



ALLEGATO 1
DECRETI N. 727/18
13 DIC. 2017

ALLEGATO 1

DOCUMENTO INTERAZIENDALE DI ESPERTI: PRESA IN CARICO DELLE PERSONE PORTATRICI DI STOMIE E GARANZIA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Gruppo di lavoro ASUR Marche, AOOUORRAN, I.N.R.C.A.:

Roberto Campagnacci, Andrea Cani, Gabriele Corradini, Riccardo Grifoni, Matteo Grilli, Romeo Magnoni, M. Rita Mazzocanti, Giovanna Michela Pace, Giovanna Picciotti, Stefania Rasori, Renato Rocchi, Marina Rossi, Diana Sansoni, Manuela Silvestrini, Concettina Taraschi, Daniela Tesei

Associazione a.m.i.stom:

Mariella Cola, Massimo D'Agnillo, Sandro Fuselli

Conferenza di consenso con:

Direzioni Mediche Ospedaliere

Direzione Distretti

Dirigenti Professioni Sanitarie

Direzioni dipartimenti Chirurgici

L'interesse alla cura delle stomie nel territorio marchigiano nasce anche dai numeri degli stomizzati presenti nella Regione. Da un censimento parziale effettuato nel 2016, su base provinciale, è emerso che gli stomizzati in Italia sono oltre 70.000, numero che è decisamente cresciuto negli ultimi anni; non si tratta, tuttavia, di dati certi ufficiali anche in quanto ad oggi manca un registro nazionale dei portatori di stomia.

Il 2016 è un anno importante per i pazienti stomizzati. Quant'anni fa, infatti, vedeva la luce la Bay front Medical Centre Ostomy Fair in Florida, la prima stesura della **Carta Internazionale dei Diritti degli Stomizzati**: sette articoli essenziali che racchiudono i principi fondamentali che regolano la vita di un paziente stomizzato. Nella Carta, infatti, sono riportati importanti indicazioni su diversi aspetti che riguardano il paziente: dal corretto confezionamento della stomia al diritto di informazione, dalla libera scelta del presidio alla necessità di ricevere una assistenza professionale adeguata (vedi Appendice 3). Per soddisfare a pieno i principi riportati nei sette articoli della "Carta", si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare ASUR con l'obiettivo di produrre un documento ASUR che definisca criteri minimi uniformi per l'assistenza ospedaliera e territoriale della persona portatrice di stomia.

Per raggiungere tale obiettivo il gruppo ha:

- valutato le procedure presenti nelle AAVV
- condiviso le criticità che possono presentarsi nel percorso assistenziale
- definito gli obiettivi comuni
- identificato i criteri assistenziali ritenuti vincolanti, suddivisi secondo le fasi assistenziali principali
- revisionato la letteratura.

Le necessità delle persone che entrano in ospedale per un intervento chirurgico che porta al confezionamento di una stomia sono legate a una condizione di adattamento fisico, psicologico, sociale e di gestione specifica dello stoma che perdura per tutto il periodo del ricovero e continua anche dopo la dimissione, al rientro al domicilio. Tutto ciò è fortemente influenzato dalla tendenza a ricoveri brevi, con dimissioni sempre più precoci e dalla scelta di tecniche chirurgiche complesse con il confezionamento elettivo di stomie temporanee.

L'esperienza clinica ha evidenziato che, durante il ricovero, al momento della dimissione dall'ospedale e nel periodo successivo per evitare le possibili criticità è necessario:

- utilizzare sistematicamente procedure di preparazione all'intervento;
- porre attenzione all'educazione terapeutica relativa alla gestione della stomia e alle norme igienico-comportamentali correlate;
- personalizzare i percorsi di dimissione e riabilitazione;
- evitare la frammentazione del percorso assistenziale alla dimissione;

La gestione e la cura della persona stomizzata è variegata, i bisogni frequentemente cambiano e richiedono un piano di cura flessibile che tiene conto della complessità della persona.

Le raccomandazioni di seguito presentate tengono conto delle linee guida "Clinical Best Practice Guidelines, "Ostomy Care and Management" 2009, RNAO".

E' necessario orientare i professionisti sanitari nei differenti setting di pratica assistenziale relativamente a:

- la valutazione e gestione delle persone con colostomia, ileostomia e urostomia;
- la valutazione e la gestione della cute peristomale ed il complesso stomale;
- la continuità della cura, nel periodo pre-operatorio, post-operatorio;
- la relazione con l'utente e la famiglia.

La persona portatrice di stomia richiede cure e gestione specializzate che promuovano l'indipendenza e la qualità della vita per l'interessato, il care giver e la famiglia, questo principio va tenuto presente in tutti i setting assistenziali, dalla UO Chirurgica, alle cure a lungo termine, residenziali o domiciliari.

La fornitura di cure specializzate per le stomie deve cominciare nella fase pre-operatoria, proseguendo nella fase post-operatoria e nel periodo di riabilitazione, permanendo in una parte dei casi per tutta la vita del paziente.

Date le caratteristiche della persona che "vive con una stomia per tutta la vita", la cura e la gestione dello stoma deve essere supportata dalla disponibilità di ambulatori territoriali dotati di personale opportunamente formato (specialista in stomaterapia o se non presente infermiere esperto) per fornire corretta assistenza a questo tipo di pazienti.

La gestione della stomia, il trattamento delle complicanze della cute peristomale, l'accesso alla fornitura degli ausili protesici specifici, la consulenza dietetica e il supporto emotivo sono aspetti fondamentali della gestione dei bisogni sanitari richiesti dalla persona. L'approccio deve essere quindi multidisciplinare ed interdisciplinare, devono essere coinvolte nel percorso terapeutico, dalla diagnosi alla riabilitazione, tutte le figure tecnico-professionali che abbiano attinenza con la patologia. Esse debbono interfacciarsi e convergere nella redazione di un piano terapeutico comune e condiviso.

La prima esigenza è quella che il personale sanitario sviluppi una **relazione terapeutica** con la persona e la famiglia. La relazione terapeutica basata su un processo interpersonale è un aspetto centrale della cura ed è parte integrante nel determinare la qualità della pratica nella relazione paziente/famiglia. Le caratteristiche della relazione terapeutica includono l'ascolto attivo, la fiducia, il rispetto, l'empatia e la risposta ai problemi della persona.

Attraverso la relazione terapeutica il chirurgo e l'infermiere stomaterapista/infermiere esperto devono quindi:

- raccogliere il consenso realmente informato (vedi appendice 4) e fornire un'assistenza personalizzata;
- pianificare l'intervento chirurgico, la sede di stomia (disegno preoperatorio) e la successiva assistenza, focalizzandola al raggiungimento dell'autocura;
- fornire informazioni ed insegnare nuove abilità (vedi appendice 5);
- promuovere la conoscenza approfondita degli aspetti fisici, psicologici ed emotivi conseguenti alla stomia;
- programmare la continuità di cura dopo la dimissione ospedaliera e la presa in carico territoriale.

La relazione terapeutica ha inizio nella fase preoperatoria, per stabilire un rapporto e ottenere accurate informazioni sull'immaginario e i sentimenti rispetto alla malattia, circa il tipo di intervento chirurgico proposto, la vita a casa, la situazione familiare, i ruoli e le relazioni.

Tutte le evidenze dimostrano che la relazione terapeutica è importante per un'assistenza soddisfacente nella fase post-chirurgica, per l'adattamento a lungo termine alla stomia e per imparare le abilità necessarie per l'autogestione della stomia. La figura dello stomaterapista/infermiere esperto ha un ruolo cruciale nella presa in carico della persona stomizzata.

L'assistenza sanitaria e la presa in carico della persona sottoposta a chirurgia per confezionamento di stomia può essere suddivisa, per semplicità, in quattro macro-fasi:

1. pre-operatoria,
2. post-operatoria,
3. dimissione
4. follow-up.

Il corretto processo terapeutico dovrà comprendere le seguenti fasi e svolgersi nelle seguenti modalità:

1. ASSISTENZA PRE-OPERATORIA

Counseling preparatorio.

Il counseling preparatorio incentrato sulle caratteristiche dell'intervento e sulle problematiche immediatamente successive ha l'obiettivo di instaurare il rapporto di fiducia necessario ad una relazione efficace, di soddisfare il bisogno di sicurezza e conoscenza con conseguente riduzione dell'ansia. La fase di insegnamento pre-operatoria, effettuata dallo stomaterapista/infermiere esperto, è essenziale affinché la persona apprenda semplici atti per la gestione della stomia, come svuotare e cambiare la sacca dopo la dimissione, anche perché la dimissione postchirurgica avviene sempre più precocemente e le tecniche chirurgiche risultano essere complesse.

Il counseling in ambito sanitario ha l'obiettivo di fornire il supporto necessario a fronteggiare la vasta gamma di aspetti psicosociali connessi alla malattia. Ogni operatore sanitario può utilmente utilizzare tecniche di colloquio ed il counseling è una particolare forma di relazione d'aiuto che l'operatore sanitario utilizza unendo capacità comunicative e conoscenze tecniche specifiche, allo scopo di fornire un'assistenza completa ed efficace al paziente. Le finalità del counseling sono principalmente quelle di sostenere, informare ed educare.

Nell'attività in ospedale si possono prendere in considerazione diversi ambiti di applicazione dell'intervento di counseling come ad esempio: la relazione tra il paziente e l'ambiente ospedaliero, la relazione tra gli operatori delle professioni sanitarie e i pazienti, la relazione fra operatori sanitari della stessa competenza o di competenze diverse.

I principali obiettivi del counseling sono rappresentati dal sostegno emotivo e dalla prevenzione, nel senso di promuovere la salute per favorire il benessere attraverso il potenziamento delle risorse esistenti e residue favorendo lo sviluppo dell'autonomia della persona, che rimane sempre la protagonista del processo di counseling, e che viene messa nelle condizioni di attuare scelte dopo essere stata guidata a esaminare la situazione da diversi punti di vista.

Disegno preoperatorio.

Il disegno preoperatorio ha l'obiettivo di prevenire le complicanze, facilitare lo stoma care e favorire la qualità della vita. Il disegno dello stoma è congiuntamente raccomandato dall'American Society of Colorectal Surgeons e dalla Wound, Ostomy and Continence Nurses Society - WOCN (2007) e a livello nazionale dalla Società Italiana di Chirurgia (SIC) e dell'Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia (AIOSS) attraverso il documento di posizionamento sullo stoma siting (2013). Il disegno preoperatorio deve essere effettuato da un infermiere stomaterapista/infermiere esperto o da un sanitario che sia stato adeguatamente formato sui principali punti da reperire in prossimità dello stoma e sulle implicazioni della localizzazione della stomia nella cura della stessa.

Tutti i pazienti sottoposti a chirurgia elettiva che darà luogo alla creazione di una stomia devono avere preventivamente un disegno dello stoma. La complessità di tale pratica, con ricadute che possono inficiare la qualità della vita della persona stomizzata, richiede oltre alla competenza ed alla formazione specifica, la disponibilità di strumenti operativi (procedure/istruzioni) che possano indirizzare verso le migliori pratiche assistenziali (EBP) e ridurre la variabilità dei comportamenti degli operatori sanitari in relazione all'attuazione della stomia. Nelle procedure/istruzioni operative deve essere fatto riferimento alla procedura del disegno pre operatorio indicato da società scientifiche ed associazioni nazionali ed internazionali (ASCRS – WOCN – AIOSS – SIC- SICCR) ed ai loro relativi documenti, così come riportato in bibliografia.

Il paziente deve essere informato che nel post operatorio avrà una sacca trasparente che viene posizionata in sala operatoria prima del suo rientro in reparto.

E' opportuno che medico, stomaterapista e paziente concordino insieme il posizionamento dello stoma, anche se la responsabilità ultima della scelta terapeutica spetta al medico; il coinvolgimento del paziente nella decisione preoperatoria è utile per migliorare l'adattamento alla nuova condizione e ridurre il rischio di complicanze.

Formulazione del piano di assistenza.

La formulazione del piano di assistenza ha l'obiettivo di esplicitare il progetto assistenziale e garantire la continuità di cura all'interno del team professionale.

Apparecchiatura della stomia in sala operatoria.

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 già nell'immediato post-operatorio.

Questa procedura deve essere attuata in sala operatoria, in quanto contesto protetto, utilizzando un presidio sterile e tecnica adeguata, con la finalità di preservare lo stoma neo consolidato e più precisamente la sutura muco-cutanea, evitando di esporre quest'ultima a rischi di infezione e/o suppurazione successiva. In questa fase è buona prassi apparecchiare la stomia con un dispositivo di raccolta che abbia determinate caratteristiche:

- essere provvisto di meccanismo a soffietto che renda il dispositivo non traumatico nel suo utilizzo;
- essere dotato di barriera idrocolloide a protezione totale per ridurre il rischio di alterazione della cute peristomale;
- essere trasparente per favorire il monitoraggio della stomia e rilevare le caratteristiche degli effluenti.

2. ASSISTENZA POST OPERATORIA

Valutazione della stomia nell'immediato post-operatorio e della condizione cutanea peristomale ad ogni cambio del presidio.

Nell'immediato post-operatorio e nelle prime 48 ore dall'intervento devono essere osservati frequentemente lo stoma e la cute peristomale al fine di monitorare i progressi verso la guarigione e/o rilevare eventuali segni di complicanze precoci. A tal fine è auspicabile l'utilizzo della Check list di monitoraggio della stomia nelle prime 48 ore associata ad uno strumento validato per la classificazione delle complicanze della cute peristomale (SACS: Studio Alterazioni cutanee Stomali – OWM 2007) così come raccomandato dalle linee guida della RNAO (2009).

Le complicanze stomali possono essere classificate, dal punto di vista temporale, in due vaste categorie: precoci e tardive; le complicanze precoci in genere si manifestano nei primi 30 giorni dall'intervento, le complicanze tardive oltre i 30 giorni. Esse possono interessare solo la stomia, solo la cute immediatamente intorno alla stomia o oppure sia lo stoma sia la cute peristomale.

Complicanze precoci	Complicanze tardive
1. Edema	1. Dermatiti da contatto
2. Emorragia intra e peristomale	2. Lesione cutanea (verruche, candidosi, follicoliti)
3. Ischemia	3. Ernia
4. Necrosi	4. Fistola
5. Dermatite da contatto	5. Prolasso
6. Alterazione cute peristomale	6. Stenosi
7. Suppurazione	7. Granuloma
8. Ascesso peristomale	8. Trauma.
9. Distacco parziale o totale giunzione muco-cutanea	
10. Trauma	

Gli studi disponibili documentano la comparsa di possibili 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.

Educazione alla gestione della stomia (stoma care).

Lo stomaterapista/infermiere esperto nella pianificazione dell'educazione terapeutica si avvale della metodologia del problem solving:

- identifica i bisogni educativi;
- definisce gli obiettivi educativi;
- pianifica ed attua gli interventi;
- valuta i risultati ed eventuali azioni correttive.

E' essenziale che, nell'immediato post operatorio, l'assistenza sanitaria, tradotta in termini di educazione terapeutica, porti il soggetto ad acquisire un bagaglio minimo di abilità specifiche per la cura della stomia. Questo per favorire l'indipendenza e la capacità di adattamento alla nuova condizione (vedi appendice 5)

Il processo educativo ed assistenziale deve essere finalizzato:

- 1 - alla scelta dei dispositivi di raccolta adeguati;
- 2 - al self care, con acquisizione di conoscenze ed abilità per quanto riguarda:

- stoma care
- idratazione ed alimentazione
- attività fisica
- abbigliamento ed igiene
- prevenzione e riconoscimento delle complicanze
- corretto utilizzo dei presidi prescritti
- corretta assunzione dei farmaci prescritti
- dove ottenere le forniture degli ausili
- numeri telefonici di riferimento per una continuità assistenziale.

Alla persona stomizzata deve essere insegnato in modo corretto come e quando svuotare la sacca, le procedure per la sua rimozione e nuova applicazione, la cura peristomale, gli effetti della dieta sulla stomia, l'automonitoraggio per le complicazioni stomali e peristomali.

Anche se non esistono studi che definiscano il minimo di abilità da insegnare alle persone con stomia nel postoperatorio, la Consensus Conference del Wound, Ostomy and Continence Nurses negli U.S.A. (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2007) ha concluso che le conoscenze di base dovrebbero includere abilità a gestire la sacca di raccolta ed il sistema di svuotamento integrato, se presente, e la completa autonomia nello svuotamento della sacca.

Abilità e conoscenze aggiuntive che necessiterebbero di essere apprese includono:

- lavarsi, vestirsi e conoscenza di quelle attività per le quali esistono limitazioni
- valutazione degli effetti dei farmaci (sia soggetti a prescrizione che da banco) sul funzionamento della stomia
- effetti della dieta sul funzionamento della stomia
- cura della cute peristomale
- controllo dell'odore
- monitoraggio delle complicanze
- gestione della sessualità.

Per facilitare l'apprendimento, a supporto e non in sostituzione dell'attività educativa del personale sanitario, possono essere utili degli opuscoli contenenti le indicazioni principali necessarie alla gestione della nuova condizione.

3. DIMISSIONE

Pianificazione della dimissione ospedaliera.

La pianificazione della dimissione dall'ospedale richiede collaborazione e coordinamento dei servizi. Lo stomaterapista/infermiere esperto gioca un ruolo centrale nel realizzare questa parte del piano di cure. Anche se i bisogni di assistenza del paziente tendono ad evolvere e cambiare nel periodo post-operatorio, una pianificazione scrupolosa della dimissione migliora l'assistenza alla persona per il ritorno a domicilio. Dovrebbero essere **forniti tutti i riferimenti delle figure/organizzazioni che potrebbero essere necessari dopo la dimissione** (telefono, orario di accesso al reparto/ambulatorio, riferimento delle associazioni, etc.).

Il momento della dimissione può coincidere anche con la prescrizione dei presidi protesici (dispositivi medici), che dovrebbe essere supportato da un'attività educativa alla buona gestione delle risorse fornite e un'attività di orientamento ai servizi presenti nella sede di residenza. Ai fini di una adeguata risposta ai bisogni dei pazienti, è importante selezionare prodotti appropriati e di semplice utilizzo.

La figura dello specialista come responsabile della prescrizione è necessaria, ma linee guida e consensus di esperti sottolineano l'importanza della collaborazione dello stomaterapista/infermiere esperto, anche per verificare l'idoneità del dispositivo prescritto alle esigenze della persona stomizzata.

Nel caso in cui il self care non sia possibile, è necessario coinvolgere il care giver e/o il supporto territoriale (il medico di medicina generale ed i Servizi Territoriali).

Piano di cura personalizzato basato sui bisogni del paziente e della famiglia.

E' opinione degli esperti che l'indipendenza nell'auto-cura della stomia sia l'obiettivo principe per la maggior parte degli adulti.

L'assenza di complicazioni, di perdita di liquidi e di odore è auspicabile per ogni persona portatrice di stomia. Poiché l'autocura della stomia determina una migliore qualità della vita è bene che venga scelto il sistema più indicato per la stomia in risposta ai bisogni specifici e alle preferenze della persona ed è importante che la persona stessa sia parte attiva nel processo decisionale per la libera scelta dei presidi fra quelli ritenuti idonei dallo stomaterapista/infermiere esperto/chirurgo di riferimento (vedi appendice 5)

Al momento in cui il paziente viene dimesso, nella "lettera di dimissione" devono essere specificati tutti gli accorgimenti necessari ad evitare complicanze, e chiarire quanto spiegato durante il ricovero.

3. FASE DI FOLLOW-UP

Per il paziente e la famiglia, dopo l'intervento chirurgico che confeziona la stomia, è raccomandata la valutazione e il follow-up da parte di un infermiere stomaterapista al fine di ridurre lo stress psicologico, promuovere un'ottima qualità della vita e prevenire le complicanze. La letteratura evidenzia il bisogno di un regolare follow-up da parte di uno stomaterapista/infermiere esperto nel post-operatorio per un minimo di 12 mesi.

In particolare le funzioni principali per lo stomaterapista/infermiere esperto sono identificabili nel:

- 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 incentrato sui bisogni/problemi che si possono presentare in un secondo tempo, quando la persona riprende le proprie attività quotidiane (dimensione della socialità, della sessualità, dell'adattamento fisico e psicologico, effetti dell'alimentazione, ecc...).

E' importantissimo che il supporto tecnico-professionale al processo riabilitativo sia multidisciplinare; i diversi operatori devono essere coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico.

AMBULATORIO PER ENTEROSTOMIZZATI ED UROSTOMIZZATI

Per gestire al meglio il processo assistenziale e soprattutto garantire la continuità di cura necessaria è opportuno che siano istituiti nelle AAVV ambulatori specifici, rivolti a soggetti stomizzati, con personale infermieristico appositamente formato (stomaterapista/infermiere esperto), che possa diventare tutor di specifici processi di assistenza e cura. I tempi dedicati ai pazienti con stomia devono essere congrui con il numero dei pazienti seguiti e le loro esigenze cliniche. L'ambulatorio deve essere il punto di riferimento in grado di affrontare e risolvere i problemi legati alla gestione e alla riabilitazione conseguenti all'intervento, anche per consulenze presso le Unità Operative ospedaliere, le strutture di degenza territoriali e l'ADI.

FORMAZIONE

Il referente dell'ambulatorio

Un infermiere esperto di entero- uro stomie è un infermiere che ha avanzate conoscenze e abilità cliniche riconosciute da un programma educativo certificato nella gestione delle stomie (master di primo livello art.6 legge n.43/06) e/o da un percorso professionale che gli abbia consentito, attraverso percorsi formativi complementari regionali o da Scuole Nazionali di Associazioni riconosciute dalla Federazione Collegi IPASVI (AIOSS- AISTOM), attraverso una formazione continua (ECM), ed attraverso l'esercizio di attività professionale, un'adeguata preparazione.

Per aumentare il livello della qualità delle cure alla persona portatrice di stomia si incentiverà l'attività formativa nelle AAVV affinché gli infermieri e gli altri care giver che forniscono le cure agli stomizzati siano in grado di riferirsi e di usare le linee guida che rappresentano le migliori conoscenze nella cura delle stomie reperite in letteratura e l'eccellenza nella cura standard (appendice 2).

PARTECIPAZIONE ATTIVA DEL CITTADINO

In linea con il principio espresso dalla L.R.13 del 20 Giugno 2003, che promuove la consultazione ed il ruolo attivo del cittadino nel controllo e valutazione dei servizi sanitari a livello regionale (favorendo in particolar modo le associazioni di volontariato e quelle di tutela dei diritti attraverso strumenti quali ad esempio i Comitati di Partecipazione), si ritiene opportuna la sua presenza nelle varie fasi che andranno a concretizzare e rendere attuativo il presente documento (dalla formazione alla trasposizione operativa).

Dato che ai fini della tutela della salute l'art. 24 demanda ai cittadini, attraverso la presenza delle associazioni all'interno delle strutture sanitarie ed i comitati di partecipazione, il compito di:

- a) contribuire alla programmazione e alla pianificazione socio-sanitaria regionale, aziendale e territoriale;
- b) svolgere attività di verifica e di controllo sulla gestione dei servizi sanitari;
- c) monitorare le condizioni di accesso e di fruibilità dei servizi sanitari, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 1,

si ritiene che debba essere prevista la presenza di almeno una persona in rappresentanza dei portatori di stomia, in qualità di osservatore ed al fine di monitorare l'effettiva messa in pratica di quanto contenuto nel documento, sia negli incontri di formazione che nelle diverse attività che preludono l'attuazione.

Si ritiene quindi buona prassi, che almeno le associazioni ed i comitati siano portati a conoscenza ed informati dei vari step successivi, di tutti gli incontri con altri enti sanitari e/o regionali, in maniera che uno o più dei loro rappresentanti possano essere presenti e partecipare attivamente a tutte le attività che rientrano nei loro diritti.

Appendice 1

Check List monitoraggio stomia prime 48 ore (Ogni 8 ore)

Preso in carico del paziente in Unità Operativa _____ Ora _____

Turno	Data						Data					
	M		P		N		M		P		N	
Ora	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Colore rosso												
Colore pallido												
Colore rosso scuro												
Edema lieve												
Edema importante												
Emorragia intrastomale												
Emorragia peristomale												
Ischemia												
Necrosi												
Distacco giunzione muco cutanea												
Sigla infermiere												

Appendice 2: LA FORMAZIONE



Gruppo di lavoro "STOMIE" SCHEDE FABBISOGNO FORMATIVO - ANNO 2018

1. NECESSITA' FORMATIVA (descrizione contesto e motivazioni)

CRITICITA'

Un paziente con stomia richiede cure e gestione specializzate a favore dell'indipendenza e della qualità della vita per lo stesso, famiglia e caregivers.

L'erogazione di assistenza e cure specializzate per le stomie incominciano nella fase preoperatoria, continuando nella fase post-operatoria e nel periodo di riabilitazione – in effetti per tutta la vita del paziente.

Per la complessità di tale processo, è fondamentale che l'infermiere abbia strumenti che possano indirizzarlo verso scelte orientate alle evidenze scientifiche (EBN) ed alle migliori pratiche assistenziali (EBP).

Questa esperienza formativa, permetterà di individuare e reclutare un gruppo di professionisti (infermieri stoma terapisti ed infermieri con dimostrate competenze avanzate nel settore) che lavoreranno alla redazione di una procedura, quale trasposizione operativa del documento ASUR "Preso in carico delle persone portatrici di stomie e garanzia di continuità assistenziale" e all'integrazione di strumenti pertinenti al suddetto percorso e declinabili nella pratica professionale.

2. PRIORITA' (indicare la priorità con un numero progressivo per ogni bisogno formativo)

1 | l'unico gruppo che lavora presso l'ASUR (sono coinvolte tutte le Sedi Locali)

3. TITOLO

GdM "Preso in carico delle persone portatrici di stomie e garanzia di continuità assistenziale": dalla condivisione del documento ASUR alla declinazione in Procedura Operativa

4. RESPONSABILE SCIENTIFICO (nome cognome telefono mail)

Direttore Sanitario

5. RESPONSABILE ORGANIZZATIVO/ PROGETTO (nome cognome telefono mail)

Dott.ssa Giovanna M. Pace Cell. 338 8611423 giovannamichela.pace@sanita.marche.it

6. TIPOLOGIA FORMATIVA (segnare con una x)

FSc FORMAZIONE SUL CAMPO X

7. OBIETTIVI FORMATIVI (conoscenze da sviluppare, criticità da risolvere, ecc)

- d) Elaborare uno strumento operativo sulla cura e gestione della persona stomizzata, garantendo un percorso assistenziale dall'accettazione in U.O. alla dimissione e ai follow up nel tempo
- c) Ridurre la variabilità dei comportamenti degli operatori sanitari in relazione alla gestione delle stomie digestive ed urinarie
- c) Favorire l'integrazione fra professionisti coinvolti che assicurano al paziente continuità e standard assistenziali in termini di appropriatezza ed efficacia.

8. UU.OO COINVOLTE

Chirurgia – Urologia – ambulatori "stomie"

9. DIPARTIMENTI COINVOLTI

Chirurgici di tutta l'ASUR

10. PROFESSIONI COINVOLTE

Infermieri Stomaterapisti – Infermieri esperti

11. NUMERO PARTECIPANTI/EDIZIONI/ORE PREVISTI

EDIZIONI	N. 1
ORE PER EDIZIONE	N. 15
PARTECIPANTI PER EDIZIONE	N. 20
PARTECIPANTI TOTALI	N. 20

TEMPISTICA Inizio non appena validato e ufficializzato documento Asur



Gruppo di lavoro "STOMIE" SCHEDA FABBISOGNO FORMATIVO - ANNO 2018

1. NECESSITA' FORMATIVA (descrizione contesto e motivazioni)

CRITICITA'

Un paziente con stomia richiede cure e gestione specializzate che promuova l'indipendenza e la qualità della vita per lo stesso, famiglia e caregivers.

Tutti gli **infermieri di area chirurgica** potrebbero essere di volta in volta coinvolti nel percorso assistenziale e la loro funzione non si limiterà alla sorveglianza, ma anche all'individuazione di potenziali problemi ed al loro trattamento e alla conoscenza di quelle che sono le fasi che caratterizzano il processo assistenziale e riabilitativo di una persona stomizzata.

La complessità di tale processo richiama alla necessità di aderire alle migliori pratiche assistenziali (EBP) e ai dettami delle evidenze scientifiche pertinenti all'ambito clinico-assistenziale.

Questo momento formativo, permetterà la condivisione del percorso deliberato dall'ASUR sulla *Presenza in carico delle persone portatrici di stomie e garanzia di continuità assistenziale* e successivamente declinato sul piano operativo in Procedura assistenziale ad opera di un gruppo di infermieri stomaterapisti operanti nelle diverse AA.VV. dell'ASUR Marche.

2. PRIORITA' (indicare la priorità con un numero progressivo per ogni bisogno formativo)

IN OGNI AREA VASTA (sono coinvolte tutte le)

3. TITOLO

PRESA IN CARICO DELLE PERSONE PORTATRICI DI STOMIE E GARANZIA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE: UN PERCORSO DA CONDIVIDERE

4. RESPONSABILE SCIENTIFICO (nome cognome telefono mail)

Definire in A.V.

5. RESPONSABILE ORGANIZZATIVO (nome cognome telefono mail)

Definire in A.V.

6. TIPOLOGIA FORMATIVA (segnare con una x)

RI | RESIDENZIALE INTERATTIVA x

7. OBIETTIVI FORMATIVI (conoscenze da sviluppare, criticità da risolvere, ecc)

- Accrescere le conoscenze teoriche sulle fasi della presa in carico e continuità assistenziale in un setting chirurgico
- Fornire abilità pratiche inerenti la pratica dello stoma care e del disegno pre operatorio
- Favorire la relazione di aiuto con la persona stomizzata, attraverso la conoscenza degli aspetti e criticità che caratterizzano il loro percorso di cura

8. UU.OO COINVOLTE

Tutti gli operatori di Chirurgia – Urologia e uu.oo. direttamente coinvolte nel trattamento

9. DIPARTIMENTI COINVOLTI

Chirurgici – distretti

10. PROFESSIONI COINVOLTE

Infermieri e O.S.S.

11. NUMERO PARTECIPANTI/EDIZIONI/ORE PREVISTI

EDIZIONI	N. 1 – 3 edizioni per ogni A.V.
ORE PER EDIZIONE	N. 7
PARTECIPANTI PER EDIZIONE	N. 30

12. DOCENZA – SPESA PREVENTIVATA

(moltiplicare per il numero delle ore il tetto max economico previsto e sotto riportato)

Costi preventivabili legati alle 7 ore di docenza interna per ogni edizione ed eventuali spese accessorie da definire in A.V.

TEMPISTICA

2018

SCHEDA FABBISOGNO FORMATIVO INTERNO - ANNO 2018

1. NECESSITA' FORMATIVA (descrizione contesto e motivazioni)

CRITICITA'

Un paziente con stomia richiede cure ed assistenza in **qualsiasi setting di cura**.

Gli infermieri di tutte le UU.OO. delle AA.VV. dell'ASUR Marche, potrebbero essere coinvolti nel dover assistere persone stomizzate, con varie tipologie di stomie e trovarsi nella condizioni di non riuscire a garantire uno standard assistenziale appropriato, dato dalla carenza di conoscenze teoriche o pratiche peculiare per questa tipologia di utenza.

Sempre di più sono i casi, gestiti negli ospedali per acuti, ma anche sul territorio, di pazienti stomizzati; al riguardo viene percepita la necessità di ampliare il livello di conoscenze in merito, per fornire le nozioni di base e colmare quel gap conoscitivo dato dalla specificità di una popolazione di pazienti tipica per specifici contesti clinico-assistenziali.

2. PRIORITA' (indicare la priorità con un numero progressivo per ogni bisogno formativo)

IN OGNI AREA VASTA

3. TITOLO

L'ASSISTENZA DELLE PERSONE STOMIZZATE NEI DIVERSI CONTESTI DI CURA

4. RESPONSABILE SCIENTIFICO (nome cognome telefono mail)

Definire in A.V.

5. RESPONSABILE ORGANIZZATIVO (nome cognome telefono mail)

Definire in A.V.

6. TIPOLOGIA FORMATIVA (segnare con una x)

R	RESIDENZIALE	x	FsC	FORMAZIONE SUL CAMPO
RI	RESIDENZIALE INTERATTIVA		M	MISTA

7. OBIETTIVI FORMATIVI (conoscenze da sviluppare, criticità da risolvere, ecc)

- a) Accrescere le conoscenze teoriche sulle tipologie di stomie e le diverse peculiarità che contraddistinguono le diverse risposte assistenziali e sulle abilità pratiche inerenti la pratica dello stoma care
- c) Favorire la relazione di aiuto con la persona stomizzata, attraverso la conoscenza degli aspetti e criticità che caratterizzano il loro percorso di cura

8. UU.OO COINVOLTE

UU.OO. generali

9. DIPARTIMENTI COINVOLTI

Tutti

10. PROFESSIONI COINVOLTE

Infermieri / OSS / altre professioni eventualmente coinvolte

11. NUMERO PARTECIPANTI/EDIZIONI/ORE PREVISTI

EDIZIONI	N. 15
ORE PER EDIZIONE	N. 5
PARTECIPANTI PER EDIZIONE	N. 50 - 70

12. DOCENZA – SPESA PREVENTIVATA

(moltiplicare per il numero delle ore il tetto max economico previsto e sotto riportato)

Costi preventivabili legati alle ore di docenza interna per ogni edizione ed eventuali spese accessorie da definire in A.V.

TEMPISTICA

2018



Gruppo di lavoro "STOMIE" SCHEDA FABBISOGNO FORMATIVO - ANNO 2018

1. NECESSITA' FORMATIVA (descrizione contesto e motivazioni)

CRITICITA'

Le complicanze del complesso stomale nei pazienti con stomie enterali ed urinarie, si riscontrano frequentemente, con ricadute inevitabili sulla qualità di vita degli stessi.

La letteratura scientifica, riporta una serie di fattori che favoriscono il recupero fisico e psichico della persona stomizzata, amovendo tra gli stessi la tecnica chirurgica di confezionamento dello stoma ed il disegno pre operatorio della stomia.

Il disegno pre operatorio, al riguardo, risulta essere una pratica ancora poco consolidata fra i professionisti che afferiscono all'ambito chirurgico, tanto da richiedere una formazione mirata che favorisca una maggiore adesione a tale procedura, declinando la stessa nella prassi clinico-assistenziale e nei comportamenti dei professionisti coinvolti.

Questo problema è stato ampiamente attenzionato e in più occasioni dai rappresentanti delle associazioni dei pazienti stomizzati in seno al gruppo di lavoro Asur

2. PRIORITA' (indicare la priorità con un numero progressivo per ogni bisogno formativo)

DI AREA VASTA (sono coinvolte tutte le Sedi Locali) TUTTE LE AA.VV.

3. TITOLO

Disegno pre operatorio e tecniche di confezionamento delle stomie intestinali ed urinarie

4. RESPONSABILE SCIENTIFICO (nome cognome telefono mail)

Da definire (nel corso già svolto in A.V.2 era il dr. Cavicchi Angelo direttore del dipartimento chirurgico)

5. RESPONSABILE ORGANIZZATIVO (nome cognome telefono mail)

Dott.ssa Giovanna M. Pace Cell. 338 8611423 pacegm@alice.it

6. TIPOLOGIA FORMATIVA (segnare con una x)

RI RESIDENZIALE INTERATTIVA X

7. OBIETTIVI FORMATIVI (conoscenze da sviluppare, criticità da risolvere, ecc)

a) Accrescere conoscenze teoriche relative alla procedura del disegno pre operatorio ed alle tecniche di confezionamento stomie

b) Fornire abilità pratiche/tecniche sull'attuazione del disegno pre operatorio

8. UU.OO COINVOLTE

Chirurgia – Urologia – Ambulatori Stomie

9. DIPARTIMENTI COINVOLTI

Chirurgici

10. PROFESSIONI COINVOLTE

Infermieri – Chirurghi – Urologi

11. NUMERO PARTECIPANTI/EDIZIONI/ORE PREVISTI

EDIZIONI	N. 8 (2 x AV)
ORE PER EDIZIONE	N. 5
PARTECIPANTI PER EDIZIONE	N. 30

12. DOCENZA – SPESA PREVENTIVATA

(moltiplicare per il numero delle ore il tetto max economico previsto e sotto riportato)

Costo stimato per OGNI EDIZIONE docenza interna + ESTERNA + altro Max €. 900.00

TEMPISTICA

1° semestre 2018

Appendice 3: "Carta internazionale dei diritti dello stomizzato"

Prima stesura: Bay Front Medical Centre Ostomy Fair - Florida - 1976 Ultima revisione: Seminario European Ostomy Association-Frankfurt- 03/05/2003

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

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

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

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

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

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

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

Appendice 4: "Codice di Deontologia Medica 2016" – Estratti

Art. 1

Definizione

.....

Il medico deve conoscere e rispettare il Codice e gli indirizzi applicativi allegati.

Il medico deve prestare il giuramento professionale che è parte costitutiva del Codice stesso.

Art. 33

Informazione e comunicazione con la persona assistita

Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione **comprensibile ed esaustiva** sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura.

Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi,

Appendice 5: “Codice Deontologico dell’Infermiere 2009” - Estratti

Art.7

L’infermiere orienta la sua azione al bene dell’assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi siano disabilità, svantaggio, fragilità

Art. 13

L’infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all’intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

Art. 23

L’infermiere riconosce il valore dell’informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l’assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

Art. 24

L’infermiere aiuta e sostiene l’assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostici-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

Art. 27

L’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

Riferimenti bibliografici

1. Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - Comparto Sanità Atto di indirizzo Personale dei livelli Triennio contrattuale 2016 – 2018;
2. AIOSS-SIC. Stoma Siting –Documento di posizionamento. 2013;
3. Elaine Cronin. What the patient needs to know before stoma siting: an overview. *British Journal of Nursing*, 2012; 21 (22);
4. Person, Benjamin M.D et Al. The Impact of Preoperative Stoma Site Marking on the Incidence of Complications, Quality of Life, and Patient's Independence. *Diseases of the Colon & Rectum*: 2012; 55 (7): 783-787;
5. AIOSS. Atlante Stomie e complicanze –Epidemiologia, Eziopatologia e Management care. Editpress Edizioni, 2011;
6. Lynda Juall Carpenito. Piani di assistenza Infermieristica e documentazione. CEA, 2011;
7. Clinical Best Practice Guidelines, "Ostomy Care and Management" . RNAO 2009.;
8. Atti del convegno nazionale AIOSS. "XXIII Corso di aggiornamento in stomaterapia, coloproctologia e riabilitazione del pavimento pelvico". 2008;
9. Linee guida per l'educazione terapeutica, l'approccio assistenziale specifico e la continuità di cura ai soggetti portatori di stomie intestinali ed urinarie, ASL di Brescia 2007;
10. ASCRS and WOC. Joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing fecal ostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*2007; 34 (6): 627-8;
11. Bosio C. e Coll. A proposal for classifying peristomal skin disorders: results of a Multicentre observational study. *OWM* 2007; 53: 38-43
12. Gruppo di ricerca AIOSS, "Clinica infermieristica in stomaterapia. Dalle evidenze agli strumenti operativi". Ed. AIOSS 2007;
13. T.Porrett. A.McGrath, "La persona stomizzata. Assistenza cura e riabilitazione" edizione italiana cura di S.Pizzi e G.Muttillio. McGraw-Hill 2006;
14. Barp A. et Al. L'educazione allo stoma care. Studio multicentrico per la valutazione dell'efficacia di un processo educativo. *Scienze Infermieristiche*, 2006; 2: 20-34;
15. Pontieri-Lewis V. Basics of Ostomy Care. *MEDSURG Nursing*, 2006; 15 (4): 199-202;
16. Lyn Kirkwood. Postoperative stoma care and the selection of appliances. *Journal of Community Nursing*. 2006; 20 (3): 12;
17. R. Zanotti-AIOSS, "Coloproctologia, stomia e incontinenza. Carocci-Faber. 2006;
18. D. Maculotti. L. Bertoncetti "Principi alimentari e indicazioni dietetiche nel paziente portatore di ileostomia" Tesi AIOSS 2005;
19. Gruppo di ricerca "Mosè le tavole", "Gli strumenti operativi per l'assistenza in stomaterapia". AIOSS 2003;
20. Marullo Adalgisa "Cura e riabilitazione dei pazienti stomizzati". *Nursing Oggi*. 1999 (2):41-47.

Riferimenti normativi

1. Decreto Regione Marche n. 94/S04 del 6 maggio 2010;
2. Legge n. 43 - 1 Febbraio 2006 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali".
3. D.M. n. 332 del 27 agosto 1999: Nomenclatore Tariffario Nazionale