



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
OPERATORI  
SANITARI DI  
STOMATERAPIA

SOCIETÀ  
ITALIANA  
DI CHIRURGIA



# STOMA SITING



DOCUMENTO  
DI POSIZIONAMENTO

AIOSS - SIC

2013









ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
OPERATORI  
SANITARI DI  
STOMATERAPIA

SOCIETÀ  
ITALIANA  
DI CHIRURGIA



# STOMA SITING



DOCUMENTO  
DI POSIZIONAMENTO

AIOSS - SIC

2013





## PRESENTAZIONE

Prendendo spunto dai documenti di posizionamento esistenti sottoscritti in America da Wound Ostomy Continence Nurses (WOCN) in collaborazione con l'American Society of Colon & Rectal Surgeons (ASCRS) e con l'American Urological Association (AUA), l'Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomataterapisti (AIOSS) e la Società Italiana di Chirurgia (SIC) redigono ed approvano congiuntamente il presente documento in data 27 Luglio 2013.

La realizzazione del documento intende formalizzare e raccomandare il posizionamento preoperatorio del sito della stomia – accompagnato da un colloquio – per tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico che preveda il confezionamento di una stomia enterale o urinaria.

Date oggi per certe le conseguenze in termini di prevenzione delle complicanze, di promozione della qualità della vita, delle cure e di esiti di salute, ma anche di riduzione della spesa sanitaria, l'AIOSS e la SIC auspicano che detti benefici possano presto contraddistinguere tutte le realtà chirurgiche e urologiche del nostro Paese.



## INTRODUZIONE

Il raggiungimento di una soddisfacente qualità di vita per le persone stomizzate è lo scopo ultimo dell'attività del team sanitario multiprofessionale che si prende carico di diversi aspetti: eliminare/controllare la sintomatologia legata alla malattia, prevenire/ridurre le complicanze post-operatorie, favorire il self management sia dello stoma, sia della patologia di base (se ancora presente).

Tra i fattori che supportano il recupero fisico, sociale e psichico della persona stomizzata si possono annoverare:

- la tecnica chirurgica di confezionamento dello stoma,
- la sede di confezionamento della derivazione,
- la completa padronanza nella gestione dello stoma,
- l'adozione di un sistema di raccolta degli effluenti affidabile,

- la presenza di personale preparato e strutture sanitarie dedicate di riferimento.

Le associazioni di infermieri stomaterapisti hanno da tempo individuato nei primi due punti sopra elencati, le fasi che nel percorso riabilitativo della persona con stoma influiscono profondamente sull'adattamento alla presenza di questo nuovo organo<sup>1</sup>.

Nei primi articoli della “Carta internazionale dei diritti dello stomizzato” elaborata per la prima volta al Bay Front Medical Centre Ostomy Fair in Florida nel 1976 e revisionata nel 2003 a Francoforte durante il seminario della European Ostomy Association, sono riportati i capisaldi dell'infermieristica stomaterapica.

Il documento, dopo aver men-



zionato al primo articolo il diritto di ricevere informazioni preoperatorie sui benefici derivanti dall'intervento chirurgico, nel secondo articolo recita il diritto di: *“Avere una stomia ben confezionata e situata in una posizione appropriata in modo che possa essere adeguatamente gestita”*.

Recentemente questi principi sono stati adottati e raccoman-

dati anche da alcune associazioni nazionali di medici chirurghi tra cui la ASCS (American Society of Colon & Rectal Surgeons)<sup>2</sup> e l'AUA (American Urological Association)<sup>3</sup>.

Questo documento si focalizza sulla scelta della sede più idonea per allestire uno stoma, ossia sul disegno preoperatorio della stomia.



## COS'È

Si tratta di una tecnica che costituisce il primo passo verso il processo di riabilitazione della persona con stoma. Va attuata preoperatoriamente e consiste essenzialmente nella selezione del sito di posizionamento dello stoma.

In tale occasione è possibile anche instaurare un rapporto di fiducia con il paziente (e la sua famiglia) che consenta di:

- valutare le sue conoscenze sulle motivazioni dell'intervento e del confezionamento di uno stoma;
- valutare le sue caratteristiche fisiche e i suoi bisogni psicologici (che possono incidere sulla scelta della sede della stomia);
- iniziare un percorso educativo finalizzato all'autonomia nella gestione del nuovo organo<sup>4</sup>.



## LO SCOPO

Mediante l'osservazione e la valutazione della conformazione addominale e delle sue modifiche al variare di postura, si vuole individuare un'area cutanea abbastanza ampia e pianeggiante (priva cioè di cicatrici, ferite e pliche cutanee) e lontana da strutture anatomiche come le salienze ossee, l'ombelico e la linea alba, che consenta:

- l'applicazione del sistema di raccolta in modo funzionale al contenimento delle deiezioni e alla prevenzione di distacchi improvvisi e ripetuti del dispositivo che possono compromettere non solo l'integrità cutanea ma soprattutto la vita di relazione e l'autostima;
- la prevenzione di alcune complicanze stomali come l'ernia peristomale, la retrazione, il prolasso e le lesioni cutanee peristomali;
- un rapido recupero dell'autonomia e dell'autostima del paziente.



## DOVE E COME INDIVIDUARE IL SITO OTTIMALE

Per quanto riguarda gli *outcomes* postoperatori, la scelta del punto di confezionamento dello stoma rappresenta, insieme all'educazione e alla tecnica chirurgica, una delle variabili che possono essere controllate dal personale sanitario.

La localizzazione dello stoma dipende dal tipo di derivazione: solitamente le colostomie discendenti e le sigmoidostomie vengono confezionate nel quadrante addominale inferiore sinistro; le ileostomie, le colostomie ascendenti e le cecostomie nel quadrante inferiore destro così come le uretero-ileo-cutaneostomie.

Per favorire il *coping* e l'adattamento al nuovo organo si dovrebbe preferire una posizione al di sotto dell'ombelico, anche per

quelle derivazioni enterali che interessano il colon trasverso. Si dovrebbe evitare la vicinanza a salienze ossee, pliche cutanee, cicatrici pregresse, incisioni chirurgiche per favorire l'adesione dell'ausilio stomale, sostenere il self-care e la riabilitazione post-operatoria.

Il confezionamento dello stoma all'interno del muscolo retto previene alcune complicanze stomali come l'ernia peristomale, il prolasso e la retrazione. La scelta della sede stomale deve tener conto anche della situazione clinica, della presenza di alcuni handicap, e delle preferenze del paziente. Di fronte a persone obese, cachettiche o che vivono su una sedia a rotelle si devono prendere in considerazione altre opzioni (come per esempio preferire i quadranti ad-



dominali superiori per posizionare lo stoma) per permettere la visione diretta dello stoma e quindi l'autonomia gestionale<sup>5</sup>.

È importante valutare la conformazione addominale in diverse posizioni, distesa, seduta ed eretta, per individuare più facilmente le zone non idonee al confezionamento dello stoma.

L'abboccamento dello stoma alla parete addominale dovrebbe trovarsi a metà strada tra l'ombelico e le salienze ossee come

le arcate costali e le creste iliache superiori, e alla sommità delle pliche di grasso che ben si visualizzano in posizione seduta<sup>6</sup>.

Un altro modo per individuare la posizione corretta della stomia consiste nel tracciare un triangolo tra ombelico, spina iliaca antero-superiore e il pube e quindi scegliere come sede il punto centrale della figura così ottenuta che viene definita "triangolo della stomia".



## ANALISI DELLA LETTERATURA

Già Pearl e coll., in una indagine retrospettiva condotta su 610 pazienti e pubblicata nel 1985, avevano rilevato una maggiore frequenza di complicanze stomali nei pazienti con stoma enterale confezionato in regime d'urgenza; questo dato aveva spinto gli autori ad ipotizzare che alcuni dei fattori di rischio fossero rappresentati dal cattivo posizionamento dello stoma e dalla impreparazione dei medici chirurghi nella chirurgia del tratto gastro-intestinale<sup>7</sup>.

Bass e coll. (1997), in un altro studio retrospettivo che intendeva indagare la frequenza delle complicanze stomali (stenosi, retrazione, fistola, necrosi, prolasso, infezione, sanguinamento e alterazioni cutanee peri-stomali) su 593 pazienti operati in regime di elezione, avevano ri-

scontrato una maggiore frequenza di complicanze stomali nei pazienti a cui non era stato eseguito il disegno preoperatorio della stomia (43,5% vs 32,5%) soprattutto nel primo mese post-operatorio<sup>8</sup>.

Anche Park e coll. (1999) rilevarono una elevata frequenza di complicanze stomali, in una revisione retrospettiva della loro casistica costituita da 1606 stomi enterali, soprattutto nei pazienti a cui non era stato applicato il disegno preoperatorio della stomia<sup>9</sup>.

In uno studio prospettico pubblicato nel 2003, Arumugam e coll. hanno seguito per un anno 97 pazienti enterostomizzati alla maggior parte dei quali (84,5%) era stato praticato il disegno preoperatorio della stomia. I ri-



cercatori non hanno potuto confermare che la mancanza del disegno preoperatorio fosse un fattore di rischio per la comparsa di complicanze stomali nel periodo post-operatorio ma va sottolineato che vi era una piccola percentuale di persone che non erano state sottoposte alla pratica del posizionamento preoperatorio dello stoma<sup>10</sup>.

Millan e coll. (2010), dopo aver condotto uno studio prospettico su 270 pazienti con enterostomia, il 45,6% dei quali era stato sottoposto al disegno preoperatorio dello stoma, rilevarono una minore incidenza di complicanze stomali e di ansietà nelle persone che avevano potuto incontrare uno stomaterapista prima dell'intervento. In particolare nel gruppo di coloro cui non era stato praticato il disegno

stomale preoperatorio, l'incidenza delle complicanze cutanee peristomali, a tre mesi dall'intervento, era di 41,5% tra irritazioni cutanee e dermatiti vs il 14,6% del restante campione. L'84% delle persone che non avevano incontrato lo stomaterapista prima dell'intervento, vs il 73%, era molto ansioso e preoccupato sia per la diagnosi e l'intervento, sia per lo stoma che veniva confezionato<sup>11</sup>.

Parmar e coll. (2011) hanno seguito 192 pazienti con enterostomia in un follow-up di 6 mesi e hanno rilevato un'incidenza di complicanze stomali pari al 27%. La mancanza del disegno preoperatorio stomale è stato uno dei fattori di rischio insieme al carattere d'urgenza dell'intervento, all'altezza dello stoma sul piano cutaneo, al tipo di stoma e



all'alto indice di massa corporea. Infatti le complicanze stomali (fistole, perdite dal sistema di raccolta, necrosi, retrazione, separazione muco-cutanea, stenosi, alterazioni cutanee, ernia peri-stomale) incidono per il 27% e sono maggiormente presenti nei pazienti sottoposti a intervento in regime d'urgenza dove raggiungono il 46% contro il 22% di tasso d'incidenza per i pazienti operati in elezione. La maggioranza dei pazienti operati in elezione ha potuto avere il disegno preoperatorio della stomia (89%) contro il 36% dei pazienti sottoposti a intervento in regime di urgenza. A causa delle complicanze stomali, i ricercatori hanno riscontrato un allungamento della degenza ospedaliera e dei tempi di recupero dell'autonomia gestionale dello stoma tanto da dover instaurare un pro-

gramma educativo domiciliare<sup>12</sup>.

Anche Pittman (2011) in uno studio di prevalenza sulle complicanze stomali, ha rilevato che le persone con stoma ben confezionato e rilevato rispetto al piano cutaneo, hanno maggiori probabilità di essere dimesse in tempi brevi rispetto a coloro che presentano delle complicanze stomali. L'autrice ha condotto lo studio in un centro traumatologico dove solo il 37% degli interventi erano in elezione e il 28% sottoposto al disegno preoperatorio dello stoma. Le variabili significativamente correlate alla disposizione alla dimissione erano il tipo di procedura chirurgica (in elezione, in urgenza), l'altezza dello stoma sul piano cutaneo e la diagnosi<sup>13</sup>.

Gulbinene e coll. (2004) hanno condotto uno studio quasi-speri-



mentale sull'impatto dell'educazione e del disegno preoperatorio della stomia sulla qualità di vita di pazienti stomizzati. Il campione era stato diviso in 3 gruppi: un gruppo veniva sottoposto al disegno preoperatorio dello stoma e ad un incontro educativo, un altro gruppo riceveva soltanto l'approccio educativo senza individuazione del sito chirurgico, il terzo gruppo costituiva il controllo e non riceveva nessuna delle procedure suesposte. I risultati dei 2 questionari sulla qualità di vita (EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-CR38) somministrati prima dell'intervento e dopo 2 mesi mostrano che i pazienti che componevano i primi 2 gruppi non presentavano significative variazioni della qualità di vita tra il pre e post-operatorio; inoltre mostravano meno compli-

canze e meno problemi di adattamento allo stoma rispetto al gruppo di controllo. Tuttavia il gruppo che aveva ricevuto entrambi gli approcci, quello educativo e la scelta della posizione dello stoma, evidenziava dei risultati significativamente migliori rispetto sia al gruppo di controllo sia al gruppo che aveva ricevuto solo l'approccio educativo<sup>14</sup>.

La relazione tra capacità di adattamento ad uno stoma, la comparsa di complicanze e l'esecuzione del disegno preoperatorio stomale è stato l'oggetto anche dello studio descrittivo di Pittman e coll. (2008) che ha coinvolto 239 pazienti con enterostomia. I loro risultati indicano una relazione tra queste variabili: le persone che non avevano ricevuto alcun incontro educativo o disegno dello stoma



prima dell'intervento riportavano una maggiore frequenza di complicanze (lesioni cutanee peristomali e perdite dal sistema di raccolta degli effluenti) e una peggiore capacità di adattamento al nuovo organo. Un dato interessante rivela che l'educazione alla gestione dello stoma da parte di personale preparato nel periodo post-operatorio non influisce significativamente sulle complicanze o sulla capacità di adattamento. Il disegno preoperatorio della stomia risulta un fattore predittivo per la capacità di adattamento alla modificazione dell'immagine corporea imposta dal nuovo organo<sup>15</sup>.

L'oggetto di una ricerca condotta da Haugen e coll. (2006) era l'individuazione dei fattori peri-operatori che potevano in-

fluire sull'adattamento ad uno stoma incontinente. Il campione era costituito da persone con stomi sia enterali sia urinari da almeno un anno e per la maggior parte (56%) da ileostomizzati. Quasi la metà (49%) aveva una malattia infiammatoria cronica intestinale. Dai 147 questionari restituiti per posta si evinceva che uno dei fattori che influiva negativamente sulla capacità di adattamento era la difficoltà ad ottenere gli ausili necessari per la gestione dello stoma. Erano, al contrario, associati ad un adattamento positivo allo stoma sia la presenza di una malattia ricorrente, sia il livello di utilità del colloquio educativo preoperatorio con un infermiere stomaterapista: il livello di adattamento allo stoma aumentava in funzione dell'utilità dell'educazione che era stata ricevuta



prima dell'intervento<sup>16</sup>.

Un altro studio ha voluto analizzare la qualità di vita di persone con colostomia terminale in relazione all'appropriatezza del sito di confezionamento dello stoma. Mahjoubi e coll. (2010) si sono avvalsi degli stessi questionari utilizzati da Gulbinienė e coll. (2004) e hanno rilevato una qualità di vita significativamente migliore nel gruppo di 174 persone a cui era stato confezionato lo stoma nel sito appropriato rispetto ad un altro gruppo di pari grandezza ma con lo stoma confezionato in un sito inappropriato<sup>17</sup>.

In una recente ricerca, Person e coll. (2012) hanno valutato la qualità di vita di 105 persone sottoposte, in regime di elezione, a confezionamento di de-

rivazioni incontinenti sia enterali (definitive e temporanee) che urinarie. Il 50% del campione era stato sottoposto alla procedura del disegno preoperatorio stomale e proprio questo gruppo di pazienti ha mostrato un significativo aumento della qualità di vita, una maggiore fiducia e indipendenza, e un minore tasso di complicanze, rispetto al gruppo che non ha avuto il disegno preoperatorio della stomia<sup>18</sup>.

L'analisi della letteratura ha evidenziato l'utilità del disegno preoperatorio stomale nel prevenire talune complicanze come l'ernia peristomale, la retrazione, il prolasso, le lesioni cutanee peristomali, che rappresentano un costo sanitario aggiuntivo per la società (prolungamento della degenza ospe-



daliera, necessità di re-intervento, necessità di sistemi di raccolta degli effluenti specifici e più costosi, aggravamento del carico assistenziale territoriale)<sup>7,8,9,11,12,13,15</sup>.

Uno stoma correttamente posizionato e ben confezionato ed un incontro educativo preoperatorio favoriscono un coping positivo da parte del paziente e

quindi anche la sua capacità di raggiungere più velocemente l'autonomia nella gestione dello stoma e di riprendere le normali attività quotidiane. L'esecuzione del disegno stomale preoperatorio migliora la capacità di adattamento del paziente al cambiamento imposto dall'intervento<sup>15,16</sup> e ne migliora la qualità di vita<sup>14,17,18</sup>.



## VALUTAZIONE E SCELTA DEL SITO ADDOMINALE IN CUI CONFEZIONARE LA STOMIA: PROCEDURA

Il presente documento descrive la procedura del disegno stomale preoperatorio sia per enterostomie che per urostomie.

Rappresenta una guida all'individuazione della posizione più corretta dello stoma, premessa necessaria per prevenire alcune complicanze stomali, consentire un migliore adattamento alla nuova condizione, favorire un più rapido raggiungimento del self management e recupero delle normali attività.

Tale procedura deve essere espletata da personale medico o infermieristico preparato e com-

petente, ma qualora questi non siano presenti, la procedura può rappresentare una guida utile.

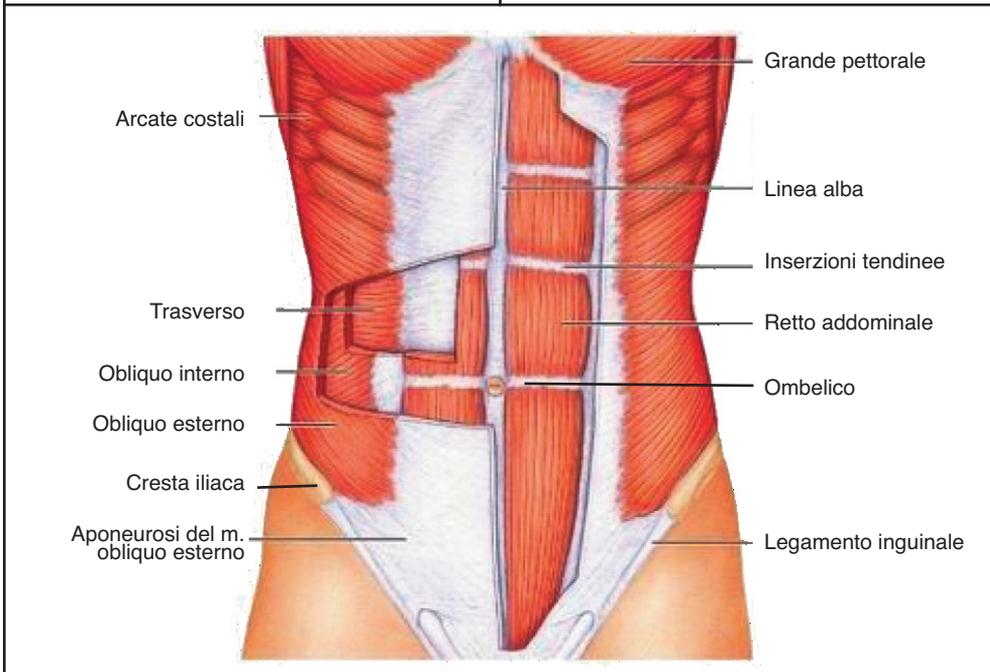
### **Campo di applicazione**

La presente procedura si applica a tutte le persone cui si prevede il confezionamento di una enterostomia o urostomia in regime di elezione. Si cercherà, per quanto la situazione possa consentirlo, di applicarla anche a quelle persone che verranno sottoposte a intervento chirurgico e confezionamento di uno stoma in regime d'urgenza/emergenza

Azione	Razionale
Procurarsi il materiale necessario: <ul style="list-style-type: none"><li>• un pennarello indelebile</li><li>• un pennarello delebile</li><li>• un film trasparente in poliuretano</li><li>• un sistema di raccolta</li></ul>	Ottimizzare il tempo a disposizione. Evitare disagi alla persona.



Informare la persona della procedura in atto.	Rispettare il diritto all'informazione e coinvolgere la persona.
Valutare l'addome, in posizione supina, e notare la presenza di cicatrici, nevi e pliche cutanee	Identificare eventuali aree che possono compromettere la capacità adesiva dei sistemi di raccolta delle deiezioni. Lo stoma dovrebbe essere posizionato in un'area piana dell'addome per ridurre il rischio di perdite e infiltrazioni sotto il dispositivo di raccolta.
Evidenziare con il pennarello de- lebile alcune strutture anatomiche quali le arcate costali, le creste iliache, la linea alba, la linea della vita e i muscoli retti.	Delimitare la superficie addominale all'interno della quale disegnare lo stoma.





<p>Selezionare e segnare con il pennarello delebile il punto medio sulla linea che unisce l'ombelico alla cresta iliaca o al margine costale. Il punto scelto deve trovarsi all'interno della muscolatura retta dell'addome (per evidenziare i muscoli retti basta chiedere alla persona di alzare la testa dalla posizione supina). Selezionare, se possibile, un punto al di sotto della linea della vita o della cintura, se presente. Tener conto, se possibile, delle abitudini di vita, dell'occupazione, degli hobbies e dei desideri della persona.</p>	<p>Individuare il punto ipotetico di posizionamento dello stoma. Il confezionamento dello stoma all'interno dei muscoli retti evita alcune complicanze stomali più frequenti come l'ernia peri-stomale e il prolasso.</p> <p>Soddisfare, per quanto possibile, le esigenze particolari della persona permette un migliore recupero fisico e psichico e una migliore qualità di vita.</p>
<p>In caso la persona fosse obesa e l'addome voluminoso, scegliere come sede il punto più alto dell'addome o un punto dei quadranti superiori.</p>	<p>Individuare un punto ipotetico di posizionamento ben visibile dalla persona e facilmente raggiungibile.</p>
<p>Un altro modo per individuare la posizione corretta della stomia: tracciare un triangolo tra ombelico, spina iliaca antero-superiore e il pube e scegliere il punto d'incontro di queste 3 linee. Lo stesso procedimento è valido per entrambi i quadranti addominali inferiori</p>	



Valutare l'opportunità di segnare anche un secondo punto di re-perere nel quadrante addominale contro-laterale.	Fornire un altro punto di riferimento al chirurgo da prendere in considerazione in situazioni chirurgiche impreviste.
Far assumere alla persona la posizione seduta ed eretta.	Rilevare modifiche del profilo addominale al variare della postura e, se necessario, modificare il punto scelto di posizionamento dello stoma che deve essere lontano da cicatrici e pliche cutanee.
Far riassumere alla persona le varie posizioni e accertarsi che possa vedere il punto scelto.	Confermare definitivamente la scelta fatta.
Pulire il punto prescelto e segnare con il pennarello indelebile. Se lo si ritiene opportuno, proteggere la zona con il film trasparente di poliuretano.	Segnare in modo indelebile la sede ritenuta più idonea per lo stoma e conservare fino al momento dell'intervento l'indicazione della sede prescelta.

Occorre precisare, infine, che il disegno del sito chirurgico, sede ottimale della stomia, potrebbe, in taluni rari casi, non coincidere con la sede definitiva adottata dal chirurgo in sala operatoria giacché, durante l'intervento chirurgico, altri fattori possono condizionarne, anche pesante-

mente, il posizionamento.

A tal proposito è importante che la presenza di zone che possono rappresentare, di fatto, una controindicazione all'allocazione della stomia, siano documentate e condivise con l'équipe chirurgica.



## BIBLIOGRAFIA

- 1 Colwell J, Goldberg M, Carmel J. *The state of the standard diversion. JWOCN* 2001; 28: 6-17
- 2 ASCRS and WOCN joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing fecal ostomy surgery. *Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007 Nov-Dec; 34(6):627-8.
- 3 AUA and WOCN Society joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing creation of an incontinent urostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009 May-Jun; 36(3):267-8.
- 4 Erwin-Toth P. *Ostomy pearls: a concise guide to stoma siting, pouching systems, patient education and more. Adv Skin Wound Care.* 2003 May-Jun; 16(3):146-52.
- 5 Erwin-Toth P. *Ostomy care and rehabilitation in colorectal cancer. Seminars in Oncology Nursing.* 2006; 22(3): 174-7.
- 6 Turnbull RB, Weakley F. *Ileostomy.* In: Cooper, ed. *The Craft of Surgery.* Little Brown and Company, New York, NY. 1964; 1065-73.
- 7 Pearl RK, Prasad ML, Orsay CP, Abcarian H, Tan AB, Melzl MT. *Early local complications from intestinal stomas. Arch Surg.* 1985 Oct; 120(10):1145-7.
- 8 Bass EM, Del Pino A, Tan A, Pearl RK, Orsay CP, Abcarian H. *Does preoperative stoma marking and*



- education by the enterostomal therapist affect outcome? Dis Colon Rectum. 1997 Apr; 40(4):440-2.*
- 9 *Park JJ, Del Pino A, Orsay CP, Nelson RL, Pearl RK, Cintron JR, Abcarian H. Stoma complications: the Cook County Hospital experience. Dis Colon Rectum. 1999 Dec; 42(12):1575-80.*
- 10 *Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J, Carr ND. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. Colorectal Disease 2003, 5: 49-52*
- 11 *Millan M, Tegido M, Biondo S, García-Granero E. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. Colorectal Dis. 2010 Jul; 12(7 Online):e88-92. Epub 2009 Oct*
- 12 *Parmar KL, Zammit M, Smith A, Kenyon D, Lees NP; Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Network. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment through the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. Colorectal Dis. 2011 Aug; 13(8):935-8. Epub 2010 May 17.*
- 13 *Pittman J. characteristics of the patient with a ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2011 May-Jun; 38(3):271-9.*
- 14 *Gulbiniene J, Markelis R,*



- Tamelis A, Saladzinskas Z. The impact of preoperative stoma siting and stoma care education on patient's quality of life. Medicina (Kau-nas). 2004; 40(11):1045-53.*
- 15 *Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C, Krouse RS. Demografic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an os-tomy. J Wound Ostomy Con-tinence Nurs. 2008 Sep-Oct; 35(5):493-503.*
- 16 *Haugen V, Bliss DZ, Savik K. perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2006; 33(5):525-35.*
- 17 *Mahjoubi B, Kiani Goodarzi K, Mohammad-Sadeghi H. quality of life in stoma patients: appropriate and inappropriate stoma sites. World J Surg. 2010 Jan; 34(1):147-52.*
- 18 *Person B, Ifargan R, Lachter J, Duek SD, Kluger Y, Assalia A. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life and patient's indipendence. Dis Colon Rectum 2012; 55: 783-7.*





## INDICE

Presentazione	1
Introduzione	2
Cos'è	4
Lo scopo	5
Dove e come individuare il sito ottimale	6
Analisi della letteratura	8
Procedura	15
Bibliografia	19
Indice	23





