

Al Presidente AIOSS

Gabriele Roveron

Alle **Società Scientifiche** interessate
(SICCR, SIUCP, SICO, AIURO, SIC,
ACOI, AURO, SICE, SICG,
SICPediatría, SICUT, SIPAD, SIRC,
SIU, SIUP, SPIGC)
LORO SEDI

Oggetto: condivisione linee guida persone stomizzate.

Roma, 29/08/18

Egregio **Presidente Roveron**,

Illustri **Presidenti delle Società Scientifiche interessate**,

Con la presente siamo a chiederVi di voler condividere o porre rilievi al meritorio lavoro, riguardo il Percorso clinico-assistenziali delle persone stomizzate, elaborato da AIOSS e consegnato ad alcune Regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Veneto, Lazio, etc.), come da allegato documento Regione Lombardia.

Tutto ciò, nella convinzione che un “documento scientifico condiviso” e condivisibile da tutte le Società Scientifiche interessate ed anche dalle Associazioni pazienti, non solo eviterebbe contestazioni da parte nostra, ma consentirebbe, finalmente, di delineare uniformemente un percorso chirurgico e riabilitativo “condiviso e condivisibile” per il benessere delle persone stomizzate e delle loro famiglie.

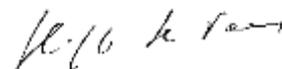
Considerato che diverse regioni stanno da tempo operando in merito dei PDTA specifici, data l’urgenza, si attendono Vs. adesioni o integrazioni **entro fine settembre 2018**, diversamente le linee guida elaborate da AIOSS si intendono condivise ed approvate da tutti.

In attesa, si porgono distinti saluti

Cav. Francesco Diomede
Segretario Aistom



Prof. Filippo La Torre
Presidente Aistom



REQUISITI SPECIFICI DEI CENTRI PRESCRITTIVI PER STOMIE

Disponibilità di linee guida

I Centri devono far riferimento alle Linee guida regionali adottate con Nota ad oggetto “Attivazione Centri prescrittivi per Stomie – Ambulatori stomizzati e adozione Linee guida, in attuazione della DGR 22 dicembre 2008, n. 8730, settore monouso”, che saranno disponibili sul modulo web regionale a partire dall’avvio della prescrizione on line dei dispositivi per stomia. In esse sono esplicitate modalità e strumenti di lavoro applicati nelle quattro macro-fasi dell’assistenza (pre-operatoria, post-operatoria, dimissione, follow-up)

in riferimento ai seguenti aspetti:

- relazione con l'utente e la famiglia
- preparazione all'intervento
- educazione terapeutica focalizzata all’auto-gestione/alla gestione da parte del care-giver
- personalizzazione dei percorsi di dimissione e riabilitazione
- supporto emotivo
- continuità assistenziale nel periodo pre-operatorio e nel post-operatorio, tra territorio e ospedale

che affrontino i seguenti argomenti:

- gestione della cute peristomale
- trattamento delle complicanze
- indicazioni/consulenza dietetica
- scelta degli ausili protesici e accesso alla loro fornitura (informazioni di percorso e riferimenti sul sito web aziendale)
- riferimenti delle figure/organizzazioni che potrebbe essere necessario contattare dopo la dimissione (telefono, orario di accesso al reparto/ambulatorio, riferimento delle associazioni, etc.).
- possibilità di recupero, per riutilizzazione, di materiale per stomie in corso di validità e in confezione integra, in collaborazione con gli Ambiti Territoriali delle ASST

che dispongano dei seguenti strumenti:

- opuscoli informativi (integrativi dell’intervento da operatore)
- indicazioni e check- list per il disegno preoperatorio
- check list della prima apparecchiatura da applicare in sala operatoria
- check list monitoraggio della stomia nelle prime 48 ore
- strumenti di autovalutazione e di valutazione delle conoscenze
- piano assistenziale standard di riferimento
- check list per la dimissione.

Disponibilità di ambulatorio per enterostomizzati e/o urostomizzati

con personale medico e infermieristico (quest’ultimo formato tramite master di primo livello o corso di perfezionamento per stomaterapista e possibilmente dedicato)

AMBULATORIO STOMIZZATI

In ogni ospedale nel quale si confezionano stomie (colo-ileo-uro) deve essere presente un ambulatorio di stomaterapia, che gestisca al meglio il processo assistenziale e, soprattutto, garantisca la continuità delle cure.

Nell'ambulatorio operano, in équipe, principalmente il medico responsabile (chirurgo, gastroenterologo, oncologo, urologo) e l'infermiere stomaterapista che, quando necessario, si avvalgono di altre figure medico-specialistiche (ginecologo, anestesista per terapia antalgica, psicologo, dietologo, ecc.).

A) Fase preoperatoria

Informazione al paziente ed ai suoi familiari sull'indicazione e sul tipo di intervento programmato (consenso informato) e sul decorso postoperatorio. Individuazione da parte del chirurgo e dello stomaterapista, in collaborazione con il paziente, del sito più idoneo alla posizione della stomia.

Il disegno preoperatorio della stomia reca in sé l'obiettivo di prevenire le complicanze e facilitare lo stomacare; deve quindi prevedere la compliance gestionale della persona rispetto al punto segnato.

B) Fase postoperatoria

Assistenza medico-infermieristica nei giorni immediatamente successivi all'intervento,

- supporto psicologico, esteso anche ai familiari
- interventi specialistici che si rendano necessari.

C) Fase predimissione e dimissione

In questa fase si aiuta il paziente ad accettare il cambiamento del proprio schema corporeo e a convivere con questa nuova realtà. Per lo stomacare: lo stomaterapista insegna la gestione della stomia all'assistito e/o ai suoi familiari, in caso di inabilità del soggetto. In particolare:

- gestione e cura della stomia e dello stato psico-emotivo
- educazione all'autonomia (self care)
- presentazione e prova dei dispositivi medici (sacche per stomie)
- esecuzione di procedure amministrative per il percorso di fornitura dei dispositivi medici

D) Fase domiciliare

In questa fase si provvede al consolidamento di quanto appreso dallo stomizzato allargando sempre più il supporto informativo e psicologico anche ai familiari.

Il medico dell'ambulatorio, in eventuale collaborazione con altri specialisti, programma le indagini di controllo della malattia di base (follow-up) e predispone visite di controllo per prevenire complicanze legate alla stomia.

Per gli assistiti con impossibilità/grave difficoltà allo spostamento, la continuità di assistenza viene garantita con possibilità di accesso domiciliare da parte dello stomaterapista.

Inoltre si occupa di:

- controlli periodici e verifica delle capacità e abilità del paziente
- riabilitazione intestinale, insegnamento della tecnica d'irrigazione transtomale

Regione Lombardia

- educazione riguardo il regime alimentare
- promozione dell'uso oculato ed appropriato degli ausili protesici

In tutte le fasi e specialmente in quest'ultima, riveste un ruolo importante anche la presenza di volontari portatori di stomia, preparati con apposito percorso formativo, che collaborino con l'ambulatorio in accordo con il personale sanitario. Questi volontari, incontrandosi con i nuovi pazienti, testimoniano che con la stomia si può ottenere una buona qualità di vita.

In questo modo sembra ancora più attuale l'affermazione *“nessuno può aiutare e comprendere uno stomizzato meglio di un altro stomizzato”*.

Percorso Integrato di Cura per la persona con Stomia

Il presente documento è il risultato di una collaborazione tra l'Associazione Tecnico-Scientifica di Stomaterapia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico (AIOSS) e la Regione Lombardia.

Il documento originario proposto da AIOSS ha richiesto una rielaborazione in ragione a quanto segue:

- *nuova organizzazione del Sistema Socio sanitario Lombardo come evoluto a seguito della L.R. 23/2015, ai sensi della quale **le ASL – Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere sono state soppresse e sono state attivate le ATS – Agenzie di Tutela della Salute, le ASST – Aziende Socio Sanitarie Territoriali e i Presidi Territoriali afferenti a queste ultime;***
- *scelte organizzative che Regione Lombardia ha operato e sta operando, in coerenza con il modello di Servizio Socio Sanitario previsto dalla suddetta legge, in termini di prescrizione ed erogazione dell'assistenza ai soggetti portatori di stomia.*

Percorso Integrato di Cura per la persona con Stomia

1. Presentazione del documento

La definizione del Percorso Integrato di Cura (PIC) prende avvio dalla considerazione dei problemi clinico-assistenziali specifici della persona con stomia, entro l'asse temporale che va dal periodo operatorio fino alla completa autonomia della persona o, per lei, del suo caregiver. Detto percorso viene scelto appositamente in alternativa al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), al fine di eluderne le innumerevoli ramificazioni a matrice sia diagnostica che terapeutica che esso verrebbe a mostrare. ^[1] Le diagnosi cliniche che potrebbero condurre alla condizione di stomizzato, infatti, risultano numerose, così come assai diverse sono le possibilità terapeutiche e di percorso a seconda dell'una o dell'altra diagnosi.

Le motivazioni a sostegno della scelta di un Percorso Integrato di Cura sulla persona con stomia, quindi, derivano dall'oculata considerazione delle specificità dei bisogni di questa tipologia di assistito dal punto di vista assistenziale e clinico, dei reali bisogni dell'organizzazione, nonché dell'impatto della messa in opera del percorso medesimo sul sistema. ^[2]

Le azioni/raccomandazioni contenute nel presente documento tengono conto delle **conoscenze ed esperienze** degli stomaterapisti di concerto con le informazioni scientifiche ricercate in **letteratura e nelle linee guida**. L'intesa degli esperti, relativamente all'assegnazione delle priorità dei problemi clinico-assistenziali e alla definizione dei quesiti clinici, ha permesso di estrapolare la definizione delle migliori pratiche cliniche e gestionali e disegnare quel "percorso ideale", da intendersi quale standard di riferimento, per il paziente in seno al rispetto dei propri diritti, e per l'operatore quale fonte opportuna per operativizzare le conoscenze specialistiche. ^[3]

La metodologia adottata ha suggerito di partire dalla definizione dei risultati clinico-assistenziali attesi per poi identificare tutte le azioni utili e necessarie per il loro raggiungimento. Efficacia, efficienza ed appropriatezza saranno garantite nella considerazione della percezione del momento da parte del paziente e della specificità dell'organizzazione. ^[2]



Il Percorso Integrato di Cura della persona con Stomia possiede quindi requisiti per testare esiti di salute e di efficienza organizzativa, nonché raccogliere informazioni utili al perfezionamento dei contenuti e dell'organizzazione degli stessi, in funzione delle risorse specifiche di ogni singola ATS/ASST. ^[2]

A tal proposito è indispensabile prevedere e calendarizzare tempi e criteri di verifica e riesame.

Indicatori di valutazione

Gli outcomes attesi dall'implementazione del PIC possono far riferimento ad alcuni dei parametri/indicatori di seguito considerati.

- Percezione della Salute e della qualità dell'assistenza/cura – *Strumenti validati*
- Giornate di degenza post-operatoria – *N° e rapporto Percentuale*
- Riammissioni ospedaliere per insorgenza complicanze (reparto) – *N° e rapporto Percentuale*
- Accessi a servizi di urgenza emergenza (PS) – *N° e rapporto Percentuale*
- Controllo dei sintomi (dolore, nausea, ecc.) – *Scala Analogico-Visiva*
- Stato Funzionale e Qualità di Vita – *Strumenti validati*
- Conoscenze su condizioni di salute e trattamento – *Scala Likert 5 punti*
- Adesione ai trattamenti – *Scala Likert 5 punti*
- Ansia & Depressione; – *Strumenti validati*
- Presenza di Complicanze – *Complicanza e durata*
 - Dermatite/Granuloma/Fistola/Altra Lesione della cute peristomale
 - Infezione/inflammatione giunzione muco-cutanea
 - Edema/Emorragia/Ischemia/Necrosi
 - Deiscenza muco-cutanea
 - Prolasso/Ernia/Retrazione/Stenosi
 - Scompenso Metabolico
 - Ostruzione intestinale
 - Diarrea/Disidratazione
 - Altra complicanza (fistola, dolore, vomito, ipotensione)
 - Problemi di gestione del dispositivo di raccolta o dello stoma care (*malpractice*).

Questi indicatori si pongono a riferimento per la misurazione e il monitoraggio dei risultati/esiti di salute relativi al singolo caso. In riferimento agli obiettivi di cura e di assistenza prefissati, essi contribuiscono ad evidenziare, in itinere, il modificarsi della situazione clinica e dell'autonomia raggiunta dalla persona assistita o dal caregiver.



2. Tipi di Stomia e Indicazioni chirurgiche

Epidemiologia

“Ad oggi non esiste un registro nazionale delle persone portatrici di stomia; da un censimento parziale effettuato nel 2004 gli stomizzati in Italia risultavano essere circa 72.000 ma il numero in questi anni è decisamente cresciuto in maniera esponenziale”. *(Disegno di Legge n 2101 – Senato della repubblica 16 ottobre 2015).*

Confezionamento chirurgico delle stomie derivate addominali

La stomia è un’apertura artificiale che mette in comunicazione un viscere con la superficie cutanea in modo da permettere la fuoriuscita delle deiezioni e rappresenta il risultato finale di un intervento chirurgico il cui scopo è creare una via alternativa alla naturale emissione all’esterno delle urine (**Urostomie**) e delle feci (**Enterostomie**). ^{[4] [5]}

Le **ENTEROSTOMIE** prevedono il loro confezionamento per derivare il materiale enterico a protezione di anastomosi intestinali a valle oppure evacuare il materiale enterico perché il tratto intestinale a valle è stato rimosso. ^[5]

In base al loro confezionamento possono essere distinte in:

- **Laterali** o **Terminali**, in base alla modalità di sutura del viscere alla cute;
- **Temporanee** o **Definitive** in riferimento alla permanenza dello stoma.

Si parla di stomi **lateral** nel caso in cui l’orifizio verso l’ambiente esterno sia praticato sulla parete laterale del viscere, **terminal** se il tubo enterico è sezionato e il moncone terminale è posto in diretto rapporto con la cute. ^{[4] [5]}

Le patologie intestinali che richiedono un intervento che può esitare nel confezionamento di una **stomia temporanea** sono essenzialmente di natura neoplastica e/o infiammatoria. Chirurgicamente può essere asportato un tratto intestinale e anastomizzati i monconi di resezione preferendo spesso, a salvaguardia della sutura anastomotica, realizzare una stomia derivativa. A seconda del tratto intestinale resecato è possibile creare una ileostomia laterale o una colostomia laterale.



A volte un intervento rapido ma risolutivo del quadro clinico, può determinare il confezionamento diretto di una stomia laterale senza resecare il tratto colpito.

Qualora non sia possibile eseguire una resezione con anastomosi diretta (patologia coinvolgente il tratto distale del sigma e/o retto) si può effettuare l'intervento di Hartmann: resezione del tratto malato, chiusura ed affondamento nella pelvi del moncone rettale, e confezionamento di una sigmoidostomia terminale temporanea. ^[5]

Le **enterostomie definitive** (quasi sempre terminali) sono confezionate quando il tratto intestinale è asportato completamente e non è possibile ricostruire la continuità del tubo digerente. Le ileostomie definitive sono confezionate dopo un intervento chirurgico di proctocolectomia totale; le colostomie definitive terminali sono generalmente realizzate con il colon sigmoideo in seguito all'asportazione del retto e dell'ano per neoplasie anali o neoplasie rettali con infiltrazione degli sfinteri (intervento sec. Miles). ^[5]

Le **UROSTOMIE** prevedono il loro confezionamento per derivare il deflusso dell'urina dall'organismo, dopo la rimozione di una parte del tratto urinario, generalmente la vescica (cistectomia). Molteplici sono le soluzioni chirurgiche che possono essere adottate per una derivazione urinaria, tuttavia in detto contesto considereremo solo le stomie urinarie incontinenti definitive esterne. ^[6]

L'**Ureterocutaneostomia (U.C.S.)** è la derivazione urinaria più semplice, prevede l'esteriorizzazione degli ureteri e la loro fissazione alla cute addominale. Le varianti chirurgiche di abboccamento degli ureteri possono determinare il confezionamento di:

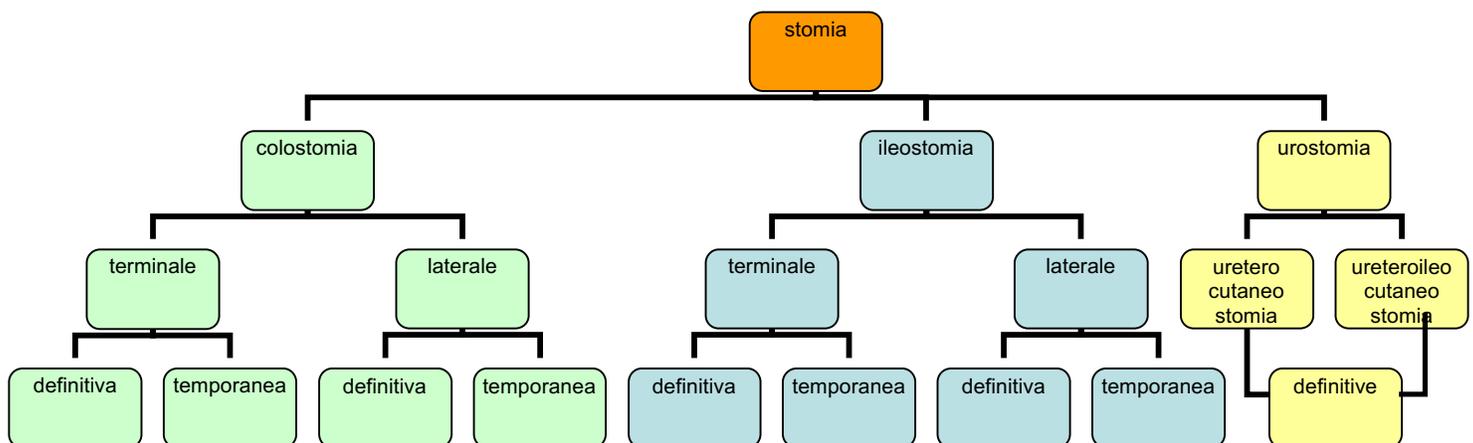
- U.C.S. Bilaterale: ciascun uretere viene posizionato e fissato sulla parete addominale omolaterale bilateralmente.
- U.C.S. Monolaterale: a seguito di trans-ureterostomia tra l'uretere destro e quello sinistro, viene abboccato alla parete addominale un unico uretere oppure entrambi gli ureteri da un unico lato dell'addome. ^[7]

L'U.C.S. richiede il mantenimento in situ di stent o tutori ureterali autostatici (mono j) che vanno sostituiti periodicamente. Lo scopo è la prevenzione di stenosi dello stoma, complicanza con una frequenza elevata in questo tipo di derivazione urinaria. ^[7]



L'Ureteroileocutaneostomia (U.I.C.S.) è attualmente una delle tecniche maggiormente adottate dagli urologi per il confezionamento di derivazioni esterne incontinenti definitive. L'aboccamento della via urinaria all'esterno avviene in modo indiretto: gli ureteri vengono anastomizzati su un tratto di ileo defunzionizzato che a sua volta viene esteriorizzato e suturato alla parete addominale. In questo caso il paziente ha un'unica stomia e non necessita di cateteri ureterali a permanenza (int. sec. Bricker o Wallace). ^[7]

Figura n. 1: Tipi di stomia



Complessità clinica e impatto sulla Qualità di Vita

Con il confezionamento dello stoma e la perdita del controllo della funzione fisiologica legata all'eliminazione, il paziente subisce un'importante modifica dell'immagine di sé e del proprio schema corporeo, inoltre il processo di adattamento alla nuova condizione di stomizzato porta necessariamente l'individuo a dover apprendere manualità specifiche, necessarie per l'autogestione. ^[8]

Le modifiche dello schema corporeo e della funzione di eliminazione correlate alla presenza della stomia costituiscono un **cambiamento** che non coinvolge solo il corpo ma la persona nella sua **completa integrità**, includendone aspetti biologici, cognitivi, emozionali, relazionali e spirituali: sentimenti di ansia, vergogna, rabbia, collera, apatia, abbandono, negazione, isolamento, depressione ... a volte accompagnano il percorso riabilitativo, complicandolo.



Le **esigenze** e le iniziali forti **difficoltà** della persona con stomia, infatti, sono anche connesse con l'acquisizione di competenza nell'autogestione della stomia (igiene e apparecchiatura con appositi presidi ed accessori), con l'alimentazione e la gestione strategica delle peculiari attività di vita quotidiana. ^[8]

Una persona con alterata percezione di sé, che necessita di una elaborazione del lutto per la perdita di una funzione/parte del corpo, potrebbe manifestare sentimenti di disgusto e rifiuto delle cure, dell'assistenza o di partecipazione attiva alle stesse, inficiando autonomia, educazione, relazioni, socializzazione e i livelli di qualità della vita. ^{[9] [10]}

L'**esperienza di malattia** provoca, nella maggior parte delle persone, reazioni e sentimenti stressanti che contrastano con la tranquillità della loro vita quotidiana e quella dei propri familiari e provocare stati d'ansia, paura, frustrazione, ira, dolore, depressione.

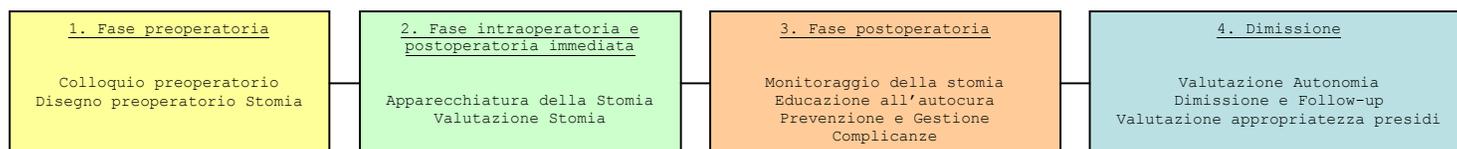
I primi sintomi della malattia di base, dolorosi o meno, portano la persona a sottoporsi ad un iter diagnostico e a trattamenti medici che stimolano una serie di interrogativi sulla diagnosi, sulla prognosi, sui cambiamenti del corpo e quindi sulla qualità di vita. Lo stress può peggiorare con l'ospedalizzazione, che allontana la persona dal proprio ambiente familiare, conosciuto, sereno e sicuro. ^{[11] [12] [13]}

Lo stoma e la cute peristomale necessitano di essere valutate immediatamente dopo l'intervento di confezionamento, nel postoperatorio sia precoce (primo mese) che tardivo per monitorare dapprima i progressi verso la guarigione e per effettuare le successive comparazioni in caso di complicanze che possono essere:

- **Complicanze Stomali precoci** (necrosi, sanguinamento, edema, distacco della giunzione muco-cutanea, retrazione) e **tardive** (ernia parastomale, prolasso, stenosi, fistola, trauma);
- **Complicanze Peristomali precoci** (dermatite irritativa da contatto, trapianto di mucosa, granulomi da sutura) e **tardive** (candidosi, follicoliti, lesioni pseudo verrucose, pioderma gangrenoso, dermatite allergica da contatto, varici). ^{[14] [15] [16]}



3. Percorso Integrato di Cura della Persona con Stomia



Fase Preoperatoria

Colloquio Preoperatorio

Alle famiglie e a tutti i pazienti che hanno bisogno d'intervento chirurgico, è necessario eseguire una formazione pre-operatoria (Raccomandazione RNAO, 1B). ^[17]

L'approccio dell'infermiere stomaterapista in questo periodo è focalizzato sul contenimento dell'ansia, sulla promozione della consapevolezza relativamente alla condizione clinica e ai trattamenti proposti nonché permettere/favorire la partecipazione alla cura e alle azioni di decision making. ^[17]

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 ed include ^[17]:

- Anamnesi ed esame obiettivo addominale;
- Livello di Coping e adattamento, percezione dell'immagine corporea, compromissione della qualità della vita, sessualità (dimensione psicosociale);
- Counselling preparatorio all'intervento e alle problematiche immediatamente successive (dimensione culturale, spirituale e religiosa) allo scopo di instaurare un rapporto di fiducia per una relazione efficace, di soddisfare il bisogno di sicurezza e conoscenza e di ridurre l'ansia;
- Insegnamento di semplici atti per la gestione della stomia (come svuotare e cambiare la sacca), aspetto essenziale che costruisce le basi favorevoli al continuum del processo educativo nel postoperatorio;



- Indicazioni rispetto all'assistenza che sarà erogata e informazioni utili per facilitare il processo di cura.

Stoma-Siting

Dovrebbe essere compiuto un segno, sul sito in cui dovrà essere eseguita la stomia, a tutti i pazienti che devono sottoporsi alla chirurgia (Raccomandazione RNAO 2A). ^[17]

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 sia dello stoma, sia della patologia di base (se ancora presente). ^[18]

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.

L'AIOSS, congiuntamente alle principali Società Scientifiche / Associazioni Tecnico Scientifiche del settore, ha da tempo individuato nei primi due punti sopra elencati, le fasi che nel percorso riabilitativo della persona con stoma influiscono profondamente sull'adattamento alla presenza di questo nuovo organo.

La **“Carta internazionale dei diritti dello stomizzato”** elaborata per la prima volta al Bay Front Medical Centre Ostomy Fair in Florida nel 1976 e revisionata nel 2003 a Francoforte durante il seminario della European Ostomy Association, riporta al primo articolo il diritto di *“ricevere informazioni preoperatorie sui benefici derivanti dall'intervento chirurgico”* e nel 2° articolo il diritto di: *“Avere una stomia ben confezionata e situata in una posizione appropriata in modo che possa essere adeguatamente gestita”*. ^[19]



Recentemente questi principi sono stati adottati e raccomandati da associazioni di medici chirurghi tra cui la ASCS (American Society of Colon & Rectal Surgeons)^[18] e l'AUA (American Urological Association)^[20], e nel 2013 **la Società Italiana di Chirurgia (SIC) ha siglato con AIOSS il documento di posizionamento sullo stoma siting.**^[21]

Sarebbe opportuno che il medico, lo stomaterapista e il paziente concordassero 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.^{[18] [22]}

È sempre consigliabile evitare di posizionare la stomia in prossimità di pieghe e alterazioni cutanee quali cicatrici e nevi, sporgenze ossee quali le creste iliache, la zona ombelicale e la ferita della laparotomia.^{[18] [23]}

È importante, prima di effettuare il posizionamento della stomia, valutare le condizioni fisiche e le esigenze legate all'età e alle abitudini di vita (vista, mobilità, attività lavorative e/o sportive); l'assistito dovrà essere in grado di vedere e toccare il punto di reperi disegnato, nelle diverse posture, per la successiva autogestione dei presidi di raccolta.^{[18] [23]}

La placca del presidio di raccolta dovrà rimanere ben adesa al variare delle posture.^[18]

Nell'Allegato n. 1 si riporta il Documento di Posizionamento realizzato da AIOSS e SIC (Società Italiana di Chirurgia) sullo Stoma-Siting.

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.^[23]

Al termine dell'intervento chirurgico per prevenire traumatismi al neo organo, preservare le caratteristiche normotrofiche e l'integrità della cute peristomale, consentire il monitoraggio



della stomia, è buona prassi apparecchiare la stomia con un dispositivo di raccolta che deve avere le seguenti caratteristiche ^[23]:

- essere provvisto di un meccanismo a soffiato, in modo da consentire la rimozione/applicazione della sacca senza esercitare pressioni sull'addome che nei primi giorni dopo l'intervento chirurgico è dolorante;
- essere dotato di placca di idrocolloidi a protezione totale per diminuire il rischio di alterazioni della cute circostante la stomia;
- non essere munito del sistema di filtro ai gas intestinali (nelle colostomie) per facilitare la rilevazione dell'avvenuta ripresa della canalizzazione ai gas;
- essere trasparente, per permettere il monitoraggio della stomia, rilevare le caratteristiche degli effluenti ed eventuali complicanze precoci.

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. ^[24]

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

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

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

- lo stato di vitalità della stomia
- l'eventuale insorgenza di complicanze precoci



- la presenza di perdite ematiche o muco
- caratteristiche degli effluenti.

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

La forma più importante di prevenzione delle complicanze stomali è il controllo e l'esecuzione corretta delle procedure di stoma care ^[25] **(vedi Allegato n. 2)**

Fase Post-operatoria

Nel post-operatorio dopo le prime 48 ore dall'intervento chirurgico occorre valutare le condizioni della mucosa stomale, della cute peristomale e della giunzione muco-cutanea, ad ogni cambio del presidio, al fine di monitorare i progressi verso la guarigione e rilevare eventuali segni di complicanze.

Gli studi disponibili documentano la comparsa di rilevanti complicazioni stomali e peristomali anche a distanza di mesi o anni dall'intervento. L'elevato numero di conseguenze avverse associate alle numerose complicanze rinforza il bisogno di valutare lo stoma e la cute peristomale, subito dopo l'intervento e almeno ad un anno dall'intervento. ^{[26] [27] [28]}

Educazione alla gestione della stomia

È 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. ^[30]

L'assistenza, in detto contesto, 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. ^{[24] [29]}



L'educazione abbraccia congiuntamente anche i bisogni relativi all'alimentazione e idratazione, all'attività fisica e al tempo libero, all'abbigliamento e igiene personale, alla prevenzione e riconoscimento delle complicanze, al corretto utilizzo dei presidi in uso, alla corretta assunzione dei farmaci/integratori prescritti, ai percorsi burocratici-amministrativi, alla sessualità, ai servizi di utilità e supporto. ^{[24] [29]}

Nell'immediato postoperatorio lo stoma viene di solito vissuto dal paziente come un corpo estraneo, una ferita rimasta aperta. Questa nuova condizione coincide con la modificazione dell'emissioni di feci e gas o di urine e soprattutto con la perdita del controllo della loro espulsione. In questo momento è decisivo l'atteggiamento degli operatori e dei familiari poiché bisogna trasmettere il messaggio che lo stoma non è altro che una parte di sé che deve essere integrata nel proprio schema corporeo. È importante che il paziente si senta accettato da chi lo circonda e che le cure siano svolte con assoluta naturalezza. ^[31]

L'apprendimento di competenze e comportamenti è fondamentale, al fine di ripristinare l'autonomia, riducendo progressivamente la dipendenza dall'operatore. ^[32]

Affinché l'insegnamento sia efficace, è indispensabile che le informazioni fornite non siano strettamente tecniche, ma modulate in base alle capacità cognitive del paziente. L'eventuale inserimento di una figura di riferimento (*caregiver*) se gradito al paziente, darà valore aggiunto al processo che dovrà continuare durante il follow-up e i controlli ambulatoriali.

L'infermiere e/o lo stomaterapista nella pianificazione dell'educazione terapeutica si avvale della metodologia di *problem solving* contestualizzandola in fasi del processo pedagogico ^[33] dedicate alla:

- identificazione dei bisogni educativi, nell'ambito dell'autogestione nella cura alla stomia
- definizione degli obiettivi educativi
- pianificazione e attuazione degli interventi
- valutazione dei risultati ed eventuali azioni correttive.

Il processo educativo può avvalersi dell'utilizzo di eventuali supporti cartacei o multimediali per facilitare il coinvolgimento del paziente nell'autocura.



Gli interventi educativi sono indirizzati al raggiungimento delle seguenti conoscenze/competenze e abilità, relative a ^[30]:

- cura della stomia e della cute peristomale,
- come mantenere le caratteristiche normotrofiche dello stoma e della cute,
- come utilizzare correttamente i dispositivi di raccolta e gli accessori per la gestione della stomia,
- come facilitare la buona adesività del dispositivo sulla cute fino alla sua sostituzione, adattando il presidio alla dimensione dello stoma,
- come riconoscere e prevenire le principali complicanze stomali e peristomali,
- come riconoscere eventuali segni e sintomi di complicanze,
- conoscere quali sono gli effetti dell'alimentazione e idratazione sul funzionamento della stomia,
- cosa è possibile fare per controllare il cattivo odore delle deiezioni,
- conoscere gli effetti degli alimenti sulla produzione di gas, feci o urine,
- conoscere gli eventuali effetti dei farmaci sulla funzione di eliminazione,
- conoscere l'interferenza di alcuni farmaci, anche da banco, sul funzionamento della stomia,
- conoscere le strategie di igiene personale volte a mantenere le abitudini di vita,
- come adeguare il proprio abbigliamento per mimetizzare la presenza della stomia e del dispositivo e evitare traumi alla mucosa stomale,
- conoscere le modalità di approvvigionamento dei presidi per la gestione della stomia,
- conoscere i servizi di stomaterapia ai quali può rivolgersi per il proseguimento delle cure.

L'educazione terapeutica non può essere standardizzabile, ma deve essere personalizzata sulle esigenze del paziente, che va stimolato ad assumere un ruolo attivo nel processo riabilitativo. ^[33]

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. ^{[34] [35]}



Nel caso in cui la persona con stomia non sia autosufficiente si rende necessario coinvolgere il caregiver e/o i supporti territoriali (Medico di Medicina Generale, Assistenza Domiciliare, ecc.).
[34] [35]

Prima della dimissione saranno forniti allo stomizzato tutti i riferimenti delle figure/organizzazioni che potrebbero divenire utili se non addirittura necessari (giorni, orari, nominativi e telefono di ambulatorio, associazioni, gruppi di auto mutuo aiuto, etc.).

Il momento della dimissione può coincidere anche con la prescrizione dei presidi che dovrebbe essere supportato da un'attività educativa alla buona gestione delle risorse fornite e un'attività di orientamento ai servizi dell'ASST. [34] [35]

Assistenza Protesica/Integrativa

L'assistenza protesica/integrativa consta di un processo complesso che necessita di essere monitorato costantemente; essa persegue l'obiettivo di prevenire, correggere o compensare una menomazione o una disabilità, potenziando le abilità residue dell'assistito, nonché promuovendone l'autonomia.

Diversi Piani Socio-Sanitari Regionali in essere richiamano la rilevante importanza dell'assistenza protesica per quanto attiene gli aspetti economici ma soprattutto per il suo impatto in termini di supporto al percorso clinico-assistenziale della persona con stomia.

Suggeriscono e spronano poi all'individuazione di indirizzi che migliorino l'appropriatezza prescrittiva ed uniformino le prestazioni nel rispetto dei bisogni degli assistiti.

Sulla base dei requisiti appena considerati, al fine di garantire alla persona con stomia, un presidio che assicuri Sicurezza, Protezione, Autonomia e Confort, risulta opportuno che la definizione del piano terapeutico (includente numero e tipologia dei presidi e accessori per la gestione della stomia) sia redatta da un professionista sanitario esperto (Stomaterapista, Chirurgo, Urologo, ...) in possesso di specifiche conoscenze su:

- caratteristiche di tutti i presidi e accessori disponibili sul mercato;
- bisogni assistenziali dell'assistito e della famiglia;
- leggi regionali e nazionali ad hoc, Livelli Essenziali Assistenza.

Rappresentano, dunque, indirizzi della programmazione regionale:



- la predisposizione di protocolli regionali, in ottemperanza al DM n. 332/1999 alle disposizioni del DPCM 17 gennaio 2017, che disciplinino i principi per l'erogazione degli ausili e presidi nelle diverse menomazioni o disabilità, che individuino gli strumenti di verifica dell'appropriatezza prescrittiva e che consentano di valutare gli ausili assegnati nel progetto riabilitativo;
- l'attribuzione ad ATS delle competenze di verifica e controllo dell'assistenza;
- l'implementazione di un sistema informativo adeguatamente alimentato a livello ATS/ASST, che consenta un monitoraggio sia a livello locale che a livello regionale.

I Centri per stomizzati si avvalgono della figura dello stomaterapista, quale riferimento specialista (riferimento biblio 43/2006) in grado di riconoscere le caratteristiche cliniche ed anatomico-funzionali specifiche della persona con stomia, in possesso della definizione dei suoi problemi assistenziali, allineati con le specificità dei presidi disponibili, e dispone di un sistema informatico di archivio e monitoraggio dei presidi/accessori per stomia che sono stati assicurati ad ogni singolo stomizzato, nel rispetto del nomenclatore tariffario in essere (quali-quantità) dPCM 12 gennaio 2017 specificandone:

- codice ISO nomenclatore tariffario (es. 09.18.04.003, 09.18.07.006, ecc.);
- nome del prodotto, Codice e Ditta Commerciale;
- quantitativi mensili.

Follow-up

I risultati di alcuni studi raccomandano un regolare follow-up da parte di un infermiere stomaterapista nel periodo post-operatorio per un minimo di 12 mesi. ^[17]

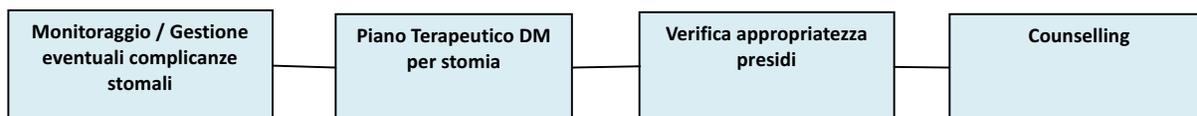
In particolare le funzioni principali per lo stomaterapista sono:

- monitoraggio e prosecuzione del percorso riabilitativo;
- gestione delle eventuali complicanze stomali;
- verifica dell'idoneità e tollerabilità dei presidi scelti e promozione dell'uso oculato e corretto degli stessi;
- counselling per i bisogni/problemi eventualmente presentatisi alla ripresa delle attività di vita quotidiana (studi mostrano come il distress psicologico sia elevato dopo il



confezionamento di una stomia, a causa della compromissione sia dell'immagine corporea che dell'autostima, e della diminuzione della qualità della vita).

L'Ambulatorio di Riabilitazione



Al fine di gestire al meglio il processo assistenziale e soprattutto garantire la continuità delle cure necessarie, è opportuno che siano istituiti nelle varie organizzazioni aziendali, ambulatori specifici rivolti a soggetti stomizzati, con infermieri stomaterapisti dedicati, che fungano da case manager di specifici processi di assistenza e cura.

L'ambulatorio e lo stomaterapista costituiscono un punto di riferimento: le competenze esercite sono sufficienti per affrontare e risolvere in maniera autonoma e/o collaborativa i problemi legati alla gestione e alle complicanze della stomia, dal punto di vista tecnico, clinico-funzionale ma anche dal punto di vista socio-relazionale.

La consulenza, in seno ad interventi di educazione alla corretta gestione dei presidi e accessori per stomia, di prevenzione e gestione delle complicanze stomali, di educazione all'autonomia rispetto a conseguenti necessità socio-relazionali o funzionali dello stomizzato, è garantita dall'infermiere stomaterapista alle Unità Operative dell'ASL che ne fanno richiesta.

Il supporto tecnico-professionale al processo riabilitativo della persona con stomia è necessariamente multidisciplinare: diversi operatori sono coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico.

Nel corso degli anni si è sempre più sentita l'esigenza di coinvolgere, educare e stimolare la persona con stomia ad una partecipazione attiva e consapevole al proprio processo riabilitativo. L'educazione terapeutica gioca un ruolo fondamentale e l'utilizzo di strumenti idonei, appositamente creati a supporto dell'assistito e degli operatori coinvolti non è solo utile a fini



pratici, ma si rivela di fondamentale importanza per mantenere attiva la prevenzione, per abbattere l'insorgenza di complicanze, per motivare il paziente.

Il Personale sanitario generalmente coinvolto è rappresentato nella tabella matrice delle responsabilità che segue:

Tabella n. 2: Fase, Attività e Responsabilità nel Percorso di cura e assistenza della persona con stomia

FASE	ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ
PREOPERATORIO	Colloquio preoperatorio	Medico Chirurgo/Urologo
	Disegno Preoperatorio (colloquio e stoma siting)	Inf. Stomaterapista
	Tricotomia	Infermiere/OSS
	Preparazione intestinale	Medico Chirurgo/Urologo e Infermiere
INTRAOPERATORIO	Confezionamento stoma	Medico Chirurgo/Urologo
	Prima apparecchiatura della stomia	Infermiere/ Inf. Stomaterapista
POST-OPERATORIA IMMEDIATA (Prime 48 ore)	Controllo e monitoraggio della stomia	Infermiere/ Inf. Stomaterapista



POST-OPERATORIA TARDIVA (Dopo le 48 ore)	Sostituzione del presidio di raccolta e cura della stomia Educazione alla gestione della stomia Gestione dei presidi	Infermiere/ Inf. Stomaterapista { Inf. Stomaterapista
AMBULATORIALE	Follow-up Controllo della stomia a lungo termine Gestione delle complicanze conservative Gestione delle complicanze chirurgiche	Inf. Stomaterapista / Medico Chirurgo/Urologo Inf. Stomaterapista Inf. Stomaterapista Medico Chirurgo/Urologo

Infermiere Stomaterapista in Equipe

Fondamentale il ruolo dell'équipe multidisciplinare a vario titolo coinvolta nello specifico percorso terapeutico e riabilitativo, in particolar modo dell'**Infermiere Stomaterapista**, un professionista specificatamente formato (Master Universitario o Scuole Nazionali di Associazioni Tecnico Scientifiche, riconosciute dalla FNOPI - Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche), che rilasciano apposito Certificato di Competenza) che prende in carico la persona sin dal periodo preoperatorio e che, tesoriando le capacità residue e il supporto e sostegno di caregiver, assicura la massima autonomia possibile, coniugando i bisogni individuali e le esigenze tecnico-cliniche con le competenze professionali lungo tutto il percorso riabilitativo. ^[36]



L'infermiere stomaterapista generalmente rappresenta il riferimento costante per la gestione corretta del nuovo organo e della funzione alterata, per favorire l'accettazione di sé e della nuova condizione, per il trasferimento di tutte le competenze atte alla migliore qualità di vita possibile. ^[37]

L'infermiere Stomaterapista ha, inoltre, competenze specifiche nella valutazione clinica e nella identificazione dei presidi e accessori per stomia da adottare nelle specifiche situazioni morfologiche e funzionali del complesso stomale, la cui adeguatezza è cogente in un ottica di prevenzione di complicanze correlabili alla non appropriatezza del dispositivo utilizzato. Fra queste assumono una notevole rilevanza le alterazioni dell'integrità cutanea circostante la stomia, per la frequenza con cui si manifestano, e i distacchi continui dei presidi di raccolta, situazioni per le quali è immaginabile l'impatto che possono determinare sullo stato di salute bio-psico-sociale del soggetto stomizzato: dolore, preoccupazione e ansia nella gestione del care del nuovo organo, vergogna e depressione, compromissione dell'autostima e della percezione soggettiva dovuta alla sistematica difficoltà di contenimento degli effluenti che causa imbarazzo e sensazioni di incapacità a provvedere alle attività quotidiane di autocura. ^[36]

L'infermiere stomaterapista assegnato al **servizio ambulatoriale** di riabilitazione dello stomizzato, **svolge prestazioni in autonomia e responsabilità**, richiedendo, eventualmente, la consulenza di altri professionisti sanitari quali **il chirurgo, l'urologo, il dermatologo, lo psicologo, il ginecologo, il dietologo/dietista, l'oncologo, ecc.** ^[36]

L'infermiere stomaterapista, a sua volta, si pone come **consulente** (viste le proprie conoscenze, esperienze ed abilità) della comunità professionale (infermieri di altre UU.OO. o Assistenza domiciliare). Progetta e svolge attività di formazione, nonché promuove, attiva e partecipa alla ricerca e alla diffusione e utilizzo delle migliori evidenze scientifiche disponibili. Partecipa attivamente allo sviluppo ed al miglioramento delle prestazioni organizzative, assistenziali e riabilitative del servizio riabilitazione stomizzati e incontinenti aziendale in cui svolge la propria attività.



Tabella n. 3: Principali attività del Personale Sanitario coinvolto nel percorso di cura e assistenza della persona con stomia

RESPONSABILITÀ	AZIONI
Infermiere stomaterapista	Presca in carico; Counselling; Educazione terapeutica; monitoraggio clinico; Gestione conservativa delle complicanze; Valutazione clinica del complesso stomale e della appropriatezza del presidio utilizzato; Consulenza Stomaterapica.
Chirurgo/Urologo	Prescrizioni Terapeutiche; Diagnosi, Trattamento; Informazione e consenso; Interventi chirurgici e gestione chirurgica delle complicanze.
Dietista	Consulenza per rischio di complicanze nutrizionali; Soddisfazione taluni bisogni nutrizionali; Elaborare diete ad hoc.
Dermatologo	Consulenza per complicanze dermatologiche importanti della cute peristomale.
Psicologo	Consulenza per prevenzione, diagnosi e sostegno psicologico.

Le prestazioni specifiche ed autonome risultano qui sotto elencate. ^{[36] [38]}

1. Educazione alla gestione della alimentazione in funzione ai possibili rischi di manifestazioni avverse correlate al tipo di stomia ed alle caratteristiche delle deiezioni.
2. Educazione a comportamenti di vita salutarì e informazioni sulla ripresa delle abitudini di vita precedenti la malattia e i suoi esiti.
3. Valutazione e proposta dispositivo per la gestione della stomia.
4. Educazione ad effettuare l'irrigazione intestinale a scopo riabilitativo (*Allegato n. 3*).
5. Irrigazione intestinale Isoperistaltica e antiperistaltica a scopo riabilitativo, diagnostico e terapeutico.



6. Counselling a supporto del processo di coping.
7. Rivalutazione periodica della persona stomizzata.
8. Gestione delle complicanze del complesso stomale.
9. Gestione infermieristica delle complicanze del complesso stomale:
 - a. Alterazioni e lesioni della cute peristomale – *Allegato n. 4*;
 - a. Distacco della giunzione muco cutanea – *Allegato n. 5*;
 - b. Stenosi della stomia – *Allegato n. 6*;
 - c. Prolasso della stomia – *Allegato n. 7*;
 - d. Ernia parastomale – *Allegato n. 8*;
 - e. Retrazione della stomia – *Allegato n. 9*.

L'infermiere stomaterapista nell'implementazione dell'azione educativa, agisce come soggetto attivatore, in merito ai seguenti aspetti:

- l'autocura della stomia;
- i comportamenti alimentari;
- lo stile di vita per il mantenimento del proprio modello di benessere;
- l'approvvigionamento e l'utilizzo appropriato dei presidi di gestione della stomia;
- l'effettuazione della pratica irrigativa;
- la rete sociale e sanitaria dei servizi da cui può ricevere supporto.

Nello specifico le attività principali che rientrano nella funzione pedagogica sono riferite a:

- identificare i bisogni educativi della persona e della famiglia;
- definire gli obiettivi educativi;
- realizzare gli interventi di educazione terapeutica;
- addestrare la persona e/o il care giver;
- verificare il livello di capacità acquisite;
- sostenere la persona nel processo di apprendimento e di coping.

Le **prestazioni specifiche ed autonome** possono infine essere ricondotte ad una sintesi di prestazioni, per l'effettuazione delle quali viene proposta la seguente indicazione temporale media unitaria:



DESCRIZIONE	N° - MINUTI
Visita / Consulenza Stomaterapica (ambulatoriale, in strutture e servizi aziendali ulss , territoriali)	30 minuti
Educazione Terapeutica alla persona cui viene confezionata una stomia (dalla presa in carico all'autonomia accertata)	30 minuti
Gestione infermieristica delle complicanze stomali (alterazione integrità cutanea, distacco muco cutaneo, fistola, ecc.)	20 minuti
Irrigazione da stomia (riabilitativa / terapeutica / per preparazione fisica)	60 minuti
Valutazione clinica del complesso stomale e della appropriatezza del presidio utilizzato (ai fini del rinnovo della prescrizione dei presidi)	30 minuti

Quadro legislativo

Dal punto di vista normativo, l'assistenza e la riabilitazione dei soggetti con stomia, è deputata ai Centri di Riabilitazione nei quali operano infermieri stomaterapisti.

La legge n. 833 del 1978 ha spostato la responsabilità dell'assistenza sanitaria dallo Stato (Art. 32 della Costituzione Italiana) alle Regioni, con attuazione della stessa da parte delle Aziende Sanitarie, ponendo l'accento non solo più su diagnosi e cura, bensì anche su prevenzione e riabilitazione; la legge n. 421 del 1999 incrementa l'autonomia delle Aziende Sanitarie e, per quanto concerne il recupero funzionale, definisce che tali prestazioni sono erogate dalle ASL oppure, in caso di assenza dei servizi idonei, mediante convenzioni con soggetti terzi. In ogni caso è chiaro che la riabilitazione è parte integrante dell'assistenza sanitaria dei cittadini italiani.

Leggi regionali a favore di pazienti stomizzati e incontinenti affermano che le ATS/ASST assicurano ai soggetti stomizzati, a titolo gratuito, gli interventi preventivi, curativi, assistenziali e riabilitativi necessari e connessi alla loro patologia ed invalidità.

Le ATS/ASST assicurano interventi di:

- Fornitura dei presidi sanitari in regime di libera scelta, utili per garantire la funzionalità e migliorare la condizione di vita dei pazienti, riferita anche alla qualità della vita di relazione;



- Riabilitazione (funzionale, psicologica);
- Educazione terapeutica;
- Informazione su tutti i presidi necessari e modalità per ottenerli in tempi rapidi e a titolo gratuito;
- Assistenza burocratica per il rapido disbrigo delle pratiche relative alle richieste dei presidi di cui alla lettera a);
- Rilascio delle certificazioni mediche necessarie a fini assistenziali, riabilitativi e previdenziali;
- Controllo periodico della funzionalità e della condizione della stomia e dell'incontinenza urinaria/fecale, con particolare riferimento alla qualità dei presidi utilizzati e alle tipologie di riabilitazione attuate, prestando la massima attenzione al rapporto costo/beneficio/qualità;
- Assistenza socio-sanitaria a domicilio, nei luoghi di lavoro, nelle scuole di ogni ordine e grado, qualora eccezionalmente ricorrano le necessarie condizioni, nel caso di bambini stomizzati, con atresie ano-rettali o che necessitano di cateterismo intermittente;
- Proposta di assistenza domiciliare da parte di personale infermieristico specializzato, per specifici, particolari casi di soggetti anziani o non autosufficienti e di soggetti in età pediatrica.

In ogni territorio deve essere istituito un Servizio di Riabilitazione Stomizzati e Incontinenti che si avvale di personale infermieristico specializzato in Stomaterapia (Stomaterapista) ed incontinenza urinaria e fecale (Riabilitatore Pavimento Pelvico), anche al fine di permettere – in modo integrato con il Fisioterapista – la migliore riabilitazione possibile dell'incontinenza uro-fecale.

Regione e ATS/ASST si avvalgono della collaborazione delle associazioni dei malati stomizzati ed incontinenti. In particolare, la Regione acquisisce il parere delle associazioni sugli atti e provvedimenti che riguardano l'organizzazione dei servizi, le modalità di distribuzione degli ausili, presidi e protesi, nonché la semplificazione delle procedure burocratiche nel rapporto fra i cittadini e la struttura sanitaria. Le associazioni possono intrattenere rapporti di collaborazione con le aziende ATS/ASST per la formazione e l'informazione dei malati e delle loro famiglie, al



fine di limitare pericolose situazioni di isolamento e per monitorare l'attività dei servizi di riabilitazione.

Il Nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili è l'unico riferimento per gli stomizzati e gli incontinenti, fatta salva eventuale propria regolamentazione regionale. Gli incontinenti gravi e gli stomizzati che hanno documentate necessità fisiologiche e di relazione, possono ottenere dalle ATS/ASST ausili e protesi integrativi.

ASSISTENZA INTEGRATIVA

In riferimento alla modalità di distribuzione del materiale per l'assistenza integrativa, attualmente vi sono esperienze di distribuzione diretta, indiretta e mista.

All'interno di questo panorama, ai sensi della normativa vigente, le regioni indicano le modalità di distribuzione.

In relazione alle modalità di erogazione dell'assistenza integrativa monouso in argomento, Regione Lombardia ritiene necessario adottare, nel rispetto delle norme nazionali (DM 332/99, DM 321/2001 e DPCM 12.01.2017), scelte logistico-organizzative coerenti con il modello di Servizio Socio Sanitario previsto dalla L.R. 23/2015, che rispondano al meglio alle esigenze della persona portatrice di stomia e che siano sostenibili nel tempo.

Considerate le dimensioni della popolazione interessata e la sua distribuzione nel territorio, la molteplicità dei Centri di prescrizione e la loro afferenza alle ASST e alle Strutture ospedaliere private accreditate, i risultati delle esperienze sviluppate nei diversi territori lombardi e la necessità di semplificare l'accesso alle forniture da parte degli assistiti, si intende individuare la distribuzione per il tramite delle farmacie convenzionate, basata su un accordo unico regionale, quale modalità più appropriata di erogazione degli ausili per stomia.

Regione Lombardia è impegnata a valutare la fattibilità e progressiva relativa estensione di tale modalità, oggi applicata solo parzialmente, in modo che la stessa possa essere operativa nell'intero territorio regionale.



Principi cardine

- Le Attività Ambulatoriali sono garantite per almeno 3 giorni la settimana, al fine di assicurare presenza, risposta e continuità.
- La prescrizione dei dispositivi medici risulta in linea con il rispetto del principio di libera scelta adottato dallo stomizzato.
- Sono prescrivibili i presidi di tutte le ditte commerciali (appropriatezza e rispetto della libera scelta, nell'ambito di un eventuale repertorio regionale).
- A livello ambulatoriale è possibile disporre di tutti i Campioni dei presidi e accessori per stomia marchiati CE.
- Sono vincolanti i controlli relativi ad efficacia e funzionalità dei presidi nonché la competenza di chi esegue lo stomacare.
- I resi possono essere utilizzati solo qualora risultino rispondenti alle disposizioni delle linee guida regionali (ricanalizzati, deceduti o materiale non utilizzato).

CONSIDERAZIONI FINALI

- I risultati della **riabilitazione**, derivati anche dalla maggiore competenza dell'utenza, quindi dalla minore incidenza di complicanze stomali, determina una diminuzione di visite specialistiche, ricoveri, terapie farmacologiche (es. antibiotici).
- **L'appropriatezza dell'assistenza** di tipo specialistico **dell'infermiere stomaterapista**, garantisce significativi risparmi della spesa.
- La spesa sanitaria sostenuta per le **prestazioni in stomaterapia codificate**, garantisce un notevole risparmio economico, giacché ogni servizio di riabilitazione svolge migliaia di prestazioni/anno ad oggi non codificate.
- L'attivazione di un **servizio di riabilitazione della persona con stomia** articolato **almeno su 3 giorni/settimana** (con la presenza dell'infermiere stomaterapista) garantisce esiti **di salute, quali autonomia, sicurezza, accettazione di sé, qualità di vita, ...** conseguenti



all'appropriatezza dei presidi utilizzati e al rispetto del contratto terapeutico-educativo tra persona stomizzata e infermiere stomaterapista.

- Il Servizio di Riabilitazione della persona con stomia prevede la presenza dell'infermiere Stomaterapista. Con specifica delibera aziendale all'Infermiere Stomaterapista in possesso di specifico Master Universitario o Certificato di Competenza rilasciato dall'Associazione Tecnico-Scientifica nazionale di riferimento, è attribuita la denominazione di "SPECIALIST" (Infermiere Esperto / Comma "C" art. 6 legge 43/2006).

Generalmente la consulenza, in seno ad interventi di educazione alla corretta gestione dei presidi e accessori per stomia, di prevenzione e gestione delle complicanze stomali conservative, di educazione all'autonomia rispetto a conseguenti necessità socio-relazionali o funzionali dello stomizzato, è garantita dall'infermiere stomaterapista alle Unità Operative dell'ASL che ne fanno richiesta.

La gestione ambulatoriale è utile per la continuità assistenziale e per verificare se l'educazione terapeutica trasmessa durante il ricovero sia stata recepita e messa in atto dal paziente.

È raccomandata la valutazione e il follow-up da parte di un infermiere stomaterapista al fine di ridurre eventuali eventi critici se il processo di cura non è gestito in modo ottimale. In generale, la letteratura evidenzia fortemente il bisogno di un regolare follow-up da parte di un infermiere stomaterapista nel post-operatorio per un minimo di 12 mesi.



Allegato n. 1

STOMA-SITING (Position Statement AIOSS e SIC (SOC. ITAL.CHIRURGIA))

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 sia dello stoma, sia 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 stoma influiscono profondamente sull'adattamento alla presenza di questo nuovo organo.

Nei primi articoli della "Carta internazionale dei diritti dello stomizzato" elaborata per la prima volta al Bay Front Medical Centre Ostomy Fair in Florida nel 1976 e revisionata nel 2003 a Francoforte durante il seminario della European Ostomy Association, sono riportati i capisaldi dell'infermieristica stomaterapica.

Il documento, dopo aver menzionato al primo articolo il diritto di ricevere informazioni preoperatorie sui benefici derivanti dall'intervento chirurgico, nel 2° articolo recita il diritto di: *"Avere una stomia ben confezionata e situata in una posizione appropriata in modo che possa essere adeguatamente gestita"*.

Recentemente questi principi sono stati adottati e raccomandati anche da alcune associazioni nazionali di medici chirurghi tra cui la ASCS (American Society of Colon & Rectal Surgeons) e l'AUA (American Urological Association).



Questo documento si focalizza sulla scelta della sede più idonea per allestire uno stoma ossia sul **disegno preoperatorio della stomia**.

Cos'è

Si tratta di una tecnica che costituisce il primo passo verso il processo di riabilitazione della persona con stoma. 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:

- valutare le sue conoscenze sulle motivazioni dell'intervento e del confezionamento di uno stoma;
- valutare le sue caratteristiche fisiche e i suoi bisogni psicologici (che possono incidere sulla scelta della sede della stomia);
- iniziare un percorso educativo finalizzato all'autonomia nella gestione del nuovo organo⁴.

Lo scopo

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.

Dove e come individuare il sito ottimale

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 seduta⁶.

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".

Procedura

VALUTAZIONE E SCELTA DEL SITO ADDOMINALE OVE CONFEZIONARE LA STOMIA

Oggetto e scopo



Il presente documento descrive la procedura del disegno stomale preoperatorio sia per enterostomie che per urostomie. Rappresenta una guida all'individuazione della posizione più corretta dello stoma, premessa necessaria per prevenire alcune complicanze stomali, consente un migliore adattamento a questa nuova struttura, un più rapido raggiungimento del *self management* e recupero delle normali attività. Potrà essere anche d'aiuto nel caso in cui non fosse disponibile del personale sanitario competente per eseguire tale procedura.

Campo di applicazione

La presente procedura si applica a tutte le persone a cui si prevede il confezionamento di una enterostomia o urostomia in regime di elezione. Si cercherà, per quanto la situazione possa consentirlo, di applicarla anche a quelle persone che verranno sottoposte a intervento chirurgico e confezionamento di uno stoma in regime d'urgenza/emergenza.

Procedura

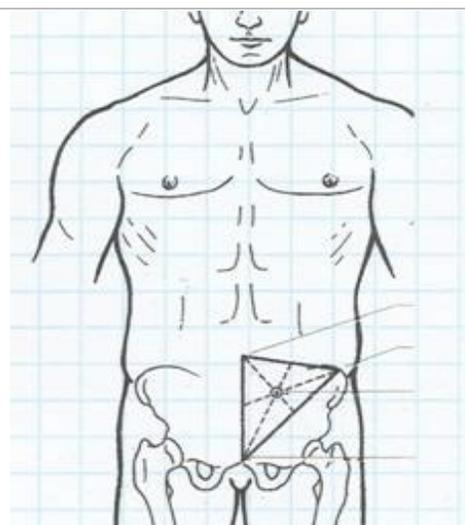
Azione	Razionale
Procurarsi il materiale necessario: <ul style="list-style-type: none"> ▪ un pennarello indelebile ▪ un pennarello delebile ▪ un film trasparente in poliuretano ▪ un sistema di raccolta 	Ottimizzare il tempo a disposizione. Evitare disagi alla persona.
Informare la persona della procedura in atto.	Rispettare il diritto all'informazione e coinvolgere la persona.
Valutare l'addome, in posizione supina, e notare la presenza di cicatrici, nevi e pliche cutanee	Identificare eventuali aree che possono compromettere la capacità adesiva dei sistemi di raccolta delle deiezioni. Lo stoma dovrebbe essere posizionato in un'area piana dell'addome per ridurre il rischio di perdite e infiltrazioni sotto il dispositivo di raccolta.
Evidenziare con il pennarello delebile alcune strutture anatomiche quali le arcate costali, le creste iliache, la linea alba, la linea della vita e i muscoli retti.	Delimitare la superficie addominale all'interno della quale disegnare lo stoma.



<p>Selezionare e segnare con il pennarello delebile il punto medio sulla linea che unisce l'ombelico alla cresta iliaca o al margine costale. Il punto scelto deve trovarsi all'interno della muscolatura retta dell'addome (per evidenziare i muscoli retti basta chiedere alla persona di alzare la testa dalla posizione supina).</p> <p>Selezionare, se possibile, un punto al di sotto della linea della vita o della cintura, se presente.</p> <p>Tener conto, se possibile, delle abitudini di vita, dell'occupazione, degli hobbies e dei desideri della persona.</p>	<p>Individuare il punto ipotetico di posizionamento dello stoma.</p> <p>Il confezionamento dello stoma all'interno dei muscoli retti evita alcune complicanze stomali più frequenti come l'ernia peristomale e il prolasso.</p> <p>Soddisfare, per quanto possibile, le esigenze particolari della persona permette un migliore recupero fisico e psichico e una migliore qualità di vita.</p>
<p>In caso la persona fosse obesa e l'addome voluminoso, scegliere come sede il punto più alto dell'addome o un punto dei quadranti superiori.</p>	<p>Individuare un punto ipotetico di posizionamento ben visibile dalla persona e facilmente raggiungibile.</p>

Un altro modo per individuare la posizione corretta della stomia: tracciare un triangolo tra ombelico, spina iliaca antero-superiore e il pube e scegliere il punto d'incontro di queste 3 linee.

Lo stesso procedimento è valido per entrambi



i quadranti addominali inferiori	
Valutare l'opportunità di segnare anche un secondo punto di repere nel quadrante addominale controlaterale.	Fornire un altro punto di riferimento al chirurgo da prendere in considerazione in situazioni chirurgiche impreviste.
Far assumere alla persona la posizione seduta ed eretta.	Rilevare modifiche del profilo addominale al variare della postura e, se necessario, modificare il punto scelto di posizionamento dello stoma che deve essere lontano da cicatrici e pliche cutanee.
Chiedere alla persona di indicare con un dito, nelle diverse posizioni, il punto segnato.	Valutare la capacità della persona di vedere e di raggiungere senza difficoltà il punto individuato. Se necessario modificare il punto scelto per lo stoma. Questo gli permetterà di essere indipendente nella sua gestione.
Far riassumere alla persona le varie posizioni e accertarsi che possa vedere il punto scelto.	Confermare definitivamente la scelta fatta.
Pulire il punto prescelto e segnarlo con il pennarello indelebile. Se lo si ritiene opportuno, proteggere la zona con il film trasparente di poliuretano.	Segnare in modo indelebile la sede ritenuta più idonea per lo stoma e conservare fino al momento dell'intervento l'indicazione della sede prescelta.

Bibliografia (Allegato 1)

1. Colwell J, Goldberg M, Carmel J. The state of the standard diversion. JWOCN 2001; 28: 6-17
2. ASCRS and WOCN joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing fecal ostomy surgery. Wound Ostomy Continence Nurs. 2007 Nov-Dec;34(6):627-8.
3. AUA and WOCN Society joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing creation of an incontinent urostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2009 May-Jun;36(3):267-8.
4. Erwin-Toth P. Ostomy pearls: a concise guide to stoma siting, pouching systems, patient education and more. Adv Skin Wound Care. 2003 May-Jun;16(3):146-52.
www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3977/is_200305/ai_9239979
5. Erwin-Toth P. Ostomy care and rehabilitation in colorectal cancer. Seminars in Oncology Nursing.



2006; 22(3): 174-7.

6. Turnbull RB, Weakley F. Ileostomy. In: Cooper, ed. The Craft of Surgery. Little Brown and Company, New York, NY. 1964;1065-73.
7. Pearl RK, Prasad ML, Orsay CP, Abcarian H, Tan AB, Melzl MT. Early local complications from intestinal stomas. Arch Surg. 1985 Oct;120(10):1145-7.
8. Bass EM, Del Pino A, Tan A, Pearl RK, Orsay CP, Abcarian H. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? Dis Colon Rectum. 1997 Apr;40(4):440-2.
9. Park JJ, Del Pino A, Orsay CP, Nelson RL, Pearl RK, Cintron JR, Abcarian H. Stoma complications: the Cook County Hospital experience. Dis Colon Rectum. 1999 Dec;42(12):1575-80.
10. Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J, Carr ND. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. Colorectal Disease 2003, 5: 49-52
11. Millan M, Tegido M, Biondo S, García-Granero E. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. Colorectal Dis. 2010 Jul;12(7 Online):e88-92. Epub 2009 Oct
12. Parmar KL, Zammit M, Smith A, Kenyon D, Lees NP; Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Network. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment through the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. Colorectal Dis. 2011 Aug;13(8):935-8. Epub 2010 May 17.
13. Pittman J. characteristics of the patient with a ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2011 May-Jun;38(3):271-9.
14. Gulbinienė J, Markelis R, Tamelis A, Saladzinskas Z. The impact of preoperative stoma siting and stoma care education on patient's quality of life. Medicina (Kaunas). 2004;40(11):1045- 53.
15. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C, Krouse RS. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2008 Sep-Oct;35(5):493-503.
16. Haugen V, Bliss DZ, Savik K. perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2006;33(5):525-35.
17. Mahjoubi B, Kiani Goodarzi K, Mohammad-Sadeghi H. quality of life in stoma patients: appropriate and inappropriate stoma sites. World J Surg. 2010 Jan;34(1):147-52.
18. Person B, Ifargan R, Lachter J, Duek SD, Kluger Y, Assalia A. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life and patient's independence. Dis Colon Rectum 2012; 55: 783-7.



Allegato n. 2

STOMACARE DELLE STOMIE INTESTINALI ED URINARIE

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:

- Mantenere le caratteristiche normotrofiche e l'integrità della cute peristomale
- Assicurare l'adesività del dispositivo alla cute, fino alla sua sostituzione
- Promuovere il benessere e il confort della persona assistita
- Promuovere l'autonomia dell'assistito/a ad effettuare lo stoma care

Oggetto e scopo: Il presente documento descrive 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 detersione 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.

Campo di applicazione: La presente procedura si applica a tutte le persone che hanno un enterostomia a cui si prevede il confezionamento di una enterostomia o urostomia in regime di elezione. Si cercherà, per quanto la situazione possa consentirlo, di applicarla anche a quelle



persone che verranno sottoposte a intervento chirurgico e confezionamento di uno stoma in regime d'urgenza/emergenza.

Procedura

AZIONE	RAZIONALE
Lavaggio sociale delle mani.	<i>Prevenire la trasmissione di microrganismi da operatore a persona assistita.</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>Ottimizzare il tempo di effettuazione della procedura.</i>
Informare la persona assistita sulla procedura in attuazione	<i>Rispettare il diritto all'informazione.</i> <i>Rendere corresponsabile la persona assistita rispetto alla cura della stomia.</i>
Far assumere alla persona la posizione supina o seduta	<i>Facilitare l'esecuzione della tecnica.</i>
Scoprire l'addome del paziente e posizionare il telo in cotone o la traversa monouso sulla parte inferiore del corpo	<i>Proteggere gli indumenti da imbrattamento con le deiezioni durante le manovre di igiene e apparecchiatura della stomia</i>
Indossare i guanti.	<i>Prevenire contaminazioni con le feci.</i>
Rimuovere il sistema di raccolta dall'alto verso il	<i>Evitare contaminazioni della cute addominale con le</i>



<p>basso, tendendo ed umidificando la cute peristomale con garza o panno carta bagnato con acqua tiepida</p> 	<p><i>feci. Facilitare il distacco della placca senza danneggiare la cute.</i></p>
<p>Esaminare le condizioni della placca del dispositivo rimosso</p>	<p><i>Rilevare lo stato di usura nella zona peristomale</i> <i>Rilevare se vi sono zone di infiltrazione delle deiezioni</i></p>
<p>In presenza di feci sullo stoma, rimuoverle con la garza o il panno carta</p>	<p><i>Evitare di contaminare le zone circostanti la stomia durante la detersione.</i></p>
<p>Effettuare la detersione della cute peristomale con movimenti circolari, partendo dall'esterno verso la stomia.</p> 	<p><i>Evitare di contaminare con le feci la zona distale della cute peristomale</i></p>
<p>Asciugare la cute tamponando con garza o panno carta.</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>Misurare il diametro della stomia con il calibratore.</p> 	<p><i>Rilevare le dimensioni della stomia.</i></p>



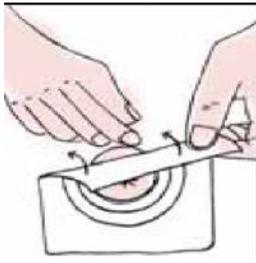
Ritagliare il foro della placca uguale o maggiore di 2 mm max, rispetto alle dimensioni della stomia	<i>Proteggere la cute peristomale dal contatto con le feci. Il foro deve essere ritagliato in modo che aderisca perfettamente all'area circostante lo stoma.</i>
Valutare in posizione supina e seduta il complesso stomale e il profilo addominale del paziente	<i>Rilevare variazioni morfologiche che possono richiedere l'adozione di placca convessa, pasta barriera/livellante.</i>
APPARECCHIATURA CON DISPOSITIVO MONOPEZZO	
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>Evitare che l'adesivo microporoso aderisca ai guanti dell'operatore durante le manovre di applicazione del dispositivo.</i>
Applicare la pasta livellante sulla giunzione mucocutanea o creare un anello tutto intorno al foro della placca adesiva. Applicare la pasta livellante sulla superficie cutanea per riempire fessure o depressioni. 	<i>Eliminare il rischio di infiltrazione degli effluenti. Creare un area piana che favorisca il mantenimento in situ del dispositivo.</i>
Lasciare asciugare la pasta livellante per circa 30 secondi.	<i>Permette la completa evaporazione del solvente contenuto nella pasta e riduce il rischio di irritazione della cute.</i>
Modellare la pasta con un dito o con una garza inumidita	<i>Creare uno strato uniforme circostante la stomia. Livellare la zona cutanea peristomale.</i>
Valutare la necessità di applicare un film protettivo sulla cute peristomale e applicarlo se necessario	<i>Isolare la pelle dal contatto con le deiezioni. Garantire una maggiore aderenza della placca alla cute</i>
Piegare la sacca alla base del margine inferiore del foro e farla combaciare con il bordo della giunzione mucocutanea nella parte sottostante lo stoma	<i>Facilitare l'applicazione del sistema di raccolta. Proteggere il bordo peristomale inferiore.</i>



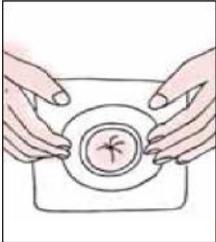
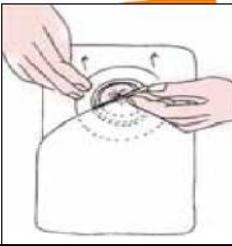
		
<p>Far aderire alla cute la placca, dal basso verso l'alto.</p> <p>Se presente rimuovere la carta che ricopre l'adesivo microporoso.</p> <p>Completare l'applicazione sfregando delicatamente i bordi, con i polpastrelli.</p>		<p><i>Evitare la formazione di pieghe.</i></p> <p><i>Garantire una buona adesione del dispositivo alla cute.</i></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><i>Garantire le norme di igiene e sicurezza per la persona assistita e l'operatore.</i></p> <p><i>Rispettare i principi di gestione dei materiali in uso.</i></p>
<p>Lavaggio sociale delle mani.</p>		<p><i>Evitare la contaminazione tra operatore, persona assistita e ambiente.</i></p>
<p>APPARECCHIATURA CON DISPOSITIVO A DUE PEZZI</p>		



<p>Rimuovere la pellicola che protegge l'adesivo. In presenza di placca con anello protettivo lasciare in sede la carta che ricopre l'adesivo microporoso.</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. Applicare la pasta livellante sulla superficie cutanea per riempire fessure o depressioni.</p> 	<p><i>Eliminare il rischio di infiltrazione degli effluenti. Creare un area piana che favorisca il mantenimento in situ del dispositivo.</i></p>

<p>Lasciare asciugare la pasta livellante per circa 30 secondi.</p>	<p><i>Permette la completa evaporazione del solvente contenuto nella pasta e riduce il rischio di irritazione della cute.</i></p>
<p>Modellare la pasta con un dito o con una garza inumidita.</p>	<p><i>Creare uno strato uniforme circostante la stomia. Livellare la zona cutanea peristomale.</i></p>
<p>Valutare la necessità di applicare un film protettivo sulla cute peristomale e applicarlo se necessario.</p>	<p><i>Isolare la pelle dal contatto con le deiezioni. Garantire una maggiore aderenza della placca alla cute.</i></p>
<p>Accostare il margine inferiore del foro della placca e farla combaciare con il margine sottostante lo stoma</p> 	<p><i>Facilitare l'applicazione del sistema di raccolta. Proteggere il bordo peristomale inferiore.</i></p>
<p>Far aderire alla cute la placca, dal basso verso l'alto. Passare le dita all'interno dell'anello della flangia.</p>	<p><i>Favorire l'adesione del dispositivo alla cute. Far aderire bene lo strato protettivo attorno allo</i></p>



<p>Se presente rimuovere la carta che ricopre l'adesivo microporoso. Completare l'applicazione sfregando delicatamente i bordi, con i polpastrelli.</p> 	<p>stoma.</p>
<p>Agganciare la sacca di raccolta alla flangia della placca.</p> 	
<p>Rimuovere il telo di cotone o la traversa monouso.</p>	
<p>Accertarsi della perfetta adesione della sacca alla flangia.</p>	<p><i>Prevenire distacchi indesiderati della sacca.</i></p>
<p>Eliminare i rifiuti, riordinare il materiale, l'ambiente e togliere i guanti.</p>	<p><i>Garantire le norme di igiene e sicurezza per la persona assistita e l'operatore. Rispettare i principi di gestione dei materiali in uso.</i></p>

Bibliografia (Allegato 2)

1. Anderson I; *Protecting the skin against urine and faeces*; J Wound Care, 2000 Oct; 9 (9) : 420
2. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – urostmies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
3. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – entérostmies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
4. Black P.; *Practical stoma care*; Nurs Stand. 2000 Jun 28-Jul 4;14(41):47-53; quiz 54-5.
5. Boyd K, Thompson MJ, Boyd-Carson W, Trainor B, *Use of convex appliances*; Nurs Stand, 2004 Jan 28-Feb 3;18(20):37-8.
6. Bryant D, Fleischer I., Brigham, *Changing an ostomy appliance*; Nursing, 2000 Nov;30(11):51-3.



7. Burch J., *The pre- and postoperative nursing care for patients with a stoma*; Br J Nurs., 2005 Mar 24-Apr 13;14(6):310-8.
8. Epps CK, *The delicate business of ostomy care*; RN., 1996 Nov;59(11):32-6; quiz 37.
9. Erwin Toth P., *Ostomy pearls: a concise guide to stoma siting, pouching systems, patient education and more*, Adv Skin Wound care, 2003 May-Jun; 16(3):146-52.
10. Erwin-Toth P, *Prevention and management of peristomal skin complications*; Adv Skin Wound Care, 2000 Jul-Aug; 13(4Pt 1):175-9
11. Fries CF, *Managing an ostomy*; Nursing, 1999 Aug;29(8):26.
12. Gallagher S, Gates J.; *Challenges of ostomy care and obesity*; Ostomy Wound Manage. 2004 Sep;50(9):38-40, 44, 46.
13. Gruppo di ricerca Mosè le Tavole; *Gli Strumenti Operativi per l'Assistenza in Stomaterapia*; AIOSS - Hollister S.p.A - Italia, 2003
14. Guyot M, Montandon S, Valois MF.; *Best practice guidelines in stomatherapy: a tool for interdisciplinary management of stoma patients*] Ann Chir. 2003 Nov;128(9):642-3.
15. McConnell EA, *Changing an ostomy appliance*; Nursing, 2002 Mar;32(3):17.
16. Metcalf C, *Stoma care-2. Emptying a drainable pouch*; Nurs Times, 2001 Apr 12-18;97(15):45-6.
17. Metcalf C., *Stoma care-3. Changing a 1-piece appliance*; Nurs. Times, 2001 Apr 19-25;97(16):41-2.
18. Metcalf C, *Stoma care -4. Fitting a 2-pieces appliance*; Nurs. Times, 2001 Apr 26 May 2;97(17):43-4.
19. Metcalf C., *Stoma care-5(a). Problem-solving*; Nursing Times, 2001 May 10-16;97(19):43-4.
20. Nix DH, *Factors to consider when selecting skin cleansing products*; J Wound Ostomy Continence Nurs., 2000 Sep;27(5):260-8.
21. No authors listed, *Protecting the skin against urine and faeces*; J Wound Care, 2000 Oct;9(9):420.
22. Rolstad BS, Erwin-Toth PL, *Peristomal skin complication: prevention and management*; Ostomy Wound Manage, 2004 Sep;50(9):68-77.
23. Saracco C, Beltrame M, Brazzale R, Roveron G.; *Tables of Moses: nursing research project*; Prof Inferm. 2005 Apr-Jun;58(2):114-21
24. Thompson J, *A practical ostomy guide. Part one*; RN, 2000 Nov;63(11):61-6;quiz 68.
25. Trainor B, Thompson MJ, Boyd-Carson W, Boyd K. ; *Clinical protocols for stoma care: 2. Changing an appliance*; Nurs Stand. 2003 Dec 10-16;18(13):41-2.
26. Van den Bulck R ; *[Stomatherapy]*; Rev Med Brux. 2001 Sep;22(4):A228-33.
27. Van den Bulck R.; *[Stoma therapy, stomas, dressings, care and complications]* Soins. 2004 Apr;17-2



Allegato n. 3

IRRIGAZIONE TRANS-STOMALE A SCOPO RIABILITATIVO

L'irrigazione trans-stomale a scopo riabilitativo consiste nell'introduzione di acqua nel colon residuo allo scopo di provocare la fuoriuscita di feci e gas in esso contenuti.

Destinatari:

Persone con trasversostomia sinistra, colostomia sinistra, sigmoidostomia.

Obiettivi:

- Ottenere una continenza passiva all'emissione delle feci ed una riduzione dell'emissione dei gas
- Promuovere il comfort e l'autonomia della persona
- Favorire il benessere psico-fisico della persona con stomia
- Ridurre i fattori di rischio di complicità della cute peristomale. 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.

Consegnare alla dimissione le linee guida da consultare a domicilio.



Procedura: IRRIGAZIONE INTESTINALE A SCOPO RIABILITATIVO.

DESTINATARI

Persone con trasversostomia sinistra, colostomia sinistra, sigmoidostomia.

OBIETTIVI

- Ottenere una continenza passiva all'emissione delle feci ed una riduzione dell'emissione dei gas.
- Promuovere il comfort e l'autonomia della persona.
- Ridurre i fattori di rischio di complicità della cute peristomale. Contenere i costi di gestione.

PROTOCOLLO

- 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.
- Consegnare alla dimissione le linee guida da consultare a domicilio.

L'IRRIGAZIONE: consiste nell'introduzione di acqua nel colon residuo allo scopo di provocare la fuoriuscita di feci e gas in esso contenuti.

DESTINATARI: Persone con colostomia sinistra, sigmoidostomia, trasversostomia sinistra.

OBIETTIVI:

- Ottenere la continenza passiva all'emissione di feci per almeno 24 ore. Ottenere la pulizia del colon per scopi diagnostici
- Favorire il benessere psico-fisico della persona con stomia.

L'esecuzione della tecnica richiede l'intervento di un operatore.

MATERIALE OCCORRENTE:

- Carrello o vassoio
- Sacchetto per rifiuti
- Sistema di raccolta
- Acqua tiepida potabile per l'igiene della stomia
- Sapone neutro o soluzione detergente
- Panno carta o garze non sterili
- Gel lubrificante
- Set per irrigazione con sacca di scarico
- Telino
- 2.000 ml. di acqua potabile a temperatura corporea
- Orologio
- Sostegno



- Guanti monouso

PROCEDURA:

Lavaggio sociale delle mani.	<i>Evitare la contaminazione tra operatore, persona assistita e ambiente.</i>
Predisporre il materiale.	<i>Ottimizzare l'utilizzo del tempo. Evitare disagi alla persona assistita.</i>
Informare la persona assistita.	<i>Rispettare il diritto all'informazione. Coinvolgere la persona assistita.</i>
Far assumere alla persona la posizione seduta.	<i>Mantenere una posizione confortevole per la persona. Favorire l'esecuzione della tecnica.</i>
Scoprire l'addome e proteggerlo con un telino.	<i>Favorire l'esecuzione della tecnica. Tutelare la privacy della persona</i>
Riempire la sacca dell'irrigatore con acqua ed appenderla ad una altezza di 40 cm. sopra le spalle della persona.	<i>Consentire un corretto deflusso dell'acqua.</i>
Far defluire l'acqua nel tubo collettore e chiudere il morsetto.	<i>Consentire il normale deflusso dell'acqua evitando la presenza d'aria nel tubo collettore.</i>
Indossare i guanti.	<i>Prevenire la contaminazione tra l'assistito, l'operatore, e viceversa.</i>
Rimuovere il sistema di raccolta in situ dall'alto verso il basso, tendendo ed umidificando la cute peristomiale.	<i>Evitare il contatto delle feci con la cute addominale. Facilitare la rimozione. Prevenire microtraumi della cute peristomiale.</i>
Rimuovere eventuali residui fecali presenti sulla stomia.	<i>Permettere l'esecuzione della tecnica in condizioni igieniche ottimali. Visualizzare la stomia.</i>



Rimuovere la pellicola che protegge l'adesivo.	
Applicare la sacca di scarico sulla cute peristomale e posizionare la parte terminale nel water.	<i>Evitare che le feci e il liquido di lavaggio sporchino la persona e l'ambiente.</i>
Lubrificare il dito indice con l'apposito gel ed eseguire l'esplorazione digitale della stomia.	<i>Facilitare l'introduzione del dito. Individuare la direzione del lume intestinale.</i>
Lubrificare il cono e previa apertura del morsetto, inserirlo ed estrarlo dal lume della stomia per 5/6 volte.	<i>Facilitare l'introduzione del cono. Rimuovere eventuali residui fecali che potrebbero ostacolare l'introduzione dell'acqua.</i>
Riposizionare il cono tenendolo ben adeso alla stomia e far defluire 800-1000 ml. di acqua in 3-5 minuti.	<i>Evitare la fuoriuscita dell'acqua. Creare una distensione meccanica del colon per ottenere una reazione peristaltica riflessa e quindi l'espulsione del contenuto intestinale.</i>
Chiudere il morsetto del tubo collettore e rimuovere il cono.	
Ripiegare e chiudere l'apertura superiore della sacca con due mollette.	<i>Evitare che le feci e il liquido di lavaggio sporchino la persona e l'ambiente.</i>
Attendere 20 minuti.	<i>Tempo necessario per permettere lo svuotamento del colon.</i>
Effettuare sull'addome della persona un lieve massaggio in senso orario.	<i>Favorire l'espulsione delle feci residue.</i>
Attendere ulteriori 10 minuti e poi rimuovere la sacca di scarico dall'alto verso il basso tendendo ed umidificando la cute attorno alla stomia.	<i>Consentire il completo svuotamento dell'intestino. Facilitare la rimozione della sacca. Prevenire microtraumi della cute peristomale.</i>
Rimuovere le feci presenti sulla stomia con garza o panno carta.	<i>Evitare la contaminazione delle zone circostanti durante la detersione.</i>



Detergere la cute peristomale con acqua e sapone.	<i>Mantenere la cute integra.</i>
Effettuare la detersione con movimenti circolari dall'esterno verso la stomia.	<i>Evitare il contatto delle feci con la cute in quanto istolesive per le loro caratteristiche biochimiche.</i>
Asciugare la cute tamponando con garza o panno carta.	<i>Evitare microtraumi e lesioni della zona circostante la stomia che possono insorgere in presenza di cute umida. Consentire l'adesione della placca del sistema di raccolta.</i>
Applicare il sistema di raccolta in uso.	
Detergere, sciacquare, disinfettare e asciugare il set per l'irrigazione.	<i>Garantire le norme d'igiene e sicurezza per la persona assistita e l'operatore. Rispettare i principi di gestione del materiale in uso.</i>
Eliminare i rifiuti, riordinare il materiale e l'ambiente.	<i>Garantire le norme d'igiene e sicurezza per la persona assistita e l'operatore. Rispettare i principi di gestione del materiale in uso.</i>
Togliere i guanti.	
Lavaggio sociale delle mani.	<i>Evitare la contaminazione tra operatore, persona assistita e ambiente.</i>



Allegato n. 4

LESIONE DELLA CUTE PERISTOMALE

Questa complicanza trova la sua definizione nella stessa denominazione, come si presenta clinicamente e la graduazione della sua entità determina poi le strategie d'intervento. Sovente è secondaria ad altre complicanze o ad inappropriata gestione dello stoma care; in altri casi la complicanza cutanea deriva dal contatto con feci e/o urine che si infiltrano al di sotto della placca del dispositivo ed impongono cambi più frequenti degli ausili di raccolta, la qualcosa aggiunge un'ulteriore noxa lesiva traumatica, generando un circolo vizioso che ha conseguenze drammatiche per la persona stomizzata.



Le manifestazioni della lesione variano dal rossore cutaneo, attraverso papule e vescicole, fino alle erosioni ed ulcerazioni; s'irradiano verso la periferia, dove diminuiscono di intensità, terminando "a scalino" sulla cute sana. Prurito, bruciore e dolore sono i sintomi più frequenti e se a questi si aggiunge la difficoltà a mantenere adeso e in situ il dispositivo di raccolta la condizione del paziente diviene intollerante. Inoltre si possono instaurare sovra infezioni micotiche e lesioni da grattamento che costituiscono il rischio di ulteriori complicanze del complesso stomale.

Il conseguimento e la conservazione dell'integrità cutanea peristomale è l'obiettivo principale che si pongono la persona portatrice di stomia e lo stomaterapista.

L'approccio terapeutico è strettamente dipendente dalla clinica della lesione e si fonda sull'integrazione organica delle competenze multidisciplinari.

Management Care

1. Valutazione dell'eziologia della complicanza: chimica, meccanica, infettiva, correlata alla malattia.
2. Valutazione e classificazione dell'alterazione/lesione: identificare le caratteristiche cliniche e l'area in cui si presenta riferendosi ad una specifica scala di classificazione è importante per la continuità delle cure e per decidere il trattamento appropriato.
3. Medicazione della lesione: l'impiego di medicazioni avanzate deve essere appropriato alla fase clinica rilevata.
4. Rivalutazione dell'appropriatezza del dispositivo di raccolta in uso: adattabilità, protezione.
5. Utilizzo di accessori che permettono di isolare la pelle dal contatto con le deiezioni e una maggior stabilità del dispositivo applicato.
6. Educazione dell'assistito e/o care giver sulle nuove modalità di gestione del care della stomia.



Bibliografia (Allegato 4)

1. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – urostmies*; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
2. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – entérostmies*; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
3. Black P.; *Treating peristomal skin problems in the community*; Br J Community Nurs. 2002 Apr;7(4):212-7
4. Bonham P, Schaffner; *Management of extensive peristomal ulcers around a retracted, stenotic ileal conduit stoma site*; A.J Wound Ostomy Continence Nurs. 1999 Sep;26(5):276-82
5. Borglund E, Nordstrom G, Nyman CR.; *Classification of peristomal skin changes in patients with urostomy*; J Am Acad Dermatol. 1988 Oct;19(4):623-8.
6. Bradley M. Pupiales M.; *Essential elements of ostomy care*; Am J Nurs. 1997 Jul; 97 (7) 38-45; quiz 46
7. Broadwell DC., *Peristomal Skin Integrity*; Nurs Clin North Am. 1987 Jun; 22(2):321/32
8. Burch J.; *The management and care of people with stoma complications*; Br J Nurs 2004 Mar 25-Apr 7;13(6):307-8, 310, 312, 314-8
9. Burch J.; *The pre- and postoperative nursing care for patients with a stoma*; Br J Nurs. 2005 Mar 24-Apr 13;14(6):310
10. Burch J.; *Stoma complications encountered in the community, A-Z*; Br J Community Nurs. 2005 Jul;10(7):324, 326, 328-9.
11. Colwell JC, Goldberg M, Carmel J.; *The state of the standard diversion*; J Wound Ostomy Continence Nurs. 2001 Jan;28(1):6-17
12. Fernandez-Redondo V, Leon A, Santiago T, Toribio J.; *Allergic contact dermatitis from local anaesthetic on peristomal skin*; Contact Dermatitis. 2001 Dec;45(6):358
13. Fowler JM, Plant C, Brierley R.; *Caring for patients with colostomies*; Practitioner. 2003 May;247(1646):368, 372, 376 passim.
14. Francis EP, Sandhal L, Reed MJ, Miller OF; *Cutaneous presentation of ectopic small bowel mucosa* J Am Acad Dermatol. 2004 Sep;51 (3):476-7



15. Gruppo di Ricerca "Mosè le Tavole"; *Gli Strumenti Operativi per l'Assistenza in Stomaterapia*; AIOSS - Hollister S.p.A - Italia, 2003
16. Guyot M, Montandon S, Valois MF.; *[Best practice guidelines in stomatherapy: a tool for interdisciplinary management of stoma patients]* 2003 Nov;128(9):642-3.
17. Hess CT.; *The art of skin and wound care documentation*; Home Healthc Nurse. 2005 Aug;23(8):502-13; quiz, 514-5.
18. Hocevar BJ, Landis-Erdman J, Hanlon M.; *Pouching challenges in a patient with extensive peristomal skin loss and 'subsequent skin graft.*; J Wound Ostomy Continence Nurs. 1999 Jan;26(1):48-52
19. Lee J.; *Common stoma problems: a brief guide for community nurses.*; Br J Community Nurs. 2001 Aug;6(8):407-13
20. Lyon CC, Smith AJ, Griffiths CE, Beck MH, *Peristomal dermatoses: a novel indication for topical steroid lotions*; J Am Acad Dermatol. 2000 Oct; 43(4):679-82
21. Lyon CC, Stapleton M, Smith AJ, Griffiths CE, Beck MH; *Topical sucralfate in the management of peristomal skin disease: an open study.*; Clin Exp Dermatol. 2000 Nov;25(8):584-8.
22. Lyon CC, Smith AJ, Griffiths CE, Beck MH.; *The spectrum of skin disorders in abdominal stoma patients*; Br J Dermatol. 2000 Dec;143(6):1248-60.
23. Maidl L.; *Stomal and peristomal skin complications with urostomie*; Urol Nurs. 1990 Dec;10(4):17-22.
24. Moriyasu A, Katoh N, Kishimoto S.; *Psoriasis localized exclusively to peristomal skin.* J Am Acad Dermatol. 2006 Feb;54(2 Suppl):S55-6.
25. Nix D., Ermer-Seltun J.; *A review of perineal skin care protocols and skin barrier product use*; Ostomy Wound Manage 2004 Dec; 50(12):59-67
26. [No authors listed]; *Protocols for stoma care.*; Nurs Stand. 2000 Feb 2-8;14(20):suppl p. 2.
27. Ratliff CR, Donovan AM.; *Frequency of peristomal complications*; Ostomy Wound Manage. 2001 Aug;47(8):26-9.
28. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM, Colwell JC.; *Descriptive study of peristomal complications.* J Wound Ostomy Continence Nurs; 2005 Jan-Feb;32(1):33-7



-
29. Ringhofer J., Meeting the needs of your ostomy patient; RN 2005 Aug; 68(8):37/41; quiz 42
 30. Rolstad BS, Erwin-Toth PL.; Peristomal skin complications: prevention and management; Ostomy Wound Manage. 2004 Sep;50(9):68-77
 31. Rothstein MS.; Management of stomal wounds; Clin Dermatol. 1994 Jan-Mar;12(1):81-8.
 32. Santos VL.; [How I managed peristomal dermatitis]; Rev Esc Enferm USP. 1994 Apr;28(1):67-71
 33. Saracco C, Beltrame M, Brazzale R, Roveron G.; [Tables of Moses: nursing research project]; Prof Inferm. 2005 Apr-Jun;58(2):114-21
 34. Tavarela Veloso F. Review article: skin complications associated with inflammatory bowel disease. Aliment Pharmacol Ther. 2004 Oct;20 Suppl 4:50-3.
 35. Turnbull GB.; Infections of the peristomal skin.; Ostomy Wound Manage. 2005 Jun;51(6):14, 16
 36. Van den Bulck R.; [Stoma therapy, stomas, dressings, care and complications] Soins. 2004 Apr;(684 Pt 1):17-22.
 37. Van den Bulck R. [Complications in the peristomal zone] Soins. 2004 Sep;(688):27-8, 30-1.
 38. Van den Bulck R.; [Stomatherapy]; Rev Med Brux. 2001 Sep;22(4):A228-33.
 39. Van Niel J.; What's wrong with this peristomal skin?; Am J Nurs. 1991 Dec;91(12):44-5.
 40. Yeo H, Abir F, Longo WE.; Management of parastomal ulcers; World J Gastroenterol. 2006 May 28;12(20):3133-7.



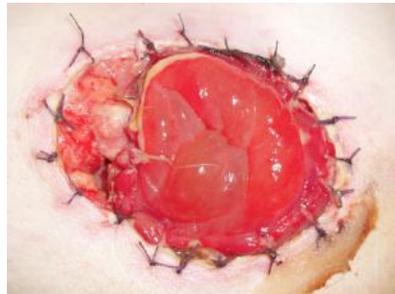
Allegato n. 5

DISTACCO DELLA GIUNZIONE MUCO CUTANEA

Il distacco mucocutaneo è una **complicanza precoce** della chirurgia stomale che consiste nella rottura della linea di sutura praticata in corrispondenza della giunzione mucocutanea.

Il distacco si presenta con una separazione del viscere stomale dalla cute addominale che genera una cavità di dimensioni e profondità variabili.

La complessità clinica e la scelta del trattamento è strettamente dipendente dall'estensione e dalla profondità della lesione.



La presenza di questa complicanza può arrecare grave disagio al paziente, determinare difficoltà all'adesione del dispositivo di raccolta, ritardare il processo di recupero psico fisico e rendere necessario un prolungamento dei tempi di degenza ospedaliera e l'estensione delle cure assistenziali presso l'ambulatorio di stomaterapia e/o al domicilio dell'assistito.

L'intervento chirurgico per la risoluzione di questa complicanza può rendersi necessario nel caso di distacco totale e profondo ma nella maggior parte dei casi il trattamento è conservativo e in questi situazioni è importantissima l'appropriata gestione del care che integra prestazioni cliniche, educative e di counselling riconducibili alle competenze specifiche dell'infermiere esperto in stomaterapia.



Il CORE del Management Care è rappresentato da:

1. Valutazione clinica della lesione: estensione, profondità, caratteristiche dei tessuti e degli effluenti alla base della ferita.
2. Detersione del letto della lesione
3. Scelta e applicazione di medicazioni avanzate in rapporto alle caratteristiche cliniche rilevate della lesione ed eventuale realizzazione di medicazione secondaria per proteggere quella primaria.
4. Identificazione e scelta del dispositivo di raccolta con placca rispondente alle caratteristiche morfologiche della stomia e del complesso stomale e salvaguardare la corretta adesività e la protezione della cute peristomale.
5. Utilizzo di accessori che permettono di rimodellare la superficie cutanea attorno allo stoma, isolare la pelle dal contatto con le deiezioni e favorire una maggior aderenza della placca alla cute.
6. Educazione dell'assistito e/o care giver sulle nuove modalità di gestione del care della stomia.

Bibliografia (Allegato 5)

1. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – urostomies*; 2003 - A.F.E.T. – Hollister – Francia.
2. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – entérostomies*; 2003 -A.F.E.T. – Hollister – Francia.
3. Boyd-Carson W, Thompson MJ, Trainor B, Boyd K, *Mucocutaneous separation*; Nurs Stand 2004 Jan 7-13;18(17):41-3.
4. Burch J, *The management and care of people with stoma complications*; Br J Nurs 2004 Mar 25-Apr 7;13(6):307-8, 310, 312, 314-8.
5. Gruppo di ricerca Mosè le Tavole; *Gli Strumenti Operativi per l'Assistenza in Stomaterapia*; 2003 – AIOSS Hollister S.p.A – Italia.
6. Guyot m, Montandon S, Valois MF; *Best practice guidelines in stomatherapy: a tool for interdisciplinary management of stoma patients*; Ann. Chir. 2003 Nov.; 128 (9): 642-3



-
7. Lee J., *Common stoma problems: a brief guide for community nurses*; Br J Community Nurs 2001 Aug;6(8):407-13.
 8. Maidl L, *Stomal and peristomal skin complications with urostomies*; Urol Nurs 1990 Dec;10(4):17-22.
 9. Rolstad B, Boarini J.; *Principles and techniques in the use of convexity*; Ostomy Wound Management, 1996 42 (1) –24 - 32
 10. Rolstad BS, Erwin-Toth PL, *Peristomal skin complications: prevention and management*; Ostomy Wound Manage 2004 Sep;50(9):68-77.
 11. Saracco C, Beltrame M, Brazzale R, Roveron G.; *[Tables of Moses: nursing research project]*; Prof Infirm. 2005 Apr-Jun;58(2):114-21
 12. Van den Bulck R.; *[Stomatherapy]*; Rev Med Brux. 2001 Sep;22(4):A228-33.
 13. Van den Bulck R. *[Complications in the peristomal zone]* Soins. 2004 Sep;(688):27-8, 30-1.
 14. Van den Bulck R.; *[Stoma therapy, stomas, dressings, care and complications]* Soins. 2004 Apr;(684 Pt 1):17-22.



Allegato n. 6

STENOSI DELLA STOMIA

La stenosi è una complicanza che clinicamente si presenta con il **restringimento del lume stomale** a livello fasciale o cutaneo.

È sovente secondaria all'esito di altre complicanze del complesso stomale (ascessi e suppurazioni, ischemia e necrosi, fistole, distacco della giunzione muco cutanea, etc.) che con il processo di guarigione causano la formazione di tessuto cicatriziale, non elastico, attorno alla stomia. Altre cause sono riconducibili all'incisione cutanea a taglio o troppo stretta rispetto al diametro del viscere intestinale exteriorizzato o, nelle derivazioni urinarie, al deposito di concrezioni fosfatiche sulla circonferenza dello stoma.



Questa complicanza può causare ristagno fecale, tensione addominale, putrefazione e iperfermentazione del contenuto intestinale, i pazienti ileostomizzati possono presentare un'ostruzione parziale dovuta al bolo alimentare mentre i soggetti con colostomia possono avvertire dolore e crampi addominali in concomitanza con il passaggio delle feci, a causa dell'azione peristaltica dell'intestino che tenta di spingerle attraverso la stenosi.

La risoluzione del problema può richiedere l'intervento chirurgico di escissione del cerchione cutaneo fibroso peristomale o di allargamento dell'apertura trans-parietale e il rimodellamento della stomia.



Nelle stenosi meno gravi la gestione conservativa prevede la messa in atto di comportamenti e azioni volte a rallentare/evitare il peggioramento del restringimento del lume stomale, per garantire la fisiologica funzione di eliminazione delle deiezioni e il benessere della persona assistita.

Il Core del Management care

1. Effettuazione di tecniche di dilatazione dell'orifizio stomale per allargare la stenosi e prevenire il peggioramento della stenosi. Tali manovre, manuali o con dilatatori morbidi vanno eseguite con cautela in modo da non causare lesioni della cute e della mucosa stomale e conseguentemente ulteriori cicatrici (*Burch J.- 2005*)
2. Valutazione dello stile alimentare dell'assistito e suggerimenti sui comportamenti da modificare/adottare per mantenere le feci morbide al fine di agevolare la defecazione ed evitare sindromi occlusive.
3. Valutare l'opportunità e l'assenza di controindicazioni a praticare l'irrigazione intestinale a scopo riabilitativo: ciò consentirebbe l'adozione di device post irrigazione dotato di tappo espansivo.
4. Identificazione e utilizzo di accessori che permettono di rimodellare la superficie cutanea attorno allo stoma, isolare la pelle dal contatto con le deiezioni e favorire una maggior aderenza della placca alla cute.
5. Educazione dell'assistito e/o care giver sulle modalità di effettuazione delle dilatazioni digitali del lume stomale che devono essere ripetute quotidianamente.

Bibliografia

1. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – entérostomies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
2. Burch J.; *The management and care of people with stoma complications*. Br J Nurs. 2004 Mar 25-Apr 7;13(6):307-8, 310, 312, 314-8



3. Burch J.; *Stoma complications encountered in the community A-Z*; Br J Community Nurs. 2005 Jul;10(7):324, 326, 328-9.
4. Collett K.; *Practical aspects of stoma management*; Nurs Stand 2002 Nov 6-12;17(8):45-52; quiz 54-5.
5. Colwell JC, Goldberg M, Carmel J.; *The state of the standard diversion*; J Wound Ostomy Continence Nurs. 2001 Jan;28(1):6-17.
6. Fowler JM, Plant C, Brierley R.; *Caring for patients with colostomies*. Practitioner. 2003 May;247(1646):368, 372, 376 passim.
7. Gray EH, Blackinton J, White GM; *Stoma care in the school setting*; J Sch Nurs. 2006 Apr; 22 (2):74-80
8. Gruppo di ricerca Mosè le Tavole; *Gli Strumenti Operativi per l'Assistenza in Stomaterapia*; AIOSS - Hollister S.p.A - Italia, 2003
9. Maidl L.; *Stomal and peristomal skin complications with urostomies*; Urol. Nurs. 1990 Dec; 10(4):17-22
10. Metcalf C.; *Stoma care – 6(a). Complications*; Nurs. Times, 2001 May; 24-30;97 (21):45-6
11. Saracco C, Beltrame M, Brazzale R, Roveron G.; *Tables of Moses: nursing research project*; Prof Inferm. 2005 Apr-Jun;58(2):114-21
12. Taylor P.; *Care of patients with complications following formation of a stoma*; Prof Nurse. 2001 Dec; 17 (4): 252-4.
13. Van den Bulck R ; *[Stomatherapy]*; Rev Med Brux. 2001 Sep;22(4):A228-33.



Allegato n. 7

PROLASSO DELLA STOMIA

Il prolasso è una complicanza che clinicamente si evidenzia con un **eccessiva protrusione della mucosa** dovuta allo scivolamento dell'intestino all'esterno attraverso la stomia, che si mostra aumentata di diametro ed edematosa.

L'eziologia del prolasso è riconducibile alla tecnica di confezionamento della stomia (eccessiva ampiezza dell'incisione chirurgica parietale e cutanea, fissazione inadeguata del viscere intestinale alla fascia addominale), o ad anomalie della struttura addominale (debolezza della muscolatura addominale, accresciuta pressione intra – addominale, obesità, gravidanza etc.).



La lunghezza e la dimensione del prolasso oltre a rendere difficile l'effettuazione delle tecniche di igiene e apparecchiatura e la possibilità per il paziente di mimetizzare la stomia sotto gli abiti; può essere causa di sanguinamento, edema e processi infiammatori della mucosa, ostacola la corretta adesività della placca alla cute aumentando il rischio di distacchi indesiderati e di alterazioni della cute peristomale. In assenza di indicazioni chirurgiche di rimodellamento o di riconfezionamento della stomia, la gestione conservativa di questa complicanza richiede la rivalutazione delle modalità di base dello stoma care per ridurre i fattori di rischio degli eventi avversi sopradescritti.



Management Care

1. Valutazione delle caratteristiche della mucosa stomale prolassata: colore, volume, lunghezza, integrità è un'azione importantissima del processo decisionale clinico. La rivalutazione dell'adeguatezza del dispositivo in uso, deve essere stabilito in base alle condizioni anatomiche funzionali del prollasso.
2. Adozione di strategie per la diminuzione dell'edema e la retrazione della mucosa intestinale prolassata: trattamento osmotico locale, o riduzione manuale del prollasso. L'obiettivo è di evitare traumi, sanguinamento e lesioni che possono causare processi infiammatori, ischemia e necrosi. (*Fowler JM et altri- 2003, Burch J-2005, Barr JE-2004*)
3. Rilevare il diametro della stomia e adattare il foro della placca in modo da accogliere il viscere stomale al suo interno senza costrizioni al fine di evitare traumi e sanguinamenti. (*Barr JE – 2004*)
4. Identificazione e utilizzo di accessori che permettono di rimodellare la superficie cutanea attorno allo stoma, isolare la pelle dal contatto con le deiezioni e favorire una maggior aderenza della placca alla cute.
5. Applicazione di un supporto addominale (fascia contenitiva) per contenere il prollasso dopo la sua riduzione (*Myers – 1996, Burk J – 2005; Colwell JC et al – 2001; Barr Je – 2004*)
6. Educazione dell'assistito e/o caregiver sulle nuove modalità di gestione del care della stomia.

Bibliografia (Allegato 7)

1. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – urostomies*; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003



2. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – entérostmies*; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
3. Barr JE.; *Assessment and management of stomal complications: a framework for clinical decision making*; *Ostomy Wound Manage.* 2004 Sep;50(9):50-2, 54, 56 passim
4. Black P.; *Practical stoma care.*; *Nurs Stand.* 2000 Jun 28-Jul 4;14(41):47-53; quiz 54-5.
5. Burch J.; *The management and care of people with stoma complications.* *Br J Nurs.* 2004 Mar 25-Apr 7;13(6):307-8, 310, 312, 314-8
6. Burch J.; *The pre- and postoperative nursing care for patients with a stoma*; *Br J Nurs.* 2005 Mar 24-Apr 13;14(6):310-8.
7. Burch J.; *Stoma complications encountered in the community A-Z*; *Br J Community Nurs.* 2005 Jul;10(7):324, 326, 328-9.
8. Collett K.; *Practical aspects of stoma management*; *Nurs Stand* 2002 Nov 6-12;17(8):45-52; quiz 54-5.
9. Colwell JC, Goldberg M, Carmel J.; *The state of the standard diversion*; *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2001 Jan;28(1):6-17.
10. Fowler JM, Plant C, Brierley R.; *Caring for patients with colostomies.* *Practitioner.* 2003 May;247(1646):368, 372, 376 passim.
11. Gruppo di ricerca Mosè le Tavole; *Gli Strumenti Operativi per l'Assistenza in Stomaterapia*; AIOSS - Hollister S.p.A - Italia, 2003
12. McErlain D, Kane M, McGrogan M, Haughey S.; *Clinical protocols for stoma care: 5. Prolapsed stoma.* *Nurs Stand.* 2004 Jan 14-20;18(18):41-2.
13. Metcalf C.; *Stoma care-6(b) Complications*; *Nurs Times.* 2001 Jun 7-13;97(23):43-4.
14. Saracco C, Beltrame M, Brazzale R, Roveron G.; *Tables of Moses: nursing research project*; *Prof Inferm.* 2005 Apr-Jun;58(2):114-21
15. Taylor P.; *Care of patients with complications following formation of a stoma*; *Prof Nurse.* 2001 Dec;17:252-4.
16. Yeo H, Abir F, Longo WE.; *Management of parastomal ulcers*; *World J Gastroenterol.* 2006 May 28;12(20):3133-7
17. Van den Bulck R ; *[Stomatherapy]*; *Rev Med Brux.* 2001 Sep;22(4):A228-33.



Allegato n. 8

ERNIA PARASTOMALE

L'ernia parastomale è una comune complicanza indotta dall'indebolimento della parete addominale.

All'osservazione clinica si rileva gonfiore o protuberanza nell'area peristomale, il **dolore** e la sensazione di **tensione** possono essere spiacevoli (Myers, 1996, cit. in ⁶), può provocare **infiltrazione degli effluenti** al di sotto della placca del dispositivo di raccolta (Blackley, 1998, cit. in ⁶) e rendere disagiata la visualizzazione della stomia con conseguente **difficoltà** ad effettuare in **autonomia** lo stoma care; inoltre il gonfiore può risultare evidente sotto gli indumenti e costituire fonte di imbarazzo.



La correzione chirurgica e l'eventuale riposizionamento dello stoma in altra sede non è il trattamento iniziale, in molte pubblicazioni presenti in letteratura gli autori sostengono che i risultati dell'intervento sono spesso inadeguati e l'ernia può ripresentarsi (*Carne et altri - 2003, cit. in ⁵⁻⁶, Colwell JC et altri - 2001, Yeo H et altri - 2006,*) per questo il trattamento chirurgico viene considerato solo nelle situazioni in cui vi è un alto rischio di occlusione intestinale, di incarcerazione e strozzamento del viscere dislocato e, quando la gestione conservativa, causa gravi problemi e limitazioni alla qualità della vita del paziente.



Management Care

1. Rilevazione e valutazione sistematica delle caratteristiche della cute circostante la stomia: Il rischio di alterazioni della cute peristomale è aumentato a causa della tensione della pelle sull'ernia.
2. Rilevazione e valutazione del colore e della vitalità della stomia: la variazione del colore della mucosa stomale (rosso scuro, violaceo o nero) sono indicative di alterazioni della vascolarizzazione dello stoma che orientativamente può essere correlato a incarcerazione delle anse intestinali dislocate.
3. Rivalutazione dell'idoneità del dispositivo di raccolta in uso: è raccomandato l'utilizzo di un device con placca flessibile e adattabile alla protuberanza dell'ernia e che offra una protezione totale della cute su cui viene applicata, che a causa dell'assottigliamento della pelle causato dalla tensione procurata dall'ernia ha un elevato rischio di alterazioni della sua integrità.
4. Sospensione dell'irrigazione intestinale a scopo riabilitativo: l'introduzione di fluidi incrementa la pressione intra-addominale e può causare un aumento delle dimensioni e della gravità dell'ernia, e il rischio di perforazione dell'intestino.
5. Identificazione e utilizzo di accessori che permettono di rimodellare la superficie cutanea attorno allo stoma, isolare la pelle dal contatto con le deiezioni e favorire una maggior aderenza della placca alla cute.
6. Adozione di ausili di sostegno dell'ernia: biancheria intima elasticizzata, ventriere, cinture e fasce.
7. Educazione al paziente/care giver a riconoscere i segni e i sintomi correlati all'occlusione intestinale e all'incarcerazione dell'intestino erniato e sulle nuove modalità di gestione del care della stomia.



Bibliografia (Allegato 8)

1. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – entérostomies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
2. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – urostomies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
3. Black P.; *Overcoming stomal problems*; Community Nurse. 1998 Sep;4(8):51-2.
4. Black P.; *Practical stoma care.*; Nurs Stand. 2000 Jun 28-Jul 4;14(41):47-53; quiz 54-5.
5. Burch J.; *Stoma complications encountered in the community A-Z*; Br J Community Nurs. 2005 Jul;10(7):324, 326, 328-9.
6. Burch J.; *The management and care of people with stoma complications.* Br J Nurs. 2004 Mar 25-Apr 7;13(6):307-8, 310, 312, 314-8
7. Burch J, Sica J.Br J ; *Stoma care accessories: an overview of a crowded market.* Community Nurs. 2005 Jan;10(1):24-31
8. Colwell JC, Goldberg M, Carmel J.; *The state of the standard diversion*; J Wound Ostomy Continence Nurs. 2001 Jan;28(1):6-17.
9. Fowler JM, Plant C, Brierley R.; *Caring for patients with colostomies.* Practitioner. 2003 May;247(1646):368, 372, 376 passim.
10. Gray M, Colwell JC, Goldberg MT. 'Mikel Gray, *What Treatments Are Effective for the Management of Peristomal Hernia?* J Wound Ostomy Continence Nurs. 2005 March/April;32(2):87-92.
11. Kane M, McErlean D, McGrogan M, Thompson MJ, Haughey S.; *Clinical protocols for stoma care: 6. Management of parastomal hernia*; Nurs Stand. 2004 Jan 21-27;18(19):43-4.
12. Maidl L.; *Stomal and peristomal skin complications with urostomies.* Urol Nurs. 1990 Dec;10(4):17-22.
13. Metcalf C.; *Stoma care--6(a). Complications.*; Nurs Times. 2001 May 24-30;97(21):45-6.
14. Saracco C, Beltrame M, Brazzale R, Roveron G.; *Tables of Moses: nursing research project*; Prof Inferm. 2005 Apr-Jun;58(2):114-21



-
15. Taylor P.; *Care of patients with complications following formation of a stoma*; Prof Nurse. 2001 Dec;17(4):252-4.
 16. Turnbull GB.; *Parastomal hernias.*; Ostomy Wound Manage. 2003 Nov;49(11):15-6.
 17. Yeo H, Abir F, Longo WE.; *Management of parastomal ulcers*; World J Gastroenterol. 2006 May 28;12(20):3133-7.



Allegato n. 9

RETRAZIONE DELLA STOMIA

La **stomia ideale** presenta una buona vascolarizzazione, **protrude di circa due centimetri** dalla superficie cutanea e si **apre all'apice della mucosa** del viscere intestinale esteriorizzato. La protrusione è importante perché favorisce il riversamento degli effluenti che fuoriescono dalla stomia direttamente nella sacca di raccolta.

La retrazione si presenta clinicamente con tutta o con una parte della mucosa stomale al di sotto del livello cutaneo dell'addome, oppure con la cute circostante allo stoma in tensione a causa della trazione del viscere.



L'inadeguata gestione del care e l'adozione di device non appropriati rappresentano ulteriori fattori di rischio di altre complicanze locali: stenosi stomale a livello cutaneo o fasciale (*Maidl L. - 1990*); alterazioni della cute peristomale (*Yeo H. - 2006; Barr JE - 2004*) correlate alla difficoltà di adesione della placca alla cute, ai distacchi frequenti del device applicato e al trasudamento degli effluenti sotto la placca.

L'intervento chirurgico per la risoluzione di questa complicanza è indicato raramente e solo in particolari situazioni cliniche, per questo diventa fondamentale l'aspetto gestionale del care che richiede attività di natura clinica ed educativa riconducibili alle prestazioni dell'infermiere esperto in stomaterapia.



Management Care

1. *Valutazione delle dinamiche addominali al variare di postura –posizione dell’assistito per osservare se vi sono modifiche del piano stomale in corrispondenza della giunzione mucocutanea. Il movimento e in particolare la posizione seduta possono accentuare la retrazione della stomia e produrre la formazione di pieghe e irregolarità della topografia peristomale (Rolstad BS, Boarini J.-1996; Lee J-2001)*
2. *Valutazione delle caratteristiche dei tessuti: integrità della cute, turgore e tono muscolare è una componente fondamentale del processo decisionale che supporta la scelta del device da adottare. (Rolstad BS, Boarini J.-1996)*
3. *Identificazione e scelta del dispositivo di raccolta che deve avere i requisiti di appropriatezza per la specifica situazione rilevata: grado di convessità e caratteristiche di flessibilità/rigidità della placca.*
4. *Identificazione e utilizzo di accessori che permettono di rimodellare la superficie cutanea attorno allo stoma, isolare la pelle dal contatto con le deiezioni e favorire una maggior aderenza della placca alla cute.*
5. *Valutazione clinica sulla fattibilità/opportunità di effettuare l’irrigazione intestinale riabilitativa per diminuire il rischio di infiltrazione delle deiezioni sotto la placca.*
6. *Educazione dell’assistito e/o care giver sulle nuove modalità di gestione del care della stomia.*

Bibliografia (Allegato 9)

1. Association Francaise d’Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l’adulte – urostmies* ; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003



2. Association Francaise d'Entérostoma – Thérapeutes; *Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte – entérostomies*; A.F.E.T. – Hollister – Francia, 2003
3. Barr JE.; *Assessment and management of stomal complications: a framework for clinical decision making*; *Ostomy Wound Manage.* 2004 Sep;50(9):50-2, 54, 56 passim
4. Burch J.; *The management and care of people with stoma complications*; *Br J Nurs.* 2004 Mar 25-Apr 7;13(6):307-8, 310, 312, 314-8
5. Burch J, Sica J.; *Stoma care accessories: an overview of a crowded market*; *Br J Community Nurs.* 2005 Jan;10(1):24-31.
6. Burch J.; *The pre- and postoperative nursing care for patients with a stoma.*; *Br J Nurs.* 2005 Mar 24-Apr 13;14(6):310-8.
7. Gruppo di ricerca Mosè le Tavole; *Gli Strumenti Operativi per l'Assistenza in Stomaterapia*; AIOSS - Hollister S.p.A - Italia, 2003
8. Guyot M, Montandon S, Valois MF.; *Best practice guidelines in stomatherapy: a tool for interdisciplinary management of stoma patients*] *Ann Chir.* 2003 Nov;128(9):642-3.
9. Lee J.; *Common stoma problems: a brief guide for community nurses*; *Br J Community Nurs* 2001 Aug;6(8):407-13.
10. Maidl L.; *Stomal and peristomal skin complications with urostomies*; *Urol Nurs.* 1990 Dec;10(4):17-22.
11. Metcalf C.; *Stoma care-6(a). Complications*; *Nurs Times* 2001 May 24-30;97(21):45-6.
12. Rolstad BS, Boarini J.; *Principles and techniques in the use of convexity*; *Ostomy Wound Manage.* 1996 Jan-Feb;42(1):24-6, 28-32; quiz 33-4.
13. Saracco C, Beltrame M, Brazzale R, Roveron G.; *Tables of Moses: nursing research project*; *Prof Inferm.* 2005 Apr-Jun;58(2):114-21
14. Taylor P.; *Care of patients with complications following formation of a stoma*; *Prof Nurse.* 2001 Dec;17(4):252-4.
15. Turnbull GB.; *The convexity controversy.* *Ostomy Wound Manage.* 2003 Jan;49(1):16-7.



Bibliografia

1. Lawal, A. K., Rotter, T., Kinsman, L., Machotta, A., Ronellenfitsch, U., Scott, S. D., ... & Groot, G. (2016). What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. *BMC medicine*, 14(1), 35.
2. Russo, R. (2000). Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia. *Politiche sanitarie*, 1(4), 182-195.
3. Acquaro J., Sasso M., Bonadonna G., Cerrato G., Mascia V., Pecora F., Sette I., Martini C., Bignamini E. Costruzione di un percorso diagnostico assistenziale per i pazienti con problematiche tabacco-correlate. Disponibile sul sito: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-16-articolo-199.htm>
4. Burch, J. (2014). Stoma appliances and accessories: getting it right for the patient. *British Journal of Nursing*, 23.
5. Colwell, J. C., Goldberg, M., & Carmel, J. (2001). The state of the standard diversion. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 28(1), 6-17.
6. Schreiber, M. L. (2016). Ostomies: nursing care and management. *MedSurg Nursing*, 25(2), 127-132
7. Mammen, C., Chilaka, V., & Cust, M. P. (2006). Urological surgical techniques. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 20(1), 139-156.
8. Brown, H., & Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 14(1), 74-81.
9. Faury, S., Koleck, M., Foucaud, J., M'Bailara, K., & Quintard, B. (2017). Patient education interventions for colorectal cancer patients with stoma: a systematic review. *Patient Education and Counseling*.
10. Thorpe, G., McArthur, M., & Richardson, B. (2009). Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. *Journal of advanced nursing*, 65(9), 1778-1789.
11. Ang, S. G. M., Chen, H. C., Siah, R. J. C., He, H. G., & Klainin-Yobas, P. (2013, November). Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. In *Oncology nursing forum* (Vol. 40, No. 6).
12. Black, P. K. (2004). Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*, 13(12).



13. Vonk-Klaassen, S. M., de Vocht, H. M., den Ouden, M. E., Eddes, E. H., & Schuurmans, M. J. (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Quality of Life Research*, 25(1), 125-133.
14. Barr JE.(2004) Assessment and management of stomal complications: A framework for clinical decision making. *Ostomy Wound Management*, 50(9), 50-52.
15. Krishnamurty, D. M., Blatnik, J., & Mutch, M. (2017). Stoma Complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*.
16. Butler, D. L. (2009). Early postoperative complications following ostomy surgery: a review. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 36(5), 513-519.
17. [Ostomy Care & Management, Registered Nurses' Association of Ontario](#), 2009.
18. Salvadalena, G., Hendren, S., McKenna, L., Muldoon, R., Netsch, D., Paquette, I., ... & Steinberg, G. (2015). WOCN Society and ASCRS position statement on preoperative stoma site marking for patients undergoing colostomy or ileostomy surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 42(3), 249-252.
19. "Carta internazionale dei diritti dello stomizzato". Seminario European Ostomy Association - Frankfurt - 03/05/2003
20. Salvadalena, G., Hendren, S., McKenna, L., Muldoon, R., Netsch, D., Paquette, I., Pittman, J., Ramundo, J., Steinberg, G. (2015). WOCN Society and AUA Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Urostomy Surgery. *J Wound Ostomy & Continence Nursing*, 42(3):253-6.
21. Roveron G, De Toma G, Barbierato M. (2016). Italian Society of Surgery and Association of Stoma Care Nurses Joint Position Statement on Preoperative Stoma Siting. *J Wound Ostomy Continence Nurs*; 43(2):165-169.
22. Cronin, E. (2012). What the patient needs to know before stoma siting: an overview. *British Journal of Nursing*, 21(22).
23. Simmons, K. L. (2014). A view from here: psychosocial issues in colostomy care. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 41(1), 55-59.
24. Pontieri-Lewis, V. (2006). Basics of ostomy care. *Medsurg Nursing*, 15(4), 199.
25. Steinhagen, E., Colwell, J., & Cannon, L. M. (2017). Intestinal Stomas—postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 30(3), 184-192.
26. Carlsson E et al. (2016). The Prevalence of Ostomy-related Complications 1 Year After Ostomy Surgery: A Prospective, Descriptive, Clinical Study. *Ostomy Wound Manage*; 62(10):34-48.
27. Cottam J, et al. (2007). Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Disease*; 9: 834 838.



28. Herlufsen P, et al. (2006) Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *Br J Nurs*. 14-27;15(16):854-62.
29. Grant, M., McCorkle, R., Hornbrook, M. C., Wendel, C. S., & Krouse, R. (2013). Development of a chronic care ostomy self-management program. *Journal of Cancer Education*, 28(1), 70-78.
30. Goldberg, M., Aukett, L. K., Carmel, J., Fellows, J., & Pittman, J. (2010). Management of the patient with a fecal ostomy: best practice guideline for clinicians. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 37(6), 596-598.
31. Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burcharth, K., & Rosenberg, J. (2013). Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 40(4), 407-412.
32. Simmons, K. L., Smith, J. A., Bobb, K. A., & Liles, L. L. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of advanced nursing*, 60(6), 627-635.
33. Marcolongo, R., Bonadiman, L., Rossato, E., Belleggia, G., Tanas, R., & Badon, S. (2006). Curare "con" il malato. *L'educazione terapeutica come postura per il malato. Ed Istituto Change Torino*, 5-12.
34. Prinz, A., Colwell, J. C., Cross, H. H., Mantel, J., Perkins, J., & Walker, C. A. (2015). Discharge planning for a patient with a new ostomy: best practice for clinicians. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 42(1), 79-82.
35. Walker, C. A., & Lachman, V. D. (2013). Gaps in the discharge process for patients with an ostomy: An ethical perspective. *Medsurg Nursing*, 22(1), 61.
36. Colaiocco E., Durizzotto V., Fazzari N., Morandini S., Rastelli G., Santini G., Saracco C., Steduto G., L'infermiere esperto in stomaterapia, coloproctologia e riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico: storia, formazione e job description, AIOSS, 2011.
37. Person B, et al. (2012) The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life and patient's independence. *Dis Colon Rectum*; 55: 783-7.
38. Doughty, D. (1992). Role of the enterostomal therapy nurse in ostomy patient rehabilitation. *Cancer*, 70(S3), 1390-1392.



REQUISITI RICHIESTI PER LE STRUTTURE SANITARIE E I MEDICI SPECIALISTI PRESCRITTORI DI ASSISTENZA PROTESICA

Hanno partecipato ai lavori presso Regione Lombardia (sottogruppo 2):

Regione Lombardia:

Grazia Conforti, Anna Pavan e Ida Fortino (*DG Sanità*);

Medici specialisti prescrittori:

Monica Schmid (*Oculista - Centro di riabilitazione visiva funzionale – Fondazione S. Maugeri Pavia*), Elisabetta Vigliani (*Otorinolaringoiatra - ASL Mi*), Giovanna Beretta (*Fisiatra - A.O. Niguarda Cà Granda Mi*), Rosa Maria Converti (*Fisiatra - IRCCS Don Gnocchi Mi*), Daniele Colombo (*Pneumologo - I.N.R.C.A. Casatenovo Lecco*), Federico Perozziello (*Pneumologo - ASL Mi*), Giulio Mariani (*Diabetologo A.O. San Carlo Mi*), Carlo Caravaggi (*Diabetologo Istituto Clinico Città Studi - Mi*); Pierluigi Rossi (*Fisiatra – PAT - Milano*).

ASL Regione Lombardia:

Mariangela Linati (*Milano*), Mariagrazia Buzzi (*Varese*), Tarcisio Marinoni (*Brescia*), Giacomo Caffarella (*Monza e Brianza*), Elena Politano (*Mantova*), Paolo Leone (*Cremona*);

Direzione medica sanitaria:

Stefania Boncinelli (*IRCCS Humanitas di Rozzano – Mi*).

SOMMARIO

Premessa e Principi

Requisiti generali

Requisiti specifici

- UO Otorinolaringoiatria (Centro di prescrizione protesi acustiche e processori esterni impianti cocleari);
- UO Oculistica (Centro di Riabilitazione Visiva);
- UO Pneumologia, Pediatria, Anestesia e Rianimazione, Neurologia (Centri per la Prescrizione Ventilazione Meccanica Domiciliare).
UO Pneumologia e Neurologia (Centri per la diagnosi e terapia della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno e altre patologie sonno – correlate)
- UO Ortopedia o Fisiatria o Neuropsichiatria Infantile o Pediatria (per la prescrizione di ausili per minori con gravi disabilità - fascia di età 0-18 anni);
- UO Ortopedia o Fisiatria o Chirurgia generale o vascolare o plastica (Centri di prescrizione di protesi d'arto);
- UO di Diabetologia e Malattie del Ricambio o Unità per la cura del piede diabetico;

Allegato 1 - documento Sottogruppo 5 di sperimentazione:

“Modalità collaborativa tra specialisti prescrittori di ausili/protesi/ortesi e tecnici di diverse branche specialistiche”.

Allegato 2 - documento Sottogruppo 4 di sperimentazione:

“Protesi d'arto inferiore. Percorso valutativo, terapeutico, riabilitativo: dalla valutazione dei livelli funzionali di mobilità alla prescrizione personalizzata del dispositivo protesico”.

Premessa

Nella DGR VIII/8730, del 22.12.2008, è previsto che venga costituito un elenco di medici specialisti prescrittori, autorizzati ad accedere al programma per la prescrizione/erogazione di ausili, presidi e protesi.

Obiettivo del presente documento è assicurare che la rete dei soggetti che prescrivono tali prestazioni sia in possesso di requisiti e standard che ne garantiscano appropriatezza e qualità: non si tratta dunque di un aspetto formale che “concede” al medico un potere prescrittivo, ma di un percorso virtuoso che consenta di individuare i medici specialisti più preparati a fornire al cittadino valutazioni cliniche e soluzioni terapeutico-riabilitative quanto più possibile adeguate alle sue esigenze.

Il gruppo di lavoro, costituito da ASL e medici specialisti delle discipline coinvolte, ha quindi definito alcuni requisiti ritenuti fondamentali e preliminari ad una buona prescrizione, secondo la logica del percorso di accreditamento già previsto nel nostro Paese.

A seguito di una verifica dell'applicabilità di detti requisiti da parte delle ASL, si potrà procedere ad eventuali adeguamenti in relazione alle criticità rilevate nelle strutture sanitarie presenti nei diversi contesti territoriali assicurando un sufficiente decentramento degli specialisti presenti.

Principi

Sono da considerarsi principi alla base delle indicazioni successive:

- La prescrizione protesica o di assistenza integrativa è da considerare come parte del percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo e non come percorso separato: quindi devono valere per il prescrittore le medesime regole di sistema (quindi requisiti di accreditamento, standard Joint Commission, obblighi formativi a carico dell'Azienda di appartenenza, ecc....) ;
- I requisiti individuati riguardano quindi la struttura di afferenza del medico specialista; ugualmente il mantenimento di detti requisiti deve rientrare negli obblighi della Struttura accreditata e non dell'ASL o della Regione (vedi formazione, attrezzature, sistemi informativi, ecc...).

Requisiti generali

Di seguito vengono indicati i requisiti che debbono essere presenti nella Struttura sanitaria¹ ove opera il professionista, a prescindere dalla specialità praticata.

1. Il prescrittore deve essere afferente ad una Azienda Ospedaliera, IRCCS-Fondazione, Ospedali classificati, Struttura di ricovero e cura accreditata e a contratto, Struttura riabilitativa socio-sanitaria (ex IDR) per la U.O. di ricovero di interesse²; il prescrittore deve, inoltre, essere in organico alla struttura di afferenza, qualunque sia il rapporto di lavoro con la stessa;³
2. Il prescrittore deve avere a disposizione, nell'area ove effettua le prescrizioni, hardware, software e accessibilità alla rete;
3. La struttura di afferenza del prescrittore deve avere un piano di formazione-aggiornamento annuale nell'ambito del quale sia prevista almeno una iniziativa sull'assistenza protesica (verificata ASL); a tal fine annualmente le strutture coinvolte nella prescrizione delle diverse tipologie di dispositivi concordano l'organizzazione di eventi, in modo da offrire l'opportunità, su scala regionale, di occasioni formative con rotazione tra le Strutture degli oneri derivanti;
4. La struttura di afferenza deve avere un protocollo di comunicazione con il medico di assistenza primaria dei pazienti (anche se residenti in altra ASL), ivi compresa l'identificazione di un accesso telefonico per richiesta/scambio di informazioni;
5. La struttura di afferenza deve adottare i protocolli diagnostico-terapeutici e di follow-up per l'individuazione delle patologie oggetto di assistenza protesica e per la scelta/verifica delle protesi più adeguate, come previsti a livello regionale, con eventuali aggiustamenti relativi alla situazione locale;
6. La struttura deve porre a disposizione dei pazienti l'elenco aggiornato dei fornitori, desumibile dall'applicativo regionale e, in ogni caso, a disposizione del prescrittore;
7. La struttura di afferenza deve disporre di una procedura di revisione annuale delle prescrizioni effettuate, con confronto tra gli specialisti per verificarne l'appropriatezza, e predisposizione di report sintetico da fornire all'ASL; in relazione alla frequenza di erogazione delle diverse tipologie tale procedura può essere condivisa tra più strutture.

¹ Si intende il presidio sanitario presso il quale lo specialista opera.

² Per quanto riguarda specialisti di ASL non si ritiene di inserirli in quanto verrebbero a mancare i riferimenti ad una struttura (generalmente si tratta di specialisti libero-professionisti). I medici di RSA e RSD accreditate sono invece equiparabili ai MMG e quindi potranno prescrivere le protesi attribuite ad essi, con l'eccezione dei dispositivi di cui la RSA deve essere fornita ai sensi dell'accreditamento [DGR 14.12.2001](#) e ai sensi della Nota 22.7.2009, G1 prot.n. 10546. Per i dispositivi soggetti a prescrizione specialistica relativi alla mobilità e a favore di soggetti non trasportabili, l'indicazione è di attivare contratti/convenzioni con le Strutture sanitarie e non con il singolo professionista. Per i rimanenti ausili soggetti a prescrizione specialistica si farà riferimento alle Strutture sanitarie. I medici di strutture sanitarie accreditate esclusivamente ambulatoriali (es.: poliambulatori privati) non sono considerati in quanto operanti al di fuori di una Struttura complessa che può effettuare e seguire l'intero percorso terapeutico-riabilitativo.

³ Non sono state comprese consulenza, attività privata, ecc... perché queste non comportano obblighi formativi, disponibilità audit, revisioni, ecc....

Requisiti specifici

UO Otorinolaringoiatria (Centro di prescrizione protesi acustiche e processori esterni impianti cocleari)

a. Il prescrittore deve essere in possesso della specializzazione nella disciplina: Audiofonologia e/o Audiologia e/o Foniatria e/o Otorinolaringoiatria.

b. La U.O. deve garantire:

1. L'attività riabilitativa e l'esecuzione delle prove diagnostiche necessarie

2. Attrezzature e personale

per prescrizioni a soggetti adulti :

- audiometria tonale e vocale in cuffia (campo libero facoltativo), impedenzometro clinico con stampante

- logopedista per l'attività di riabilitazione

per prescrizioni a soggetti in età pediatrica:

- audiometria tonale e vocale in cuffia e in campo libero con accessori dedicati per l'audiometria infantile, impedenzometro clinico con stampante, attrezzatura per la registrazione delle otoemissioni acustiche e dei potenziali uditivi, orecchio elettronico

- audiometrista per l'esecuzione delle prove audiologiche diagnostiche e di controllo

- logopedista per la terapia di abilitazione/riabilitazione del linguaggio

per prescrizione di interventi di manutenzione, riparazione e sostituzione di componenti esterne di impianti cocleari e sostituzione integrale di esoprotesi

- L'attività deve essere svolta in una struttura sanitaria nella quale sono effettuati interventi di impianto cocleare.

UO Oculistica (Centro di Riabilitazione visiva funzionale)

A. Il prescrittore deve essere in possesso della specializzazione nella disciplina Oculistica e avere una formazione specifica su:

- patologie
- diagnostica
- ausili / tecnologie
- riabilitazione

in materia di ipovisione, verificabile nel CV da Attestati di partecipazione a corsi di formazione ECM.

B. il prescrittore deve possedere dati aggiornati del paziente rispetto alla serie di valutazioni diagnostiche indicate nelle Linee guida regionali, Decreto 13 febbraio 2001, n. 3091 (effettuabili anche presso altre strutture)

C. il prescrittore deve possedere o garantire l'accesso ad un'ausilioteca (vedi oltre per elenco e criteri) per la verifica della compatibilità tra caratteristiche del paziente e caratteristiche funzionali degli ausili. Nell'ausilioteca vanno necessariamente compresi gli eventuali dispositivi già individuati dall'ASL di

riferimento tramite procedura pubblica d'acquisto. Deve essere garantita l'attività riabilitativa adeguata all'età del paziente. L'ausilioteca deve essere gestita da personale competente.

ELENCO STRUMENTI DI VALUTAZIONE A GARANZIA DELL' APPROPRIATEZZA DI PRESCRIZIONE AUSILI OTTICI/ELETTRONICI

Dotazione ausili ottici:

- sistemi ipercorrettivi binoculari prismatici
- sistemi aplanatici
- sistemi telescopici galileiani per vicino e lontano
- sistemi telescopici Kepleriani per lontano
- lenti prismatiche per difetti di campo visivo
- lenti filtranti ad alto contrasto medicali.

Dotazione di ausili ottici-elettronici:

- video ingranditori da tavolo e portatili
- piani di scorrimento per video ingranditori
- software ingrandente, anche con sintesi vocale
- tastiere braille
 - tavolette braille
 - macchine dattilobrilie
 - stampanti braille
 - display braille (barre braille)
 - screen reader
 - sintesi vocali hardware / software
 - software di assistenza visiva alla lettura
 - software OCR
 - sistemi OCR (o lettori automatici)
 - orologi tattili e parlanti

Dotazione di altri ausili:

- bastoni per non vedenti
- leggit, anche scorrevoli.

Dotazione ausili non attualmente in Nomenclatore Tariffario (DM332/99), non erogabili con oneri a carico del SSN:

- tastiere facilitate
- software di videoscrittura semplificati e con sintesi vocale
- software di predizione di parola
- PDA con sintesi vocali
- telefoni cellulari con sintesi vocale
- telefoni ingranditi / ad accesso semplificato
- tavoli ergonomici
- lampade / sistemi di illuminazione
- ausili per l'autonomia (misura liquidi, sensori di luce e colore, ecc.; per i bambini / ragazzi, anche giochi e materiale scolastico facilitato).

UO Pneumologia, Pediatria, Anestesia e Rianimazione, Neurologia (Centri per la Prescrizione Ventilazione Meccanica Domiciliare).

UO Pneumologia e Neurologia (Centri per la diagnosi e terapia della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno e altre patologie sonno – correlate)

Il medico specialista può prescrivere apparecchi ventilatori o assimilati (dispositivi per la gestione della tosse e delle secrezioni).

Il medico prescrittore deve essere in possesso della specializzazione in Pneumologia o Pediatria (in quest'ultimo caso è consentita la sola prescrizione a pazienti in età pediatrica e per tutti i ventilatori); in assenza nella stessa Struttura di ricovero di detti specialisti, le prescrizioni potranno avvenire anche a cura di specialisti in Anestesiologia e Rianimazione o Neurologia.

Le prescrizioni devono avvenire nel rispetto delle indicazioni fornite dalle tabelle 1 e 2 (pag. 12-13) della DDG2001_5358 e il prescrittore deve operare in strutture sanitarie dove si svolga una continua esperienza con i ventilatori, come documentato da curriculum vitae (CV).

a. Il medico prescrittore deve operare in UO accreditate Pneumologiche (UOC-UOSD-UOS Pneumologia o Pneumologia Riabilitativa), Anestesia e Rianimazione, Neurologia e Pediatria (per le patologie di competenza pediatrica), con provata esperienza (minimo 20 pazienti per anno) nella gestione delle problematiche dell' insufficienza respiratoria acuta, acuta su cronica e cronica secondaria a cause respiratorie, neurologiche, neuromuscolari (educazione ospedaliera, formazione care-givers, dimissione protetta e follow-up, documentata nel CV.

b. Il medico prescrittore deve operare in strutture sanitarie che devono garantire attrezzature per eseguire i seguenti accertamenti clinico-funzionali:

Obbligatorie

- Emogasanalisi diurna e notturna
- Valutazione funzionalità ventilatoria
- Valutazione dei muscoli respiratori
- Pulsossimetria notturna
- Polisonnografia

Fortemente consigliabili

- PtcCO₂ notturna
- Pattern respiratorio
- Drive respiratorio

c. Per i Centri per la diagnosi e terapia della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno e altre patologie sonno – correlate dovrà essere altresì disponibile:

Obbligatorie

- Documentata esperienza in diagnosi, gestione e follow-up dei disturbi respiratori nel sonno
- Apparecchiature indispensabili alla diagnosi, settaggio e trattamento

Consigliabile

- Strumentazione utile al controllo e al monitoraggio a distanza della terapia meccanica.

UO Ortopedia o Fisiatria o Neuropsichiatria Infantile o Pediatria (per la prescrizione di ausili per minori con gravi disabilità - fascia di età 0-18 anni)

- a. Il medico prescrittore deve essere in possesso della specializzazione nella disciplina di Ortopedia o Fisiatria o Neuropsichiatria Infantile o Pediatria.
- b. In ottemperanza a quanto previsto dalla DGR n.2633/11 allegato 12, le prescrizioni protesiche per minori (fascia di età 0-18 anni) con gravi disabilità devono avvenire all'interno di un'equipe composta da operatori delle diverse branche specialistiche in relazione alle varie disabilità.
- c. Nell'ambito del programma riabilitativo la struttura deve dotarsi della strumentazione e delle figure professionali necessari alla valutazione dei dispositivi tecnici necessari al paziente.
- d. È richiesta evidenza documentale della collaborazione tra i diversi professionisti nella valutazione (da archiviare in allegato alla prescrizione).

UO Ortopedia o Fisiatria o Chirurgia generale o vascolare o plastica (Centri di prescrizione di protesi d'arto)

1. La prescrizione protesica va considerata parte integrante di un progetto riabilitativo alla cui definizione concorrono, con un approccio multidisciplinare, diverse professionalità (tecnico ortopedico, fisioterapista, psicologo) e diverse specialità (internista, cardiologo, ecc.) del team;
2. Il medico prescrittore deve essere in possesso della specializzazione in Ortopedia o Fisiatria o Chirurgia generale o vascolare o plastica e dare evidenza di aver conseguito una buona competenza nel campo della protesizzazione di pazienti amputati attraverso la frequenza di specifici corsi di formazione - aggiornamento. La Struttura di afferenza dei prescrittori deve, pertanto, favorire la loro formazione permanente, prevedendo nel piano formativo annuale almeno una iniziativa specifica sulle protesi d'arto.
3. La Struttura può avvalersi di tecnico ortopedico afferente a Ditta fornitrice (come da elenco disponibile presso il Centro di prescrizione), nel rispetto della libera scelta del paziente, solo per la casistica riportata nella tabella allegata (**Allegato 1**, Documento Sottogruppo 5 di sperimentazione "Modalità collaborativa tra specialista prescrittore e tecnico"). Tali professionisti devono dare evidenza documentale della competenza, acquisita attraverso la formazione continua e dell'esperienza professionale maturata nel campo delle protesi d'arto.
4. Il Centro deve disporre di un campionario adeguato di componenti protesiche.

UO di Diabetologia e Malattie del Ricambio o Unità per la cura del piede diabetico

- a. Il prescrittore deve essere in possesso della specializzazione di Diabetologia e Malattie del Ricambio, Endocrinologia o equipollenti, Ortopedia, Chirurgia Generale o Vascolare o Plastica
- b. per prescrizione di calzature ed ortesi per piede diabetico, il prescrittore deve operare in una Struttura dedicata alla cura del piede diabetico, all'interno di un'equipe multidisciplinare ed

Regione Lombardia

integrata, in grado di garantire anche il trattamento ortesico e protesico e di effettuare percorsi di training per l'utilizzo dei dispositivi prescritti (percorsi codificati, con numero prestazioni....).

Indicazioni cliniche operative

Allegato 2, Documento Sottogruppo 4 di sperimentazione.

Si allega il documento *“Protesi d’arto inferiore. Percorso valutativo, terapeutico, riabilitativo: dalla valutazione dei livelli funzionali di mobilità alla prescrizione personalizzata del dispositivo protesico”*.