

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO  
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA  
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA (ABILITANTE ALLA  
PROFESSIONE SANITARIA DI INFERMIERE)  
A.A. 2002/2003  
ANNO DI CORSO 3°

TESI DI LAUREA

TITOLO

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE  
NELL'EDUCAZIONE SANITARIA AL  
PAZIENTE UROSTOMIZZATO E ALLA SUA  
FAMIGLIA**

Relatore: Dr. Casetta Giovanni

Candidato: Fredella Alessandra

TITOLO

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'EDUCAZIONE  
SANITARIA AL PAZIENTE UROSTOMIZZATO E ALLA SUA  
FAMIGLIA**



## INDICE

♣ INTRODUZIONE	pag. 3
♣ CAPITOLO 1: LE UROSTOMIE:DEFINIZIONE, CARATTERISTICHE, INDICAZIONI AL CONFEZIONAMENTO	pag. 4
♣ CAPITOLO 2: ASSISTENZA PRE-OPERATORIA: SCELTA DEL SEGMENTO INTESTINALE, PREPARAZIONE DELL'INTESTINO E DISEGNO PRE-OPERATORIO.	pag. 8
♣ CAPITOLO 3: ASSISTENZA INFERMIERISTICA E FUNZIONI DELL'INFERMIERE/ STOMATERAPISTA IN FASE DI PRE-DIMISSIONE E DIMISSIONE	pag. 14
♣ CAPITOLO 4: ASPETTI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI DEL PAZIENTE STOMIZZATO E DELLA SUA RIABILITAZIONE	pag. 22
♣ CAPITOLO 5: GESTIONE INFERMIERISTICA DEI PROBLEMI PSICOLOGICI RELATIVI ALL'UROSTOMIA	pag. 34
♣ CAPITOLO 6: POSSIBILI COMPLICANZE E RELATIVA PREVENZIONE E TRATTAMENTO: IL RUOLO DELL'INFERMIERE	pag. 39
♣ CAPITOLO 7: I DIRITTI DELLO STOMIZZATO: PRINCIPALI NORMATIVE	pag. 48
♣ CAPITOLO 8: VITA CONTINUA: UN'ASSOCIAZIONE IN AIUTO AGLI STOMIZZATI	pag. 50
♣ CONCLUSIONI	pag. 52
♣ BIBLIOGRAFIA	pag. 53

## **INTRODUZIONE**

Questa tesi intende approfondire quali sono le conoscenze che un infermiere deve possedere quando si trova di fronte a un paziente urostomizzato e deve fornirgli un'educazione sanitaria adeguata.

Importante è non pensare che queste conoscenze siano esclusivamente di carattere tecnico. Un individuo sottoposto a una cistectomia radicale con conseguente confezionamento di derivazione urinaria, deve affrontare un cambiamento del suo stile di vita e si trova a dover risolvere problemi che toccano molti aspetti, tra cui quello psicologico, sessuale, relazionale, lavorativo, ecc...

L'infermiere deve essere in grado di risolvere, per quanto possibile e coinvolgendo oltre al paziente anche la sua famiglia, queste problematiche attuando strategie e cercando di diventare un punto di riferimento e di creare una relazione basata sulla fiducia.

Molti aspetti, soprattutto quello sessuale, vengono spesso tralasciati per imbarazzo sia da parte del paziente che da parte dell'infermiere; questo porta ad un aumento nel post-operatorio di problemi relazionali con il partner e la diminuzione della stima di se stessi.

L'educazione sanitaria deve quindi comprendere tutte le informazioni tecniche e relazionali utili a diminuire il rischio di insorgenza di problemi psicologici e complicanze nel post-operatorio.

## **CAPITOLO 1**

### **LE UROSTOMIE: DEFINIZIONE, CARATTERISTICHE E INDICAZIONI AL CONFEZIONAMENTO**

Con il termine di urostomie si intendono quelle operazioni chirurgiche che permettono la fuoriuscita all'esterno dell'urina, creando una continuità con l'esterno del bacinetto renale (nefrostomia) o della via escrettrice (uretere) direttamente o indirettamente mediante interposizione di un tratto intestinale. Nel primo caso prendono il nome di ureterocutaneostomia e nel secondo di ureteroenterocutaneostomia.

La vescica e l'uretra possono a loro volta essere anastomizzate alla cute, creando rispettivamente una epicistostomia o una uretostomia.

Lo scopo di queste derivazioni urinarie esterne è quello di deviare il flusso dell'urina all'esterno quando una noxa patogena impedisce il fisiologico deflusso della stessa o quando il tratto vescicale dell'apparato urinario è stato rimosso.

Le derivazioni urinarie esterne più comuni sono le ureterocutaneostomie e le uretero-enterocutaneostomie. Le prime consistono nell'aboccamento diretto alla cute dell'uretere, isolato in genere nel tratto lombo iliaco, monolateralmente o bilateralmente. L'aboccamento alla cute è garantito dalla presenza di due cateterini o tutori, che

devono essere sostituiti periodicamente ogni 40 giorni circa. Questo tipo di intervento viene riservato ai casi in cui prevale la necessità di una derivazione urinaria semplice, che possa essere eseguito anche in pazienti con condizioni cliniche compromesse.

Le uretero-enterocutaneostomie sono state proposte per la prima volta da Bricker, e per tale ragione ne portano il nome, per limitare quelli che possono essere i maggiori inconvenienti delle stomie dirette, ovvero stenosi e infezioni. In questo tipo di intervento si utilizza un tratto di intestino, per lo più ileo o sigma, che viene opportunamente isolato assieme al suo peduncolo vasculo-nervoso. In seguito viene reciso a formare un condotto cilindrico a cui si anastomizzano gli ureteri. Un capo di tale cilindro enterico verrà chiuso e l'altro verrà abboccato alla cute. Lo scopo di tale cilindro enterico è solo quello di condotto e non di serbatoio.

Per quanto riguarda le indicazioni al confezionamento di una o dell'altra derivazioni urinarie, queste sono uguali per entrambe. Le patologie che ne implicano la confezione sono: neoplasie o infiammazioni croniche a carico della vescica che ne obblighino la sua completa asportazione, malformazioni congenite, neurologiche (vescica neurologica), traumi vescicali e/o uretrali.

**Figura 1 : uretero – enterocutaneostomia**



In alternativa alle derivazioni urinarie esterne, vi sono le derivazioni urinarie interne (DUI). Queste possono essere suddivise in due gruppi:

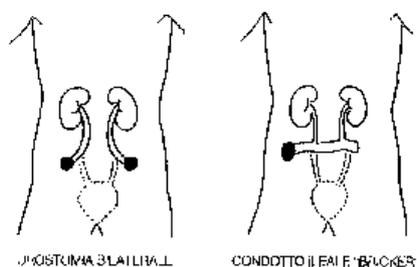
- 1) ureterosigmoidostomia, che anastomizza l'uretere con l'intestino mantenendo la continuità intestinale
- 2) neo-vescica ortotopica, che anastomizza l'uretere con un tratto di intestino isolato dal transito

L'ureterosigmoidostomia prevede l'anastomosi degli ureteri nell'ultimo tratto dell'intestino, per cui questo gioca anche il ruolo di reservoir urinario, con lo sfintere anale che ne controlla la continenza. Questo tipo di DUI è stata quasi del tutto abbandonata a causa delle numerose e importanti complicanze che ne derivano: urosepsi, predisposizione a tumori del sigma-retto, problemi metabolici (acidosi metabolica e intossicazione ammoniémica).

Pertanto oggi la scelta ricade o su una neovescica ortotopica, quando l'uretra è integra, o in caso contrario una neovescica eterotopica con stomia cutanea continente e cateterizzabile. L'intervento di confezionamento di una vescica ortotopica consiste nell'utilizzo di un tratto intestinale escluso dal normale transito alimentare, il cui svuotamento all'esterno avviene obbligatoriamente

attraverso l'uretra. Deve avere una capacità di 300/400 cc di H<sub>2</sub>O e la pressione al suo interno deve rimanere attorno ai 20 cc di H<sub>2</sub>O. L'intestino utilizzato dovrà essere detubulizzato per abolire o limitare al massimo le contrazioni peristaltiche.

Per neovescica eterotopica si intende un serbatoio urinario costituito da un tratto di colon (Indiana), ceco (Mitrofanoff) o ileo (Kock) detubulizzato che permette una facile cateterizzazione.



**Figura 2:**  
**Urostomia bilaterale**  
**Condotta ileale di**  
**Bricker**

## **CAPITOLO 2**

### **ASSISTENZA PRE-OPERATORIA: SCELTA DEL SEGMENTO INTESTINALE, PREPARAZIONE INTESTINALE, DISEGNO PRE-OPERATORIO.**

Nella preparazione ad un intervento di confezionamento di un'ureteroenterocutaneostomia, una fase importante riveste la **scelta del segmento intestinale** da utilizzare. Essa deve basarsi sulle condizioni del paziente, sulla sua funzionalità renale, sull'anamnesi di pregressi interventi addominali e sul tipo di derivazione o sostituzione necessaria.

Lo stomaco, il digiuno, l'ileo e il colon presentano particolari proprietà più o meno vantaggiose. L'utilizzo dello **stomaco** per le derivazioni urinarie con intestino presenta diversi vantaggi: è meno permeabile ai soluti urinari, acidifica l'urina, ha una netta secrezione di cloro e protoni e secerne meno muco. Da un punto di vista urodinamico si comporta come gli altri segmenti intestinali. L'utilizzo dello stomaco è necessaria quando l'uso di altri segmenti in pazienti con una quantità di intestino inferiore

alla norma può causare gravi problemi nutrizionali e in caso di cattiva funzionalità renale. Complicanze specifiche sono la sindrome da ematuria-disuria e un'alcalosi metabolica incontrollabile in pazienti con insufficienza renale cronica.

Il **digiuno** non è quasi mai utilizzato per le ricostruzioni del tratto urinario poiché è spesso causa di grave squilibrio elettrolitico. In rari casi può capitare che il digiuno sia l'unico segmento enterico disponibile.

L'**ileo** e il **colon** sono i segmenti intestinali più utilizzati per ogni tipo di ricostruzione del tratto urinario. L'ileo è mobile, ha un diametro piccolo e un'irrorazione sanguigna costante, è inoltre adeguato a sostituire gli ureteri e formare condotti. La perdita di ingenti porzioni di ileo provoca problemi nutrizionali a causa del mancato assorbimento della vitamina B12, diarrea dovuta a mancato riassorbimento dei sali biliari e malassorbimento dei lipidi.

L'utilizzo del colon nelle ricostruzioni urinarie richiede la sua mobilitazione dalle inserzioni fisse; ha un diametro maggiore dell'ileo e normalmente si mobilita con facilità. La rimozione di segmenti di colon dal tratto enterico provoca minori problemi nutrizionali. Generalmente l'ileo e il colon sono comparabili e presentano poche differenze.

La **preparazione meccanica e antibiotica** dell'intestino assume grande importanza negli interventi urologici ricostruttivi. Mentre lo stomaco ha una carica batterica relativamente bassa, il resto dell'intestino presenta un'alta carica batterica. Da alcuni studi comparati tra anastomosi con intestino preparato e non, si evidenzia una maggiore percentuale di ferite infette, ascessi intraperitoneali e

deiscenze anastomotiche in pazienti sottoposti a interventi intestinali senza previa preparazione. Le complicanze provocate dalla contaminazione batterica sono la principale causa di morbilità e mortalità nei pazienti sottoposti a interventi urologici.

Esistono due tipi di preparazione:meccanica che si prefigge di ridurre la quantità di feci e antibiotica che riduce la carica batterica. La flora intestinale è costituita da microrganismi aerobi i più comuni dei quali sono Escherichia coli e Streptococcus faecalis e da microrganismi anaerobi quali Bacteroides e Clostridium.

La **preparazione meccanica** riduce il numero totale dei batteri ma non la loro concentrazione. Nel corso degli anni si è visto che il ricorso a diete elementari, al fine di pulire il colon dalle feci senza compromettere lo stato nutrizionale del paziente, non si è dimostrato utile. L'irrigazione totale dell'intestino è stata utilizzata sempre più spesso; in questo modo si riducono i problemi legati all'insufficiente apporto calorico e si limitano i costi riducendo l'ospedalizzazione prima dell'intervento. Originariamente l'irrigazione di eseguiva posizionando un sondino nasogastrico e infondendo da 9 a 12 litri di Ringer lattato o soluzione fisiologica, poi sostituiti con soluzioni di mannitolo al 10% che però è un nutrimento batterico e facilita la crescita microbica .Attualmente la soluzione più usata è quella elettrolitica di glicole polietilenico. Negli adulti se ne somministrano 20-30 ml/min per 3 ore oralmente o tramite SNG. La somministrazione si sospende quando le feci evacuate sono chiare e prive di scorie; comunque non si

somministrano oltre 10 litri di soluzione. E' controindicata in pazienti con sistema cardiovascolare instabile e in pazienti con cirrosi, gravi patologie renali, cardiopatie congestizie o ostruzioni intestinali. La preparazione viene preferibilmente effettuata prima del ricovero: nei tre giorni precedenti il paziente assume una dieta liquida; quindi due giorni prima assume 30-60 ml di sodio fosfato oralmente e 30 ml il giorno prima. Qualora il materiale non sia ancora chiaro si somministrano per via orale 3 litri di soluzione elettrolitica di glicole polietilenico.

**Preparazione antibiotica.** L'uso degli antibiotici è stato fonte di notevoli discussioni: l'aspetto controverso riguardava l'efficacia degli antibiotici nel ridurre significativamente la morbilità e la mortalità. L'evidenza tuttavia dimostra che la preparazione antimicrobica dell'intestino riduce le complicanze post-operatorie. In uno studio, la percentuale di complicanze settiche è stata ridotta dal 68% nel gruppo di controllo all'8% nel gruppo trattato con antibiotici (Washington e coll.). Gli antibiotici più usati per la preparazione intestinale sono la kanamicina, che è l'agente singolo migliore, o l'associazione di neomicina con eritromicina base o metronidazolo. Gli antibiotici sistemici devono essere somministrati prima dell'intervento per essere efficaci; sembra che esplicino la loro azione principalmente contro la flora anaerobica. Gli svantaggi degli antibiotici includono l'aumento dell'incidenza post-operatoria di infezioni da candida che possono provocare stomatiti, mughetto e diarrea e malassorbimento di proteine, lipidi e carboidrati in caso di terapie prolungate.

### **Disegno pre-operatorio o preposizionamento.**

Il preposizionamento dello stoma rappresenta uno dei momenti determinanti dell'intervento se si considera che la sua omissione condiziona negativamente l'intero iter riabilitativo del paziente, ponendo nel contempo le premesse alla comparsa di complicanze stomali. Spesso il preposizionamento viene "dimenticato" o per inosservanza dei problemi concernenti la riabilitazione del paziente stomizzato da parte del medico o per motivi contingenti, quali interventi eseguiti in urgenza, o ancora per cause di carattere organizzativo rappresentate il più delle volte dall'assenza in reparto di personale specializzato in grado di eseguire correttamente la procedura.

Il disegno pre-operatorio deve essere effettuato dall'enterostomista o da un infermiere adeguatamente addestrato allo scopo. Esso consiste nell'individuare il punto ideale sulla parete addominale dove verrà abboccata l'ansa intestinale. E' stato provato che se effettuato troppo tempo prima dell'intervento chirurgico procura al paziente ansia e angoscia quindi si preferisce effettuarlo il giorno prima di entrare in sala operatoria. Dopo aver osservato l'addome del paziente in posizione supina, si traccia una linea immaginaria tra il margine superiore della cresta iliaca e l'ombelico; a metà di questa linea si traccia un primo disegno. Successivamente si posiziona il paziente seduto e si valuta se il punto segnato precedentemente scompare tra le pliche adipose o se rimane ben visibile.

Calcolando la ferita laparotomia, la linea vita, le abitudini vestiarie del futuro portatore di urostomia, le

salienze ossee (quali arcate costali, cresta iliaca e osso pubico), eventuali cicatrici di pregressi interventi, si traccerà un disegno circolare della grandezza di una moneta con una matita demografica.

Nella terza e ultima fase il paziente in posizione ortostatica controlla unitamente all'enterostomista il punto scelto. La stomia deve essere sempre visibile in tutte e tre le posizioni. Per sicurezza viene applicata una placca e si invita il paziente ad eseguire qualche movimento per valutare la posizione della futura stomia. La sede prescelta sarà la fossa iliaca destra se verrà utilizzata un'ansa ileale o la fossa iliaca sinistra se verrà utilizzata un'ansa colica.

## **CAPITOLO 3**

# **ASSISTENZA INFERMIERISTICA E FUNZIONI DELL'INFERMIERE/STOMATERAPISTA IN FASE DI PRE-DIMISSIONE E DI DIMISSIONE**

## **PRE-DIMISSIONE: PRIMA VISITA E COINVOLGIMENTO DEL FAMILIARE**

Nei giorni che seguono immediatamente l'intervento chirurgico il paziente si imbatte con la nuova e drammatica realtà rappresentata dall'urostomia e può assumere per lo più un atteggiamento passivo, rifiutando non solo di curare la propria stomia ma addirittura di guardarla. Nel periodo della pre-dimissione il paziente si reca alla prima visita nell'ambulatorio dell'A.I.STOM, se presente nell'ospedale dove è ricoverato. Solitamente alla prima visita è richiesta la presenza di un parente, se il paziente lo permette, o di chi si occuperà di lui dopo la dimissione. Questo coinvolgimento del familiare ha fondamentalmente due scopi: il primo è quello di far prendere confidenza al parente con l'urostomia e con il nuovo aspetto del partner per cercare se possibile di prevenire un suo totale distacco dalla nuova situazione. Il secondo motivo, più pratico, è quello di poterlo addestrare alla gestione dell'urostomia, nel caso in cui il paziente non sia in grado di farlo autonomamente.

Durante la prima visita lo stomaterapista mostra al paziente come deve eseguire il cambio della sacca di

raccolta e l'igiene dell'urostomia, inoltre istruisce il paziente e il familiare sull'utilizzo dei presidi, sulle modalità di reperimento delle sacche e dei presidi e da in omaggio una certa quantità di materiale. Questo permette allo stomaterapista di valutare se il materiale è ben accetto o se conviene attuare qualche modifica.

## CAMBIO DELLA PLACCA E IGIENE DELL'UROSTOMIA

Lo stomaterapista istruisce il paziente sul modo più corretto di cambiare la placca e pulire la cute peristomale. La placca deve essere rimossa delicatamente, aiutandosi con una spugnetta bagnata o una pezzuola di stoffa morbida e con movimenti dall'alto verso il basso. La cute attorno alla stomia deve essere detersa con una spugna morbida bagnata con acqua e sapone neutro. La cute peristomale dovrà poi essere asciugata con una pezza di stoffa morbida. Successivamente si deve ritagliare la placca delle dimensioni dello stoma; la si scalda quindi leggermente o con un phon o sfregandola tra le mani la placca in modo da assicurare una migliore adesione alla cute. Dopodiché si applica il nuovo sacchetto.

Durante queste operazioni si deve istruire il paziente ad osservare la propria urostomia e la cute circostante. Egli dovrà essere in grado di riconoscere segni di irritazione cutanea e complicanze stomali per poter subito avvertire lo stomaterapista.

Bisogna spiegare al paziente l'importanza di una corretta igiene della cute peristomale che deve essere eseguita esclusivamente utilizzando acqua e sapone neutro. Altri materiali quali ETERE, ALCOOL, EUCLORINA, ACQUA OSSIGENATA devono essere vietati perché il loro utilizzo potrebbe provocare lesioni cutanee. A protezione della cute da eventuali irritazioni, possono essere applicate sulla cute peristomale ad esatta delimitazione dell'orifizio, delle creme o barriere, composte da materiale resinoso o sintetico fabbricate sotto forma di creme, anelli o piastre. Sopra questi materiali è poi possibile applicare le sacche di raccolta.

Altra nozione fondamentale per il paziente è il ritaglio della placca. Questa presenta un foro centrale che deve essere tagliato a seconda delle dimensioni della stomia .E' importante spiegare al paziente che il foro non deve essere né troppo piccolo né troppo grande; questo perché un foro troppo piccolo potrebbe causare una stenosi della stomia con tutte le complicanze che ne derivano (ischemia, necrosi) e d'altra parte un foro troppo grande porterebbe ad infiltrazione delle urine al di sotto della placca con conseguente dermatite e distacco della stessa.

Se il paziente urostomizzato presenta dei peli nella zona intorno alla stomia, gli si deve insegnare a raderli con un rasoio elettrico e dopo la rasatura applicare un disinfettante; questo per permettere una migliore adesione della placca.

## CAMPIONATURA

Per quanto riguarda la campionatura, lo stomaterapista fornisce al paziente un certo quantitativo di presidi di diverso tipo, tra i quali il paziente dovrà scegliere quello più idoneo e pratico per le sue esigenze. Durante il periodo di prova l'assistito viene invitato a osservare alcuni segni che potrebbero rivelare la non idoneità del materiale fornito.

Questi sono:

- alla rimozione della sacca monopezzo o della placca la pelle rimane rossa per oltre mezzo minuto
- il paziente avverte bruciore o prurito
- la placca non rimane in sede il tempo dovuto (2 giorni)
- il paziente trova difficoltà nel rimuovere la placca o sacca monopezzo (lascia anche pezzettini di colla sulla pelle)

In questi casi il paziente dovrà rivolgersi allo stomaterapista che apporterà le modifiche necessarie.

## PRESIDI

Parlando di presidi non si può non fare riferimento ai notevoli progressi che sono stati fatti in 30 anni. L'enorme progresso è misura della maggiore attenzione che, da parte degli specialisti, è stata dedicata a questi pazienti e ai loro problemi. Inizialmente infatti era presente sul mercato soltanto un tipo di apparecchiatura costituita da una sacca di plastica trasparente rettangolare, a bordi taglienti e a margini appuntiti, con larga superficie adesiva. Questo tipo di sacca portava a lesioni cutanee provocate dall'adesivo, dallo scarso effetto barriera, dalla plastica sulla cute, dai decubiti causati dai bordi taglienti.

Oggi è disponibile una vastissima gamma di prodotti per l'assistenza allo atomizzato classificabili in apparecchiature di raccolta e presidi per l'assistenza.

Apparecchiature di raccolta:

- **sacche con adesivo:** è la prima e più semplice sacca di raccolta. I bordi non sono taglienti e i margini non appuntiti, l'adesivo è anallergico e devono essere sostituite solo quando sono colme.
- **sacche con barriera e adesivo**



presentano un primo anello periorifiziale costituito da materiali resinosi o sintetici, i quali hanno il doppio effetto di sbarrare la strada in maniera ottimale ai materiali escreti

e curare le dermatiti peristomali di lieve entità; un secondo anello, quando presente, costituito da adesivo anallergico e una sacca con saldature efficaci, margini arrotondati e rivestimento della faccia interna in tessuto.

- **sistema a due pezzi**



costituiscono la generazione più recente. Sono formati da una piastra in materiale resinoso o sintetico dotate di foro centrale di diametro variabile, applicabile direttamente sulla cute peristomale e sostituibile ogni 3/5 giorni.

Posseggono la doppia efficacia di proteggere e curare la cute peristomale evitandole i traumi causati dalla continua manipolazione. L'altro pezzo è costituito da una sacca di raccolta uniformata ad un sistema di raccordo "a tenuta" con

la piastra. In tal modo si sostituisce la sacca senza rimuovere la piastra.

Tra questi tre tipi di apparecchiature, utilizzate peraltro anche per le ileo e colostomie, i più indicati per le urostomie sono il sistema a due pezzi (di prima scelta) e le sacche con adesivo e barriera. Per il soggetto urostomizzato è stato creato un sistema di raccolta notturno. Esso è costituito da un sacchetto con un rubinetto al fondo che permette frequenti drenaggi e il collegamento a un raccoglitore per l'urina. Questo per non creare al paziente disagi dovuti al frequente svuotamento della sacca di raccolta durante la notte.

## DIMISSIONE

Al momento della dimissione lo stomaterapista ha già avuto modo di valutare il grado di autonomia dell'assistito e di istruire lui o l'eventuale care-giver sulla corretta gestione della stomia.

Un'importante funzione svolta dallo stomaterapista è quella di indirizzare il paziente urostomizzato verso la soluzione dei più immediati problemi di ordine amministrativo, economico e pratico. Questo perché il soggetto portatore di stomia, oltre a dover superare le difficoltà di adattamento alla nuova condizione, deve subito confrontarsi con la normativa in fase di evoluzione, con la non uniforme interpretazione ed applicazione delle leggi da parte delle amministrazioni pubbliche e con la peculiarità della propria condizione, non sempre riconosciuta o agevolmente riconducibile alle previsioni normative.

L'infermiere stomaterapista deve contribuire a rendere consapevole il paziente e i familiari che ricevere l'assistenza stabilita dalla legge dello Stato è un DIRITTO. Per quanto riguarda la fornitura dei presidi lo stomaterapista deve spiegare al paziente le modalità di richiesta e far conoscere quali sono i suoi diritti al riguardo.

Attualmente il riferimento normativo è il DM 31 maggio 2001, n° 321. Secondo questa normativa hanno diritto a tali presidi, specificamente i soggetti ileo-colostomizzati e urostomizzati previa presentazione di certificazione medica. Per i suddetti soggetti, la prescrizione, redatta da uno specialista del SSN, competente per la menomazione in oggetto, indica i dispositivi protesici necessari e appropriati per il periodo intercorrente fino alla successiva visita di controllo e comunque per un periodo non superiore ad un anno. Nell'indicazione del fabbisogno, la prima prescrizione tiene conto dell'eventuale necessità di verificare l'adattabilità del paziente allo specifico dispositivo prescritto. Il portatore di stomia ha il diritto di ricevere gratuitamente gli ausili nel numero prestabilito, aumentabile per chi è reduce dall'intervento chirurgico, per 6 mesi fino al 50%. L'ASL di residenza dell'assistito autorizza la fornitura dei dispositivi per il periodo indicato dal medico prescrittore, prevedendo idonee modalità di consegna frazionata.

Per ottenere gli ausili l'interessato deve consegnare all'Ufficio Riabilitazione della propria ASL il modulo compilato e sottoscritto dal medico, un certificato di residenza e la fotocopia del verbale della Commissione

Medica per l'invalidità civile che attesta il grado di invalidità.

Per quanto riguarda i tempi, l'ASL deve pronunciarsi sulla richiesta di autorizzazione alla fornitura dell'ausilio tempestivamente e comunque, in caso di prima fornitura, entro 20 giorni dalla richiesta. In caso di silenzio da parte dell'ASL, trascorso tale periodo l'autorizzazione si intende concessa.

Nel caso in cui la richiesta venga disattesa il soggetto può fare ricorso all'Autorità Giudiziaria e segnalarlo all'A.I.STOM per agevolare l'opera di vigilanza di tale associazione.

## **CAPITOLO 4**

# **ASPETTI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI DEL PAZIENTE STOMIZZATO E DELLA SUA RIABILITAZIONE**

### **INTRODUZIONE**

L'intervento di stomia rappresenta nella vita di un paziente un evento di estrema rilevanza per il tipo e la gravità delle conseguenze che può comportare circa il benessere e l'adattamento alle problematiche della vita quotidiana. Per tale motivo il successo di un intervento chirurgico deve essere valutato non solo in termini semplicemente tecnici di superamento del trauma chirurgico e di durata della sopravvivenza del paziente operato, ma anche prendendo in considerazione l'efficienza del ripristino delle condizioni di normale adattamento alla vita quotidiana. Da stime presenti nella letteratura internazionale, circa il 25% dei pazienti operati di stomia presenta una forte riduzione dell'efficienza personale a causa di problematiche sorte in occasione dell'intervento chirurgico. Tali problematiche hanno un'origine prevalentemente

psicologica ed interferiscono, tra l'altro, con il comportamento quotidiano e diventano fortemente invalidanti. I sintomi più comunemente riportati sono quelli della depressione maggiore, dell'ansietà e di disturbi dell'adattamento. I pazienti possono anche manifestare disturbi sessuali come dispareunia o disfunzione erettile.

Quando i problemi di comportamento si cronicizzano provocano una condizione stabile di invalidità che non è giustificabile con le modificazioni anatomico-funzionali dovute all'intervento, ma è invece conseguenza diretta delle problematiche non risolte nella preparazione all'intervento e nella riabilitazione dopo di esso. In pratica una serie molto banale di errori e di omissioni, prima e dopo l'intervento chirurgico, possono far correre il rischio al paziente stomizzato di essere lasciato senza nessun supporto e senza una fonte attendibile di informazione.

Per il paziente diventa così sempre più bassa la probabilità che si risolva spontaneamente la naturale reazione di disadattamento emotivo e comportamentale conseguente l'intervento.

Sono naturalmente sottoposti ad un rischio maggiore di cronicizzazione delle problematiche di adattamento quei pazienti con un'eventuale presenza di precedenti difficoltà di ordine psicologico o ambientale. L'aggiunta ad esse di quelle conseguenti all'intervento può rappresentare una fatale spinta verso il definitivo isolamento e la totale autoesclusione dall'ambiente esterno e dalla partecipazione alla comune attività quotidiana, anche a livello familiare. La reazione dei familiari stessi può contribuire alla

cronicizzazione delle problematiche del paziente atomizzato. Atteggiamenti più o meno velati di rifiuto e di allontanamento sono facilmente evidenziabili quando non si sia operato preventivamente ad informare ed orientare il nucleo familiare più immediato del paziente circa le reali caratteristiche e conseguenze dell'intervento di stomia.

Nel processo di riabilitazione alla malattia cronica o come nel caso della urostomia, alle conseguenze invalidanti di un intervento chirurgico, una delle maggiori difficoltà che possono essere presentate dai pazienti può essere costituita dalla sensazione di dipendenza con cui il paziente vive le conseguenze della malattia. Tale dipendenza deriva da un'inadeguata risposta da parte degli altri e dell'ambiente sanitario rispetto alle esigenze sentite dal paziente. Gli elementi che dinamicamente influenzano le aspettative assistenziali e di sostegno del paziente sono costituite dalle sue opinioni, dal tipo di informazioni che è in grado di ricevere dalla rete di sostegno sociale e dagli operatori sanitari. A questa formulazione dei bisogni percepiti deve corrispondere una comparabile risposta da parte dell'ambiente sanitario e familiare. In caso di inadeguatezza di tale risposta il paziente reagisce con un'alterata risposta emotiva che può assumere la forma di un'esagerata sensazione di invalidità ed una accentuata dipendenza dal sostegno degli altri. Inoltre le modalità di adattamento ed il loro opposto, le problematiche psicologiche e comportamentali che emergono nelle situazioni di carenza di intervento assistenziale, risentono nel modo in cui possono

manifestarsi sia delle caratteristiche socio-culturali che di età dei pazienti.

## IL PROCESSO DI ADATTAMENTO

Per comprendere meglio la meccanica dell'insorgere dei problemi di adattamento all'intervento chirurgico di stomia è utile prendere brevemente in esame il concetto psicologico di adattamento.

Tradizionalmente il concetto di adattamento si riferisce ad un processo nel corso del quale un individuo stabilisce con il suo ambiente, in particolare con quello sociale, una condizione di equilibrio o di mancanza di conflitto. Tale concetto include anche un tipo particolare di adattamento che è riferito all'equilibrio emotivo e delle risorse personali del singolo individuo che viene ad essere raggiunto con la messa in atto di opportuni meccanismi di difesa e di controllo volti ad evitare situazioni spiacevoli e a favorire soluzioni positive. Implicita nel concetto di adattamento, è la capacità di saper fronteggiare e risolvere situazioni nuove, impreviste, o comunque non sottoposte ad una precedente preparazione.

L'adattamento è definibile come processo proprio perché richiede un'accomodazione dinamica delle caratteristiche individuali al modificarsi della situazione in cui l'individuo viene a trovarsi di volta in volta. Nel caso del paziente stomizzato, quanto più l'evento chirurgico con le sue drammatiche conseguenze arriva improvviso e inaspettato, tanto più interferisce con le capacità di

adattamento alla nuova situazione e tanto più provoca una riduzione delle capacità di autonomia e di fiducia.

## IL PROCESSO DI ADATTAMENTO E LA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI STOMIA

Nel caso del paziente stomizzato il processo di adattamento si integra con la riabilitazione del paziente. La riabilitazione è un processo di risoluzione dei disturbi causati dalla condizione patologica post-operatoria ed ha il fine di portare il paziente a mettere in atto una soluzione di tali problemi socialmente utile e soddisfacente.

La riabilitazione comprende due principali componenti che sono quella psicologica, soprattutto di tipo cognitivo (apprendimento di nuove tecniche di igiene personale) e quella fisica (stabilizzazione della funzione eliminazione e cura dello stoma).

## PROBLEMATICHE DELL'ADATTAMENTO

Il fine principale quindi del paziente stomizzato è, subito dopo l'intervento, di raggiungere il suo adattamento attraverso l'apprendimento di nuovi metodi di regolazione dell'eliminazione e di igiene personale.

Subito dopo l'intervento chirurgico il paziente, specialmente se non è stato adeguatamente preparato ed informato prima dell'intervento, si troverà ad affrontare una situazione drammatica. Molto probabilmente saranno messi in atto meccanismi di rifiuto dell'intervento e di negazione della sua necessità. Il paziente tenderà ad assumere un

atteggiamento conflittuale e di ambivalenza nei confronti del chirurgo cercando di colpevolizzarlo circa le conseguenze dell'intervento e nello stesso tempo non potendo rinunciare ad una dipendenza emotiva nei suoi confronti, specialmente se la necessità dell'intervento è stata causata da una patologia tumorale a esito probabilmente infausto (di cui tra l'altro il paziente non sempre è stato messo al corrente in modo adeguato, rispettando sia i suoi diritti a conoscere la propria condizione e sia ad essere preparato e sostenuto ad affrontare i problemi che tale situazione comporta).

L'elemento fondamentale di cui il personale sanitario deve tenere presente in questa fase è di evitare ogni tendenza all'assunzione da parte del paziente di un atteggiamento fatale di invalidità e di rifiuto sia di quanto è accaduto e sia delle problematiche che si delineano all'orizzonte del suo futuro. Il paziente va rassicurato e convinto che le conseguenze dell'intervento non sono tali da giustificare un'invalidità di fatto che ridurrebbe in maniera drammatica la sua efficienza personale e sociale. Contemporaneamente va addestrato e preparato ad adoperare con convinzione e competenza le procedure e le protesi che la tecnica gli mette a disposizione.

Risulta molto importante per la credibilità che dà all'intero processo di rieducazione, l'intervento di altri pazienti già riabilitati e adattati i quali in incontri di gruppo con pazienti operati più di recente possono confermare con la prova concreta delle loro esperienze la validità di quanto viene insegnato ai nuovi pazienti e nello stesso tempo

fungono da esempio rassicurante e positivo nel processo di adattamento.

#### ANDAMENTO DEL PROCESSO DI ADATTAMENTO

La fase critica di adattamento psicologico post-operatorio ha normalmente una durata di circa 3 mesi. In genere allo scoraggiamento ed al profondo stato reattivo depressivo conseguente l'intervento si sostituisce progressivamente, con il rafforzarsi della nuova sicurezza derivante dalla riabilitazione, una condizione di ripresa della fiducia in sé e di nuova fiducia circa il proprio valore e le proprie capacità di auto-affermazione basate sull'evidenza di aver superato quelle difficoltà iniziali che sembravano così drammatiche.

Il raggiungimento di questo stato di adattamento non è però stabile ed irreversibile; nella gran parte dei pazienti, infatti, manca una convinta e definitiva accettazione della necessità dell'intervento chirurgico di stomia. Tale riserva nei confronti dell'intervento e l'ambivalenza che continua a permanere nei confronti del chirurgo affiorano continuamente al colloquio con tali pazienti anche a distanza di anni.

E' esperienza clinica comune l'evidenziarsi di notevoli regressioni circa lo stato psicologico di adattamento di questi pazienti all'insorgere di fatti anche del tutto estranei al problema stoma.

Un lutto familiare, un aggravarsi della condizione fisica o psichica, o altri eventi con una valenza traumatica per il paziente lasciano quest'ultimo in una condizione che pareva

superata anche ormai da lungo tempo. Tale criticità dell'adattamento di questi pazienti richiede quindi un periodico controllo delle loro condizioni proprio perché così è possibile intervenire in modo da sostenerli e rassicurarli prima che il nuovo stadio di regressione dell'adattamento si cronicizzi e praticamente annulli in tutto o in parte i guadagni ottenuti fino a quel momento. In questo senso è fondamentale poter fornire un'assistenza istituzionale a tali pazienti che possa configurarsi come uno stabile e costante punto di riferimento ai loro problemi, in cui si svolga opera di consulenza tecnica circa le caratteristiche e disponibilità di materiale protesico; controllo medico e chirurgico circa la cura dello stoma e circa l'eventuale patologia tumorale originaria; consulenza e orientamento psicologico in merito alle varie problematiche che insorgono nel contatto con gli altri e con il mondo esterno e, non ultimo in ordine di importanza, informazione e preparazione dei familiari più prossimi per ottenere una valida collaborazione da parte loro nell'opera di sostegno e di stimolo per il paziente.

## PROBLEMATICHE POST-OPERATORIE

L'andamento della fase post-operatoria è legato ad un quadro più articolato e differenziato di fattori che possono essere elencati come segue: rapporti familiari, sociali e lavorativi, o problemi di tipo alimentare, sessuale e di igiene personale.

### Rapporti Familiari

Per quanto riguarda i rapporti familiari, da parte del paziente, nella maggioranza dei casi, si passa da un atteggiamento di aumentata dipendenza, che può essere presente nella fase iniziale post-operatoria, ad una acquisizione progressiva di maggiore autonomia e sicurezza. In un'altra consistente percentuale di pazienti può essere invece presente una inibizione a cercare sostegno e rassicurazione da parte dei propri familiari. Anche in questo caso con il progredire del periodo post-operatorio tale inibizione diventa meno frequente.

Per quanto riguarda la risposta presentata dai familiari essa è meno articolata rispetto a quella dei pazienti e viene riferita o in termini di intensificazione dei rapporti o di indifferenza. In entrambi i casi tale tipo di risposta, a differenza di quanto evidenziato nei pazienti, rimane stabile nel tempo. Questi risultati mostrano come sia fondamentale intervenire a livello familiare nelle primissime fasi del periodo post-operatorio o meglio ancora, durante il periodo pre-operatorio, con un'opera di informazione e di adeguato orientamento che deve essere svolta dal chirurgo e dall'infermiere stomaterapista. Infatti, mentre l'atteggiamento circa i rapporti familiari nel paziente evolve a seconda dell'andamento dell'adattamento, tra i familiari un eventuale modifica di tale atteggiamento appare poco probabile e rimane pressoché fissato secondo le modalità iniziali.

### Risposta emotiva

La risposta emotiva dei familiari appare differente rispetto a quella dei pazienti. Infatti si ha una diminuzione della depressione e del rifiuto iniziali con il progredire del periodo post-operatorio e aumentano d'altra parte in ugual modo sia l'indifferenza che l'accettazione.

### Rapporti sociali e di lavoro

Per quanto riguarda i rapporti con gli altri e con l'ambiente di lavoro si assiste dopo il periodo iniziale post-operatorio ad una ripresa che è sufficientemente elevata per quanto riguarda i rapporti lavorativi (solo il 15% circa dei pazienti riferisce di avere abbandonato il lavoro anche dopo più di un anno dall'intervento) mentre per quanto riguarda i rapporti sociali vi è una ripresa, ma non completa (circa il 30% dei pazienti afferma di aver diminuito i rapporti sociali anche ad oltre un anno dall'intervento). Tale modificazione dei rapporti sociali è soprattutto dovuta ad una riduzione dei rapporti extrafamiliari rispetto a quelli con i familiari.

### Attività sessuale

Un'altra area di particolare problematizzazione che rimane pressoché stabile anche dopo oltre un anno dall'intervento, è costituita dall'attività sessuale che risulta sostanzialmente modificata, ridotta o assente nel 40% dei pazienti.

### Stima di sé

La criticità dell'adattamento post-operatorio viene anche evidenziata dall'andamento della valutazione soggettiva che i pazienti danno di se stessi durante il periodo post-operatorio. Se da un lato i pazienti si abituano a più appropriate abitudini igieniche personali e di vita quotidiana e ad una migliore utilizzazione della protesi, riacquistando così un sufficiente grado di autonomia ed efficienza nel lavoro e nelle attività quotidiane, d'altro lato tale recupero non è mai completo e passata la reazione catastrofica iniziale, spesso favorita da una mancata informazione e preparazione prima dell'intervento, resta un residuo senso di valutazione pessimistica ed un senso svalutativo nei riguardi della propria condizione personale.

### Abitudini igieniche

Un'analisi più dettagliata delle problematiche relative alle abitudini igieniche personali evidenzia che esse sono sostanzialmente ricollegate dai pazienti alla mancanza di adeguata preparazione e informazione, aspetto questo del processo di riabilitazione che non dovrebbe esaurirsi con una più o meno episodica e superficiale spiegazione effettuata in reparto subito dopo l'intervento operatorio.

In effetti le conseguenze di un'efficiente guida e di un orientamento diventano più evidenti e più prevalenti proprio nel periodo post-operatorio iniziale. Allorché il paziente si trova a dover fronteggiare in maniera spesso inaspettata una serie di situazioni di vita reale alle quali non sa far fronte in modo autonomo. Nei primi tre mesi circa la metà dei

paziente riferisce di essere stata in grado di modificare le proprie abitudini igieniche personali. L'altra metà invece presenta maggiori difficoltà, anche perché, in mancanza di un intervento di guida dall'esterno, è molto difficile per essi riuscire con i propri mezzi a sapersi organizzare in modo efficace.

## **CAPITOLO 5**

### **GESTIONE INFERMIERISTICA DEI PROBLEMI PSICOLOGICI RELATIVI ALL'UROSTOMIA**

Il nursing oggi si è orientato verso una visione olistica delle problematiche relative all'aspetto psicologico. Per i pazienti urostomizzati ci sono diverse aree in cui prendere in considerazione gli ovvi cambiamenti fisici e i problemi che questi potrebbero comportare. Il bagaglio culturale del paziente gioca un ruolo importante, comprese le sue credenze personali, le sue percezioni, il modo di comportarsi di fronte alla malattia e al dolore.

I pazienti che necessitano di una urostomia sono solitamente di età superiore ai 50 anni circa; è stimato che ci sono circa 7000 persone portatrici di urostomia e altre 1000 operate ogni anno.

Inoltre è stimato che più del 20% di questi pazienti presenteranno dei sintomi psicologici nel post-operatorio. Questi sintomi variano dall'ansietà fino alla depressione.

L'infermiere può spesso identificare i problemi pre-operatori e i pazienti possono discutere con lo stomaterapista per risolvere alcune delle loro paure.

La gestione infermieristica dei problemi relativi alla gestione dell'urostomia può essere più difficoltosa quando ci si trova di fronte a 2 categorie di pazienti: gli anziani e le persone appartenenti a gruppi etnici minoritari. Per quanto riguarda gli anziani ci sono diversi problemi da affrontare,

sia riguardo alla vita quotidiana che all'accettazione dell'immagine corporea.

Alcune patologie che possono essere presenti nell'anziano (Alzheimer, Parkinson, incidenti cerebrovascolari, vista diminuita) aumentano le difficoltà pratiche e cognitive. Alcuni dei problemi immediati che l'infermiere può incontrare nel prendersi cura delle persone anziane è l'aumentata paura di dipendenza e la mancata accettazione del paziente da parte dei familiari. Non bisogna mai dare per scontato che il partner si prenderà automaticamente cura della stomia se il paziente non è in grado di farlo da sé. La situazione può essere pienamente discussa col partner in anticipo; spesso un aiuto guidato dai servizi sociali può aiutare un anziano portatore di urostomia. Questo può includere visite domiciliari effettuate da un terapeuta.

Per quanto riguarda la società multiculturale in cui gli infermieri lavorano, questi devono essere in grado di riconoscere i valori, le credenze e le pratiche sanitarie di persone di differenti culture. Alcuni pazienti appartenenti a gruppi etnici minoritari hanno costumi e religioni che potrebbero influenzare il loro modo di percepire le cure.

Ad esempio, i pazienti musulmani che seguono la religione dell'Islam e il libro sacro, il Corano, si aspettano di pregare ogni giorno ogni 5 ore; durante la preghiera essi devono eseguire un bagno rituale conosciuto come al-wadhu. Il bagno significa pulizia del corpo dentro e fuori e questo può rivelare un'area di dissonanza cognitiva per il musulmano portatore di stomia. Il paziente deve avere

un'apparecchiatura pulita a ogni preghiera, quindi un sistema a 2 pezzi è il più indicato perché permette di cambiare il sacchetto sette volte al giorno senza dover staccare la placca dalla cute.

### Identificazione dei problemi psicologici

La conoscenza dei fattori associati alla morbosità psicologica può aiutare gli infermieri a identificare precocemente i problemi psicologici tra i pazienti particolarmente a rischio. L'accertamento infermieristico potrebbe quindi mirare a proteggere questi pazienti nel pre-operatorio.

Alcuni infermieri possono sentirsi a disagio nell'investigare sulla storia di problemi di salute mentale dei pazienti; domande quali "è mai stato turbato da sensazioni di ansietà, nervosismo o depressione?" possono mettere a disagio l'infermiere. Tuttavia essi possono trovare delle alternative, magari utilizzando una terminologia meno diretta, come "voglio aiutarla a rendere il suo ricovero post-operatorio più completo possibile, quindi sarebbe utile per me saper se ha mai sofferto di nervosismo o depressione".

Pazienti con un passato psichiatrico possono discutere con un membro del team infermieristico se credono che ci sono particolari aspetti dell'intervento che potrebbero aumentare il rischio di ricadute. L'identificazione pre-operatoria dei fattori di rischio in questo modo, significa che particolari pazienti possono essere seguiti nel post-operatorio per accertare l'insorgenza di problemi psicologici.

Lo screening pre-operatorio può anche mirare ad accertare il grado di soddisfazione del paziente riguardo alle informazioni fornitegli. L'insoddisfazione sembra aumentare particolarmente il rischio di insorgenza di problemi psicologici nel post-operatorio; se la fonte dell'insoddisfazione può essere identificata sarà possibile per lo staff medico e infermieristico effettuare delle strategie preventive. Inoltre è importante che tutti i membri dello staff siano a conoscenza dei bisogni dei pazienti particolarmente a rischio, per poter fornire un'assistenza il più possibile adeguata.

Sebbene sia possibile identificare segni e sintomi, può essere difficile per lo staff infermieristico distinguere caratteristiche che fanno parte di un disordine mentale da caratteristiche proprie di reazioni che fanno parte del normale adattamento. La differenza è evidente invece nel trattamento: mentre i primi sono trattati farmacologicamente, i secondi necessitano di supporto generale. Questi pazienti possono essere aiutati a capire il loro modo di adattarsi al cambiamento attraverso abilità di counselling generale, costituito principalmente dalla capacità di ascoltare e riflettere.

### *Strategie per gestire le preoccupazioni dei pazienti*

Queste strategie sono basate sulla letteratura concernente sia l'adattamento psicologico alla chirurgia dello stoma, che le strategie cognitivo-comportamentali per problemi psicologici.

- Soddifazione del paziente. E' basata sulla convinzione che aumentare la soddifazione tramite l'informazione puo conferire un effetto protettivo e minimizzare i problemi psicologici post-operatori. I pazienti possono accertare la loro soddifazione per le informazioni ricevute, scrivendo i problemi e le risposte che essi stessi avrebbero piacere di risolvere.

- Pianificazione avanzata. Alcuni paziente possono essere preoccupati per la possibilita di incontrare problemi in futuro e non essere in grado di vederne una soluzione. Una tecnica che puo essere usata e quella di invitare il paziente a pensare e descrivere con termini concreti una situazione potenziale. Un esempio di situazione potrebbe essere: "Potrei vivere un momento terribile se sono da un mio amico; la mia stomia potrebbe perdere e la gente ridere di me". A questo punto l'infermiere e in grado di collaborare con il paziente per escogitare possibili soluzioni. Il problema potenziale potrebbe anche non comparire e far scoprire al paziente la sua tendenza a vedere il futuro in modo negativo.

- Adattamento graduale. Molti soggetti sviluppano un processo di adattamento alla chirurgia graduale. Secondo questa tecnica il paziente e sottoposto ad affrontare diversi stage nei quali sono riportate le principali situazioni di vita che egli dovra affrontare una volta dimesso. Il successo di questa tecnica e la ripetizione di ogni passo fino a che il paziente si sente confortato abbastanza per procedere nello stage successivo. Alcuni pazienti amano coinvolgere la famiglia in questa graduale esposizione e gradualmente lavorare per farcela da soli.

## **CAPITOLO 6**

### **POSSIBILI COMPLICANZE E RELATIVA PREVENZIONE E TRATTAMENTO: IL RUOLO DELL'INFERMIERE.**

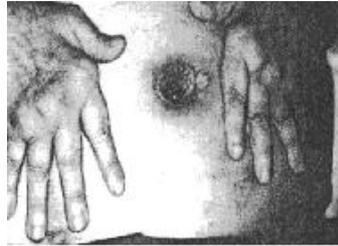
L'intervento di confezionamento di un'urostomia comporta, come qualsiasi tipo di intervento chirurgico, la possibilità di insorgenza di complicanze stomali. Purtroppo, per quanto riguarda questo tipo di intervento, esiste un tasso di complicanze molto elevato: nelle casistiche più accreditate arriva fino al 30%, il che significa che uno stomizzato su tre presenta una stomia che funziona male. Le complicanze post-operatorie sono le stesse sia per le urostomie, soprattutto per le ureterocutaneostomie, che per le enterostomie.

Considerando che le complicanze sono spesso legate ad una tecnica chirurgica non corretta, la prevenzione inizia proprio con la sensibilizzazione sull'importanza del disegno pre-operatorio.

#### **Complicanze precoci**

Per quanto riguarda le complicanze precoci nelle urostomie si verificano più frequentemente retrazione, alterazioni della giunzione muco-cutanea e stenosi.

### Retrazione:



si intende l'affondamento della mucosa stomale al di sotto del piano cutaneo. Può essere sia precoce che tardiva e riconosce come fattori causali rispettivamente: precoce, errata tecnica chirurgica e tardiva, errata mobilizzazione dell'ansa intestinale con eventuale aumento del tessuto adiposo addominale del paziente. Il processo di retrazione inizia solitamente nell'immediato post-operatorio e può in breve tempo arrestarsi, nel caso la fissazione visceroparietale sia stata eseguita correttamente; in caso contrario il viscere può staccarsi completamente dalla parete addominale. Il trattamento è in genere di tipo stomaterapico, riservando la correzione chirurgica alla comparsa di lesioni gravi o stenosi secondarie. La stomaterapia consiste nell'utilizzo di placche convesse e anelli convessi che applicati all'interno della placca, favoriscono l'abbassamento del piano cutaneo e l'esteriorizzazione di quello mucoso.

Alterazioni della giunzione muco-cutanea: sono costituite dal sanguinamento, dalle fistole (superficiali e profonde) ma soprattutto da distacco. Esso è un ritardo della cicatrizzazione tra cute e mucosa causato da vari fattori, tra i quali si possono annoverare l'errata tecnica chirurgica nel confezionamento della stomia, la rimozione precoce dei punti di sutura, la macerazione del bordo da cattiva

apparecchiatura, la trazione da cambio frequente della placca. La cicatrizzazione viene favorita dall'applicazione di idrocolloidi, di pasta barriera e di protesi appropriate.

Stenosi: raramente si presenta precocemente e compare quasi sempre a livello cutaneo; è causa della necrosi e della retrazione della stomia. Per stenosi si intende la riduzione anelastica del calibro dello stoma tale da compromettere una normale funzione evacuativa.

### **Complicanze tardive**

A partire dal 15° giorno dopo il confezionamento di una urostomia, inizia il cosiddetto periodo post-operatorio tardivo; tale periodo viene frequentemente complicato da uno o più eventi patologici, di entità spesso lieve e dal trattamento semplice, ma talora gravi al punto da dover optare per una completa revisione chirurgica della stomia stessa, fino alla sua completa trasposizione in altra sede.

La comparsa di tali complicanze è favorita da molteplici fattori che singolarmente o in associazione, determinano delle alterazioni alla struttura anatomica dell'apparato stomale e conseguentemente della sua fisiologia, mettendo così a rischio l'intero processo riabilitativo, impedendo di fatto la corretta apparecchiatura della stomia.

Ecco che alla formazione di complicanze tardive concorreranno quindi le condizioni del paziente, la sua età, la malattia di base, l'accettazione psicologica o meno della stomia, le altre patologie concomitanti, il corretto posizionamento della stomia, la gestione più o meno

corretta delle varie procedure igieniche e stomaterapiche, fattori sociali, familiari, religiosi e culturali.

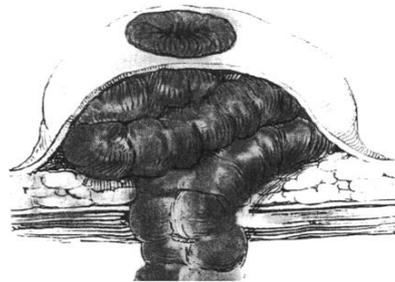
Le complicanze stomali tardive sono: retrazione, stenosi, prolasso, ernia parastomale e dermatiti peristomali.

Per quanto riguarda la **stenosi** in fase tardiva, essa è tale da ridurre o impedire la fuoriuscita di urina con conseguente idronefrosi. Le cateterizzazioni possono rappresentare una valida alternativa alla correzione chirurgica sebbene abbiano effetti di breve durata. Come meccanismo patogenetico all'origine della stenosi, è quasi costantemente identificabile la formazione di tessuto di granulazione in esubero e la conseguente intensa reazione cicatriziale dei tessuti peristomali. Inoltre un'inadeguata valutazione intraoperatoria della vascolarizzazione del tratto intestinale prescelto per il confezionamento della stomia può portare a fenomeni di ischemia con i suddetti esiti cicatriziali.

Il **prolasso** consiste nella protrusione anomala dell'ansa abboccata alla cute; può essere totale, se comprende tutti gli strati della parete intestinale o parziale, se comprende solo la mucosa. L'abnorme lassità tissutale individuale, il malposizionamento o una tecnica chirurgica errata (con breccia fasciale troppo ampia), uniti all'eccessivo aumento della pressione addominale (tosse, vomito), rappresentano le cause determinanti l'insorgenza di questa frequente patologia che tende progressivamente a rendere l'apparecchiatura sempre più difficoltosa, causando a sua volta altre complicanze quali dermatiti, strozzamento, necrosi, ecc... L'apparecchiatura va fatta con presidi atraumatici con flangia a protezione totale e il foro della

sacca deve essere almeno un centimetro più largo rispetto al diametro della stomia. E' opportuno apparecchiarsi da distesi e usare applicazioni fredde per ridurre la congestione.

L'**ernia parastomale** è costituita dalla dislocazione dell'ansa intestinale dal piano fasciale, in corrispondenza di



una stomia. Il paziente si presenta

con un gonfiore di varia entità che si accentua dal clino- all'ortostatismo, con

la flessione anteriore del tronco e con la tosse. Localmente vi è la difficoltà di apparecchiare la stomia, specie se concomita un prolasso della stessa e l'insorgenza di complicanze come le irritazioni cutanee. Per quanto riguarda l'apparecchiatura, possono essere utilizzate delle pancere con un orifizio confezionato su misura e sacche di raccolta con cinta.

Le **dermatiti peristomali** sono senz'altro le complicanze più frequenti, e possono raggiungere stadi di gravità tali da rendere necessario il riconfezionamento chirurgico. Pur essendo considerate delle patologie "minori", spesso determinano gravi problemi sia fisici che psicologici, in quanto ostacolano l'adeguata gestione della stomia e l'attuazione dei protocolli riabilitativi, peggiorando la qualità di vita e determinando una ulteriore causa di depressione per il paziente. Pertanto necessitano di un corretto inquadramento, un rapido trattamento e laddove è possibile, un'attenta prevenzione.

Le dermatiti riconoscono molteplici cause e possono essere determinate da agenti di varia natura. Possono essere su base infettiva e quindi sostenute da virus, batteri o funghi. In tutti questi casi il trattamento è costituito dalla risoluzione della patologia di base e dalla specifica terapia, condotta sia a livello locale che sistemico.

Le dermatiti peristomali di maggior riscontro sono riconducibili, da un punto di vista eziopatogenetico, a tre tipi principali:

1. di natura allergica, cosiddetta “da contatto”. Sono dovute all’impiego di materiale protesico al quale i pazienti risultano allergici, sensibili o intolleranti
2. da agenti irritanti. Sono determinate dall’effetto lesivo ed irritante delle deiezioni a contatto con la cute peristomale
3. da errato stoma-care. Dovute all’errata scelta di modalità e materiali per l’igiene dello stoma

Nel gruppo delle dermatiti “da contatto” rientrano le dermatiti sostenute da un errato impiego dei materiali. Bisogna sempre ricordare che ciascun paziente ha una propria e particolare sensibilità cutanea e non sempre il primo presidio utilizzato può essere quello idoneo. Si può infatti sviluppare un’allergia sia a breve che a lungo termine. Nell’immediato post-operatorio il paziente deve avere a disposizione una vasta gamma di prodotti, tra loro diversi, per poter provare e trovare il presidio più idoneo alla propria cute, maneggevole e non irritante. Lo stesso fenomeno si può verificare in un paziente stomizzato ormai da tempo, che abbia impiegato sempre lo stesso tipo di presidio ed improvvisamente sviluppi una dermatite.

Nelle dermatiti da agenti irritanti le principali cause sono:



Dermatite su ernia  
parastomale

errato posizionamento chirurgico e la presenza di altre patologie stomali come ernia, prolasso stenosi e retrazione. Se la stomia è posizionata in prossimità di salienze ossee, cicatrici, punti di aggancio di cinture, pieghe cutanee, è molto difficoltosa la perfetta aderenza della placca alla cute con possibilità quindi di infiltrazione di urine e distacco della placca con conseguente irritazione. Ciò comporta per il paziente la necessità di continui e frequenti cambi di pacca, con microtraumatismi da strappamento che determinano il danno. La presenza di altre patologie stomali è anch'essa fonte di possibili dermatiti. La presenza di un'ernia, più o meno voluminosa, non consente l'aderenza della placca e quindi favorisce il frequente distacco della stessa e il contatto diretto della cute con le urine e il cambio continuo. I prolassi sono senza dubbio un fattore di irritazione. Il paziente ritaglia la placca secondo il diametro dell'ansa intestinale prolassata, che è superiore al suo punto di entrata

nella cute. In questo modo le urine vengono sempre a contatto con la cute, che si irrita. La retrazione pone la stomia in un piano inferiore rispetto a quello cutaneo, creando un dislivello responsabile della continua infiltrazione del materiale urinario e del suo contatto con la cute.

Le dermatiti da errato stoma-care sono le più numerose. L'igiene peristomale, se mal condotta, rappresenta una frequente causa di dermatite. Per molto tempo è stata convinzione comune che la cute peristomale e la stomia andassero trattate come una ferita e avessero pertanto bisogno, per la detersione, di sostanze quali l'etere, l'acqua ossigenata, l'alcool e lo iodio. Per fortuna attualmente sono molto rari i casi in cui si osserva l'uso di queste sostanze per una sede che normalmente necessita per la detersione solo di acqua tiepida e blandi detergenti e saponi neutri. Inoltre l'utilizzo di materiali monouso previene l'insorgenza di dermatiti in quanto non permette, come ad esempio la spugna, la colonizzazione batterica.

Per quanto riguarda le manifestazioni cliniche delle dermatiti, si possono avere diversi gradi di gravità:

- semplice eritema cutaneo
- eritema con erosioni superficiali
- eritema con ulcerazioni e perdita di materiale sieroso-ematico
- eritema con vescicole ripiene di siero
- eritema con sovrainfezione batterica o micotica

La sintomatologia varia in base alla gravità e si caratterizza soprattutto per il bruciore, il prurito, il sanguinamento e il dolore in sede peristomale.

Il trattamento delle dermatiti prevede accorgimenti di vario tipo:

1. immediato allontanamento dalla fonte di irritazione e sostituzione del tipo di presidio
2. istituzione di un'adeguata igiene locale
3. corretto apparecchiamento: si deve ritagliare il foro della placca secondo l'esatto diametro dello stoma ed è errore molto diffuso tra i pazienti praticare fori con diametri maggiori per il timore che le urine non si depositino all'interno del sacchetto
4. impiego di film protettivi, paste o creme barriera e se necessario antibiotici sotto forma di gel ed antimicotici locali
5. sospensione di qualsiasi trattamento farmacologico topico ritenuto non idoneo
6. correzione chirurgica della patologia stomale associata

Bisogna infine ricordare che ogni patologia stomale può essere anche sostenuta e mantenuta da situazioni di immunodepressione, iponutrizione, terapie concomitanti e da difficoltà personali di comprensione e manualità, che non consentono l'esecuzione di un corretto stoma-care.

La presenza di una patologia stomale peggiora sempre la vita del paziente e pregiudica la corretta ed efficace attuazione del processo riabilitativo.

## **CAPITOLO 7**

### **I DIRITTI DELLO STOMIZZATO: PRINCIPALI NORMATIVE**

Superata la fase chirurgica, gli urostomizzati devono avere la forza d'animo di non fermarsi tra le mura di una sala operatoria, ma con un gesto d'amore devono superare la vergogna, l'isolamento e la diffusa cultura del "non far sapere". Il voler nascondere a tutti i costi il proprio disagio e le nuove condizioni di vita, certamente non giova all'aggregazione sociale ed alle possibili soluzioni del problema.

Durante le visite mediche collegiali bisogna esternare i propri disagi e necessità, chiedendo da un lato maggiore attenzione e dall'altro leggi ad hoc ai differenti rappresentanti politici. Infatti spesso le leggi soffrono di carenze espositive che portano ad una disomogenea applicazione delle stesse da regione a regione, da ASL ad ASL.

Tra le più importanti normative riguardanti la tutela e la riabilitazione dei disabili vi sono la 833/78, istitutiva del SSN e la Lettera-Circolare del Ministro della Sanità, n°100/SCPS del 5/8/97.

Secondo la 833/78 l'ASL provvede alla riabilitazione, ad erogare prestazioni di prevenzione e cura. In particolare l'art.26 prevede che "le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazione fisiche, psichiche e sensoriali, sono erogate

dalle ASL attraverso i propri servizi. Sono altresì garantite le prestazioni protesiche”.

Secondo la Lettera-Circolare, al fine di garantire agli stomizzati una “migliore qualità della vita”, le protesi, in sintonia con la normativa europea, devono possedere le seguenti principali caratteristiche:

- essere confortevoli
- essere maneggevoli
- essere resistenti e leggere
- non devono essere chimicamente dannose alla salute
- devono essere compatibili con l’epidermide
- devono agevolare al massimo la libertà personale di spostamento
- senza irritare devono avere una buona tenuta sull’epidermide
- devono garantire la massima igiene
- devono garantire la massima sicurezza
- non devono essere maleodoranti

## **CAPITOLO 8**

### **VITA CONTINUA: UN'ASSOCIAZIONE IN AIUTO AGLI UROSTOMIZZATI**

L'associazione Vita Continua è un'associazione di utilità senza scopo di lucro che persegue finalità di solidarietà sociale, assistenza sociale e socio-sanitaria.

Essa è nata nel 1999 dall'esperienza diretta di chi, in prima persona, ha sperimentato su di sé le problematiche relative ad un intervento chirurgico di cistectomia per tumore vescicole o di prostatectomia radicale. Infatti l'associazione è costituita oltre che da un presidente e da un vice-presidente, da tutte quelle persone che hanno subito questo tipo di intervento.

Vita Continua svolge un'intensa attività di assistenza socio-sanitaria al malato uro-oncologico, sia in fase pre-operatoria, tramite assistenza specifica ed organizzazione del percorso diagnostico-strumentale e di laboratorio, sia in fase post-operatoria, per quanto riguarda il profilo medico-infermieristico e in generale l'aspetto psicologico legato alla ripresa di una vita normale.

I problemi sottoposti all'attenzione dei volontari di Vita Continua sono soprattutto di natura psicologica; si pensi ad un soggetto giovane, con i suoi progetti, le abitudini di ogni giorno, che di punto in bianco viene messo di fronte ad una situazione "catastrofica" quale è il tumore. Egli subisce un crollo psicologico, cadendo in un baratro apparentemente senza fine.

La prospettiva di non poter più condurre una normale vita sessuale, è la problematica di maggior riscontro. Infatti, durante l'intervento chirurgico, vengono inevitabilmente resecati i nervi erettori.

La funzione di Vita Continua in questi casi è di illustrare al paziente le alternative che, grazie alla ricerca, permettono il recupero di una vita sessuale normale. Esistono due alternative principali:

1. il paziente prima di iniziare il rapporto sessuale si pratica una iniezione sottocutanea nei corpi cavernosi del pene di un farmaco vasodilatatore (prostaglandina). Questo permette l'erezione del pene per una durata di circa 2-4 ore.
2. al paziente viene inserita chirurgicamente una protesi all'interno del pene; tramite un "interruttore" posto nello scroto questa può essere azionata protesi per ottenere l'erezione

L'attività di assistenza socio-sanitaria è svolta anche tramite colloqui collettivi con una psicologa-sessuologa; in questi gruppi viene coinvolto sempre il partner. Durante questi colloqui ogni paziente parla dei propri problemi e si confronta con gli altri pazienti per cercare una possibile soluzione.

Questa associazione si occupa anche di prevenzione: grazie ad una campagna informativa sulla macroematuria è riuscita nel 2001 a smistare 400 nuovi pazienti, a cui hanno fatto seguito 14 ricoveri per cistectomia o prostatectomia. Quattordici persone che oggi possono ritornare a vivere.

## CONCLUSIONI

Nella stesura di questa tesi ho potuto appurare l'importanza del ruolo svolto dall'infermiere. In una situazione così particolare, come l'essere portatori di urostomia, l'infermiere diventa un punto di riferimento sia per quanto riguarda l'aspetto tecnico della gestione dell'urostomia, sia sotto l'aspetto relazionale.

Da questo approfondimento è emersa la notevole importanza rivestita dal disegno pre-operatorio, senza il quale il paziente rischia di dover affrontare numerose complicanze nel post-operatorio; il malposizionamento può portare infatti a una cattiva qualità di vita, e ad un'aumentata probabilità di sviluppo di patologie stomali quali retrazione, stenosi, dermatiti, ernia e prolasso peristomale.

Altro aspetto molto importante è l'informazione pre-operatoria; dalla letteratura è infatti evidente l'aumento dell'insorgenza di problemi psicologici e gestionali in pazienti che non hanno ricevuto un'adeguata informazione.

L'infermiere assume una posizione rilevante instaurando un rapporto di fiducia col paziente e può essere molto d'aiuto nel chiarire tutti gli eventuali dubbi e preoccupazioni e nell'istruire correttamente il paziente, e l'ipotetico caregiver, riguardo la gestione dell'urostomia.

## **BIBLIOGRAFIA**

\_ Autori: Filippo La Torre

Titolo: Nuovo trattato delle stomie

Casa Editrice: Scientifica Internazionale

Anno di pubblicazione 2002

Capitolo 5: “Gli stomi: definizione, classificazione e patologia stomale”; autori Iavarone, Forte; pag.134-144

Capitolo 9: “Complicanze delle stomie cutanee”; autori Landolfi, Di Grezia, Di Nardo, D’Alelio, Brescia, Scala; pag: 157-165

Capitolo 10: “Retrazione e stenosi delle stomie”; autori Crepelio, De Murtas; pag. 167-171

Capitolo 11 : “ Le dermatiti peristomali “ ; autori Nicolai ; pag. 173-179

Capitolo 13: “L’ernia parastomale e il prolasso stomale”; autori Mancini; pag. 187-190/192-193

Capitolo 18: “La stomaterapia, i materiali e i consigli per l’uso”; autori La Torre; pag. 259-264

Capitolo 22: “Aspetti psicologici e comportamentali del paziente stomizzato e della sua riabilitazione”; autori Fioravanti, Gualano, Lazzari; pag. 329-339

Capitolo 32: “I diritti dello stomizzato”; autori Diomede; pag. 443-446

\_ Autore: Graham Sam  
Titolo: Chirurgia Urologia  
Casa Editrice: Antonio Delfino Editoriale  
Anno di pubblicazione 2000  
Capitolo 14; pag. 3156-3158/3177-3180/3182-3183

\_ Rivista: Nursing Standard  
Volume 12 (36)  
Titolo: “Psychological management of stoma-related concerns”  
27 maggio- 3 giugno 1998; pag. 35-38

\_ Rivista: Nursing Standard  
Volume 14 (41)  
Titolo: “Practical Stoma Care”  
28 giugno 2000; pag. 47-55

\_ Rivista: RN  
Volume 63 (11)  
Titolo: “A practical ostomy guide”  
Autore: Julia Thompson  
Novembre 2000; pag. 61-64/66-68

\_ Rivista: American Journal of Nursing  
Volume 97 (7)  
Titolo: “Essential elements of ostomy care”  
Autori: Bradley Marianne, Pupiales Magdalena  
Luglio 1997; pag. 38-45

\_Sito: <http://www.gol.grosseto.it/urologia/derurest.htm>

Titolo: “ Guida pratica per il paziente urostomizzato”

Autori: Marosi, Paciotti, Bellia

\_ Depliant informativo: Stoma-care: la gestione dell'urostomia.

Disponibile presso Ambulatorio A.I.STOM., Ospedale Maggiore S.Giovanni Battista, Molinette

\_ Autori: Francesco Diomede

Titolo: “I diritti dello atomizzato”

Casa Editrice: Segreteria Nazionale A.I.STOM.

Novembre 2000

\_ Opuscolo informativo: “Conoscere le procedure amministrative”

Fornito da Convatec, disponibile presso Ambulatorio A.I.STOM., Ospedale Maggiore S.Giovanni Battista, Molinette

