

AIOSS.it

Periodico informativo scientifico trimestrale
dell'Associazione Tecnico-Scientifica di Stomaterapia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico

NUOVA EDIZIONE

Articoli scientifici

COMPLESSO ESTROFIA-EPISPADIA: L'ESTROFIA DELLA VESCICA, CARATTERISTICHE, CORREZIONE E RICADUTE PSICO-SOCIALI

I GRUPPI DI SUPPORTO PER PAZIENTI PORTATORI DI STOMIA COME STRUMENTO PER L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA E LA RIABILITAZIONE: QUALI EVIDENZE E QUALE PRATICA? INDAGINE CONOSCITIVA PRESSO GLI AMBULATORI DI STOMATERAPIA DELLE REGIONI EMILIA ROMAGNA, VENETO E PIEMONTE

L'EMPATIA: ABILITÀ RELAZIONALE NEGLI STUDENTI DI INFERMIERISTICA STUDIO OSSERVAZIONALE CROSS SECTIONAL

In memoria

LUCA BENCI: UN PEZZO DI STORIA DELLA SANITÀ CI HA LASCIATI

Journal Club

LINEE GUIDA ITALIANE SULLA GESTIONE CHIRURGICA DELLE ENTEROSTOMIE

CONGRESSO NAZIONALE BIENNALE AIOSS

COVID e Stomia

DAL LOCKDOWN ALLE NUOVE LINEE DI DEMARCAZIONE DELLA RICERCA: COME CAMBIA L'ASSISTENZA E IL PRENDERSI CURA DELLE PERSONE CON STOMIA

COMPETENZE AVANZATE:

**“SCUOLA AIOSS”
RICONOSCIUTA
DALLE REGIONI**

**ANDRÀ
TUTTOBENE**



N. 1 - MARZO 2020

Trimestrale - Anno 28

POSTE ITALIANE SpA - Spedizione in abbonamento postale - 70% - Teramo



Dasa-Rägister
EN ISO 9001:2015
1Q-0905-12





ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Il periodico scientifico dell' A.I.O.S.S. è una rivista trimestrale di formazione, aggiornamento professionale e informazione dell' Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stoma terapia. Gli articoli dovranno essere accompagnati dalla richiesta di pubblicazione sulla rivista e da una dichiarazione firmata da tutti gli Autori, nella quale si attesta che l'articolo è originale.

Il testo dovrà essere il più possibile conciso e steso in prosa sem plice e chiara. L'Articolo dovrà essere in formato elettronico e pervenire su sup porto informatico (cd-rom, pendrive o memoria flash), oppure (preferibilmente) inviato per e-mail all'indirizzo sottoriportato, redatto in formato Microsoft Word®. Le eventuali immagini digitali (grafici, tabelle, disegni, ecc.) andranno allegate in formato .jpeg o .tiff in alta risoluzione (300DPI), ben titolate e con chiare indicazioni su posizionamento ed orientamento.

ORDINAMENTO DEL MATERIALE INVIATO

Titolo (in italiano); nome e cognome completi dell'Autore e/o degli Autori

Istituto di provenienza; nome e indirizzo completi di un Autore referente per la corrispondenza.

Riassunto in italiano: di regola non eccedente le 150 parole. dovrà riportare in maniera sintetica lo scopo del lavoro, le metodologie adottate, i principali risultati ottenuti.

TESTO DEL LAVORO

Dovrà essere presentato nel seguente ordine:

- introduzione e scopo del lavoro;
- materiali e metodi;
- risultati e conclusioni

BIBLIOGRAFIA

I riferimenti bibliografici dovranno essere segnalati nel testo come apice (es. "come riporta Oakley¹²") e quindi riepilogati alla fine dell'articolo, secondo il Vancouver-style:

Cognome e iniziali del nome degli autori. Titolo del libro. Città, Editore (Anno)

oppure per la citazione da abstract:

Cognome e iniziali del nome degli autori separati da virgola. Titolo articolo. Titolo Rivista (Anno). Numero (volume): pagine.

TABELLE E FIGURE

Andranno inviate a parte e dovranno essere chiaramente distinguibili (es. "figura2_Nigra_et_al_2017.jpg"). Le tabelle e figure dovranno essere accompagnate da indicazioni precise circa la loro collocazione nel testo. Eventuali note o didascalie, come pure la spiegazione di simboli convenzionali sulle tabelle, andranno riportate in files aggiuntivi.

COPIE CARTACEE

Per ogni lavoro pubblicato verranno inviate 5 copie della rivista all'indirizzo del primo Autore. Eventuali ulteriori richieste di copie saranno esaudite sino a esaurimento della tiratura, previo pagamento del costo delle spese di spedizione.

I lavori da pubblicare andranno inviati via mail a:

press@aiooss.it

(non verranno presi in considerazione materiali cartacei o su supporto diverso dal digitale)

PERIODICO SCIENTIFICO-INFORMATIVO

Direttore Responsabile: Gabriele Rastelli
Capo Redazione: Ivano Nigra
Redazione: Sara Morandini

Foto di copertina: Coronavirus

AIOSS.it trimestrale - Anno 28, n. 01/20, Marzo 2020

Registrazione: Tribunale di Teramo, n. 620 del 2 dicembre 2009

Redazione: Via Salvo D'Acquisto, 16 - 64020 Castelnuovo V. (TE)

Stampa: EditPress, Castellalto (TE)

INDICE

Editoriale

COMPETENZE AVANZATE: "SCUOLA AIOSS RICONOSCIUTA DALLE REGIONI"

Gabriele Roveron

Articoli scientifici

COMPLESSO ESTROFIA-EPISPADIA: L'ESTROFIA DELLA VESCICA, CARATTERISTICHE, CORREZIONE E RICADUTE PSICO-SOCIALI

Maria Lago

I GRUPPI DI SUPPORTO PER PAZIENTI PORTATORI DI STOMIA COME STRUMENTO PER L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA E LA RIABILITAZIONE: QUALI EVIDENZE E QUALE PRATICA?

INDAGINE CONOSCITIVA PRESSO GLI AMBULATORI DI STOMATERAPIA DELLE REGIONI EMILIA ROMAGNA, VENETO E PIEMONTE

Lorenzo Zampineti, Antonio Valenti, Michele Reveane

DAL LOCKDOWN ALLE NUOVE LINEE DI DEMARCAZIONE DELLA RICERCA: COME CAMBIA L'ASSISTENZA E IL PRENDERSI CURA DELLE PERSONE CON STOMIA

Antonio Valenti, Assunta Scrocca

L'EMPATIA: ABILITÀ RELAZIONALE NEGLI STUDENTI DI INFERMIERISTICA

STUDIO OSSERVAZIONALE CROSS SECTIONAL

Rachele Socci, Rachele Ortolani, Mara Marchetti, Maurizio Mercuri

In memoria

LUCA BENCI: UN PEZZO DI STORIA DELLA SANITÀ CI HA LASCIATI

A cura di Mara Marchetti, Paolo Antognini e Sivia Giacomelli

Journal Club

LINEE GUIDA ITALIANE SULLA GESTIONE CHIRURGICA DELLE ENTEROSTOMIE

CONGRESSO NAZIONALE BIENNALE AIOSS

Riferimenti Internet:

Web: <http://www.aiooss.it> • E-mail: info@aiooss.it

COMPETENZE AVANZATE: “SCUOLA AIOSS” RICONOSCIUTA DALLE REGIONI

Gabriele Roveron
Presidente AIOSS



Il 20 Febbraio scorso, la **Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome**, di risposta alle disposizioni del nuovo CCNL inerenti gli incarichi di funzione professionali attribuibili al personale del comparto, ha inteso definire un documento/percorso omogeneo finalizzato alla definizione di linee di indirizzo per l'individuazione di **potenziali**

ambiti di competenza avanzata/specialistica, di standard dei percorsi formativi regionali nonché del riconoscimento di percorsi formativi pregressi.

Il documento suddivide detta competenza in tre livelli, sulla base dell'esperienza professionale e/o della formazione. Si parla di *competenza di base* per il neo-inserito in un'area specifica, di *competenza di 1 livello* per il professionista con esperienza/formazione in una particolare area, e di *competenza di 2 livello* per il professionista con competenza di 1 livello e che acquisisce competenze avanzate con percorsi formativi complementari regionali, oppure che già opera in contesti che richiedono l'impiego delle competenze avanzate e che ha frequentato percorsi formativi riconoscibili come equivalenti ai percorsi di formazione complementare regionale, oppure, in possesso del Master di 1° livello.

Le Regioni, sulla base dei bisogni di salute del territorio e in coerenza con l'organizzazione delle ASL possono definire propri elenchi di ambiti di competenza avanzata/specialistica, ricon-

ducibili a macro-aree di aggregazione: formazione, clinico-assistenziale, clinico-gestionale e ricerca.

L'elenco degli ambiti di competenza avanzata/specialistica costituisce la base su cui identificare le priorità di progettazione per la realizzazione di percorsi formativi regionali.

Le Regioni definiranno modalità e criteri qualitativi e quantitativi per il **riconoscimento** di percorsi formativi pregressi a professionisti che già operano in contesti che richiedono l'impiego di competenza avanzata, e che hanno frequentato, nei 5 anni antecedenti la sottoscrizione del CCNL, corsi di almeno 40 ore di teoria, pertinenti agli ambiti di competenza avanzata/specialistica individuati, appartenenti alle seguenti tipologie: a) **Corsi organizzati da Associazioni ora riconosciute come società scientifiche dal Ministero della Salute in attuazione dell'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24 e del decreto ministeriale 2 agosto 2017**; b) Corsi di perfezionamento, aggiornamento professionale e di alta formazione; c) Corsi promossi dalla Regione e orientati allo sviluppo di competenze diverse da quelle base o di livello 1, richieste per lavorare in un determinato contesto o con specifiche tipologie di assistiti.

In attesa della concertazione definitiva del documento tra *Regioni, Ordini nazionali delle Professioni Sanitarie* e i sindacati del comparto sanità, **raccogliamo sin qui, con grande soddisfazione, il riconoscimento alla Scuola AioSS, giacché Società Scientifica riconosciuta dal Ministero della Salute.**



A.I.O.S.S.
Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomatologia
e Riabilitazione
Pavimento Pelvico

SOSPENSIONE ATTIVITÀ FORMATIVE

A causa dell'emergenza COVID-19, molte delle attività formative dell'Associazione sono state sospese.

Per maggiori informazioni vi invitiamo a consultare il sito www.aioSS.it

“AIOSS vuole esprimere solidarietà ai professionisti sanitari impegnati nella gestione dell'emergenza CoVID-19, che sta paralizzando l'intera nazione con un impressionante tributo di contagiati e vittime, non solo tra la popolazione ma anche e soprattutto tra gli operatori coinvolti. Vengono chiamati “eroi”, ma sono professionisti che, nella maggioranza dei casi, hanno messo a disposizione della collettività tutta la loro competenza e disponibilità persino al di fuori dei loro abituali contesti professionali, rendendosi disponibili a mansioni ed orari di lavoro impensabili in tempi “normali”; rischiano la vita a contatto con i pazienti contagiati, sofferenti o morenti, spesso in condizioni di pericolo infettivo inimmaginabili per un paese civile. Questa tempesta pandemica ha travolto la capacità di risposta sanitaria in pochi giorni, facendoci piombare in un medioevo che credevamo relegato ai libri di storia, chiudendoci in casa, imponendoci restrizioni per mesi che difficilmente supereremo senza cicatrici profonde e durature.

Dibattiti, discussioni, teorie, ricerche, ormai si assiste ad una diretta mediatica senza precedenti che lascia ogni giorno l'amaro in bocca: finchè si conteranno i morti non si potrà tornare a sorridere fiduciosi, ma l'opera dei sanitari non conoscerà tregua e non si arresterà. Sebbene addestrati e competenti, magari mal equipaggiati e disorganizzati, anche in questo durissimo frangente si sono dimostrati capaci di far valere le proprie capacità professionali e di saper mettere se stessi a servizio degli altri con umiltà. Tanti, tantissimi, sono coinvolti: non c'è praticamente nessuno di noi che non conosca un collega impegnato direttamente nell'emergenza, o che non lo sia lui stesso. L'emergenza la combattiamo quindi NOI. E se andrà tutto bene, come ci auguriamo tutti, lo farà grazie al sovrumano sforzo disinteressato di queste piccole formiche, di questi eroi, della moltitudine degli operatori sanitari che ha messo da parte qualsiasi altra cosa per tirarci fuori da qui e regalarci un mondo, una società ed un futuro più sicuri. Grazie, a tutti, davvero. Bravi.

Ultra-Confidenza

Ultra Frame[®]

Una nuova generazione di estensori di flangia.

UltraFrame[®] è una alternativa rivoluzionaria agli attuali estensori di flangia in idrocolloide.

- Ultrasottile, trasparente e discreta
- La conformabilità e la traspirabilità forniscono alle persone portatrici di stomia grande comfort durante l'uso
- Libertà di movimento senza compromettere la sicurezza



Innovators in
Stomacare

Teleflex[®]

TELEFLEX RISPONDE

800-382643

numeroverde.it@teleflex.com

www.teleflex-homecare.it

COMPLESSO ESTROFIA-EPISPADIA: L'ESTROFIA DELLA VESCICA, CARATTERISTICHE, CORREZIONE E RICADUTE PSICO-SOCIALI

Maria Lago

Stomatoterapista e riabilitatrice del pavimento pelvico

INTRODUZIONE

L'estrofia della vescica, l'estrofia della cloaca e l'epispadia sono malformazioni rare che interessano l'apparato uro-genitale e che vengono raccolte sotto il nome di "Complesso estrofia-epispadia". Le malformazioni sono dovute alla diastasi congenita della parete inferiore addominale e della sinfisi pubica che permettono la estroversione (da qui la parola "estrofia") o rovesciamento verso l'esterno dei visceri cavi.

L'eziologia di queste malformazioni è stata attribuita ad una mancata crescita verso l'interno del mesoderma che rinforza la membrana cloacale. Quest'ultima è costituita da uno strato bilaminare localizzato nella parte caudale del disco germinativo che occupa la porzione infraombelicale della parete addominale. Dalla crescita ombelicale del mesoderma tra gli strati ectodermico ed endodermico della membrana cloacale, si formano i muscoli della parte inferiore dell'addome e le ossa pelviche. La membrana cloacale è soggetta a rotture premature: a seconda dell'estensione del difetto infraombelicale e dello stadio di sviluppo nel quale ciò si verifica, si può manifestare l'estrofia della vescica, della cloaca o un'epispadia.

L'incidenza media del complesso estrofia-epispadia è di circa 1/10.000 nati vivi, 1/30.000 per la forma classica di estrofia vescicale e 1/200.000 per l'estrofia della cloaca¹.

Questo articolo si focalizza sull'estrofia della vescica, sulla correzione chirurgica di questa anomalia congenita e sulle ricadute psichiche e sociali.

ESTROFIA DELLA VESCICA

L'estrofia della vescica si manifesta tendenzialmente nei figli di madri giovani e un aumento del rischio si osserva nella gravidanza più avanzata per l'estrofia della vescica ma non per l'epispadia.

La diagnosi ecografica prenatale di questa malformazione è possibile tra la 15^a e 32^a settimana di gestazione in funzione della severità del difetto e dell'esperienza dell'ecografista. Il fattore diagnostico da ricercare è la mancata visualizzazione della vescica fetale normalmente piena di liquido. La diagnosi certa è posta alla nascita².

L'estrofia vescicale classica è caratterizzata dalla presenza di una protuberanza rossastra situata tra l'ombelico, che è sempre dislocato caudalmente ed in continuità con la vescica, ed il pube. I meati uretrali sono situati nella porzione inferiore e drenano urina. Sottili bande di pelle traslucide, in sede paraestrofica, segnano il confine tra la pelle normale e la zona di metaplasia squamosa. All'ispezione del perineo questo appare breve ed ampio, l'ano è sempre anteriorizzato ma circondato da uno sfintere normocromofornato e funzionante. Nei maschi è sempre presente un'epispadia completa. Il pene risulta più corto rispetto al normale e con una curvatura dorsale (figura 1).

Nelle femmine si può trovare un clitoride bifido, che delimita il piatto uretrale. L'introito vaginale appare stretto ed è posto anteriormente al perineo. Poiché l'ano è posizionato anteriormente, il perineo appare accorciato. I genitali interni sono caratterizzati dalla cervice che si inserisce sulla parete vaginale superiore, vicino all'introito, risultando in una vagina corta e disposta orizzontalmente (figura 2).

L'anatomia e la funzionalità dell'utero e degli annessi sono normali. Il difetto del pavimento pelvico e dell'elevatore dell'ano, insieme all'assenza dei legamenti cardinali, predispone le donne a prolapsi vaginali o uterini nel 50 % dei casi¹.



Figura 1: bambino con estrofia classica della vescica



Figura 2: bambina con estrofia classica della vescica

ESTROFIA DELLA CLOACA

È la forma più grave del complesso estrofia-epispadia ed è caratterizzata dalla presenza di una placca estrofica suddivisa in due metà per la presenza al centro del cieco, anch'esso estrofico, che si continua in un colon rudimentale ed ano imperforato (2) (figura 3)



Figura 3: bambino con estrofia della vescica e della cloaca

EPISPADIA

Il difetto epispadico è determinato in entrambi i sessi da una posizione uretrale dorsale anomala, associata ad un arresto dello sviluppo, con mancata chiusura del piatto uretrale. Nel maschio si distingue un'epispadia glandulare, peninea e peno-pubica a seconda della posizione del meato uretrale (figura 4).

Nella femmina l'epispadia può essere lieve (con meato aperto), intermedia e grave in cui l'intera uretra è esposta fino al collo vescicale e sino ad esporre la mucosa della vescica prolapsata (figura 5).

In entrambi i sessi la parete addominale e l'ombelico sono sviluppati normalmente e la sinfisi pubica è chiusa. L'incontinenza urinaria sembra essere il principale sintomo clinico a causa del grado di coinvolgimento dello sfintere urinario¹.



Figura 4: bambino con epispadia Figura 5: bambina con epispadia

DESCRIZIONE DEI DIFETTI MUSCOLO-SCHELETRICI

Tutti i casi di estrofia presentano la caratteristica diastasi della sinfisi pubica causata dalla rotazione esterna delle ossa innominate relativa al piano sagittale, lungo le articolazioni sacroiliache. Si verifica inoltre la rotazione verso l'esterno o un'eversione dei rami pubici a livello della loro articolazione con le ossa ischiatiche ed iliache. Sono queste rotazioni deformi delle strutture scheletriche della pelvi che possono contribuire alla formazione di un pene piccolo e pendulo. Anche la rotazione verso l'esterno e la dislocazione laterale delle ossa innominate contribuiscono ad aumentare la distanza tra le ossa pubiche, un'andatura ondeggiante e la rotazione esterna degli arti inferiori di questi bambini che è di per sé causa di lieve invalidità.

Il riavvicinamento delle ossa pubiche diastasate non porta alcun vantaggio muscolo-scheletrico funzionale. Il difetto triangolare causato da una rottura prematura dell'anomala membrana cloacale viene occupato dalla vescica aperta. I difetto fasciale è limitato inferiormente dalla banda intersinfisica, che rappresenta il diaframma urogenitale divergente. La fascia anteriore dei muscoli retti, tentando di inserirsi sulla linea mediana, presenta una estensione a ventaglio posteriormente all'uretra e dal collo vescicale, che si inserisce nella banda intersinfisica. Nell'estrofia della vescica, la distanza tra ombelico ed ano è sempre ridotta¹.

L'anomalia scheletrica più evidente è la diastasi delle branche pubiche che è causata dalla rotazione verso l'esterno dell'osso iliaco, dall'eversione delle ossa pubiche e dalla riduzione in lunghezza del 30% delle branche pubiche. Ciò determina un appiattimento della pelvi con una retroversione degli acetaboli² (figura 6).



Figura 6: diastasi delle ossa pubiche

DESCRIZIONE DEI DIFETTI ANO-RETTALI

Il perineo è breve e ampio. L'ano situato direttamente dietro al diaframma urogenitale, è depiazzato anteriormente e corrisponde al limite posteriore del difetto fasciale triangolare. Il canale anale può essere stenotico e raramente termina in sede ectopica con una fistola rettovaginale o perineale. La stenosi anale viene trattata generalmente con dilatazioni; tuttavia nei rari casi di fistola rettovaginale è necessaria un'anoplastica. Lo sfintere

anale è anch'esso dislocato anteriormente e deve restare integro nel caso si rendesse necessaria, in futuro, una derivazione urinaria interna¹.

La divergenza dei muscoli elevatore dell'ano e pubo-rettale e l'alterata anatomia dello sfintere esterno contribuiscono a diversi gradi di incontinenza anale e di prolasso rettale. Nei pazienti estrofici non trattati che presentano un'ampia diastasi della sinfisi pubica, si verifica frequentemente un prolasso rettale, generalmente transitorio, che scompare sempre dopo la chiusura della vescica o dopo la cistectomia e la derivazione urinaria².

DESCRIZIONE DELLE ANOMALIE DELL'APPARATO URINARIO E RIPRODUTTIVO MASCHILE E FEMMINILE

L'anomalia dei genitali maschili è grave e può risultare l'aspetto più problematico della ricostruzione chirurgica indipendentemente dalla decisione di eseguire una chiusura a stadi o una derivazione urinaria. Nell'estrofia della vescica il singolo corpo cavernoso risulta generalmente di calibro normale; tuttavia il pene appare corto a causa dell'ampia separazione delle inserzioni crurali, della prominente corda dorsale e della breve doccia uretrale. La doccia uretrale può essere talmente corta e la corda dorsale del pene così accentuata che il glande può trovarsi localizzato adiacente al veru montanum. Un pene esteticamente e funzionalmente accettabile si può acquisire quando la corda dorsale viene liberata, la doccia uretrale allungata ed il pene allungato mobilizzando le inserzioni crurali sulla linea mediana. I vasi deferenti e i dotti eiaculatori sono normali a meno che non siano lesi iatrogenicamente: si ritiene generalmente che la fertilità non sia compromessa. L'innervazione autonoma dei corpi cavernosi è fornita dai nervi cavernosi che normalmente decorrono lungo il lato postero-laterale della prostata, attraversando il diaframma urogenitale e lungo o all'interno dell'uretra membranosa. Questi nervi autonomi sono dislocati lateralmente nei pazienti affetti da estrofia in modo che la potenza venga conservata in seguito alla chiusura della vescica, all'allungamento del pene e alla liberazione della corda dorsale¹.

Nelle femmine l'uretra e la vagina sono corte, l'orifizio vaginale è frequentemente stenotico e spostato anteriormente; il clitoride è bifido e le labbra, il pube ed il clitoride sono divergenti. L'utero, le tube di Falloppio e le ovaie sono normali tranne nei rari casi di duplicazione uterina.

In età adulta può essere necessario ricorrere alla dilatazione vaginale o all'episiotomia per avere rapporti sessuali. Il pavimento pelvico difettoso può predisporre ad un prolasso uterino rendendo necessaria una plastica correttiva¹.

Alla nascita la mucosa vescicale può apparire normale: sulla superficie vescicale però possono essere presenti mucosa intestinale ectopica o un'ansa intestinale isolata. La distensibilità e la funzione neuromuscolare della vescica estrofica, così come la grandezza del difetto fasciale triangolare in cui i muscoli vescicali si inseriscono, condizionano la decisione di tentare la chiusura funzionale. Quando la vescica è piccola, fibrosa, anelastica, la chiusura funzionale può risultare impossibile. Le vesciche che risultano in migliori condizioni possono essere invaginate o possono protrudere attraverso un piccolo difetto della fascia, evidenziando una capacità potenziale soddisfacente.

La vescica estrofica può risultare incapace di una normale funzione detrusoriale in quanto la funzione vescicale normale viene raggiunta nel 22% dei casi delle estrofie chiuse. Gli ureteri presentano un decorso ed orifizio anomalo. Il segmento distale

dell'uretere si avvicina alla vescica in un punto inferiore e laterale rispetto all'orifizio, sboccando nella vescica con angolazione pressoché nulla. Pertanto il reflusso nella vescica estrofica chiusa si verifica quasi nel 100% dei casi e richiede un successivo intervento chirurgico. Il reflusso persistente e l'infezione cronica possono essere causa dell'apparente insufficienza detrusoriale.

RICOSTRUZIONE CHIRURGICA A STADI DELL'ESTROFIA VESCICALE

Il trattamento di queste malformazioni è prettamente chirurgico con la correzione della vescica estrofica, dell'epispadia e della continenza urinaria, e recupero della cosmesi e della funzionalità dell'apparato genitale esterno.

La ricostruzione funzionale parte dalla convinzione che la vescica estrofica mantenga la stessa capacità potenziale di una vescica normale di contenere urina a bassa pressione, di svuotamento attivo e di protezione del tratto urinario superiore.

L'obiettivo principale nella chiusura funzionale di una classica estrofia della vescica consiste nella trasformazione dell'estrofia in un'epispadia completa con incontinenza preservando la funzionalità renale. La correzione dell'incontinenza e dell'epispadia verrà definito successivamente¹. Le potenzialità di successo della correzione devono essere valutate alla nascita individualmente. La dimensione e la capacità funzionale del detrusore sono dati importanti per il successo della chirurgia funzionale.

Non esiste correlazione tra l'apparente dimensione della vescica e la sua potenziale capacità: nei gradi minori di estrofia la vescica può risultare piccola ma può dimostrare una buona capacità sia distendendosi, quando il bambino piange, sia incavandosi se palpata con un dito. La stimolazione della vescica con un flusso di acqua fresca indica la capacità del detrusore a contrarsi e a rilassarsi, dimostrando l'integrità funzionale del muscolo stesso. Una volta rimosse dalla superficie vescicale l'irritazione ed i traumi ripetuti, la piccola vescica si allargherà e gradualmente aumenterà la propria capacità, anche se incontinente o con una resistenza allo sbocco. Da una vescica estrofica che presenta alla nascita una capacità di 3 ml o più e che dimostra avere elasticità e contrattilità, ci si può aspettare uno sviluppo di dimensioni e di capacità adeguate successive alla chiusura.

Una piccola placca vescicale fibrosa, tesa tra i due margini di un piccolo difetto fasciale triangolare, senza elasticità né contrattilità non può essere selezionata per un tipico intervento chirurgico di chiusura. Altre condizioni che precludono la chiusura primaria della vescica comprendono: la duplicazione penineo-scrotale, l'intestino ectopico all'interno della vescica estrofica, una vescica ipoplasica ed una significativa idronefrosi.

La chiusura in epoca neonatale, anche quando la vescica risulta essere piccola, consente un successivo accertamento del potenziale vescicale e fornisce uno stadio iniziale per la ricostruzione dei genitali.

Una delle tecniche chirurgiche di riparazione maggiormente utilizzata in questi anni è quella in tre stadi. Lo svantaggio di eseguire l'intera ricostruzione in un unico tempo consiste nel fatto che una complicanza può compromettere l'intero intervento ricostruttivo.

Il primo stadio prevede la chiusura della vescica estrofica alla nascita entro le prime 72 ore di vita senza alcun tentativo di ottenere una resistenza al collo vescicale si evita così la metaplasia della mucosa vescicale esposta ai fattori ambientali. A seconda dell'età del paziente al momento della chiusura e dell'ampiezza della diastasi della sinfisi pubica, la ricostruzione viene eseguita isolando la placca estrofica dai muscoli retti addominali fino

alla sinfisi pubica diastasata. Qui si identificano i legamenti pubo-vescicale e pubo-uretrale che sono completamente separati dalle branche ischio pubiche fino al piatto dell'elevatore dell'ano. S'incannulano i meati ureterali, si chiude la vescica e l'uretra posteriore in duplice strato attorno ad un catetere Nelaton 6 Ch. Si richiudono quindi le branche pubiche e i muscoli retti addominali. Il bambino viene posizionato in una amaca o in una speciale culla per 30-40 giorni, fino all'avvenuta saldature delle branche pubiche.

Il secondo stadio consiste nella ricostruzione dei genitali e avviene all'età di 6-9 mesi nei maschi mentre questa fase per le femmine è inclusa nella prima procedura chirurgica.

Infine si esegue la ricostruzione del collo vescicale ed è bene attendere che la vescica raggiunga una capacità minima di 60-80 ml. È inoltre necessario che il bambino sia in grado di collaborare al training riabilitativo postoperatorio. Solitamente la plastica del collo non viene effettuata prima dei 4-5 anni.

I bambini estrofici presentano un'anomala conformazione del bacino con appiattimento del cingolo pelvico e diastasi delle ossa pubiche più o meno marcata che possono ostacolare la correzione chirurgica dell'anomalia congenita. Si ricorre allora all'osteotomia che facilita l'approssimazione della sinfisi pubica, la chiusura più sicura della parete addominale, il posizionamento più profondo di tutta la vescica nel bacino, consentendo di ridurre i rischi di deiscenza della parete addominale e della vescica, e di migliorare la continenza. Essa consiste nella rottura del tessuto di continuità osseo, ovvero una frattura controllata dell'osso seguita da una sintesi in nuova posizione. Questo intervento viene eseguito contemporaneamente alla chiusura vescicale (figura 7).

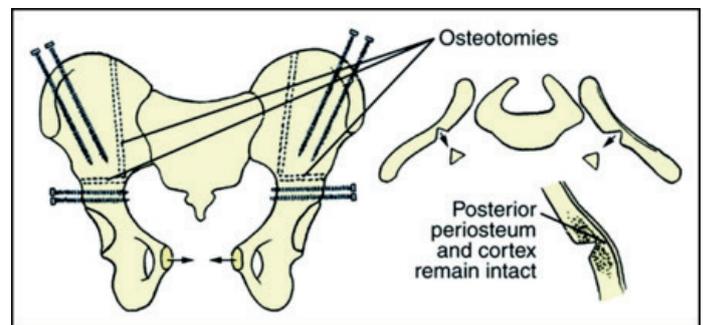


Figura 7: osteotomia

Nelle migliori casistiche la continenza si ottiene nell'80% dei casi verso l'infanzia. Un buon numero di pazienti, specialmente dopo l'infanzia, per evitare il rischio di danni renali a causa delle frequenti infezioni urinarie, per correggere l'incontinenza o l'incapacità di un completo svuotamento vescicale autonomo, ricorre ad autocateterizzazione *per uretram* oppure attraverso una stomia dopo ampliamento vescicale che prevede un appendico-vescicostomia con il tratto intestinale appendicolare (o dell'ileo) creando poi una stomia cutanea denominata Mitrofanoff laterale o preferibilmente in zona ombelicale (figura 8).

Per quanto riguarda la ricostruzione dell'apparato genitale maschile è molto importante una tecnica chirurgica corretta al fine



Figura 8: autocateterismo in stoma secondo Mitrofanoff

di evitare eccessive cicatrici e lesioni vascolari che possono portare ad un'incorreggibile deviazione del pene. In alcuni pazienti maschi è possibile ritrovare una ridotta funzione riproduttiva dovuta agli interventi chirurgici stessi e agli effetti post-infettivi.

La ricostruzione genitale femminile comprende la plastica vaginale, del clitoride, del monte di Venere, la valvuloplastica, e la ridistribuzione corretta del pelo pubico. Le femmine raggiungono risultati cosmetici più soddisfacenti rispetto ai maschi e la loro fertilità rientra nella norma³.

La continenza viene raggiunta in una percentuale variabile dal 60% al 90% dei casi a seconda del tipo di intervento utilizzato. Vi è una grande diversità tra pazienti che mingono spontaneamente per uretra con intervalli di almeno 3 ore, restando asciutti sia di giorno che di notte, e quelli che restano asciutti solo di giorno, magari con una piccola protezione e quelli che sono continenti ma con il cateterismo intermittente, eventualmente associato ad ampliamento vescicale e derivazione urinaria continente. Il numero dei pazienti continenti dopo un solo intervento o alla fine degli interventi previsti nella ricostruzione per stadi non supera il 50%. Ciò significa che molti dei pazienti necessiteranno, nel tempo, di terapia farmacologica e di ulteriori interventi più o meno invasivi per raggiungere la continenza.

Il follow-up deve prevedere una valutazione semestrale o annuale della capacità vescicale, della normalità delle alte vie urinarie, dello stato di continenza mediante tenuta di un diario minzionale, eventualmente mediante uno studio video-urodinamico per valutare il rapporto volume-pressione, comparsa di ristagno o di fuga d'urina.

L'ampliamento vescicale, unito alla vescicostomia continente secondo Mitrofanoff ed al riconfezionamento di un collo vescicale ipercontinente, potrebbe essere la miglior soluzione².

ASPETTI PSICOLOGICI, SOCIALI E DISFUNZIONI SESSUALI

Alcuni problemi psicosociali, psicosessuali e sociali sono età specifici. Per esempio la insoddisfazione dell'aspetto dei genitali è il predittore somatico di problemi mentali nei pazienti giovani, mentre la funzionalità della continenza urinaria è il predittore somatico nei soggetti adulti. Per gli adolescenti sono molto importanti l'immagine corporea, l'autostima, la sessualità e la funzione sessuale. Le persone di sesso maschile sembrano soffrire maggiormente per questi aspetti rispetto ai soggetti femminili: tendono ad avere minori relazioni intime rispetto alle femmine, probabilmente a causa della cosmesi dell'apparato genitale, e, in età più adulta, per la difficoltà di far accettare al partner manovre non naturali per mantenere la continenza.

Dal punto di vista sociale possono incontrare problemi di inserimento lavorativo per le difficoltà di trovare un impiego dove sia permesso assentarsi più volte durante il lavoro (per il cateterismo), così come durante l'anno per visite mediche di controllo o interventi chirurgici.

Il paziente estrofico si trova a non riconoscere il proprio corpo, a non percepirsi come uomo/donna, a non accettarsi, e ciò può portare ad un profondo stato di depressione che talvolta sfocia in atti di suicidio come descritto da Reiner e coll.: nel loro studio del 2006 riportarono che questa malformazione sembra essere associata a significative vulnerabilità cliniche per disturbi d'ansia nei bambini⁴. Una pubblicazione successiva degli stessi autori (2008) concludeva che nell'estrofia classica c'è una tendenza clinicamente significativa (14.9 % su 121 pazienti) di sviluppare atteggiamenti suicidi nei bambini, adolescenti e adulti soprattutto di sesso maschile. In un sottoinsieme di pazienti più grandi (38

pazienti con età >14 anni) 11 hanno sperimentato l'ideazione del suicidio, 2 hanno tentato il suicidio e uno lo ha portato a termine⁵. Le conseguenze di una chirurgia ricostruttiva dei genitali maschili e femminili può avere delle implicazioni a lungo termine come difficoltà nell'accettazione dell'immagine corporea, minor autostima, disfunzioni sessuali, difficoltà nella procreazione.

Mathews e coll. (2003) hanno esplorato i problemi uro-ginecologici e ostetrici di donne con complesso estrofia-epispadia e conclusero che di 83 donne adulte (56 con estrofia classica, 13 con epispadia, 14 con estrofia della cloaca), 16 erano sessualmente attive e 8 avevano portato avanti 13 gravidanze con successo. Sei donne soffrivano di dispareunia, 10 hanno dichiarato di provare l'orgasmo. Altre 5 donne hanno ammesso di avere un'occasionale attività sessuale inibita principalmente dalla insoddisfazione dell'apparenza dei loro genitali. La chirurgia ricostruttiva dell'apparato genitale aumentava la soddisfazione dal punto di vista estetico dei genitali esterni in alcuni soggetti ma la funzionalità sessuale spesso era alterata⁶.

Uno studio multicentrico di Park e coll. (2015) che tratta la funzionalità sessuale in pazienti adulti (13 femmine e 39 maschi con età media di 31 anni) con estrofia vescicale classica riporta che il 50% delle donne e il 92% dei maschi si masturba. Il 50% delle donne inoltre accusa dispareunia, l'85% dei maschi lamenta dolore durante l'erezione, il 67% delle donne ha provato l'orgasmo e il 72% dei maschi è in grado di avere un'eiaculazione. La maggior parte dei pazienti viveva la propria sessualità in modo soddisfacente e aveva delle relazioni stabili⁷.

Gli adolescenti con complesso estrofia-epispadia hanno significative difficoltà fisiche e mentali (dovute alla deformità dell'apparato genito-urinario e, in alcuni casi, all'incontinenza fecale) che impattano negativamente sulla loro salute mentale. Nella tarda adolescenza, quando la relazione col sesso opposto diviene particolarmente importante, i maschi sembrano più colpiti da questi disturbi rispetto alle femmine. I primi hanno una relazione meno intima rispetto a quest'ultime, forse perché incontrano maggiori difficoltà nel trattare questioni riguardanti l'attività sessuale e l'apparato genitale, così come provano ansia per quanto riguarda le anomalie fisiche (la lunghezza del pene, il fatto che si deformi durante l'erezione) e, in età più adulta, diventa più difficile per il sesso opposto accettare metodi innaturali per affrontare l'incontinenza. I pazienti estrofici spesso trovano difficoltà a riconoscere il loro corpo, non si sentono uomini/donne e non si accettano. Ad ogni modo, esistono studi che provano l'efficacia di strategie di coping e la capacità di ottenere una buona qualità di vita⁸.

CONTINENZA E QUALITÀ DI VITA

I maggiori report in letteratura che descrivono gli outcomes nei bambini nati con estrofia vescicale, dichiarano che più del 70% dei casi è possibile il raggiungimento della continenza svuotando la vescica ogni 3 ore o più, nonostante la scelta della ricostruzione, i pazienti che rimangono continenti da adulti sono circa il 40%⁹.

L'incontinenza parziale o totale nei bambini può causare serie difficoltà nella vita sociale (frequentare la scuola, imparare un mestiere, raggiungere l'autonomia). Circa l'80% delle incontinenze urinarie nei bambini è dovuta ad una disfunzione nelle svuotamento o malformazioni congenite. Le rimanenti 20% sono dovute a traumi iatrogeni sull'innervazione della vescica. Nel caso di una capacità ridotta della vescica, alta pressione o poca compliance, dopo che i trattamenti conservativi non hanno ottenuto successo, la terapia disponibile è l'ampliamento vescicale (o sostituzione) con un tratto di stomaco o di intestino omologhi o con nuove

tecniche ingegneristiche attraverso l'uso di altri materiali. Queste procedure garantiscono vari vantaggi, ma anche possono verificarsi delle complicanze. Quest'ultime variano in base al tipo di tratto gastro-intestinale utilizzato, ed i pazienti che si sottopongono a tali interventi necessitano di continui follow-up nel corso della vita¹⁰.

Un report condotto in vari dipartimenti di chirurgia urologica pediatrica in Francia del 2010 tratta la qualità di vita in 25 pazienti adulti con complesso estrofia-epispadia e di età compresa tra 20 e 53 anni (15 hanno subito la ricostruzione, 10 la derivazione urinaria). Per quanto concerne la continenza lo studio la definisce tale quando l'intervallo nel quale il paziente rimane asciutto e può partecipare alle attività di vita quotidiana come la scuola o il lavoro, è maggiore di 2 ore. Solamente il 40% si poteva definire continente e la maggior parte manifestava complicanze come pielonefriti, litiasi, insufficienza renale.

La valutazione della qualità di vita dimostra score inferiori rispetto alla norma per quanto riguarda la percezione della salute in generale e le capacità fisiche. È interessante notare che pazienti con derivazione urinaria esterna riportano migliori punteggi nella salute psicologica rispetto ai pazienti che sono stati sottoposti a ricostruzione, ma con un periodo di continenza inferiore a 2 ore. Questo dato sottolinea il fatto che rimanere asciutti, seppur con intervalli inferiori a due ore, è un criterio molto importante di buona qualità di vita, più del tipo di intervento al quale si è stati sottoposti¹¹. Una recente revisione sistematica sottolinea che l'incontinenza urinaria è il fattore che maggiormente influisce negativamente sulla qualità di vita¹².

Uno studio ha valutato gli outcome a lungo termine (20 anni di follow-up) e sottolinea che le nuove tecniche ed i nuovi approcci multidisciplinari hanno migliorato di molto la qualità di vita di questi pazienti ma che, nonostante ciò, persistono sentimenti di inadeguatezza (per l'estetica e la funzionalità sessuale, per l'incontinenza), bassa autostima, difficoltà nelle relazioni, che variano nel corso della vita con incremento durante l'adolescenza¹³.

BIBLIOGRAFIA

1. Gearhart JP, Jeffs RD. Estrofia della vescica, epispadia ed altre anomalie vescicali. "In: Walsh PC et al. Urologia di Campbell". Edizione 2 Roma: Verduci; 1993.
2. Rigamonti W, Rigamonti N, Di Grazia M. Estrofia Vescicale, Epispadia. "In: Lima M, Ruggeri G. Chirurgia Pediatrica". Vol. 1 Napoli: Edises; 2015. 438-448.
3. Di Grazia M, Rigamonti W. Le malformazioni urogenitali complesse: la presa in carico chirurgica e psicologica del bambino-adolescente e della famiglia. Medico e Bambino pagine elettroniche 2014;17(8) https://www.medicoebambino.com/?id=IPS1408_10.html
4. Reiner WG, Gearhart JP. Anxiety disorders in children with epispadias-exstrophy. Urology 2006;68(1):172-4.
5. Reiner WG, Gearhart JP, Kropp B. Suicide and Suicidal Ideation in Classic Exstrophy. The Journal of Urology 2008; 180: 1661-4.
6. Mathews RI, Gan M, Gearhart JP. Urogynaecological and obstetric issues in women with the exstrophy-epispadias complex. BJU International 2003; 91:845-49.
7. Park W, Zwink N, Rösch WH, Schmiedeke E, Stein R, Schmidt et al. Sexual function in adult patients with classic bladder exstrophy: A multicenter study. J Pediatr Urol. 2015;11(3): 125.
8. Di Grazia M, Pellizzoni S, Tonegatti LG, Rigamonti W. Psychosexual development management of bladder exstrophy epispadias in complex patients. J Pediatr Urol. 2017;13(2): 199.e1-199.e5.
9. Baird AD. Exstrophy in the adolescent and young adult population. Semin Pediatr Surg. 2011;20(2):109-12.
10. Vajda P, Kispal Z, Lenart I, Farkas A, Vastyán AM, Pinter AB. Quality of life: urinary bladder augmentation or substitution in children. Pediatr Surg Int. 2009;25(2):195-201.
11. Wittmeyer V, Aubry E, Liard-Zmuda A, Grise P, Ravasse P, Ricard J et al. Quality of life in adults with bladder exstrophy-epispadias complex. J Urol. 2010;184(6):2389-94.
12. Dellenmark-Blom, M, Sjöström, S, Abrahamsson, K et al. Health-related quality of life among children, adolescents, and adults with bladder exstrophy-epispadias complex: a systematic review of the literature and recommendations for future research. Qual Life Res 2019; 28: 1389-1412.
13. Gupta AD, Goel SK, Woodhouse CR, Wood D. Examining long-term outcomes of bladder exstrophy: a 20-year follow-up. BJU Int. 2014 Jan;113(1):137-41.

Socializziamo su Facebook

The image shows a screenshot of the Facebook page for AIOSS (Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomatologia). The page header includes the profile name, a search bar, and navigation icons for Home, Crea, and a notification bell. The main content area displays a large group photo of the association's members. Below the photo are interaction buttons: 'Ti piace', 'Pagina seguita', 'Condividi', and 'Fai una donazione'. The page also shows navigation tabs for 'Pagina', 'Posta', 'Eventi', 'Notifiche', 'Insights', 'Strumenti di...', and 'Altro'.



BodyFit
Technology®



Scopri un adesivo che si adatta alla forma del tuo corpo in ogni situazione

Vi presentiamo SenSura Mio, disegnato per una ottimale adesione al corpo e per una grande discrezione per tutte le persone stomizzate.

Il nuovo SenSura Mio offre nuovi benefici che possono aiutarti a vivere meglio con la stomia. SenSura Mio si basa sul nostro approccio all'innovazione centrato sull'utilizzatore.

Chiamiamo questo approccio Body Fit Technology®: è dedicato allo sviluppo di soluzioni che si adattano in maniera ottimale alle forme del corpo.

Un numero gratuito e una mail dedicati dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 18.

Servizio assistenza tecnica **800.064.064**, e-mail: **chiam@coloplast.it**

Aut min del 28 Febbraio 2014 - 17108 / Aut min del 6 Luglio 2015 - 812

Seguici su



 **Coloplast**

SenSura® Mio

I GRUPPI DI SUPPORTO PER PAZIENTI PORTATORI DI STOMIA COME STRUMENTO PER L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA E LA RIABILITAZIONE: QUALI EVIDENZE E QUALE PRATICA?

INDAGINE CONOSCITIVA PRESSO GLI AMBULATORI DI STOMATERAPIA DELLE REGIONI EMILIA ROMAGNA, VENETO E PIEMONTE

Lorenzo Zampinetti^a, Antonio Valenti^b, Michele Reveane^c

a. Infermiere stomaterapista del Centro Riabilitazione Stomizzati dell'AUSL di Reggio Emilia-IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova.

b. Infermiere stomaterapista del Centro per la Cura delle Stomie dell'AO Mauriziano "Umberto I" di Torino.

c. Infermiere stomaterapista presso l'Ambulatorio Stomie degli ospedali "S. Martino" di Belluno e "S. Giovanni Paolo II" di Pieve di Cadore e tutor del Master in "Assistenza al paziente stomizzato e incontinente" dell'Università degli Studi di Padova.

Background L'educazione terapeutica del paziente stomizzato presuppone che i professionisti della salute siano oltre che curanti, degli educatori. Tra le tecniche collettive che possono essere praticate per aumentare l'efficacia del percorso educativo-riabilitativo, vi è l'utilizzo di un particolare tipo di gruppo denominato gruppo di supporto (GS).

Obiettivo Indagare quanti Centri per persone con stoma conducono GS e con quali modalità nelle regioni Emilia Romagna, Veneto e Piemonte.

Materiali e metodi Si è somministrata, telefonicamente o in riunioni ufficiali, un'intervista semi strutturata, nei mesi di giugno e luglio 2019, al personale di 88 centri per stomizzati.

Risultati L'intervista è stata somministrata a 62 degli 88 centri esistenti e contattati (70,4% di risposta): 9 in Emilia Romagna, 14 nel Veneto e 39 in Piemonte. Solo in 7 centri (11,3%) è attivo un GS. Nel 100% dei casi è presente uno stomaterapista o come conduttore (71% dei casi) o in affiancamento come professionista sanitario. In genere il gruppo si riunisce con frequenza mensile e il numero di partecipanti si aggira tra 7 e 15. Rilevante la presenza delle associazioni (42%) e dello psicologo (71%). Il 95% degli intervistati vorrebbe partecipare a un gruppo ma esprime difficoltà nella loro organizzazione ospedaliera.

Conclusioni Gli aspetti di educazione terapeutica, di supporto del paziente e di family coaching non possono più essere messi da parte a discapito di competenze tecniche e il ruolo dello stomaterapista si dovrà modificare per rispondere alle esigenze dei propri pazienti anche attraverso la modalità del GS, ancora troppo poco presente nei territori esaminati.

Key words Self-Help Groups; ostomy; nurse; therapeutic education.

INTRODUZIONE

Secondo Jean Philippe Assal la medicina è vittima del suo stesso successo. Infatti, nei Paesi occidentali i progressi in campo medico, sia sul versante terapeutico che preventivo, associati al miglioramento delle condizioni di vita, di nutrizione e di igiene, hanno portato ad una riduzione significativa delle principali cause di malattia e di morte che hanno caratterizzato i secoli precedenti¹. Allo stesso tempo, però, si è riscontrato un altrettanto significativo aumento delle patologie croniche, nonché del numero di anni vissuti dai pazienti con almeno una patologia cronica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la gestione della malattia cronica come la sfida del ventunesimo secolo per coloro che si occupano di salute².

La malattia cronica determina una rivoluzione all'interno della medicina, poiché non solo non si può più parlare di guarigione, ma la buona riuscita della terapia non dipende più solo dall'efficacia del farmaco o dalle abilità del medico e degli operatori della salute, bensì dalla conoscenza che il paziente ha della sua condizione e da quanto è in grado di gestirla³.

Esistono fondamentalmente due gruppi di pazienti. Il primo si caratterizza per una logica di *abbandono* ai curanti. Ne risulta un abuso di medicinali, analisi e trattamenti, il ricorso frequente ai medici ai quali il paziente si "sottomette" in cambio della promessa di guarigione (*locus of control* esterno).

Il secondo gruppo si differenzia per una logica di *gestione*. È disponibile ad una presa in carico dei propri problemi di salute, ricerca attivamente informazioni e risorse, secondo un percorso che va dal ricorso a mezzi semplici di trattamento (autome-

dicazione) sino alla decisione finale di consultare un medico, cui però non è disponibile a delegare le scelte (*locus of control* interno). Apparentemente il secondo gruppo è maggiormente pronto ad aderire a percorsi di educazione terapeutica, mentre il primo deve essere portato gradualmente ad autoresponsabilizzarsi³.

Il processo attraverso il quale il paziente si appropria del suo problema di salute è detto "empowerment". Si tratta di una trasformazione personale, identitaria, al termine della quale il sentimento di sicurezza, di accettazione della sua immagine, il senso del controllo, le esigenze della malattia sono integrate in una riconciliazione con se stessi⁴.

Questa trasformazione è possibile solo se i curanti accettano di trasferire una parte importante del loro sapere e di aiutare il paziente a sviluppare alcune competenze che richiamano differenti campi tassonomici come quello cognitivo. Non tutte hanno lo stesso grado di complessità e richiedono di conseguenza un investimento in termini di durata e di risorse educative differenti. È noto che a queste competenze qualificate di autocura si devono aggiungere competenze dette di adattamento alla malattia (competenze psicosociali). Inoltre è altresì importante che il paziente diventi anche in grado di educare la sua rete sociale, di farla partecipare alla gestione della sua malattia, di comunicare con altri pazienti (telefono, internet, gruppi). Molti di questi elementi rappresentano gli obiettivi fondamentali di quella che in ambito sanitario viene definita "educazione terapeutica"^{5,6} processo che *dovrebbe permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia e a migliorare la sua qualità*

di vita e di coloro che lo circondano”⁷.

Il nuovo concetto di educazione terapeutica presuppone che i professionisti della salute siano oltre che curanti, degli educatori, e che l'intero processo sia concepito come un modello, dove vi sia, l'identificazione dei bisogni del paziente attraverso un processo di negoziazione (contratti educativi) e la scelta di metodi e di tecniche pedagogiche determinata dalla corrente pedagogica di riferimento e dalle competenze che devono essere sviluppate⁸.

È dunque importante conoscerli e tenere conto di certe leggi e principi dell'apprendimento quando si decide la strategia pedagogica da mettere in atto nel programma di educazione. Ad esempio, grazie al contributo di Malcolm Shepherd Knowles, si è scoperto che gli adulti di solito cercano una risposta concreta al loro problema ed attribuiscono molta importanza all'esperienza personale. Sono favorevoli a una pedagogia attiva, basata sul lavoro in piccoli gruppi. Apprezzano lo studio di casi, le simulazioni, le tavole rotonde, i momenti di scambio e di condivisione di esperienze con altri pazienti e con la creatività (espressione pittorica, atelier di scrittura)⁹.

Tra le tecniche di “apprendimento” considerate utili in molti contesti, vi sono tecniche collettive basate sull'interazione di gruppo tra i pazienti e i sanitari, oppure tra i pazienti medesimi, di solito condotte o animate dagli operatori della salute. Si tratta di tecniche finalizzate alla trasmissione di conoscenze e abilità tramite la loro elaborazione e discussione collettiva¹⁰.

L'educazione di un gruppo è vantaggiosa sul piano del tempo e delle risorse, inoltre permette lo scambio di esperienze tra pazienti e può favorire il processo di cambiamento. Fornisce la possibilità di creare un ambiente in cui le esperienze emotive possano essere riconosciute ed espresse liberamente e rappresenta il luogo dove si può superare l'isolamento e la stigmatizzazione¹¹.

La coesione di gruppo facilita la messa in comune dei propri vissuti relativamente alla malattia con i significati che essa assume per ciascun membro del gruppo, diviene così possibile parlare delle proprie angosce, insicurezze, impotenze, dipendenza e perdita di controllo e consente la condivisione di risorse psicoemotive dei partecipanti garantendo la possibilità di un lavoro di elaborazione e di cambiamento anche in coloro che, singolarmente, non dispongono di risorse adeguate¹².

GRUPPI DI SUPPORTO

Tra le tecniche collettive che possono essere usate dai sanitari per aumentare l'efficacia del percorso educativo-riabilitativo, vi è l'utilizzo di un particolare tipo di gruppo denominato gruppo di supporto (GS). Già da tempo gli studi hanno riportato i vantaggi della partecipazione a GS organizzati per pazienti affetti da varie patologie croniche¹³⁻¹⁵.

Si tratta di un'esperienza consolidata e ampiamente utilizzata, ed è stata documentata in svariati ambiti disciplinari tra i quali l'oncologia, la cardiologia, la ginecologia, l'immunologia, la geriatria, la salute mentale, l'assistenza neonatale, i trapianti d'organo e le violenze di genere.

Il GS non è direttamente finalizzato all'acquisizione di conoscenze, anche se può contribuire a rinforzarle, insomma non si tratta di una “classe” con al vertice un insegnante e gli studenti sullo sfondo: si propone piuttosto di sviluppare un miglioramento della qualità di vita, dovuto all'aumento di interazioni tra pari che si verifica nel gruppo e che si traduce in un sostegno psicosociale, anche se, in alcuni casi, la partecipazione può anche essere associata ad un maggior controllo della patologia cronica e ad un'efficace cura di sé¹⁶.

GRUPPI DI SUPPORTO: DEFINIZIONE E ORGANIZZAZIONE

Qualsiasi programma che riunisca le persone con diagnosi o problemi simili ai fini dell'apprendimento, la condivisione ed il sostegno reciproco può essere considerato un GS. In genere assumono una delle due forme organizzative:

- gruppi di sostegno psico-educativi diretti da professionisti che di solito sorgono presso ospedali e cliniche sanitarie;
- gruppi di sostegno tra pari, in cui la *leadership* e il coordinamento sono forniti da professionisti e volontari, in un ruolo non direttivo.

Anche se i termini sono usati spesso in modo interscambiabile, i GS differiscono dai gruppi di auto-aiuto; quest'ultimo di solito è facilitato da un sopravvissuto di una patologia e la leadership è condivisa tra i membri del gruppo¹⁷.

I GS presentano una serie di caratteristiche strutturali e funzionali basati su modelli pratici e teorici. I partecipanti di solito si incontrano per un predefinito numero di sessioni, per un tempo predeterminato, sotto la guida di uno o più facilitatori professionali o quasi professionali. Gli incontri di gruppo sono dedicati a due importanti tipi di attività: l'istruzione e/o formazione offerta dal facilitatore professionale che convoca il gruppo, e lo scambio di esperienze tra i partecipanti.

I GS sono disponibili in diversi formati; alcuni gruppi sono a tempo indeterminato (di solito i pari-guidati), mentre altri hanno un determinato tempo di servizio (di solito i professionalmente-guidati); alcuni gruppi sono aperti a nuovi membri in qualsiasi momento (di solito i pari-guidati), mentre altri sono chiusi ai nuovi membri dopo la prima settimana di servizio (di solito i professionalmente-guidati). Il facilitatore o conduttore oppure *leader* del gruppo può essere: 1) un professionista sanitario (infermiere, psicologo, assistente sociale ecc.), in questo caso viene chiamato gruppo professionalmente-guidato; 2) un paziente sopravvissuto alla malattia (gruppo pari-guidato)¹⁰.

Un ampio studio descrittivo condotto nel 2010 nel Regno Unito, i GS professionalmente-condotti, avevano una durata di servizio minore rispetto ai pari-guidati. I ricercatori avevano intervistato 315 conduttori di gruppi: quelli professionalmente-guidati erano spesso condotti da donne più giovani, con una occupazione lavorativa, con un alto livello di istruzione (spesso infermiere), rispetto ai GS pari-guidati che, al contrario, avevano una storia di servizio più lunga, venivano guidati da sopravvissuti alla malattia, senza occupazione lavorativa (spesso pensionati), facenti parte di comitati o associazioni. Inoltre tali gruppi avevano la possibilità di offrire, rispetto al servizio classico dei professionalmente-guidati, l'aggiunta di visite a domicilio e supporto telefonico. Non si riscontravano sostanziali differenze per quanto riguarda le dimensioni del gruppo (in media 19 partecipanti), per la frequenza degli incontri (mensile), per la durata delle sessioni (circa due ore), e per le modalità di conduzione¹⁸.

Sempre nello studio britannico, la maggior parte dei bisogni di formazione individuati dai conduttori si concentrava su temi relativi all'amministrazione dei gruppi: raccolta fondi, marketing, problemi infrastrutturali, coinvolgimento di professionisti della salute¹⁸.

Altri bisogni raggruppavano temi relativi a come fornire supporto e informazioni: aggiornamenti medici, elaborazione del lutto, capacità di ascolto, processi di gruppo¹⁹.

Diversi autori concordano sul fatto che la formazione per adempiere al ruolo di *leader* in modo efficace sia necessaria per tutti i conduttori di gruppo a prescindere se questi abbiano qualifiche professionali o esperienza personale di malattia^{19,20}.

L'infermiere stomaterapista nel percorso del paziente, è adatto per svolgere il compito di conduttore e/o facilitatore dei GS in quanto può seguire il paziente attraverso un *continuum* di cura: dalla consulenza preoperatoria alla padronanza postoperatoria delle abilità tecniche gestionali ed eventuale accettazione e piena integrazione nella vita quotidiana. Percorso che nasce nei *setting* di cura per acuti ma che si può allargare ai contesti territoriali in una piena integrazione²¹.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Lo studio ha lo scopo di indagare gli ambiti e le modalità di utilizzo dei GS tra i pazienti con stoma e di descrivere le esperienze in atto in svariati centri di cura presenti in alcune regioni italiane.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

L'ambito esperienziale in questo contesto di ricerca si presta poco a studi di tipo quantitativo in quanto le indagini vertono più sulle emozioni e i vissuti degli attori coinvolti.

Varie esperienze, in prevalenza Nord Americane, riguardano GS per pazienti con stomia e sono denominati "OSG: ostomy support group". Il primo OSG organizzato al mondo è stato formato presso l'Ospedale Mount Sinai, nel 1950, attraverso gli sforzi di un chirurgo e dei pazienti stessi. Più tardi, gruppi simili furono istituiti in altre località. Questi gruppi avevano due funzioni principali:

- psicologico: rassicurazione e comprensione da altri pazienti prima e dopo l'operazione con consigli su come trattare se stessi e gli altri.
- didattico: istruzioni sui dettagli della gestione dello stoma; informazioni per i chirurghi sulla posizione corretta e altri dettagli su come modellare una stomia; informazione al pubblico sull'esistenza e sui bisogni dei pazienti portatori di stomia.

Anni dopo, due chirurghi organizzarono una convention di OSG nelle maggiori aree di New York City, New Jersey e Connecticut, presso la New York Academy of Medicine fino allo sviluppo della United Ostomy Association. Negli anni successivi furono progressivamente delegate le funzioni educative agli stomaterapisti, anche all'interno degli OSG²².

Cross nel 2010 afferma che la partecipazione di uno stomaterapista ad un OSG è un'eccellente strategia per massimizzare l'adattamento descrivendo come i pazienti si muovono più rapidamente attraverso le fasi del dolore, accettazione della stomia, quando interagiscono e condividono con gli altri simili esperienze. Inoltre ella può ottenere supporto dall'ospedale per utilizzare gli spazi per riunioni, servizi di stampa, spedizione e parcheggio. La loro esperienza risale al 1979 e si è andata espandendo sempre più arrivando a coinvolgere più tipologie di pazienti di ogni fascia d'età e specialisti clinici. Sono organizzati vari eventi associativi e condivisione di esperienze tra pazienti e anche il ritorno di immagine per gli ospedali è notevole a fronte di bassi costi. Inoltre, attraverso il programma di formazione della associazione, alcuni di questi si occupano di affiancare i nuovi pazienti. Le attività degli OSG integrano ed espandono quelle professionali e questa pratica è fortemente supportata dalle associazioni²³.

Concetti già espressi da Mowdy nel 1998, indice della forte esperienza americana, descrivendo come il promuovere un senso di coesione, aiutare i membri a fornire sostegno reciproco, rafforzamento positivo dei comportamenti ed istruzione dia ampi risultati, anche se in quegli riferisce di percentuali di adesione intorno al 25% dei nuovi pazienti²¹.

Nichols nel 2011, in un'indagine descrittiva trasversale nel Nord

America e nel Regno Unito su 560 pazienti con stoma, descrive relazioni tra QOL, disponibilità di un supporto emotivo e connettività sociale. I risultati non stabiliscono una causa-effetto, e fornisce un'ulteriore prova che l'isolamento sociale all'interno di questa popolazione esiste e che può essere associata a bassi livelli di QOL e supporto emotivo, al contrario di coloro che riescono invece a mantenere una buona socialità²⁴.

Un'esperienza cinese multicentrica è stata condotta da Hu e coll. (2014) su 129 pazienti con colostomia per indagare la QOL, l'adattamento alla nuova condizione, la capacità di self-care e il grado di supporto sociale (Ostomy Adjustment Scale, Exercise of Self-Care Agency Scale e Perceived Social Support Scale). Gli autori concludevano che la capacità di autogestione e il livello di supporto sociale erano correlati positivamente alla capacità di adattamento alla nuova condizione. La mancata partecipazione ad un OSG insieme con altri fattori come essere una casalinga, essere incapace di gestire lo stoma e dover pagare da soli le spese sanitarie era associato a bassi livelli di adattamento ($p < 0,05$)²⁵.

Nel 2014 Karabulut e coll. hanno messo a confronto un gruppo di 23 pazienti, assegnato a un OSG con un programma strutturato su temi di adattamento per 6 settimane, con un gruppo di 27 pazienti che riceveva l'assistenza standard. Il gruppo sperimentale si riuniva settimanalmente per circa 90 minuti. I risultati delle scale di autovalutazione sull'adattamento psicosociale alla stomia (Ostomy Adjustment Inventory e Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self-Report Scale) hanno indicato l'efficacia delle interazioni di gruppo programmate. Inoltre livelli di adattamento maggiori si sono verificati in pazienti portatori di stomia permanente (permanenza stomia ≥ 61 mesi), con livello di istruzione elevato, genere femminile e alta capacità di autocura. Sulla base di questo studio si suggerisce che i programmi di interazione di gruppo dovrebbero essere inclusi nelle pratiche infermieristiche per migliorare le cure della stomia e della patologia. Si è anche affermato che i SG guidati da un infermiere stomaterapista possono facilitare l'adattamento psicosociale del suddetto e quindi un miglioramento della qualità di vita²⁶.

Mota e coll. (2015) hanno ricercato i fattori che potevano facilitare la transizione dalla dipendenza all'autonomia nella gestione dello stoma in 27 pazienti con stomia permanente. Il contatto con altre persone stomizzate era uno dei fattori che facilitava questo processo insieme al supporto della famiglia e dell'équipe curante, e al sostegno economico da parte del governo per la fornitura degli ausili stomali²⁷.

A conclusioni analoghe è arrivato Ayaz-Alkaya (2019) dopo una revisione della letteratura che evidenzia e ribadisce come siano rilevanti i problemi psicosociali e identifica nel ruolo dell'infermiere e dei GS uno strumento per ridurre questa condizione di disagio²⁸.

RICERCA

Materiali e metodi

Si tratta di uno studio descrittivo riguardante la presenza di GS in alcuni centri di stomaterapia di 3 regioni italiane (Emilia Romagna, Veneto e Piemonte), la loro modalità di gestione ed accesso.

L'indagine è stata condotta telefonicamente o in riunioni ufficiali nei mesi di giugno e luglio 2019 proponendo una intervista semi strutturata composta da 11 quesiti che indagavano la presenza di GS, i tempi e le modalità di accesso, il numero medio di pazienti, le caratteristiche generali dei partecipanti e il responsabile della conduzione (vedi allegato 1).

Le risposte date dai primi 5 centri sono servite per valutare la validità, coerenza e comprensione delle domande.

I centri sono stati selezionati tenendo conto di alcuni criteri di inclusione: centri per la cura delle stomie delle regioni scelte, presenza di uno stomaterapista nel centro.

Sono stati esclusi i centri che non hanno dato il consenso all'esecuzione dell'intervista.

Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati inseriti in un database creato con Microsoft Excel che ha permesso anche la loro elaborazione e sintesi attraverso la statistica descrittiva.

Risultati

Sono stati contattati 88 centri di stomaterapia: rispettivamente 23 in Emilia Romagna, 26 nel Veneto e 39 in Piemonte. Sono risultati irreperibili 13 centri in Emilia Romagna e 11 nel Veneto. Sono stati invece tutti raggiunti i centri del Piemonte. Solo uno dei centri rimasti del Veneto non ha voluto rispondere perché non autorizzato dalla propria azienda; uno in Emilia Romagna ha rifiutato di rispondere. Complessivamente la risposta è stata del 70,4%. La selezione del campione è descritta nella tabella 1.

Tabella 1: centri di stomaterapia che hanno fatto parte del campione

Regioni	N. centri selezionati	N. centri esclusi	N. centri responder (%)
Emilia Romagna	23	14	9 (39,1%)
Veneto	26	12	14 (53,8%)
Piemonte	39		39 (100%)
Totale	88	26	62 (70,4%)

La composizione del campione è illustrata nella figura 1.

Solo in 7 centri (11,3%) esiste in modo strutturato un GS per pazienti stomizzati (vedi figura 2).

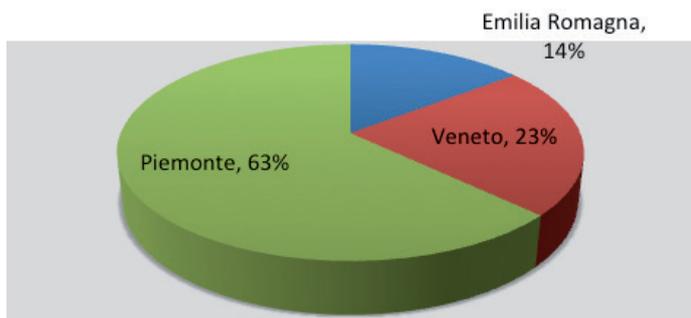


Figura 1: Composizione del campione che ha risposto all'indagine

L'accesso ai GS è libero nel 71% dei casi, nel 14% avviene tramite CUP e nel rimanente 14% su invito dello stomaterapista.

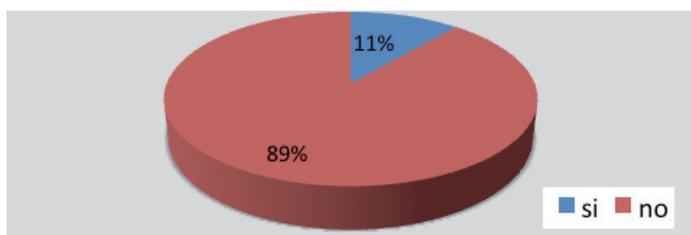


Figura 2: Centri in cui sono presenti GS per persone con stoma

I gruppi si riuniscono con frequenza mensile nel 57% dei casi,

il 28% con frequenza settimanale e occasionale nel resto del campione (vedi figura 3) e sono composti da 7-14 persone nel 71% dei casi, in numero inferiore a 7 nel 14% e tra 15 e 20 pazienti nel restante 14% dei centri (vedi figura 4).

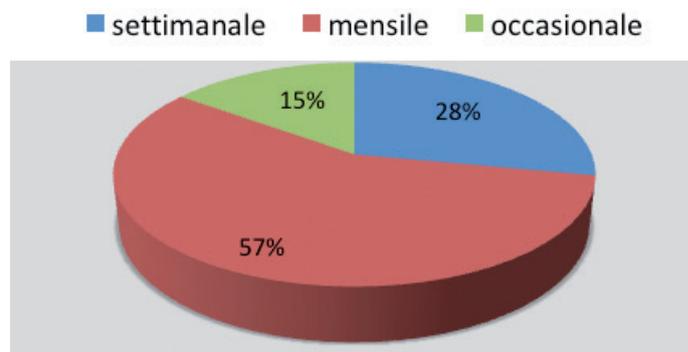


Figura 3: Frequenza degli incontri dei GS

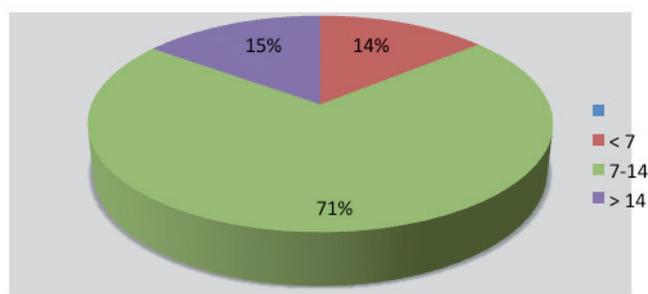


Figura 4: numerosità dei GS

I partecipanti sono per la maggior parte degli ultrasessantacinquenni.

Nel 71% dei casi la patologia che ha portato al confezionamento della stomia è quella neoplastica seguita dalle malattie infiammatorie intestinali.

I gruppi risultano condotti da stomaterapisti nel 71% dei casi o da psicologi.

Altre figure professionali si affiancano al conduttore: in 5 centri (71%) si tratta di uno psicologo, in 4 centri (57%) altre figure professionali, in 2 centri (28%) è presente anche un nutrizionista e in 1 centro (14%) un chirurgo o un counselor.

È comunque sempre presente uno stomaterapista.

L'85% degli intervistati ha convenuto che il SSN debba offrire ai pazienti portatori di stomia la possibilità di frequentare dei GS e il 95% ha espresso il desiderio di partecipare ad un GS o ad associazioni di pazienti con stoma ma riferiscono in genere forti ostacoli di natura organizzativa.

Inoltre nel 42% dei casi nel GS sono presenti le associazioni dei pazienti in qualità di sponsor e di partecipanti.

DISCUSSIONE

Un gruppo di sostegno composto da 6-12 membri è facilmente governabile; gruppi più numerosi potrebbero rivelarsi difficili da gestire a causa delle possibili svariate esigenze dei partecipanti. Allo stesso modo gruppi inferiori a 6 potrebbero difettare di sufficienti risorse per definire ed identificare obiettivi e strategie del gruppo medesimo. Quindi l'infermiere facilitatore in fase di costruzione del gruppo deve garantire che il GS rispetti i parametri appena citati, inoltre per essere efficace deve servire anche da educatore, attraverso sessioni di informazioni condivise, inviti e partecipazioni di altri professionisti della salute (chirurghi,

psicologi, oncologi, medici, assistenti sociali) o appartenenti ad altre categorie (per es. fornitori di materiali per stomie).

Le informazioni possono essere condivise anche attraverso l'utilizzo di newsletter o siti Internet²⁹. L'infermiere facilitatore deve assistere il gruppo nel sottoporsi ad autovalutazione. Questa valutazione è concepita per determinare l'efficacia del gruppo nel soddisfare le aspettative individuali e collettive allo scopo di garantire il continuo successo o, qualora fosse necessario, effettuare delle modifiche. L'adesione e la partecipazione può essere condizionata positivamente dall'impegno attivo e proficuo dell'infermiere facilitatore e dei suoi membri. Una volta che un paziente comincia a partecipare regolarmente è più probabile che rimanga nel gruppo anche dopo aver raggiunto il difficile adeguamento alla nuova condizione di stomizzato²⁷.

Gli argomenti descritti e trattati in letteratura trovano in parte riscontro nei risultati dell'indagine, che tuttavia evidenzia un numero di GS attivi estremamente basso nelle regioni esaminate.

Il ruolo di *leader* e le caratteristiche dei gruppi sono coerenti con quelli sopradescritti ma il numero di casi limita e non permette di giungere a conclusioni.

Si deduce dalle interviste fatte che nella maggior parte dei casi gli stomaterapisti nutrono interesse e sensibilità verso i GS e riferiscono di aver pensato di parteciparvi. Inoltre dal confronto si apprezza che se fossero istituiti nella propria azienda probabilmente vi parteciperebbero. Solo due intervistati riferiscono di non sapere se parteciperebbero a un GS o a un'associazione di pazienti stomizzati.

In molte realtà le associazioni svolgono incontri con pazienti stomizzati, in altri centri sono presenti psicologi, finanziati dalle associazioni stesse. Le uniche resistenze nei confronti dei GS dimostrate dagli stomaterapisti sono relative ad aspetti organizzativi: infatti molti hanno espresso il desiderio di implementare una simile risorsa nella loro realtà, ma non era possibile per carenza di risorse umane e strutturali. Nella regione Piemonte, dopo la somministrazione del questionario, è nata la volontà di creare e far conoscere gruppi a supporto di pazienti stomizzati, ed è argomento di confronto negli incontri della rete di professionisti stomaterapisti.

CONCLUSIONI

Dai risultati della ricerca bibliografica, e in particolare da due studi^{26,27}, si evince che la partecipazione ai GS può migliorare la qualità di vita e l'adattamento alla nuova condizione dei pazienti. Inoltre si aggiunge che gli strumenti di educazione terapeutica di questo tipo dovrebbero essere inclusi nelle pratiche infermieristiche.

Tuttavia la maggior parte degli studi sono di natura descrittiva e non stabiliscono causa ed effetto, ma forniscono prove della loro bontà di utilizzo.

Lo studio effettuato è solo l'inizio di un cambiamento che si ritiene necessario per i concetti sopra espressi.

Un futuro sviluppo potrebbe essere chiedere ai pazienti stomizzati se parteciperebbero a un GS, e sarebbe ancora più interessante sapere il motivo di un rifiuto per poter così conoscere le loro resistenze.

La forte riorganizzazione e decentrazione dei servizi, la ospedalizzazione sempre più ridotta, la necessità sempre più marcata di utilizzare le risorse in modo ottimale, il progressivo definanziamento del Sistema Sanitario Nazionale, la crescente esigenza dei pazienti di essere protagonisti nella preservazione della propria salute e nelle scelte terapeutiche, tutti questi fattori impongono un cambiamento nel ruolo dello stomaterapista. Gli aspetti

di educazione terapeutica, di supporto del paziente e di family coaching non possono più essere messe da parte a discapito di competenze tecniche.

Attività finalizzate a responsabilizzare il paziente, fargli assumere un ruolo attivo e renderlo il più autonomo possibile sono ormai prioritarie, anche per limitare il più possibile le prestazioni a bassa complessità assistenziale per così favorire l'assistenza a più alto indice di complessità ed aumentare la job satisfaction. La mancanza di esperienza degli infermieri verso questo approccio, il basso livello di collaborazione tra i professionisti della salute (oncologi, psicologi, infermieri, chirurghi), il bisogno percepito di competenze specifiche necessarie per svolgere questo tipo di intervento sono d'altra parte alcuni dei limiti che viviamo come professionisti.

Maggiori studi sarebbero necessari per capire quale formazione specifica sia necessaria per adempiere al ruolo di *leader* nel modo più efficace possibile e con quali risultati.

Questi concetti nascono non solo dalle ricerche effettuate ma anche dal confronto con colleghi di realtà differenti: l'evoluzione di questa società deve spingere i professionisti sanitari a capire che occorre indurre le persone ad adottare dei cambiamenti importanti e stabili nella loro vita al fine di ridurre i rischi correlati alle patologie croniche. L'infermiere deve saper governare la funzione educativa, suo specifico professionale, e perciò deve essere formato in maniera specifica e messo nelle condizioni migliori per far emergere questa funzione.

L'infermiere specialista in stomaterapia dovrebbe diventar sempre più un facilitatore di cambiamento di stile di vita appropriato alla nuova condizione clinica del paziente al fine ultimo di migliorarne la qualità di vita.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Assal JP. Revisiting the approach to treatment of long term illness: from the acute to the chronic state. A need for educational and managerial skills for long-term follow-up. *Patient Education and Counseling* 1999; 37: 99-111.
- 2 World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic condition 2005.
- 3 Assal JP. Bridges, why and from where to where? *Patient Education and Counseling* 1995; 26: 11-15.
- 4 Aujoulat I, Luminet O, Deccache A. The perspective of patients on their experience of powerlessness. *Qual Health Res* 2007; 17: 772-785.
- 5 Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One*. 2017 Oct 17;12(10):e0186458.
- 6 Giraudet JS. Therapeutic education of patients and relatives. *Rev Prat*. 2018 Oct;68(8):819-28.
- 7 Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio Regionale per l'Europa. Considerazioni generali in Programmi di formazione continua per operatori sanitari nel campo della prevenzione delle patologie croniche. Rapporto di un Gruppo di Lavoro OMS 1998.
- 8 D'ivernois JF, Gagnayre R. Un approccio pedagogico 3. In: *Educare il paziente*. 3. ed. it. Milano: McGraw-Hill; 2009; 3: 24-28.
- 9 D'ivernois JF, Gagnayre R. Approccio pedagogico dell'educazione terapeutica del paziente. In: *Educare il paziente*. 3. ed. it. Milano: McGraw-Hill; 2009; 3: 37-38.
- 10 Hoey LM, Sutherland G, Williams PA, White V. Comparing the needs of health professional and peer cancer support group facilitators in an Australian context. *European Journal of Cancer Care* 2011; 20: 87-92.

- 11 Yaskowich KM, Stam HJ. Cancer narratives and the cancer support group. *J Health Psychol* 2003; 8: 720-737.
- 12 Cella DF, Yellen SB. Cancer support groups: the state of the art. *Cancer Pract* 1993; 1: 56-61.
- 13 Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J, Koopman C, Miller E, DiMichele S et al. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer* 2007; 110(5):1130-8.
- 14 Weis J. Support groups for cancer patients. *Support Care Cancer* 2003;11(12):763-8.
- 15 Lauckner HM, Hutchinson SL. Peer support for people with chronic conditions in rural areas: a scoping review. *Rural Remote Health* 2016;16(1):3601.
- 16 Markovitz JT, Laffel LMB. Transitions in care: support group for young adults with Type 1 diabetes. *Diabet Med* 2012; 522-525.
- 17 Johnson J. An overview of psychosocial services. Resources for healing. *Cancer Nursing* 2000; 23(4): 310-313.
- 18 Stevinson C, Lydon A, Amir Z. Characteristics of professionally-led and peer-led cancer support groups in the United Kingdom. *J Cancer Surviv* 2010; 4:331-8.
- 19 Zordan RD, Juraskova I, Butow PN, Jolan A, Kirsten L, Chapman J et al. Exploring the impact of training on the experience of Australian support group leaders: current practices and implications for research. Blackwell Publishing Ltd *Health Expectations* 2010; 13: 427-440.
- 20 Zordan R, Butow P, Kirsten L, Charles M, Hobbs K, Batterby E. Supporting the supporters: a randomized controlled trial of interventions to assist the leaders of cancer support groups. *Journal of Community Psychology* 2015; 43: 261-77.
- 21 Mowdy S. The role of the WOC nurse in an ostomy support group. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 1998;25(1):51-4.
- 22 Lyons AS. Ileostomy and colostomy support groups. *Mt Sinai J Med.* 2001; 68(2):110-2 .
- 23 Cross HH, Hottenstein P. Starting and maintaining a hospital-based ostomy support group. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2010; 37(4): 393-396.
- 24 Nichols TR. Social connectivity in those 24 months or less post-surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011; 38(1): 63-68.
- 25 Hu A, Pan Y, Zhang M, Zhang J, Zheng M, Huang M, Ye X, Wu X. Factors influencing adjustment to a colostomy in Chinese patients: a cross-sectional study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2014;41(5):455-9.
- 26 Karabulut H, Dinc L, Karadag A. Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study. *Journal of Clinical Nursing* 2014; 23: 2800-13.
- 27 Mota MS, Gomes GC, Petuco VM, Heck RM, Barros E JL, Gomes VL. Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: subsidies for nursing. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(1): 80-6.
- 28 Ayaz-Alkaya S. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. *Int Wound J.* 2019;16(1):243-9.
- 29 Yeaton W. The development and assessment of valid measures of service delivery to enhance inference in outcome-based research: Measuring attendance at self-help group meetings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62(4): 686-94.

Allegato 1

Intervista

1) Nel vostro Centro di Cura è attivo un gruppo di supporto per i pazienti portatori di stomia?

- a) Sì (continua con domande dalla 2 alla 9)
b) No (rispondi alla domanda 10 e 11)

2) Quali sono le modalità di accesso?

- a) Accesso libero
b) Su indicazione dello stomaterapista
c) Tramite CUP \ segreteria
d) Altro

3) Con quale tempistica vengono effettuati gli incontri?

- a) Settimanale
b) Bi settimanale
c) Mensile
d) Altro

4) Quanti pazienti partecipano in media al vostro gruppo?

- a) Fino a 6
b) Da 7 a 14
c) Da 15 a 20
d) Più di 20

5) Mediamente quale fascia d'età è più presente durante gli incontri (1 sola risposta)?

- a) Tra 18 e 39 anni,
b) Tra 40 e 59 anni,
c) Da 60 a 75 anni,
d) Da 75 anni a 100 anni

6) Qual è la causa principale di confezionamento della stomia dei pazienti partecipanti al gruppo?

- a) Patologie neoplastiche
b) Malattie infiammatorie
c) Fistole
d) Malattie diverticolari
e) Altre patologie

7) Da chi è condotto il vostro gruppo di supporto?

- a) Stoma terapeuta
b) Psicologo
c) Nutrizionista
d) Chirurgo
e) Altra figura professionale (specificare)

8) Da quali figure professionali è composto?

- a) Stoma terapeuta
b) Psicologo
c) Nutrizionista
d) Chirurgo
e) Altre figure professionali

9) Ritieni che il servizio sanitario debba offrire dei gruppi di supporto per i pazienti portatori di stomia?

- a) Sì
b) No
c) Non saprei
Se alla domanda 1 ha risposto NO

10) Ha mai pensato di partecipare ad un gruppo di supporto o associazione di pazienti portatori di stomia?

- a) Sì
b) No

11) Se fosse istituito un gruppo di supporto per pazienti portatori di stomia nella sua AUSL, parteciperebbe?

- a) Sì
b) No
c) Non so

DAL LOCKDOWN ALLE NUOVE LINEE DI DEMARCAZIONE DELLA RICERCA: COME CAMBIA L'ASSISTENZA E IL PRENDERSI CURA DELLE PERSONE CON STOMIA

Antonio Valenti, *Torino* - Assunta Scrocca, *Roma*

Nel dicembre 2019 viene segnalato per la prima volta in Cina un nuovo coronavirus, poi denominato COVID-19, che ha causato la pandemia mondiale e tutti siamo testimoni degli sconvolgimenti che questa diffusione ha comportato. Allo stato dell'evoluzione della epidemia di coronavirus è impossibile formulare qualsiasi valutazione sul suo impatto economico, che sarà con tutta probabilità molto serio, ma dipenderà da più variabili che al momento non sono disponibili: in primo luogo la durata dell'epidemia nel nostro paese, i provvedimenti di contenimento disposti dal Governo, le misure di stimolo per l'economia adottate in Italia e auspicabilmente anche a livello europeo, la diffusione del virus nel resto d'Europa e del mondo.

A prescindere dall'impatto economico senza dubbio preoccupante, i provvedimenti di contenimento e le indicazioni del ministero della salute hanno cambiato radicalmente le nostre abitudini quotidiane, non solo famigliari ma anche e soprattutto lavorative. Le priorità quotidiane anche per noi operatori, hanno assunto dimensioni diverse, ma anche la solitudine che è derivata dall'isolamento sociale, ha innescato nelle persone, abitudini e consuetudini poco utilizzate in passato, ad esempio l'accurata attenzione all'igiene delle mani, o l'utilizzo dei social per il lavoro, ma anche la ricerca e l'informazione hanno assunto una certa priorità negli interessi degli operatori sanitari.

In ambito stomaterapico, ad oggi, la letteratura scientifica non si è occupata della condizione specifica, ma possiamo trarre alcune indicazioni da campi a noi affini. Recenti evidenze descrivono la presenza del virus all'interno del tratto intestinale e nel materiale fecale al punto che si consiglia l'uso di protezioni individuali per gli operatori sanitari in corso di endoscopia e di porre attenzione al rischio di trasmissione orofecale¹. Uno dei sintomi descritti nei pazienti affetti è la dissenteria, che ad esempio per un paziente portatore di ileostomia può comportare un rischio elevato di disidratazione.

La presenza del virus sulle superfici è ben documentata con tempi di permanenza diversi a seconda dei materiali e della temperatura ambientale. Infatti possono persistere su superfici inanimate come metallo, vetro o plastica fino a 9 giorni, ma può essere inattivato dalle procedure di disinfezione delle superfici con etanolo al 62-71%, perossido di idrogeno allo 0,5% o ipoclorito di sodio allo 0,1% in 60 secondi. Altri agenti biocidi come benzalconio cloruro o clorexidina digluconato sono meno efficaci². Ne deriva la necessità di interventi educativi sulle norme igienico comportamentali per i soggetti di interesse.

Alcune patologie preesistenti comportano un rischio ulteriore per i pazienti di eventi avversi come quelle oncologiche o per i pazienti affetti da malattie infiammatorie intestinali. Questi rappresentano la popolazione più ampia in ambito stomaterapico. La riduzione degli accessi ospedalieri ai soli casi urgenti e alle terapie e visite improcrastinabili, i follow up o consulenze telefoniche hanno avuto validi risultati in termini di morbilità³, ma come per altre condizioni di salute questo potrebbe avere ripercussioni sul riconoscimento di complicanze in atto.

La letteratura si è anche interrogata sugli effetti psicologici della pandemia e del lockdown descrivendo sintomi di stress post-traumatico, confusione e rabbia. I fattori di stress includevano una maggiore durata della quarantena, paure di infezione, frustrazione, noia, forniture

inadeguate, inadeguata informazioni, perdite finanziarie e stigmatizzazione. Alcuni ricercatori hanno suggerito effetti a lungo termine. In situazioni in cui la quarantena è ritenuta necessaria questa deve essere in atto non oltre il dovuto, fornendo informazioni chiare e garantire forniture sufficienti⁴.

Le associazioni di pazienti, in risposta a questi aspetti, hanno portato avanti varie istanze e forme di supporto per i loro iscritti, verificando l'apertura degli ambulatori, segnalando le difficoltà, fornendo informazioni così come le ditte produttrici che ad oggi non hanno fatto mancare nulla ai propri clienti nonostante le oggettive difficoltà. Questo approccio è ripreso anche nelle forme associative di altre nazioni come ad esempio l' United Ostomy Associations of America.

Dall'inizio del lockdown il Centro per la Cura delle Stomie dell'AO Mauriziano di Torino, prendendo spunto dalle indicazioni della letteratura, ha mantenuto intatta l'apertura del servizio e di concerto con la Direzione Sanitaria ha istituito una procedura per il rinnovo delle prescrizioni terapeutiche via mail. A questo abbiamo associato, previa stesura di una procedura aziendale, un follow up telefonico che ha permesso ai pazienti di mantenere i contatti con tutti gli specialisti dedicati del Team, rilevare problematiche e fornire vicinanza e supporto. Allo stesso tempo si sono fornite informazioni sulle norme igienico comportamentali. Per i pazienti con problematiche urgenti si sono istituiti percorsi "puliti" e osservato le norme di protezione e sanificazione raccomandate. I risultati di questo approccio sono oggetto di studio.

Una cara collega ha scritto questa riflessione *"assistere i nostri pazienti senza utilizzare l'espressione viva o poterlo fare solo in parte, studiare i movimenti che fino a due mesi fa venivano naturali, anche ad occhi chiusi, non poter abbracciare una persona che ha bisogno del nostro conforto... questo e molti altri aspetti mi hanno fatto perdere una sicurezza acquisita in anni di lavoro rimettendo in discussione il mio concetto di prendersi cura"*.

La condivisione degli approcci, l'applicazione delle evidenze e la messa in discussione dei modelli di cura e dei rapporti, sono solo alcuni degli elementi da discutere all'interno della categoria professionale e irrinunciabile momento di confronto con gli altri attori di questi percorsi.

BIBLIOGRAFIA

1. Wong SH, Lui RN, Sung JJ. Covid-19 and the digestive system. *J Gastroenterol Hepatol*. 2020 Mar 25.
2. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect*. 2020 Mar;104(3):246-251.
3. Mao R et al; Chinese Society of IBD, Chinese Elite IBD Union; Chinese IBD Quality Care Evaluation Center Committee. Implications of COVID-19 for patients with pre-existing digestive diseases. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020 May;5(5):426-428.
4. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):912-920.

SICUREZZA, PRATICITÀ E DISCREZIONE.

CAPSULA Be1

PER LA GESTIONE DELLE COLOSTOMIE

Il **70%**¹

dei pazienti si sente
sicuro quando lo
indossa.

Il **75%**¹

dei pazienti che ha provato
Be1 afferma di **"aver
ripreso il controllo"**
del proprio corpo.

Il **79%**¹

dei pazienti che ha
provato **Be1 non
avverte rumori**
provenire dallo stoma.

B. Braun Milano S.p.A. | Divisione OPM | Via V. da Seregno, 14 | 20161 Milano | Italia
Tel 02 662181 | Fax 02 66218357 | www.bbraun.it



L'EMPATIA: ABILITA' RELAZIONALE NEGLI STUDENTI DI INFERMIERISTICA

STUDIO OSSERVAZIONALE CROSS SECTIONAL

Rachele Socci, Rachele Ortolani, Mara Marchetti, Maurizio Mercuri
Università Politecnica delle Marche

ABSTRACT

Obiettivo: Nelle relazioni d'aiuto sono indispensabili empatia, accettazione positiva, autenticità e ascolto attivo. Le abilità relazionali necessitano di formazione specifica.

Lo studio vuole valutare il livello di empatia negli studenti infermieri e se aumenta nel corso del triennio.

Materiali e metodi: Dopo una revisione della letteratura si è condotto uno studio cross-sectional somministrando il questionario JSE-HPS agli studenti della Triennale e a quelli del I anno Magistrale.

Per l'analisi dei dati ci si è avvalsi delle funzioni di Excel.

Risultati: Sono stati compilati 152 questionari.

Il livello di empatia è costante e aumenta in alcuni items grazie alle esperienze in reparto, sempre più frequenti con l'avanzare del percorso e ai laboratori relazionali, oltre che alle nozioni teoriche apprese.

Conclusioni: Lo studente possiede, già dal I anno, un buon livello di empatia, fondamentale per erogare un'assistenza efficace e valida e per attuare relazioni d'aiuto, che migliorano la prognosi dei pazienti e aumentano il loro grado di soddisfazione.

INTRODUZIONE E SCOPO

L'empatia è un'abilità sociale di fondamentale importanza e rappresenta uno degli strumenti di base di una comunicazione interpersonale efficace e gratificante.

Nelle relazioni interpersonali è una delle principali porte d'accesso agli stati d'animo e al mondo dell'altro. Grazie a essa si può non solo afferrare il senso di ciò che asserisce l'interlocutore, ma si coglie anche il significato più recondito: questo ci consente di espandere la valenza del messaggio, cogliendone elementi che spesso vanno al di là del contenuto semantico della frase ed esplicitandone la metacomunicazione, cioè quella parte veramente significativa del messaggio, espressa dal linguaggio corporeo, che è possibile decodificare proprio grazie all'ascolto empatico.

L'empatia è strettamente connessa alla sospensione del giudizio e di ogni forma di interpretazione: è la capacità di comprendere gli stati emotivi dell'altro e di accettarli così come sono, cioè unici e irripetibili.

Fra paziente e infermiere si instaura una relazione, condizione necessaria affinché venga messo in atto un percorso assistenziale. Essa è influenzata da entrambi i componenti che ne fanno parte, dalla loro personalità e dalle loro caratteristiche: ognuno di questi porta, nello spazio comune della relazione, parte del proprio essere condividendo pensieri, emozioni e stati d'animo. La relazione assume una posizione di notevole rilievo nella normativa che costituisce la figura dell'infermiere in Italia: nell'articolo 1 comma 2 del Profilo Professionale, l'assistenza infermieristica viene definita "di natura tecnica, relazionale ed educativa", così come nel nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere del 2019, all'art. 4: "*Nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo [...] Il tempo di relazione è tempo di cura*".

L'empatia è considerata, pertanto, un prerequisito essenziale per una pratica infermieristica efficace e per comprendere olisticamente la prospettiva del paziente.

Non solo una forma di conoscenza, ma un'abilità che può essere praticata e in cui si può diventare esperti, l'empatia è fatta di osservazione, ascolto, introspezione e riflessione.

È indubbio che i pazienti preferiscano trovarsi di fronte un professionista sanitario non soltanto ben preparato ma anche empatico, ovvero disposto ad ascoltare, a capire i loro stati d'animo e, se necessario, a lanciare uno sguardo comprensivo, a dire una parola di conforto, ad allungare la mano per un contatto emotivo.

La letteratura suggerisce che la persona empatica non solo comprende, ma condivide e partecipa allo stato emotivo dell'altro: si delinea, quindi, sia una dimensione cognitiva che una dimensione affettiva dell'empatia. Le due dimensioni sono considerate entrambe determinanti al fine di generare una risposta empatica.

Oltre a queste due componenti ne interviene una terza, quella motivazionale: l'esperienza di empatizzare con una persona che sta soffrendo, infatti, rappresenterebbe una motivazione per mettere in atto comportamenti di aiuto. L'effetto motivante dipende dal fatto che condividere l'emozione dell'altro, soccorrendolo, fa provare a chi aiuta uno stato di benessere.

Il Corso di Laurea in Infermieristica si propone di preparare lo studente, futuro infermiere, ad attuare interventi di natura tecnica, relazionale ed educativa.

È nel rapporto paziente-infermiere che si esplicita la professionalità di quest'ultimo, che intraprende con l'assistito una relazione d'aiuto finalizzata all'individuazione dei suoi bisogni e a un percorso di educazione e di crescita.

Affinché questo rapporto abbia modo di svilupparsi, indispensabili risultano essere alcuni prerequisiti: l'empatia, l'accettazione positiva, l'autenticità e l'ascolto attivo.

Le abilità relazionali necessitano, per poter essere apprese e sviluppate, di una specifica formazione così che esse possano essere fatte proprie dallo studente infermiere e utilizzate per poter attuare una relazione d'aiuto valida ed efficace sia durante il tirocinio clinico formativo che nelle future esperienze lavorative. Questo studio cerca di mettere in risalto l'importanza dell'empatia per gli studenti infermieri nella pratica clinica e nella relazione con il paziente e i caregivers, e il loro livello empatico.

Gli obiettivi dello studio condotto sono essenzialmente due: il primo è quello di valutare il livello empatico degli studenti infermieri del canale B del CdL in Infermieristica (sede di Ancona) e

di quelli del I anno del CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Il secondo obiettivo è quello di valutare se il livello empatico aumenta durante il percorso universitario.

MATERIALI E METODI

Dopo una accurata revisione della letteratura, è stato condotto uno studio osservazionale di tipo cross-sectional sugli studenti infermieri attraverso la somministrazione di un questionario, suddiviso idealmente in tre parti:

- 1) la prima destinata alla raccolta dei dati socio-demografici e di carriera. Gli studenti dovevano indicare il loro paese di provenienza, genere, età, anno di corso, scuola superiore frequentata (le opzioni di risposta disponibili erano Liceo classico; Liceo Scientifico; Liceo Artistico, Linguistico e Psico-pedagogico; Istituti Tecnici-Professionali), la valutazione finale della scuola superiore, libri letti negli ultimi tre mesi (le opzioni di risposta disponibili erano Nessuno; 1; 2; 3; > 3);
- 2) nella seconda parte veniva proposto un caso clinico simulato, da leggere prima di compilare l'ultima;
- 3) la terza parte del questionario era dedicata alla compilazione della Jefferson Scale of Empathy-Health Professional Student (JSE-HPS), contenente 20 items, ai quali si doveva rispondere mediante una scala Likert a sette score: 1 = fortemente in disaccordo - 7 = fortemente d'accordo.

In questa indagine il campione era costituito dagli studenti di I, II e III anno del CdL in Infermieristica (sede di Ancona) e dagli studenti di I anno del CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Si è preso in considerazione il gruppo di studenti di I anno come "punto zero" poiché, al momento della somministrazione del questionario, non avevano iniziato il tirocinio clinico formativo e, quindi, non avevano ancora avuto esperienze empatiche dirette. Questo spiega perché si è deciso di inserire, prima della compilazione della JSE-HPS, un caso clinico simulato: lo scopo era quello di aiutare lo studente a immedesimarsi nella situazione e a rispondere ai 20 items in maniera più congrua possibile al suo sentire.

Il gruppo degli studenti del I anno del CdL Magistrale, invece, si è considerato come "punto di arrivo", in quanto la formazione di primo livello è stata completata.

Gli studenti hanno partecipato su base volontaria.

Il consenso informato è stato assunto nel momento stesso in cui lo studente ha deciso di prendere parte allo studio, compilando il questionario.

Il questionario è stato compilato da un totale di 152 studenti.

I dati sono stati elaborati in forma anonima.

La Jefferson Scale of Empathy (JSE) è stata riconosciuta come uno strumento con una base probatoria sufficiente per supportarne l'uso.

La validità della scala, nel contesto italiano, è stata valutata da un gruppo di esperti, come riportato nello studio "Psychometric properties of the Jefferson Scale of Empathy-Health Professional Student's version: An Italian validation study with nursing students".

Questo strumento è stato sviluppato per soddisfare la crescente necessità di valutare l'empatia di studenti e professionisti delle strutture sanitarie.

La versione della Jefferson Scale of Empathy-Health Professional Student (JSE-HPS) è stata specificamente progettata per

essere somministrata a studenti di professionisti della sanità, compresi gli studenti infermieri.

Per l'analisi dei dati è stato realizzato un foglio Excel, comprensivo di legenda e griglia.

Ci si è avvalsi della formula "frequenza" per la parte relativa ai dati socio-demografici e di carriera, e "media" per gli items della JSE-HPS.

RISULTATI

I risultati fanno riferimento ai 152 questionari compilati dagli studenti.

Dall'analisi dei dati socio-demografici e di carriera risulta che il 95% del campione proviene dall'Italia; il 71% è di genere femminile; il 71% ha un'età compresa tra i 20-30 anni; il 38% frequenta il I anno del CdL in Infermieristica (Grafico 1); il 43% ha frequentato precedentemente un Liceo Scientifico e il 38% ha ottenuto una valutazione finale compresa tra i 71-80/100; il 43% ha letto un libro negli ultimi tre mesi.

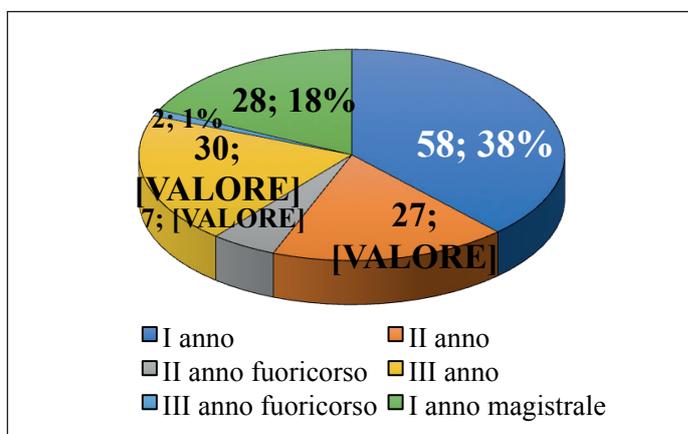


Grafico 1: suddivisione del campione per anni di corso

In riferimento alla parte "Lavoratore dal", dedicata esclusivamente agli studenti del I anno del CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, è emerso che la media degli anni di lavoro è di 3.3, tenendo in considerazione il numero dei neo-laureati e la giovane età degli studenti, a parte qualche eccezione. Dall'analisi dei dati socio-demografici e di carriera risulta che il 95% del campione proviene dall'Italia; il 71% è di genere femminile; il 71% ha un'età compresa tra i 20-30 anni; il 38% frequenta il I anno del CdL in Infermieristica; il 43% ha frequentato precedentemente un Liceo Scientifico e il 38% ha ottenuto una valutazione finale compresa tra i 71-80/100; il 43% ha letto un libro negli ultimi tre mesi.

In riferimento alla parte "Lavoratore dal", dedicata esclusivamente agli studenti del I anno del CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, è emerso che la media degli anni di lavoro è di 3.3, tenendo in considerazione il numero dei neo-laureati e la giovane età degli studenti, a parte qualche eccezione. Per quanto riguarda i risultati della terza parte del questionario, quella dedicata alla compilazione dei 20 items della JSE-HPS, si è deciso di prenderne in esame solo 5 (items n. 1, 11, 13, 18, 20), quelli più significativi da un punto di vista pratico/clinico e più "riassuntivi" della scala:

- item 1 "La comprensione da parte degli operatori sanitari dei sentimenti dei loro pazienti e dei sentimenti delle famiglie dei loro pazienti non influenza i risultati del trattamento";
- item 11 "Le malattie dei pazienti possono essere curate solo con trattamenti mirati; pertanto, i legami emotivi degli operatori

sanitari con i loro pazienti non hanno un'influenza significativa sui risultati del trattamento”;

- item 13 “Gli operatori sanitari dovrebbero cercare di capire cosa sta succedendo nella mente dei loro pazienti prestando attenzione ai segnali non verbali e al linguaggio del corpo”;
- item 18 “Gli operatori sanitari non dovrebbero lasciarsi influenzare da forti legami personali tra i loro pazienti e i loro familiari”;
- item 20 “Credo che l'empatia sia un fattore importante nel trattamento dei pazienti”.

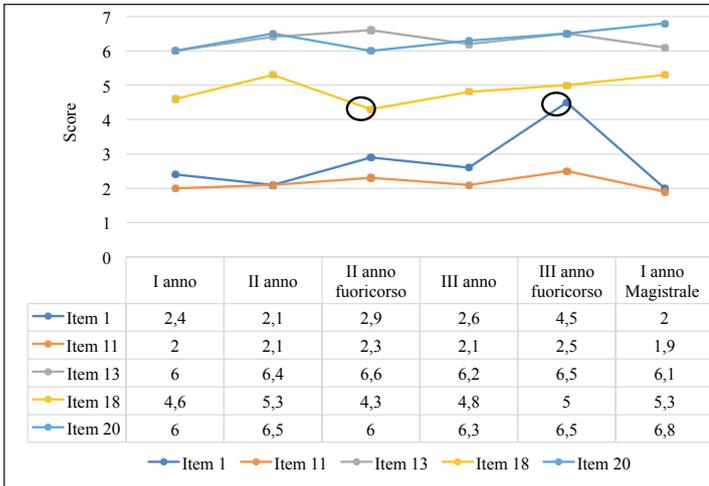


Grafico 2: media delle risposte ottenute suddivise per anno di corso, agli items considerati nello studio, secondo la scala Likert utilizzata (Score 1-7)

Dai dati estrapolati è emerso che i pareri sono abbastanza concordanti tra loro, a eccezione di due picchi (Grafico 2):

- nell'item 1 gli studenti del III anno fuoricorso hanno dato, in media, una risposta “neutra” (4,5).

Ciò potrebbe essere motivato dal fatto che questo gruppo di studenti, nel corso dell'ultimo anno, ha appreso principalmente nozioni riguardanti l'aspetto dell'Emergenza-Urgenza e fatto laboratori a riguardo (BLS-D, PBLs-D, disostruzione vie aeree) e nel corso del tirocinio clinico formativo ha frequentato reparti ad alta intensità, come la Rianimazione o il Pronto Soccorso.

Questi potrebbero aver portato lo studente a sviluppare una visione tecnicistica dell'assistenza, non centrata sul coinvolgimento emotivo poiché, in tali circostanze, vengono richieste freddezza, lucidità e breve tempo di azione. Inoltre, nelle situazioni che possono riscontrarsi nei reparti appena citati, spesso è quasi impossibile stabilire una relazione con il paziente non solo per le condizioni cliniche in cui verte, ma anche per il breve tempo di permanenza in reparto, soprattutto per quanto riguarda il Pronto Soccorso, dove vengono erogate esclusivamente prestazioni con obiettivi a breve termine.

Ciò non esime comunque l'infermiere e lo studente dal mettere in atto le tecniche di comunicazione e di coinvolgimento empatico soprattutto con la famiglia dell'assistito che, in quel momento, si trova in una situazione di estrema fragilità e apprensione.

- L'altro picco è stato riscontrato nell'item 18 negli studenti del II anno fuoricorso i quali hanno dato, in media, una risposta “neutra” (4,3).

Ciò potrebbe essere motivato dal fatto che questo gruppo di studenti si trova in una fase del loro percorso di studi durante il quale vengono apprese materie a contenuto puramente tecnico come, per citarne alcune: Oncologia, Ematologia, Malattie Infettive, Pediatria ...

Gli studenti frequentano anche tali reparti, che potremmo considerare ad “alto lavoro emozionale” e, pertanto, ciò potrebbe

portarli a dissociarsi dal contenuto delle situazioni cliniche quotidiane in cui si vengono a trovare, senza mai però sfociare nell'apatia o nel completo allontanamento emotivo.

Infatti, possiamo vedere nei risultati delle risposte di questo gruppo (Tabella 1) all'item 17 che la media è più alta rispetto ai compagni (5,7): la capacità di immedesimazione non viene intaccata e, anzi, risulta necessaria e di fondamentale importanza per l'assistenza, senza però confluire nella completa interiorizzazione.

Dall'analisi di tutti e 20 gli items della JSE-HPS è emerso che gli studenti ritengono di avere un buon livello empatico, nonostante la maggior parte di loro non abbia ancora iniziato il tirocinio clinico formativo e, quindi, non ancora avuto esperienze empatiche dirette (Tabella 1).

Inoltre, il livello di empatia tende a essere costante o ad aumentare in alcuni items, questo grazie alle esperienze in reparto, sempre più frequenti con l'avanzare del percorso di studi, e alla frequentazione dei laboratori relazionali, oltre che alle nozioni teoriche apprese sia durante le lezioni frontali che durante lo studio individuale.

	I anno	II anno	II anno fuoricorso	III anno	III anno fuoricorso	I anno Magistrale
Items 2	6.3	6.6	6.4	6.4	6.5	6.6
Items 3	4.3	3.7	3.3	4	3	4.2
Items 4	6.0	6.4	5.4	6.6	6	6.6
Items 5	4.9	5.7	5.1	4.8	5	5.5
Items 6	4.3	4.2	4.6	3.8	3.5	4.3
Items 7	1.5	1.8	1.3	1.6	1.5	1.3
Items 8	2.4	2.2	1.3	2.1	2	1.9
Items 9	5.5	6	5.6	5.4	7	5.5
Items 10	6.2	6.4	4.8	6.2	7	6.2
Items 12	2.1	1.6	2.1	2.3	2.5	2.0
Items 14	1.6	1.3	1.8	1.6	2	1.5
Items 15	5.6	6.1	6.6	5.7	6	5.8
Items 16	6.1	6.3	6.7	6.3	6	6.5
Items 17	4.2	5.1	5.7	4.8	4	5.0
Items 19	2.8	2.6	2.8	2.3	2	2.1

Tabella 1: la media dalle risposte ottenute suddivise per anno di corso, agli altri items contenuti nel questionario JSE-HPS

LIMITI DELLO STUDIO

Lo studio osservazionale condotto ha permesso di ottenere numerose informazioni ma, essendo di tipo cross-sectional, ha come principale limite quello del metodo trasversale in cui sono stati raccolti e analizzati i dati dei campioni.

Ha influito anche il fatto che il questionario fosse un'autovalutazione e, pertanto, ciò va a compromettere l'oggettività dello studio.

CONCLUSIONI

Nonostante, complessivamente, dai risultati ottenuti è emerso che gli studenti infermieri abbiano un buon livello di empatia per tutti i 20 items della scala, si è osservato dall'analisi e dal confronto dei dati ottenuti dai singoli anni di studio che l'empatia tende ad aumentare durante il percorso.

Essendo l'empatia una caratteristica intrinseca della persona e, perciò, molto soggettiva e dipendente anche dalle pregresse esperienze di vita di ognuno, ciò potrebbe aver influito sui risul-

tati e sull'autovalutazione dei partecipanti. Tuttavia, questa è una capacità che può essere insegnata, appresa e rafforzata durante il percorso di studi. Da questo studio si evidenzia che lo studente infermiere possiede in maniera intrinseca, già dal I anno, un buon livello di empatia, caratteristica fondamentale per affrontare i tirocini clinici e per formarsi come futuro professionista della salute. Credo che l'empatia influenzi e orienti nella scelta del proprio percorso di studi, soprattutto se si decide di intraprendere questa strada. L'infermiere vive quotidianamente a contatto con la malattia, la sofferenza e la morte, pertanto è quasi necessario possedere già da prima un buon livello empatico, così da entrare più facilmente in sintonia con i vissuti altrui ed erogare un'assistenza efficace e valida, basata sulla comunicazione empatica, sull'autenticità e sull'ascolto attivo e attuare relazioni d'aiuto, le quali non solo riducono il burnout, ma migliorano anche la prognosi dei pazienti e aumentano il loro grado di soddisfazione e di riconoscenza. È importante che non solo i livelli di empatia rimangano stabili o aumentino durante il percorso di studi, ma anche che nuove strategie di insegnamento possano essere applicate in ambito clinico al fine di rafforzarli. Pertanto, viene evidenziata l'importanza di ulteriori ricerche sui motivi per cui vi è un'apparente diminuzione dei livelli di empatia a seguito del posizionamento clinico. Lo studio dell'empatia consentirebbe a ricercatori, insegnanti e clinici di comprendere il contributo che fornisce alla competenza degli operatori sanitari e ai risultati dei pazienti.

Queste sono state le motivazioni che hanno portato alla decisione di somministrare la JSE-HPS agli studenti infermieri, partecipanti a questo studio.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Yu J, Kirk M. Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *J. Adv. Nurs.*, 2009; 65: 1790-1806.
- Hojat M. Empathy in Patient Care. Antecedents, Development, Measurement and Outcomes. New York: Springer, 2007.
- Brunero S, Lamont S, Coates M. A review of empathy education in nursing. *Nurs. Inq.*, 2010; 17: 65-74.
- Ward J, Schaal M, Sullivan J, Bowen ME, Erdmann JB, Hojat M. Reliability and validity of the Jefferson Scale of Empathy in undergraduate nursing students. *J. Nurs. Meas.*, 2009; 17: 73-88.
- Fields SK, Mahan P, Tillman P, Harris J, Maxwell K, Hojat M. Measuring empathy in healthcare professional students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: health provider-student version. *J. Interprof. Care*, 2011; 25: 287-293.
- McKenna L, Boyle M, Brown T, Williams B, Lewin B, Molloy L. Levels of empathy in undergraduate nursing students. *Int. J. Nurs. Pract.*, 2012; 18: 246-251.
- Ouzouni C, Nakakis K. An exploratory study of student nurses' empathy. *Health Sci. J.*, 2012; 6: 534-552.
- Williams J, Stickley T. Empathy and nurse education. *Nurs. Educ. Today*, 2010; 30: 752-755.
- Griffiths J, Speed S, Horne M, Keeley P. A caring professional attitude: what service users and careers seek in graduate nurses and the challenge for educators. *Nurs. Educ. Today*, 2012; 32: 121-127.



A.I.O.S.S.
Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomatologia
e Riabilitazione
Pavimento Pelvico



Memorial Canese 2020

Concorso per la migliore Revisione Sistemática
della Letteratura Scientifica
negli ambiti della Stomatologia
e/o della Riabilitazione del Pavimento Pelvico

**Le iscrizioni per la partecipazione
sono ancora aperte**

Per informazioni: congresso@aiooss.it

LUCA BENCI: UN PEZZO DI STORIA DELLA SANITÀ CI HA LASCIATI

A cura di Mara Marchetti, Paolo Antognini e Sivia Giacomelli
Università Politecnica delle Marche

Di fronte ad un foglio bianco da riempire, si prova sempre un certo imbarazzo ... quando poi, devi ricordare qualcuno, la situazione peggiora e ancora più difficile è scrivere in circostanze come questa. Chi tra gli infermieri non ha studiato sui suoi libri o non ricorda un suo intervento ad un congresso? ... saranno sicuramente rari. Nato come infermiere, era un giurista, membro del Consiglio superiore di Sanità, svolgeva consulenza e docenza per vari enti come formatore esperto in materia di diritto sanitario, responsabilità professionale e biodiritto. Tanto ha difeso la sanità pubblica.

I suoi scritti rimarranno "pietre miliari" per i professionisti della salute e per tutti coloro che, anche nei prossimi anni decideranno di percorrere una delle tante strade che consentono di operare nel sistema sanitario e di prendersi in carico le persone e i loro bisogni; lo ricorda così il collega e amico Marcello Bozzi (quotidianosanità.it 28/02/2020). Come lo ricorda su quotidianosanità.it nel giorno della sua scomparsa, il direttore Cesare Fassari: *"... la sua caratteristica professionale più importante era quella capacità di rendere semplici e chiare, anche per un pubblico non specializzato le cose più complesse, riuscendo sempre a trasformare in percorsi e ragionamenti lineari ed evidenti anche i passaggi più labirintici delle nostre leggi e della nostra Giurisprudenza."*

L'ultimo articolo che porta la sua firma, è del gennaio di quest'anno e scritto a quattro mani con il medico legale Dr. Daniele Rodriguez, affronta l'argomento della nuova figura del "Professionista specialista", parla di competenze specialistiche e avanzate, ... parla di "professionisti esperti".

Noi di AIOSS ci uniamo al dolore e ai tanti messaggi di cordoglio che sono arrivati alla sua famiglia. Un particolare e sentito ricordo, scritto di getto da chi l'ha conosciuto bene, forse ci permette di poter capire meglio chi era Luca Benci

"SALVE ILLUSTRE TOSCANO" ... *"Ciao bellissima ..."*, così iniziavano sempre le nostre conversazioni!

Ricordo di Silvia Giacomelli

"La cosa migliore da fare quando si è tristi", replicò Merlino, cominciando a soffiare, "è imparare qualcosa. È l'unica cosa che non fallisce mai. Puoi essere invecchiato, con il tuo corpo tremolante e indebolito, puoi passare notti insonni ad ascoltare la malattia che prende le tue vene, puoi perdere il tuo solo amore, puoi vedere il mondo attorno a te devastato da lunatici maligni, o sapere che il tuo onore è calpestato nelle fognie delle menti più villi. C'è solo una cosa che tu possa fare per questo: imparare. Impara perché il mondo si muove, e cosa lo muove. Questa è l'unica cosa di cui la mente non si stancherà mai, non si alienerà mai, non ne sarà mai torturata, né spaventata o intimidita, né sognerà mai di pentirsi. Imparare è l'unica cosa per te. Guarda quante cose ci sono da imparare". (Mago Merlino, The once and future king, T. H. White)

Luca Benci fece dello studio del diritto la cifra della sua vita. Uno studio puntuale, alla ricerca di un costante approfondimento, di una visione d'insie-

me per poter affrontare ogni dubbio, ogni lato del possibile. Luca non c'è più. La comunità intera infermieristica addolorata, perde una delle sue figure più illustri, perché Luca Benci era un infermiere diventato poi giurista. Le sue origini non le ha mai dimenticate ne rinnegate, ma anzi sono state proprio le sue origini a spingerlo ad intraprendere una nuova carriera che lo avrebbe reso un punto di riferimento assoluto per generazioni intere di infermieri, dirigenti e studenti delle professioni sanitarie. Direttore della Rivista di diritto delle professioni sanitarie fino al 2004, numerose le sue pubblicazioni sul diritto sanitario, un incessante attività di consulenza e docenza presso Aziende sanitarie, Università, Associazioni ed Ordini professionali e convegni quali appuntamenti immancabili come "Il Medico e l'Infermiere a giudizio".

Una straordinaria capacità di eloquio la sua, anche rispetto alla declinazione della norma, che poteva sembrare ostica all'ascolto di molti, invece per anni si è potuto assistere alla sua capacità di rendere limpido e trasparente il diritto sanitario, accessibile a tutti i sanitari di ogni ordine e grado. Entrava in aula con i suoi caratteristici capelli bianchissimi, atteso ed applauditissimo. Declinava con serietà l'argomento, con slides asciutte, spesso a sfondo bianco perché non serviva altro, era lui a dare colore al tema affrontato e poi in punta di fioretto arrivava la battuta, il guizzo e il magnetismo di un toscancaccio che sapeva conquistare tutti. La magia si ripeteva ogni volta, decine o centinaia di persone che lo ascoltavano senza alcuna distrazione, consapevoli di acquisire nuove certezze professionali fondamentali, "l'ha detto Benci".

Luca per me non era solo un nome da leggere su un libro od un articolo, era un amico, ho avuto questo privilegio per venti anni. Uomo colto, elegante, raffinato e pieno di un ironia straordinaria, che diveniva allegria contagiosa, mai volgare. Quante risate ci siamo fatti insieme. Nei molti ricordi privati letti in questi giorni, che tanti colleghi hanno voluto condividere, rendono l'uomo pubblico ancora più pregevole perché ricco di un'umanità non comune. Quante battute anche politiche, potevamo avere anche idee diverse, ma il confronto era sempre ricco di rispetto e di un infinita allegria. Luca amava Senigallia, il suo mare e la sua ristorazione di grande pregio, quante cene prima dei convegni che negli anni erano divenuti non solo appuntamenti di lavoro, ma anche occasione per un gruppo di amici di rivedersi e vivere istanti semplici ma ricchi di grande vitalità. Il piacere del godere dell'istante presente. Sempre brillante, alla mano ma allo stesso tempo, geniale.

Ora c'è un silenzio immenso, un vuoto che sarà difficile da colmare. Quanto orgoglio per la sua nomina al Consiglio Superiore di Sanità, ne andava fiero, un riconoscimento di grande pregio. Lo scorso Ottobre doveva essere di nuovo nelle Marche e l'allegria di sentirsi per scegliere il ristorante, improvvisamente invece lasciò il posto alla notizia dell'intervento in urgenza e della sua ovvia assenza. La sua lettera di ringraziamento e la strenua difesa del SSN come eccellenza, restano un monito per tutti. Gli scrissi per chiedergli come



stava e mi rispose che lo avrebbero dimesso il giorno seguente e che a Parma per il Congresso Nazionale dei Coordinatori, sarebbe stato presente in videoconferenza. Era molto preoccupato di non riuscire a parlare in modo fluido dopo così pochi giorni dall'operazione. Andò benissimo, come sempre e nel riscontro datogli da noi presenti in sala in diretta, ne fu molto felice. Sentii Luca l'ultima volta per dirgli che orde di infermiere sarebbero sbarcate a Firenze a Maggio per l'anniversario dei duecento anni della nascita della Nightingale e di tenersi pronto per consigliarci un ristorante favoloso, al pari di quelli di Senigallia, ogni occasione era buona per ridere e prendersi in giro, e che lo prenotavamo per il brindisi. Non credevo che la malattia accelerasse così tanto e che con tanta ferocia togliesse ogni speranza. Come scrive Carofiglio: "...un giurista deve dedicare una cospicua parte del suo tempo a cose che con il diritto in apparenza non c'entrano nulla come leggere buoni libri, vedere film o buona televisione, viaggiare, insomma nutrirsi di storie." E Luca ha vissuto così. Perché sì, siamo fatti di storie.

Come dice Rita Charon "Viviamo immersi nel costante racconto della nostra vita, delle nostre aspirazioni, e ciò che sentiamo di essere, nasce proprio dal bisogno, dalla necessità che abbiamo di raccontarlo. Creare racconti, storie, significa moltiplicare esponenzialmente le possibilità che la vita stessa ci offre, significa aprirsi verso un'intensa e profonda sensibilità emotiva che difficilmente trova spazio tra le faccende di un'esistenza troppo concreta e troppo tangibile. Raccontiamo per capire le cause, le connessioni, le premesse di certi avvenimenti, amalgamandoli insieme per coglierne il senso complessivo che si cela dietro di loro".

Mi mancherà Luca, il giurista, ma mi mancherà immensamente l'amico di tanti infiniti sorrisi. A chi resta, il dovere di far conoscere alle future generazioni di infermieri, il suo immenso lascito culturale sul diritto sanitario. La comunità infermieristica perde uno dei suoi più alti punti di riferimento. Che la terra ti sia lieve, ciao Luca.

A presto,
Silvia



20 km questa settimana

1 nuovo viaggio in programma

0 irritazioni intorno alla stomia

Hollister sa quanto sia importante la cute peristomale.

Ecco perché sviluppiamo e produciamo prodotti che contribuiscano a prevenire le perdite, con le migliori formulazioni idrocolloidalì per aiutare a mantenere sana la cute peristomale.

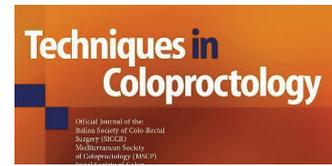
Basati su tecnologie scientifiche ed evidenze cliniche, i prodotti Hollister per stomia saranno un aiuto concreto per far sì che, chi li sceglie, abbia più tempo per concentrarsi sulle cose che contano davvero.

LINEE GUIDA ITALIANE SULLA GESTIONE CHIRURGICA DELLE ENTEROSTOMIE

A cura di Francesco Ferrara

TRATTO DA:

Ferrara F, Parini D, Bondurri A, Veltri M, Barbierato M, Pata F, Cattaneo F, Tafuri A, Forni C, Roveron G, Rizzo G; Multidisciplinary Italian Study group for STOMAs (MISSTO). Italian guidelines for the surgical management of enteral stomas in adults. *Tech Coloproctol.* 2019 Oct 12. doi: 10.1007/s10151-019-02099-3. [Epub ahead of print] Review. PubMed PMID: 31606801.



Nello scorso numero ci siamo soffermati sulla metodologia seguita nella stesura delle linee guida sulle stomie. In questo numero entreremo nel dettaglio delle linee guida chirurgiche presentando i vari argomenti affrontati. Come già anticipato l'intero lavoro è stato suddiviso in 3 parti (chirurgica, infermieristica e urologica) data la grande mole di dati e di materiale da analizzare e trattare. Quella qui presentata è la parte recentemente pubblicata su *Techniques in Coloproctology* e che riguarda la gestione chirurgica delle enterostomie.

Ricordiamo che il sistema utilizzato per la valutazione della letteratura e per l'assegnazione del livello di evidenza scientifica alle raccomandazioni è il GRADE, riportato in tabella 1.

Il lavoro sulla parte chirurgica è stato suddiviso in 4 sezioni: preparazione, confezionamento, complicanze e chiusura della stomia.

PREPARAZIONE

La prima raccomandazione riguarda la discussione preoperatoria con il paziente e il consenso informato che aumenterebbe la qualità di vita postoperatoria e quella dello stoma-care, riducendo la degenza ospedaliera (GRADE 1A). L'altra raccomandazione riguarda lo stoma siting: l'identificazione preoperatoria del sito della stomia, sia in chirurgia elettiva che d'urgenza, migliora il self-care, riduce le complicanze della stomia e migliora la qualità di vita postoperatoria (GRADE 1B).

CONFEZIONAMENTO

Per quanto riguarda la scelta dell'ansa da destinare alla stomia, nonostante vi siano diversi metodi di confezionamento, si è stabilito che alcuni principi siano universali: in generale, il segmento intestinale da destinare alla stomia deve essere ben vascolarizzato e sufficientemente mobilizzato per ridurre al minimo la tensione e minimizzare le complicanze. Questa raccomandazione non ha trovato purtroppo significativo riscontro in letteratura, ma è stata condivisa da tutti gli esperti che hanno partecipato alla consensus conference, oltre ad avere un riscontro sostanziale nella pratica clinica quotidiana.

Altre raccomandazioni riguardano l'approccio chirurgico (open vs. laparoscopico): il confezionamento laparoscopico della stomia, se possibile, dovrebbe essere preferito rispetto ad un approccio open (GRADE 1C); le stomie confezionate per via laparoscopica sembrerebbero essere più facili da chiudere (GRADE 2C).

Per quanto riguarda il confezionamento di stomie temporanee l'ileostomia laterale è associata a un ridotto rischio di prolasso e complicanze infettive rispetto a quelle della colostomia laterale (GRADE 2A). Inoltre, l'ileostomia laterale sembrerebbe determinare una qualità di vita migliore rispetto a quella della colostomia laterale (GRADE 2C). Quest'ultima causa un minor tasso di complicanze rispetto alla colostomia terminale in seguito alla sua chiusura (opinione degli esperti).

In merito agli aspetti puramente tecnici l'uso di una bacchetta o di un ponte cutaneo per il confezionamento di una stomia laterale non ri-

duce il tasso di retrazione della stomia e aumenta l'incidenza di complicanze (necrosi, infezione, dermatite) sia per l'ileostomia che per la colostomia; pertanto l'utilizzo routinario della bacchetta per la stomia laterale non viene raccomandato. Da sottolineare che si tratta di una raccomandazione forte basata su evidenze solide (GRADE 1A): infatti, contrariamente alla pratica clinica quotidiana in cui la bacchetta viene quasi sempre utilizzata, queste linee guida evidenziano quanto sia scientificamente non significativo utilizzarla, anzi aumenterebbe il rischio di complicanze a carico della stomia stessa, sia che si tratti di una ileostomia che di una colostomia. Tuttavia, se si dovesse utilizzare una bacchetta, sarebbe indifferente che essa sia rigida o flessibile o se si utilizzasse un ponte cutaneo (GRADE 2C).

La letteratura ha dimostrato che la tecnica chirurgica può influenzare l'incidenza delle complicanze della stomia. Molti aspetti tecnici possono contribuire a scarsi risultati e difficoltà nella cura della stomia. Tra le caratteristiche chirurgiche, l'altezza o la protrusione della stomia sopra il livello della cute sembra essere un dettaglio importante. Una protrusione della stomia di almeno 1 cm sopra il livello della cute riduce il tasso di complicanze (GRADE 1C). Tuttavia, nessuna raccomandazione è stata possibile riguardo alle tecniche di fissaggio dell'ansa alla fascia o alla cute, rimandando tale argomento all'opinione degli esperti. Diversi atlanti e libri chirurgici descrivono tecniche per il confezionamento dell'ileostomia e della colostomia, ma non ci sono studi di alta qualità che esplorano i dettagli tecnici. Generalmente, la fissazione alla fascia non è considerata obbligatoria, ma è suggerita per la stomia terminale, senza un accordo completo tra gli autori. La sutura muco-cutanea è preferibile utilizzando fili riassorbibili con punti singoli e semplici per fissare circonferenzialmente i bordi della stomia alla cute, normalmente con una tecnica di eversione della mucosa.

Per quanto riguarda la prevenzione dell'ernia parastomiale non esistono sufficienti evidenze in letteratura, ma gli esperti suggeriscono che la dimensione dell'apertura fasciale debba essere più piccola possibile senza influenzare la perfusione dell'ansa da destinare alla stomia; il consenso generale è che l'apertura fasciale debba essere grande all'incirca quanto due dita, approssimativamente 3 cm. Il sito dello stoma non deve essere utilizzato per l'estrazione dei pezzi operatori o in combinazione con altre tecniche, per ridurre il rischio di ernia parastomiale nei pazienti che necessitano di una stomia terminale (GRADE 2B). Inoltre, il posizionamento a livello pararettale o transrettale sembrerebbe essere equivalente (GRADE 2B).

L'argomento più scottante è risultato invece essere quello che riguarda l'utilizzo delle reti a scopo profilattico nelle stomie definitive per la prevenzione dell'ernia parastomiale. Nonostante la pratica clinica quotidiana sembri essere opposta, le evidenze scientifiche dimostrano come l'utilizzo di reti sintetiche non assorbibili sembri ridurre il rischio di ernia parastomiale nelle stomie definitive e questa evidenza ha un grado elevato di raccomandazione (GRADE 2A). Proprio in merito a questo argomento il gruppo di lavoro sta proponendo una serie di studi per analizzare questi dati soprattutto in Italia, dove l'utilizzo profilattico delle reti protesiche sembra non sia molto diffuso. Nes-

suna raccomandazione è invece stata possibile per quanto riguarda l'utilizzo di reti protesiche e tecniche alternative, come quelle con un foro centrale o tecniche che prevedano l'utilizzo di suturatrici meccaniche. Nel caso di interventi in urgenza non viene raccomandato l'utilizzo di reti (GRADE 1C), così come non viene raccomandato l'utilizzo di protesi biologiche al di fuori di studi clinici specifici (GRADE 1C). Infine la tunnelizzazione extraperitoneale risulterebbe comparabile a quella transperitoneale nella prevenzione dell'ernia parastomiale, sebbene alcune evidenze suggeriscano un certo vantaggio della prima tecnica (GRADE 2B).

Per quanto riguarda la prevenzione del prolasso stomale nelle stomie temporanee, bisognerebbe preferire l'ileostomia alla colostomia in quanto quest'ultima ha una maggiore incidenza di prolasso (GRADE 1A). Inoltre, nel caso di colostomia terminale, l'approccio extraperitoneale presenta una minore incidenza di prolasso stomale rispetto a quello transperitoneale (GRADE 2B).

L'ileostomia virtuale (ghost ileostomy) può rappresentare un'opzione valida per evitare il confezionamento di una ileostomia in casi selezionati, tuttavia non esistono chiare indicazioni sulle tempistiche e sulle modalità in cui essa debba essere convertita in una stomia vera e propria. Pertanto la ghost ileostomy non deve essere considerata nella pratica quotidiana come tecnica di routine per evitare il confezionamento di una stomia (GRADE 2C).

COMPLICANZE

In tabella 2 sono riportate le principali complicanze delle stomie con le misure suggerite per prevenirle in chirurgia. Molti dei suggerimenti non sono purtroppo supportati da evidenze scientifiche di alto livello, ma si riferiscono piuttosto a buone pratiche chirurgiche quotidiane. Pertanto identificare i fattori di rischio per le complicanze stomali e

peristomali può portare sicuramente a prevenirle (GRADE 1C).

CHIUSURA

La chiusura precoce della stomia laterale, definita come chiusura entro 2 settimane dall'intervento chirurgico, in pazienti con decorso post-operatorio scevro da complicanze e nessuna evidenza di deiscenza anastomotica può essere considerata fattibile e sicura (GRADE 2A).

La riconversione di Hartmann dovrebbe essere eseguita almeno 3 mesi dopo l'intervento principale (GRADE 2C). La tempistica della riconversione di Hartmann è ancora dibattuta. Ci sono pochi dati in letteratura riguardanti il corretto intervallo di tempo dall'intervento principale. Diversi autori suggeriscono di ritardare la riconversione di 3 mesi, segnalando solo minime aderenze 3 mesi dopo la procedura di Hartmann, mentre altri autori raccomandano di aspettare almeno 6 mesi per consentire alle aderenze di diminuire per la risoluzione dell'infiammazione pelvica. Inoltre la riconversione di Hartmann per via laparoscopica sembra essere sicura e fattibile, sebbene essa debba essere eseguita da chirurghi laparoscopisti esperti a causa dell'elevato tasso di conversione (GRADE 2B).

Riguardo alle tecniche di chiusura dell'ileostomia, la ricanalizzazione con suturatrice meccanica risulta migliore rispetto a quella manuale in termini di ridotto tasso post-operatorio di occlusione del piccolo intestino precoce e più rapidi tempi operatori, con nessuna differenza in termini di deiscenze anastomotiche (GRADE 1A). La cute andrebbe sempre chiusa con il metodo a "borsa di tabacco" perché sarebbe correlato ad un minor tasso di infezioni del sito chirurgico rispetto ad altre tecniche (GRADE 1A). Infine, tutti i pazienti candidati a chiusura di enterostomia dovrebbero ricevere una profilassi antibiotica (GRADE 1C).

Tabella 1: sistema GRADE

Descrizione	Benefici vs. rischi	Qualità delle evidenze	Implicazioni
1A Raccomandazione forte, evidenze di alta qualità	I benefici superano chiaramente i rischi o viceversa	Trial clinici randomizzati senza importanti limitazioni oppure prove inconfutabili da studi osservazionali	Raccomandazione forte, può applicarsi alla maggior parte pazienti nella maggior parte delle circostanze senza riserve
1B Raccomandazione forte, evidenze di qualità moderata	I benefici superano chiaramente i rischi o viceversa	Trial clinici randomizzati con importanti limitazioni (risultati incoerenti, difetti metodologici, indiretti o imprecisi) o prove eccezionalmente forti da studi osservazionali	Raccomandazione forte, può applicarsi alla maggior parte pazienti nella maggior parte delle circostanze senza riserve
1C Raccomandazione forte, Evidenze di qualità bassa o molto bassa	I benefici superano chiaramente i rischi o viceversa	Studi osservazionali o serie di casi	Raccomandazione forte, ma può cambiare quando vengono pubblicate prove di qualità superiore.
2A Raccomandazione debole, evidenze di alta qualità	Benefici strettamente bilanciati con rischi	Trial clinici randomizzati senza importanti limitazioni oppure prove inconfutabili da studi osservazionali	Raccomandazione debole, l'intervento migliore può differire a seconda delle circostanze o del tipo di paziente
2B Raccomandazione debole, evidenze di qualità moderata	Benefici strettamente bilanciati con rischi	Trial clinici randomizzati con importanti limitazioni (risultati incoerenti, difetti metodologici, indiretti o imprecisi) o prove eccezionalmente forti da studi osservazionali	Raccomandazione debole, l'intervento migliore può differire a seconda delle circostanze o del tipo di paziente
2C Raccomandazione debole, Evidenze di qualità bassa o molto bassa	Incertezza nelle stime dei benefici e dei rischi; i benefici e i rischi possono essere strettamente bilanciati	Studi osservazionali o serie di casi	Raccomandazioni molto deboli; altre alternative possono essere ugualmente ragionevoli

Tabella 2: principali complicanze chirurgiche delle stomie

Complicanza	Definizione	Misure generali di prevenzione	Misure specifiche
Separazione mucocutanea	Distacco/separazione della parete intestinale dello stoma dalla cute	a) Evitare/gestire il fattore di rischio per una cattiva guarigione (fumo, malnutrizione, immunosoppressione, obesità)	a) Evitare l'uso di placche convesse nella fase iniziale
Retrazione	Bordo superiore della stomia a filo o sotto il livello della cute	b) Disegno preoperatorio del sito della stomia	a) L'ileostomia e la colostomia dovrebbero essere confezionate protrudendo oltre la cute (almeno 2 cm per l'ileostomia e 1 cm per la colostomia)
Ischemia/necrosi	Morte del tessuto stomale a causa di un flusso sanguigno inadeguato	c) Evitare tensione durante il confezionamento della stomia, preservare la vascolarizzazione	a) L'uso della bacchetta non previene la retrazione
Stenosi	Restringimento dell'apertura della stomia rendendo difficile l'uscita delle feci. Può essere la fase successiva di una separazione mucocutanea o dell'ischemia	a) Incoraggiare la perdita di peso nei pazienti obesi prima dell'intervento chirurgico e la gestione del peso a lungo termine dopo l'intervento chirurgico	a) L'uso della bacchetta può aumentare il rischio di stenosi
Deiscenza/irritazione chimica	Lesioni cutanee come conseguenza della disfunzione della stomia		Vd. Punti b), c) e d)
Prolasso	Protrusione dell'intestino a tutto spessore attraverso la stomia		Vd. Punto b)
			Vd. Punti specifici nel testo

3° CONGRESSO NAZIONALE BIENNALE MONTESILVANO 2020

PROGRAMMA SCIENTIFICO

GIOVEDÌ 15 OTTOBRE: SALA DEL NORD

14,30-14,45 Presentazione del Congresso e degli Obiettivi Formativi dell'evento

14,45-16,00 Attività e Progetti AIOSS 2019-2020: facciamo il punto

16,00-18,00 Memorial Giancarlo Canese

Presentazione elaborati di revisione sistematica di letteratura scientifica su temi inerenti l'ambito della Stomaterapia e/o della Coloproctologia e/o della Riabilitazione delle disfunzioni del Pavimento Pelvico.

18,00-19,00 Inaugurazione del congresso e Saluto delle autorità

VENERDÌ 16 OTTOBRE 2020

SESSIONE SATELLITE N.1: SALA MAGELLANO BERING

FAST-TRACK SURGERY #ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS)

Un nuovo percorso di cura e assistenza pre-, intra- e post-operatorio

Numero e tipologia Partecipanti: 60 tra Infermieri, Infermieri Pediatrici, Medici Chirurghi tutte le discipline

PREMESSA

Negli ultimi decenni l'implementazione nella pratica clinica della chirurgia mini invasiva ha consentito di ridurre significativamente i tempi di ripresa e la durata della degenza dopo chirurgia addominale maggiore, con un conseguente miglioramento dei risultati a breve termine e della qualità percepita da parte dei pazienti. Allo scopo di ottimizzare la riabilitazione dei pazienti dopo un intervento chirurgico, è stato introdotto a metà degli anni Novanta, il concetto della Fast Track Surgery a partire dalla quale si è sviluppato un percorso parallelo detto Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). Il protocollo ERAS, è un percorso di cura perioperatorio multidisciplinare standardizzato, pianificato e coordinato basato sulle migliori evidenze scientifiche. L'obiettivo è ridurre lo stress chirurgico e supportare le funzioni d'organo per favorire la ripresa più veloce e sicura della persona operata, che potrà essere dimessa prima e recuperare rapidamente lo stato di benessere e l'autonomia. Tale modello richiede un radicale cambiamento nella tradizionale gestione del paziente operato ed è basato sul principio della multidisciplinarietà e del coinvolgimento dell'assistito nel suo percorso di cura.

I contenuti del corso sono volti a favorire la condivisione dei principi del protocollo ERAS e la sua contestualizzazione nella pratica clinica.

Obiettivo formativo generale Documentazione clinica, percorsi clinico assistenziali, diagnostici e riabilitativi e profili di assistenza

Obiettivi formativi specifici

Competenze tecnico professionali: Acquisire abilità tecnico professionali in merito all'applicazione del protocollo ERAS.

Acquisizione competenze di processo: Adozione di comportamenti clinici basati su EBN per monitorare e assicurare esiti efficaci delle prestazioni erogate

Acquisizione competenze di sistema: Conoscere il processo metodologico del protocollo ERAS per la pianificazione delle attività di cura e assistenza.

PROGRAMMA

Orario	Argomento
08,00-08,30	Presentazione del corso e obiettivi formativi
08,30-09,15	Fast-Track Surgery: il Protocollo ERAS-Obiettivi e Evidence Based
9,15-10,00	Fast Track Surgery in chirurgia colo rettale e in urologia: valutazione dei fattori di rischio e criteri di indicazione al programma ERAS
10,00-10,30	Informazione e counselling multidisciplinare
11,00-11,45	Preparazione intestinale e Stoma Siting
11,45- 12,30	Anestesia e monitoraggio del paziente in fase peri operatoria
12,30-13,00	Fast Track Surgery: cosa cambia
14,00-14,45	Il monitoraggio del paziente nel post operatorio
14,45-15,45	Alimentazione, terapia infusione, controllo del dolore
16,15-17,00	Mobilizzazione e educazione all'autocura
17,00-17,45	Fast Track Surgery: Casi clinici
17,45-18,00	Discussione e conclusione dei lavori
18,00-18,30	Compilazione Questionari ECM e Q

Associazione Tecnico-Scientifica di Stomaterapia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico

3° CONGRESSO NAZIONALE BIENNALE AIOSS 2020

PRESIDENTE DEL CONGRESSO: GABRIELE ROVERON

Multidisciplinarietà

Responsabilità

Evidence Based Practice

con crediti ECM

MONTESILVANO (PE) 15-18 OTTOBRE 2020 HOTEL SERENA MAJESTIC

STOMATERAPIA E DINTORNI PROFESSIONALI

https://congresso.aioSS.it
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA AIOSS
Enrica Bosoni - tel. 338-6924383
enricabosoni@tiscali.it

VENERDÌ 16 OTTOBRE 2020

SESSIONE SATELLITE N.2: SALA SIRIO ZODIACO

STRESS E SINDROME DA BURNOUT NELLE PROFESSIONI SANITARIE:

LE STRATEGIE PER PREVENIRLO E AFFRONTARLO

Numero e tipologia Partecipanti: 40 tra Infermieri, Infermieri Pediatrici, Medici Chirurghi tutte le discipline

PREMESSA

Le Professioni d'aiuto, ed in particular quelle Sanitarie, sono soggette più di altre al rischio stress lavoro-correlato ed alla Sindrome da Burnout.

Negli ambienti di lavoro una delle componenti con cui ci si confronta è lo stress, il suo perdurare induce forti sollecitazioni emotivo comportamentali che possono compromettere seriamente lo stato di salute dell'operatore e ingenerare una condizione da Burnout. Tale sindrome rappresenta una condizione che mina l'operatività del professionista, incidendo non solo sulle sue performance ma anche sul suo sistema di personalità, oltre che a gravare in maniera negativa sul grado di soddisfazione della propria professione e sul suo sistema familiare.

Per "imparare a staccare la spina" prevenzione e formazione sono gli strumenti principali per poter gestire al meglio i rischi psico-sociali che il professionista deve affrontare e, nel contempo, per poter garantire un'alta qualità delle prestazioni erogate ed un buon livello di benessere professionale.

Obiettivo formativo generale Aspetti relazionali

Obiettivi formativi specifici

Competenze tecnico professionali: Acquisire consapevolezza delle caratteristiche e potenzialità individuali.

Acquisizione competenze di processo: Acquisire capacità di gestione delle proprie emozioni.

Acquisizione competenze di sistema: Conoscere modalità e strategie di prevenzione primaria e secondaria della sindrome di Burnout da adottare nello svolgimento della propria attività professionale.

PROGRAMMA

Orario	Argomento
08,00-08,30	Presentazione del corso e obiettivi formativi
08,30-09,15	Lo stress: cosa è, come riconoscerlo
09,15-10,00	I rischi nella relazione di aiuto

10,00-10,30	Il ruolo degli atteggiamenti mentali nell'insorgenza dello stress
11,00-11,45	Le cause oggettive, soggettive e socio-culturali della Sindrome da Burnout
11,45-12,30	La Sindrome da Burnout e le sue manifestazioni: i sintomi somatici, psichici e comportamentali
12,30-13,00	Stress e Sindrome da Burnout: facciamo il punto
14,00-15,00	Dalla teoria alla pratica
15,00-15,45	Il Test di Maslach Burnout Inventory
16,15-16,45	Come affrontare lo stress in modo pratico: tecniche di gestione
16,45- 17,45	Tecniche di gestione dello stress
17,45-18,00	Sintesi dei lavori della seconda sessione e conclusione del corso
18,00	Compilazione Questionari ECM e Q

VENERDI 16 OTTOBRE 2020

SESSIONE SATELLITE N. 3: SALA COOK VESPUCCI

STOMATERAPIA E SICUREZZA DELLE CURE: EBP E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Numero e tipologia Partecipanti: 80 tra Infermieri, Infermieri Pediatrici, Medici Chirurghi tutte le discipline

PREMESSA

L'entrata in vigore della legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", detta anche Legge Gelli, porta all'attenzione del professionista sanitario l'ennesima riflessione sul concetto di diritto alla sicurezza delle cure. L'agire degli esercenti le professioni sanitarie deve essere subordinato al rispetto delle raccomandazioni previste dalle linee guida e dalle buone pratiche clinico assistenziali.

La norma prescrive, inoltre, che dette garanzie debbano essere assicurate attraverso l'impiego di strumenti di prevenzione e gestione del rischio sanitario, in concerto con l'appropriato utilizzo delle risorse a disposizione.

Nell'ottica di disseminazione delle conoscenze scientifiche e di implementazione di modelli di prevenzione e gestione del rischio sanitario in stomaterapia, l'AIOSS (Associazione Tecnico Scientifica di Stomaterapia) riconosciuta dal Ministero della Salute, propone questo evento formativo di approfondimento su temi peculiari inerenti la pratica assistenziale in ambito stomaterapico e sui possibili strumenti e documenti da utilizzare nello svolgimento delle attività di assessment, cura e riabilitazione della persona stomizzata.

Obiettivo formativo generale Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e procedure dell'EBN.

Obiettivi formativi specifici

Competenze tecnico professionali Acquisire conoscenze teoriche ed aggiornamenti in tema di sicurezza delle cure e responsabilità professionali.

Acquisizione competenze di processo Acquisire abilità di assessment infermieristico delle complicità del complesso stomale.

Acquisizione competenze di sistema Acquisire competenze in tema di applicazione nella pratica clinica di strumenti documentali e di classificazione (EBP) delle complicità stomali.

PROGRAMMA

Orario	Argomento
08,00-08,30	Presentazione del corso e obiettivi formativi
08,30-09,30	Sicurezza delle cure e responsabilità del professionista sanitario. Cosa è cambiato con la legge 8 marzo 2017 n. 24
09,30- 10,30	La prevenzione e la gestione del rischio clinico e sanitario: strumenti a supporto.
11,00-11,45	Gli strumenti di gestione del rischio in stomaterapia
11,45-12,00	Sicurezza delle cure e responsabilità professionali
12,00-13,00	Assessment infermieristico della retrazione stomale e scelta del device
14,00-15,00	Assessment infermieristico delle complicità cutanee peristomali: EBP
15,00-15,45	"Peristomal Lesion Scale" e assessment infermieristico
16,15-17,00	Valutazione e monitoraggio infermieristico del paziente stomizzato: la scheda TOR
17,00-17,45	L'utilizzo nella pratica di strumenti documentali e per l'assessment infermieristico
17,45-18,00	Sintesi degli argomenti trattati e conclusione del corso
18,00-18,30	Compilazione Questionari ECM e Q

VENERDI 16 OTTOBRE 2020

SESSIONE SATELLITE N. 4: SALA ANDROMEDA

IL LUOGO DI CURA, IL PALCO MAGICO DOVE SOLO LE COMPARSE DIVENTANO PROTAGONISTE.

L'arte individuale di comunicare, curare e del prendersi cura

Numero e tipologia Partecipanti: 40 tra Infermieri, Infermieri Pediatrici, Medici Chirurghi tutte le discipline

PREMESSA

L'infermieristica teatrale è un percorso dedicato ai professionisti della salute che nasce

nell'intreccio tra assistenza e arte teatrale. L'infermieristica è fatta da persone (chi si prende cura e chi viene preso in cura), che creano dialoghi, relazioni, emozioni collettive, in poche parole, rapporti umani. In ospedale si conosce l'animo umano nella sua purezza perché chi soffre abbatte per necessità ogni muro, per ricevere più aiuto possibile, che sia esso fisico, psichico e/o sociale. L'infermieristica è, quindi, un viaggio nell'animo umano e nelle sue emozioni più profonde. In teatro si conosce l'animo umano attraverso i personaggi che si interpretano e attraverso i personaggi con cui si relazionano quelli che si interpretano; in teatro ci si mette nei panni dell'altro e si cerca di capire le sue ragioni. Il teatro è un formidabile strumento di comunicazione e un percorso che aiuta a capire qualcosa in più di sé stessi e degli altri. Nell'incontro tra queste due realtà nasce l'infermieristica teatrale, un percorso dentro l'assistenza, il teatro, l'arte e la filosofia, dove il gruppo di professionisti condivide ed elabora emozioni, dubbi, domande e il seguente percorso di ricerca: prendersi cura di sé per prendersi meglio cura degli altri.

Obiettivo formativo generale Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure

Obiettivi formativi specifici

Competenze tecnico professionali: Acquisire conoscenze su aspetti relazionali inerenti la comunicazione interna, esterna e con la persona malata.

Acquisizione competenze di processo: Acquisire competenze in tema umanizzazione delle cure e del prendersi cura.

Acquisizione competenze di sistema: Acquisire conoscenze su modalità e strategie da adottare per prendersi cura di sé e prendersi meglio cura degli altri.

PROGRAMMA

Orario	Argomento
08,00-08,30	Presentazione del corso e obiettivi formativi
08,30-09,00	Dalle scuole professionali all'università
09,00-09,30	La Professione Infermieristica e Valentino Rossi
09,30-10,00	I fantastici 4 must dell'infermiere
10,00-10,30	La Comicoterapia: un paradosso culturale?
11,00-11,30	Salute per le persone curate. E quella di chi cura?
11,30-12,00	"Una ricetta speciale nei luoghi di cura"
12,00-13,00	I miei primi 20 anni di Comicoterapia: esempi, foto, filmati, barriere culturali, storiche o reali
14,00-14,30	Infermieristica e Teatro: due arti siamesi
14,30-15,00	La Teatralità e: lo Stress; l'Errore Professionale; La Vergogna e l'Insicurezza; La Sofferenza, la Morte.
15,00-15,45	La zattera (a bordo tutti e dico Tutti sono indispensabili e Tutti devono seguire le regole) La sedia invisibile (il piacere e l'importanza di essere una Squadra) Chiudo gli occhi e sono tuo (la fiducia nel collega)
16,15-17,15	Biancaneve più veloce della luce (Team- Work, velocità nel capire le priorità, aiutare ed essere aiutati, prevedere e risolvere i problemi in fretta)
17,15-17,45	Un goal alla Zanardi
17,45-18,00	Sintesi dei lavori della giornata e conclusione del corso
18,00-18,30	Compilazione Questionari ECM e Q

VENERDI 16 OTTOBRE 2020

SESSIONE SATELLITE N. 5: SALA COLOMBO

LA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELLA PERSONA CANDIDATA A DERIVAZIONE URINARIA: QUESTIONE DI FEELING ?!

Numero e tipologia Partecipanti: 80 tra Infermieri, Infermieri Pediatrici, Medici Chirurghi tutte le discipline

PREMESSA

L'assistenza alla persona con derivazione urinaria necessita di un approccio multidisciplinare in cui l'infermiere e lo stomaterapista svolgono una funzione clinica e riabilitativa che presuppone l'acquisizione e l'aggiornamento continuo delle proprie conoscenze e competenze in rapporto all'evoluzione della chirurgia urologica e del Nursing Specialistico.

La complessità delle problematiche cliniche che riguardano la modifica della funzione di eliminazione, lo schema corporeo e le alterazioni della sessualità, richiedono l'implementazione di progetti di cura multidisciplinari in cui si integrano gli interventi infermieristici di sostituzione, aiuto, guida e counselling volti a favorire il recupero di una qualità di vita soddisfacente per l'assistito. Per dare risposte efficienti ed efficaci il progetto prende avvio dalla considerazione dei bisogni clinico assistenziali specifici dell'individuo, entro l'asse temporale che va dal periodo preoperatorio fino al raggiungimento degli obiettivi pianificati. I contenuti dell'evento intendono fornire ai partecipanti spunti di riflessione e conoscenze specifiche da "spendere" nella pratica clinica al fine di assicurare un'assistenza pertinente e appropriata.

Obiettivo formativo generale Integrazione interprofessionale e multi professionale

Obiettivi formativi specifici

Competenze tecnico professionali: Acquisire conoscenze in tema di gestione multidisciplinare della persona con derivazione urinaria.

Acquisizione competenze di processo: Applicazione nella pratica clinica delle attività di cura e assistenza in un'ottica multidisciplinare condivisa e coordinata.

Acquisizione competenze di sistema: Applicazione nella pratica quotidiana di attività che influiscono sul miglioramento degli outcome in tema di sicurezza delle cure e consapevolezza della persona assistita nei confronti delle scelte di salute.

PROGRAMMA

Orario	Argomento
08,00-08,30	Presentazione del corso e obiettivi formativi
08,30-09,15	La squadra perfetta per un corretto approccio multidisciplinare
09,15-10,00	Cistectomia e confezionamento di derivazione urinaria e/o reservoir vescicale: attuali orientamenti
10,00-10,30	Consenso informato: i presupposti
11,00-12,00	L'assistenza infermieristica al paziente con derivazione urinaria incontinenza
12,00-12,45	L'assistenza infermieristica al paziente con neovescica
12,45-13,00	Sintesi dei lavori della giornata
14,00-15,00	Lavorare in equipe: responsabilità individuali e collettive
15,00-15,45	Carcinoma vescicale: attuali orientamenti onco-terapeutici
16,15-16,45	Coping delle problematiche della sfera emozionale e della sessualità: il ruolo dello psicologo
16,45-17,45	IO, TU, NOI E... LE ROSE
17,45-18,00	Sintesi dei lavori della giornata e conclusione del corso
18,00-18,30	Compilazione Questionari ECM e Q

SABATO 17 OTTOBRE 2020

SESSIONE SATELLITE 1: SALA MAGELLANO BERING

FAST-TRACK SURGERY # ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS)

Un nuovo percorso di cura e assistenza pre-intra e post operatoria
Numero e tipologia Partecipanti: 60 tra Infermieri, Infermieri Pediatrici, Medici Chirurghi tutte le discipline

PREMESSA

Negli ultimi decenni l'implementazione nella pratica clinica della chirurgia mini invasiva ha consentito di ridurre significativamente i tempi di ripresa e la durata della degenza dopo chirurgia addominale maggiore, con un conseguente miglioramento dei risultati a breve termine e della qualità percepita da parte dei pazienti. Allo scopo di ottimizzare la riabilitazione dei pazienti dopo un intervento chirurgico, è stato introdotto a metà degli anni Novanta, il concetto della Fast Track Surgery a partire dalla quale si è sviluppato un percorso parallelo detto Enhanced Recovery After Surgery (ERAS).

Il protocollo ERAS, è un percorso di cura perioperatorio multidisciplinare standardizzato, pianificato e coordinato basato sulle migliori evidenze scientifiche. L'obiettivo è di ridurre lo stress chirurgico e supportare le funzioni d'organo per favorire la ripresa più veloce e sicura della persona operata che potrà essere dimessa prima e recuperare rapidamente lo stato di benessere e l'autonomia. Tale modello richiede un radicale cambiamento nella tradizionale gestione del paziente operato ed è basato sul principio della multidisciplinarietà e del coinvolgimento dell'assistito nel suo percorso di cura.

I contenuti del corso sono volti a favorire la condivisione dei principi del protocollo ERAS e la sua contestualizzazione nella pratica clinica.

Obiettivo formativo generale Documentazione clinica, percorsi clinico assistenziali, diagnostici e riabilitativi e profili di assistenza

Obiettivi formativi specifici

Competenze tecnico professionali: Acquisire abilità tecnico professionali in merito all'applicazione del protocollo ERAS.

Acquisizione competenze di processo: Adozione di comportamenti clinici basati su EBN per monitorare e assicurare esiti efficaci delle prestazioni erogate

Acquisizione competenze di sistema: Conoscere il processo metodologico del protocollo ERAS per la pianificazione delle attività di cura e assistenza.

PROGRAMMA

Orario	Argomento
08,00-08,30	Presentazione del corso e obiettivi formativi
08,30-09,15	Fast-Track Surgery: il Protocollo ERAS (Obiettivi e EBM)
9,15-10,00	Fast Track Surgery in chirurgia colo rettale e in urologia: valutazione dei fattori di rischio e criteri di indicazione al programma ERAS
10,00-10,30	Informazione e counselling multidisciplinare
11,00-11,45	Preparazione intestinale e Stoma Siting
11,45-12,30	Anestesia e monitoraggio del paziente in fase peri operatoria
12,30-13,00	Fast Track Surgery: cosa cambia
14,00-14,45	Il monitoraggio del paziente nel post operatorio
14,45-15,45	Alimentazione, terapia infusionale, controllo del dolore
16,15-17,00	Mobilizzazione e educazione all'autocura
17,00-17,45	Fast Track Surgery: Casi clinici
17,45-18,00	Discussione e conclusione dei lavori
18,00-18,30	Compilazione Questionari ECM e Q

SABATO 17 OTTOBRE 2020

SESSIONE SATELLITE N.2: SALA SIRIO ZODIACO

STRESS E SINDROME DA BURNOUT NELLE PROFESSIONI SANITARIE: LE STRATEGIE PER PREVENIRLO E AFFRONTARLO

Numero e tipologia Partecipanti: 40 tra Infermieri, Infermieri Pediatrici, Medici Chirurghi tutte le discipline

PREMESSA

Le Professioni d'aiuto, ed in particolare quelle Sanitarie, sono soggette più di altre al rischio stress lavoro-correlato ed alla Sindrome da Burnout.

Negli ambienti di lavoro una delle componenti con cui ci si confronta è lo stress, il suo perdurare induce forti sollecitazioni emotivo comportamentali che possono compromettere seriamente lo stato di salute dell'operatore e ingenerare una condizione da Burnout. Tale sindrome rappresenta una condizione che mina l'operatività del professionista, incidendo non solo sulle sue performance ma anche sul suo sistema di personalità, oltre che a gravare in maniera negativa sul grado di soddisfazione della propria professione e sul suo sistema familiare.

Per "imparare a staccare la spina" prevenzione e formazione sono gli strumenti principali per gestire al meglio i rischi psico-sociali che ogni Professionista Sanitario deve affrontare e per garantire nel contempo un'alta qualità della prestazione ed un buon livello di benessere professionale.

Obiettivo formativo generale

Aspetti relazionali

Obiettivi formativi specifici

Competenze tecnico professionali: Acquisire consapevolezza delle caratteristiche e potenzialità individuali.

Acquisizione competenze di processo: Acquisire capacità di gestione delle proprie emozioni.

Acquisizione competenze di sistema: Conoscere modalità e strategie di prevenzione primaria e secondaria della sindrome di Burnout da adottare nello svolgimento della propria attività professionale.

PROGRAMMA

Orario	Argomento
08,00-08,30	Presentazione del corso e obiettivi formativi
08,30-09,15	Lo stress: cosa è, come riconoscerlo
9,15-10,00	I rischi nella relazione di aiuto
10,00-10,30	Il ruolo degli atteggiamenti mentali nell'insorgenza dello stress
11,00-11,45	Le cause oggettive, soggettive e socio-culturali della Sindrome da Burnout
11,45-12,30	La Sindrome da Burnout e le sue manifestazioni: i sintomi somatici, psichici e comportamentali
12,30-13,00	Stress e Sindrome da Burnout: facciamo il punto
14,00-15,00	Dalla teoria alla pratica
15,00-15,45	Il Test di Maslach Burnout Inventory
16,15-16,45	Come affrontare lo stress in modo pratico: tecniche di gestione
16,45-17,45	Tecniche di gestione dello stress
17,45-18,00	Sintesi dei lavori della seconda sessione e conclusione del corso
18,00	Compilazione Questionari ECM e Q

SABATO 17 OTTOBRE 2020

SESSIONE SATELLITE N. 3: SALA COOK VESPUCCI

STOMATERAPIA E SICUREZZA DELLE CURE: EBP E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Numero e tipologia Partecipanti: 80 tra Infermieri, Infermieri Pediatrici, Medici Chirurghi tutte le discipline

PREMESSA

L'entrata in vigore della legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", detta anche Legge Gelli, porta all'attenzione del professionista sanitario l'ennesima riflessione sul concetto di diritto alla sicurezza delle cure. L'agire degli esercenti le professioni sanitarie deve essere subordinato al rispetto delle raccomandazioni previste dalle linee guida e dalle buone pratiche clinico assistenziali.

La norma prescrive, inoltre, che dette garanzie debbano essere assicurate attraverso l'impiego di strumenti di prevenzione e gestione del rischio sanitario, in concerto con l'appropriato utilizzo delle risorse a disposizione.

Nell'ottica di disseminazione delle conoscenze scientifiche e di implementazione di modelli di prevenzione e gestione del rischio sanitario in stomaterapia, l'AIOSS (Associazione Tecnica Scientifica di Stomaterapia) riconosciuta dal Ministero della Salute, propone questo evento formativo di approfondimento su temi peculiari inerenti la pratica assistenziale in ambito stomaterapico e sui possibili strumenti e documenti da utilizzare nello svolgimento delle attività di assessment, cura e riabilitazione della persona stomizzata.

Obiettivo formativo generale

Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e procedure dell'EBN.

Obiettivi formativi specifici

Competenze tecnico professionali: Acquisire conoscenze teoriche ed aggiornamenti in tema di sicurezza delle cure e responsabilità professionali.

Acquisizione competenze di processo: Acquisire abilità di assessment infermieristico delle complicanze del complesso stomale.

Acquisizione competenze di sistema: Acquisire competenze in tema di applicazione nella pratica clinica di strumenti documentali e di classificazione (EBP) delle complicanze stomali.

PROGRAMMA

Orario	Argomento
8,00-8,30	Presentazione del corso e obiettivi formativi
8,30-9,30	Sicurezza delle cure e responsabilità del professionista sanitario. Cosa è cambiato con la legge 8/03/17 n. 24
9,30- 10,30	La prevenzione e la gestione del rischio clinico e sanitario: strumenti a supporto.
11,00-11,45	Gli strumenti di gestione del rischio in stomaterapia
11,45- 12,00	Sicurezza delle cure e responsabilità professionali
12,00-13,00	Assessment infermieristico della retrazione stomale e scelta del device
14,00-15,00	Assessment infermieristico delle complicanze cutanee peristomali: EBP
15,00-15,45	"PeristomalLesion Scale" e assesment infermieristico
16,15-17,00	Valutazione e monitoraggio infermieristico del paziente stomizzato: la scheda TOR
17,00-17,45	L'utilizzo nella pratica di strumenti documentali e per l'assessment infermieristico
17,45-18,00	Sintesi degli argomenti trattati e conclusione del corso
18,00-18,30	Compilazione Questionari ECM e Q

SABATO 17 OTTOBRE 2020

SESSIONE SATELLITE N. 4: SALA ANDROMEDA

IL LUOGO DI CURA, IL PALCO MAGICO DOVE SOLO LE COMPARSE DIVENTANO

PROTAGONISTE. L'arte individuale di comunicare, di curare e del prendersi cura

Numero e tipologia Partecipanti: 40 tra Infermieri, Infermieri Pediatrici, Medici Chirurghi tutte le discipline

PREMESSA

L'infermieristica teatrale è un percorso dedicato ai professionisti della salute che nasce nell'intreccio tra assistenza e arte teatrale. L'infermieristica è fatta da persone (chi si prende cura e chi viene preso in cura), che creano dialoghi, relazioni, emozioni collettive, in poche parole, rapporti umani. In ospedale si conosce l'animo umano nella sua purezza perché chi soffre abbatte per necessità ogni muro, per ricevere più aiuto possibile, che sia esso fisico, psichico e/o sociale.

L'infermieristica è, quindi, un viaggio nell'animo umano e nelle sue emozioni più profonde. In teatro si conosce l'animo umano attraverso i personaggi che si interpretano e attraverso i personaggi con cui si relazionano quelli che si interpretano; in teatro ci si mette nei panni dell'altro e si cerca di capire le sue ragioni. Il teatro è un formidabile strumento di comunicazione e un percorso che aiuta a capire qualcosa in più di sé stessi e degli altri.

Nell'incontro tra queste due realtà nasce l'infermieristica teatrale, un percorso dentro l'assistenza, il teatro, l'arte e la filosofia, dove il gruppo di professionisti condivide ed elabora emozioni, dubbi, domande e il seguente percorso di ricerca: prendersi cura di sé per prendersi meglio cura degli altri.

Obiettivo formativo generale

Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure

Obiettivi formativi specifici

Competenze tecnico professionali: Acquisire conoscenze su aspetti relazionali inerenti alla comunicazione interna, esterna e con la persona malata.

Acquisizione competenze di processo: Acquisire competenze in tema umanizzazione delle cure e del prendersi cura.

Acquisizione competenze di sistema: Acquisire conoscenze su modalità e strategie da adottare per prendersi cura di sé per prendersi meglio cura degli altri.

PROGRAMMA

Orario	Argomento
8,00-8,30	Presentazione del corso e obiettivi formativi
8,30-9,00	Dalle scuole professionali all'università
9,00-9,30	La Professione Infermieristica e Valentino Rossi
9,30-10,00	I fantastici 4 must dell'infermiere
10,00-10,30	La Comicoterapia: un paradosso culturale?
11,00-11,30	Salute per le persone curate. E quella di chi cura?
11,30-12,00	"Una ricetta speciale nei luoghi di cura"
12,00-13,00	I miei primi 20 anni di Comicoterapia: esempi, foto, filmati, barriere culturali, storiche o reali
14,00-14,30	Infermieristica e Teatro: due arti siamesi
14,30-15,00	La Teatralità e: lo Stress, l'Errore Professionale; La Vergogna e l'Insicurezza; La Sofferenza, la Morte.
15,00-15,45	La zattera(a bordo tutti e dico Tutti sono indispensabili e Tutti devono seguire le regole) La sedia invisibile (il piacere e l'importanza di essere

16,15-17,15	una Squadra) Chiudo gli occhi e sono tuo (la fiducia nel collega) Biancaneve più veloce della luce (Team-Work, velocità nel capire le priorità, aiutare ed essere aiutati, prevedere e risolvere i problemi in fretta)
17,15-17,45	Un goal alla Zanardi
17,45-18,00	Sintesi dei lavori della giornata e conclusione del corso
18,00-18,30	Compilazione Questionari ECM e Q

SABATO 17 OTTOBRE 2020

SESSIONE SATELLITE N. 5: SALA COLOMBO

LA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELLA PERSONA CANDIDATA A DERIVAZIONE URINARIA: QUESTIONE DI FEELING ?!

Numero e tipologia Partecipanti: 80 tra Infermieri, Infermieri Pediatrici, Medici Chirurghi tutte le discipline

PREMESSA

L'assistenza alla persona con derivazione urinaria necessita di un approccio multidisciplinare in cui l'infermiere e lo stomaterapista svolgono una funzione clinica e riabilitativa che presuppone l'acquisizione e l'aggiornamento continuo delle proprie conoscenze e competenze in rapporto all'evoluzione della chirurgia urologica e del Nursing Specialistico.

La complessità delle problematiche cliniche che riguardano la modifica della funzione di eliminazione, lo schema corporeo e le alterazioni della sessualità, richiedono l'implementazione di progetti multidisciplinari in cui si integrano gli interventi infermieristici di sostituzione, aiuto, guida e counselling volti a favorire il recupero di una qualità di vita soddisfacente per l'assistito. Per dare risposte efficienti ed efficaci il progetto prende avvio dalla considerazione dei bisogni clinico assistenziali specifici dell'individuo, entro l'asse temporale che va dal periodo preoperatorio fino al raggiungimento degli obiettivi pianificati. I contenuti dell'evento intendono fornire ai partecipanti spunti di riflessione e conoscenze specifiche da "spendere" nella pratica clinica al fine di assicurare un'assistenza pertinente e appropriata.

Obiettivo formativo generale

Integrazione interprofessionale e multi professionale

Obiettivi formativi specifici

Competenze tecnico professionali: Acquisire conoscenze in tema di gestione multidisciplinare della persona con derivazione urinaria.

Acquisizione competenze di processo: Applicazione nella pratica clinica delle attività di cura e assistenza in un'ottica multidisciplinare condivisa e coordinata.

Acquisizione competenze di sistema: Applicazione nella pratica quotidiana di attività che influiscono sul miglioramento degli outcom in tema di sicurezza delle cure e consapevolezza della persona assistita nei confronti delle scelte di salute.

PROGRAMMA

Orario	Argomento
08,00-08,30	Presentazione del corso e obiettivi formativi
08,30-09,15	La squadra perfetta per un corretto approccio multidisciplinare
9,15-10,00	Cistectomia e confezionamento di derivazione urinaria e/o reservoir vescicale: attuali orientamenti
10,00-10,30	Consenso informato: i presupposti
11,00-12,00	L'assistenza infermieristica al paziente con derivazione urinaria incontinente
12,00-12,45	L'assistenza infermieristica al paziente con neovescica
12,45-13,00	Sintesi dei lavori della giornata
14,00-15,00	Lavorare in equipe: responsabilità individuali e collettive
15,00-15,45	Carcinoma vescicale: attuali orientamenti onco-terapeutici
16,15-16,45	Coping delle problematiche della sfera emozionale e della sessualità: il ruolo dello psicologo
16,45-17,45	IO, TU, NOI E... LE ROSE
17,45-18,00	Sintesi dei lavori della giornata e conclusione del corso
18,00-18,30	Compilazione Questionari ECM e Q

DOMENICA 18 OTTOBRE 2020

08,30-09,45	Sessione Comunicazioni
9,45-11,00	La tecnologia al servizio della stomaterapia: Il voto di tutti per promuovere comportamenti clinici comuni

Questa sessione prevede la presentazione di situazioni cliniche complesse inerenti l'ambito della stomaterapia. I partecipanti, mediante il voto, indicano l'intervento terapeutico ritenuto maggiormente appropriato fra quelli ipotizzati. I risultati derivanti dai voti espressi saranno oggetto di un confronto dibattito tra pubblico e esperti.

11,00-11,30 Conclusione del Congresso

Si scrive Esteem™+, si legge monopezzo

NOVITÀ

ESTEEM™+ Soft Convex

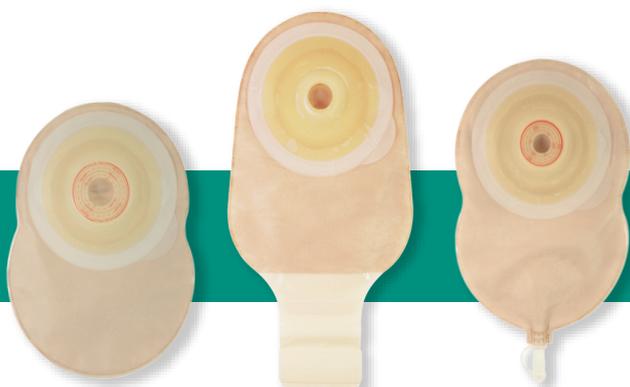
Sistema monopezzo con barriera cutanea idrocolloidale e convessità soft, per offrire ai tuoi pazienti maggiori comfort e protezione



ESTEEM™+
Soft Convex
fondo chiuso

ESTEEM™+
Soft Convex
fondo aperto

ESTEEM™+
Soft Convex
per urostomia



ESTEEM™+
Flex Convex
fondo chiuso

ESTEEM™+
Flex Convex
fondo aperto

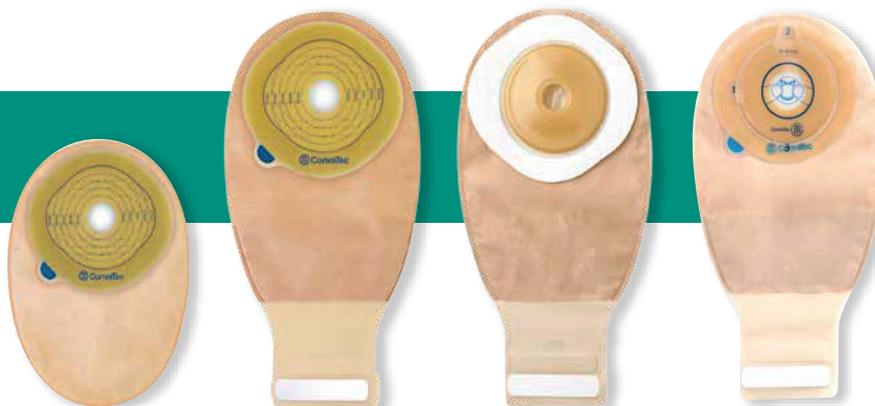
ESTEEM™+
Flex Convex
per urostomia

ESTEEM™+ Flex Convex

Sistema monopezzo convesso con barriera cutanea idrocolloidale che offre ai tuoi pazienti la giusta protezione dalle infiltrazioni

ESTEEM™+

Sacche a fondo chiuso nelle versioni ritagliabile e modellabile; sacche a fondo aperto nelle versioni convessa, ritagliabile e modellabile, per offrire ai tuoi pazienti la protezione e il comfort di cui hanno bisogno



ESTEEM™+
fondo chiuso
ritagliabile e pretagliato
con finestra ispezionabile

ESTEEM™+
fondo aperto
ritagliabile

ESTEEM™+
convesso pretagliato

ESTEEM™+
fondo aperto
modellabile

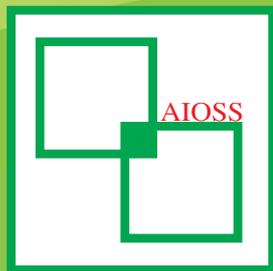
Per richiedere campioni gratuiti, contatta il numero verde gratuito **800.930.930*** dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 17:00 o manda un'e-mail all'indirizzo convatel.italia@convatec.com

Per maggiori informazioni visita il sito www.convatec.it

*Numero verde destinato ad assistenza tecnica
© 2019 ConvaTec Inc. ™ indica un marchio di fabbrica di ConvaTec

 **ConvaTec**

ANDRÀ TUTTO BENE



A.I.O.S.S.
Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomaterapia
e Riabilitazione
Pavimento Pelvico

Cari Colleghi,

in questo momento particolarmente difficile per il nostro Paese e per la nostra Professione,
- allineata in prima linea con i medici e gli altri professionisti sanitari per dare garanzia e continuità alle cure e all'assistenza infermieristica alle persone
- chiamata ad un lavoro competente, ma oggi ancor più intriso di attenzione ed educazione, verso le persone esposte a rischi, bisognose di informazione, addestramento e rassicurazione
- consapevole dell'importanza del proprio ruolo al fine del mantenimento/perseguimento della salute verso ogni cittadino, sia dentro che fuori dai confini del turno di lavoro
- conscia, oggi, della presenza di un forte rischio per la propria incolumità e salute
- motivata alla presenza quotidiana
- consapevole e responsabile del rispetto dei propri doveri

si sente **chiamata a ribadire con forza la propria vicinanza e stima per tutto quello che state facendo e ottenendo, enfatizzando ancora una volta l'importanza della specificità della nostra professione e professionalità.**

Molte persone in questi giorni, in tutto il mondo, hanno esternato una immensa **gratitudine** verso la Professione, a sottolineare che gli **esiti** del lavoro dell'Infermiere sono parzialmente riportati nella clinica, ma sono profondamente **inscritti nel cuore e nell'animo** delle persone. In assetto Squadra, AIOSS si sente fortemente chiamata a ribadire a tutti i colleghi in "trincea"

GRAZIE GRAZIE GRAZIE GRAZIE...

poiché come Professionisti ponete adeguato rimedio

"All'apprensione, all'incertezza, all'attesa, alle aspettative, alla paura delle novità... che fanno ad un paziente più male di ogni fatica".

Florence Nightingale

A nome di tutto lo staff di AIOSS
Il Presidente
Gabriele Roveron