ITER BUROCRATICO EFFETUATO DALLO STOMATERAPISTA E DAL PAZIENTE

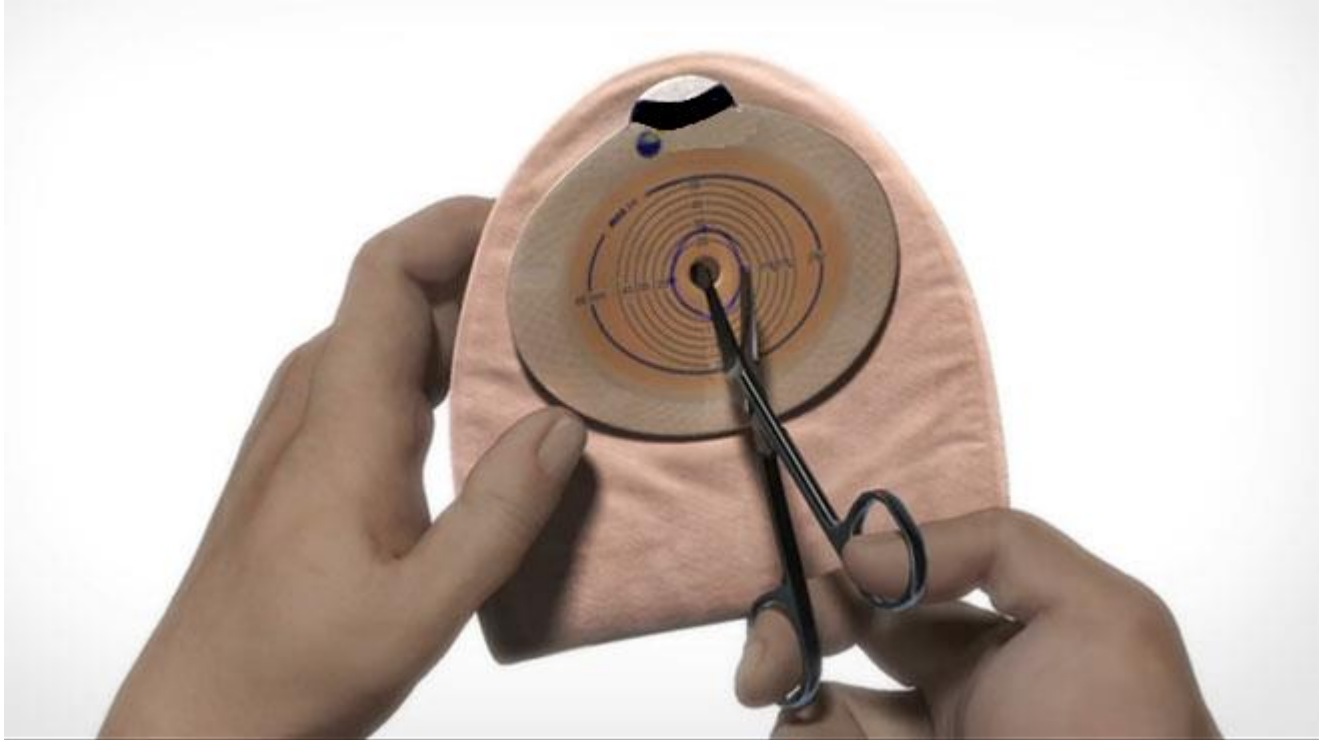
- Effettua la compilazione del modulo D.S.L e invia all' ufficio distrettuale per eventuale esenzione ticket;
- Garantisce l'informazione riguardo i centri di assistenza, e le associazioni nazionali e territoriali per gli stomizzati (numero verde AISTOM, FINCO etc) per la tutela dei diritti;
- Avvia l'iter per il riconoscimento dell'invalidità civile DPR n °698/94;
- Contatta le aziende dedicate dei presidi per prima fornitura (15gg) con allegato il consenso del paziente. Successivamente il paziente entra in anagrafica e solo a questo punto può chiamare il numero verde.
- Garantisce la riabilitazione continua;
- Assicura il diritto alla libera scelta del presidio stomale;
- Irrigazione della stomia (riabilitativa /terapeutica/preparazione fisica)

PROCEDURA OPERATIVA PER IL CAMBIO DEL DISPOSITIVO DI RACCOLTA

Prima di sostituire la placca e il sacchetto è consigliabile preparare a portata di mano tutto il materiale necessario per effettuare il cambio.

Il materiale occorrente per l'igiene della stomia:

- Catino
- Sapone neutro liquido
- Acqua tiepida
- Spugna o panno di carta
- Una busta di carta o plastica per l'eliminazione del prodotto usato
- Un paio di forbici a punta ricurva
- Un foglio guida per verificare le misure dello stoma (dima)
- Un nuovo dispositivo di raccolta (placca+ sacca o il sistema monopezzo)
- Due pinze ferma indumenti



IGIENE DELLO STOMA

Allo stoma occorre dedicare la stessa cura e igiene eseguita per l'ano.

1. Lavarsi accuratamente le mani
2. Rimuovere il presidio dall' alto verso il basso usando entrambe le mani;
3. Ripiegare la sacca su stessa onde evitare cattivo odore persistente
4. Gettare la sacca in un sacchetto igienico
5. Asportare con un panno di carta le feci residue dall' esterno all' interno dello stoma
6. Lavare con acqua e sapone sempre dall' esterno verso l'interno
7. Asciugare bene per far aderire la sacca
8. Misurare il diametro esatto dello stoma
9. Ritagliare con le forbici il foro della placca con le stesse dimensioni rilevate
Mettere uno strato di pasta protettiva intorno allo stomia prima di applicare la placca
10. Controllare che la placca sia ben aderente alla pelle
11. Agganciare la sacca di raccolta alla placca assicurandosi della perfetta tenuta.
12. Smaltire il sacchetto dei rifiuti
13. Lavarsi le mani dopo la sostituzione della stomia



INDICATORI DI OUTCOME

Attengono sostanzialmente agli esiti in termini di guarigioni, prolungamento della sopravvivenza, qualità della vita. Si valuterà :

- rapido recupero dell' autostima
- grado di autonomia del paziente
- reinserimento nel contesto sociale
- incremento dei Centri di Riabilitazione per l'incontinenza (I livello di Prevenzione e Terapia) attualmente in grave carenza su tutto il territorio nazionale

INDICATORI DI ESITO

Valutano le variazioni di bisogno o dello stato di salute, documentano una modifica degli esiti assistenziali a livello clinico,umanistico e di soddisfazione del paziente. Si valuterà:

- %dei pazienti chirurgici e urologici che necessitano del presidio stomale (entero /uro)
- %dei pazienti con degenza breve
- % dei pazienti che effettuano visita non programmata dopo la dimissione
- % dei pazienti con complicanze stomali e cutaneo peristomali
- % dei pazienti a cui viene praticato il disegno preoperatorio
- % dei pazienti che presentano complicanze precoci (nei primi 30 gg dall' intervento)
- %di complicanze tardive (a 6 mesi e 1 anno)
- %dei pazienti che esegue tre irrigazioni tutorate

FASE, ATTIVITA' E RESPONSABILITA'

FASE	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'
<p>Preoperatoria</p> <p>Centralità "Il paziente"</p>	<p>Colloquio preoperatorio e firma dei consensi da effettuarsi in un' unica giornata.</p> <p>Apertura della cartella infermieristica</p> <p>Valutazione delle condizioni fisiche del paziente e le esigenze legate all' età e alle abitudini di vita (vista, mobilità, attività lavorative / sportive)</p> <p>Disegno preoperatorio e prima valutazione del presidio stomale (vedi check list).</p> <p>Tricotomia</p> <p>Preparazione intestinale</p>	<p>Medico chirurgo/urologo e / infermiere stomaterapista</p> <p>Infermiere Stomaterapista</p> <p>Infermiere stomaterapista</p> <p>Medico chirurgo / Urologo e Infermiere stomaterapista</p> <p>Infermiere</p> <p>Infermiere</p>
		.

FASE	ATTIVITA'	RESPONSABILITÀ
Intraoperatoria	Confezionamento dello stoma Prima apparecchiatura	Medico chirurgo/ urologo
	Prima apparecchiatura della stomia	Infermiere/ Inf Stomaterapista
Fase post operatoria	Educazione alla gestione della stomia: soddisfacimento dei bisogni relativi all' alimentazione, idratazione, attività fisica, tempo libero abbigliamento e igiene personale, prevenzione e riconoscimento delle complicanze; corretto utilizzo dei presidi in uso, corretta assunzione dei farmaci integratori prescritti, gestione della sessualità.	Medico di guardia, infermiere di reparto, stomaterapista
Post operatoria tardiva (dopo le 48 ore)	Sostituire il presidio di raccolta e cura della stomia; Gestione dei presidi	Infermiere/Inf Stomaterapista
Ambulatoriale	Follow-up	Infermiere stomaterapista/ medico/chirurgo / urologo
	Controllo della stomia a lungo termine	Infermiere stomaterapista
	Controllo delle complicanze conservative	Infermiere stomaterapista
	Gestione delle complicanze chirurgiche	Medico / chirurgo/urologo

CONSULENZA URO-STOMATERAPIA

Cognome e Nome

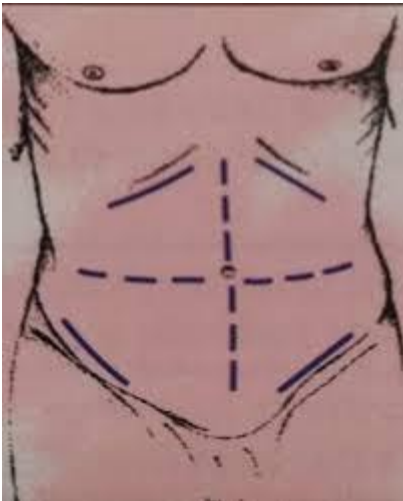
Data di Nascita

Reparto di Degenza

Data Ricovero

COLLOQUIO PER IL ----- /-----/-----

DISEGNO PREOPERATORIO



DATA INTERVENTO

COLOSTOMIA

Temporanea

Definitiva

ILEOSTOMIA

Temporanea

Definitiva

UROSTOMIA

DX

SX

Temporanea

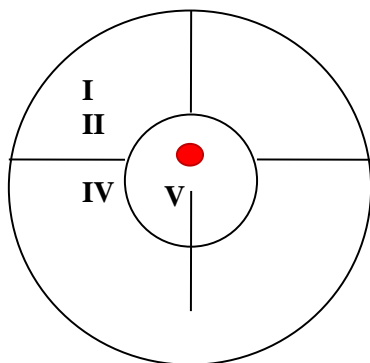
Definitiva

PRESIDIO STOMALE

Monopezzo

Due Pezzi

LESIONE PERISTOMALE



QUADRANTE

Lunghezza cm :

Larghezza cm:

Profondità cm:

TIPO DI ESSUDATO

Siero-Ematico - Sieroso- Verdognolo - Purulento - Denso - Viscoso Liquido

CUTE PERILESIONALE

Eritema -Dermatite -Follicolite -Macerazione

ESAME OBIETTIVO

TRATTAMENTO

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a -----nato/a a -----il -----e

residente a----- in via-----.

acquisite le informazioni inerenti ai contenuti del D.Lgs. 196/2003, manifesta il proprio consenso al

trattamento dei dati personali e/o sensibili, all' utilizzo delle foto e di video del proprio stoma a scopo

diagnostico, terapeutico e scientifico nell' ambito delle finalità e modalità di cui alla presente

informativa nei limiti previsti dalle leggi vigenti.

Firma del dichiarante

PO Centrale

Orientale

Occidentale

CONSIGLI ALIMENTARI

Tipo di stomia

Alimenti consigliati

Alimenti da assumere con moderazione

COLOSTOMIA

Pane, pasta, riso, cereali.
Pesce, carne, formaggio e yogurt.
Verdure (meglio carote crude e patate) e frutta fresca (banane e mele su tutti).

Cibi che favoriscono la produzione di cattivi odori e la formazione di gas: aglio, uova, cipolla, porro, melone, pesce, funghi, legumi, spezie, birra, bevande gassate, super alcolici, cetrioli, fagioli e cavoli.

ILEOSTOMIA

Pane, pasta, riso.
Pesce, cotto al vapore, carni bianche (preferisci la cottura dei cibi che richieda il minor utilizzo di grassi: alla griglia, al forno, al vapore).
Frutta e verdura (meglio se centrifugate ed eventualmente filtrate, per facilitarne l'assorbimento ed evitare l'introduzione di fibre).

Gelati e vino (in misura massima di 250 cc).

*Cerca di ridurre il consumo di grassi animali troppo cotti, cibi fritti, panna, cioccolato, carni grasse, alcuni salumi (lardo e simili), formaggi e pesci grassi ed affumicati.
Evita di assumere cibi troppo caldi o troppo freddi.*

UROSTOMIA

Pane, pasta, patate, riso, cereali
Pesce, carne, uova, formaggio, latte o yogurt.
Verdure e frutta (agrumi e frutti di bosco in particolare).

Alcuni cibi favoriscono l'acidità nelle urine, come pesce, uova, formaggi, insaccati, acciughe, asparagi, cipolle, peperoni, cavolfiore e broccoli.

Nota Bene:

Bevi molto, almeno 1,5/2 litri di liquidi al giorno. Infine, il consiglio è di mantenere il più possibile un peso costante; può esserti d'aiuto tenere un diario alimentare. In caso di necessità, rivolgiti al tuo operatore sanitario di fiducia.



ASL Taranto

PugliaSalute

Alimenti & Bevande Consigli Pratici

Una **corretta alimentazione** aiuta
a gestire la frequenza e la consistenza delle deiezioni
e a controllare il gonfiore addominale e gli odori sgradevoli

Le regole base sono semplici:

- Consumare pasti ad orari regolari e mangiare con calma
- Masticare a lungo per facilitare digestione ed eliminazione
- Masticare a bocca chiusa per evitare l'aerofagia
- Meglio suddividere il cibo in più pasti e spuntini durante la giornata
- Limitare il pasto serale per ridurre le emissioni notturne
- Bere abbondante acqua, non gassata e non fredda, lontano dai pasti
- Preferire grassi vegetali crudi (olio di oliva, di semi o margarine)
- Evitare i cibi molto caldi o molto freddi
- Preferire la cottura a vapore, al forno, alla griglia
- Controllare l'assunzione degli alimenti che producono gas
- Verificare quali alimenti sono poco digeribili e ridurre il quantitativo
- Limitare il consumo di:
 - Cibi fritti
 - Spezie (pepe, peperoncino, paprika, ecc.)
 - Alcolici
 - Caffè
 - Alimenti raffinati in genere

CREANO GAS INTESTINALE

Bevande gassate, fagioli, ceci, latte, cipolle, formaggi, broccoli, cavoli, carciofi, avena, castagne, frutta secca, pane, pasta e patate poco cotte, lieviti

CONTRO I GAS

Carni bianche e rosse magre, pesci magri, aceto di mele, finocchi e tisane ai semi di finocchio

Alimenti & Bevande

Consigli Pratici

POSSONO PRODURRE ODORE

Aglio, asparagi, broccoli, cipolle, cavoli, cavolfiori, funghi, insaccati, legumi, uova, pesce, alcool

CONTRO GLI ODORI

Yogurt, succo di mirtillo, prezzemolo, spremuta di agrumi filtrata, spinaci lessati, siero di latte

POSSONO CAUSARE DIARREA

Succo di mela e d'uva, brodo, latte, grassi, alimenti stagionati, fritti, cibi semiliquidi o liquidi, molto salati o molto dolci

CONTRO LA DIARREA

Mela, banane, riso, pane, pasta, formaggio grana, carni bianche, pesci magri, zucca, patate, carote crude, 8 bicchieri di acqua al giorno

POSSONO CAUSARE STITICHEZZA

Cacao, cioccolato, the, caffè, pasta, riso, orzo, abuso di carne rossa, vino rosso, fagioli, lenticchie, nespole, mirtilli

CONTRO LA STITICHEZZA

Passati di verdure. Verdure crude: insalata, pomodori, sedani, finocchi, cetrioli. Verdure cotte: carote, bietole, cicoria, spinaci, fagiolini, zucchini. Frutta fresca: pesche, pere, uva, ciliege, fichi, albicocche, prugne. Frutta cotta. Miele, yogurt, grassi vegetali

CHECKLIST PER IL DISEGNO PREOPERATORIO

COGNOME E NOME DELL' UTENTE	SI	NO	DATA	FIRMA MEDICO	FIRMA INFERMIERE	FIRMA PAZIENTE /UTENTE
Difficoltà dei pazienti alla mobilizzazione o postura obbligata						
Criticità addome: <ul style="list-style-type: none"> • Addome globoso • Pliche cutanee • Protuberanze ossee • Pregresse cicatrici, nevi 						
Importanti e recenti modifiche ponderali						
Individuazione corretta dei punti corrispondenti a creste iliache, arcate costali, linea alba, linea della vita.						
Posizionamento degli adesivi a forma di stomia in corrispondenza delle indicazioni chirurgica/ urologico						
Visione e contatto diretto con le mani dell' adesivo da parte del paziente in piedi						
Visione e contatto diretto con le mani dell' adesivo da parte del paziente da seduto						
Visione e contatto diretto con le mani dell' adesivo da						

parte del paziente supino						
Presenza di criticità al variare della postura che rendono necessario lo spostamento del riferimento adesivo						
Eseguita richiesta di consulenza chirurgica e urologica						
Esecuzione in maniera definitiva del disegno della stomia con matita demografica delle dimensioni di diametro di 25 mm						

