

AIOSS.it

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

NUOVA EDIZIONE

Articolo scientifico

INDAGINE SULLA QUALITÀ DI VITA DEI
CAREGIVER DI BAMBINI AFFETTI DAL
COMPLESSO ESTROFIA VESCICALE EPISPADIA E
SOTTOPOSTI A CONFEZIONAMENTO DI
DERIVAZIONE URINARIA CONTINENTE

Journal Club

EDUCAZIONE DEL PAZIENTE STOMIZZATO
AFFETTO DA CARCINOMA DEL COLON-RETTO:
REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

La nostra Professione

REIKI ALL'OSPEDALE CARDINAL MASSAIA DI
ASTI

AIOSS nel mondo

RESEARCH MEETS PRACTICE - PRACTICE
MEETS RESEARCH: NEWS DAL CONGRESSO
ECET 2019

Dalle Aziende

PATIENT FLOW IN STOMIA: AL VIA LA
SECONDA TAPPA DELL'E-CAMP B. BRAUN

Web & Multimedi@

SANITA' DIGITALE: SMARTPHONE E TABLET
COME STRUMENTI DI ASSISTENZA

Eventi associativi

L'ETICA DEL PRENDERSI CURA

INFERMIERE STOMATERAPISTA:

NUOVO

RICONOSCIMENTO



N. 3- SETTEMBRE 2019

Trimestrale - Anno 27

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



Dasa-Rägister
EN ISO 9001 : 2015
IQ-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 Stomatologia. 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 semplice e chiara. L'Articolo dovrà essere in formato elettronico e pervenire su supporto 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. 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): pagina.

TABELLE E FIGURE

- 1 Andranno inviate a parte e dovranno essere chiaramente distinguibili (es. "figura2_Nigra_et_al_2017.jpg").
- 3 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.
- 14
- 17
- 18

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: Ivano Nigra ©2019

AI OSS.it trimestrale - Anno 27, n. 03/19, Settembre 2019
 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

IN QUESTO NUMERO:

EDITORIALE	1
ARTICOLO SCIENTIFICO	3
JOURNAL CLUB	14
LA NOSTRA PROFESSIONE	17
AIOSS NEL MONDO	18
DALLE AZIENDE	19
WEB & SOCIAL	21
L'ANGOLO DEL RELAX/SUDOKU	22
WEB & MULTIMEDIA	24
EVENTI ASSOCIATIVI	26
SUL PROSSIMO NUMERO	IV cop



Dasa-Rägister
 EN ISO 9001 : 2015
 IQ-0905-12

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

INFERMIERE STOMATERAPISTA: NUOVO RICONOSCIMENTO

Gabriele Roveron
Presidente AIOSS



Con la legge n. 43 del 1 febbraio 2006, i contenuti dell'articolo 6 intitolato, nostro malgrado, all'istituzione della funzione di coordinamento, formalizzano (finalmente!) la figura dell'infermiere

professionista specialista, ovvero colui che possiede un Master universitario di primo livello per le funzioni specialistiche.

L'istituzione per norma dell'infermiere specialista mosse e rianimò le nostre ataviche aspettative di riconoscimento del ruolo dello Stomaterapista, che espleta la propria funzione entro il percorso integrato della persona con stomia nella propria ASL, "di fatto" e in ragione di una mera sensibilità del direttore di dipartimento chirurgico e/o della direzione strategica.

Le Università rilasciano, quindi, il titolo di Master per la specializzazione infermieristica di Stomaterapia, tuttavia a livello locale cambia poco o nulla. Solo alcune pionieristiche ASL istituiscono concorsi interni per l'assegnazione dell'incarico/ruolo di Stomaterapista.

È con l'evento del recente Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto Sanità (2016-2018) che si apre un nuovo capitolo per l'Infermieristica in generale e per lo Stomaterapista nello specifico. Esso introduce una nuova formula, chiamata "incarichi funzionali", ovvero, per quanto di nostro interesse, "incarichi professionali". Detti incarichi richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità, aggiuntiva o complessa rispetto alle attribuzioni del profilo di appartenenza.

L'incarico professionale si connota o come "professionista specialista" o come "professionista esperto". Il requisito per il conferimento dell'incarico di "professionista specialista" è il possesso del Master specialistico di 1° livello, mentre per quello di "professionista esperto" è costituito dall'aver acquisito competenze avanzate, tramite percorsi formativi complementari regionali e attraverso l'esercizio di attività professionali riconosciute dalle stesse regioni. Il requisito richiesto per l'incarico professionale è il possesso di almeno cinque anni di esperienza professionale nel profilo d'appartenenza.

Insomma le ASL, in relazione alle proprie esigenze di servizio e in linea con ordinamenti e leggi locali, possono istituire questi incarichi, e... sta succedendo, davvero !!!

Sono oramai diverse le ASL che hanno già formalizzato l'incarico di "Professionista Specialista" per l'Infermiere Stomaterapista. Finalmente le competenze avanzate esercitate trovano non solo un riconoscimento nell'allocatione di funzioni specialistiche infermieristiche, ma anche di un trattamento economico/indennità che può giungere sino ai 12.000 euro annui lordi e per tredici mensilità.

AIOSS intende, di qui, sensibilizzare le Direzioni Strategiche e delle Professioni Sanitarie delle ASL, affinché sia finalmente riconosciuta la competenza specialistica dell'Infermiere Stomaterapista, a riferimento del nuovo CCNL, nella forte consapevolezza del potenziale di salute intriso, anche, nella motivazione e soddisfazione professionale di quanti favoriscono la salute.

E riconoscimento sia!

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

INDAGINE SULLA QUALITÀ DI VITA DEI CAREGIVER DI BAMBINI AFFETTI DAL COMPLESSO ESTROFIA VESCICALE EPISPADIA E SOTTOPOSTI A CONFEZIONAMENTO DI DERIVAZIONE URINARIA CONTINENTE

Maria Lago^a, Massimo Di Grazia^b, Maria Barbierato^c

a Neo stomaterapista e riabilitatrice del pavimento pelvico A.A. 2017-18

b Psicologo e Sessuologo, PhD, IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico - Milano. Presidente dell'Associazione Italiana Estrofia Vescicale Epispadia (AEV) fino al 1/6/2019

c Docente a contratto del Master di 1° livello in "Assistenza sanitaria a pazienti stomizzati e incontinenti" dell'Università degli Studi di Padova

ABSTRACT

Premessa e obiettivi: il complesso Estrofia Vescicale- Epispadia è una malformazione genitourinaria che colpisce entrambi i sessi. L'incidenza è di circa 1/30.000 nati vivi. Tale condizione richiede molteplici e complessi interventi chirurgici che mirano principalmente a ricostruire l'apparato urologico e genitale. Uno di tali interventi è la ricostruzione di una neovescica e di un condotto continente per lo svuotamento. Questa malformazione ha ripercussioni fisiche e psichiche sul piccolo paziente e, non da meno, sui caregiver: i genitori. L'obiettivo della ricerca è rilevare il livello di stress dei genitori, il grado di supporto sociale che percepiscono e il livello di competenza acquisita per la gestione della neovescica e dello stoma urinario.

Materiali e metodi: ai genitori di bambini con derivazione urinaria continente sono stati somministrati il Parenting Stress Index-Small Form (PSI-SF), la Scala Multimediale del Supporto Sociale Percepito (SMSSP) seguiti da un'intervista strutturata appositamente progettata per avere informazioni demografiche, esperienziali e formative riguardanti la gestione di questa condizione clinica.

Risultati: il campione è composto da 19 caregiver di cui 10 (52.3%) di genere femminile. Il livello di stress è contenuto tra il 50° e il 75° percentile. Il 58% dei genitori percepisce un alto supporto sociale. La patologia del figlio ha avuto ripercussioni psicologiche negative sull'equilibrio di coppia e sulla famiglia per più della metà del campione (53%); anche la vita sociale dei bambini ne ha risentito. Le risposte al questionario denotano una riferita buona conoscenza della patologia del figlio e delle correzioni chirurgiche ma poca consapevolezza delle modificazioni anatomiche e fisiologiche che comportano. Risultano sufficienti i rudimenti per la gestione pratica della derivazione urinaria ma insufficiente la gestione generale e a lungo termine di questa condizione.

Conclusioni: la variabilità nelle competenze per la gestione della condizione del figlio potrebbe essere imputata alla carenza o assenza di una rete assistenziale dedicata e soprattutto accessibile, ma anche alla mancanza di un team multidisciplinare che possa fornire un supporto educativo ed emozionale.

INTRODUZIONE E SCOPO

L'estrofia della vescica, l'estrofia della cloaca e l'epispadia sono varianti del complesso estrofia – epispadia. L'etiologia è stata attribuita ad una mancata crescita verso l'interno del mesoderma che rinforza la membrana cloacale. Come forma più lieve, l'epispadia isolata è relativamente rara e si verifica con un'incidenza di 1:117.000 nei maschi e 1:484.000 nelle femmine. D'altra parte, l'incidenza del quadro completo di estrofia vescicale è di circa 1:30.000 nati vivi, con i maschi che sono colpiti da tre a quattro volte più spesso rispetto alle femmine. La forma grave di estrofia della cloaca presenta una incidenza da 1:200.000 a 1:400.000 con un rapporto tra maschi e femmine di circa 2:1^{1,2,3}.

La diagnosi prenatale è possibile tra la 15^{esima} e la 32^{esima} settimana di gestazione.

La maggioranza delle anomalie è associata a difetti della parete addominale della vescica, dei genitali, del retto e dell'ano. 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.

L'estrofia vescicale classica (figura 1) è caratterizzata dalla presenza della placca estrofica che appare come una protuberanza rossastra situata tra l'ombelico, che è

sempre dislocato caudalmente ed in continuità con la vescica, ed il pube.

L'estrofia della cloaca è contraddistinta 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. L'anomalia scheletrica più evidente è la diastasi delle branche pubiche che determina un appiattimento della pelvi con una retroversione degli acetaboli⁴.

Il perineo è breve e ampio. L'ano è depiazzato anteriormente e il canale anale può essere stenotico.

Per quanto riguarda le anomalie urinarie, sulla superficie vescicale possono essere presenti mucosa intestinale ectopica o un'ansa intestinale isolata. La vescica può risultare incapace di una normale funzione detrusoriale. 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 nella quasi totalità dei casi si verifica il reflusso che richiede un successivo intervento chirurgico.

Questa malformazione congenita richiede una sequenza di complessi interventi chirurgici che mirano principalmente a ricostruire l'apparato urologico e genitale. Solitamente gli interventi principali avvengono in tre tempi:

- 1 chiusura della vescica e della parte estrofica
- 2 ricostruzione dei genitali nei maschi (nelle femmine questo avviene nel primo tempo)
- 3 ricostruzione del collo vescicale e per questo è necessario attendere che la vescica raggiunga la capacità minima di 60-80 cc e che il bimbo sia in grado di collaborare al training riabilitativo (solitamente non prima dei 4-5 anni).

Le conseguenze di una chirurgia ricostruttiva dei genitali possono avere implicazioni a lungo termine sia di tipo funzionale (disfunzioni dell'erezione ed eiaculazione nei maschi, dispareunia nelle donne, gravidanza e parto) che psichico (immagine corporea, sessualità, autostima, vita relazionale). Queste sono questioni che ogni paziente vive in modo diverso e sono meritevoli di attenzione.

Per quanto riguarda la continenza i maggiori reports in letteratura riportano che in più del 70% dei casi è possibile il raggiungimento della continenza vuotando la vescica ogni 2-3 ore ma i pazienti che rimangono continenti da adulti sono meno del 40%.

Nel caso di una capacità ridotta della vescica, alta pressione o poca *compliance* la terapia disponibile è l'ampliamento vescicale e la derivazione urinaria sec. Mitrofanoff con l'utilizzo dell'appendice o di altri tessuti, o condotto secondo Monti quando l'appendice non è presente. Lo svuotamento di questa neovescica avviene con l'auto-catereterismo. Anche questa procedura non è esente da ripercussioni psicologiche sia sul paziente che sul caregiver perché devono accettare un metodo non naturale di vuotare la vescica.

I problemi psicologici e psico-sessuali sono spesso legati allo sviluppo psico-fisico del bambino.

Questa malformazione in molti casi presenta ripercussioni fisiche e psichiche sia sul piccolo paziente che sui caregiver, solitamente i genitori, responsabili della salute del proprio bambino e per il quale devono prendere delle decisioni importanti sin dalla nascita, decisioni che condizioneranno la sua vita e che richiederanno lunghe ospedalizzazioni e continue visite di controllo.

Un buon numero di genitori presenta un profilo emotivo caratterizzato dall'ansia che può influire sulla crescita del bambino e sull'accettazione della sua condizione fisica. I genitori sono spesso meno soddisfatti dei ragazzi stessi sulla forma esterna dei genitali e questa insoddisfazione potrebbe diventare un fattore che interferisce sul loro sviluppo psico-sociale⁵.

Nello studio condotto da Di Grazia et.al (2017), che indagava le esperienze di 14 mamme di bambini/e affetti dal complesso estrofia vescicale epispadia ed operati con età compresa tra i 6 e i 10 anni, ha mostrato di quale portata è l'impatto di questa malformazione sul loro stato emotivo. L'intervista si focalizzava su quattro aspetti: (1) l'impatto della diagnosi, (2) le relazioni con il personale sanitario, (3) la relazione con il partner e (4) la vita sociale.

Tutte le mamme hanno affermato di aver provato uno shock al momento della nascita (il fatto di non essere capaci di distinguere il sesso del bambino, di non capire cosa fosse andato storto, lo sguardo dei medici e delle ostetriche mentre guardavano il figlio) e questo ricordo è persistito negli anni dopo la nascita. Hanno anche provato

un forte senso di vergogna, la sensazione di aver fallito come madri e si sentivano devastate ogni qualvolta i figli dovevano sottoporsi a complessi interventi chirurgici.

Hanno sostenuto inoltre di aver bisogno di continue rassicurazioni e di essere aggiornate sulla condizione del loro figlio, ma allo stesso tempo hanno manifestato comportamenti di evitazione come il non presentarsi agli appuntamenti. Per quanto riguarda la relazione col partner solo due mamme hanno risposto, le altre evitavano l'argomento.

L'intervista ha mostrato che essere madri di bambini estrofici comportava significativi cambiamenti nella vita professionale: alcune lavoravano part-time, altre avevano lasciato il lavoro. Coloro che avevano mantenuto il lavoro descrivevano un senso di frustrazione per tali cambiamenti lavorativi e senso di colpa quando lasciavano il bimbo per recarsi al lavoro.

Alcune sentivano la lontananza e la mancanza di aiuto da parte della famiglia, altre sostenevano di affidarsi completamente alle famiglie. La maggior parte delle mamme aveva ridotto l'attività sociale, alcune non confidavano a nessuno la diagnosi del loro figlio, altre la confidavano solo agli amici più intimi. Tre madri hanno affermato di aver avuto difficoltà per anni nell'accettare la diagnosi.

Gli autori hanno constatato che, oltre alla difficoltà di accettare la malattia, i caregiver adottavano nuovi meccanismi di adattamento ad ogni stadio di crescita del figlio.

Il rapporto delle mamme con il *team* curante era duplice: da una parte il medico veniva visto come fonte di informazioni per acquisire maggior consapevolezza riguardo alla malattia, dall'altra si cercava di evitarlo per non ricevere ulteriori cattive notizie⁶.

Viste la complessità della patologia e le ripercussioni sulla vita futura del bambino estrofico ma anche della famiglia di cui fa parte, si è voluto indagare lo stress provato dai genitori o dai caregiver che si occupano di questi bambini, in particolare di coloro che hanno una derivazione urinaria continente. Oltre a valutare lo stato emotivo, si è voluto approfondire il vissuto personale e familiare e le competenze acquisite dai genitori e dai loro figli sulla gestione della neovescica.

MATERIALI E METODI

Lo studio ha avuto inizio nel novembre 2017 e si è concluso nel luglio 2018. La coorte presa in esame era costituita da genitori incontrati in occasione del XII congresso nazionale dell'Associazione Estrofia Vescicale Epispadia Onlus – AEV, che si è svolto a Firenze dal 1 al 3 giugno 2018.

Per indagare il livello di stress e il grado di supporto sociale sono stati somministrati, dopo aver ottenuto il consenso scritto, il *Parenting Stress Index-Small Form* (PSI-SF)⁷ (allegato 1) e la Scala Multidimensionale del Supporto Sociale Percepito (SMSSP)⁸ (allegato 2).

Dopo la compilazione delle 2 scale è stata condotta un'intervista strutturata sia per avere dati socio-demografici, sia per cercare di entrare più in profondità nel vissuto di queste persone vista la specificità di tale condizione (allegato 3).

Il PSI-SF valuta lo stress genitoriale e si basa sull'assunto

che lo stress che un genitore sperimenta sia frutto congiunto di determinate caratteristiche: del bambino, del genitore stesso e di una serie di situazioni strettamente legate al ruolo di genitore.

Si compone di 36 quesiti, suddivisi equamente in tre sottoscale: (1) distress genitoriale o *Parental Distress* (PD) e definisce il livello di distress che un genitore sta sperimentando nel suo ruolo genitoriale; (2) interazione disfunzionale genitore-bambino o *Parent-Child Dysfunctional Interaction* (P-CDI), focalizzata sul fatto che il genitore percepisce il figlio come non rispondente alle proprie aspettative e inoltre le interazioni con il bambino non lo rinforzano come genitore; (3) bambino difficile o *Difficult Child* (DC), centrata su alcune caratteristiche del bambino, che lo rendono facile o difficile da gestire e che spesso hanno origine dal suo temperamento.

Le risposte prevedono una scala di Likert a 5 punti che va da "fortemente d'accordo" (5 punti) a "fortemente in disaccordo" (1 punto) oppure da 1 a 5. Più alto è il punteggio maggiore è lo stress. I punteggi ricavati dalle sottoscale vengono sommati per ricavare lo stress totale che poi fa riferimento ad una scala in percentili. Il range normale è compreso tra il 25° e 75° percentile. Si parla di stress quando il punteggio supera il 75° percentile.

Dalle risposte ad alcuni item è possibile stimare la risposta difensiva (DIF) ossia il grado con cui il genitore tende a dare una più favorevole immagine di sé.

La SMSSP rileva la percezione del supporto emotivo e concreto su 3 fronti: partner, famiglia e amici. È composta da 12 quesiti, 4 per ogni sottoscala, e le risposte si basano su una scala di Likert a 7 punti: da 1 (completamente in disaccordo) a 7 (completamente in accordo). Per ogni sottoscala il punteggio minimo è 1, 7 il punteggio massimo. Più alto è il punteggio raggiunto, maggiore è il supporto sociale percepito. In particolare un punteggio da 1 a 2,9 indica un basso supporto sociale, da 3 a 5 un supporto sociale moderato, da 5,1 a 7 il supporto sociale è considerato elevato⁹.

L'intervista strutturata, creata ad hoc su base empirica dall'esperienza clinica e dalla letteratura di riferimento, oltre a rilevare le caratteristiche anagrafiche del campione (13 quesiti), voleva indagare le conoscenze e competenze dei genitori e dei figli relative alla gestione della derivazione urinaria (36 quesiti). L'ultima parte dell'intervista (28 quesiti) riguardava i rapporti familiari, amicali e sociali della famiglia e del bambino.

Le analisi statistiche sono state effettuate con SPSS (Statistical Package per le Scienze Sociali, Chicago, USA per Mac) versione 25 del 2017.

RISULTATI

Sono stati distribuiti 42 questionari e ne sono stati raccolti 19 compilati correttamente.

I partecipanti provenivano dal tutto il territorio nazionale, in particolare da Lombardia, Piemonte e Veneto. (Figura 1).

Poco più della metà era di sesso femminile (52,3 %). La maggior parte viveva una relazione stabile da più di 11 anni con il proprio partner. Il 68,4 % aveva un diploma di scuola media superiore e il 52,6 % era un lavoratore

dipendente. La maggior parte delle derivazioni urinarie (58%) erano state confezionate nel 2015, il 21% nel 2017, il restante 21% nel 1993 o prima. L'età media dei figli era di 9,5 anni con un range di 6-16 anni. (Tabella 1)

Le risposte al PSI-SF mostrano valori di stress sopra il 50° percentile ed inferiori all'80° percentile e quindi all'interno dell'intervallo ritenuto standard. Le donne presentano un livello di stress genitoriale (PSI PD) che tocca la soglia del 70° percentile, mentre i maschi non superano il 55° percentile.

Allo stesso tempo le donne non superano la soglia del 50° percentile nella sezione dedicata all'interazione genitore-bambino-disfunzionale (PSI PCDI) ed i maschi sfiorano il 65° percentile. Nella sezione bambino difficile entrambi i sessi si collocano attorno al 65° percentile. Per quanto riguarda la risposta difensiva le donne sfiorano il 70° percentile ed i maschi si collocano al 60° percentile.

Nella figura 2 si riportano le percentuali del campione, distinte per i 2 generi, che raggiungono il massimo livello di stress in totale, nelle 3 sottoscale (PD, PCDI e DC) e nella risposta difensiva (DIF). Si nota come mediamente il 20% del campione si collochi, per quanto riguarda lo stress totale, vicino al 60° percentile per i genitori maschi, e risultati leggermente superiore per le mamme (70°-75° percentile). Lo stress parentale (PD) risulta senz'altro più alto per le donne, come anche la risposta difensiva (DIF); i 2 sessi sono abbastanza equiparabili invece per quanto riguarda il rapporto con un bambino difficile (DC). I padri risultano al contrario più stressati dal rapporto genitore-bambino disfunzionale (PCDI).

Per quanto riguarda la SMSSP i risultati rivelano che il 58% dei genitori percepisce un alto supporto, per il 42 % un supporto moderato (tabella 2).

Nella tabella 3 sono evidenziati i risultati della SMSSP dal punto di vista complessivo e delle 3 sottoscale (partner, famiglia e amici).

Non appaiono sostanziali differenze tra i due generi che dimostrano di avere un moderato o alto supporto nel totale. I maschi tendono a percepire maggior supporto sociale rispetto alle femmine e in entrambi i sessi c'è la tendenza a percepire minor supporto dagli amici. Nella figura 3 sono riportate le percentuali del campione, suddiviso per genere, che percepisce un elevato supporto sociale sia in totale che nelle 3 sottoscale (circa 1 su 4 dei partecipanti)

Il 95% del campione dichiara di conoscere abbastanza bene, se non benissimo, la patologia del proprio figlio mentre il 63% dichiara di conoscere abbastanza bene il tipo di intervento correttivo.

Il 63% dichiara di avere avuto spiegazioni abbastanza esaurienti riguardo la neo vescica eterotopica e l'89% dichiara di aver avuto spiegazioni abbastanza complete riguardo l'intervento di entero-cistoplastica.

Il 90% dei genitori intervistati conosce abbastanza bene, se non bene, lo stoma mentre il 47% dichiara di avere poche nozioni riguardo l'anatomia e la fisiologia del PAVIMENTO PELVICO (PP) in generale, e poche informazioni riguardo l'anatomia del PP del proprio figlio. (tabella 4)

Nella tabella 5 sono riassunte le risposte dei genitori intervistati riguardo la capacità personale e del loro figlio di

gestire la derivazione urinaria (tabella 5).

Il 68% dei caregiver riporta che il loro figlio ha raggiunto l'autonomia nella gestione della stomia entro i due mesi dal confezionamento, il 16% dopo 6 mesi, un altro 16% dopo più di 12 mesi.

Il 47% dei bambini ha usufruito dell'assistenza scolastica per la gestione della stomia durante le ore di lezione. Le figure che assistevano il bambino erano l'insegnante titolare o di sostegno (38%) e il personale del distretto (46%). Nella maggior parte dei casi (72%) il sostegno scolastico è durato 12 mesi e più.

Alla domanda "Appena scoperta la patologia di suo/a figlio/a è stato/a subito indirizzato c/o una struttura specializzata?" il 47% del campione ha risposto negativamente. Il 26.3% ha affermato che di rado gli sono state fornite indicazioni con un linguaggio chiaro e comprensibile e l'89% dichiara che in caso di controlli o urgenze non fa riferimento all'ambulatorio di stomaterapia del proprio distretto. Il 73% non ha mai usufruito del sostegno psicologico di un professionista.

Nella tabella 6 sono riportate le risposte dei genitori ai quesiti che indagavano quanto la patologia del figlio avesse influito sui rapporti di coppia e sulle loro relazioni sociali e quanto la vita sociale del loro figlio fosse limitata dalla patologia.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati del PSI-SF indicano che il livello di stress del campione rientra nei valori standard considerando che soltanto circa il 20% del campione si avvicina ai livelli di stress più alti (65°-75° percentile per le donne, 60°-65° percentile per gli uomini). Le donne presentano in generale un livello di stress leggermente superiore ai maschi ma dimostrano, al contrario, un rapporto con il figlio disfunzionale migliore.

La componente femminile del campione manifesta una maggiore risposta difensiva (sfiora il 75° percentile) tendendo a sottovalutare il proprio stress e a dare un'impresione migliore di sé.

I risultati della SMSSP sono piuttosto buoni. Evidentemente questi genitori si supportano tra loro e sono supportati dall'intero entourage familiare. Questi risultati positivi sono influenzati probabilmente dal fatto di aver incontrato questo gruppo di genitori durante il convegno di un'associazione che si sta spendendo molto sulla conoscenza della malformazione congenita. Il fatto di essere presenti a questa manifestazione indica che sono persone alla ricerca di risposte sia per sé che per i loro figli ma anche che si sentono parte di una comunità.

Questa indagine mette in evidenza in modo significativo due aspetti: da una parte i costrutti psicologici dei genitori e dei figli, dall'altra le loro competenze nella gestione della condizione clinica.

Si indaga prima di tutto sulle conoscenze della patologia, sulle correzioni chirurgiche e sui cambiamenti anatomici e fisiologici che comportano. Le risposte indicano che la maggior parte del campione riferisce di avere una buona conoscenza della patologia del figlio e dell'intervento correttivo; questo può essere frutto del fatto che sono persone che hanno iniziato presto un processo di

condivisione e di conoscenza senza negare la condizione del figlio/a. L'altra metà del campione invece non ha le idee molto chiare sull'anatomia e fisiologia del Pavimento Pelvico del proprio figlio; questo può far dedurre che hanno avuto una serie di difficoltà nel processo di condivisione/accettazione con un rifiuto di conoscenza, come se il non sapere né vedere possa proteggere dal dolore di una brutta scoperta.

Il fatto che i genitori ritengano che i propri figli non conoscano la conformazione del proprio PP è comprensibile dato che sono ancora piccoli e probabilmente aspettano qualche anno ancora per informarli correttamente, o anche siano frenati da una loro paura a rivelare la verità sulla condizione del loro figlio/a, con la convinzione che questo atteggiamento possa proteggerli. Le risposte fornite alla parte del questionario concernente la gestione della derivazione urinaria e dello stoma dimostrano che i figli sanno eseguire meglio dei genitori il cateterismo intermittente e il lavaggio vescicale, ma la maggior parte del campione e dei loro figli non conosce l'importanza di una corretta igiene.

Si notano delle carenze anche per quanto riguarda la rilevazione di quei sintomi che possono indicare la comparsa di qualche complicanza: riconoscere segni e sintomi di infezione delle vie urinarie, saper cosa fare quando lo stoma è dolente o si è in presenza di stenosi del condotto uretrale.

Il 42% dei genitori intervistati riferisce che nel piano terapeutico non è mai previsto tutto il materiale occorrente per la gestione della stomia pertanto alcune famiglie devono provvedere da sé. Tutto sommato comunque riescono a reperire facilmente gli ausili necessari senza pesare eccessivamente sul bilancio familiare.

La patologia del figlio ha influito sui rapporti di coppia e sul benessere psichico della famiglia per poco più della metà del campione, meno dal punto di vista economico. Questo significa che l'impatto della patologia del figlio sulla coppia e sulla intera famiglia è molto forte anche se lo stress che si è rilevato rientra nella normalità dimostrando così un buon livello di resilienza.

La condizione fisica non limita la possibilità dei figli di praticare dello sport ma li condiziona nei rapporti di convivenza con i coetanei: nessuno di loro, o quasi, si cambia e si fa la doccia assieme ai compagni.

I genitori si sentono abbastanza in grado di rispondere alle domande del figlio riguardo la patologia, la conformazione dei genitali esterni e la vita relazionale con un eventuale partner.

Le carenze conoscitive rilevate possono essere imputabili ad una comunicazione non sempre efficace con il medico curante che rappresenta, a quanto pare, l'unica figura sanitaria di riferimento che magari lavora in un centro specialistico spesso lontano dal proprio domicilio.

Purtroppo non esistono centri di riferimento ma singole figure chirurgiche specializzate che con difficoltà trasmettono il loro *know how* a medici specialisti e specializzandi. Dall'intervista emerge una situazione assistenziale precaria o inesistente: non esiste un centro di cura che possa seguire il bambino/a e il nucleo familiare alla propria abitazione.

Sarebbe auspicabile l'esistenza di una rete d'interfaccia tra centri di riferimento specialistici e periferici in modo tale da avere un punto di riferimento, seppur meno competente, ma facilmente accessibili, magari per risolvere problematiche semplici.

Sarebbe prezioso altresì anche un canale aperto di informazione e di educazione con l'infermiere stomaterapista del distretto di competenza per quanto riguarda la gestione della stomia: cura dello stoma, complicanze della cute peristomale, stenosi, fornitura di presidi, educazione terapeutica sull'alimentazione e l'apporto idrico necessario. Per la reale presa in carico di questa condizione è indispensabile un approccio multidisciplinare (urologo, psico-sessuologo, stomaterapista) atto ad alleviare il peso dell'assistenza al caregiver, aumentando le conoscenze in più direzioni: dal soggetto interessato, alla famiglia, ma anche alle figure sanitarie come l'infermiere stomaterapista, il quale giocherebbe un ruolo prezioso migliorando così la qualità di vita di tutti gli attori che ruotano intorno a queste persone.

BIBLIOGRAFIA

- Gambhir L, Höller T, Müller M, Schott G, Vogt H, Detlefsen B et al. Epidemiological Survey of 214 Families With Bladder Exstrophy-Epispadias Complex. *Journal of Urology* 2008; 179: 1539-1543.
- Ebert A-K., Reutter H, Ludwig M, Wolfgang H. R., The Exstrophy-epispadias complex. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2009; 4:23. Consultabile sul sito: www.ojrd.com/content/4/1/23
- Walsh PC, Retik AB, Vaughan Darracott E. *Urologia di Campbell* 5. Roma: Verduci editore; 2000.
- Rigamonti W, Rigamonti N, Di Grazia M. Estrofia vescicale, epispadia. In: Lima M, Ruggeri G. *Chirurgia pediatrica*. Napoli: Edises; 2015. 438-48.
- 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). Consultabile sul sito www.medicoebambino.com/?id=IPS1408_10.html
- Di Grazia M, Pellizzoni S, Tnegatti LG, Rigamonti W. Qualitative questionnaire on the psychosocial wellbeing of mothers of children with BEEC. *J Pediatr Urol.* 2017;13(1):55.e1-55.e6.
- Abidin R. *PSI Parenting Stress Index- Forma breve*. Firenze: GiuntiOS; 2008.
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment* 1988;52(1):30-41.
- Prezza M, Santinello M. *Conoscere la comunità. L'analisi degli ambienti di vita quotidiana*. Bologna: Il Mulino; 2002

Figura 1



Figura 2

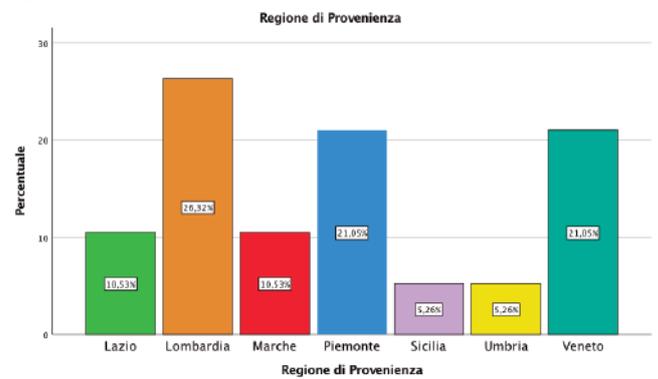


Figura 3

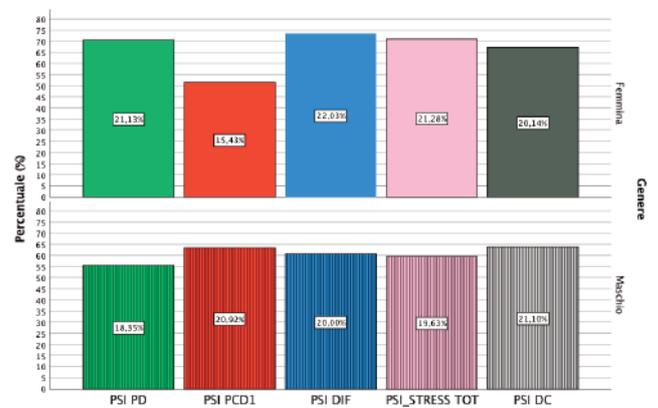


Figura 4

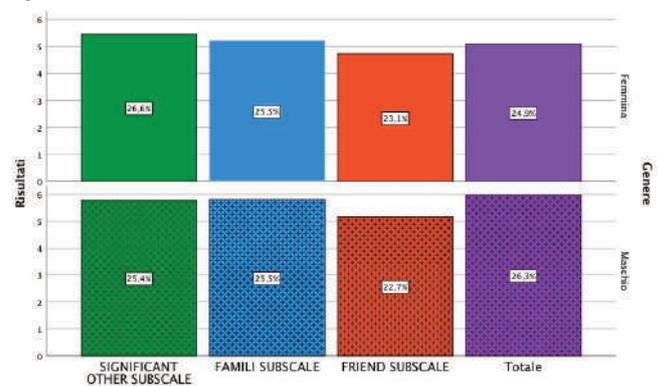


Tabella 1: descrizione anagrafica del campione

		n. (%)
Genere	Maschile	9 (47,7)
	Femminile	10 (52,3)
Età (anni)	Media (range)	48,6 (36-74)
Livello istruzione	Diploma di scuola media inferiore	1 (5,3)
	Diploma di scuola media superiore	13 (68,4)
	Laurea	5 (26,3)
Posizione lavorativa	Dipendente	10 (52,6)
	Lavoratore autonomo	5 (26,3)
	Disoccupato	3 (15,8)
	Pensionato	1 (5,2)
Anno di confezionamento della derivazione urinaria	1991	1 (5)
	1993	3 (16)
	2015	11 (58)
	2017	4 (21)

Tabella 2: livello del supporto sociale percepito

	n. (%)
High support	11 (58)
Moderate support	8 (42)
Totale	19 (100)

Tabella 3: risultati della Scala Multidimensionale del Supporto Sociale Percepito

	Supporto dal partner	Supporto dalla famiglia	Supporto da amici	TOT
Media (DS)	5,6 (1,46)	5,5 (1,53)	4,9 (2,07)	5,5 (1,55)
Mediana	6	6	6	6
Minimo	2,5	1	1	
Massimo	7	7	7	

Tabella 4: risposte ai quesiti dell'intervista riguardanti le conoscenze generali sulla derivazione urinaria

Quesiti	Risposte	n. (%)
Conoscenza della patologia	≥ Abbastanza bene	18 (95)
	Poco	1 (5)
Conoscenza della neo vescica eterotopica	≥ Abbastanza bene	12 (63)
	Poco, per nulla	7 (37)
Conoscenza dell'intervento di enterocistoplastica	≥ Abbastanza bene	17 (89)
	Per nulla	2 (10)
Conoscenza del termine "stoma"	≥ Abbastanza bene	17 (90)
	Poco, per nulla	2 (10)
Conoscenza della definizione di continenza	≥ Abbastanza bene	18 (95)
	Poco	1 (5)
Conoscenza dell'anatomia e fisiologia del PP	≥ Abbastanza bene	10 (53)
	Poco	9 (47)
Conoscenza dell'anatomia del PP di suo figlio	≥ Abbastanza bene	10 (52)
	Poco, per nulla	9 (47)
Conoscenza dell'anatomia e fisiologia del PP da parte del figlio	≥ Abbastanza bene	2 (10)
	Poco, per nulla	17 (90)
Conoscenza dell'anatomia e fisiologia del proprio PP da parte del figlio	≥ Abbastanza bene	3(15)
	Poco, per nulla	16 (85)

Tabella 5: risposte ai quesiti dell'intervista riguardanti la gestione della derivazione urinaria		
Quesiti	Risposte	n. (%)
Le istruzioni per la gestione della stomia urinaria sono state sufficienti	Si	11 (58)
	Poco, per nulla	8 (42)
Le istruzioni per la gestione cateterismo intermittente sono state sufficienti	Si	14 (74)
	Poco, per nulla	5 (26)
Esecuzione cateterismo intermittente	≥ Abbastanza bene	8 (42)
	Poco, per nulla	11 (58)
Suo figlio sa eseguire il cateterismo intermittente	Molto bene	17 (89)
	Abbastanza bene	2 (11)
Conoscenza del lavaggio sociale delle mani	≥ Abbastanza bene	13 (68)
	Poco, per nulla	6 (32)
Sa eseguire il lavaggio sociale delle mani	≥ Abbastanza bene	14 (74)
	Poco, per nulla	5 (26)
Suo figlio sa eseguire il lavaggio sociale delle mani	≥ Abbastanza bene	9 (47)
	Poco, per nulla	10 (53)
Sa eseguire l'igiene della cute peristomale	≥ Abbastanza bene	7 (37)
	Poco, per nulla	12 (63)
Suo figlio sa eseguire l'igiene della cute peristomale	≥ Abbastanza bene	7 (37)
	Poco, per nulla	12 (63)
Conosce il significato del calibro e lunghezza del catetere	≥ Abbastanza bene	12 (63)
	Poco, per nulla	17 (37)
Suo figlio conosce il significato del calibro e lunghezza del catetere	≥ Abbastanza bene	7 (37)
	Poco, per nulla	12 (63)
Facilità nella reperibilità dei cateteri	Sempre	15 (79)
	A volte, di rado	4 (21)
Nel piano terapeutico è contemplato tutto il materiale occorrente	Si	7 (37)
	A volte, di rado	4 (21)
	Mai	8 (42)
Adattamento alle forniture disponibili pur non essendo quelle idonee	Si spesso	2 (11)
	A volte, di rado	10 (52)
	Mai	7 (37)
Ha avuto difficoltà ad acquistare i presidi per suo conto?	Spesso, a volte	7 (37)
	Mai	12 (63)
Sa eseguire il lavaggio vescicale	≥ Abbastanza bene	13 (68)
	Poco, per nulla	6 (32)
Suo figlio sa eseguire il lavaggio vescicale	≥ Abbastanza bene	16 (84)
	Per niente	3 (16)
Ha ricevuto sufficienti indicazioni sul lavaggio vescicale a domicilio	≥ Abbastanza bene	13 (69)
	Poco	6 (31)
È in grado di spiegare a suo figlio come riconoscere la vescica piena	≥ Abbastanza bene	14 (74)
	Poco, per nulla	5 (26)
Suo figlio sa riconoscere i sintomi della vescica piena	≥ Abbastanza bene	16 (84)
	Poco, per nulla	3 (16)
Sa a cosa serve il lavaggio con Acetilcisteina	≥ Abbastanza bene	3 (16)
	Poco, per nulla	16 (84)
Sa calibrare il bilancio idrico giornaliero di suo figlio	≥ Abbastanza bene	6 (31)
	Poco, per nulla	13 (69)
Suo figlio sa calibrare il bilancio idrico giornaliero	≥ Abbastanza bene	5 (26)
	Poco, per nulla	14 (74)
Sa cosa fare quando lo stoma è dolente	Abbastanza bene	3 (16)
	Poco, per nulla	16 (84)
Suo figlio sa cosa fare quando lo stoma è dolente	Molto bene	1 (5)
	Poco, per nulla	18 (95)
Sa riconoscere i segni dell'infezione urinaria	≥ Abbastanza bene	14 (74)
	Poco, per nulla	5 (26)
Suo figlio sa riconoscere i segni dell'infezione urinaria	≥ Abbastanza bene	9 (47)
	Poco, per nulla	10 (53)

Tabella 6: risposte riguardanti i rapporti familiari e sociali dei genitori e dei bambini

Quesiti	Risposte	n. (%)
Quanto la patologia del figlio ha influito negativamente sul benessere psichico della famiglia	Abbastanza	10 (53)
	Poco, per nulla	9 (47)
Quanto la patologia del figlio ha influito negativamente sul benessere economico della famiglia	Molto, abbastanza	6 (32)
	Poco, per nulla	13 (68)
Quanto la patologia del figlio ha inciso sul rapporto di coppia	Molto, abbastanza	10 (53)
	Poco, per nulla	9 (47)
Pensa ci sia maggior intesa con il partner dopo la nascita di suo figlio	Sì, abbastanza	9 (47)
	Poco, per nulla	10 (53)
Quanto la patologia del figlio ha inciso sui rapporti amicali	Molto, abbastanza	7 (37)
	Poco, per nulla	12 (63)
Il numero di amici che frequenta è rimasto invariato	Sì	15 (79)
	No	4 (21)
Può contare sulla vicinanza e sostegno emotivo degli amici	Sì	11 (58)
	No	8 (42)
Suo figlio pratica sport ora	Sì; spesso	13 (68)
	A volte; mai	6 (32)
Suo figlio ha praticato sport in passato	Sì; spesso	17 (89)
	A volte; mai	2 (11)
Suo figlio si cambia i vestiti con i compagni	Sì; spesso	8 (42)
	A volte; mai	11 (58)
Suo figlio si fa la doccia con i compagni	Sì; a volte	2 (11)
	Mai	17 (89)
Sono cambiate le modalità di programmazione delle vacanze	Sì; abbastanza	4 (21)
	Poco, per nulla	15 (79)
Quanto stressante è la preparazione della valigia per andare in vacanza	Molto; abbastanza	10 (53)
	Poco, per nulla	9 (47)
Quanto è difficile per suo figlio partecipare alle gite con la classe	Abbastanza	3 (16)
	Poco, per nulla	16 (84)
Quanto è difficile per suo figlio partecipare a campeggi o ai campi scuola per diversi giorni	Abbastanza	4 (21)
	Poco, per nulla	15 (79)
Suo figlio ha difficoltà ad andare in vacanza con i suoi amici	Abbastanza	2 (11)
	Poco, per nulla	17 (89)
Sarà in grado di rispondere alle domande di suo figlio sulla sua patologia	Sì; abbastanza	12 (63)
	Poco, per nulla	7 (37)
Sarà in grado di rispondere alle domande di suo figlio sulla sua sessualità e vita di relazione con il partner	Sì; abbastanza	14 (74)
	Poco, per nulla	5 (26)
Si avvale di un professionista per agevolare la vita di relazione di suo figlio	Spesso	2 (11)
	A volte; mai	17 (89)

PSI-SF – Parenting Stress Index

Dati del genitore compilante

Nome _____
 Cognome _____
 Sesso: M F
 Età _____
 Nazionalità _____
 Stato civile _____
 Professione _____
 Livello istruzione _____

Dati del coniuge/ compagno

Nome _____
 Cognome _____
 Sesso: M F
 Età _____
 Nazionalità _____
 Stato civile _____
 Professione _____
 Livello istruzione _____

Dati del/ la bambino/ a

Nome _____
 Sesso: M F
 Età (anni mesi) _____
 Nazionalità _____
 N° fratelli/sorelle _____
 Ordine di genitura _____

ISTRUZIONI

Il questionario contiene 36 affermazioni. Le legga una per una molto attentamente e si concentri sul/la bambino/a cui si riferisce, quindi indichi con un cerchio la risposta che meglio rappresenta la Sua opinione.

Faccio un cerchio intorno a FA se *fortemente d'accordo* con l'affermazione;
 A *d'accordo* con l'affermazione;
 I *non è sicuro/a*
 D *in disaccordo* con l'affermazione;
 FD *fortemente in disaccordo* con l'affermazione.

Se non trova la risposta che interpreta esattamente i Suoi sentimenti, faccia un cerchio intorno a quella che descrive meglio, e si avvicina di più, a ciò che Lei prova.

LA SUA PRIMA REAZIONE A CIASCUNA AFFERMAZIONE DOVREBE ESSERE LA SUA RISPOSTA.

Per cortesia cerchi solo **UNA** risposta per ogni affermazione e risponda a tutte le affermazioni. Se desidera cambiare risposta, faccia una X sulla risposta che intende cambiare.

Prima di rispondere al questionario, si accerti di aver compilato i tre quadri sopra riportati.



1. Spesso ho la sensazione di non riuscire a far fronte molto bene alle situazioni	FA	A	I	D	FD
2. Per venire incontro ai bisogni di mio/a figlio/a mi accorgo di sacrificare la mia vita più di quanto mi aspettassi	FA	A	I	D	FD
3. Mi sento intrappolato/a dalle mie responsabilità di genitore	FA	A	I	D	FD
4. Da quando ho avuto questo/a figlio/a non riesco a fare cose nuove e diverse	FA	A	I	D	FD
5. Da quando ho avuto questo/a figlio/a mi rendo conto che quasi mai riesco a fare le cose che mi piacciono	FA	A	I	D	FD
6. Non sono soddisfatto/a dell'ultimo acquisto di abbigliamento che ho fatto per me	FA	A	I	D	FD
7. Ci sono un bel po' di cose della mia vita che mi disturbano	FA	A	I	D	FD
8. Aver avuto un/a figlio/a ha causato, nel rapporto con mio/a marito/moglie (o con il partner), più problemi di quanto mi aspettassi	FA	A	I	D	FD
9. Mi sento solo/a senza amici	FA	A	I	D	FD
10. Quando vado ad una festa di solito mi aspetto di non divertirmi	FA	A	I	D	FD
11. Non sono così interessato/a alla gente come lo ero una volta	FA	A	I	D	FD
12. Non mi diverto più come una volta	FA	A	I	D	FD
13. Mio/a figlio/a raramente fa per me cose che mi gratificano	FA	A	I	D	FD
14. A volte sento di non piacere a mio/a figlio/a e che lui/lei non vuole stare vicino a me	FA	A	I	D	FD
15. Mio/a figlio/a mi sorride molto meno di quanto mi aspettassi	FA	A	I	D	FD
16. Quando faccio le cose per mio/a figlio/a ho la sensazione che i miei sforzi non siano molto apprezzati	FA	A	I	D	FD
17. Quando mio/a figlio/a gioca non ride né mostra di divertirsi spesso	FA	A	I	D	FD
18. Mio/a figlio/a non sembra imparare così velocemente come la maggioranza dei bambini	FA	A	I	D	FD
19. Mio/a figlio/a non sorride tanto quanto la maggioranza dei bambini	FA	A	I	D	FD
20. Mio/a figlio/a non riesce a fare tanto quanto mi aspettavo	FA	A	I	D	FD
21. Ci vuole molto tempo ed è molto difficile per mio/a figlio/a abituarsi alle novità	FA	A	I	D	FD

Allegato 1 (parte I)

In relazione alla prossima affermazione, scegli una sua risposta tra le alternative da "1" a "5" qui di seguito indicate

22. Sento di essere:

1. non molto bravo/a come genitore
2. una persona che ha qualche problema ad essere genitore
3. un genitore medio
4. un genitore al di sopra della media
5. un genitore molto bravo

1 2 3 4 5



	FA	A	I	D	FD
23. Mi aspettavo di provare per mio figlio/a sentimenti di maggior calore e vicinanza di quelli che provo e questo mi dispiace	FA	A	I	D	FD
24. Talvolta mio/a figlio/a fa cose che mi disturbano, solo per farmi dispetto	FA	A	I	D	FD
25. Mio/a figlio/a sembra che pianga o si agiti molto più della maggioranza dei bambini	FA	A	I	D	FD
26. Mio/a figlio/a di solito si sveglia di cattivo umore	FA	A	I	D	FD
27. Ritengo che mio/a figlio/a sia facilmente irritabile e di umore variabile (lunatico/a)	FA	A	I	D	FD
28. Mio/a figlio/a fa alcune cose che mi infastidiscono molto	FA	A	I	D	FD
29. Mio/a figlio/a reagisce duramente quando succede qualcosa che non gli/le piace	FA	A	I	D	FD
30. Mio/a figlio/a rimane facilmente male per le più piccole cose	FA	A	I	D	FD
31. I ritmi del sonno e dell'alimentazione di mio/a figlio/a sono stati molto più difficili da regolare di quanto mi aspettassi	FA	A	I	D	FD

In relazione alla prossima affermazione, scegli una sua risposta tra le alternative da "1" a "5" qui di seguito indicate

32. Mi sono reso/a conto che convincere mio/ a figlio/ a fare qualcosa o a smettere di fare qualcosa è:

1. molto più difficile di quanto mi aspettassi
2. un po' più difficile di quanto mi aspettassi
3. all'incirca difficile come mi aspettavo
4. un po' più facile di quanto mi aspettassi
5. molto più facile di quanto mi aspettassi

1 2 3 4 5

In relazione alla prossima affermazione, scegli la Sua risposta tra le alternative da "+10" a "-1-3"

33. Pensi con attenzione e conti il numero di cose che Suo/ a figlio/ a fa e che la infastidiscono (ad esempio: perde tempo, si rifiuta di ascoltare, è troppo attivo/ a, piange, interrompe, fa le lotte, fa a pugni, piagnucola, ecc.)

+10 9-9 6-7 4-5 1-3

	FA	A	I	D	FD
34. Alcune cose che fa mio/a figlio/a mi infastidiscono veramente molto	FA	A	I	D	FD
35. Mio/a figlio/a si è dimostrato/a un problema più grande di quanto mi aspettassi	FA	A	I	D	FD
36. Mio/a figlio/a mi chiede di più della maggior parte dei bambini	FA	A	I	D	FD

Allegato 1 (parte II)

Scala multidimensionale sul supporto sociale percepito (Zimet et al., 1988)

Istruzioni: siamo interessati a sapere come si sente rispetto alle seguenti affermazioni. Legga ogni affermazione attentamente e indichi come si sente rispetto ogni affermazione.

Indicare 1: se è completamente in completo disaccordo

Indicare 2: se è molto in disaccordo

Indicare 3: se è mediamente in disaccordo

Indicare 4: se è neutrale

Indicare 5: se è mediamente in accordo

Indicare 6: se è molto in accordo

Indicare 7: se è completamente in accordo

1. C'è una persona speciale che mi sta accanto quando ho bisogno

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

2. C'è una persona speciale con la quale posso condividere gioie e dispiaceri

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

3. La mia famiglia cerca veramente di aiutarmi

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

4. Ottengo il sostegno emotivo e il supporto di cui ho bisogno da parte della mia famiglia

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

5. C'è una persona che è una fonte di conforto per me

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

6. I miei amici cercano veramente di aiutarmi

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

7. Posso contare sui miei amici quando le cose vanno storte

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

8. Posso parlare dei miei problemi con i miei familiari

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

9. Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

10. C'è una persona speciale nella mia vita che si interessa davvero ai miei sentimenti

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

11. la mia famiglia è desiderosa di aiutarmi a prendere decisioni

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

12. Posso parlare dei miei problemi con i miei amici

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

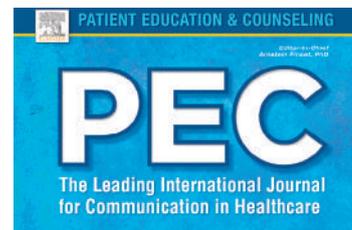
Allegato 2

EDUCAZIONE DEL PAZIENTE STOMIZZATO AFFETTO DA CARCINOMA DEL COLON-RETTO: REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

A cura di Francesco Ferrara

TRATTO DA:

Faury S, Koleck M, Foucaud J, M'Bailara K, Quintard B. Patient education interventions for colorectal cancer patients with stoma: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2017;100(10):1807-1819.



Il confezionamento di una stomia spesso comporta vari tipi di problematiche psicologiche e sociali e può portare a sentimenti di stigmatizzazione. Il periodo preoperatorio è caratterizzato da paura, interrogativi ed isolamento. Dopo l'intervento chirurgico i pazienti con cancro del colon-retto portatori di stomia riferiscono una qualità di vita complessiva inferiore, un'immagine del proprio corpo peggiore, scadente qualità di vita, attività sociale ridotta e depressione e ansia superiori rispetto ai malati di cancro del colon-retto senza stomia. Riguardo all'abbattimento della stomia (entro 2 o 6 mesi), la chiusura dello stomia è associata a un'alterazione temporanea nella funzionalità intestinale, influenzando le persone dal punto di vista fisico, sociale e psicologico per diversi mesi. La sfida è riuscire a trovare il modo di aiutare questi pazienti a convivere con la stomia e con il tumore. Gli interventi per i malati di cancro del colon-retto sono focalizzati principalmente sull'educazione del paziente. Una definizione consensuale descrive l'educazione del paziente come cura completa per il paziente con una malattia cronica che può contribuire a mantenere o migliorare la loro qualità di vita. Comprende attività organizzate che dovrebbero consentire ai pazienti di acquisire o mantenere l'autogestione. I potenziali benefici dell'educazione del paziente per i malati di cancro sono stati esplorati in diverse revisioni sistematiche della letteratura.

L'impatto dell'educazione del paziente per i pazienti con stomia è stato descritto in due revisioni sistematiche, però queste revisioni non erano focalizzate specificamente sul cancro del colon-retto, bensì su qualsiasi paziente stomizzato. Un certo numero di studi inclusi nelle revisioni sistematiche ha escluso i malati di cancro del colon-retto. In effetti, i risultati ottenuti da queste popolazioni potrebbero non essere generalizzabili per i pazienti con carcinoma del colon-retto. I malati di cancro affrontano sfide uniche a causa di una serie di fattori tra cui la natura insidiosa della malattia e l'impatto aggiuntivo di trattamenti non chirurgici come chemioterapia o radioterapia. Ad oggi non ci sono studi pubblicati relativi all'educazione focalizzata su pazienti affetti da cancro del colon-retto con stomia. Una rigorosa revisione sistematica risulta quindi indispensabile per identificare le pratiche in questione riguardo

all'educazione focalizzata su pazienti con carcinoma del colon-retto portatori di stomia.

Gli obiettivi specifici di questo studio erano: (1) investigare e descrivere il tipo e il formato dell'educazione del paziente adulto con carcinoma del colon-retto e stomia digestiva nel periodo perioperatorio e/o postoperatorio; (2) esaminare l'effetto dell'educazione del paziente sulla qualità di vita, sulla sfera psicosociale e sulla capacità di autogestione.

Risultati

Sono stati selezionati studi con pazienti adulti affetti da carcinoma del colon-retto e stomia enterale (ileostomia o colostomia, temporanea o permanente) con o senza comorbidità. Un totale di 15 studi sono stati infine inclusi nella revisione sistematica.

L'intervento di educazione del paziente è stato definito come "un intervento strutturato, standardizzato e specifico per condizione". Secondo alcuni autori, per essere un intervento qualificato di educazione del paziente almeno tre degli otto componenti di intervento raccomandati devono essere descritti in dettaglio: (1) chi ha fornito l'educazione del paziente; (2) che tipo di intervento di educazione ha ricevuto il paziente; (3) tempo e luogo di intervento; (4) modalità di somministrazione dell'intervento; (5) intensità di intervento; (6) durata e numero di sessioni; (7) conformità dell'intervento; (8) contenuto dell'intervento.

Sono stati analizzati diversi risultati. Il risultato principale è stato sulla qualità di vita. I risultati secondari erano psicosociali e sulle abilità autogestionali. Non ci sono state restrizioni per il tipo di setting.

Discussione

Gli obiettivi di questo studio erano di indagare e descrivere il tipo e la natura degli interventi pubblicati sull'educazione del paziente ed esaminare l'effetto di questi interventi sulla qualità di vita, sulle abilità psicosociali e di autogestione.

Solo 15 studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione di questa revisione sistematica. Questo dato è molto basso

rispetto a, per esempio, una recente revisione sistematica sull'autogestione del diabete, che comprendeva 118 studi. Proprio come il diabete, il cancro del colon-retto è un problema di salute pubblica e la stomia non è di certo un trattamento medico recente (prima stomia confezionata nel 1780; attualmente 2 milioni di persone in tutto il mondo hanno una stomia). Le sofferenze dei pazienti con carcinoma del colon-retto portatori di stomia sono descritte poco in letteratura, tuttavia risultano sempre presenti, si può considerare come un argomento tabù. È essenziale trascendere questo tabù e offrire soluzioni per superare questa sofferenza, per esempio offrendo interventi di educazione del paziente.

In questa revisione è stato rilevato che il ruolo dell'infermiere è importante. La maggior parte degli interventi sono stati forniti da un solo educatore solo in due studi da un team multidisciplinare. Per i malati di cancro, alcuni autori raccomandano che più professionisti e specialisti partecipino agli interventi di educazione del paziente per rispondere direttamente alle esigenze dei pazienti. Questo è un altro modo possibile per migliorare l'efficacia degli interventi di educazione del paziente. Le sessioni educative sono state tenute in pre- o post-periodo operatorio, ma mai in entrambi i periodi. Il personale medico spesso gestisce la stomia temporanea presentandone la natura temporanea e presumendo che il paziente possa semplicemente e rapidamente "tornare a una vita normale". La chiusura dello stoma è associata a vari problemi defecatori che hanno un impatto negativo dal punto di vista emotivo e sociale, che a volte dura oltre 1 anno dopo l'intervento. Questa revisione non ha identificato nessuno studio incentrato su questo periodo e le difficoltà in gioco. Un'assistenza infermieristica di alta qualità e le informazioni prima, durante e dopo il trattamento sono necessarie per migliorare la qualità della vita dei pazienti dopo la chiusura di una stomia temporanea. L'intervento di educazione del paziente è un'assistenza che dovrebbe essere offerta sia prima che dopo l'intervento.

Per l'OMS l'obiettivo dell'educazione del paziente è quello di mantenere o addirittura migliorare la qualità di vita. Sorprendentemente, solo cinque studi si sono concentrati sulla qualità di vita e due di essi hanno riferito un non miglioramento. In uno studio c'era una differenza di base nei punteggi di qualità di vita tra gruppo di controllo e gruppo di intervento. Il risultato non è stato quindi abbastanza forte da trarre conclusioni chiare in merito. In un altro studio la qualità di vita è stata valutata a 10 e 30 giorni dopo la creazione dello stoma mentre per altri studi la qualità di vita è stata valutata a 3 e 9 mesi dopo il confezionamento della stomia. Pertanto può essere difficile decidere se i risultati costruttivi siano dovuti all'educazione o semplicemente al tempo. Sembra quindi necessario sviluppare ulteriori studi per determinare se l'intervento di educazione del paziente soddisfi i criteri dell'OMS di migliorare la qualità della vita dei pazienti oppure no.

La maggior parte degli interventi e delle valutazioni si è

concentrata sull'autogestione della stomia e pochissimi sulle competenze psicosociali. Attualmente per quanto riguarda i pazienti oncologici, l'assistenza psicosociale è quasi esclusivamente intrapresa come assistenza secondaria mentre svolge un ruolo chiave nel sostenere il trattamento biomedico del cancro. Dopo una diagnosi di cancro, fino a un terzo dei pazienti svilupperà una grave depressione, ansia generalizzata o un disturbo dell'adattamento. I pazienti oncologici riferiscono costantemente di avere significativi bisogni emotivi, ma questi restano spesso insoddisfatti. Anche se la promozione precoce dell'educazione alla gestione della stomia generalmente porta a miglioramenti significativi dell'adattamento psicologico, gli interventi di educazione del paziente dovrebbero comprendere anche attività incentrate su problemi psicosociali e la loro possibile gestione.

È stata effettuata una valutazione di qualità di tutti gli studi inclusi (RCT e non RCT). Per i 6 RCT inclusi in questa revisione sistematica, quattro studi hanno riportato un'adeguata generazione di sequenze. Tutti gli RCT inclusi sono stati considerati a basso rischio di bias. Per gli 8 studi non RCT, tutti i punteggi erano al di sopra della soglia minima considerata. Complessivamente, tutti gli studi inclusi erano di buona qualità con un piccolo numero di difetti di progettazione. Questo dovrebbe essere tenuto in considerazione durante l'interpretazione dei risultati. Il limite principale di questa revisione è l'eterogeneità degli interventi in termini di tipi di intervento di educazione del paziente, durata, numero di sessioni e risultati valutati. È così difficile confrontare tali interventi per delineare qualsiasi conclusione sulle migliori pratiche da attuare.

In conclusione questa revisione sistematica mostra che gli interventi per l'educazione del paziente con stomia con carcinoma del colon-retto possono avere impatti contrastanti sulla qualità di vita e un impatto positivo su alcune abilità psicosociali e di autogestione. Gli infermieri giocano un ruolo importante nella realizzazione di questi interventi. Questi effetti incoraggiano a sviluppare ulteriori interventi di educazione del paziente per i pazienti con stomia. Tuttavia, sono stati identificati solo pochi studi (15) e le metodologie erano molto eterogenee, rendendo difficile da produrre linee guida abbastanza forti. Quindi c'è una forte necessità di sviluppare la ricerca per isolare l'impatto degli interventi di educazione del paziente su ciascun risultato e specificare le metodologie più appropriate (progetto di intervento, lunghezza, ecc.).

Futuri interventi di educazione del paziente per pazienti con stomia affetti da carcinoma del colon-retto dovrebbero essere standardizzati in termini di tipo di intervento, durata e misure degli esiti al fine di determinare quale è la pratica migliore. Gli interventi dovrebbero mirare a specifici risultati come la qualità di vita ed essere forniti da team multidisciplinari formati per l'educazione del paziente. Gli interventi possono anche concentrarsi sulle abilità psicosociali e non solo sulla cura della stomia. L'assistenza completa dovrebbe essere offerta nei periodi pre- e post-operatorio.

SenSura[®] Mio Convex Flip

Vestibilità per le aree sporgenti

SenSura Mio Convex Flip è un prodotto studiato per gestire le aree estroflesse come le ernie o gli addomi prominenti.

La stella a forma ricurva è stata disegnata per ottimizzare l'adesione della placca all'addome.

SenSura Mio Convex Flip fa parte della gamma SenSura Mio. Con il **Body Check** puoi capire quale presidio consigliamo per il tuo addome.



Autorizzazione Ministeriale n: 0035518-22/06/2018-DGDMF-MDS-P.
È un dispositivo CE. Leggere attentamente le istruzioni per l'uso.

Soluzioni per ogni tipo di profilo

Brava[®]

Una linea completa di accessori

La gamma di accessori Brava offre prodotti progettati per farti sentire più sereno. I prodotti Brava sono studiati per ridurre le perdite e proteggere la tua pelle. Chiedi al tuo stomaterapista o consulta il sito Coloplast.



Trattasi di dispositivi medici CE; leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni per l'uso. Autorizzazione alla pubblicità richiesta il giorno 18 Luglio 2012 ottenuta il giorno 30 Luglio 2012.

Richiedi i campioni gratuiti su www.coloplast.it, o chiama il nostro numero verde di assistenza tecnica Coloplast Care al **800.064.064**

REIKI ALL'OSPEDALE CARDINAL MASSAIA DI ASTI

Di Beppe Gatti



Apistom Asti Onlus ha attivato dal 15 maggio, il "Progetto Reiki", autorizzato con determina dalla d.ssa Tiziana Ferraris (Direttore SC. Direzione Sanitaria Presidio), che prevede che l'attività sarà svolta in due ambulatori adiacenti al "Centro di Cura delle Stomie e del Pavimento Pelvico" che saranno resi disponibili per due giorni alla settimana, dalle ore 16,30 alle 19, senza ostacolare le attività ambulatoriali. Come da protocollo il progetto prevede per ciascun partecipante, un trattamento a settimana per la durata complessiva di otto settimane.

Il progetto è indirizzato a stomizzati, incontinenti ed oncologici, selezionati dal "Centro di Cura delle Stomie e el Pavimento Pelvico" e dall'Oncologia.

Sin dal suo nascere la nostra Associazione ha posto come obiettivo la "qualità della vita" e negli ultimi anni si è posta un ulteriore obiettivo l'"umanizzazione delle cure"

Con questo nuovo progetto l'Associazione intende ulteriormente ampliare l'attività, per dare un aiuto alle persone che in un loro momento della vita sono in difficoltà e si aggiunge già ai progetti in essere quali:

- Progetto Visitatori: i nostri volontari portano il loro supporto agli stomizzati ed incontinenti in tutti i Reparti dell'Ospedale C. Massaia di Asti, e a richiesta anche sul territorio;
- Progetto Psicologico: rivolto a pazienti stomizzati ed incontinenti e loro familiari che afferiscono al Centro di Cura delle Stomie e dell'Incontinenza dell'ASL AT;
- Progetto Counselling: un gruppo di auto-mutuo aiuto coordinato da un Counsellor rivolto a prostatectomizzati e cistectomizzati.

Ma che cosa è il Reiki: è una antichissima arte, un metodo riscoperto a metà del XIX secolo dal Dott. Mikao Usui, un monaco cristiano giapponese. Questo sistema comprende varie tecniche basate sulla ricezione dell'Energia Universale la quale, canalizzata dall'operatore, è poi trasmessa mediante alcune posture delle mani.

La parola Reiki significa Energia Vitale Universale, dall'unione delle due parole REI che significa Energia d'Amore Universale o essenza vitale che si trova in natura e KI che significa Energia Vitale che scorre in ogni organismo vivente.

L'Energia Universale è l'Energia del Tutto, è la parte percepibile a noi umani della Luce, dell'Amore e della Forza Divina, è la fonte inesauribile del visibile e dell'Invisibile, del materiale e del non materiale, è la Fonte del Tutto, nostro corpo compreso.

Tramite i trattamenti del sistema Usui di Reiki è possibile canalizzare, in modo spontaneo, l'Energia Cosmica semplicemente posando le mani sul proprio corpo oppure sul corpo di altre persone.

Nella trasmissione dell'Energia l'operatore è solo un canale; lui non dà nulla della propria energia personale, anzi durante un trattamento egli è rinforzato e armonizzato del flusso di Energia che attraverso lui fluisce; tal Energia non va "canalizzata" dalla mente dell'operatore, ma va lasciata semplicemente fluire accompagnandola, per potenziare l'effetto del pensiero positivo.

Il trattamento Reiki consiste semplicemente nel connettere l'Energia Universale Cosmica con quella personale, in modo da ripristinare l'equilibrio perduto, inoltre non contrasta con nessuna fede, religione e ideologia dell'umanità.

Il Reiki pacifica la diafrasi tra corpo e anima agendo su tutti i livelli: fisico, mentale, emotivo e psichico. Favorisce il miglioramento psicofisico, scioglie i blocchi, disintossica, bilancia i centri energetici (chakra) e ristabilisce l'armonia.

Il Reiki sollecita il rapporto empatico, ci riporta al contatto con gli altri e ci allontana dall'isolamento e dalla solitudine.

Reiki non è una medicina e quindi non sostituisce il medico, ma è un valido supporto per qualsiasi trattamento, inoltre non interferisce sull'effetto dei farmaci o di altri trattamenti, ma al contrario disintossica e ne accentua i processi benefici.



Apistom Asti Onlus

RESEARCH MEETS PRACTICE – PRACTICE MEETS RESEARCH: NEWS DAL CONGRESSO ECET 2019

Di Nicoletta Rognoni e Gabriele Rastelli

Si è svolto a Roma dal 23 al 26 giugno il Congresso Europeo degli infermieri stomaterapisti e come nelle premesse del corso, “Connecting people through knowledge, research and experience in Ostomy, Wounds and Continence Care”, così è stato e questo è sicuramente merito di chi l’ha pensato e organizzato. E’ stata un’occasione di incontro per comunicare esperienze, conoscenze, ricerche cliniche e come sempre, quando c’è scientificità AIOSS c’è!

Abbiamo vissuto il congresso dal nostro stand, abbiamo distribuito a tutti i partecipanti quanto prodotto in questi anni, tradotto in lingua inglese. Molti colleghi ci hanno detto grazie, altri sono ritornati a chiederne altre copie da portare nella loro realtà e questa è la cosa che ci ha fatto più piacere, perché questo è condividere le esperienze. Tra i 500 partecipanti, anche un nutrito gruppo di colleghi italiani, che abbiamo rivisto con piacere ma la cosa più bella è stata ricevere un saluto e un ricordo di Giancarlo Canese, da partecipanti stranieri di ogni nazionalità, segno di un’ impronta che ha lasciato non solo in tutti noi.

Come ogni congresso che si rispetti, non sono mancate le relazioni, gli stand delle aziende, i work shop e i numerosissimi poster che più di tutti raccontano le esperienze, gli studi di ricerca, i casi clinici e rappresentano la voglia che i professionisti hanno di mettersi in gioco e di diffondere le loro i loro progetti.

Non sono mancate le belle relazioni dei colleghi italiani Mario Antonini, Assunta Scrocca, Mattia Zamprogno, Natascia Tonarelli, che hanno dato prova del percorso che stiamo facendo da diversi anni: diffondere il sapere scientifico di AIOSS.

E’ stato un congresso all’insegna dell’incontrarsi, del condividere e a conclusione, dobbiamo dire grazie a Danila Maculotti per l’invito, a Daniela Battilana per la collaborazione nella gestione dello

stand, ad Antonio Scoppa che ci ha dato una mano con l’inglese e a tutti i colleghi che ci sono venuti a trovare.

Il 26 giugno, al mattino presto abbiamo smontato lo stand e siamo corsi nella sede del Ministero della Sanità per la presentazione della campagna di sensibilizzazione promossa da FAIS sulla incontinenza, che ci auguriamo possa dare grandi risultati, in particolare, per le persone che vivono quotidianamente questa problematica. Da Roma è tutto! Un saluto da Gabriele Rastelli e Nicoletta Rognoni!...Al prossimo stand!



PATIENT FLOW IN STOMIA: AL VIA LA SECONDA TAPPA DELL'E-CAMP B. BRAUN

Redazionale a cura di
Ufficio Stampa B. Braun

L'EDUCATIONAL CAMP di B. Braun edizione 2019 è giunto alla seconda tappa.

L'obiettivo di questa riunione, che si è svolta il 18 settembre, è stato quello di definire il "Patient Flow nello Stomacare", ovvero il percorso di cura ottimale specifico per i pazienti stomizzati. Il progetto, che ha ricevuto il patrocinio di AIOSS e di FAIS, ha preso il via lo scorso mese di giugno.

Sono previste tre importanti tappe volte ad identificare nuovi standard di riferimento condivisi e promuovere strumenti d'intervento in grado di migliorare la gestione delle problematiche fisiche, psicologiche e relazionali per un miglior supporto alle persone stomizzate.

Dopo la prima riunione di giugno, dedicata a costruire le "mental map" che ripercorrono l'intero lavoro dello stomaterapista nella sue numerose competenze, la seconda sessione dell'e-camp vede impegnati tutti i partecipanti nella definizione di un modello ideale di gestione. L'intero lavoro si svolge sfruttando una nuova tecnica di lavoro denominata "Appreciative Inquiry" che - in questa seconda fase - è dedicata alla definizione di un percorso ideale, che tenga conto delle aspettative degli stomaterapisti per il miglior sviluppo della propria professionalità: dall'organizzazione alla logistica, dalla comunicazione alla relazione con il paziente. Si tratta di una giornata determinante poiché dal lavoro svolto in questa sessione, basata sull'analisi dello status quo descritto nelle "mental map" inizia a prendere forma la progettualità concreta del percorso di cura ideale della persona stomizzata. La sessione, guidata da una psicologa sociale, coinvolge tutti i partecipanti in un lavoro di gruppo su case report particolarmente significativi.

"Quella di settembre è una tappa importante perché durante questa riunione gli stomaterapisti insieme ad alcuni rappresentanti delle associazioni pazienti hanno definito i migliori flussi gestionali per il miglior supporto alle persone stomizzate" ribadisce Mauro Rossi Espagnet - direttore della divisione OPM. "Gli esiti di questa sessione dell'EDUCATIONAL CAMP" determineranno la stesura di un Patient Flow che sarà condiviso con le Società Scientifiche e le Associazioni Pazienti e che siamo certi si proporrà come un importante contributo al mondo dello stomacare".



IL TUO SIGILLO PER UNA PELLE SANA



L'Anello Dansac TRE è molto più di un semplice anello – con tre livelli di protezione, l'Anello Dansac TRE è stato studiato per aiutare a mantenere una pelle sana in modo naturale.



Adesione

Progettato per offrire un sigillo sicuro, flessibile che protegga la pelle dagli output della stomia e sia facile da rimuovere.



Assorbimento

Aiuta ad assorbire l'umidità in eccesso per mantenere il naturale equilibrio della pelle senza perdere la sua resistenza.



pH balance

Ideato per aiutare a gestire i possibili danni cutanei causati dall'attività degli enzimi digestivi.

NAVIGHIAMO SUL NOSTRO WEB



<http://www.aioss.it>
info@aioss.it - press@aioss.it

SOCIALIZZIAMO SU FACEBOOK



PER RIDERE UN PO'

Una ragazza lascia il fidanzato:
- Non voglio essere fidanzata di un tirchio. Eccoti l'anello di fidanzamento.

- Ehi, scusa, e la custodia?

>>>>>>0<<<<<<<

Due amici:

- Mia moglie ha avuto un incidente con la mia Audi.

- Orribile! È ferita?

- Non ancora, si è chiusa a chiave nel bagno.

>>>>>>0<<<<<<<

Un lanciatore di giavellotto prima della gara parla con

collega.

- Oggi devo impegnarmi al massimo, perché ci sarà la mia suocera sulle tribune.

- Non credo che ci riuscirai; sono oltre cento metri.

>>>>>>0<<<<<<<

Una donna dal dottore:

- Mi aiuti, soffro di impotenza.

- Come sarebbe? Sarà suo marito che ne soffre.

- No, mio marito è malato ma sono io che soffro!

>>>>>>0<<<<<<<

Dopo avere visitato la moglie,

un ginecologo si rivolge a suo marito:

- Sua moglie è incinta.

- Come incinta? Sono stato attento.

- Sa, è come nel traffico. Tu stai attento, ma gli altri no.

>>>>>>0<<<<<<<

Due fidanzati. Lei:

- Quando ci sposeremo tu smetterai di fumare!

- Va bene.

- E non berrai più alcolici!

- Va bene.

- Inoltre non uscirai più con i tuoi amici!

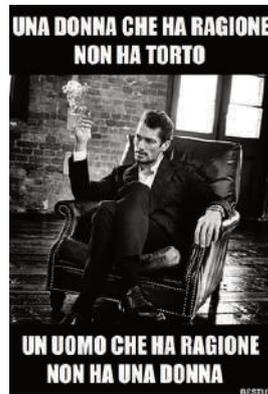
- Va bene.

- Oh, amore! A cos'altro potresti rinunciare per me?

- A sposarti!

>>>>>>0<<<<<<<

Un uomo senza una mano cade nel fiume da un ponte e dopo 10 minuti esce con una mano nuova. La voce si sparge in paese, così un uomo senza gamba entra nel fiume e ne esce con la gamba nuova. Un disabile del paese che vive da anni sulla sedia a rotelle prende coraggio, entra nel fiume con la sedia e ne esce fuori dopo mezz'ora con una sedia a rotelle nuova.



SUDOKU

La parola Sudoku è l'abbreviazione di una frase in giapponese che in italiano vuol dire "Sono consentiti solo numeri solitari".

Si tratta di un gioco di logica, dove una griglia di 9x9 celle viene presentata ai giocatori.

Alla partenza del gioco, circa 20 o 30 celle sulle 81 totali (a seconda del livello di difficoltà) sono preriempite con i numeri da 1 a 9. Lo scopo del gioco è riuscire a riempire le celle vuote con i numeri da 1 a 9 mancanti, fino ad ottenere delle righe, colonne e riquadri 3x3 completi, senza ripetizioni di numeri.

Ogni riquadro ha una sola soluzione. In questo numero si presenta un riquadro di difficoltà media.

Questo gioco, comparso in Italia da qualche anno, ha subito riscontrato un largo apprezzamento, che ne ha decretato la sua incredibile popolarità.

5	3			7				
6			1	9	5			
	9	8					6	
8				6				3
4			8		3			1
7				2				6
	6					2	8	
			4	1	9			5
				8			7	9

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



SANITA' DIGITALE: SMARTPHONE E TABLET COME STRUMENTI DI ASSISTENZA

di Ivano Nigra

Smartphone e tablet fanno parte ormai del quotidiano di ognuno di noi: oggi utilizziamo i nostri device elettronici non solo per comunicare ma soprattutto per consultare l'immane patrimonio di dati e informazioni che la rete ci rende accessibili in pochi semplici click. Forse non tutti sanno, però, che gli smartphone possono trasformarsi in validi strumenti in grado di assistere, attraverso opportune App, i gli operatori della salute nell'esercizio della loro professione.

Ecco le 7 migliori app per iPhone e sistemi operativi Android nell'ambito infermieristico e medico, che ogni professionista del settore sanitario dovrebbe scaricare sul proprio telefono.

iFarmaci

È un prontuario farmacologico, pratico da consultare e completo nei contenuti, sviluppato per sistemi operativi iOS. Contiene tutti i farmaci in commercio, inclusi quelli ospedalieri, veterinari e specialistici ed è aggiornato costantemente con le ultime novità del settore. Ha ottenuto anche importanti riconoscimenti internazionali in ambito digitale, come il premio Rewind 2011 della Apple, imponendosi come migliore app dell'anno e non necessita di connessione internet per funzionare, perché i dati sono già immagazzinati dall'applicazione. *Disponibile su Apple Store*

Gray's Anatomy – Atlas

Si tratta della versione digitale di uno dei manuali di medicina più significativi di tutti i tempi, scritto da Henry Gray nel 1858 e considerato da molti medici come una sorta di libro sacro del settore. La app comprende il testo integrale, le illustrazioni zoomabili, la ricerca dei contenuti e delle tavole e la possibilità di stampare, salvare o inviare tramite mail i testi, le immagini e le note.

Disponibile su Google Play Store

ECG Guide

È un'applicazione per iPhone utile a interpretare l'elettrocardiogramma. Presenta un database interno di tracciati di elettrocardiogrammi comuni e meno comuni con i quali è possibile confrontare quelli del proprio paziente. Le diverse condizioni cliniche e patologiche sono presentate in ordine alfabetico e, selezionato l'argomento di interesse, è possibile accedere all'immagine in alta risoluzione del tracciato e alla descrizione della patologia evidenziata.

Disponibile su Google Play Store – Apple Store

Isabel

È l'app sviluppata dai genitori di Isabel Maude, una bimba che ha rischiato di perdere la vita a causa di una diagnosi sbagliata. L'app non si sostituisce al lavoro del professionista ma lo supporta nell'esercizio della sua professione: inserendo i sintomi del paziente, l'applicazione mostra

le possibili diagnosi e suggerisce eventuali terapie da intraprendere per la cura della patologia evidenziata.

Lab Gear

È un'applicazione che consente l'interpretazione degli esami di laboratorio più frequenti. Lo strumento offre una libreria completa di test di laboratorio effettuati, insieme alle relative diagnosi e ai sintomi correlati.

Disponibile su Google Play Store – Apple Store

Sanford Guide

Si tratta dell'applicazione digitale della stessa guida Sanford su carta stampata, che presenta risorse interattive e contenuti digitali esclusivi. La guida rappresenta uno dei principali punti di riferimento per l'interpretazione e il trattamento delle malattie infettive.

Disponibile su Google Play Store – Apple Store – Windows Phone – Kindle

Osirix HD

Si tratta di un software che consente il trasferimento, la lettura e il download di immagini mediche. Le immagini di ecografie, risonanze magnetiche e radiografie sono visualizzabili nel loro formato nativo e nel rispetto dei principali standard del settore medico – scientifico. La app può ricevere immagini da qualunque dispositivo di immagini sanitario, utilizzando la rete Wi-Fi o il 3G.

Disponibile su Apple Store

NB: Nell'articolo, l'autore cita liberamente prodotti commerciali detentori di copyright a puro titolo informativo, senza fini di lucro; l'elenco dei software riflette una libera e consapevole scelta di prodotti d'ingegno sviluppati da terze parti con le quali l'Autore non ha alcun tipo di legame finanziario o commerciale. Non ci si assume pertanto la responsabilità di malfunzionamenti, problemi o danni derivanti dall'uso, proprio od improprio, delle applicazioni qui citate, rimandando direttamente ai rispettivi produttori per ogni tipo di informazione od istruzione richiesta.



Si scrive Esteem™+, si legge monopezzo



NOVITÀ

ESTEEM™+ Soft Convex

Sacche a fondo chiuso e a fondo aperto, dalla 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™+
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

L'ETICA DEL PRENDERSI CURA

di Rossana D'Amico

Coordinatore Infermieristico U.O.Hospice e Cure Palliative ASL Pescara – Docente Corso di Laurea in Infermieristica Università "G.D'Annunzio" Chieti-Pescara

Relazione tenuta nell'ambito del Corso di Teramo, 6 settembre 2019: "Malattia e fase terminale di vita: il core dell'assistenza".

Quando si è alla fine di un percorso di vita rimane ancora tanto da dire e da fare, chi lavora in ambiti a forte complessità assistenziale, a forte impatto emotivo, sa molto bene che alla morte di una persona, il ricordo di quella persona sopravvive in coloro che l'hanno amata, accudita, sostenuta e protetta, senza dubbio anche gli operatori che hanno avuto il privilegio di essere i testimoni di quel tempo residuo, difficile, vivono la fine non con un senso di fallimento e sconfitta ma, sicuramente, come un'opportunità di crescita, di grande ricchezza. *"La qualità dell'assistenza data in fin di vita e' un buon metro della qualità umana di una civiltà e di una cultura. Essa costituisce un aspetto fondamentale del ruolo della medicina negli ultimi giorni di vita di un uomo, i suoi benefici non ricadono esclusivamente su colui che muore ma anche su coloro che rimangono."*

X.Mirabel Tra rinuncia e accanimento terapeutico In eutanasia. sofferenza e dignità al crepuscolo della vita, Milano 2005 p.44

Sebbene la fine, la fase terminale, malattia terminale ed il malato terminale evocano, da un punto di vista accademico, la conclusione di un ciclo vitale, si identifica la **fase finale, come quella fase del percorso clinico terapeutico** caratterizzata dall'**esaurimento** dei trattamenti attivi per la cura della malattia, **malattia non più responsiva** ai trattamenti curativi, chemio-radioterapici, nel caso di malattie tumorali...

Il malato terminale è la persona affetta da una patologia inguaribile, tumorale o non, ad andamento evolutivo spesso cronico, a carico di numerosi apparati e sistemi... per il quale non sono più proponibili trattamenti curativi ma solamente palliativi»

L'accompagnamento, quale desiderio di non sottrarsi a situazioni difficili, quale desiderio di esserci, **riconosce** quel tempo residuo dandogli senso e significato, restituendo al malato quella dignità non perduta ma sicuramente gravemente offesa da un vissuto di aspettative tradite, disconferme, etc....etc

La cura **palliativa** s'inserisce in questo contesto, ma è necessario superare l'accezione negativa di questo termine ed andare ben oltre l'equivoco di cura inutile..tanto per fare qualcosa, perché quando non c'è più nulla da fare, in realtà c'è ancora tanto da fare, esistono malattie inguaribili ma non esistono malati incurabili, è l'obiettivo

della cura che cambia; quando la guarigione non è più possibile è la qualità di vita residua ad essere l'oggetto della presa in carico del malato e della sua famiglia.

E'possibile superare questo limite semantico della **"cura palliativa"**?

Certamente lo è quando s'intende la cura palliativa come lo

- Strumento per un recupero della medicina nella sua dimensione umana, messa in ombra dallo sviluppo ipertecnologico...
- cura palliativa come sintesi tra scienza e presenza, tra saper fare e desiderio di esserci.
- decisamente una medicina del limite, della desistenza terapeutica, una disciplina che sa dire no a terapie inutili, che considera la nutrizione ed l'idratazione come terapie e non supporto,
- una cura che non abbandona il paziente non più suscettibile di interesse da una medicina trionfalistica e sempre vincente, che, laddove la guarigione non è più un obiettivo possibile, abbandona il malato...



Quindi né accanimento, frutto di un super potere tecnologico che pensa che fare di più e fare meglio, né abbandono terapeutico...

- **Fare di più non sempre equivale a fare meglio e non sempre tutto ciò che è tecnicamente possibile è eticamente lecito**
- Ma è cura che privilegia il malato piuttosto che la malattia, integra la biografia, il vissuto, i valori, le tradizioni della persona, biografia piuttosto che biologia...

CASO CLINICO:

A.C. paziente di anni 53, affetta da tumore ovarico, in carcinoma peritoneale, occlusa da mesi, si ricovera in Hospice; non consapevole del luogo di cura, conosce la diagnosi, ma ignora la prognosi infausta e soprattutto lo stato terminale. L'oncologo che l'ha avuta in cura fino a quel momento, in accordo con il coniuge, dice alla paziente di "riprendersi un po'" in un centro di cure palliative per poi tornare a fare i cicli chemioterapici.

La paziente all'ingresso in struttura si rende immediatamente conto di trovarsi in Hospice, questa consapevolezza la destabilizza, gettandola in uno stato di grave sconforto, i familiari finora coinvolti nella cosiddetta "congiura del silenzio" si trovano impreparati a fronteggiare una situazione così dolorosa... Sono incapaci a fronteggiare la crisi del loro congiunto che brutalmente ha preso coscienza di essere "alla fine".

L'equipe viene coinvolta a gestire questa situazione, equipe che non ha avuto tempo di conoscere la paziente, infatti diversamente da quanto accade in altri luoghi, le simultaneous care, ovvero le cure palliative, precoci, (al momento della diagnosi) e simultanee (al percorso di cura attiva), non sono ancora presenti nei nostri modelli assistenziali e laddove la presa in carico del paziente terminale è tardiva, tutti pagano un costo elevatissimo poiché l'oncologo cura il malato fino all'ultimo giorno (**oltranzismo terapeutico**), e l'equipe di cure palliative subentra a partita quasi ultimata..

il tempo è poco, i tempi sono ristretti per poter realizzare quel processo relazionale, fondamentale e raccomandato dalla legge n°219 del dicembre 2017

Ci si rende conto che bisogna limitare i danni di una comunicazione incompleta, di un relazione di cura mancata...bisogna correre ai ripari. Ma come? Quando non c'è stato sin dall'inizio una

- Adeguata informazione (?), quando il consenso informato,(contrariamente a quanto dice la legge), è stato ampiamente disatteso

- La volontà della paziente non è stata affatto considerata, sia in un senso che in altro...Volontà positiva e negativa di sottoporsi alle cure (autonomia nel processo decisionale?) qualcuno ha SCELTO per la paziente..
- Il percorso di cura è stato quindi caratterizzato da un oltranzismo terapeutico che a sua volta ha offerto il fianco a vane speranze, a prospettive irragionevoli ed improbabili.....

La legge 219 del 2017 art.5 parla di pianificazione condivisa, delle cure ma quale terreno di ascolto, di confronto, di alleanza, di analisi, di giudizio sospeso, di desiderio di esserci, di non sottrarsi...di accompagnamento, di non indifferenza, è mai possibile in un contesto che è stato fortemente caratterizzato da atteggiamenti omertosi, costruito su falsificazione di referti, di congiura del silenzio, di tragica solitudine, di false speranze, di illusione e di tradimento?

Queste sono le sfide che l'equipe curante, gli infermieri nell'esercizio della professione vivono e da qui originano conflitti e dilemmi etici.

Laddove il tempo "stringe", laddove gran parte della partita è stata giocata e pure male, "i tempi di recupero" debbono essere un'opportunità da cogliere, un tempo da vivere e far vivere pienamente...

Qui nell'area della complessità: la filosofia delle cure palliative coglie questa opportunità, l'equipe ragiona su

- cosa è meglio per quel malato le **SCELTE**
- cosa è adeguato **L'APPROPRIATEZZA**
- cosa vuole, cosa desidera il paziente per sé, per i suoi cari... i **VALORI**

La ricerca di coerenza e significato tra un progetto di cura personalizzato, "su misura, un progetto terapeutico ed un progetto di vita, richiamano il professionista ad un esercizio competente della ragione (etica), ma affrontare i problemi etici del fine vita (bioetica), senza strumenti concettuali e orientanti, è abbastanza arduo ed in questo senso il nuovo Codice deontologico degli infermieri, 2019 è abbastanza esaustivo.

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte.

Non a caso il core curriculum dell'infermiere esplicita competenze

- **Etiche**, Cliniche, Comunicative relazionali, Psicosecionali, Lavoro in equipè multidisciplinare
- Aderenza ad i principi del Codice deontologico e del Profilo Professionale

- Formazione continua come guida dell'azione..
- Nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo.
- L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana

Dobbiamo chiederci se esista un'etica che sappia valorizzare le norme morali, che sappia farle interagire in situazioni a forte impatto emotivo facendo leva sulla responsabilità dei soggetti coinvolti, paziente, familiari, caregivers ed operatori sanitari. Un'etica che non appiattisca la realtà, ma che aiuti ad abitarne la comp-

lessità e la problematicità.

Consapevoli che la capacità di mettere costantemente in circolo le norme, le situazioni e le responsabilità dei soggetti coinvolti, necessita di un pensiero strutturato che sfugga alla tentazione di soluzioni riduttive e superficiali.

Posso affermare con certezza che in questo particolare ambito, il contributo alla riflessione etica trae enormi benefici laddove sostenuta da una visione rinnovata e riformata, che sa mettere in campo tanto le norme, quanto le responsabilità dei soggetti coinvolti e le situazioni facendole interagire in una prospettiva che rispecchia l'etica dell'uno e del molteplice.



"OLTRE OGNI LIMITE: LA MIA VITA CON LA STOMIA"

Ufficio Stampa EFFEMMECOMMUNICATION
 press@effemmecommunication.it

Il 6 Settembre u.s. si è tenuto a Teramo, presso l'hotel Sporting, il convegno organizzato dall'AIOSS, Malattia e fase terminale di vita in collaborazione con l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Teramo e patrocinato da ASIA (Ass.ne Stomizzati Incontinenti Abruzzese Onlus) e ASL Teramo. Numeri importanti, oltre 100 partecipanti accreditati, sala strapiena al limite, e partecipazione delle Aziende BBraun, Coloplast, Convatec, Dansac, Hollister e Teleflex.

Nell'ottica di migliorare ed avvicinarsi sempre più ad un modello ideale di umanizzazione delle cure, tanti interventi in tal senso hanno preso parte a questa giornata, alla quale ha voluto dare supporto anche Sylwia Sitko, raccontando con il suo libro "Oltre ogni limite: la mia vita con la stomia", la sua esperienza personale.

Sylwia racconta del suo percorso, partito da una patologia tumorale, arrivata alla stomia, passando per una malattia rara, che colpisce i muscoli... tanti momenti difficili da affrontare, ma sempre con il sorriso: è questo il vero messaggio di vita dell'autrice, che da Marzo sta girando l'Italia a favore di progetti sociali.

In questa occasione, accolti magnificamente dall'organizzazione, Oltre ogni limite ha donato parte del ricavato dei libri venduti all'Associazione ASIA sul territorio, per progetti di sensibilizzazione: un modo per essere vicini a chi soffre, a testimonianza che tutto si supera... Oltre ogni limite!

Progetto Aurora, che segue il libro dalla sua uscita, unitamente a Sylwia, ringrazia gli organizzatori per questa magnifica occasione, ed in particolare il Cav. Gabriele Rastelli, artefice della riuscita della giornata, sperando in prossimi incontri, in terra d'Abruzzo.



QUALCHE ANTICIPAZIONE

- Le novità dell'Autunno, il report del Corso di Teramo di Ottobre.....
- Articoli scientifici di interesse specifico
- Le nostre rubriche ed i nostri servizi
- Le vostre testimonianze ed esperienze

...e molto altro

...E' PROSSIMO...
DALLA TEORIA ALLA PRATICA IN URO-ONCOLOGIA

Milano 30 Novembre 2019

Palazzo Pirelli, Via Fabio Filzi, 22 Sala Pirelli

OBIETTIVO FORMATIVO

Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostico e riabilitativi. Profili di assistenza - Profili di

ISCRIZIONE

Il congresso è gratuito e prevede un numero massimo di 100 partecipanti. E' possibile iscriversi esclusivamente registrandosi direttamente sul sito: www.duecipro.com > Corsi

SEDE DEL CORSO

Palazzo Pirelli, via Fabio Filzi n.22, Milano

SEGRETARIA SCIENTIFICA

Andrea Neschi, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Eduardo Fiorini, Associazione PaLNUro (Pazienti Liberi dalle Neoplasie Uroteriali)

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

E PROVIDER 1463

Dueci Promotion

Via C.Farini 28 - 40124 Bologna

Tel 051.4841310 - Fax 051.247165

abianconi@duecipro.com

www.duecipro.com

Con il supporto non condizionante di:



ARRIVEDERCI A:



Crediti ECM
in fase di
accreditamento

NUOVE SFIDE IN PROCTOLOGIA

diagnosi precoce
e terapia del carcinoma
squamoso dell'ano

PRESIDENTE DEL CORSO: Gabriele Roveron
RESPONSABILE SCIENTIFICO: Roberto Dino Villani

SASSUOLO

Venerdì 22 Novembre 2019
NUOVO OSPEDALE CIVILE



A.I.O.S.S.
Associazione
Tecnico-Scientifica
di Specializzazione
in Riabilitazione
Pavimentazione Polverosa



12,3
Crediti ECM
in fase di
accreditamento

COMPLICANZE STOMALI

*Sicurezza delle cure
e responsabilità
professionale*

RIMINI

11-12 OTTOBRE 2019
HOTEL SPORTING

VIALE AMERIGO VESPUCCI, 20