

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica



TESI DI LAUREA

**“La dimissione protetta: elaborazione di
una guida procedurale per affrontare la
dimissione dei pazienti urostomizzati”**

Relatore:

Prof.re Giovanni Casetta

Candidata:

Di Giorgi Emanuela

Anno Accademico 2007/2008

INDICE

INTRODUZIONE	pag.1
CAPITOLO I	
"LA STOMIA"	pag.4
1.1 Che cos'è.....	pag.4
1.2 L'eliminazione delle urine e la stomia.....	pag.4
1.3 L'urostomia.....	pag.5
1.3.1 I principali tipi di urostomia.....	pag.6
CAPITOLO II	
" LINEE GENERALI D' INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA AI PORTATORI DI STOMIA"	pag.8
2.1 Il percorso assistenziale.....	pag.9
2.2 Attività e funzioni dei reparti ospedalieri.....	pag.10
2.3 Assistenza infermieristica e psicologica.....	pag.12
2.4 Collaborazione con le associazioni dei pazienti.....	pag.13
CAPITOLO III	
"COS'E' LA DIMISSIONE PROTETTA"	pag.14
3.1 Definizione.....	pag.14
3.2 Generalità.....	pag.14

3.3 Condizioni necessarie per garantire l'efficienza e la sicurezza delle dimissioni protette.....	pag.16
---	--------

CAPITOLO IV

"OBIETTIVO"	pag.19
--------------------------	--------

CAPITOLO V

"RACCOLTA DATI"	pag.20
------------------------------	--------

5.1 Questionario di gradimento.....	pag.21
--	--------

CAPITOLO VI

"ANALISI DEL RISULTATO"	pag.24
--------------------------------------	--------

Punto 1.....	pag.24
--------------	--------

Punto 2.....	pag.26
--------------	--------

Punto 3.....	pag.28
--------------	--------

6.1 Informazione sanitaria.....	pag.30
--	--------

6.2 Empowerment.....	pag.31
-----------------------------	--------

6.3 Utilità delle lezioni frontali.....	pag.32
--	--------

Punto 4.....	pag.34
--------------	--------

6.4 Prevedere una documentazione scritta per i pazienti.....	pag.34
---	--------

Punto 5.....	pag.37
--------------	--------

6.5 La famiglia quale soggetto di risorse.....	pag.37
---	--------

Punto 6.....	pag.40
--------------	--------

Punto 7.....	pag.42
--------------	--------

6.6	L'igiene dell'urostomia.....	pag.43
6.6.1	I dispositivi per stomia.....	pag.43
6.6.2	Il cambio del dispositivo.....	pag.45
	Punto 8.....	pag.50
	Punto 9.....	pag.52
	Punto 10.....	pag.53
	Punto 11.....	pag.55
6.7	L'educazione terapeutica come strategia nella riabilitazione funzionale al paziente urostomizzato.....	pag.56
	Punto 12.....	pag.62
6.8	Quando occorre consultare uno/una stomaterapista?.....	pag.62
6.9	Cibi e bevande.....	pag.65
CAPITOLO VII		
	"CONCLUSIONI"	pag.68
	LA DIMISSIONE PROTETTA:GUIDA PROCEDURALE	pag.68
	Esempio di scheda di dimissione protetta	pag.70
	BIBLIOGRAFIA	pag.74

RINGRAZIAMENTI

Un grazie sincero a tutte le infermiere che mi hanno seguito in questo lungo e tortuoso percorso. Il clima che si è creato con loro è stato molto bello e questo mi ha permesso di lavorare in modo molto sereno e professionale allo stesso tempo.

Enterostomiste dell'ambulatorio stomizzati delle Molinette:
Giovanna, Laura e Ornella.

Caposala ambulatori di Urologia Molinette: Annamaria
Cauda

Caposala dell'ambulatorio stomizzati Molinette: Marina
Morano

INTRODUZIONE

La dimissione ospedaliera è uno dei momenti più critici nell'esperienza di ricovero del paziente. Il processo di dimissione va rivisto collegandolo alla continuità delle cure e alla presa in carico del paziente avendo così in mano "la sua storia". Il processo deve tener conto della necessità di un modello condiviso e strutturato, di uno strumento utilizzabile dall'equipe infermieristica. In ambito chirurgico ci sono pazienti, sottoposti a particolari interventi chirurgici, in cui è necessario pensare ad un intervento strutturato per una continuità nell'assistenza e di recupero dell'autonomia e quindi ad un adeguato piano di dimissione. Nel dipartimento chirurgico si potrebbe pensare alla formulazione di un piano di dimissione specifico per le persone portatrici di urostomia temporanea o definitiva.

Negli ultimi vent'anni, in tutti i Sistemi Sanitari c'è stata una progressiva riduzione dei posti letti che ha coinvolto anche l'Italia. Negli ospedali pubblici e privati il numero dei posti letto è diminuito quasi del 50 %, le giornate di degenza si sono ridotte del 45 per cento e la degenza media si è ridotta del 40 per cento. Questo cambiamento ha portato ad un orientamento degli ospedali verso funzioni di alta intensità assistenziale e clinica. Le dimissioni dall'ospedale sono diventate un fattore problematico, la famiglia e la persona stessa sono sempre più in difficoltà ad affrontare un evento imprevisto come quello del ricovero ospedaliero, la breve durata della degenza, la presenza nel nucleo familiare della persona in convalescenza o spesso con una disabilità permanente. Questi problemi, insieme al maggior rischio di complicanze post-dimissione, di ri-ospedalizzazione ed anche alla

presenza sempre maggiore di persone sole o con nuclei familiari ristretti, portano ad affermare che la dimissione dovrebbe essere pianificata per tempo e gestita con strategie diverse ed intergrate che comprendano sia l'individuazione precoce dei pazienti a rischio sia l'educazione e la verifica dell'intervento educativo sul paziente e sugli eventuali care-giver.

Gli aspetti più critici al momento della dimissione ospedaliera sono rappresentati dalla poca comunicazione tra ospedale e territorio, dallo scarso accertamento dei problemi o dei rischi del paziente al momento della dimissione, dall'inadeguata attivazione dei care-givers, dall'attribuzione di un carico assistenziale elevato ai familiari che non sono adeguatamente preparati, dalla scarsa o lenta attivazione dei servizi territoriali. Una dimissione conclude un periodo di assistenza, diagnosi e cura. Le dimissioni ospedaliere di pazienti portatori di bisogni assistenziali, sanitari e sociali, complessi devono essere adeguatamente programmate; ciò implica la valutazione di quei bisogni, il coinvolgimento del paziente e dei suoi assistenti, la presa in carico del problema, il collegamento con il territorio e la definizione di un piano di assistenza individuale. Le autorità sanitarie britanniche hanno pubblicato, nel 2003, un volume interamente dedicato alle procedure di dimissione ospedaliera. Tutto ciò comporta l'adozione di percorsi assistenziali in preparazione della dimissione».

TABELLA Principi chiave per le dimissioni

1) Il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei pazienti e dei
--

loro familiari, come partner alla pari, è centrale nell'erogazione dei servizi e nella programmazione della dimissione. La dimissione è un processo, e non un evento isolato, che deve essere pianificato prima possibile, a livello di cure primarie e ospedaliere, creando le condizioni per cui i pazienti e i loro familiari siano in grado di contribuire alle decisioni da prendere.

2) Il processo della dimissione programmata deve essere coordinato da una persona specificamente nominata che avrà la responsabilità di seguire tutte le fasi, tra cui quella della valutazione dei bisogni. Questo comporta stretti collegamenti con il coordinatore del caso nel territorio e il trasferimento delle relative responsabilità al momento della dimissione.

3) Il personale deve operare all'interno di un quadro di riferimento di integrazione multidisciplinare e di collaborazione tra diversi servizi per affrontare tutti gli aspetti del processo di dimissione. L'erogazione dei servizi sanitari e sociali deve essere organizzata in modo che i pazienti possano apprezzare la continuità delle cure, essere consapevoli dei loro diritti, e ricevere tutte le informazioni e i consigli che consentano loro di prendere decisioni consapevoli sul loro futuro.

La maggioranza dei pazienti viene dimessa senza bisogno di una dimissione pianificata, in questi casi è sufficiente fornire solo alcune indicazioni da rispettare e gli appuntamenti per le visite successive.

Molti pazienti con un decorso cronico richiedono invece dimissioni pianificate, altri anche una dimissione protetta.¹

CAPITOLO I

LA STOMIA

1.1 Che cos'è

Il termine stomia deriva dal greco e significa bocca o apertura.

Si distinguono due tipi di stomie:

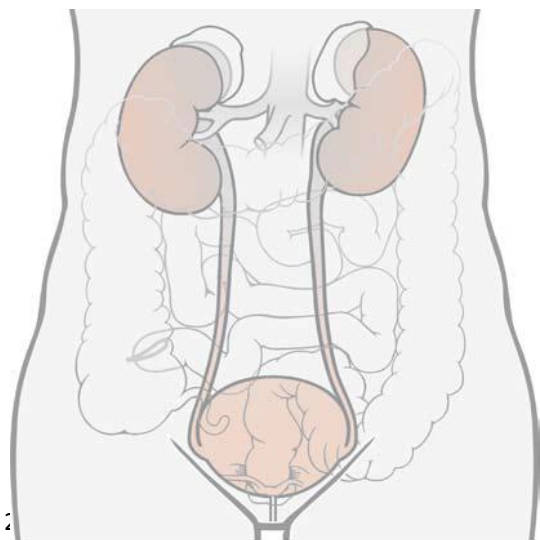
- **Uretero-cutaneo-stomia:** derivazione diretta degli ureteri alla cute
- **Uretero-transileo-stomia:** derivazione mediata da un tratto di intestino degli ureteri alla cute.

L'urostomia è un'apertura praticata nella parete addominale dalla quale sporge un tratto di ileo che permette l'evacuazione dell'urina. La parte terminale dell'ansa ileale isolata viene suturata alla parete addominale con varie tecniche.

1.2 L'eliminazione delle urine e la stomia

Il sistema urinario

I reni producono urina in continuazione, ma la quantità varia nel corso delle 24 ore. L'urina è un



¹ IPASVI GORIZIA. Articolo: Anno VIII, N°1e2
PERIODICO DEL COLLEGIO PROVINCIALE INFERMIERI PROFESSIONALI – ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA Pag 6

fluido che viene elaborato dai nefroni renali e che, una volta nelle vie urinarie, mantiene una composizione significativamente stabile sino alla sua emissione, poiché il riassorbimento attraverso l'epitelio delle vie urinarie è trascurabile.

Le alte vie urinarie (calici, bacinetto renale, uretere) hanno una funzione di trasporto e propulsione dell'urina verso la vescica, che ha invece funzione di serbatoio. Dalla vescica l'urina viene emessa all'esterno, attraverso l'uretra, mediante un complesso meccanismo neuromuscolare. La vescica è un serbatoio che può contenere da 3 a 5 dl di urina. Quando è piena avvertiamo il bisogno di urinare.

L'urina, è normalmente sterile, e le vie urinarie posseggono meccanismi anti-reflusso che ostacolano così la risalita di germi provenienti dall'esterno verso i reni. La sterilità delle vie urinarie è più o meno gravemente compromessa nei portatori di urostomia, per il contatto diretto di queste ultime con l'ambiente esterno: diverse strategie sono state elaborate attraverso gli anni per limitare al minimo il potenziale danno dovuto alla colonizzazione delle alte vie urinarie da parte dei germi in questi pazienti. Infine, l'urina è molto irritante per la pelle: con questo problema si confrontano i chirurghi, gli enterostomisti, le ditte che producono presidi sanitari per stomie e, naturalmente, i pazienti urostomizzati.

1.3 L'urostomia

La neoplasia vescicale può richiedere l'asportazione della vescica e la creazione di una diversione urinaria (urostomia), che comporta la fuoriuscita delle urine in modo diverso da quello fisiologico, ciò rende

necessario l'impiego di dispositivi di raccolta delle urine (il sacchetto), da dove fuoriesce l'urina senza un controllo volontario.

1.3.1 I principali tipi di urostomia

In relazione alla sede di istituzione della stomia si distinguono:

- la nefrostomia;
- la vescicostomia;
- l'uretero-cutaneo-stomia;
- l'uretero-ileo-cutaneo-stomia.

1) La nefrostomia

Mette in comunicazione il calice o la pelvi renale con l'esterno tramite un catetere autostatico. Si esegue per via chirurgica o percutanea e viene indicata per lo studio delle vie escretrici, per proteggere le anastomosi da infiltrazioni urinarie in caso di interventi ricostruttivi dopo chirurgia percutanea, in caso di retrostasi con danno renale secondario ad uropatia ostruttiva, in attesa di risoluzione definitiva, o quando, per le gravi condizioni cliniche del paziente, non è possibile eseguire altro tipo di derivazione.

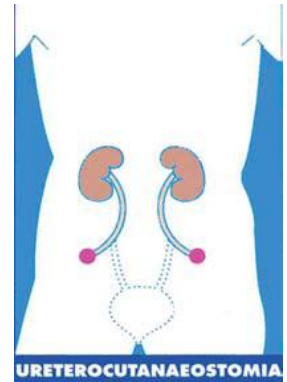
2) La cistostomia o vescicostomia

Rappresenta un'alternativa di necessità al cateterismo quando questo risulti controindicato per ostacoli a livello uretrale o patologia tumorale.

Trova indicazione anche per il completamento provvisorio nella chirurgia dell'uretra. Si esegue per via transcutanea in anestesia locale.

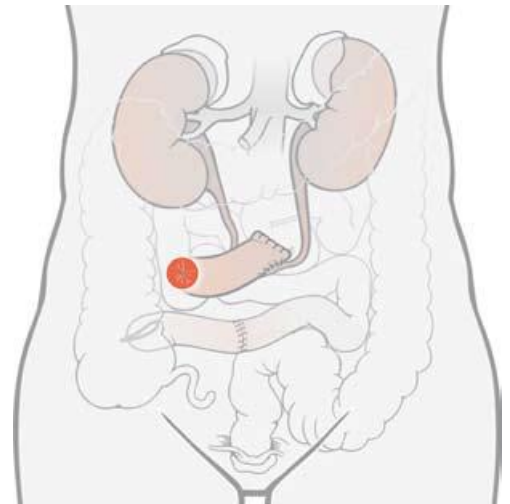
3) L'uretero-cutaneo-stomia

Consiste nell'aboccamento diretto alla cute dell'uretere, isolato in genere nel tratto lombo-iliaco, mono o bilateralmente. Si avvale dell'uso di cateteri di piccola dimensione o sonde che permettono di mantenere pervio lo sbocco cutaneo.



4) L'uretero-ileo-cutaneo-stomia

Gli ureteri vengono collegati a un'ansa isolata dell'ileo. Essa fungerà da canale di transito dell'urina (condotto ileale). Il segmento dell'ileo reciso viene fatto passare attraverso un'apertura praticata in luogo opportuno nella parete addominale (urostomia o ileostomia urinaria). L'urina è raccolta in un'apposita sacca.²



² © 2007, 2003
Lega svizzera contro il cancro, Berna 2a edizione riveduta e corretta
www.swisscancer.ch

Autori:
Tuulikki Brand, Käthi Chiara, Yvonne Fent, Monika Jampen, Therese Manco, Franziska Müller, Katja Röthlisberger, Monika Stöckli (membri dell'Associazione svizzera stomaterapisti/e);
Susanne Lanz (LCS); Anna Sterchi, Sonja Roesch (dietiste)

CAPITOLO II

LINEE REGIONALI DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA AI PORTATORI DI STOMIA

Le presenti linee di indirizzo riguardano l'assistenza sanitaria ai portatori di stomia e sono finalizzate a garantire omogeneità di interventi su tutto il territorio regionale.

I soggetti stomizzati sono pazienti ai quali a seguito di un intervento chirurgico è stato attuato un nuovo collegamento provvisorio o permanente tra cavità interne del corpo e l'esterno attraverso il confezionamento di uno o più stomi cutanei.

A seconda dell'organo interessato alla stomizzazione si distinguono:

- soggetti portatori di urostomie: nefrotomie, ureterostomie, ureteroileocutaneostomie, cistostomie;
- soggetti portatori di stomie intestinali: ileostomie e colostomie.
- soggetti portatori di tracheostomie

I livelli essenziali di assistenza che devono essere assicurati ai soggetti portatori di stomia comprendono in particolare:

1. la fornitura di presidi sanitari utili a garantire la funzionalità ed a migliorare le condizioni di vita dei pazienti, riferita anche alla

- qualità della vita di relazione, e la informazione sulle modalità di concessione degli stessi;
2. gli interventi di riabilitazione funzionale e di addestramento alla gestione autonoma della stomia;
 3. le attività di sostegno psicologico;
 4. il controllo periodico della funzionalità e della condizione della stomia anche ai fini della prevenzione e della diagnosi precoce delle complicanze;
 5. gli interventi di assistenza domiciliare, in particolare per soggetti anziani o non autosufficienti.

2.1 Il percorso assistenziale

Il percorso assistenziale del paziente a cui potrà essere confezionata una stomia inizia con la presa in carico da parte del medico di medicina generale in base a un sospetto diagnostico. Il medico di base attiverà tutti i necessari approfondimenti specialistici e manterrà ogni necessario raccordo con le strutture chirurgiche specialistiche e ospedaliere.

Dal momento in cui viene posta l'indicazione chirurgica il paziente viene preso in carico dall'unità specialistica ospedaliera che utilizzerà le diverse forme organizzative (ambulatorio, day hospital, degenza ordinaria) in relazione al momento del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo ed alla complessità del caso.

Sin dalle prime fasi il paziente dovrà essere informato sulla diagnosi, sull'intervento, sulla stomia che verrà effettuata e sulle modalità di gestione della stomia dopo l'intervento. Sarà fondamentale assicurare

da subito un adeguato supporto psicologico, che dovrà essere continuato anche successivamente a fianco di una attività di informazione sui presidi di cui sarà necessario fornirsi e di addestramento alla gestione in autonomia della stomia.

Importantissima è infatti la fase della riabilitazione postoperatoria che dovrà iniziare precocemente nel reparto durante il ricovero e dovrà proseguire dopo la dimissione. Apposito personale infermieristico con specifica formazione in stomaterapia dovrà essere disponibile per questa attività e per assicurare un punto di riferimento a cui il paziente possa rivolgersi anche per ogni problema che dovesse insorgere; si potrà così attraverso una corretta riabilitazione garantire al paziente una migliore qualità della vita assicurando un più facile reinserimento nella vita sociale anche tramite azioni di prevenzione e di diagnosi precoce delle complicanze.

Nei casi in cui non sia possibile l'accesso del paziente ai servizi ospedalieri e territoriali di riferimento dovrà essere possibile l'attivazione di interventi di assistenza domiciliare, che potrà essere attivata su richiesta del medico curante.

Per garantire un percorso assistenziale adeguato è necessario che le Aziende USL attivino protocolli di coordinamento tra presidi ospedalieri e servizi territoriali sia per l'erogazione di prestazioni specialistiche e di riabilitazione che per l'erogazione dei presidi ed ausili necessari per la gestione delle stomie.

2.2 Attività e funzioni dei reparti ospedalieri

Nei reparti ospedalieri in cui vengono effettuati interventi chirurgici con costruzioni di stomie devono essere assicurate le seguenti attività:

- ❖ informazione e colloquio sulla diagnosi e sulla tipologia dell'intervento chirurgico e sulle tecniche di scelta della stomia. Tale attività dovrà essere svolta attraverso la costante presenza della figura professionale dello psicologo che sarà di supporto al paziente, ma anche allo stesso personale della struttura. In particolare, sarà affidato allo psicologo il compito di intervenire in fase prechirurgica per preparare il paziente al suo futuro da stomizzato ed in fase postchirurgica per affiancarlo in ogni sua necessità supportandolo per eventuali ulteriori scelte chirurgiche;
- ❖ valutazione postoperatoria, con indicazioni ai fini della gestione della stomia;
- ❖ orientamento nella scelta dei presidi protesici più adeguati alle necessità cliniche ed assistenziali dello stomizzato anche con consegna in prova, al momento della dimissione, di una ampia gamma di ausili per stomie tra le diverse tipologie adatte al paziente allo scopo di testare la compatibilità fisica e biologica tra il dispositivo protesico e il paziente;
- ❖ costante informazione e collaborazione con il medico di base dell'assistito;
- ❖ compilazione del programma definitivo, una volta raggiunta la stabilizzazione dello stoma, per la fornitura dei dispositivi protesici che dovranno essere assicurati mediante forme di erogazione che permettano una facile accessibilità all'utenza sia con fornitura diretta da parte delle Aziende sanitarie tramite il reparto ospedaliero o attraverso le farmacie convenzionate;
- ❖ attivazione delle eventuali consulenze specialistiche con oncologo (per valutare l'ipotesi di trattamento chemio-terapico),

radioterapista (per valutare eventuali necessità di terapia radiante), urologo (per valutare e trattare eventuali complicanze dell'apparato urinario), andrologo (per valutare e trattare eventuali compromissioni della sfera sessuale maschile), gastroenterologo (per valutare e trattare eventuali complicanze gastroenteriche), ginecologo (per valutare e trattare eventuali complicanze ginecologiche), neurologo (per valutare e trattare eventuali complicanze che coinvolgano le strutture nervose); dovranno essere garantite anche le necessarie consulenze per pazienti stomizzati ricoverati in struttura non chirurgiche;

- ❖ integrazione tra le strutture ambulatoriali ospedaliere e i distretti socio-sanitari, in particolar modo per il supporto domiciliare nei confronti dei pazienti immobilizzati presso il proprio domicilio.
- ❖ stesura del programma riabilitativo orientato alla corretta gestione della stomia, anche in relazione alle implicazioni di carattere sociale. Tale programma è caratterizzato come segue:
 1. gestione della stomia;
 2. consigli dietetici;
 3. interventi educativi agli utenti e ai familiari;
 4. gestione dei dispositivi protesici, follow-up della stomia e controllo in stretto rapporto col medico di base e con gli specialisti competenti.

2.3 Assistenza infermieristica e psicologica

Ai pazienti deve essere assicurata, per tutto il periodo necessario ad acquisire autonomia nella gestione della stomia, la consulenza, presso i

reparti ospedalieri preposti, da parte di infermieri professionali che hanno acquisito esperienza in stomaterapia o con specifica formazione acquisita mediante corsi ECM.

Al fine di assicurare la presenza di operatori qualificati in tutte le Aziende USL, sarà attivato un programma regionale di formazione ECM, per formare operatori con conoscenze scientifiche e tecniche necessarie a svolgere assistenza infermieristica in stomaterapia ed in riabilitazione dell'incontinenza urinaria.

Ai pazienti deve essere assicurata consulenza da parte dello psicologo sia nella fase precedente sia in quella successiva all'intervento chirurgico. Le prestazioni, quando erogate nell'ambito dell'episodio di ricovero ospedaliero, sono ricomprese nel DRG. Le prestazioni effettuate in regime ambulatoriale, sulla base della prescrizione del medico di base che dovrà riportare la richiesta di "consulenza psicoterapica per paziente stomizzato", sono remunerate sulla base della tariffa del nomenclatore tariffario della medicina specialistica.

2.4 Collaborazione con le Associazioni dei Pazienti

Le associazioni dei pazienti stomizzati sono chiamate a svolgere un ruolo importante di supporto intervenendo a pieno titolo in tutte le fasi di informazione generale e di sostegno psicologico agli utenti sia mediante la predisposizione di materiale informativo che sarà messo a disposizione presso le sedi di assistenza e di riabilitazione aziendali sia anche assicurando la propria presenza negli spazi ospedalieri comunemente riservati alle associazioni di volontariato.³

³ REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA ASSESSORATO DELL'IGIENE SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE . ALLEGATO 1

SITO: www.regione.sardegna.it/documenti/1_45_20050706164306.pdf

CAPITOLO III

COS'E' LA DIMISSIONE PROTETTA

3.1 Definizione

Per "dimissione protetta" si intende il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro (il caso più frequente è la dimissione ospedaliera per il domicilio) che si applica ai pazienti "fragili", prevalentemente anziani, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza. Per questi pazienti, al termine della degenza ospedaliera, può esservi ancora la necessità di sorveglianza medica, nursing infermieristico e/o riabilitazione organizzate in un progetto di cure integrate di durata variabile ed erogate al domicilio o in una diversa struttura degenziale.

Le dimissioni protette non devono essere mai intese come "dimissioni precoci" del ricoverato rispetto ai tempi di degenza tali da completare l'iter assistenziale necessario, ma devono essere intese come un sistema di comunicazione e di integrazione tra diversi servizi ed operatori dell'Azienda Ospedaliera, dell'ASL e degli Enti territoriali con il

coinvolgimento diretto del Medico di Medicina Generale dell'assistito, al fine di garantire la continuità di cura.

3.2 Generalità

I soggetti affetti da patologie croniche e degenerative e/o con ridotta autonomia funzionale richiedono cure continue di durata e di intensità variabile da paziente a paziente. Il passaggio di un paziente anziano e/o "complesso", dall'ospedale al domicilio o ad un'altra struttura territoriale, è un momento critico, denso di rischi che richiede una speciale attenzione alla comunicazione, alla programmazione e al coordinamento tra i due poli del trasferimento. I rischi cui può andare incontro il paziente, che sono dipendenti da un trasferimento non coordinato e non continuo, sono ampiamente descritti in letteratura; di questi i più comuni sono: un nuovo ricovero ospedaliero entro 30 giorni dalla dimissione e il ricorso improprio alle prestazioni di Pronto Soccorso.

I punti critici e gli elementi qualificanti di questo passaggio sono:

- a) Appropriatezza della dimissione.
- b) Identificazione dei fattori di rischio di rientro in ospedale.
- c) Comunicazione bidirezionale (che può essere cartacea, telefonica o elettronica) tra i due poli per quanto attiene: la descrizione delle condizioni cliniche, dello stato funzionale e cognitivo, il piano di cure e assistenza, l'elenco dei problemi aperti, degli obiettivi, delle preferenze del paziente, delle terapie farmacologiche in atto e delle allergie.

- d) Il consenso e la preparazione del paziente e della sua famiglia al trasferimento.
- e) L'informazione e, ove necessario, l'accordo del Medico di Medicina Generale.

Da quanto sopra emerge che una caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere una dimissione **programmata**, pertanto preordinata, e **concordata** con il paziente, i suoi famigliari e il Medico di Medicina Generale.

3.3 Condizioni necessarie per garantire l'efficienza e la sicurezza delle "dimissioni protette"

La procedura delle dimissioni protette va applicata nel solo ed esclusivo interesse del paziente; va attivata quando il Medico Ospedaliero ravvisa la necessità di cure ed assistenza dopo la dimissione. In nessun caso deve essere presa a pretesto per effettuare dimissioni precoci.

Si sottolinea in particolare l'importanza di una comunicazione tempestiva tra i Medici Ospedalieri e il Medico di Medicina Generale già nella fase di ricovero di pazienti potenzialmente "critici"; per questi pazienti il Medico Ospedaliero dovrà contattare il Medico di Medicina Generale informandolo (tempestivamente e comunque entro 48 ore lavorative) sull'avvenuto ricovero del suo assistito.

Particolare importanza alla comunicazione tra Medici Ospedalieri e Medico di Medicina Generale va pure sottolineata nella fase di dimissione di pazienti fragili, anche quando non richiedano l'attivazione di procedure specifiche per le dimissioni protette.

La comunicazione fra il Medico Ospedaliero e il Medico di Medicina Generale, già regolamentata dagli Accordi Collettivi Nazionali e

Regionali, deve essere sostenuta e monitorata; a tale scopo l'ASL e l'Azienda Ospedaliera provvederanno all'aggiornamento periodico di tutte le informazioni utili riportate sui rispettivi siti web.

Il Medico Ospedaliero riporterà in dettaglio ed in modo comprensibile i suoi recapiti telefonici o elettronici sui moduli che invierà al Medico di Medicina Generale.

In previsione della dimissione il Medico Responsabile del paziente avrà cura di espletare le seguenti operazioni e verificare le seguenti condizioni al fine di garantire la continuità della cura e la sicurezza della dimissione/trasferimento:

- Informazione corretta e dettagliata del paziente e/o dei suoi familiari sui risultati conseguiti durante la degenza ospedaliera, sugli obiettivi da raggiungere attraverso il piano di cure che verrà erogato dopo la dimissione.
- Prescrizione dei presidi e /o ausili necessari al domicilio, facendo compilare dagli Specialisti (autorizzati quali prescrittori) i moduli appositi previsti dalla Regione.
- Nel caso di presidi o ausili indispensabili per la dimissione (soprattutto quelli di reale immediata necessità quali sacche per stomia) in caso di pazienti affetti da menomazioni **“gravi e permanenti” o che necessitano di assistenza continua in quanto non più in grado di compiere gli atti quotidiani della vita,** inoltrando la prescrizione agli uffici protesica distrettuali dell' ASL, (tramite i famigliari o via fax),

sarà possibile ricevere al domicilio o ritirare in farmacia i presidi e gli ausili necessari già al momento della dimissione.

- Preparazione della relazione clinica ed eventualmente riabilitativa, esaustiva ai fini del proseguimento di un'eventuale riabilitazione e/o di attestazione di invalidità, riportante timbro, firma e recapito telefonico dello specialista che dimette il paziente.
- Certificazioni necessarie ai fini di ottenere l'esenzione per patologia dalla partecipazione alla spesa (ticket).
- Relazione di dimissione infermieristica, ove necessaria, con compilazione della scheda di medicazione di decubiti/ulcere cutanee.
- Consegna delle dosi dei farmaci necessarie per completare il primo ciclo terapeutico al domicilio oppure, se non disponibili, prescrizione dei farmaci necessari alla terapia domiciliari e con rispetto delle eventuali note AIFA.
- Definizione degli appuntamenti (giorno, ora, sede) per i controlli ambulatoriali, medicazioni o Day Hospital collegati al ricovero o alla continuità di cura.
- Consegna della documentazione personale al paziente.
- E' auspicabile che lo Specialista segnali al MMG i pazienti che, pur non essendo in dimissione

protetta, non possono recarsi autonomamente allo studio medico.⁴

CAPITOLO IV

OBIETTIVO

L'obiettivo della mia tesi è quello di creare, in collaborazione con una infermiera enterostomista dell'ospedale Molinette, una guida procedurale che conduca l'operato delle stomaterapiste verso un'adeguata dimissione protetta dei pazienti portatori di urostomia.

Considerando la delicatezza, che caratterizza il passaggio dal reparto all'ambulatorio che questi malati devono affrontare, ho deciso di analizzare e mettere in evidenza i loro bisogni principali, conciliandoli con i compiti e le responsabilità delle figure che li accompagneranno in **questo periodo**. Infine attraverso l'aiuto di questa traccia le infermiere potranno affiancare e assistere i loro pazienti in modo più sicuro e completo.

⁴ Allegato n. 1 alla deliberazione n. 30 del 25/02/2008
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lodi
"DIMISSIONI PROTETTE" E CONTINUITÀ DI CURA. Protocollo di intesa tra A.S.L. della Provincia di Lodi A.O. della Provincia di Lodi Medici di Medicina Generale per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza ai cittadini dell'A.S.L. della Provincia di Lodi
SITO: www.asl.lodi.it/pdf_doc/approfondimenti/le_dimissioni_protette_2008.pdf

CAPITOLO V

RACCOLTA DATI

Per raggiungere il mio scopo ho utilizzato come strumento un questionario di gradimento. Nel documento, che vi presenterò in seguito, sono presenti domande mirate che indagano sulle procedure adottate dal personale infermieristico, fino ad oggi, durante l'affiancamento dei pazienti urostomizzati provenienti dal reparto di urologia delle Molinette.

I quesiti mettono in luce i problemi affrontati, i bisogni non soddisfatti e anche delle note di merito per l'assistenza ricevuta.

Lo studio è rivolto a pazienti portatori di urostomia di qualsiasi età e sesso, indipendentemente dal periodo di tempo trascorso dall'avvenuta dimissione dal reparto.

Il questionario è stato sottoposto per un lasso di tempo di circa 2 mesi e mezzo, esattamente da luglio a settembre 2008, nei rispettivi

ambulatori stomizzati dell'ospedale Molinette di Torino e dell'ospedale di Ivrea.

Per un'accurata valutazione ho raccolto 30 questionari che sono stati esposti dall'enterostomista e da me studente direttamente ai pazienti interessati.

Per raggiungere il mio obiettivo quindi esaminerò le risposte date, punto per punto, ponendo maggiore attenzione a quelle simili che esalteranno gli stessi bisogni e gli stessi problemi. Infine utilizzerò la revisione della letteratura per argomentare singolarmente i concetti emersi e per giustificare le mie scelte nelle procedure che proporrò.

5.1 Questionario di gradimento

1. AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE LE HANNO COMUNICATO L'ESISTENZA DI UN AMBULATORIO PER PAZIENTI STOMIZZATI?

SI

NO

SE SI, CHI LE HA FORNITO QUESTA INFORMAZIONE?

MEDICO

INFERMIERE(del reparto)

ENTEROSTOMISTA

2. QUANTI GIORNI PRIMA DELLA DIMISSIONE HA AVUTO IL PRIMO INCONTRO CON L'ENTEROSTOMISTA?

5gg

1 sett.

+ di 1 sett.

AVREBBE VOLUTO INIZIARE QUESTI INCONTRI PRIMA?

SI

NO

3. QUANTI INCONTRI HA SOSTENUTO CON L'ENTEROSTOMISTA?

1

2

+DI 3

NE AVREBBE DESIDERATI DI PIU'?

SI

NO

SE SI ,PERCHE?

.....
.....
.....
.....
.....

4. LE HANNO FORNITO UNA GUIDA CARTACEA CON INFORMAZIONI RIGUARDANTI L'AMBULATORIO (orari, recapiti telefonici ecc) E LA CURA DELLA STOMIA?

SI

NO

SE NO, LO GRADIREBBE?

SI

NO

5. DURANTE GLI INCONTRI AVVENUTI CON L'ENTEROSTOMISTA ERA PRESENTE ALMENO UNO DEI SUOI FAMIGLIARI?

SI

NO

SE NO, GRADIREBBE LA SUA PRESENZA?

SI

NO

6. VIVE INSIEME A FAMIGLIARI O PARENTI CHE LE POSSONO OFFRIRE UN SUPPORTO NELLA GESTIONE DELLA STOMIA?

SI NO

7. DURANTE GLI INCONTRI CON L'ENTEROSTOMISTA AVREBBE PREFERITO APPROFONDIRE ALCUNI ASPETTI RIGUARDO LA CURA DELLA STOMIA ?

SI NO

SE SI, QUALI?

.....
.....
.....
.....

8. LE PRATICHE PER LA FORNITURA DEI PRESIDII SONO STATE AVVIATE PRIMA DELLA DIMISSIONE ?

SI NO

9. LA CAMPIONATURA DI PLACCA E SACCHETTI DA CHI LE E' STATA FORNITA?

ENTEROSTOMISTA INFERMIERE DI REPARTO

10. LA CAMPIONATURA E' STATA PROVATA PRIMA O DOPO LA DIMISSIONE ?

PRIMA DOPO (A CASA)

SE PRIMA, HA POI RISCONTRATO PROBLEMI A CASA ?

.....
.....
.....
.....

11. QUANDO E' TORNATA/O A CASA, LA PRIMA VOLTA CHE HA DOVUTO CAMBIARSI LA SACCA, E' RIUSCITA/O IN COMPLETA AUTONOMIA O HA AVUTO BISOGNO DI AIUTO?.....

.....
.....
.....

12. ADESSO GESTISCE AUTONOMAMENTE LA PROPRIA STOMIA O E' SEGUITA DA UN FAMILIARE (CARE GIVER) ?

.....
.....
.....
.....

CAPITOLO VI

ANALISI DEL RISULTATO

Ora mi accingerò ad analizzare le risposte del mio questionario punto per punto.

- **Punto 1:” AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE LE HANNO COMUNICATO L’ESISTENZA DI UN AMBULATORIO PER PAZIENTI STOMIZZATI?”**

Analisi:

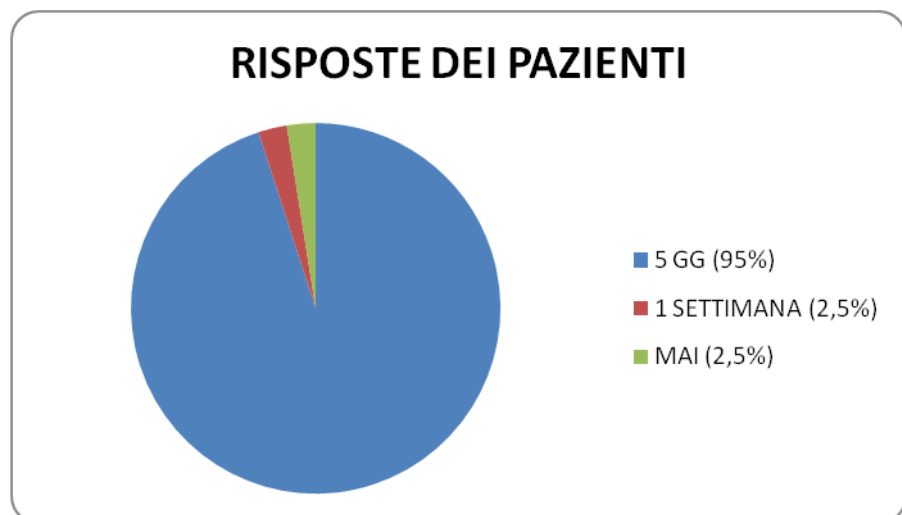


L'obiettivo di questo quesito era conoscere il livello di comunicazione e informazione presente in reparto. E' diritto di tutti i malati conoscere il proprio percorso assistenziale specie quando le cure dovranno proseguire anche al loro domicilio. La comunicazione e l'informazione sono elementi importanti in quanto sono in grado di rendere i pazienti padroni di se stessi. In questo modo possono effettuare le loro scelte in tutta libertà e sicurezza e possono collaborare con il personale infermieristico e medico per migliorare l'adesione al proprio piano di cura.

Dal risultato ottenuto è facile capire che una buona parte dei pazienti intervistati era a conoscenza di cosa sarebbe accaduto dopo la dimissione, di conseguenza si può stabilire che le infermiere e i medici di reparto hanno adempiuto al loro compito in modo adeguato infondendo nei loro clienti fiducia e tranquillità e orientandoli verso l'imminente passaggio in ambulatorio.

- **Punto 2a: " QUANTI GIORNI PRIMA DELLA DIMISSIONE HA AVUTO IL PRIMO INCONTRO CON L'ENTEROSTOMISTA?"**

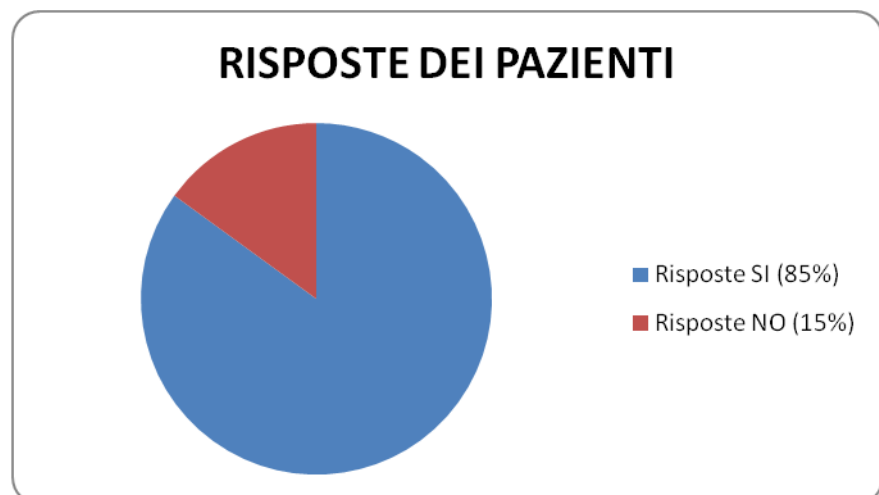
Analisi:



Dai risultati emerge che fino ad oggi il primo incontro avveniva da 5 gg a una settimana prima della dimissione. Ora con la seconda parte del secondo punto vedremo se questo lasso di tempo è sufficiente per l'addestramento del paziente.

- **Punto 2b: " AVREBBE VOLUTO INIZIARE QUESTI INCONTRI PRIMA?"**

Analisi:



Come potete osservare l'esito è molto interessante. Questo è il primo dato che mette in evidenza il bisogno, da parte dei malati, di anticipare la programmazione del primo incontro a più di una settimana dalla dimissione. Probabilmente la causa risiede nel fatto che la maggior parte **degli utenti** con cui abbiamo trattato sono anziani e di conseguenza hanno bisogno di maggior tempo per acquisire nuove conoscenze e nuove abitudini, tenendo sempre presente il fatto che lo scopo di questi incontri è iniziare un'adeguata pre-accoglienza e dare istruzione e sicurezza nella gestione della stomia.

- **Punto 3a: " QUANTI INCONTRI HA SOSTENUTO CON L'ENTEROSTOMISTA?"**

Analisi:



La valutazione ci permette di capire che l'organizzazione dell'ambulatorio prevedeva un solo incontro mentre il secondo avveniva solo in casi rari per richiesta esplicita del paziente. Ora grazie al prossimo punto analizzeremo se un unico incontro è sufficiente oppure se i malati ne necessitano di altri.

- **Punto 3b:” NE AVREBBE DESISERATI DI PIU’?”, “SE SI, PERCHE’?”**

Analisi:



Anche questa domanda ha fatto emergere un dato importante. Come potete osservare dal grafico, c'è una chiara richiesta da parte dei malati di aumentare il numero di incontri con l'enterostomista. Inoltre le motivazioni della risposta, forniteci da loro, coincidono perfettamente; infatti la maggior parte dei pazienti testimoniano il bisogno di una maggiore sicurezza e infine domandando la possibilità di effettuare un secondo incontro dove poter chiarire i loro dubbi e allenarsi, con la presenza di un supervisore, là dove non hanno ancora raggiunto l'autonomia nella gestione della stomia.

Dopo l'analisi del punto 3 ho deciso di esaminare ed approfondire il ruolo delle infermiere durante questi incontri, sottolineando l'importanza dell'informazione sanitaria e i criteri da utilizzare per un adeguato insegnamento.

L'informazione è forse una delle cose più importanti per chi deve affrontare una stomia; una risorsa a cui attingere, per avere più sicurezza, più serenità, più fiducia. Informare è il nostro compito come infermieri professionali, unendo alla conoscenza consigli, suggerimenti, nozioni per migliorare la qualità della vita di un futuro stomizzato.

"La stomia non è un ostacolo alla vita, al rapporto di coppia, alle relazioni sociali, al piacere dell'amicizia, della serenità, dell'attività sportiva, a un lavoro appagante, alla speranza, all'entusiasmo di una vita completa e armoniosa."

6.1 Informazione sanitaria

Oggi esiste una sempre maggiore consapevolezza della propria malattia, che si traduce in una crescente richiesta di informazioni da parte dell'ammalato. La grande disponibilità di informazioni, più o meno attendibili, cui è possibile accedere può però creare confusione e disorientare il paziente in una fase delicata della propria vita.

L'informazione dunque è indispensabile se si vuole ottenere dal malato il suo consenso alle cure, ciò evita i pericoli delle due posizioni estreme: quelle del medico autoritario e/o paternalista, e quella del malato che pretende di fare le sue scelte terapeutiche autonome.

Sono numerosi gli articoli e le revisioni sistematiche nell'ambito dell'informazione sanitaria a supporto dei percorsi clinico assistenziali.

Alla luce di questa numerosa quantità di trasmissione di dati per i pazienti emerge che il 31% dei malati ignora il nome della malattia, il 52% non sa descriverla nemmeno sommariamente e il 96% non ne conosce i rischi e ignora i comportamenti adatti a prevenirli.

Appare abbastanza evidente il fatto che quanto più completa, l'informazione fornita al paziente riguardo alla sua patologia, sia dal medico sia dall'infermiere, tanto maggiore è la partecipazione dello stesso e minore è l'ansia nell'evoluzione della malattia. Una giusta informazione contribuisce a diminuire la paura, l'angoscia e la rabbia, ed è finalizzata a migliorare la comprensione della malattia e l'adesione al piano di cura e di assistenza.

6.2 Empowerment

Lo psicologo americano Bob Anderson ha introdotto il concetto di "empowerment", ove propone una relazione nuova fra malato e sanitari. Il paziente deve essere consapevole che la cura della sua malattia è, in buona parte, nelle sue stesse mani. Empowerment letteralmente significa "potenziamento", in pratica il paziente è il protagonista dell'autocontrollo, mentre i sanitari possono solo fornire informazioni, consigli e rafforzare le motivazioni, perché il malato è il massimo esperto della sua patologia.

La persona affetta da patologia cronica, non necessita di sola informazione, ma di educazione terapeutica. L'informazione fa parte del dialogo tra curante e malato ed è costituita da un insieme di consigli, raccomandazioni e istruzioni. L'educazione è, invece, una pratica più complessa che implica una diagnosi educativa, la scelta di obiettivi d'apprendimento e l'applicazione di tecniche d'insegnamento e di valutazione pertinenti al fine di consentire al paziente di:

- conoscere la propria malattia
(sapere = conoscenza);
- gestire la terapia in modo competente
(saper fare = autogestione);
- prevenire le complicanze evitabili
(saper essere = comportamenti).

6.3 Utilità delle lezioni frontali

In quanto forma di insegnamento messo in atto sistematicamente dagli operatori sanitari, l'esposizione comporta più limiti che non aspetti utili per i pazienti. Questa procedura pedagogica è fondata sulla nozione di trasmissione del sapere. L'insegnante (in questo caso l'infermiere) emette una serie di messaggi che si suppone siano ricevuti agli ascoltatori-riceventi (i pazienti). L'idea principale è di **far passare il sapere** da colui che conosce a colui che ignora. Questa trasmissione dipende tuttavia da un certo numero di condizioni; suppone, *a priori*, una disponibilità totale da parte del ricevente ed anche una certa propensione a ricevere la comunicazione, attitudini che non sempre esistono nei pazienti; presuppone inoltre una certa similarità di

strutture mentali tra medico e paziente, può darsi invece che vi sia un notevole divario tra un medico portato alla logica scientifica e dei pazienti legati al senso comune o a convinzioni socio-culturalmente determinate.

Bisogna anche fare i conti con le differenze semantiche, cosa che implica la necessità di tradurre o definire tutti i termini che rischiano di non essere noti a coloro ai quali ci si rivolge. Anche la velocità dell'eloquio è importante: se è troppo rapido l'ascoltatore non ha il tempo di afferrare i contenuti e rischia di annoiarsi o distrarsi.

Pur indirizzandosi a diversi ascoltatori, il messaggio è concepito per un destinatario standard; pur avendo in comune il fatto di essere affetti dalla medesima malattia, i pazienti si distinguono in ogni caso per particolarità psicologiche, sociali e culturali.

Infine bisogna considerare la quantità di informazioni contenute in un'esposizione. Sapendo che il livello di attenzione costante non supera in media i tre minuti, nei pazienti, fattori quali l'età o lo stato di stanchezza fanno sì che la quantità di informazioni conservate in memoria sia meno del 10% se la presentazione è puramente verbale.

Bisogna allora bandire ogni discorso frontale? Secondo De Vecchi (1992) " Non si può naturalmente ritenere che una persona sia automaticamente passiva quando ascolta. Un'esposizione può mettere la persona nella condizione di ricerca se non si accontenta solamente di seguire, ma cerca di cogliere le informazioni di cui ha bisogno (risposte a domande che si pone e/o idee relative ad un soggetto che desta il suo interesse).⁵

⁵ Anne Lacroix, Jean Philippe Assal. " Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica." Edizioni Minerva Medica Torino 2005 (pag. 83-87)

- **Punto 4: " LE HANNO FORNITO UNA GUIDA CARTACEA CON INFORMAZIONI RIGUARDANTI L'AMBULATORIO (ORARI,RECAPITI TELEFONICI, ECC) E LA CURA DELLA STOMIA?"**

Analisi: _____



6.4 Prevedere una documentazione scritta per i pazienti

Dopo un periodo di formazione, i pazienti dovranno mettere in pratica ciò che hanno imparato, cosa che comporta nuovi adattamenti e cambiamenti nella loro vita quotidiana. In alcuni, questa prospettiva causa ansia in quanto la stomia è una malattia complessa e la sua gestione richiede vigilanza e anticipazione. I pazienti possono sentirsi sguarniti senza l'ausilio di una documentazione alla quale poter fare riferimento in caso di dubbi sulla condotta da tenere. Alcuni ospedali mettono a disposizione degli opuscoli informativi, ciascuno dei quali tratta un aspetto particolare della stomia, ma da studi fatti a questo proposito risulta che solo la metà dei pazienti li legge.

Tali opuscoli corrispondono alle preoccupazioni dei pazienti? Vengono dati al paziente direttamente da un operatore o sono semplicemente depositati in una sala d'attesa?

Tra questi due estremi, equipe esperte nell'insegnamento e nella cura dei malati cercano di realizzare dei documenti che corrispondano ai bisogni espressi dai pazienti.

È necessario effettuare uno sforzo concreto per mettere a fuoco i punti essenziali e far risaltare i legami tra i diversi aspetti della gestione. Si tiene conto della formulazione, di vocabolario, dell'impiego di termini d'azione come i verbi posizionati all'inizio di frasi brevi. La forma diretta, il modo imperativo (prendete, fate) può sembrare più personale dell'infinito (prendere, fare).

Bisogna anche stabilire quali ripetizioni sono necessarie, quali esempi scegliere, quali analogie utilizzare per spiegare un elemento complesso. A scopo formativo, per ogni tema devono essere poste alcune domande, al fine di permettere all'utilizzatore (il paziente o il suo caregiver) di testare la propria comprensione in merito.

Infine, le illustrazioni devono essere fatte da uno specialista al fine di assicurare una migliore leggibilità del documento che converrà testare su alcuni pazienti prima che venga diffuso. Questo tipo di esperienza, in cui ciascun operatore apporta il suo contributo, assicura la coerenza dei contenuti e degli approcci e contribuisce a rafforzare l'interdisciplinarietà.

Questo documento dovrebbe essere consegnato ai pazienti progressivamente nel corso della settimana di formazione. Questo procedimento ha il principale vantaggio di collegare un documento scritto a ciò che è appena stato affrontato, permette inoltre di raccogliere direttamente il feed-back dei pazienti in merito all'utilizzabilità pratica del documento. È utile individualizzare il raccogliitore ed il suo utilizzo in funzione delle attitudini, degli interessi e dei bisogni di ciascun paziente. L'introduzione di questo documento può essere fatta in gruppo, ma il rapporto del paziente con tale oggetto può essere compreso solo attraverso colloqui individuali.

Quali aspettative e quali difficoltà dovrebbero essere affrontate e negoziate con il paziente? Ad ogni modo, non si tratta di fornire una serie di informazioni senza un nesso diretto con l'autogestione della propria malattia, ma di assicurare un sostegno alla formazione terapeutica dei pazienti.⁶

- **Punto 5: "DURANTE GLI INCONTRI AVVENUTI CON L'ENTEROSTOMISTA ERA PRESENTE ALMENO UNO DEI SUOI FAMILIARI?", "SE NO, LO GRADIREBBE?".**

Analisi:

⁶ Anne Lacroix, Jean Philippe Assal. "Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica." Edizioni Minerva Medica Torino 2005 (pag 98-105)



L'attività educativa deve coinvolgere la famiglia, infatti, la stomia, lontano dal configurarsi come un problema fisico e psicologico riguardante esclusivamente l'individuo su cui è effettuata, rappresenta una situazione complessa e conflittuale che investe l'intero tessuto familiare. La famiglia ha un ruolo importante e una responsabilità nel processo di accettazione elaborazione dell'esito (temporaneo o definitivo) della malattia, nella misura in cui si impegna ad offrire solide opportunità di sostegno e contenimento delle reazioni che possono insorgere nella persona stomizzata.

6.5 La famiglia quale soggetto di risorse

La famiglia è il principale riferimento nella ricerca di soddisfazione dei nostri bisogni: una posizione destinata a rimanere anche quando ognuno di noi, nella propria evoluzione, instaura altre relazioni con istituzioni esterne ad essa.

La famiglia resta il luogo privilegiato di permanenza dei suoi membri; di essa occorre valorizzare le potenzialità educative e relazionali e quindi disincentivare forme di allontanamento.

Ogni fase del ciclo della vita ha in sé degli eventi critici e non sempre il gruppo familiare riesce ad affrontarli con successo. L'aspetto critico dell'evento consiste nel fatto che di fronte ad esso le abituali modalità di funzionamento risultano inadeguate: se non vengono attivati nuovi processi di adattamento, sia ha una sofferenza dell'organizzazione familiare. L'evento critico è perciò collegato a momenti di transizione che prevedono un momento di crisi e una successiva riorganizzazione o disorganizzazione.

In quest'ottica, per quanto riguarda le famiglie che hanno in carico persone malate, in particolare non autosufficienti, è necessario assicurare loro servizi di supporto materiale e psicologico, di informazione e consulenza. Occorre pertanto abbandonare pregiudizi e forme di colpevolizzazione indiscriminata, per passare ad un atteggiamento di comprensione, solidarietà e sostegno.

È indispensabile offrire una rete integrata di servizi socio-sanitari aperti: assistenza domiciliare integrata e un'unità di cura continua.

Una valutazione multidimensionale dell'ammalato che tenda a identificare problemi di deficit, le risorse e le potenzialità, prendendoli in considerazione globalmente consente di individuare per tempo i bisogni assistenziali dello stesso, sociali e sanitari, per offrirgli una risposta adeguata.

Altri importanti interventi sono l'informazione e l'educazione sanitaria dei familiari del paziente. Il medico e l'infermiere professionale possono svolgere un ruolo prezioso di sostegno, di rassicurazione, di consiglio e di educazione sanitaria nei confronti degli stomizzati e dei loro familiari attraverso colloqui non frettolosi, opuscoli, proiezioni, un'apposita linea telefonica, riunioni con operatori specializzati (nel nostro caso le stomaterapiste).

Quest'attività presuppone l'acquisizione da parte dell'infermiere di una competenza relazionale, cioè della consapevolezza che gli atti, le azioni della vita quotidiana non solo sono ricchi di significati interpersonali, ma definiscono anche ruoli e i rapporti. Tale competenza si apprende e si migliora modificando l'abilità della comunicazione, nei rapporti con gli stomizzati e i loro familiari su progetti comuni d'intervento. Infine l'attenzione e la tutela della salute non deve essere rivolta esclusivamente al paziente, ma anche a chi è impegnato nel compito, spesso difficile ed estenuante, di aiutarlo.⁷

- **Punto 6:” VIVE INSIEME A FAMIGLIARI O PARENTI CHE LE POSSONO OFFRIRE UN SUPPORTO NELLA GESTIONE DELLA STOMIA?”**

Analisi:

⁷ Francesco Cavazzuti, Giuliano Cremonini. “ Assistenza geriatrica oggi”. Casa Editrice Ambrosiana (cap. 7 – cap. 10)



I risultati di questo grafico affermano, come avevo già in precedenza menzionato, che la quasi totalità dei pazienti trattati hanno un'età avanzata e di conseguenza hanno bisogno di aiuto e di assistenza continua. Una valutazione multidimensionale può aiutare l'infermiere ad analizzare meglio gli obiettivi da raggiungere per la presa in carico del paziente e per garantire una dimissione pianificata adeguata.

Per dimissione pianificata, si intende la stesura di un percorso di dimissione. Comporta lo sviluppo di un piano individualizzato di dimissione prima che il paziente lasci l'ospedale.

La pianificazione comporta lo sviluppo di un piano di dimissione individualizzato e implica una precoce attenzione alle problematiche che il paziente dovrà affrontare al suo rientro a casa. Per identificare i pazienti a rischio si possono utilizzare strumenti di screening.

Uno dei più citati è il Brass Index.

Indice di Brass

Punteggio (da 0 a 40)	Classi di rischio
0-10 rischio basso	soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono un particolare impegno

	per l'organizzazione
11-20 rischio medio	soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione
21-40 alto rischio	soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure in istituzioni

La dimissione pianificata prevede 5 fasi: valutare il paziente e i suoi bisogni; identificare il grado di rischio di dimissione difficile; stendere un piano personalizzato di dimissione coinvolgendo il paziente e i familiari; valutare i problemi e attivare gli interventi non appena si stabilizzano le condizioni cliniche, attivare un follow up telefonico, domiciliare od ospedaliero. La valutazione del paziente dovrebbe comprendere i seguenti ambiti: valutazione delle attività di vita quotidiana; valutazione dello stato mentale e dello stato psicologico; valutazione delle risorse familiari; valutazione della situazione domiciliare; valutazione dell'esigenza di presidi, sussidi o altro; valutazione delle preferenze del paziente; valutazione dei bisogni educativi. Il piano di dimissione, in seguito alla valutazione del paziente, può prevedere una gradualità di interventi che vanno dalla semplice informazione all'educazione terapeutica, alla valutazione multidimensionale e all'attivazione di servizi.⁸

- **Punto 7:” DURANTE GLI INCONTRI CON L’ENTEROSTOMISTA AVREBBE PREFERITO APPROFONDIRE ALCUNI ASPETTI RIGUARDO LA CURA DELLA STOMIA?”**

⁸

IPASVI GORIZIA. Articolo: Anno VIII, N°1e2 2007, “FEED BACK” PERIODICO DEL COLLEGIO PROVINCIALE INFERMIERI PROFESSIONALI – ASSISTENTI SANITARI VIGILATRICI D’INFANZIA Pag 7

Analisi:



Le stomaterapiste sono infermiere specializzate nella cura dello stoma e per farlo hanno conseguito un master, cioè un corso di studi specializzato sull'argomento. Inoltre, durante l'anno, come tutte le infermiere professionali, seguono dei corsi ECM che le tengono sempre aggiornate su nuovi studi o evidenze scientifiche riguardo la cura dei pazienti stomizzati.

Tra le loro diverse competenze spetta di sicuro quella di essere in grado di instaurare un rapporto di fiducia con i loro pazienti: questo è necessario affinché possano insegnare la gestione della stomia nella maniera più adeguata possibile, (per esempio utilizzando un linguaggio semplice) rispettando i limiti di apprendimento dei loro malati, e da quanto dimostra il grafico fin'ora hanno eseguito un ottimo lavoro.

Alcuni aspetti che possono essere già trattati durante gli incontri pre-dimissione possono essere: la pulizia dello stoma e il cambio della sacca (argomenti che il paziente dovrebbe aver già affrontato con l'infermiera di reparto).

6.6 L'igiene dell'urostomia

Dall'urostomia fuoriescono grandi quantità di urina. È importante che l'urina possa defluire liberamente e non ristagni. Poiché dopo l'intervento il sistema urinario deferente è meno lungo il rischio d'infezioni è più elevato. Solo il libero deflusso può ridurre al minimo questo rischio.

6.6.1 I dispositivi per stomia

Si distinguono sostanzialmente due sistemi: il sistema a un pezzo e il sistema a due pezzi.

Sistema a un pezzo



La sacca per l'urostomia e la superficie adesiva (piana o curva) formano una unità, non sono dunque separabili.

Sistema a due pezzi



È costituito di una placca protettiva per la pelle, piana o curva, e di un anello di fissaggio con sacca rimovibile. Il dispositivo deve essere cambiato ogni 2–4 giorni, cioè fin quando l'urina non s'infiltra sotto la placca di protezione. Vi sono anche sistemi con sacche adesive.

Caratteristiche delle sacche

- ❖ Le sacche per la raccolta delle urine sono munite di una valvola di scarico e una membrana antiriflusso.
- ❖ Le sacche possono essere svuotate più volte grazie alla valvola di scarico e poi richiuse.
- ❖ Una sacca fissata alla gamba, connessa al dispositivo, può aumentare la capacità di contenimento di 500 ml.
- ❖ I sistemi a due pezzi con sacca adesiva sono molto piatti e quasi impercettibili anche a contatto con un'altra persona. Dato che le sacche sono più piccole, bisogna svuotarle più spesso.
- ❖ Sussiste anche la possibilità di collegare il dispositivo a un'apposita sacca esterna per la notte per mezzo di un tubo. Questa sacca ha una capienza di 2000 ml. Con questo dispositivo **il paziente** può dormire tranquillamente.

Sacca esterna per la notte con tubo di collegamento



6.6.2 Il cambio del dispositivo

Il momento migliore per cambiare il dispositivo è al mattino prima della colazione. Poiché di notte in genere non si assumono liquidi, la mattina la quantità di urina è minore e ciò facilita l'igiene.

Preparativi

In linea di massima si può effettuare il cambio ovunque. In genere le persone stomizzate effettuano il cambio davanti al lavabo.

Preparare tutto l'occorrente prima del ricambio per poterlo effettuare il più rapidamente possibile.

Ciò è importante poiché dallo stoma può fuoriuscire sempre urina, anche durante il cambio: ciò può complicare l'operazione. La pelle deve essere sempre pulita e asciutta affinché il dispositivo aderisca bene.

I fori della sacca e della placca devono corrispondere alle dimensioni della stomia: solo così la pelle sarà davvero protetta.

Importante

- ❖ Evitare nel modo più assoluto detergenti a base di alcool o di altre sostanze irritanti: la pelle si disidrata e diventa ipersensibile.
- ❖ Evitare inoltre anche saponi o lozioni. Se li vuole proprio usare

ne discuta prima con la stomaterapista.

- ❖ Radere regolarmente i peli nella regione peristomale. Il cambio della sacca sarà così più semplice, farà meno male e si eviterà inoltre un'infezione dei bulbi piliferi.
- ❖ Controllare regolarmente la stomia. Col tempo le sue dimensioni possono variare. Nei sei mesi successivi all'operazione essa si restringe. L'apertura della sacca e della placca protettiva devono corrispondere alle dimensioni della stomia. La/lo stoma terapeuta l'aiuterà a misurare la stomia e ad adattare i fori della sacca e della placca.
- ❖ Il dispositivo ermetico impedisce la fuoriuscita di odori sgradevoli

Occorrente per l'igiene della stomia

1. sacca adattata alla propria stomia (oppure placca protettiva e sacca)
2. acqua tiepida
3. garze o compresse
4. sacchetti speciali per rifiuti
5. evitare altri ausili: crema per la pelle, rasoio monouso
6. forbici, sagoma

Si procede così

- Rimuovere il dispositivo usato.
- Staccare con cautela la sacca per urostomia o la placca protettiva con una mano, dall'alto verso il basso. Premere con l'altra mano la pelle esercitando una contropressione.
- Prima di buttare la sacca verificare se la superficie adesiva della placca protettiva presenta tracce di urina o è molto umida. Ciò è

importante per sapere ogni quanto tempo occorre cambiare il dispositivo.

- Lavare con acqua tiepida la stomia e la zona circostante procedendo dall'interno verso l'esterno.
- Asciugare bene la pelle. Per evitare che anche quantità minime di urina s'infiltrino sotto la superficie adesiva ricoprire la stomia con una garza o asciugarla con un tampone prima di applicare il dispositivo.
- Applicazione della nuova sacca. Se si ricorre al sistema a un pezzo fare aderire la sacca o la placca protettiva cominciando dalla parte inferiore della stomia ed esercitare poi una pressione sulla zona peristomale perché l'aderenza sia perfetta. Se si ricorre al sistema a due pezzi applicare prima la placca protettiva e premere perché aderisca bene, quindi agganciare la sacca all'anello e controllare che sia ben fissata (chiusura a scatto). Nei sistemi a due pezzi con sacca *adesiva*, seguire le istruzioni allegate al prodotto.
- Controllare che la valvola di scarico sia chiusa.
- Annodare il sacchetto dei rifiuti e gettarlo nella spazzatura.

Se si hanno delle difficoltà col dispositivo o delle domande si può rivolgere con fiducia al servizio di consulenza per stomizzati.

Le sacche moderne sono perfettamente ermetiche e non diffondono odori sgradevoli.

Magari all'inizio si può avere l'impressione di «sentire qualcosa».

Ma la gente intorno a lei bada ad altro e non farà molto caso a eventuali piccoli infortuni. Non c'è quindi ragione di rinunciare alla compagnia.

E poi con un po' di buon umore si possono «s drammatizzare » situazioni apparentemente imbarazzanti.

Misure preventive

- Prima di uscire controllare il dispositivo e vuoti eventualmente la sacca.
- Portare sempre con sé il ricambio completo uscendo di casa
- Vuotare la sacca più volte al giorno. Il peso dell'urina potrebbe facilitare il distacco anzitempo della placca protettiva.
- Se si notano delle perdite provvedere immediatamente al cambio del dispositivo per prevenire lesioni cutanee.
- Per precauzione proteggere il proprio materasso con un proteggi- materasso.
- La doccia si può fare con o senza dispositivo. Invece il bagno bisogna farlo sempre con la sacca poiché l'urina fuoriesce in continuazione.
- Se si avverte un forte odore di urina mettere un deodorante per stomia nella sacca (gocce speciali, capsule, aceto). Controllare anche l'alimentazione.
- L'aceto comune è un eccellente antidoto contro i batteri, gli odori e la cristallizzazione dell'urina.

Ecco come procedere:

– aggiungere 1–3 ml di aceto all'acqua con cui sciacqua il dispositivo;

- spruzzare 1–2 ml di aceto nella sacca attraverso la valvola di scarico;
- la sera spruzzare 1–2 ml di aceto nella sacca esterna per la notte.
- ✓ Cambiare la sacca ogni secondo giorno per prevenire infezioni delle vie urinarie (in condizioni favorevoli i batteri dell'urina possono riprodursi ogni 20 minuti).
- ✓ Bere a sufficienza anche se non c'è infezione. L'espulsione di grandi quantità di urina elimina anche molti batteri.
- ✓ Il succo di mirtilli rossi ha proprietà preventive contro le infezioni urinarie.⁹

• Punto 8: " LE PRATICHE PER LA FORNITURA DEI PRESIDI SONO STATE AVVIATE PRIMA DELLA DIMISSIONE?"

Analisi:

⁹

© 2007, 2003

Lega svizzera contro il cancro, Berna 2a edizione riveduta e corretta

www.swisscancer.ch

Autori:

Tuulikki Brand, Käthi Chiara, Yvonne Fent, Monika Jampen, Therese Manco, Franziska Müller, Katja Röthlisberger, Monika Stöckli (membri dell'Associazione svizzera stomaterapisti/e); Susanne Lanz (LCS); Anna Sterchi, Sonja Roesch (dietiste)



Per quel che riguarda l'assistenza protesica occorre fare riferimento al D.M. 332/99 pubblicato sul supplemento ordinario n. 176/L alla G.U. n. 277 del 27/09/99 che determina gli aventi diritto all'assistenza e alla fornitura gratuita dei presidi protesici (sacche per stomia, sacchetti per irrigazione, ecc), le modalità di erogazione, il collaudo e la definizione dei presidi. In ogni caso è l'azienda unità sanitaria locale che, dietro prescrizione dello specialista, autorizza la fornitura dei dispositivi per il periodo indicato dal medico prescrittore, prevedendo idonee modalità di consegna frazionata.

Il momento della richiesta per la fornitura dipende, per ovvie ragioni dal momento in cui avviene il collaudo e la definizione dei presidi. Di conseguenza prima avviene la scelta e prima potranno essere avviate le pratiche. A mio avviso non esiste un momento preciso in cui debbano essere inviate le richieste, l'importante però è far sì che il paziente non rimanga mai sprovvisto del suo materiale soprattutto nel momento in cui egli lascerà il reparto e bisognerà rifornirlo a sufficienza finché non giungerà la fornitura direttamente al suo domicilio.

- **Punto 9: " LA CAMPIONATURA DI PLACCA E SACCHETTO DA CHI LE E' STATA FORNITA?"**

Analisi:



Bisogna tenere presente che non tutti gli ospedali sono forniti di un ambulatorio stomizzati come questo delle Molinette.

Nelle altre strutture meno fornite chi si occupa della scelta della campionatura e della successiva richiesta è l'infermiera di reparto, anche perché gestisce un numero di pazienti molto più piccolo rispetto a quelli gestiti da un ambulatorio.

Nel nostro caso invece, visto la presenza delle enterostomiste, la dimissione dei pazienti e la gestione della campionatura spetta a loro, in quanto sono dotate di migliori capacità e conoscenze rispetto alla cura della stomia e rispetto alle caratteristiche di tutti i tipi di sacchetti presenti in commercio.

- **Punto 10: " LA CAMPIONATURA E' STATA PROVATA PRIMA O DOPO LA DIMISSIONE?", "SE PRIMA, HA POI RICONTRATO PROBLEMI A CASA?"**

Analisi:



Le risposte dei pazienti hanno messo in luce alcuni problemi nell'utilizzo corretto della sacca dopo il ritorno a casa. Essi non riuscivano a far aderire bene le placche oppure si staccavano di frequente o addirittura provocavano un'allergia.

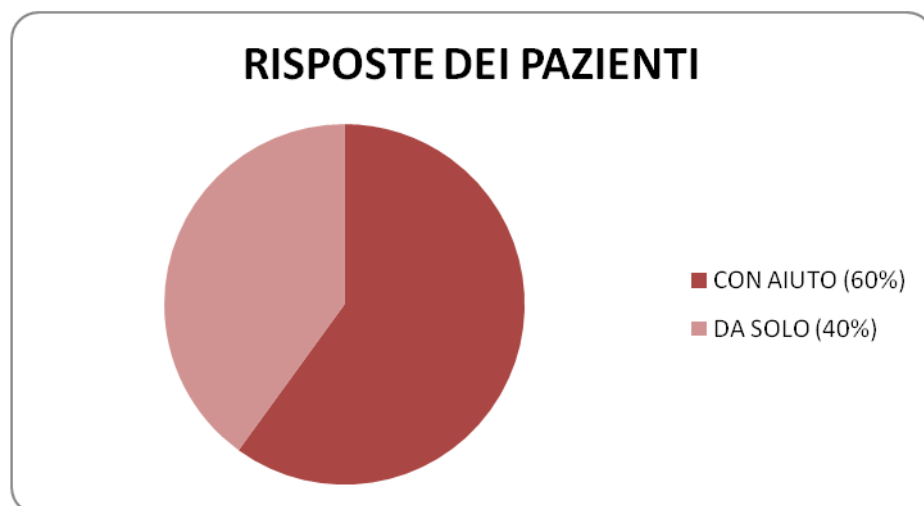
Una possibile soluzione è fornire una campionatura già al primo incontro in reparto. In questo modo il paziente avrà un po' di tempo per imparare ad utilizzare in modo corretto il sacchetto e se compariranno delle difficoltà sarà possibile risolverle immediatamente o con la scelta di un altro presidio oppure trovando una soluzione al problema con l'aiuto dell'infermiera.

Il punto fondamentale però rimane l'educazione: il malato deve essere spronato ad imparare a gestire la stomia in modo autonomo. Le ragioni sono diverse ma di facile intuizione: prima motivazione, quando tornerà a casa non avrà più la supervisione degli infermieri; seconda motivazione, l'allenamento in reparto comporterà la risoluzione di tutti i possibili problemi che potrebbero poi sorgere a domicilio, fornirà un buon presupposto per raggiungere l'autonomia e infine migliorerà

l'autostima del malato in quanto si sentirà meno dipendente dai suoi familiari.

- **Punto 11: " QUANDO E' TORNATA/O A CASA, LA PRIMA VOLTA CHE HA DOVUTO CAMBIARSI LA SACCA, E' RIUSCITA/O IN COMPLETA AUTONOMIA O HA AVUTO BISOGNO DI AIUTO?"**

Analisi:



Dal mio punto di vista questi risultati sono abbastanza soddisfacenti anche se la maggior parte dei pazienti ha dichiarato di aver avuto bisogno dell'aiuto di un familiare.

Durante la mia ricerca, ho trovato un articolo che trattava uno studio molto interessante riguardo la necessità di un'educazione terapeutica precoce a causa della scarsa autonomia dei pazienti dopo il ritorno a casa.

Questa ipotesi, che tra poco andrò a mostrarvi, avvalga in un certo senso la mia affermazione precedente, ossia l'importanza di educare il paziente e fornirgli la campionatura più idonea il più precocemente possibile.

6.7 L'educazione terapeutica come strategia nella riabilitazione funzionale al paziente urostomizzato

Riassunto

Le persone portatrici di urostomia spesso presentano molteplici bisogni

educativi, alcuni dei quali devono essere soddisfatti già nelle fasi pre e post-operatorie per permettere l'acquisizione di abilità per gestire in sicurezza le procedure di stoma-care.

Sulla base di queste considerazioni si è analizzato il grado di autonomia, e altre problematiche, dei pazienti operati nel 2005 nei primi 40 giorni dalla dimissione.

Si è poi fatto un confronto con uno studio dell'AIOSS eseguito tra il 2004-2005, notando che i dati locali sono in linea con i dati nazionali.

La creazione di uno strumento operativo associato a un colloquio con confronto sui contenuti non compressibili, sono le procedure adottate nella fase pre-operatoria durante gli accessi in Day-Hospital per gli esami pre-operatori.

Introduzione

L'intervento di cistectomia radicale prevede quasi sempre il confezionamento di una derivazione urinaria esterna, che priva il paziente della funzionalità urinaria sino a quel punto conosciuta, mettendolo in una nuova condizione psicologica avvertita come uno sconforto paragonabile ad una mutilazione.

L'educazione terapeutica del paziente con stomia urinaria è un'attività considerata nella prassi assistenziale, ma, attraverso un'osservazione partecipata e il confronto con altri studi si è potuto constatare che vi sono evidenti mancanze nella conoscenza e autonomia.

Per questo diventa fondamentale portare il paziente urostomizzato all'autogestione appena possibile, prima che perda la sicurezza in se stesso.

L'infermieristica in questi casi prevede come intervento prioritario l'educazione terapeutica come strumento elettivo. In quest'ampio

ventaglio di competenze, le abilità professionali costituiscono la base del rapporto privilegiato e della relazione quotidiana che s'instaura tra malato ed infermiere.

Secondo la definizione dell'OMS "...l'educazione terapeutica consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia e il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita".

L'obiettivo è motivare il paziente a diventare protagonista nella cura della propria patologia. Gli strumenti sono il saper ascoltare molto e soprattutto un certo modo di essere.

Il passaggio da "paziente" a "persona" è una delle parole chiave dell'educazione terapeutica. In molti sensi l'educazione terapeutica è un percorso di libertà e non può essere "insegnato" ma solo vissuto insieme dal team sanitario e dal paziente lavorando su due principi fondamentali quali il valore della persona, avviando un processo di riappropriazione della propria salute e malattia, e riscoprendo la centralità dell'uomo rispetto ai servizi, fornendo risposte più pertinenti e consolidando una più efficace opera di promozione della salute e della prevenzione.

Metodologia e strumenti

L'obiettivo di questo studio è quello di rendere sufficientemente autonomo e sereno nello stoma-care il paziente prima della dimissione dall'ospedale, circa entro l'ottavo giorno dall'intervento chirurgico.

Si sono studiati i 12 pazienti operati di cistectomia radicale con derivazione esterna nell'arco dell'anno 2005 attraverso la collaborazione dell'infermiere enterostomista che segue i pazienti dopo la dimissione.

Non c'è stata la necessità di richiedere un consenso specifico al trattamento dei dati sensibili, poiché non sono stati utilizzati nell'indagine.

Attraverso l'analisi delle cartelle personali gestite dall'infermiere enterostomista si sono ricavati i dati presenti nella tabella 1.

Indicatori	N°	%
Distacco precoce del presidio	7	58%
Sostituzione non autonoma del presidio protesico	10	83%
Stato generale di demotivazione	7	58%
Utilizzo di materiale improprio	4	33%
Necessità di telefonare per chiarimenti	8	66%

Tab. I *Problematiche riportate dai pazienti nei primi 40 giorni dalla dimissione*

Queste problematiche si sono manifestate nei primi 40 giorni dopo la dimissione con accessi multipli sia nell'ambulatorio di enterostomia ma anche nel reparto di degenza, all'ambulatorio divisionale e in Day-Hospital oltre alle telefonate per informazioni varie.

A questo punto è stato fatto un confronto con uno studio eseguito tra luglio 2004 e giugno 2005 dal Gruppo di Ricerca Permanente dell'AIOS (Operatori Sanitari in Stomatoterapia) in collaborazione con Holister S.p.A. Italiana, e pubblicato nel giugno 2006.

Il campione di pazienti urostomizzati di tutta Italia, rivela una percentuale di non autonomia molto vicina alla realtà locale.

Tipo di stomia	Urostomia
Numero stomie	63
N. pazienti autonomi alla dimissione	0
% pazienti autonomi alla dimissione	0%

La tabella sopra riportata dimostra che a livello nazionale, in ottava giornata dall'intervento, la totalità degli assistiti non possiede le abilità necessarie per compiere in sicurezza gli atti quotidiani di stomacare.

Inoltre lo studio osserva poi che su 25 pazienti il 38,4% non è in grado di applicare il sistema di raccolta correttamente, il 46% non conosce le tecniche per rimuovere il sistema di raccolta e, sempre il 46%, non sa effettuare l'igiene della stomia e della cute peristomale.

A livello locale le strategie d'intervento mirate al raggiungimento dell'obiettivo iniziale, sono state adottate dal luglio 2006 e sono ancora in fase di sperimentazione.

E' stata redatta una brochure informativa che, consegnata al paziente durante gli accessi in Day Hospital, illustra sinteticamente il tipo di

intervento chirurgico, brevi indicazioni riguardanti le tecniche per svolgere una normale vita anche con una protesi urinaria e per ultimo tutti gli indirizzi personalizzati ai quali veicolare le richieste dei pazienti e dei familiari. La consegna della brochure è accompagnata da un colloquio tenuto dall'infermiere responsabile del progetto, il quale ha partecipato a corsi di aggiornamento in grado di far acquisire tecniche e abilità nel porsi agli altri e aiutino la comunicazione operatore-paziente.

Inoltre lo stesso infermiere responsabile del progetto svolge attività di ricerca in ambito infermieristico per migliorare e ridefinire i modelli assistenziali che favoriscano l'evoluzione dello specifico professionale. Il paziente viene educato a rilevare nel post-operatorio segni e sintomi la cui presenza lo può indurre a rivolgersi ad uno specialista, e informato sui diritti sociali di cui gode il portatore di stomia, indicando anche indirizzi, numeri di telefono dei centri A.I.STOM e dell'ambulatorio di stomaterapia.

Risultati

A livello locale il progetto è ancora in fase di sperimentazione e un'attenta analisi sarà fatta nei prossimi mesi.

A livello nazionale lo studio eseguito dall'AI OSS ha dimostrato, al termine dell'applicazione del progetto educativo, il 45,7% dei pazienti autonomi contro lo 0% della rilevazione iniziale.

Tale risultato è stato raggiunto attraverso colloqui educativi infermiere-paziente, consegna di materiale informativo cartaceo e verifica dell'apprendimento delle nozioni da parte del paziente attraverso la descrizione/ ripetizione verbale.

Durante la rilevazione iniziale dello studio dell'AI OSS si è considerato anche il livello di istruzione del paziente sottoposto ad intervento per valutare se il grado di scolarizzazione potesse influire sull'acquisizione delle conoscenze e abilità per le attività di self-care della stomia: non sono state riscontrate differenze significative nel campione indagato.

Discussione

I risultati riportati a livello nazionale evidenziano come anche in quest'area assistenziale l'adozione di un approccio sistemico nell'intervento educativo possa facilitare il trasferimento di conoscenze e abilità già nel pre-operatorio e nell'immediato post-operatorio.

I dati di questo studio e di quelli raccolti a livello locale non possono essere confrontati con ulteriori dati poiché non sono stati rintracciati studi comparabili.

Probabilmente gli strumenti applicati non sono esaustivi e utilizzabili in tutte le situazioni cliniche, ma in funzione dei risultati ottenuti possono costruire una base per approfondire e sviluppare evidenze.

Questa può essere una riflessione da cui partire per produrre nuove conoscenze e processi che supportino l'azione educativa a scopo terapeutico rivolta alla persona stomizzata.¹⁰

- **Punto 12: " ADESSO GESTISCE AUTONOMAMENTE LA PROPRIA STOMIA O E' SEGUITA DA UN FAMILIARE (CARE GIVER)?"**

Analisi:

¹⁰ "INFERMIERI INFORMATI" notizie dal Collegio IPASVI di Vicenza
Anno VIII - Numero 2
MAGGIO-AGOSTO 2007
Sito: www.vicenzaipasvi.it



A distanza di tempo dalla dimissione quasi tutti i pazienti risultano autonomi. Questo è il risultato di un buon programma rieducativo affrontato dalle infermiere stomaterapiste con i loro malati. Il programma rieducativo viene svolto durante gli incontri in ambulatorio e comprende alcuni aspetti riguardanti sempre la gestione della stomia ,in particolare, la prevenzione e il riconoscimento di eventuali complicanze e l'esecuzione di una dieta corretta.

6.8 Quando occorre consultare una/uno stomaterapista?

Non esitare a richiedere l'assistenza del servizio di consulenza per stomizzati qualora insorgano i mutamenti o i sintomi seguenti:

Dolori di pancia e/o ritenzione urinaria

Bisogna rivolgersi senza indugio al servizio di consulenza per stomizzati, o anche al suo medico, se la quantità di urina diminuisce notevolmente senza motivo o se addirittura non si riesce più a urinare.

Infezioni delle vie urinarie

Le infezioni delle vie urinarie possono manifestarsi con un penetrante odore dell'urina, con febbre, stanchezza e fitte al fianco.

Infiammazioni cutanee

La zona peristomale può essere molto umida a causa dell'urina o risultare persino infiammata e causare prurito. Se l'infiammazione non è curata possono prodursi gravi lesioni cutanee molto dolorose.

Le cause:

- La pelle è venuta a contatto con l'urina, per es. se il foro della sacca è troppo grande. Il rischio d'infezione è più elevato se l'urina è alcalina e contiene batteri.
- Cristallizzazione dell'urina intorno alla stomia.

Micosi cutanee

Una micosi nella regione stomale è seguita da bruciore, prurito e diffuso arrossamento della pelle.

Allergie

Un'allergia si riconosce da un arrossamento della pelle ben delimitato che procura bruciore o prurito.

L'allergia può essere causata da un'intolleranza al materiale della placca protettiva o della superficie adesiva delle sacche, ma anche dalle lozioni per il corpo. Se si sviluppa facilmente un'allergia bisognerebbe sottoporsi al test di cutireazione.

Ernie

A causa dell'intervento chirurgico la parete addominale non è più perfettamente stabile. Il sollevamento di oggetti pesanti può provocare un'ernia che si manifesta con un'estroflexione (incurvatura verso l'esterno) della parete addominale nella regione stomale. Regola: non sollevare oggetti di più di dieci chili.

Retrazione (introflessione)

In questo caso si osserva un'introflessione a forma d'imbuto della stomia, per cui il dispositivo non è più ermetico. La causa potrebbe essere un aumento di peso.

Stenosi (restringimento)

La stomia si restringe sempre di più. In conseguenza di ciò l'evacuazione delle urine può risultare più difficile o persino dolorosa.

Prolasso (dislocazione)

Se l'intestino sporge in fuori (per es. durante l'attività intestinale) si parla di prolasso. Le dimensioni del fenomeno possono variare. È la conseguenza del sollevamento di oggetti molto pesanti.

Emorragie

La mucosa della stomia è ben irrorata di sangue e delicata, per cui può sanguinare leggermente anche a seguito di semplici stimoli meccanici. La mucosa può sanguinare però più intensamente se si prendono anticoagulanti o ci si sta sottoponendo alla chemio- e/o radioterapia.

Aumento/perdita di peso

In questi casi si deve a volte riadattare il dispositivo alla stomia.

È bene che si sia a conoscenza di questi sintomi e cambiamenti per poter reagire di conseguenza. La maggior parte dei problemi infatti si risolvono con relativa facilità se s'interviene in modo corretto.

Se si notano dei mutamenti o ci sono delle domande non bisogna esitare a rivolgersi immediatamente al servizio di consulenza per stomizzati.

6.9 Cibi e bevande

Un'alimentazione variata, preferibilmente a base di prodotti integrali, è importante per la propria salute e l'equilibrio psicofisico.

Dopo un intervento di urostomia l'alimentazione non costituisce di norma un problema, a meno che non si debba stare a dieta per altri problemi di salute (diabete, gotta ecc.).

Ci vorrà tuttavia un certo tempo prima che l'alimentazione e la digestione si normalizzino.

Bisogna mangiare inizialmente prodotti integrali leggeri che non provochino flatulenze. Quindi si può passare lentamente al regime normale.

Col tempo vedrà da solo che tipo di alimentazione conviene di più e quali cibi sono più digeribili. In caso di problemi digestivi la cosa migliore è rivolgersi alla/allo stomaterapista o alla/al dietista.

Consigli dietetici

Non esiste una vera e propria «dieta per le persone urostomizzate».

Tuttavia si consiglia di attenersi alle seguenti regole:

- I. Bere a sufficienza (2–3 litri al giorno)! Ciò può prevenire le infezioni delle vie urinarie. Infatti con l'urina si eliminano così

anche grandi quantità di batteri e di muco. L'urina deve essere di colore chiaro. Si raccomandano acqua, acqua minerale non gassata, tè alle erbe, consommé, succhi di frutta.

- II. Due bicchieri di succo di mirtilli rossi al giorno (la mattina e la sera, in tutto 300 ml) possono far bene. Il succo di mirtilli rossi acidifica l'urina e rallenta così la riproduzione dei batteri. In presenza di un'infezione delle vie urinarie si dovrebbe però prima consultare il medico.
- III. Se il succo di mirtilli non piace lo si può assumere in capsule (si acquistano in farmacia e anche nei negozi di prodotti biologici).
- IV. Alcuni alimenti e farmaci alterano l'odore dell'urina:
 - provocano odore sgradevole: asparagi, aglio;
 - inibiscono l'odore: succo di mirtilli rossi, prezzemolo.
- V. Prendere i propri pasti con comodo in un ambiente gradevole. L'ideale è un menù variato, a base di cibi prevalentemente vegetali e ricchi di vitamine e minerali. Può mangiare naturalmente anche carne, ma la carne non dovrebbe costituire il piatto forte.
- VI. Non rinunciare ai piaceri della tavola! Bisogna mangiare con gusto, anche in compagnia. Provare e riprovare i cibi per vedere che cosa fa bene.
- VII. Controllare regolarmente il peso. Esso non dovrebbe oscillare eccessivamente in un breve arco di tempo. Un aumento di peso può andare a carico della stomia. Un inspiegabile calo invece può essere sintomo di malattia e richiede assolutamente degli accertamenti.¹¹

¹¹

© 2007, 2003

Lega svizzera contro il cancro, Berna 2a edizione riveduta e corretta

www.swisscancer.ch

Problemi di alimentazione dovuti al cancro

Le malattie tumorali e le relative cure possono indurre inappetenza, nausea o altri disturbi che debilitano l'organismo e incidono notevolmente sul benessere psicofisico. L'opuscolo della Lega «Malattia tumorale e alimentazione» le offre consigli e suggerimenti per affrontare i disturbi connessi all'alimentazione e alla digestione.

CAPITOLO VII

CONCLUSIONI

LA DIMISSIONE PROTETTA

Autori:

Tuulikki Brand, Käthi Chiara, Yvonne Fent, Monika Jampen, Therese Manco, Franziska Müller, Katja Röthlisberger, Monika Stöckli (membri dell'Associazione svizzera stomaterapisti/e); Susanne Lanz (LCS); Anna Sterchi, Sonja Roesch (dietiste)

GUIDA PROCEDURALE

1) SEGUIRE ITER BUROCRATICO DI ACCETTAZIONE DEL NUOVO PAZIENTE IN AMBULATORIO **ATTRAVERSO LA COMPILAZIONE DI APPOSITI MODULI (vedere allegato) E ACCORDO TELEFONICO.**

2) ORGANIZZAZIONE DEGLI INCONTRI (ALMENO 2) A PARTIRE DA UNA DECINA DI GIORNI PRIMA DELLA DIMISSIONE.

- **NEL PRIMO INCONTRO, CHE DOVRA' AVVENIRE IN PRESENZA DI UN FAMILIARE (SEMPRE SE POSSIBILE), SI SVOLGERANNO LE SEGUENTI FUNZIONI: PRESENTAZIONE DELL'AMBULATORIO CON ILLUSTRAZIONE DELLA GUIDA CARTACEA, VALUTAZIONE DEL PAZIENTE (CLASSE DI RISCHIO) E PICCOLO FORNIMENTO DELLA CAMPIONATURA DI PLACCA E SACCHETTO CON RELATIVA EDUCAZIONE DEL PAZIENTE E DEL SUO FAMILIARE AL CORRETTO UTILIZZO.**
- **NEL SECONDO INCONTRO SI SVOLGERANNO LE SEGUENTI FUNZIONI: CHIARIMENTI, RISOLUZIONE DI POSSIBILI PROBLEMI EMERSI DOPO IL PRIMO INCONTRO, CAMBIO DELLA SACCA (NEL CASO NON RISULTI ADEGUATA ALLE ESIGENZE DEL MALATO) O CONFERMA PER L'AVVIAMENTO DELLE PRATICHE PER LA FORNITURA DEI PRESIDI (NEL CASO IN CUI NON SIANO EMERSE ALTRE PROBLEMATICHE)**

3) ACCOGLIENZA IN AMBULATORIO, CHE COMPRESERA':

- **LA PRESENZA E LA MODALITA' DI ACCESSO PRESSO L'AMBULATORIO PER STOMIZZATI.**
- **DISCUSSIONE PROGRAMMA RIEDUCATIVO: LO STOMA-**

CARE, LE ABITUDINI ALIMENTARI, LA TECNICA DELL'IRRIGAZIONE, LE SITUAZIONI QUOTIDIANE.

- FORNIMENTO DI UNA GUIDA CARTACEA PER LA GESTIONE DOMICILIARE DELL'UROSTOMIA.
- PROGRAMMAZIONE INCONTRI SUCCESSIVI.

Allegato

Esempio di scheda di dimissione protetta

Preso in carico del paziente in Dimissione protetta

SCHEDA DI DIMISSIONE PROTETTA

PRESIDIO OSPEDALIERO DI

(Timbro del reparto)

COGNOME _____ **NOME** _____

DATA DI NASCITA _____ **N° tessera sanitaria** _____

INDIRIZZO _____

MOTIVO DEL RICOVERO _____

DIAGNOSI DI DIMISSIONE _____

DATA PRESUNTA DI DIMISSIONE _____

FAMILIARE DI RIFERIMENTO _____

N° DI TELEFONO DEL FAMILIARE _____

Firma del familiare di riferimento per avvenuta informazione di avvio di procedura.

Firma _____

Medico di Urologia (Nominativo)

SITUAZIONE ABITATIVA/FAMILIARE IN CUI AVVERRA'

L'ASSISTENZA

CASA PRIVATA:

vive da solo

vive con il coniuge

vive con i figli

altro _____

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

STATO DI COSCIENZA

- Orientato
- Disorientato
- Coma

RESPIRAZIONE

- Autonoma
- Ventilazione assistita meccanica
- Ossigeno: prescrizione

PAZIENTE COLLABORANTE	SI	NO
DEAMBULAZIONE AUTONOMA	SI	NO

ALIMENTAZIONE

- Autonoma
- Sondino naso gastrico
- PEG
- TPN
- Altro (SPECIFICARE) _____

PORTATORE DI STOMIA

Modello e misura _____

CONTINENZA FECALE	SI	NO
--------------------------	-----------	-----------

EVACUAZIONE SPONTANEA

SI

NO specificare le modalità

PREVISIONE BISOGNI ASSISTENZIALI PER LA DIMISSIONE

AUSILI/PROTESI: _____

Frequenza prevedibile: _____

Terapia proposta: _____

NOTE: _____

Data:

Timbro e Firma Medico di Reparto:

Caposala:

Tel. di riferimento e Fax:

L'evidenza della letteratura e i risultati che ho ottenuto affermano la mia ipotesi che le dimissioni pianificate aumentano l'aderenza alla terapia e la soddisfazione dei pazienti, delle famiglie e degli operatori; migliorano la qualità percepita e rinforzano l'attitudine a lavorare in equipe. I piani di dimissione elaborati già in terza giornata, aumentano la probabilità di ritorno a casa con successo e riducono la durata della degenza. Una valutazione formale prima della dimissione riduce i ricoveri dovuti a problemi o complicanze risolvibili con una buona organizzazione. I pazienti e i loro familiari sono più informati e riescono

ad affrontare la malattia e il suo decorso con maggiore tranquillità e sicurezza. La formulazione di un piano di dimissione per i pazienti con stomia intestinale e/o urinaria rispecchia tutti i benefici descritti prima. Inoltre una figura dedicata (come quella dell'enterostomista), permette una migliore continuità e comunicazione, riduce i disagi percepiti dagli utenti e dalle famiglie e infine migliora la conoscenza reciproca tra assistenza infermieristica ospedaliera e territoriale.

BIBLIOGRAFIA

1. Palese A, Venier A, Bresadola V.- La dimissione ospedaliera dal punto di vista dei pazienti chirurgici: indagine descrittiva-Nursing Oggi numero 1,2005.
2. Maciocco G., Comodo N. Cure intermedie: basi concettuali. Prospettive sociali e sanitarie 2004;3:1-3.

3. Cornette Pascale et al. Differential risk factors for early and later hospital readmission of older patients Aging clinical and experimental research, vol. 17, n. 4, 2005, pag. 322-328
4. Saiani L, Palese A, Brugnolli A et al. La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri. Assistenza Infermieristica e Ricerca 2004,23:233-49.
5. Department of Health. NSF for older people. Intermediate Care: Moving Forward. 2002.
6. Department of Health. Local authority circular 2003; 14.
7. Department of Health 2005. www.doh.gov.uk/intermediatecare/
8. Department of Health. Discharge from hospital: pathway, process and practice 2003.www.doh.gov.uk/changeagentteam/discharge_getri.pdf.
9. Chaboyer, Kendall, Foster-Use of the Brass index to identify ICU patients who may have complex hospital discharge planning needs. Nurs Crit Care 2002;7:171-5.
10. Miastiaen P, Duijnhouwer E, Prins-Hoekstra A et al. Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems. Journal of Advanced Nursing1999;5:1050-56.
11. Naylor MD, Brooten D, Campbell R et al. Comprehensive discharge planning and home follow up of hospitalized elders: a randomized clinical trials. Journal of American Medical Association 1999;281:613-20.
12. "Mosè le Tavole"- Gruppo di ricerca AIOSS. "Gli strumenti operativi per l'assistenza in stomaterapia". AIOSS - Hollister S.p.A., Milano 2003, II edizione.

13. Grimmer KA, Moss JR, Gill TK. Discharge planning quality from the care perspective. *Quality of Life Research* 2000; 9(9) : 1005-1013
14. Wilson FL, Mood DW, Risk J, Kershaw T. "Evaluation of education materials using Orem's self-care deficit theory". *Nurs Sci Q.* 2003 Jan;16(1):68-76.
15. Nancy M.Halloway, " Piani di assistenza in Medicina e Chirurgia", edizioni Sorbona, Milano 1993 pag 432
16. O'Connor G. discharge planning in rehabilitation following surgery for a stoma. *British Journal of Nursing* 2003 July; 12(13):800-807.
17. Jeffres C, MacKay AT. "Improving stoma management in the low vision patient". *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 1997 Nov;24(6):302-10.
18. Lemiska L, Watterworth B. "Case study: teaching ostomy self care to a blind patient". *Ostomy Wound Manage.* 1994 Mar;40(2):52-4.
19. A. Barp, M. Beltrame, R. Brazzale, C. Cimmino, A. Filippi, E. Giorato, L. Mensi, P.P. Moscatiello, I. Nigra, O. Reali, G. Roveron, C. Saracco, N. Tonarelli, .L. Valsecchi " L'educazione allo stoma care. Studio multicentrico per la valutazione dell'efficacia di un processo educativo" *Scienze Infermieristiche* 2006 vol.II, 20
20. CO Phillips et al. Comprehensive discharge planning with post discharge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA* 2004 291: 1358-1367.
21. Mamon J, Steinwachs DM, Fahei M et al. Impact of hospital discharge planning on meeting patients needs after returning home *Health Services Research* 1992;27:155-75.

22. Evans RL, Hendricks RD. Evaluating hospital discharge planning: a randomized clinical trial. *Medical Care* 1993;31:358-70.
23. Lagoe RJ, Cheryl M, Noetsche MM. Hospital readmission: predicting the risk. *Journal of Nursing Care Quality* 2001;15:69-83.
24. Shepperd S, Parkes J, McClaran J et al. Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1.
25. Vinkler S, Pedersen KD, Hansen FR, Jorgensen T, Willaing I, Olsen J, Effectiveness of postdischarge case management in general-medic outpatients: a randomized, controlled trial. *Psychosomatics* 2006 Sep.-Oct;47(5):421-9
26. Fergusson W, Kolbe J, Lewis CA, West T, Model of hospital – supported discharge after stroke. *Journal of cerebral circulation* 2006 Jun;37(6) : 1514-20
27. Mayo NE, Latimer E, Hanley J, Wood-Dauphines S, Cote R, Scott S, Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge. *The Medical Journal of Australia* 2003 Mar 17; 178(6) : 262-6
28. Mira M, Atkin N, Kennedy P, Cullen J, The effects of a discharge planning and home follow up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac condition. *The Journal of cardiovascular nursing* 1999 Oct; 14 (1) : 44-54
29. Chiari P, Santullo A. *L'infermiere case manager*. McGraw-Hill 2001.
30. Armitage SK, Kavanagh KM. The discharge liaison nurse at the interface of hospital and community nursing service. *Int. J Nurs Pract* 1996; 4: 215-21.

31. Colle F, Palese A, Brusaferrò S. La continuità dell'assistenza basata su informazioni scritte e infermieri dedicati: revisione della letteratura. Prima parte. AIR 2004; 23: 179-85.
32. A.I.STOM. (1989) La riabilitazione degli stomizzati Milano, Silvia
33. Atti del 2° Convegno Nazionale A.I.UR.O. (1996) "Assistenza infermieristica al paziente cistectomizzato" Torino
34. Benci L. (1996) Manuale giuridico professionale per l'esercizio del Nursing. Milano Mc Graw-Hill - Patto infermiere- cittadino 12 maggio 1996
35. Calamandrei C. (2003-2004) Diagnosi infermieristiche. Definizione e classificazione. (NANDA) Sorbona, Milano (p. 47)
36. Carpenito L. J. (2003) Diagnosi infermieristiche. Milano Casa Editrice Ambrosiana
37. D'Ivernois JF., Gagnayre R., (1998) Educare il paziente. Napoli, Mediserve (p. 74-155)
38. Dawson C., Whitfield H. (1997) L'ABC dell'urologia. Torino, Infomedica (p. 26-30)
39. Ewles L., Simnett I. (1992) Promozione della salute. Milano, Sorbona (p.21-33, 75-107)
40. Gardiner RA. (1995) Urological tumours: recent changer. Aust NZ J Surg
41. Herta Corradin (1993) Metodologia della comunicazione. Il diabete e l'infermiere Anno1 Volume 3 (p.167- 171)
42. Herta Corradin (1994) Metodologia della programmazione dell'intervento educativo. Il diabete e l'infermiere Anno 2 Volume 2 (105-112)

43. Meazza A., Bergomi MT., Poma N., Battipaglia G. (1997)
Assistenza infermieristica in urologia. Milano, Mc Graw-Hill (p. 114-123)
44. Medical Humanities, "L'Arco di Giano" n. 30 Inverno 2001
Edizioni L'Istituto per l'analisi dello stato sociale
45. Pegoraro V., Invidiato F., Pizzarella M. (1998) La cistectomia nell'anziano. Urologia
46. Weinsing M. and Richard Groll Single and Combined Strategies for Implementing Changes in Primary Care' A Literature Review. International Journal for Quality in Health Care. (1994) Vol.6 No 2 (p. 115-132) Eisevier Science Ltd
47. Ziberti MC. (1997) Linee guida per l'assistenza infermieristica al radicale.
48. Francesco Cavazzuti, Giuliano Cremonini. " Assistenza geriatrica oggi". Casa Editrice Ambrosiana (cap. 7 – cap. 10)
49. Anne Lacroix, Jean Philippe Assal. " Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica." Edizioni Minerva Medica Torino 2005 (pag. 83-87, pag 98-105)