

**“PERCORSO DI CURA E RIABILITAZIONE
ALLA PERSONA CON ENTEROSTOMIA E UROSTOMIA”**

Linee di indirizzo della Regione Toscana

Integrazioni 2020

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 08 del 12/05/2020



Regione Toscana



Articolazione funzionale dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell'art. 49 ter della l.r. 40/2005:

- a) Coordinatore;
- b) Ufficio di coordinamento;
- c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell'OTGC
Dr. Mario Cecchi

Segretario dell'OTGC
Dr.ssa Maria Teresa Mechi

Supporto amministrativo
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).

L'intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni>

Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte utilizzando la seguente dicitura: Tratto da (*TITOLO DEL DOCUMENTO*), Organismo Toscano per il Governo Clinico, Settore qualità dei servizi e reti cliniche, Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale, Regione Toscana.

INDICE

Premessa	2
Introduzione	3
Scopo del documento	4
Campo di applicazione	“
Ambulatorio Assistenza Stomizzati e Ambulatorio con funzioni di coordinamento	5
Professionisti e figure coinvolte nel percorso assistenziale	7
Percorso diagnostico terapeutico- assistenziale-riabilitativo della persona con enterostomia o urostomia	8
Fase Pre Operatoria	9
Stoma Siting	10
Fase Intra Operatoria	12
Fase Post Operatoria	13
Stoma Care	14
Fase di Follow-up	19
• Irrigazione a scopo riabilitativo	20
• Irrigazione colica transanale nelle persone con sindrome della resezione anteriore del retto	21
• Attività ambulatoriale riabilitativa delle persone con urostomia	23
• Addestramento all'autocateterismo	“
Flow Chart percorso paziente	24
Indicazioni all'utilizzo dei DM per i pazienti portatori di stomie	25
Indicatori di Monitoraggio	27
Raccomandazioni	28
Livelli di Prova e Forza delle Raccomandazioni EBM	29
Bibliografia e riferimenti normativi	30
Glossario Sintetico	31

Premessa

Le “raccomandazioni” contenute in questo documento rappresentano un'attenta e critica valutazione delle migliori evidenze scientifiche nazionali ed internazionali disponibili al momento della pubblicazione, da parte di un gruppo (working panel) di esperti del Sistema Sanitario Toscano, su mandato dell'Organismo toscano per il governo clinico.

Al gruppo di lavoro hanno collaborato: Marco Alaimo, Lorenzo Baragatti, Piero Bucciatti, Marco Carini, Mario Cecchi (coordinatore), Cristoforo Corvino, Simona Ditta, Gianna Farinacci, Matteo Franceschi, Franco Franceschini, Mirella Gambino, Ettore Saffi Giustini, Nicola Ianniciello, Silvano Lenzi, Luca Livi, Simona Mancini, Antonio Marioni, Stefania Palandrani, Chiara Pini, Rosaria Raffaelli, Daniela Rallo, Laura Rasero, Elisa Severi, Monica Sgherri, Niceta Stomaci, Raffaella Tecce, Natascia Tonarelli, Antonella Vannozzi, Paolo Zoppi.

Con la collaborazione della Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapisti (A.I.O.S.S., Presidente Gabriele Roveron) e della Associazione Stomizzati Toscani (A.S.Tos., Presidente Monica Sgherri, ex Presidente Paolo Cantini).

Le linee di indirizzo del presente documento sono destinate a tutti i professionisti del SSR toscano coinvolti nel percorso assistenziale di una persona a cui è stata confezionata una stomia enterale o urinaria. Come è in uso per le Linee Guida pubblicate dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE), possono essere adattate, da parte delle istituzioni sanitarie, alle situazioni locali e non escludono la possibilità di prendere decisioni specifiche, motivate e appropriate alle circostanze dei singoli casi.

Tenendo conto dell'accordo (24 gennaio 2018) tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul “Documento tecnico di indirizzo sui problemi legati all'incontinenza urinaria e fecale”, in cui sono previste le modalità alle quali ogni regione italiana dovrà attenersi, nel presente documento non è stato inserito questo argomento specifico rimandandolo a successivi atti coerenti con gli indirizzi nazionali. Ritenendo comunque, che nelle more delle indicazioni nazionali legate alle problematiche dell'incontinenza urinaria e fecale, queste attività possano essere svolte appropriatamente presso le strutture ambulatoriali che hanno in carico l'assistenza alle persone con stomie.

Introduzione

Il confezionamento di una enterostomia o di una urostomia comporta una sostanziale modifica dello schema corporeo della persona e della funzione di eliminazione fecale ed urinaria, che coinvolge non solo la sua integrità fisica ma anche psicologica. Inoltre, la persona stomizzata incontra, soprattutto nelle prime fasi, numerose difficoltà nella gestione della stomia, nell'alimentazione e nella organizzazione delle proprie attività di vita quotidiana. La specificità dei bisogni di tali assistiti è estremamente particolare dal punto di vista assistenziale, clinico, organizzativo e dall'impatto che tali bisogni hanno su tutto il sistema socio/sanitario.

Particolare attenzione deve essere posta per le persone affette da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) che per le loro necessità richiedono modalità assistenziali specifiche, pur all'interno delle strutture ospedaliere e ambulatoriali preposte alla cura delle stomie. Per queste persone dovranno essere previsti percorsi di cura, dopo il confezionamento della stomia, strettamente interconnessi con le strutture organizzative che si occupano delle MICI nella rete assistenziale regionale.

Prima di procedere alla stesura del presente documento, il gruppo di lavoro ha eseguito un'analisi comparativa dello "stato dell'arte" delle modalità organizzative dell'assistenza alle persone con stomia nei diversi contesti territoriali della regione Toscana. In particolare sono stati indagati il layout tecnologico, la struttura organizzativa, il personale coinvolto e la relativa formazione specifica posseduta dall'équipe, i protocolli/istruzioni operative e le modalità presenti per la gestione del "percorso stomie".

Dall'analisi è emersa ampia diversità nell'esplicare i relativi percorsi e carenza di sistemi di monitoraggio delle performance.

Pertanto, al fine di favorire lo sviluppo di un sistema integrato ed omogeneo di assistenza, riabilitazione e rieducazione, che sia efficace, uniforme e liberamente accessibile sull'intera area territoriale della Toscana, è stato ritenuto necessario lavorare nell'ambito di "percorsi assistenziali nelle reti di cura" in grado di dare risposte appropriate, eque e di qualità, con definizione della sequenza spaziale e temporale delle attività che devono essere svolte dai diversi professionisti nella continuità assistenziale coerente con i bisogni delle persone portatori di stomie.

Tutto questo anche tenendo conto che i costi diretti e indiretti sostenuti dalle persone e dal Sistema Sanitario sono rilevanti. Nell'anno 2018 in Regione Toscana la spesa complessiva per gli ausili per stomia è stata di euro 7.355.207 per 6947 assistiti (dati relativi alla erogazione di assistenza integrativa).

Già con la DGRT 506/2008 erano stati dati indirizzi alle Direzioni delle Aziende Sanitarie affinché fosse garantita l'applicazione del percorso assistenziale ai portatori di stomia, attraverso la Rete Assistenziale. Con il presente atto viene ribadito questo concetto, specificandone la struttura costituita da ambulatori dedicati all'assistenza dei cittadini portatori di stomia, distribuiti nella rete assistenziale tenendo conto della casistica e del contesto territoriale specifico.

Sarà compito delle Direzioni Aziendali identificare almeno un ambulatorio per ogni Azienda (AUSL e/o AOU) che svolga anche funzioni di coordinamento degli ambulatori della rete di propria competenza.

Scopo del documento

Il presente documento intende uniformare il percorso clinico assistenziale del paziente stomizzato, a livello ospedaliero e territoriale, individuando specifici ambiti di intervento e singoli momenti assistenziali e riabilitativi, al fine di:

- definire le responsabilità ed il livello di integrazione dei professionisti coinvolti nella cura dei pazienti;
- garantire l'appropriatezza clinica e organizzativa e la sicurezza dei pazienti;
- garantire il rispetto degli standard definiti dalle migliori evidenze scientifiche;
- definire un sistema di monitoraggio di processo e di esito.

Campo di applicazione

Il documento è destinato a tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura delle persone a cui è stata confezionata una entero-stomia o una uro-stomia.

Il documento contiene anche elementi informativi (per il cittadino/utente) e formativi (per il personale sanitario) a garanzia di un percorso di qualità ad espressione di completa presa in carico della persona con stomia.

Ambulatorio Assistenza Stomizzati e Ambulatorio con funzioni di Coordinamento

Ambulatorio Assistenza Stomizzati

L'ambulatorio deve garantire l'adozione e l'applicazione del percorso di cura e riabilitazione della persona con enterostomia o urostomia attraverso un team multidisciplinare e interprofessionale mediante:

- il costante coordinamento tra le professionalità coinvolte tra cui un chirurgo colo-proctologo e/o urologo con funzioni di responsabile clinico, un infermiere con competenze avanzate (esperto) in stomaterapia con funzioni di responsabilità organizzativa-gestionale e assistenziale, con la collaborazione delle Associazioni delle persone con stomia presenti sul territorio;
- l'informazione e colloquio sulla diagnosi e sulla tipologia dell'intervento e sulle tecniche di scelta della stomia in funzione dell'indicazione chirurgica specifica;
- il monitoraggio pre e post-operatorio in pazienti con entero-uro-stomie;
- le consulenze in tutti i reparti nei quali la persona con stomia sia presa in carico;
- la valutazione nel periodo post-operatorio con indicazioni ai fini della gestione della stomia;
- la consegna in prova, per il primo periodo (circa 7 giorni dal momento della dimissione) di un'ampia gamma di dispositivi per stomia tra le diverse tipologie prescrivibili, selezionata dall'infermiere con competenze avanzate in stomaterapia fra quelli appropriati alla cura corretta della stomia (stoma-care), allo scopo di coniugare i bisogni, la compatibilità fisica e biologica del paziente con la specificità dei dispositivi medici, al fine di garantire appropriatezza, efficacia, efficienza, nonché il rispetto del diritto della persona con stomia;
- consegna depliant associazione A.S.Tos. per attivazione supporto psicologico e pratico per neo-stomizzati;
- il coinvolgimento dei familiari o delle persone indicate dal paziente, nell'educazione alla gestione della stomia, nonché al riconoscimento precoce di eventuali complicanze;
- l'assistenza protesica mediante forme di erogazione che permettano la più facile accessibilità da parte dell'utente nel rispetto della prescrizione;
- il programma riabilitativo orientato alla corretta gestione dello stoma nel tempo, anche in relazione alle implicazioni di carattere sociale in collaborazione con associazioni di volontariato di persone con stomia;
- il monitoraggio di indicatori di processo ed esito.

I professionisti che operano all'interno dell'Ambulatorio Assistenza Stomizzati, garantiscono la massima personalizzazione del percorso assistenziale, la scelta delle protesi per stomie, nell'ambito di un elenco ampio, rappresentativo di tutte le esigenze, il rispetto della privacy e la pianificazione condivisa delle cure (DDL n. 2801 art.5 del 20/04/17) e un'adeguata consulenza ai pazienti.

È necessario che siano disponibili applicativi software integrati nel sistema informativo aziendale utili ad alimentare il flusso di informazioni da inviare all'ambulatorio con funzioni di coordinamento.

Nel programma riabilitativo deve essere presente di norma:

- l'addestramento sulle modalità di irrigazione;
- i consigli alimentari;
- gli interventi educativi agli utenti ed ai familiari;
- la gestione dei dispositivi;
- la gestione del tutore ureterale nel cambio del dispositivo;
- il materiale informativo disponibile e specifico delle diverse possibilità di stomia confezionate;
- controlli ambulatoriali per il monitoraggio nel tempo della stomia per prevenire complicanze a lungo termine e/ trattamento di complicanze in atto; eventuale controllo in stretto rapporto con il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
- il follow-up della patologia primaria, quando la persona non sia presa in carico dall'oncologia;
- le consulenze psicologiche individuali, di coppia, alla famiglia o a gruppi di pazienti (ove necessario).

All'interno delle attività ambulatoriali devono essere garantite le più ampie informazioni riguardanti il percorso di cura, le norme di riferimento sulla privacy e sul consenso informato che implica il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informato in modo completo, aggiornato e comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.

Ambulatorio con Funzioni di Coordinamento

Ogni azienda sanitaria (AUSL / AOU) dovrà garantire la presenza di un **Polo/Ambulatorio con funzioni di coordinamento** della rete degli ambulatori di assistenza stomizzati situati nella stessa Area Vasta, che, oltre alla gestione organizzativa e clinico-assistenziale delle persone con stomie, si fa carico della raccolta dei dati delle attività degli ambulatori di propria competenza. Deve inoltre garantire e facilitare il flusso di dati necessari ad alimentare il database dell'Osservatorio Regionale. A questo scopo è necessario che l'Ambulatorio con funzioni di Coordinamento abbia un adeguato supporto amministrativo.

L'ambulatorio assistenza stomizzati dell'AOU Meyer dovrà avere funzioni di coordinamento di livello regionale.

Conferenza annuale e data base

È necessaria l'adozione di un database di monitoraggio, il cui flusso informativo alimentato dai singoli ambulatori, dovrà confluire in un "Database Regionale", finalizzato alle attività di governance della rete assistenziale regionale per le persone con stomia, anche per la funzione di monitoraggio periodico degli indicatori relativi all'applicazione del presente documento (vedi).

Per il monitoraggio dei dati coinvolgimento di ARS anche per la programmazione di una conferenza annuale per la presentazione dei dati alle AA.SS., con la partecipazione degli attori coinvolti nel PDTA regionale e con la collaborazione di A.S.Tos. In tale occasione saranno indicati gli indirizzi prioritari per l'anno successivo.

Professionisti e figure coinvolte nel percorso assistenziale

- **Medico di Medicina Generale o Pediatra di famiglia**
- **Chirurgo colo-proctologo / Urologo Specialista Ospedaliero**
- **Infermiere con competenze avanzate in Stomaterapia:** con “expertise”, ovvero che ha acquisito competenze avanzate grazie a percorsi formativi specifici e ad attività clinico-assistenziali svolte sul campo
- **Infermieri di Comunità:** per la presa in carico delle persone con stomia e non autosufficienti e/o affetti da altre comorbidità, in sinergia e con riferimento alle strutture Ambulatoriali di competenza
- **Psicologo**
- **Dietista**
- **Assistente sociale**
- **Gruppo oncologico multidisciplinare**
- **Agenzia per la continuità ospedale territorio**
- **Associazioni persone con stomia**
- **Direzioni Sanitarie Aziendali**

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E RIABILITATIVO DELLA PERSONA CON ENTEROSTOMA O UROSTOMIA

I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) sono strumenti che permettono di delineare, rispetto ad una o più patologie o ad un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno di un'organizzazione e tra organizzazioni per la presa in carico del paziente e della sua famiglia.

I PDTA rappresentano uno strumento indispensabile di "clinical governance", in quanto garantiscono equità di accesso alle cure e uniformità di comportamenti tra operatori, agevolando, nel contempo, l'appropriatezza organizzativa.

L'efficacia del PDTA è fortemente condizionata da vari fattori che intervengono a livello locale e, pertanto, affinché il modello di cura proposto sia uniforme su tutto il territorio nazionale occorrono strategie di implementazione e verifica.

Inoltre la presa in carico della persona e della sua famiglia nell'ambito della gestione integrata prevede l'inserimento di un PDTA dove, a seconda dei bisogni e delle fasi della malattia e in accordo con gli interessati, l'équipe definisce gli interventi più appropriati.

Presa in carico dopo la dimissione

Di norma la persona con stomia, sia temporanea che definitiva, rimane "in carico" presso l'ambulatorio di assistenza stomizzati della stessa struttura ospedaliera dove è stato eseguito l'intervento chirurgico, anche in relazione alla necessità del follow-up per la patologia che ha reso necessaria la costruzione dello stoma enterale o urinario, o, comunque, presso un ambulatorio specifico nella stessa Azienda Sanitaria tenendo conto anche della residenza della persona. In questo caso sarà cura della struttura ospedaliera che effettua la dimissione, tramite il proprio ambulatorio di assistenza stomizzati, mettersi in contatto con l'ambulatorio presso il quale sarà presa in carico la persona con stomia ed il suo MMG.

Presso l'ambulatorio saranno svolte tutte le attività strutturate nel percorso di follow-up, sintetizzate nello schema precedente e previste nel piano terapeutico e in collaborazione con il medico di medicina generale curante.

Nei casi in cui la persona con stomia non sia in grado di gestire le attività di controllo previste dovrà essere attivata la presa in carico domiciliare mediante l'Agenzia di continuità assistenziale (ACOT) in accordo con il MMG e l'Infermiere di comunità ed in centro ambulatoriale di riferimento.

Il percorso assistenziale si sviluppa attraverso le seguenti fasi:

- Fase pre-operatoria
- Fase intra-operatoria
- Fase post-operatoria
- Fase follow-up

FASE PRE-OPERATORIA

OBIETTIVI DELLA FASE

Effettuare una valutazione multidisciplinare e multiprofessionale completa del paziente e della famiglia, al fine di identificare correttamente i bisogni reali e potenziali, pianificare gli interventi clinici assistenziali impostando un piano di cura personalizzato orientato alla realizzazione di obiettivi di salute a breve, medio e lungo termine, fornendo tutto il supporto necessario, partendo dalle informazioni per il consenso e la pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il personale curante.

DETTAGLIO ATTIVITÀ DELLA FASE

Attività	Responsabile	Interfacce	Strumenti
Valutazione dei criteri di ingresso per l'inserimento nel PDTA	Specialista chirurgo o urologo della AS di riferimento	Infermiere esperto in stomaterapia	- Visita - Esame clinico - Sistema informatizzato
Valutazione specialistica Approfondimenti e valutazioni diagnostico/terapeutico	Specialista medico	-Altri professionisti OM -Palliativista -Ambulatorio stomizzati -Associazione di persone con stomia	- Esame clinico - Sistema informativo aziendale
Inserimento in lista operatoria e invio richiesta all'ambulatorio stomizzati	Medico della presa in carico della persona con stomia	-Infermiere setting assistenziale - Infermiere ambulatorio stomizzati -Altri professionisti (anestesista, etc.)	- Sistema informativo aziendale (gestione e monitoraggio del percorso chirurgico)
Presa in carico multidisciplinare a) colloquio con paziente e caregiver per illustrare percorso e modalità intervento. b) Anamnesi ed esame obiettivo c) Valutazione multidimensionale d) Valutazione del coping e adattamento, percezione dell'immagine corporea, compromissione della qualità della vita. e) Educazione all'autocura (Livello di prova: II; Forza della raccomandazione: A)	Medico e/o Infermiere Ambulatorio stomizzati Infermiere e/o medico	-Caregiver -Team assistenziale del setting di cura -Altri professionisti in consulenza -Psicologo -MMG/Pediatra -Palliativista	- Consenso - Scheda di registrazione (da impostare per tutto il percorso)
Stoma Siting a) Valutazione dell'anatomia per identificazione punti di repere (Livello di prova: III; Forza della raccomandazione: A)			

Stoma Siting

È diritto di ogni persona con stomia quello di “avere una stomia ben confezionata e situata in una posizione appropriata in modo che possa essere adeguatamente gestita”.

La scelta della sede più idonea per allestire uno stoma ossia si concretizza nel **disegno preoperatorio della stomia stessa**.

Il raggiungimento di una soddisfacente qualità di vita per le persone stomizzate è lo scopo ultimo dell'attività del team sanitario multiprofessionale che si prende carico di diversi aspetti: eliminare/controllare la sintomatologia legata alla malattia, prevenire/ridurre le complicanze post-operatorie, favorire il self management dello stoma e della patologia di base (se ancora presente). 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,
- 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.

Le associazioni di infermieri stomaterapisti hanno da tempo individuato nei primi due punti sopra elencati, le fasi che nel percorso riabilitativo della persona con stomia influiscono profondamente sull'adattamento alla presenza di questo nuovo organo. Si tratta di una tecnica che costituisce il primo passo verso il processo di riabilitazione della persona con stomia. Va attuata preoperatoriamente e consiste essenzialmente nella selezione del sito di posizionamento dello stoma. In tale occasione è possibile anche instaurare un rapporto di fiducia con il paziente (e la sua famiglia) che consenta di:

- a) valutare le sue conoscenze sulle motivazioni dell'intervento e del confezionamento di uno stoma;
- b) valutare le sue caratteristiche fisiche e i suoi bisogni psicologici (che possono incidere sulla scelta della sede della stomia);
- c) iniziare un percorso educativo finalizzato all'autonomia nella gestione del nuovo organo.

Mediante l'osservazione e la valutazione della conformazione addominale e delle sue modifiche al variare di postura, si vuole individuare un'area cutanea abbastanza ampia e pianeggiante (priva cioè di cicatrici, ferite e pliche cutanee) e lontana da strutture anatomiche come le salienze ossee, l'ombelico e la linea alba, che consenta:

- l'applicazione del sistema di raccolta in modo funzionale al contenimento delle deiezioni e alla prevenzione di distacchi improvvisi e ripetuti del dispositivo che possono compromettere non solo l'integrità cutanea ma soprattutto la vita di relazione e l'autostima;
- la prevenzione di alcune complicanze stomali come l'ernia peristomale, la retrazione, il prolasso e le lesioni cutanee peristomali;
- un rapido recupero dell'autonomia e dell'autostima del paziente.

Per quanto riguarda gli outcomes postoperatori, la scelta del punto di confezionamento dello stoma rappresenta, insieme all'educazione e alla tecnica chirurgica, una delle variabili che possono essere controllate dal personale sanitario.

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 cecostomie nel quadrante inferiore destro così come le uretero-ileo-cutaneostomie. Per favorire il coping e l'adattamento al nuovo organo si dovrebbe preferire una posizione al di sotto dell'ombelico, anche per quelle derivazioni enterali che interessano il colon trasverso. Si dovrebbe evitare la vicinanza a salienze ossee, pliche cutanee, cicatrici pregresse, incisioni chirurgiche per favorire l'adesione dell'ausilio stomale, sostenere il self-care e la riabilitazione post-operatoria.

Il confezionamento dello stoma all'interno del muscolo retto previene alcune complicanze stomali come l'ernia peristomale, il prolasso e la retrazione.

La scelta della sede stomale deve tener conto anche della situazione clinica, della presenza di alcuni handicap, e delle preferenze del paziente. Di fronte a persone obese, cachettiche o che vivono su una sedia a rotelle si devono prendere in considerazione altre opzioni (come per esempio preferire i quadranti addominali superiori per posizionare lo stoma) per permettere la visione diretta dello stoma e quindi l'autonomia gestionale.

È importante valutare la conformazione addominale in diverse posizioni, distesa, seduta ed eretta, per individuare più facilmente le zone non idonee al confezionamento dello stoma.

L'abboccamento 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, e alla sommità delle pliche di grasso che ben si visualizzano in posizione seduta.

Un altro modo per individuare la posizione corretta della stomia consiste nel tracciare un triangolo tra ombelico, spina iliaca antero-superiore e il pube e quindi scegliere come sede il punto centrale della figura così ottenuta che viene definita "triangolo della stomia".

FASE INTRA-OPERATORIA

OBIETTIVI DELLA FASE

Confezionare la stomia e garantire assistenza, prevenzione e monitoraggio delle complicanze precoci, con indicazione se la stomia è a carattere temporaneo o permanente.

DETTAGLIO ATTIVITÀ DELLA FASE

Attività	Responsabile	Interfacce	Strumenti
Confezionamento della stomia e prevenzione delle complicanze precoci	Chirurgo o urologo	-Specialisti -Team clinico assistenziale del reparto di provenienza	▪ Software gestione del percorso chirurgico ▪ Check list operatoria ▪ Consenso
Assistenza finalizzata alla prevenzione delle complicanze precoci. a) Applicazione delle procedure finalizzate alla prima medicazione della stomia b) Monitoraggio dell'insorgenza di complicanze (perdite ematiche, muco, condizioni dello stoma, ecc.) (Livello della prova: VI. Forza della raccomandazione: A)	Infermiere del blocco operatorio	-Specialisti -Team clinico assistenziale del reparto di provenienza	▪ Software gestione del percorso chirurgico ▪ Cartella clinica elettronica

FASE POST-OPERATORIA

OBIETTIVI DELLA FASE

Garantire il costante monitoraggio delle condizioni cliniche dell'assistito, con particolare attenzione alla condizione della mucosa stomale, cute peristomale, giunzione muco – cutanea al fine di evitare l'insorgenza di complicanze precoci.

Implementare un piano di educazione terapeutica personalizzato per il paziente e caregiver al fine di massimizzare i livelli di autocura.

DETTAGLIO ATTIVITÀ DELLA FASE

Attività	Responsabile	Interfacce	Strumenti
Assistenza finalizzata alla prevenzione delle complicanze precoci. a) Applicazione delle procedure finalizzate alla gestione della stomia (procedura stoma care) b) Monitoraggio dell'insorgenza di complicanze (perdite ematiche, muco, condizioni dello stoma, ecc.) (Livello della prova: VI. Forza della raccomandazione: A)	Infermiere con competenze avanzate in stomaterapia e infermiere di setting assistenziale	-Specialisti -Team clinico assistenziale del reparto di degenza	▪ Procedura stoma care ▪ Cartella Clinica Elettronica ▪ Vedi allegato "Stoma Care"
Impostare programma educativo finalizzate all'acquisizione di abilità: a) nella gestione autonoma dei dispositivi protesici b) nel riconoscimento delle complicanze c) nella corretta assunzione dei farmaci e adesione alle indicazioni alimentari (Livello della prova: VI. Forza della raccomandazione: A)	Infermiere con competenze avanzate in stomaterapia e Infermiere di setting assistenziale	-Team assistenziale del reparto di degenza	▪ Cartella Clinica Elettronica ▪ Vedi allegato Brochure/Depliant
Attivare consulenze specialistiche	Medico setting assistenziale	-Team assistenziale del reparto di degenza -Consulenti	▪ Cartella Clinica Elettronica
Pianificazione delle dimissioni a) Avviare procedura di " timely discharge ", prevedendo un supporto domiciliare (Livello della prova: II. Forza della raccomandazione: A) b) Consegna dei presidi in prova c) Consigliare il supporto fornito dall'associazione pazienti portatori di stomia.	Medico setting assistenziale e Infermiere di percorso/processo nel setting ed Infermiere con competenze avanzate in stomaterapia	-Team assistenziale del reparto di degenza -Agenzia continuità assistenziale -MMG/pediatra -Assistenza domiciliare e caregiver -Associazione persone con stomia	▪ Cartella Clinica Elettronica

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 od intestinale.

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:

- a) mantenere le caratteristiche normotrofiche e l'integrità della cute peristomale
- b) assicurare l'adesività del dispositivo alla cute, fino alla sua sostituzione
- c) promuovere il benessere e il comfort della persona assistita
- d) promuovere l'autonomia dell'assistito/a ad effettuare lo stoma care

Di seguito viene descritta la procedura dell'igiene del complesso stomale e della sostituzione/applicazione del dispositivo di raccolta monopezzo e a due pezzi della colostomia.

La procedura rappresenta una guida per l'effettuazione della deterzione del complesso stomale, la rimozione e l'applicazione del dispositivo che può essere considerata come riferimento anche per gli altri tipi di derivazione. Potrà essere anche d'aiuto nel caso in cui non fosse disponibile del personale sanitario competente per eseguire tale procedura.

Procedura

AZIONE	RAZIONALE
<i>Lavaggio sociale delle mani.</i>	<i>Prevenire la trasmissione di microrganismi da operatore a persona assistita.</i>
<i>Predisporre il materiale. Carrello o vassoio: * Sacchetto per rifiuti * Sistema di raccolta monopezzo o a due pezzi, con sacca a fondo chiuso, con placca piana o convessa * Acqua tiepida potabile * Sapone isocutaneo (pH 5/6) o detergente privo di oli o creme * Panno carta o garze non sterili * Telo in cotone o traversa monouso * Forbici con punte arrotondate e ricurve * Calibratore di stomia * Pasta barriera * Film protettivi * Cintura regolabile (se necessaria) * Guanti monouso</i>	<i>Ottimizzare il tempo di effettuazione della procedura.</i>
<i>Informare la persona assistita sulla procedura in attuazione</i>	<i>Rispettare il diritto all'informazione. Rendere corresponsabile la persona assistita rispetto alla cura della stomia.</i>
<i>Far assumere alla persona la posizione supina o seduta</i>	<i>Facilitare l'esecuzione della tecnica.</i>
<i>Scoprire l'addome del paziente e posizionare il telo in cotone o la traversa monouso sulla parte inferiore del corpo</i>	<i>Proteggere gli indumenti da imbrattamento con le deiezioni durante le manovre di igiene e apparecchiatura della stomia.</i>

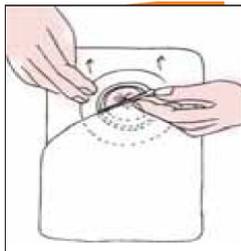
<p><i>Indossare i guanti.</i></p>	<p><i>Prevenire contaminazioni con le feci.</i></p>
<p><i>Rimuovere il sistema di raccolta dall'alto verso il basso, tendendo ed umidificando la cute peristomale con garza o panno carta bagnato con acqua tiepida.</i></p> 	<p><i>Evitare contaminazioni della cute addominale con le feci. Facilitare il distacco della placca senza danneggiare la cute.</i></p>
<p><i>Esaminare le condizioni della placca del dispositivo rimosso.</i></p>	<p><i>Rilevare lo stato di usura nella zona peristomale Rilevare se vi sono zone di infiltrazione delle deiezioni.</i></p>
<p><i>In presenza di feci sullo stoma, rimuoverle con la garza o il panno carta.</i></p>	<p><i>Evitare di contaminare le zone circostanti la stomia durante la detersione.</i></p>
<p><i>Effettuare la detersione della cute peristomale con movimenti circolari, partendo dall'esterno verso la stomia.</i></p> 	<p><i>Evitare di contaminare con le feci la zona distale della cute peristomale.</i></p>
<p><i>Asciugare la cute tamponando con garza o panno carta.</i></p>	<p><i>Garantire una efficace adesione della placca del sistema di raccolta. Evitare lesioni della zona peristomale che possono insorgere in presenza di cute umida.</i></p>
<p><i>Misurare il diametro della stomia con il calibratore.</i></p> 	<p><i>Rilevare le dimensioni della stomia.</i></p>
<p><i>Ritagliare il foro della placca uguale o maggiore di 2 mm max, rispetto alle dimensioni della stomia.</i></p>	<p><i>Proteggere la cute peristomale dal contatto con le feci. Il foro deve essere ritagliato in modo che aderisca perfettamente all'area circostante lo stoma.</i></p>
<p><i>Valutare in posizione supina e seduta il complesso stomale e il profilo addominale del paziente.</i></p>	<p><i>Rilevare variazioni morfologiche che possono richiedere l'adozione di placca convessa, pasta barriera/livellante.</i></p>
<p><i>Rimuovere la pellicola che protegge l'adesivo. In presenza di placca con anello protettivo lasciare in sede la carta che ricopre l'adesivo microporoso.</i></p>	<p><i>Evitare che l'adesivo microporoso aderisca ai guanti dell'operatore durante le manovre di applicazione del dispositivo.</i></p>

<p>Applicare la pasta livellante sulla giunzione mucocutanea o creare un anello tutto intorno al foro della placca adesiva.</p> <p>Applicare la pasta livellante sulla superficie cutanea per riempire fessure o depressioni.</p> 	<p>Eliminare il rischio di infiltrazione degli effluenti.</p> <p>Creare un area piana che favorisca il mantenimento in situ del dispositivo.</p>
<p>Lasciare asciugare la pasta livellante per circa 30 secondi.</p>	<p>Permette la completa evaporazione del solvente contenuto nella pasta e riduce il rischio di irritazione della cute.</p>
<p>Modellare la pasta con un dito o con una garza inumidita</p>	<p>Creare uno strato uniforme circostante la stomia. Livellare la zona cutanea peristomale.</p>
<p>Valutare la necessità di applicare un film protettivo sulla cute peristomale e applicarlo se necessario.</p>	<p>Isolare la pelle dal contatto con le deiezioni.</p> <p>Garantire una maggiore aderenza della placca alla cute.</p>
<p>Piegare la sacca alla base del margine inferiore del foro e farla combaciare con il bordo della giunzione mucocutanea nella parte sottostante lo stoma.</p> 	<p>Facilitare l'applicazione del sistema di raccolta. Proteggere il bordo peristomale inferiore.</p>
<p>Far aderire alla cute la placca, dal basso verso l'alto.</p> <p>Se presente rimuovere la carta che ricopre l'adesivo microporoso.</p> <p>Completare l'applicazione sfregando delicatamente i bordi, con i polpastrelli.</p>	<p>Evitare la formazione di pieghe. Garantire una buona adesione del dispositivo alla cute.</p>
<p>Rimuovere il telo di cotone o la traversa monouso.</p>	
<p>Eliminare i rifiuti, riordinare il materiale, l'ambiente e togliere i guanti.</p>	<p>Garantire le norme di igiene e sicurezza per la persona assistita e l'operatore.</p> <p>Rispettare i principi di gestione dei materiali in uso.</p>
<p>Lavaggio sociale delle mani.</p>	<p>Evitare la contaminazione tra operatore, persona assistita e ambiente.</p>

APPARECCHIATURA CON DISPOSITIVO A DUE PEZZI

<p>Rimuovere la pellicola che protegge l'adesivo.</p> <p>In presenza di placca con anello protettivo lasciare in sede la carta che ricopre l'adesivo microporoso.</p>	<p>Evitare che l'adesivo microporoso aderisca ai guanti dell'operatore durante le manovre di applicazione del dispositivo.</p>
<p>Applicare la pasta livellante sulla giunzione mucocutanea o creare un anello tutto intorno al foro della placca adesiva.</p> <p>Applicare la pasta livellante sulla superficie cutanea per riempire fessure o depressioni.</p> 	<p>Eliminare il rischio di infiltrazione degli effluenti.</p> <p>Creare un area piana che favorisca il mantenimento in situ del dispositivo.</p>
<p>Lasciare asciugare la pasta livellante per circa 30 secondi.</p>	<p>Permette la completa evaporazione del solvente contenuto nella pasta e riduce il rischio di irritazione della cute.</p>
<p>Modellare la pasta con un dito o con una garza inumidita.</p>	<p>Creare uno strato uniforme circostante la stomia.</p> <p>Livellare la zona cutanea peristomale.</p>
<p>Valutare la necessità di applicare un film protettivo sulla cute peristomale e applicarlo se necessario.</p>	<p>Isolare la pelle dal contatto con le deiezioni.</p> <p>Garantire una maggiore aderenza della placca alla cute.</p>
<p>Accostare il margine inferiore del foro della placca e farla combaciare con il margine sottostante lo stoma.</p> 	<p>Facilitare l'applicazione del sistema di raccolta.</p> <p>Proteggere il bordo peristomale inferiore.</p>
<p>Far aderire alla cute la placca, dal basso verso l'alto.</p> <p>Passare le dita all'interno dell'anello della flangia.</p> <p>Se presente rimuovere la carta che ricopre l'adesivo microporoso.</p> <p>Completare l'applicazione sfregando delicatamente i bordi, con i polpastrelli.</p> 	<p>Favorire l'adesione del dispositivo alla cute.</p> <p>Far aderire bene lo strato protettivo attorno allo stoma.</p>

Agganciare la sacca di raccolta alla flangia della placca.



Rimuovere il telo di cotone o la traversa monouso.

Accertarsi della perfetta adesione della sacca alla flangia.

Eliminare i rifiuti, riordinare il materiale, l'ambiente e togliere i guanti.

Prevenire distacchi indesiderati della sacca.

Garantire le norme di igiene e sicurezza per la persona assistita e l'operatore.

Rispettare i principi di gestione dei materiali in uso.

FASE DI FOLLOW – UP

OBIETTIVI DELLA FASE

Garantire il mantenimento di elevati livelli di salute durante il percorso riabilitativo mediante il costante monitoraggio delle condizioni cliniche dell'assistito, gestione delle complicanze a lungo termine, oltre ad ulteriori aspetti che impattano negativamente sulla qualità di vita.

DETTAGLIO ATTIVITÀ DELLA FASE

Attività	Responsabile	Interfacce	Strumenti
<p>Pianificare visite di controllo</p> <p>a) Nel periodo post-operatorio pianificare dei controlli nei primi sei mesi e una rivalutazione annuale.</p> <p>Livello della prova: III. Forza della raccomandazione: A)</p> <p>b) Per i pazienti con stomie temporanee devono essere pianificate visite di controllo e attività specifiche, prima e in previsione della ricanalizzazione (che dovrà essere programmata, possibilmente senza lista d'attesa)</p>	<p>Chirurgo colo-proctologo /Urologo</p> <p>Infermiere con competenze avanzate in stomaterapia</p>	<p>-Specialisti</p> <p>-Agenzia continuità assistenziale</p> <p>-MMG/pediatra</p> <p>-Assistenza domiciliare e caregiver</p> <p>-Associazioni di volontariato</p> <p>-Associazione dei pazienti</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedura stoma care ▪ Cartella Clinica Elettronica Ambulatoriale
<p>Assistenza finalizzata alla riabilitazione e alla prevenzione delle complicanze</p> <p>a) Proporre, se necessario, applicazione della procedura per l'irrigazione del colon a pazienti adulti selezionati dopo almeno un mese dall'intervento chirurgico (Livello della prova: III. Forza della raccomandazione: A)</p> <p>b) Riabilitazione con irrigazione colica transanale nella Sindrome della Resezione Anteriore del Retto</p>	<p>Infermiere con competenze avanzate in stomaterapia</p>	<p>-Specialisti</p> <p>-Agenzia continuità assistenziale</p> <p>-MMG/pediatra</p> <p>-Assistenza domiciliare e caregiver</p> <p>-Associazione di persone con stomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedura irrigazione colon ▪ Cartella Clinica Elettronica Ambulatoriale ▪ Tecnica della Irrigazione (Kit irrigazione)
<p>Rafforzare il programma educativo/riabilitativo finalizzate al mantenimento di abilità:</p> <p>a) ascolto, identificazioni dei problemi, controllo stomia e riconoscimento delle complicanze, programma del follow-up, documentazione e aggiornamento</p> <p>b) gestione autonoma del materiale protesico</p> <p>c) corretta assunzione dei farmaci e adesione alle indicazioni alimentari</p> <p>(Livello della prova: VI. Forza della raccomandazione: A)</p> <p>d) nel caso di pazienti con situazioni complesse la possibilità di attivare consulenze domiciliari specifiche</p> <p>e) consegnare depliant A.S.Tos.</p>	<p>Infermiere con competenze avanzate in stomaterapia</p>	<p>-Specialisti</p> <p>-Agenzia continuità assistenziale</p> <p>-MMG/Pediatra</p> <p>-Assistenza domiciliare e caregiver</p> <p>-Associazione di persone con stomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartella Clinica Elettronica Ambulatoriale

Irrigazione a scopo riabilitativo

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

Obiettivi:

- a) ottenere una continenza passiva all'emissione delle feci ed una riduzione dell'emissione dei gas
- b) promuovere il comfort e l'autonomia della persona
- c) favorire il benessere psico-fisico della persona con stomia
- d) ridurre i fattori di rischio di complicità della cute peristomale
- e) contenere i costi di gestione.

La riabilitazione della funzione intestinale, mediante irrigazione, va iniziata dopo almeno trenta giorni dall'intervento chirurgico.

L'irrigazione riabilitativa è controindicata nel periodo in cui la persona è in trattamento con terapie adiuvanti.

Sono da considerarsi fattori di esclusione per l'irrigazione a scopo riabilitativo i soggetti affetti da malattie diverticolari, malattie infiammatorie croniche del colon, megacolon, ernia parastomale, stenosi serrata del lume della stomia.

Sono da considerarsi controindicazioni relative le difficoltà visive e di movimento, l'insufficienza cardiovascolare grave, le alterazioni dello stato di coscienza, il prolasso stomale e la diarrea.

L'educazione del paziente all'effettuazione della tecnica, deve prevedere la pianificazione di almeno tre irrigazioni tutorate, e la valutazione del grado di autonomia acquisito a distanza di una settimana.

L'esecuzione della tecnica irrigativa va ripetuta con cadenza regolare, di norma ogni 48 ore, per favorire l'acquisizione della ritmicità dell'alvo.

L'assunzione di piccole quantità di cibo e/o di bevande calde, prima dell'effettuazione della pratica irrigativa, favorisce la peristalsi intestinale ed un efficace svuotamento del colon residuo.

Durante l'introduzione dell'acqua, la persona può assumere la postura eretta o seduta.

Durante l'introduzione dell'acqua, si possono manifestare sintomi quali nausea e sudorazione, secondari a stimolazioni vagali; in tal caso sospendere la manovra senza rimuovere il cono, fino alla risoluzione della sintomatologia.

Se l'irrigazione non ottiene il risultato atteso nei tempi previsti, non deve essere ripetuta prima di 24 ore.

Per quanto riguarda lo **StomaCare in ambito pediatrico** le stomie sono in prevalenza temporanee. Nella gestione pre-ricanalizzazione è previsto in alcuni casi il "ricircolo fecale" che prevede il prelievo delle feci dalla sacca di raccolta (ileostomia o feci semiliquide tipiche del neonato/lattante) mediante siringa cono-catetere e la successiva introduzione nella stomia distale tramite sonda di Nelaton raccordata alla siringa. Questo permette la valutazione della funzionalità del tratto a valle e la ripopolazione batterica dell'intestino escluso.

Irrigazione colica transanale nelle persone con sindrome della resezione anteriore del retto

La sindrome della resezione anteriore del retto (SRAR) è una condizione clinica caratterizzata da sintomi quali urgenza defecatoria, tenesmo, dolore, aumento della frequenza delle scariche, dermatiti perineali, sensazione di evacuazione incompleta, leakage, soiling, difficoltà a discriminare feci e gas. Compare nelle persone sottoposte ad intervento di resezione anteriore del retto con anastomosi colo-rettale bassa e ultrabassa. La comparsa della sindrome coincide con lo sviluppo della chirurgia sphincter-saving, con il risparmio cioè degli sfinteri anali e il ripristino della continuità intestinale. Circa il 90% delle persone con neoplasia rettale oggi viene sottoposta a resezione anteriore del retto, nel restante 10% la patologia risulta talmente invasiva da richiedere l'escissione addomino-perineale del retto con confezionamento di uno stoma permanente.

L'impiego della terapia neo-adiuvante e lo sviluppo delle suturatrici meccaniche ha permesso di ridurre la massa tumorale, e quindi di ridurre la quantità di tessuto da asportare in sicurezza oncologica, e di compiere delle anastomosi colon-rettali o colon-anali basse ossia al di sotto dei 4 cm dal margine anale. Spesso il chirurgo ricorre al confezionamento di una enterostomia temporanea per favorire la guarigione delle anastomosi e prevenirne la deiscenza. Il successivo ripristino della continuità intestinale spesso esita però in alterazioni funzionali delle strutture deputate al controllo della defecazione: le manifestazioni di queste alterazioni fanno parte della suddetta SRAR.

La sintomatologia che caratterizza la SRAR è maggiormente presente nei primi mesi successivi alla ricanalizzazione intestinale, ossia alla chiusura dell'enterostomia di protezione, e si va attenuando con il tempo ma permane in circa un terzo delle persone operate con grave compromissione della qualità di vita. È facile intuire che da questa situazione consegue una sofferenza sia delle attività diurne (talvolta rende difficile la ripresa del lavoro) che del riposo notturno, con grave compromissione dello stato generale psichico, fisico e relazionale.

Sono stati condotti alcuni studi su specifiche strategie riabilitative, sia non invasive, come ad esempio l'irrigazione transanale, la dieta, i farmaci/integratori e il biofeedback, che invasive, ovvero l'elettrostimolazione del plesso nervoso sacrale. Tra le metodiche non invasive, mentre l'irrigazione transanale può essere facilmente eseguita ed appresa, il biofeedback richiede la competenza specialistica di personale sanitario oltre che la disposizione di apparecchiature elettromedicali dedicate non sempre rintracciabili entro le aziende sanitarie locali.

In Italia è stato realizzato uno studio pilota (Calandrino V., Madrigali S., 2009), tra il 2007 e il 2009, che ha utilizzato l'irrigazione transanale come metodica principe per migliorare la qualità di vita delle persone con SRAR. I risultati presentati nel 2009 al corso annuale di aggiornamento dell'associazione A.I.O.S.S (Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia) hanno evidenziato, nel gruppo sottoposto al trattamento, un livello di benessere paragonabile a quello delle persone che non avevano manifestato alcun disturbo funzionale all'evacuazione.

La tecnica irrigativa può fornire una valida alternativa fin dalle prime settimane dopo la chiusura della stomia di protezione. Per essere attuata non necessita di macchinari costosi, non ci sono lunghe liste d'attesa: è sufficiente il bagno, un irrigatore e la competenza di un infermiere stomaterapista.

Il meccanismo su cui basa la sua efficacia è semplice: liberare il colon dal suo contenuto prima che venga evacuato spontaneamente, utilizzando acqua tiepida potabile e un cono atraumatico opportunamente lubrificato.

La tecnica dell'irrigazione è stata utilizzata anche nelle persone sottoposte a graciloplastica: la persona viene addestrata alla tecnica prima della chiusura della stomia di protezione in modo che successivamente sia in grado di effettuarla validamente.

Non sono evidenti in letteratura danni provocati alle strutture anatomiche coinvolte utilizzando l'irrigazione transanale avvalendosi di un irrigatore per colostomizzati.

Tempo 0: 21^a-30^a giornata post-ricanalizzazione

Azioni:

- accertamento
- addestramento auto-irrigazione (consegna procedura auto-irrigazione)

Tempo 1: 60^a giornata post-ricanalizzazione

Azioni:

- valutazione della competenza del paziente nell'eseguire l'irrigazione
- valutazione della necessità di rinforzi educativi
- accertamento

Tempo 2: 90^a giornata post-ricanalizzazione

Azioni:

- valutazione della competenza del paziente nell'eseguire l'irrigazione
- valutazione della necessità di rinforzi educativi
- accertamento

I pazienti con questa sintomatologia devono essere indirizzati ai Centri di Riabilitazione Stomizzati ed Incontinenti.

Attività ambulatoriale assistenziale e riabilitativa delle persone con urostomia.

Per i pazienti sottoposti a cistectomia radicale con derivazione urinaria incontinente (uretero-cutaneo-stomia -UCS- e uretero-ileo-cutaneo-stomia -UICS-) il primo step è il colloquio preoperatorio, rappresenta un momento fondamentale per la preparazione del paziente all'intervento e alla successiva riabilitazione. Il secondo step è il disegno preoperatorio, con questa procedura vengono eliminate la maggior parte delle complicanze urostomali possibili.

Nei casi di UCS o ureterocutaneostomia in 2°/3° giornata vengono posizionati per la prima volta i presidi urostomali anche se sarebbe auspicabile che questo avvenisse in sala operatoria.

In 4°/5° giornata viene fornita una prima istruzione dello "stomacare" al paziente e al caregiver.

Nel caso di neovescica ortotopica (quindi con derivazione continente) prima della dimissione devono essere fornite indicazioni per la gestione e la riabilitazione del nuovo serbatoio.

Alla dimissione del paziente con urostomia lo Specialista Urologo indica il programma di follow-up e le modalità di sostituzione dei tutori ureterali tenendo conto delle caratteristiche di ogni singolo paziente ed in particolare della eventuale necessità del controllo radiologico.

In tutti i casi da parte dell'Infermiere con competenze avanzate in stomaterapia, alla dimissione, con la presentazione della lettera per la continuità assistenziale, viene effettuato lo "stomacare" con la consegna dei primi presidi urostomali e vengono fornite le indicazioni dei controlli di follow-up, con la data per la prima sostituzione dei tutori ureterali nelle UCS e del primo controllo per le UICS. Le sostituzioni dei tutori vengono eseguite, di norma, nell'ambulatorio assistenza stomizzati. In alcuni casi, a giudizio dell'Urologo, la prima sostituzione dei tutori ureterali può essere effettuata sotto controllo "scopico" in sala radiologica.

La visita di controllo delle UICS avviene, di solito, dopo i primi 3 mesi.

Addestramento all'autocateterismo

Per eseguire l'addestramento occorre motivare il paziente o il caregiver sul principio fondamentale che questa manovra non deve sostituire la minzione ma deve essere effettuata sempre dopo il tentativo di minzione naturale.

In pazienti portatori di catetere vescicale occorre verificare se la manovra viene eseguita correttamente altrimenti si deve riposizionare il catetere a permanenza.

L'autocateterismo deve essere effettuato con l'impiego di presidi sterili, osservando i principi igienici fondamentali ("no touch").

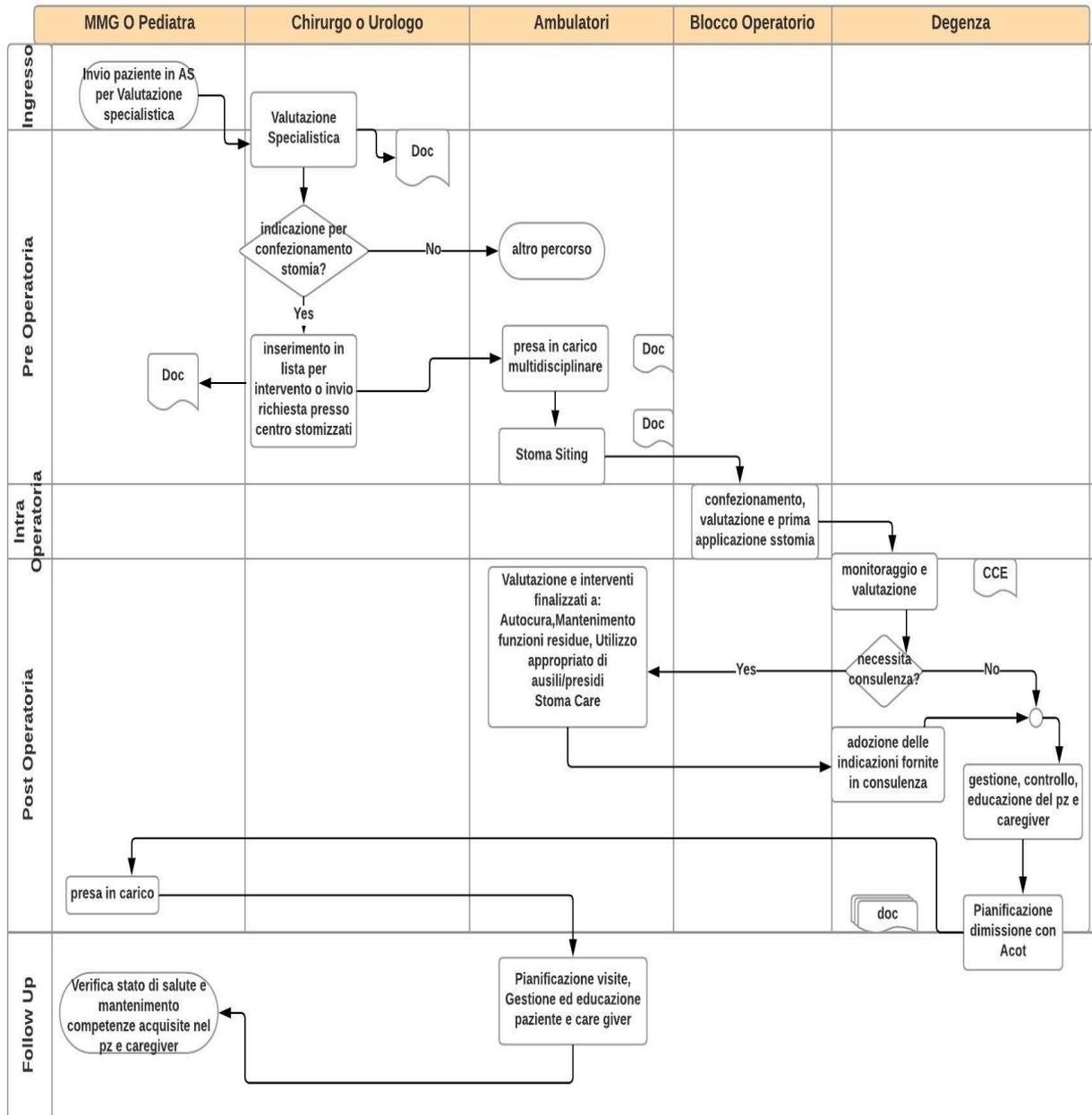
Nell'uomo per facilitare l'attraversamento della prostata si possono usare cateteri da autocateterismo con punta "Tieman".

Nella donna la difficoltà è rappresentata dall'individuare il meato uretrale esterno per cui è fondamentale l'ausilio di uno specchio, con una mano esporre visibilmente il meato e con l'altra eseguire la manovra di introduzione del catetere.

In entrambi i casi è necessaria sempre l'igiene delle mani e dei genitali.

Quando l'addestramento ha esito positivo il paziente viene educato a tenere un diario minzionale per valutare successivamente l'efficacia e il numero giornaliero degli autocateterismi.

Percorso Paziente Stomizzato Flow Chart



Indicazione all'utilizzo dei DM per i pazienti con stomia

È necessario che l'uso degli ausili, nell'ambito di un repertorio il più ampio possibile reso disponibile dalle procedure di acquisizione di ESTAR, sia sempre correlato alla loro appropriatezza facendo riferimento alla necessità della singola persona e del "piano terapeutico".

Il materiale disponibile deve essere contenuto nel repertorio dei prodotti aggiudicati nella procedura regionale di acquisizione secondo i criteri dell'appropriatezza d'uso e delle indicazioni del DPCM n.15 del 12 gennaio del 2017. In particolare le indicazioni contenute nell'art. 10 "Assistenza integrativa"; nell'art. 11 "Erogazione di dispositivi medici monouso" e nell'art. 12 "Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso" (di cui all'allegato 2 "Ausili monouso" e all'allegato 11 "Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso").

Art. 11 "Erogazione di dispositivi medici monouso"

- *comma 2: "... su prescrizione del medico specialista effettuata sul ricettario standardizzato del Servizio sanitario nazionale. È fatta salva la possibilità per le regioni e le province autonome di individuare le modalità con le quali la prescrizione è consentita ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta ed ai medici dei servizi territoriali."*

Allegato 11 "Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso"

Art. 1 "Procedura di erogazione"

- *"La prescrizione dei dispositivi, effettuata sul ricettario standardizzato del Servizio sanitario nazionale, riporta la specifica menomazione e disabilità, i dispositivi necessari e appropriati inclusi nel nomenclatore allegato 2 al presente decreto e i relativi codici identificativi, nonché la quantità indicata per il periodo intercorrente fino alla successiva visita di controllo e comunque per un periodo non superiore ad un anno, ferme restando le quantità massime mensili indicate dal nomenclatore stesso. Nell'indicazione del fabbisogno, la primaprescrizione tiene conto dellaeventuale necessità di verificare l'idoneità dello specifico dispositivo prescritto alle esigenze del paziente....."*
- *In attesa dell'istituzione del repertorio di cui all'articolo 1, comma 292, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, per l'erogazione delle prestazioni che comportano la fornitura dei dispositivi monouso di cui al nomenclatore allegato 2, le regioni e le aziende sanitarie locali stipulano contratti con i soggetti aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto espletate secondo la normativa vigente.*
- *Nella valutazione delle offerte le regioni e le aziende sanitarie locali adottano criteri di ponderazione che garantiscano la qualità delle forniture, la capillarità della distribuzione e la disponibilità di una gamma di modelli idonei a soddisfare le specifiche esigenze degli assistiti. Le regioni e le aziende sanitarie locali possono adottare modalità alternative per l'erogazione delle suddette prestazioni che, a parità di oneri, garantiscano condizioni di fornitura più favorevoli per l'azienda sanitaria locale o per gli assistiti, anche attraverso la stipula di specifici accordi con soggetti autorizzati alla vendita.*
- *Per l'erogazione degli ausili per stomia di cui alla classe 09.18 del nomenclatore allegato 2 al presente decreto, le regioni adottano modalità di acquisto e di fornitura che garantiscano agli assistiti la possibilità di ricevere, secondo le indicazioni cliniche a cura del medico prescrittore, i prodotti inclusi nel repertorio più adeguati alle loro specifiche necessità e assicurano la funzione di rieducazione specifica."*

È possibile l'impiego di dispositivi ad uso gratuito ("campioni") purché riferibili a prodotti "aggiudicati" e tracciati secondo la procedura di autorizzazione aziendale.

L'uso di prodotti "innovativi" (anche se forniti ad uso gratuito) saranno fruibili solo nell'ambito di un percorso valutativo ad hoc indicato dalla Regione.

La prescrizione ha validità fino alla successiva visita di controllo per la valutazione del complesso stomale, presso le strutture ambulatoriali preposte all'assistenza delle persone con stomia, e comunque per un periodo non superiore a 12 mesi.

Il piano terapeutico può essere modificato ogni volta che ci siano motivazioni cliniche che giustifichino variazioni delle modalità assistenziali.

La prescrizione degli ausili e accessori per stomia è effettuata da parte di un Medico (con le DGRT 399/2008 e 1313/2015 e con i relativi decreti attuativi n. 2780/2008 e n. 4028/2016, Regione Toscana aveva già dato indicazioni per la possibilità prescrittiva sia da parte dei medici specialisti dipendenti o convenzionati con il SSN, che da parte dei medici di medicina generale) mediante un piano terapeutico nel rispetto delle diverse fasi del percorso assistenziale, sottolineando che linee guida e consensus di esperti riportano la necessità della competenza agita dall'Infermiere con competenze avanzate ("esperto") in stomaterapia, anche per verificare l'idoneità del dispositivo prescritto alle specifiche esigenze del singolo paziente (appropriatezza clinica ed organizzativa), all'interno del piano terapeutico.

Nella prescrizione deve essere indicata:

- la specifica menomazione;
- i dispositivi necessari ed appropriati inclusi nell'elenco di quelli aggiudicati nelle procedure di acquisto regionali;
- i relativi codici identificativi;
- la quantità indicata per il "periodo di prova" e poi per le successive prescrizioni.

Le attività del percorso assistenziale e riabilitativo delle persone con stomia dovranno avvenire utilizzando codifiche specifiche comprensive anche di quelle relative all'espletamento dell'assistenza infermieristica stomaterapica.

Indicatori di monitoraggio

Requisiti organizzativi:

- presenza di un Ambulatorio con funzioni di coordinamento (almeno 1 per Area Vasta);
- presenza di Ambulatorio Assistenza Stomizzati (1 per zona, es: per Struttura Operativa);
- presenza di un nomenclatore aderente alle linee di appropriatezza nell'utilizzo dei DM per stomia indicate dalla Regione Toscana.

INDICATORI DI MONITORAGGIO PERCORSO STOMIE						
	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Standard	Frequenza rilevazione	Responsabile
	% persone con stomia prese in carico dall'Ambulatorio assistenza Stomizzati	N° totale delle persone con stomia dimesse	N° delle persone con stomia prese in carico dall'Ambulatori o assistenza Stomizzati	100%	Semestrale	Ambulatorio con funzioni di Coordinamento
INDICATORI DI MONITORAGGIO	% dimissioni di assistiti stomizzati <u>non autosufficienti</u> pianificate con l'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio (ACOT)	N.° dimissioni di assistiti stomizzati <u>non autosufficienti</u> pianificate con l'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio	N. totale dimissioni di assistiti stomizzati non autosufficienti	≥ 80%	Semestrale	Ambulatorio con funzioni di Coordinamento
	Aderenza alle linee di appropriatezza all'utilizzo dei Dispositivi Medici per stomia indicate dalla RT * DGRT 506/08 e DPCM 12/01/17	N. di pazienti dimessi con Piani Terapeutici personalizzati, caratterizzati da DM appropriati	N. totale di pazienti dimessi dopo confezionamento di stomia	≥90%	Semestrale	Ambulatorio con funzioni di Coordinamento
	Implementare i percorsi di integrazione ospedale territorio in ottica di continuità assistenziale	N. corsi di formazione erogati agli operatori sanitari dei servizi territoriali relativi al percorso stomie	N. totale corsi di formazione attivati annualmente	≥75%	Annuale	Regione Toscana
	Gli Ambulatori Assistenza Stomizzati forniscono i flussi informativi al "Polo" Ambulatoriale con funzioni di Coordinamento * n°pazienti, consulenze, D.M. utilizzati, etc.	N. Centri Assistenza Stomizzati che forniscono i loro flussi informativi al "Polo" Ambulatoriale con funzioni di Coordinamento	N. totale Centri Assistenza Stomizzati	≥95%	Semestrale	Osservatorio Regionale

Raccomandazioni

L'Organismo Toscano per il Governo Clinico raccomanda che il documento allegato sia utilizzato per i successivi atti di indirizzo del Sistema Sanitario Regionale.

In particolare per quanto riguarda i seguenti punti:

- Che sia utilizzato da Estar per la nuova procedura di acquisizione “regionale” del materiale per stomie.
- Che i “percorsi assistenziali nelle reti di cura” per le persone con stomia siano inseriti nella nuova organizzazione del SSR per area vasta, tenendo conto delle specificità delle diverse realtà territoriali, mantenendo al centro la “specificità dei bisogni” delle persone con stomia.
- Che siano strutturati i presidi ambulatoriali di assistenza e riabilitazione alle persone con stomia con il compito di garantire l'adozione e l'applicazione dei percorsi assistenziali mediante un team multidisciplinare e interprofessionale con un coordinamento costante tra le professionalità coinvolte tra cui un chirurgo/urologo “esperto” in stomaterapia con funzioni di responsabile clinico, un infermiere con competenze avanzate (esperto) in stomaterapia con funzioni di responsabilità organizzativa-gestionale e assistenziale.
- Che per le modalità di acquisizione/distribuzione del materiale necessario al trattamento delle stomie (di cui al DPCM n.15/2017), si tenga conto prioritariamente della centralità della singola persona con stomia e dell'appropriatezza d'uso, sulla base di un “repertorio” generale (ESTAR) il più ampio possibile.
- Che la prescrizione degli ausili e accessori, a cura del Medico (sia specialista che MMG) mediante un piano terapeutico, preveda la partecipazione attiva dell'infermiere con competenze avanzate in stomaterapia per la verifica delle esigenze specifiche della singola persona.
- Che vengano definiti indirizzi regionali univoci per la modulistica delle prescrizioni
- Che vengano definite le modalità di gestione delle procedure assistenziali comprensive degli indicatori per il monitoraggio del percorso/processo e degli esiti.
- Che il “nomenclatore” regionale contenga anche la codifica delle prestazioni infermieristiche stomaterapiche necessarie per l'espletamento dell'assistenza
- Che sia adottato un data-base informatizzato per la gestione dei dati necessari alle attività ambulatoriali in rete, comprensivo della modulistica per le prescrizioni dei dispositivi e al monitoraggio degli indicatori di processo e di esito previsti nel documento.

LIVELLI DI PROVA

Prove di tipo

- | | |
|------------|---|
| I | Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati. |
| II | Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato. |
| III | Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi. |
| IV | Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi. |
| V | Prove ottenute da studi di casistica («serie di casi») senza gruppo di controllo. |
| VI | Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conference, o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee guida. |

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

- | | |
|----------|--|
| A | L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II. |
| B | Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata. |
| C | Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento. |
| D | L'esecuzione della procedura non è raccomandata. |
| E | Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura. |

BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Addis G, et al. The effect of home visits after discharge on patients who have had an ileostomy or a colostomy. *World Council of Enterostomal Therapist Journal*, 2003; 23(1): 26-33

Borwell B, et al. Colostomies and their management. *Nursing Standard*, 1996; 11(8): 49-55

Brown H, et al. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs*, 2005; 14(11): 74-81

Calandrino V, Madrigali S, Rech Soins Infirm. Cadre de Santé Centre hospitalier de Meaux; AIOSS - XXIV Corso di Aggiornamento in Stomaterapia, Colonproctologia e riabilitazione della disfunzione del pavimento pelvico –AIOSS Atti 2009 – pag.241/253 2007 Dec;(91):76-96.

Carta internazionale dei diritti dello stomizzato: Bay Front Medical Centre Ostomy Fair - Florida – 1976 Ultima revisione: Seminario European Ostomy Association - Frankfurt - 03/05/2003

Colwell JC, et al. Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2007; 34(5): 492-496

Duchesne JC, et al. Stoma complication: a multivariate analysis. *Am Surg*, 2002; 68(11): 961-966

Karadag G, et al. Colostomy irrigation: results of 25 cases with particular reference to quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 2005; 14(4): 479-485

Ma N, et al. The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: a pilot study. *ANZ Journal of Surgery*, 2007; 77(10): 883-885

Pitman J, et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2008; 35: 493-503

Reynaud S, et al. Coping styles of older adults with ostomies. *Journal of Gerontological Nursing*, 2002; 28(5): 30-36

Roveron G, et al. Italian Society of Surgery and Association of Stoma Care Nurses Joint Position Statement on Preoperative Stoma Siting. *J. Wound Ostomy Continence Nurse*, 2016; 43 [2]:165-9

Salvadalea G, et al. WOCN Society and ASCRS Position statement on preoperative stoma site marking for patients undergoing colostomy or ileostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2015; 42: 249

DGRT n° 506/2008 “Attivazione del percorso assistenziale a favore di soggetti stomizzati”

D.P.C.M. n.15 del 12/1/17 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

Accordo, ai sensi degli articoli 2, comma1, lettera b), e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul “Documento tecnico di indirizzo sui problemi legati all’incontinenza urinaria e fecale”, n.15/CSR del 24 gennaio 2014

GLOSSARIO SINTETICO

Per gli assistiti:

Ambulatorio di Stomaterapia: struttura di riabilitazione specializzata nella gestione e riabilitazione delle persone portatori di stomia.

Cintura regolabile: cintura utilizzata per sostenere le sacche che non aderiscono.

Colon: ultima parte dell'intestino ed anche la più voluminosa; è nota anche come intestino crasso.

Colostomia: un intervento chirurgico con cui una parte del colon viene portata sulla superficie dell'addome per formare la stomia.

Cono: parte terminale dell'irrigatore (in gomma) che s'introduce nello stoma per effettuare l'irrigazione.

Filtro: un'apertura nella sacca contenente un filtro in carbone attivo che assorbe l'odore dei gas intestinali prima che venga rilasciato all'esterno della sacca.

Flangia: nella placca del sistema a due pezzi, è il bordo circolare in rilievo su cui si fissa l'anello scanalato della sacca.

Ileo: la parte finale dell'intestino tenue.

Ileostomia: un intervento chirurgico con cui una parte dell'intestino tenue, chiamata ileo, viene portata sulla superficie dell'addome per formare la stomia.

Placca: nel sistema a due pezzi è la parte adesiva che si applica all'addome e alla quale si collega la sacca.

Ricanalizzazione dell'intestino: chiusura di una stomia con conseguente ricongiunzione intestinale.

Sacca per colostomia: un dispositivo collegato alla stomia che raccoglie il materiale in uscita dal colon. La sacca può essere un sistema monopezzo o un sistema a due pezzi con fondo chiuso o aperto se la persona ha notevole produzione di gas.

Sacca per ileostomia: un dispositivo collegato alla stomia che raccoglie il materiale in uscita dall'ileo. La sacca può essere monopezzo o un sistema a due pezzi, con fondo aperto, per permettere lo svuotamento della sacca, secondo necessità.

Sacca per urostomia: un dispositivo collegato alla stomia per raccogliere l'urina. La sacca è dotata di una valvola antireflusso per impedire che l'urina entri in contatto con lo stoma, la parte finale è dotata di un rubinetto che consente di svuotare l'urina in modo semplice e discreto. La sacca può utilizzare un sistema monopezzo o un sistema a due pezzi.

Sistema monopezzo: una sacca integrata che aderisce direttamente alla pelle con l'utilizzo di una placca adesiva. L'intero dispositivo è destinato a un solo utilizzo.

Sistema a due pezzi: un sistema a due pezzi è costituito da due componenti: una placca adesiva e una sacca monouso, collegata alla placca utilizzando un adesivo o un sistema di aggancio meccanico.

Stoma: deriva dal greco e significa “bocca”.

Stomia: una stomia è un'apertura (stoma) creata chirurgicamente allo scopo di permettere la fuoriuscita di secreti ed escreti biologici o l'introduzione di sostanze diverse (farmaci, alimenti).

Uretere: gli ureteri sono i tubi attraverso i quali l'urina transita verso il basso dai reni alla vescica. L'urina fuoriesce quindi dal corpo attraverso l'uretra.

Uretra: parte finale dell'apparato urogenitale che consente l'uscita dell'urina dalla vescica verso l'esterno.

Urostomia: intervento chirurgico con cui si crea un'apertura (stomia) delle vie urinarie. Si parla di eretero-cutaneo-stomia (UCS) quando gli ureteri vengono collegati direttamente alla superficie addominale; si parla invece di uretero-ileo-cutaneo-stomia (UICS) quando gli ureteri vengono uniti ad un tratto di ileo isolato dal resto dell'intestino e quindi collegato alla parete dell'addome.

Per gli operatori sanitari:

Abboccamento: collegamento di un'ansa intestinale o di un uretere alla cute.

ACOT: Agenzia Continuità Ospedale Territorio.

AIOSS-SIC: Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomatoterapia – Società Italiana di Chirurgia.

ASTOS: Associazione Stomizzati Toscana (ONLUS).

Biofeedback: tecnica di riabilitazione del pavimento pelvico tesa a migliorare la funzionalità muscolare delle strutture preposte al controllo delle evacuazioni.

Bricker: tecnica chirurgica per la confezione di una urostomia (uretero-ileo-cutaneo-stomia) attraverso l'abboccamento dei due ureteri ad un'ansa ileale isolata, un capo della quale viene portato alla parete addominale in forma di stomia.

Brooke: tecnica chirurgica per la confezione di una ileostomia, dove il colon viene interamente rimosso e l'ileo viene ancorato alla parete addominale in forma di stomia.

Cartella clinica integrata: strumento integrato e multi professionale che descrive le notizie clinico-assistenziali ed il decorso ospedaliero del paziente.

Coping: in psicologia della salute in particolare, questo termine va a designare tutte quelle strategie cognitive e comportamentali che le persone utilizzano nel fronteggiare eventi stressanti e che possono risultare più o meno efficaci, a seconda di fattori personali, ambientali e situazionali.

Dermatite peristomale: arrossamento della cute attorno allo stoma. Può avere la forma della placca (con confini netti) e quindi essere una dermatite allergica o da contatto, oppure può avere forma irregolare e quindi essere causata da miceti e batteri.

Goligher: tecnica chirurgica di procedimento extraperitoneale, dove l'ansa destinata alla stomia viene fatta passare dietro il peritoneo parietale e qui viene fissata, in modo da ottenerne una maggiore stabilità ed evitarne il prollasso.

GOM: Gruppo Oncologico Multidisciplinare. Insieme di specialisti afferenti alle diverse branche della medicina impegnate nello studio e trattamento delle neoplasie.

Granuloma stomale: massa mucosa di forma irregolare che sporge dalla mucosa stomale, soprattutto dove questa è prominente e dove si appoggia la superficie della sacca. Un granuloma si viene a creare in seguito ad una reazione infiammatoria, la cui causa è la presenza di un agente estraneo di tipo fisico, chimico o batterico.

Hartmann: tecnica chirurgica che porta ad una sigmoideostomia. Viene resecato il tratto di sigma ed il capo prossimale del colon viene abboccato alla parete addominale mentre quello distale chiuso a fondo cieco. Con questa tecnica viene conservato l'ano.

Miles: Tecnica chirurgica simile a quella di Hartmann. In questo caso però non viene conservato l'ano.

Kock: tecnica chirurgica che porta alla creazione di una sorta di vescica o "tasca" con anse intestinali ravvicinate e aperte una nell'altra, in modo da frenare il reflusso del liquido verso l'esterno.

Intussuscezione: il termine indica la penetrazione di un segmento intestinale in quello immediatamente successivo.

Irrigazione colica: procedura di lavaggio endoviscerale transtomale applicabile in alcune tipologie di enterostomie derivate ed in persone selezionate al fine di permettere una evacuazione controllata.

PMRT: muscolo - terapia rilassante progressiva.

Pouch Ileoanale: operazione chirurgica dove il colon e il retto sono rimossi e viene confezionata una tasca interna che funziona da serbatoio per le feci e che viene anastomizzata all'ano.

RNAO: Registered Nurses' Association of Ontario (Canada). Associazione infermieristica che rappresenta fin dal 1925 i professionisti infermieri e studenti promuovendo politiche di sanità pubblica e sviluppando eccellenze nella pratica clinica infermieristica e ricerca.

S.A.C.S.: studio sulle alterazioni cutanee peristomali.