

## AIOSS RIAPRE A MONTESILVANO

Gabriele Roveron  
Presidente AIOSS



**C**arissimi, in tema Covid-19, con immenso piacere apprezziamo la quasi completa “decolorazione” di tutte le Nostre regioni e attendiamo nell’assegnazione della zona bianca anche la “piccolina” ... rimasta per ora indietro (Valle d’Aosta).

Questa condizione – che ci permette finalmente di ritornare a degli spostamenti senza limiti di orario, di incontrarci con amici e colleghi ancora con qualche limitazione di numero al chiuso ma senza alcuna restrizione all’aperto – è propizia e benaugurante anche per le pianificazioni degli intenti e delle azioni in AIOSS.

Ci troviamo, quindi, finalmente a pianificare nella prospettiva della presenza, intesa quale elemento associativo forte e indispensabile al consolidamento delle relazioni, del confronto, del ragionamento critico professionale, nonché al rafforzamento coesivo del Nostro Gruppo Associativo. E dato che l’ultimo decreto-legge sulle riaperture non menziona né di congressi e né di convegni, ne deduciamo confermata la possibilità di organizzare un congresso dopo la data del primo di luglio. Ergo: “Montesilvano, stiamo per arrivare !!”

Con forte motivazione ed entusiasmo ci adoperiamo, quindi, al nuovo Congresso Nazionale AIOSS “Stomaterapia e Dintorni Professionali” che si svolgerà a Montesilvano (PE) dal 7 al 10 Ottobre 2021. L’attesa (nel senso leopardiano) e i contenuti di questo 3° Congresso Nazionale Aioss, sono certo lasceranno un’impronta profonda nel terreno del partecipante, in termini sia di qualità percepita che di contributo tecnico-scientifico. In campo l’assetto storico e vincente che unisce sessioni satellite di aggiornamento core, e pillole progettuali associative selezionate per solleticare motivazione, crescita e sviluppo professionale.

Apriremo il Congresso dedicando adeguato spazio alla commemorazione di Gian Carlo Canese, proprio

come egli avrebbe desiderato, ovvero con la condivisione delle migliori conoscenze scientifiche tratte da revisioni sistematiche della letteratura. Grazie Gian Carlo, per Tutto quello che ci hai lasciato, soprattutto con il Tuo esempio !!

Non mancherà il confronto sui risultati di studi condotti sulla realizzazione e utilizzo dell’Ostomy Retraction Tool - strumento di assessment e gestione della retrazione stomale - sulle criticità riscontrate dagli stomaterapisti in periodo di pandemia Covid-19 e sull’utilità della formazione a distanza (FAD). Avranno posto d’onore le Linee Guida nazionali in Stomaterapia e una nuova Opera Editoriale Aioss, il cui titolo “Arte e Scienza dell’Assistenza in Stomaterapia: curare, prendersi cura, educare” credo palesi indubbiamente l’intento associativo di unire, entro un unico volume, le competenze e la cultura richieste allo stomaterapista.

Le sessioni satellite tratteranno: a) di un nuovo percorso di cura e assistenza multidisciplinare pre, intra e postoperatorio (ERAS) finalizzato all’individuazione di strategie evidence based e ad incrementare efficacia ed efficienza clinica, in ambito chirurgico; b) di strategie di prevenzione e gestione del burnout nelle professioni sanitarie; c) dell’arte individuale di comunicare, di curare e del prendersi cura - una sorta di tuffo nell’animo umano e nelle sue emozioni più profonde; d) della gestione della persona candidata a derivazione urinaria, ovvero, di quell’assistenza infermieristica, specialistica ed aggiornata che si connota entro il percorso integrato del paziente, definito in termini multiprofessionali ed evidence based.

Certo che ogni informazione scientifica contestualizzata nell’ambito specialistico può essere posta ad integrazione, sostegno o discussione rispetto ad una conoscenza ritenuta acquisita, sicuro che detta occasione costituisca vero contributo allo sviluppo della conoscenza e della professione, auspicio massima partecipazione, ricca di soddisfazione.

Ultra-Confidenza

# Ultra Frame<sup>®</sup>

Una nuova generazione di estensori di flangia.

UltraFrame<sup>®</sup> 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<sup>®</sup>

TELEFLEX RISPONDE

800-382643

[numeroverde.it@teleflex.com](mailto:numeroverde.it@teleflex.com)

[www.teleflex-homecare.it](http://www.teleflex-homecare.it)

# REFEEDING DELLA FISTOLA MUCOSA NEI NEONATI CON SINDROME DELL'INTESTINO CORTO

di Ilaria Sacco

*Infermiera pediatrica in assistenza domiciliare per la ASL RM1*

## ABSTRACT

Nei neonati sottoposti a chirurgia e confezionamento di enterostomia e fistola mucosa, la complicanza più temuta è la sindrome dell'intestino corto, una condizione di malassorbimento con effetti dipendenti dall'entità della resezione e dalla lunghezza del tratto di intestino temporaneamente escluso al transito. Solitamente in questi casi si ricorre all'uso combinato di NP (Nutrizione Parenterale) ed NE (Nutrizione Enterale) che mirano a garantire uno stato nutrizionale adeguato e a favorire l'adattamento intestinale, in attesa della ricanalizzazione.

Meno conosciuto e praticato è il ricorso al refeeding degli effluenti, provenienti dallo stoma, attraverso la fistola mucosa in modo da creare una specie di continuità intestinale e sfruttare il tratto intestinale escluso per aumentare l'assorbimento dei nutrienti.

Obiettivo dello studio è ricercare, attraverso l'analisi della letteratura, le informazioni disponibili sulla tecnica del refeeding della fistola mucosa, le modalità pratiche di applicazione, la tempistica, le indicazioni e le complicanze.

## INTRODUZIONE

Nei neonati può essere necessario il ricorso alla chirurgia e al confezionamento di un'enterostomia temporanea per una serie di condizioni anche molto diverse tra loro, malformazioni congenite o patologie acquisite: malformazioni ano-rettali, atresie intestinali, malrotazione e volvolo, ileo da meconio, enterocolite necrotizzante.

La enterocolite necrotizzante (NEC- Necrotizing Enterocolitis) in stadio avanzato è una di quelle condizioni che spesso conducono alla resezione di segmenti anche molto estesi di piccolo intestino e al confezionamento di un'ileostomia derivativa e di una fistola mucosa, ovvero l'abboccamento dell'ansa efferente alla parete addominale (una stomia non funzionale che, appunto, produce solo muco)<sup>1</sup>. La maggior parte dei pazienti con NEC è rappresentata da neonati prematuri con un peso molto basso alla nascita che, in quanto tali, hanno un delicato equilibrio da mantenere e complesse esigenze nutrizionali<sup>2</sup>.

Le stomie collocate nel digiuno o nell'ileo prossimale sono definite "ad alta portata" ovvero producono continuamente una grande quantità di effluenti liquidi, ricchi di sali e di enzimi digestivi. La presenza di una stomia di questo tipo è tipicamente associata a una scarsa tolleranza all'alimentazione enterale e a importanti turbe dell'equilibrio idro-elettrolitico. Più una stomia è a livello dell'intestino prossimale, più il neonato, a causa della notevole riduzione di superficie intestinale assorbente, data la lunghezza dell'intestino escluso al transito che si aggiunge al tratto resecato, è a rischio di una perdita eccessiva di liquidi ed elettroliti, malnutrizione, arresto della crescita e grave caldo ponderale. Resezioni importanti implicano un breve tratto di intestino residuo e il rischio di incorrere in una serie di complicanze tipiche della sindrome da intestino corto (SBS- Short Bowel Syndrome). Resezioni di segmenti brevi, ma in un tratto di intestino prossimale e associate all'impossibilità di realizzare nello stesso tempo chirurgico una anastomosi dei tratti a monte e a valle della resezione, possono portare comunque a un quadro di SBS seppur temporanea. La definizione di sindrome dell'intestino corto in età pediatrica non è univoca: si considera il danno anatomico e la riduzione della lunghezza dell'intestino, ma una valutazione di tipo funzionale pone di più l'accento sulla funzione residua. Qualsiasi definizione deve, però, includere un concetto fondamentale: la necessità della Nutrizione Parenterale (NP). La Canadian Association of Pediatric Surgeons ha definito la SBS con la necessità di NP per più di 42 giorni dopo la resezione intestinale o con una lunghezza residua di intestino tenue inferiore al 25% di quella attesa in base all'età gestazionale<sup>3</sup>. In età neonatale è difficile definire con esattezza se un intestino sia corto per la sua estrema variabilità in lunghezza nei neonati a termine e in rapporto all'età gestazionale. La lunghezza media dell'intestino tenue si modifica nel corso dello sviluppo fetale: va dai 114,8 cm tra la 19° e la 27° settimana di gestazione, ai

172,1 cm tra la 27° e la 35° settimana di gestazione, fino a 248 cm oltre le 35 settimane<sup>4</sup>. A un anno di età, il tenue misura in media circa 380 cm. A 35 settimane il tenue è lungo il doppio rispetto alla lunghezza media misurata tra la 19° e la 27° settimana di gestazione: questo suggerisce che l'intestino residuo di un pretermine può avere maggiore potenzialità di aumentare in lunghezza rispetto all'intestino residuo di un neonato a termine<sup>5</sup>. Dunque, è evidente che la lunghezza di intestino residuo è un importante fattore prognostico, ma non l'unico da considerare! Le conseguenze anatomo-funzionali della riduzione di superficie assorbente nella SBS si manifestano con un difetto dell'assorbimento di nutrienti e dell'attività motoria peristaltica; un transito accelerato implica una riduzione del tempo di digestione e assorbimento, mentre un rallentamento, associato a dilatazione dell'intestino residuo e alla mancanza della valvola ileo-cecale, determina una iperproliferazione batterica.

La SBS è la causa più comune di insufficienza intestinale in età pediatrica. L'insufficienza intestinale (IF) è una condizione patologica complessa dell'intestino, caratterizzata da un significativo deficit della funzione di assorbimento di nutrienti, acqua ed elettroliti, necessaria per un'adeguata crescita e per il mantenimento dell'equilibrio idro-elettrolitico, con la conseguente dipendenza dalla NP anche per un lungo periodo di tempo<sup>6</sup>. Wessel e coll. (2007)<sup>7</sup> fanno un'importante distinzione tra insufficienza intestinale e sindrome da intestino corto: la SBS viene associata a una significativa riduzione di superficie intestinale assorbente, mentre l'insufficienza intestinale è la condizione di malassorbimento, nonostante la lunghezza dell'intestino e l'ampiezza della sua superficie assorbente siano apparentemente adeguate. Dunque un paziente con SBS può avere un'IF ma non è detto che un paziente con IF abbia la SBS.

L'insufficienza intestinale riconosce cause congenite e acquisite e fondamentalmente risulta da malattie che determinano un alterato sviluppo della motilità, da un alterato o mancato sviluppo dell'epitelio intestinale, da atresie congenite, ostruzioni e da tutte quelle condizioni per cui sia necessario intervenire chirurgicamente con resezioni più o meno ampie di intestino. La maggior parte dei casi di insufficienza intestinale, nel periodo neonatale e postnatale, è dovuta alla sindrome da intestino corto post-chirurgico, con effetti dipendenti dall'entità della resezione e dalle potenzialità adattative dei segmenti residui<sup>8</sup>.

Nel decorso postoperatorio della SBS possiamo individuare 3 fasi. La prima, che inizia circa 1 settimana dopo l'intervento e può durare fino a 3 settimane, è la fase acuta, caratterizzata da abbondanti perdite di fluidi e sali attraverso le feci e richiede il supporto di della NP. In base all'estensione della resezione, questa fase è generalmente associata a ipergastrinemia e ipersecrezione gastrica, per cui richiede il trattamento con anti-H2 o inibitori di pompa protonica che controllano l'ipersecrezione gastrica e riducono la produzione di feci.

Nella seconda fase si osserva un graduale miglioramento della diarrea. La dipendenza dalla NP è correlata all'entità della resezione, alle condizioni dell'intestino residuo al momento dell'intervento e alle sue capacità di adattarsi e compensare. Subito dopo la fase acuta post-chirurgica, il tratto di intestino che rimane riorganizza l'architettura della sua mucosa e subisce cambiamenti nell'assorbimento dei nutrienti e nella sua motilità. In questa fase si introduce cautamente la nutrizione enterale (NE) con l'obiettivo di favorire l'adattamento intestinale e svezzare progressivamente il paziente dalla NP.

La terza fase è quella di mantenimento: se l'adattamento intestinale avviene con successo, il paziente tollera la NE e può addirittura interrompere la NP<sup>6</sup>. Tuttavia, in alcuni casi, la brevità dell'intestino residuo non consente il raggiungimento dell'autonomia intestinale. Il trattamento nutrizionale, infatti, è focalizzato sulla promozione della riabilitazione intestinale. Tutti i pazienti possono recuperare, in misura variabile, almeno una parte della funzione persa. In questi pazienti la NP è cruciale per ottenere un adeguato apporto calorico e sostenere la crescita. Il piano nutrizionale iniziale prevede sempre un approccio combinato di NP e NE, con continui tentativi di ottimizzazione della NE, impiegando sempre le quantità massime tollerate, con una graduale riduzione della NP all'aumentare dell'autonomia intestinale<sup>8</sup>.

L'adattamento intestinale è un fenomeno complesso, strutturale e funzionale, definito come la potenzialità dell'intestino residuo di compensare la perdita della capacità digestiva e assorbente del tratto di intestino resecato o defunzionizzato.

Inizia circa 36-48 ore dopo la resezione chirurgica ed è un processo che prosegue per oltre 18 mesi, con una serie di cambiamenti strutturali e funzionali compensatori<sup>6</sup>. Stimoli proliferativi portano all'aumento degli enterociti e all'aumento dell'altezza dei villi e della profondità delle cripte; c'è una upregulation degli enzimi coinvolti nella digestione e nell'assorbimento, aumenta la superficie intestinale con capacità assorbente.

Il risultato di questo processo è la completa tolleranza alla NE e l'acquisizione dell'indipendenza dalla NP, con un accrescimento adeguato e un equilibrio idro-elettrolitico mantenuto.

Diversi fattori inducono l'adattamento post-resezione dell'intestino tenue: ormoni, fattori di crescita, nutrienti intraluminali e secrezioni gastrointestinali. Anche piccole quantità di sostanze nutritive riescono a promuovere la perfusione intestinale, ad avviare il rilascio di ormoni intestinali e a migliorare la funzione di barriera intestinale.

Quirós-Tejeira et al. (2007) sostengono che un'anastomosi primaria è associata a un migliore adattamento intestinale rispetto al confezionamento di una stomia: i vantaggi del mantenere la continuità intestinale sono direttamente correlati al fatto che l'intera superficie intestinale residua è esposta ai nutrienti, alle secrezioni biliari e ai succhi pancreatici e questo favorisce il processo di adattamento<sup>9</sup>. Nella SBS la perdita di nutrienti è significativa per quanto riguarda i grassi (anche per la diminuzione di sali biliari in caso di resezione o anche in caso di stomie), ma anche per quanto riguarda l'azoto. Importante è la perdita di oligoelementi, come rame e zinco, e di elettroliti. È importante monitorare soprattutto il livello di sodio, perché la carenza di sodio può limitare la crescita nei bambini. Il monitoraggio urinario degli elettroliti, soprattutto del sodio, appare la migliore metodica per monitorarne la perdita e verificare l'efficacia delle supplementazioni<sup>10</sup>.

Molte complicazioni della SBS sono causate dalla dipendenza dal supporto parenterale: complicanze di tipo metabolico (l'epatopatia colestatica è la più frequente e severa complicanza della SBS, soprattutto in età pediatrica) e complicanze di tipo settico, direttamente correlate a infezioni del CVC<sup>11</sup>.

Il supporto nutrizionale nel neonato con SBS ha come obiettivi: 1) la prevenzione della malnutrizione, che in età pediatrica si instaura precocemente; 2) la prevenzione di quadri clinici ca-

renziali; 3) di mantenere il trofismo intestinale, fino a che non sia possibile raggiungerlo con la NE. La NP viene avviata precocemente nella fase post-operatoria; deve garantire l'apporto calorico necessario e reintegrare le perdite. La NE deve essere reintrodotta il più precocemente possibile; se si rispetta il giusto timing e si procede gradualmente con le dosi e la frequenza dell'alimentazione, la NE è uno stimolo potente alla ripresa della funzione digestiva e all'adattamento dell'intestino residuo.

Il latte materno rappresenta la prima scelta, se tollerato: ha una composizione ottimale in termini di macro e micronutrienti; contiene fattori trofici che favoriscono il processo di adattamento intestinale; contiene immunoglobuline e altri fattori con proprietà antimicrobiche naturali, che migliorano la funzione di barriera della mucosa, impediscono la iperproliferazione di specie batteriche dannose all'interno del lume intestinale e favoriscono l'eubiosi.

Se il latte materno non fosse disponibile, la scelta della formula nutritiva artificiale deve essere fatta tenendo conto di alcune caratteristiche: la bassa allergenicità, un profilo lipidico caratterizzato da un rapporto percentuale tra trigliceridi a catena media (MCT) e trigliceridi a catena lunga (LCT) di 30:70 (rapporto che favorisce l'assorbimento dei grassi nei pazienti con una significativa resezione intestinale, con o senza colon in continuità), proteine idrolizzate (più adatte delle proteine intere a fornire una fonte di azoto in presenza di una superficie mucosa inefficiente), bassa osmolarità (inferiore a 310 mOsm/L) per minimizzare il rischio di diarrea osmotica, possibile intolleranza al lattosio nei neonati con SBS. A queste esigenze rispondono bene formule estensivamente idrolizzate (eHF) e formule aminoacidiche (AA)<sup>8</sup>. La NE continua è meglio tollerata rispetto alla intermittente: garantisce un maggiore contatto con la mucosa intestinale e un aumentato tempo di transito<sup>12</sup>. Stabilito un adeguato supporto di base (circa 10-20 ml/kg/die ovvero 1 ml/Kg/h), la NE viene aumentata gradualmente, se tollerata. La comparsa di vomito e irritabilità e l'aumento del volume delle uscite (perdite fecali raddoppiate o >40 ml/kg/die) sono indici di scarsa tolleranza. In generale un output stomale > 20 ml/kg/die può rappresentare un segno di allerta per possibile intolleranza alla NE in atto.

La citrullina, aminoacido non essenziale prodotto dagli enterociti, il cui livello sierico correla con l'estensione della superficie intestinale, può essere utilizzata per monitorare il processo di adattamento intestinale e fare una previsione di possibile tolleranza: una concentrazione di citrullina  $\geq$  12-15 mmol/L, dopo l'inizio della NE, indica la possibilità di svezzare con successo il neonato dalla NP. È in quest'ottica che ci si può interessare alla procedura di enteral refeeding. Nei neonati con enterostomia ad alta portata e fistola mucosa, esiste un tratto distale di intestino che è temporaneamente escluso al transito, defunzionizzato. L'idea alla base del refeeding dalla fistola mucosa è quella di sfruttare al massimo la superficie di intestino che il neonato ancora possiede. Se non esistono controindicazioni alla reinfusione degli effluenti nell'intestino distale, questi si possono raccogliere periodicamente e reinfondere tramite la fistola mucosa. I benefici attesi sono vari ma la tecnica non è eseguita di routine e quindi si vuole capire meglio rischi e vantaggi dell'enteral refeeding (ER) nei neonati con SBS.

## MATERIALI E METODI

Per ricercare vantaggi e complicanze dell'enteral refeeding si è fatto ricorso alla revisione bibliografica dapprima elaborando il quesito clinico secondo la metodologia PICO e quindi formulando la stringa di ricerca ("Short Bowel Syndrome"[Mesh] OR "Enterostomy"[Mesh] OR "Surgical Stomas"[Mesh]) AND ("Infant, Newborn"[Mesh] OR "Infant, Newborn, Diseases"[Mesh]:NoExp) AND ("Enteral Nutrition"[Mesh] OR "Fistula"[Mesh] OR "Cutaneous Fistula"[Mesh] OR "Digestive System Fistula"[Mesh] OR "Intestinal Fistula"[Mesh]) AND ("Weight Gain"[Mesh]:NoExp)

AUTORI, ANNO, TIPO DI STUDIO	CAMPIONE	INTERVENTO	RISULTATI
Elliott et al, 201913 Rétrospective study	31 neonates (14 males and 17 females) between 2009 and 2015. Jejunostomy 12 (39%) Ileostomy 19 (61%) Mean gestational age: 32 weeks Mean birth weight: 2279 g Mean residual bowel length: 70,5 cm	Proximal stoma effluent collected every 3 – 4 h and refed into the mucous fistula.	Primary outcome: no major complications directly associated with mucous fistula refeeding  Secondary outcomes: - weight gain during MF refeeding: $25,7 \pm 10,1$ g/d - weight gain between resection and start of MF refeeding: $1,5 \pm 23,0$ g/d - duration of refeeding: $41 \pm 22$ d - duration of TPN: $55 \pm 31,4$ d
Christian et al, 20182 Narrative review	Search, acquisition, critical analysis of published sources; interpretation of the data.		In the surgical infant with NEC where small bowel resection and enterostomy formation are necessary, refeeding the ostomy effluent to the distal mucous fistula may improve bowel growth and prevent long-term complications.
Gause et al, 201614 Comparative study, retrospective review (group) - days from resection to goal enteral feeds: 28 (RF group) 43 (OST group)  Secondary outcomes: no complications related to MFR laboratory markers associated with PN toxicity/ cholestasis: - direct bilirubin: 5,4 vs 7,4 - alkaline phosphatase: 702,4 vs 749,2 - AST: 130 vs 236 - ALT: 101 vs 236	24 neonates who underwent bowel resection and enterostomy formation between July 2012 and July 2014. 13 patients (5 males and 8 females) had a mucous fistula and underwent refeeding. Jejunostomy 6 (46%) Ileostomy 7 (54%) 11 patients (5 males and 6 females) underwent surgery without mucous fistula creation/had a mucous fistula but didn't undergo refeeding. Mean gestational age: 28,8 week (RF group) 28 week (OST group) Mean birth weight: 1451 g (RF group) 1169 g (OST group)	Succus entericus collected from the proximal stoma instilled into the mucous fistula for 24 h before trophic enteral feeding is considered. Enteral feeding is then initiated.	Primary outcomes: - total days of PN: 30,5 (RF group) 48 (OST group) - days from resection to discontinuation of PN: 25 (RF group) 41 (OST group) - days from resection to goal enteral feeds: 28 (RF group) 43 (OST group)  Secondary outcomes: no complications related to MFR laboratory markers associated with PN toxicity/ cholestasis: - direct bilirubin: 5,4 vs 7,4 - alkaline phosphatase: 702,4 vs 749,2 - AST: 130 vs 236 - ALT: 101 vs 236
Koike et al, 201615 Comparative study, retrospective study 27 neonates who had enterostomy between January 2000 and December 2014.	13 patients (8 males and 5 females) received the enteral refeeding procedure. 14 patients (9 males and 5 females) who had small bowel enterostomy – for longer than 14 days – were included in the control group. Mean gestational age: 34,4 wk (ER group) 33 wk (control group) Mean birth weight: 2000 g (ER group) 2390 g (OST group)	Losses from the proximal stoma collected every 4 h, filtrated by dry gauze, and refed into the distal mucous fistula.	Primary outcome: rate of gain in body weight - mean weight at start of oral feeding: $1,82 \pm 0,79$ kg (ER group) $2,10 \pm 0,82$ kg (control group) - mean weight at start of MFR: $2,03 \pm 0,63$ kg - mean duration of ER: $26,2 \pm 14,9$ d (range 8 – 59 days) Neonates with ER procedure had a better gain in BW than those without ER. Additional, a lower BW when starting ER resulted in a better weight gain.
Wong et al, 200416 Retrospective study	12 premature neonates (5 males and 7 females) between July 1999 and December 2002. Mean gestational age: 31 week Mean gestational weight: 1,59 kg Mean residual bowel length: 66,5 cm	Refeeding of enterostomy contents into the distal mucous fistula.	Successful refeeding in 12 neonates with no complications.  Primary outcome: weight gain: $18,9 \pm 2,9$ g/d  Secondary outcome: duration of refeeding: 63,5 d
Al-Harbi et al, 199917 Retrospective study	6 neonates (4 males and 2 females) with stoma effluent refeeding, from 1993 to 1997. Mean gestational age: 31 week Mean birth weight: 1900 g	Ileostomy output collected every 4 to 6 h and refed into the distal mucous fistula.	Successful refeeding in all participants.  Primary outcome: weight gain: 12,3 – 45 g/d Secondary outcome: duration of refeeding: 16 – 169 d
Puppala et al, 198518 Case study	2 infants (females) with distal jejunal atresia Mean gestational age: 37 week Mean birth weight: 2520 g	Continuous infusion of 5% glucose into distal ileostomy.	Losses from the proximal stoma collected and refed through distal ileostomy. Primary outcomes: - weight gain: 16 – 20 g/d - duration of refeeding: 16 – 18 d

OR "Treatment Outcome"[Mesh:NoExp] OR "Water-Electrolyte Imbalance"[Mesh] OR "Infant, Newborn, Diseases"[Mesh:NoExp] OR "Parenteral Nutrition"[Mesh] OR "Refeeding Syndrome"[Mesh]).

La ricerca è stata condotta nella banca dati PubMed includendo gli articoli pubblicati fino al 2019.

## RISULTATI

La ricerca bibliografica ha prodotto 128 articoli, 7 dei quali sono risultati pertinenti. Gli articoli sono in prevalenza studi retrospettivi (5), uno è una revisione narrativa della letteratura, uno è un case report (vedi tabella riassuntiva).

È stato utile recuperare altre pubblicazioni con il sistema "a palla di neve" nelle bibliografie degli stessi articoli e tramite l'opzione "similar articles"; ciò ha permesso di avere a disposizione più materiale, assolutamente necessario per una discussione più articolata.

## DISCUSSIONE

La ricerca bibliografica ha evidenziato come la sindrome da intestino corto nei neonati sia una condizione rara (data la scarsità di studi con un livello di evidenza elevato: la maggior parte erano studi retrospettivi riferiti a una ridotta serie di casi) e ancor più rara è la casistica riferita a neonati con enterostomie ad alta portata e fistole mucose che vengano sottoposti a ER.

Per semplificare la discussione, si possono considerare due gruppi di articoli, a cui si aggiunge la revisione narrativa della letteratura.

Il primo gruppo comprende studi retrospettivi che valutano l'efficacia del ER dalla fistola mucosa in relazione ad alcuni parametri: l'aumento del peso corporeo dei neonati, i giorni di NPT, i marker di colestasi, la distanza temporale tra la resezione e la ricanalizzazione.

Wong et al (2004)<sup>16</sup> esaminano i dati di 12 prematuri (EG media 31 settimane) con enterostomia e fistola mucosa, sottoposti a ER. Effettuano un confronto tra l'incremento giornaliero di peso nell'intervallo tra l'intervento chirurgico e l'inizio del refeeding (in media 26 giorni) e l'incremento giornaliero nel periodo in cui viene eseguita la procedura che mediamente è di 63,5 (± 15,7) giorni. L'aumento di peso risulta significativamente maggiore durante l'ER: 18,9 (± 2,9) g/die contro i 10,5 (± 1,5) g/die. Inoltre, viene considerato un altro dato importante: dei 12 pazienti, 5 hanno sviluppato colestasi da NP, ma i valori si sono mantenuti stabili dall'inizio dell'ER; tutti i neonati sono stati progressivamente svezzati dalla NP e la funzionalità epatica è tornata nella norma.

I ricercatori affermano, quindi, che il refeeding non solo aumenta la superficie intestinale assorbente disponibile, ma stimola l'intestino residuo e la circolazione enteroepatica, agendo sinergicamente con la NE nel favorire l'adattamento intestinale, rendendo possibile, e più rapido, lo svezzamento dalla NP e il raggiungimento dell'obiettivo finale rappresentato dalla NE<sup>16</sup>.

Ancora, gli stessi autori, riprendono un punto sviluppato da Puppala et al. nel case report del 1985<sup>18</sup>. Nello studio è descritta una particolare tecnica di "infusione e reinfusione" nell'ansa efferente, esclusa al transito, eseguita su due neonate con digiunostomia. Puppala decide di descrivere i casi e la tecnica perché, scrive, "non è ancora mai stata riportata in letteratura" e invece può rappresentare una nuova opportunità nei neonati con enterostomia e SBS nell'attesa della ricanalizzazione. Oltre a permettere un costante aumento di peso e il mantenimento dell'equilibrio idro-elettrolitico, la tesi di Puppala è che lo stimolo continuo mantenga l'intestino escluso trofico e quindi di un calibro tale da rendere più semplice la successiva ricanalizzazione<sup>18</sup>.

L'esame fluoroscopico dell'intestino distale, eseguito prima e dopo l'ER, ha permesso a Wong e collaboratori (2004) di evi-

denziare chiaramente che la reinfusione degli effluenti attraverso la fistola mucosa previene l'atrofia del tratto escluso, mantenendolo di un calibro adeguato, semplificando e velocizzando, quindi, l'intervento di ricanalizzazione<sup>16</sup>.

Al-Harbi et al.<sup>17</sup>, nello studio retrospettivo del 1999, riporta i casi di 6 neonati con enterostomia ad alta portata e fistola mucosa, in cui NE e ER sono stati avviati precocemente nel postoperatorio. Anche in questo caso, il parametro che viene considerato è il peso ed è al suo aumento che viene associata l'efficacia della tecnica. Sono riportate le variazioni di peso dei neonati prima e durante l'implementazione della ER: gli incrementi sono notevoli si passa infatti dai 12,3 g/die ai 45 g/die e, addirittura, solo in un caso è ancora mantenuto il supporto della NP, mentre negli altri è stata interrotta<sup>17</sup>.

La revisione sistematica di Richardson et al (2006)<sup>19</sup>, che riassume i risultati di cinque studi precedenti, indica come benefici clinici direttamente correlati al refeeding l'aumento di peso e, appunto, la ridotta necessità di NP.

La mortalità dei neonati con SBS è significativa e la sopravvivenza di questi pazienti è direttamente correlata al loro stato nutrizionale<sup>19</sup>.

La revisione narrativa di Christian et al. (2018)<sup>2</sup> ha al centro proprio la gestione nutrizionale dei neonati con NEC. Nella sezione che si occupa del trattamento dei pazienti con NEC complicata, in cui sia necessaria una resezione e il confezionamento di una ileostomia, gli autori scrivono che è possibile che venga confezionata anche una fistola mucosa. In casi del genere, l'ER può essere presa in considerazione per stabilizzare il bilancio idro-elettrolitico, ottimizzare la funzione intestinale residua e favorire l'adattamento, così da non prolungare eccessivamente la NP<sup>2</sup>. Dunque, il ricorso alla reinfusione nei pazienti con enterostomie in tratti prossimali di intestino e SBS, importanti squilibri elettrolitici e grave compromissione dello stato nutrizionale, ottimizza l'assorbimento dei nutrienti, riduce le alterazioni elettrolitiche e permette di svezzare precocemente i pazienti dalla NPT.

Gli stessi autori definiscono la tecnica sicura, a condizione che venga eseguita all'interno di una unità di terapia intensiva, da personale altamente qualificato e solo laddove esista un protocollo<sup>2</sup>.

Gli studi si concentrano sull'efficacia della tecnica e valutano i benefici che ne derivano; tuttavia, si pongono anche il quesito della sicurezza. In tutti e quattro gli studi di questo primo gruppo, la tecnica è stata eseguita con successo, senza alcuna complicanza.

Elliott et al. (2019)<sup>13</sup> si sono proposti, come outcome principale, proprio quello di verificare se l'ER sia una pratica sicura o, altrimenti, riportare il tasso e la natura delle complicanze. Lo studio include 31 neonati con ileostomia o digiunostomia e fistola mucosa, sottoposti a ER. La fistola mucosa viene apparecchiata con una placca, da sostituire qualora l'idrocolloide sia consumato. È compito del chirurgo introdurre nell'ansa un catetere di Foley di calibro 8 Fr per un tratto di una lunghezza variabile e di gonfiare o meno il palloncino. Le feci che fuoriescono dall'ansa afferente vengono raccolte ogni 3-4 ore, aspirate con una siringa luer lock, montate in pompa siringa e infuse in modo continuo nell'ansa efferente, tramite il catetere posizionato. Devono essere registrate in cartella le entrate e le uscite del paziente, le quantità introdotte tramite fistola mucosa e gli orari. Inoltre devono essere attentamente valutati e riportati la posizione e la tenuta del catetere, oltre alle condizioni della cute peristomiale<sup>13</sup>. Quando si ipotizza di sottoporre il paziente a ER, è necessario eseguire uno studio radiografico dell'intestino per verificarne la pervietà ed escludere che l'ansa efferente presenti ostruzioni o stenosi. Decidere se ci sia o meno l'indicazione alla procedura è una prerogativa del chirurgo. Ovviamente, un'organizzazione di questo tipo prevede che i pazienti siano seguiti da un'équipe multidisciplinare esperta: chirurghi, gastroenterologi, dietologi,

radiologi, farmacisti, infermieri esperti e stomaterapisti. Lo studio di Elliott si sofferma su questo punto e precisa che è stato stimato come nell'arco di un turno infermieristico di 12 ore, la procedura del refeeding richiede circa 30 – 35 minuti, se il presidio di raccolta è integro e il catetere è in sede, fino ad arrivare a ben 50 minuti quando il catetere si disloca e quando è necessario riapparecchiare la stomia oppure occuparsi di una irritazione della cute peristomiale<sup>13</sup>.

Elliott e coll. riportano i dati dei neonati sottoposti a ER secondo questo protocollo ottenendo risultati incoraggianti: durante il refeeding (mediamente  $41 \pm 22$  giorni) il peso dei pazienti è aumentato in media di  $27,3 (\pm 17,9)$  g/die, confrontato con l'aumento di  $1,5 (\pm 23)$  g/die avuto tra la resezione e l'inizio della reinfusione (in media  $29 \pm 25$  giorni). Durante il periodo del refeeding, il 62% dei pazienti ha mantenuto il supporto della NP, tuttavia la loro dipendenza dalla TPN è passata dal 90% al 71,5%<sup>13</sup>.

Dallo studio di Drenckpohl et al.(2012)<sup>12</sup> risulta che il 65% dei prematuri e il 67% dei neonati a termine riescono ad essere svezzati con successo dalla PN prima della ricanalizzazione se sottoposti a ER.

Tutti questi studi (ricordiamolo, in gran parte retrospettivi) si basano su gruppi ristretti di pazienti, quindi, per valutare oggettivamente i benefici a livello di stato nutrizionale e adattamento intestinale, servirebbero studi clinici sperimentali e sicuramente campioni più numerosi.

Nonostante lo studio retrospettivo di Haddock e coll. (2015)<sup>20</sup> evidenziasse una serie di complicanze importanti correlate al refeeding (acidosi metabolica, emorragia, stenosi stomale, raccolta addominale) i 5 studi, presenti in questa ricerca bibliografica, non riportano complicanze direttamente correlate alla procedura.

Sia Elliott che Gause e coll. (2016) collegano direttamente l'insorgenza di queste complicanze non alla procedura in sé, ma alle modalità con cui è stata eseguita in quei casi: in assenza di un protocollo definito e condiviso, con materiale non idoneo, da personale non esperto<sup>13,14</sup>.

Nei casi riportati da Haddock, precisa Gause, l'ansa efferente è stata incannulata con modalità differenti (cateteri di Foley, sondini nasogastrici, sonde gastrostomiche) e da operatori diversi dal chirurgo<sup>14</sup>.

Gli studi di Gause et al. e di Koike et al., entrambi del 2016, costituiscono un secondo gruppo di studi che indagano gli effetti della procedura su diversi parametri, ma confrontando i risultati di due gruppi di pazienti: un gruppo con enterostomia e fistola mucosa e sottoposti a refeeding, un gruppo di controllo con enterostomia e fistola mucosa, ma non sottoposti a refeeding<sup>14,15</sup>. Gause e coll. si concentrano sullo stato nutrizionale, sulla colestasi e l'epatopatia da nutrizione parenterale, oltre a valutare la sicurezza della pratica<sup>14</sup>.

I due gruppi considerati includono 13 prematuri inseriti nel programma di refeeding (ER group) e 11 prematuri nel gruppo di controllo (control group). In entrambi la NP è stata avviata immediatamente nel postoperatorio e la NE circa 10 giorni dopo la resezione intestinale; la NP viene interrotta quando il paziente riesce a tollerare circa 100-120 ml/kg/die di NE e raggiunge un peso appropriato per la sua età. Nel gruppo RF questo obiettivo è stato raggiunto in media in 25 giorni, mentre nel gruppo di controllo sono stati necessari in media 41 giorni. Dallo studio emerge, inoltre, che l'ER ha avuto vantaggi anche dopo la ricanalizzazione: il gruppo ER, infatti, ha raggiunto gli obiettivi nutrizionali in media in 7,5 giorni dopo la ricanalizzazione, mentre il gruppo di controllo in media in 20 giorni. Nonostante i risultati non abbiano una rilevanza statistica, i marker di colestasi risultano nettamente più elevati nei pazienti del gruppo di controllo<sup>14</sup>.

Rimane il fatto che i giorni totali di NP sono stati evidentemente

di più nei pazienti nel gruppo di controllo (48 giorni vs 30,5 giorni in media nel gruppo ER) con tutto quello che ne deriva: rischio di infezioni correlate al CVC ed epatopatia, nonostante i miglioramenti nelle soluzioni usate per la NP.

Per quanto riguarda la procedura, Gause e coll. precisano che nella NICU esiste un rigido protocollo a cui l'intera équipe fa riferimento e a cui si attiene; questo, secondo l'autore è l'elemento fondamentale per la riuscita della procedura. Questo protocollo prevede che sia il chirurgo ad introdurre nella fistola mucosa un catetere di Foley (questa volta di calibro 6 Fr) e a gonfiare il palloncino di ancoraggio con 0,5 cc di SF. Per 30 minuti la mucosa viene monitorata in attesa di eventuali segni di sofferenza vascolare. Se non ci sono segni di compromissione e il catetere è posizionato correttamente si procede con la reinfusione degli effluenti tramite pompa siringa. I ricercatori concludono che la procedura del refeeding, secondo il protocollo illustrato, non risulta direttamente correlata a complicanze maggiori ed è stata eseguita con successo in tutti i pazienti del gruppo ER<sup>14</sup>.

Lo studio di Koike e coll. (2016)<sup>15</sup> propone un protocollo diverso, messo a punto sulla base di quello già illustrato da Gardner e coll. in un case study pubblicato nel 2003<sup>21</sup>. Un esame fluoroscopico dell'intestino conferma l'assenza di controindicazioni a procedere. L'ansa efferente viene incannulata con un sondino nasogastrico 5 Fr o 6,5 Fr, inserito per una lunghezza variabile tra i 3 e gli 8 cm e ancorato a una placca idrocolloidale con una striscia di film adesivo idrorepellente. Lo stoma prossimale è apparecchiato senza l'uso di pasta o polvere, per evitare la contaminazione degli effluenti. Le feci prodotte vengono raccolte ogni 4 ore e filtrate usando una garza. Vengono aspirati con la siringa solo gli effluenti filtrati così da evitare l'occlusione del sondino. La pompa siringa viene impostata per infondere le feci in 4 ore, in modo tale da ridurre la proliferazione batterica<sup>15</sup>. La procedura dell'ER, raccontano gli autori, ha preso piede "in ritardo" nell'unità operativa: solo nel 2008 è stato adottato questo protocollo e sono stati sottoposti i primi pazienti alla procedura. Questo perché il refeeding richiede molto tempo e personale esperto che sia in grado di eseguirlo. Inoltre è stato necessario più tempo per migliorare la tecnica di ancoraggio del catetere e per ridurre i rischi di perforazione intestinale (questo giustifica la scelta di un sondino nasogastrico di quel calibro al posto di un catetere di Foley). Altro motivo del "ritardo", importantissimo, è che non ci sono ancora abbastanza studi che confermino la sicurezza e l'efficacia della reinfusione e che giustificano il ricorso a una tecnica così "complicata" senza la certezza dei benefici<sup>15</sup>.

In questo senso lo studio comparativo di Koike et al. ha mostrato dei risultati incoraggianti. Il parametro che viene valutato nei due gruppi (ER group e control group) è principalmente l'aumento del peso corporeo. I 13 pazienti sottoposti a ER, prematuri e di peso molto basso alla nascita, sono stati monitorati prima e dopo l'avvio della reinfusione. L'aumento di peso in g/die è risultato più o meno lo stesso nei 2 gruppi di pazienti prima dell'inizio del refeeding. Invece, l'aumento di peso è stato evidente durante il refeeding nei pazienti del gruppo ER, rispetto ai controlli. Inoltre, i dati dimostrano che la reinfusione ha dato i benefici maggiori quando praticata sui prematuri di peso molto basso. Più basso era il peso, maggiore è stato l'incremento<sup>15</sup>.

Questo conferma, nonostante le fragilità, le enormi potenzialità di adattamento dell'intestino di un prematuro e le grandi potenzialità dell'enteral refeeding.

Volendo analizzare la procedura da un punto di vista esclusivamente tecnico, alla luce di tutti questi dati, emergono dei punti chiave determinanti per assicurarne la applicabilità in sicurezza: innanzitutto un preliminare studio radiografico dell'intestino per valutarne la pervietà e stabilire la reale fattibilità della reinfusione; poi l'esistenza di un protocollo che definisca le fasi, la tempistica, i presidi, le competenze dei diversi professionisti. Ancora,

l'esecuzione della procedura in un setting preciso, quello di cure intensive.

A questo proposito, solo lo studio di Al-Harbi et al. (1999)<sup>17</sup> riporta che in due casi i neonati sono stati reinfusi a casa, nel periodo tra la dimissione e il ricovero successivo per la ricanalizzazione. In questi due casi è stato programmato un addestramento intensivo dei genitori prima della dimissione (con i neonatologi, gli enterostomisti e gli infermieri della NICU) e sono stati stabiliti frequenti controlli per monitorare lo stato di salute generale, le condizioni della stomia, i parametri biochimici, lo stato nutrizionale e l'aumento del peso<sup>17</sup>.

Per quanto riguarda nello specifico i protocolli, è evidente che ne esistano diversi. La revisione di Christian et al. (2018)<sup>2</sup> evidenzia l'assenza di studi che abbiano confrontato i diversi protocolli, verificando quale possa essere il più idoneo e, soprattutto, quello correlato ai rischi minori. Indipendentemente dagli aspetti specifici di ciascuno, è possibile identificare gli elementi essenziali della procedura: la scelta dello strumento con cui incannulare l'ansa efferente, il calibro, la lunghezza della porzione introdotta, la presenza o meno del palloncino di ancoraggio, la connessione al circuito della pompa siringa, il controllo periodico dell'eventuale dislocamento e lo stato della mucosa; l'apparecchiatura della fistola mucosa e l'accertamento dello stato della cute peristomiale; la frequenza di raccolta delle feci, il loro trattamento e la velocità della reinfusione; il monitoraggio dei parametri vitali prima, durante e dopo la reinfusione; il monitoraggio dei parametri biochimici, dello stato nutrizionale e delle variazioni del peso corporeo<sup>2</sup>.

Un'attenta programmazione, la divisione dei compiti in base alle diverse competenze e l'intervento consapevole e coordinato di tutti i professionisti possono portare a ottimi risultati e rendere, quindi, l'enteral refeeding non un'alternativa, certo, ma una possibilità in più nel trattamento della SBS.

### IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Alla luce di quanto emerso dalla ricerca, si può affermare che il setting sia fondamentale per l'esecuzione della tecnica a regola d'arte, per la sua riuscita e per intervenire tempestivamente in caso di complicanze legate alla procedura.

La definizione dei ruoli e di un protocollo unico e condiviso dall'équipe risulta determinante.

Ancora prima del come, è fondamentale sapere quando. Prima di fare, è fondamentale sapere chi debba fare. E se fare. La scelta di sottoporre o meno un paziente a ER è del chirurgo. Ovviamente, eseguire una procedura del genere seguendo un protocollo implica che a seguirlo sia personale altamente qualificato ed esperto. Serve un'équipe multidisciplinare che permetta di realizzare tutte le fasi: radiologi, chirurghi, dietologi, farmacisti, infermieri esperti.

Serve del tempo, sicuramente di più rispetto a quello che si dedica ad avviare l'infusione di una NP.

È necessario che a monte venga eseguito uno studio radiologico dell'intestino distale, per identificare la presenza di eventuali ostruzioni o stenosi, controindicazioni assolute alla reinfusione. Eseguire la procedura, una volta che il chirurgo ha scelto e posizionato il catetere, è competenza dell'enterostomista o, comunque, dell'infermiere esperto. Così come è una sua competenza la gestione ottimale tanto della stomia, quanto della fistola mucosa, garantendo delle apparecchiature che proteggano la cute dall'irritazione degli effluenti.

Gardner et al. (2003)<sup>21</sup> raccomandano di non utilizzare polvere né pasta per apparecchiare lo stoma prossimale, poiché potrebbero contaminare le feci che poi andranno raccolte e reinfuse.

A questo punto, ci sono tutti i presupposti perché la tecnica venga eseguita correttamente, efficacemente e in sicurezza.

La fistola mucosa, durante il refeeding, deve essere costante-

mente monitorata per prevenire eventuali complicazioni: sanguinamento, infezione, necrosi della mucosa da compressione dei tessuti, segni di perforazione intestinale, segni di occlusione intestinale.

Il monitoraggio dei parametri vitali e auxologici, il bilancio idrico, il controllo dei parametri biochimici permettono la valutazione continua del paziente sottoposto a ER e la verifica dei progressi<sup>22</sup>. Bisogna considerare che l'enteral refeeding non sarà mai l'unico intervento attuato su un neonato con SBS: si inserisce, infatti, in una strategia di trattamento che combina gli approcci nutrizionale, farmacologico e chirurgico.

Dal punto di vista nutrizionale, gli effetti dell'ER si fondono con quelli della NP e dell'NE. Quest'ultima è un elemento da valutare accuratamente: la modalità di alimentazione enterale (intermittente/continua/NO) e le formule utilizzate influenzano profondamente l'adattamento intestinale<sup>8</sup>. La tolleranza alla NE dipende da diverse variabili e i tempi di svezzamento dalla NP, quindi, possono variare notevolmente.

In questo senso, anche i tempi di avvio e la durata del refeeding possono essere molto diversi, anche se, su questo aspetto, non ci sono indicazioni in letteratura e gli studi analizzati riportano tempi molto vari, da 5 a 169 giorni di refeeding.

Inoltre, non sono fornite informazioni concordanti sulle modalità e tempistiche di raccolta delle feci, sul loro trattamento e sulla velocità di reinfusione; non ci sono studi sulla iperproliferazione batterica e sul possibile rischio infettivo correlato all'ER<sup>23</sup>.

Per quanto riguarda la semplice pratica, non esiste un solo metodo. Vengono utilizzati presidi diversi per apparecchiare gli stomi e strumenti diversi per incannulare l'ansa efferente. Ogni studio si è occupato di dimostrare l'efficacia e la sicurezza del proprio protocollo. Dunque, per definire quale sia il protocollo più valido e avere dei dati realmente significativi sull'efficacia della tecnica, sarebbe interessante realizzare un RCT con un campione adeguato e un'uniformità nella realizzazione pratica della procedura.

### LIMITI DELLO STUDIO

La casistica presente in letteratura è scarsa, i campioni sono sempre molto ridotti perché si tratta di neonati con una condizione rara sottoposti ad una procedura, il refeeding, che è ancora più rara. Gli articoli reperiti e analizzati sono tutti studi retrospettivi, riferiti a una ridotta serie di casi. Servirebbero degli studi clinici, ma in età pediatrica sorgono problemi di ordine etico.

Tra gli articoli utilizzati sono presenti due pubblicazioni non proprio recenti, tuttavia si è scelto di prendere in considerazione anche quelli, anche per avere un'idea di come sia cambiata la tecnica negli anni.

Tuttavia, è evidente che la tecnica dell'enteral refeeding non sia standardizzata; ogni centro la esegue secondo un proprio protocollo, i pazienti sottoposti alla procedura presentano caratteristiche cliniche diverse, le modalità di NE sono differenti, le formule di NP sono altrettanto varie. Dunque, i dati che si ottengono da questi studi hanno una rilevanza relativa.

In ultimo, si può notare anche che non sono stati trovati studi italiani; sarebbe interessante capire in che misura questa tecnica è conosciuta e applicata nel nostro Paese.

### CONCLUSIONE

L'enteral refeeding, eseguito su neonati con enterostomia e fistola mucosa, può essere di supporto al trattamento nutrizionale della sindrome dell'intestino corto postchirurgico.

Alla luce dei dati che emergono dall'analisi della letteratura, il refeeding permette di continuare il processo digestivo e l'assorbimento dei nutrienti nel tratto di intestino distale, altrimenti escluso al transito, ne previene l'atrofia, stimola la crescita della mucosa intestinale e l'adattamento dell'intestino, facilita la rica-

nalizzazione grazie alla minore discrepanza di calibro tra le due anse. Associato a una NE personalizzata, migliora lo stato nutrizionale, riduce la quantità degli effluenti in enterostomie ad alta portata e permette un notevole aumento di peso dei neonati. La reinfusione degli effluenti drenati diminuisce la dipendenza dalla NPT e previene le complicanze del suo utilizzo a lungo termine. Sottoporre i pazienti alla procedura richiede attenzioni e tempo aggiuntivi e l'intervento di un'equipe multidisciplinare di cui facciano parte gli infermieri stomaterapisti. L'esecuzione avviene in sicurezza quando il personale è esperto, il setting è quello intensivo e viene adottato un protocollo definito e condiviso. C'è un ulteriore quesito che l'analisi di questi studi retrospettivi pone: quando ne vale la pena? Solo quando nutrizione parenterale ed enterale non ci permettono di raggiungere gli obiettivi sperati?

Sicuramente sono necessari ulteriori studi per valutarne l'efficacia, identificare e quantificare tutti i benefici e gli eventuali rischi legati alla procedura, ma soprattutto per arrivare a definire un protocollo standardizzato che permetta di eseguire la tecnica in sicurezza, associata al minor rischio di complicanze possibile.

## BIBLIOGRAFIA

1. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). *Pediatric Ostomy Care: Best Practice for Clinicians*. 2011
2. Christian VJ, Polzin E, Welak S. Nutrition management of necrotizing enterocolitis. *Nutrition in Clinical Practice* 2018; 33(4): 476–82.
3. Goday PS. Short bowel syndrome: how short is too short? *Clinics in Perinatology* 2009; 36(1): 101–10.
4. Goulet O, Baglin-Gobet S, Talbotec C, et al. Outcome and long-term growth after extensive small bowel resection in the neonatal period: a survey of 87 children. *Eur J Pediatr Surg* 2005; 15(2): 95–101.
5. Touloukian RJ, Smith GJ. Normal intestinal length in pre-term infants. *J Pediatr Surg*. 1983; 18(6):720–3.
6. Amin SC, Pappas C, Iyengar H, Maheshwari A. Short bowel syndrome in the NICU. *Clinics in perinatology* 2013; 40(1): 53–68.
7. Wessel JJ, Kocoshis SA. Nutritional management of infants with short bowel syndrome. *Seminars in Perinatology* 2007;31(2): 104–11.
8. Capriati T, Nobili V, Stronati L, Cucchiara S, et al. Enteral nutrition in pediatric intestinal failure: does initial feeding impact on intestinal adaptation? *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology* 2017; 11(8): 741–48.
9. Quirós-Tejiera RE, Ament ME, Reyen L, et al. Long-term parenteral nutritional support and intestinal adaptation in children with short bowel syndrome: a 25-year experience. *The Journal of Pediatrics* 2004; 145(2): 157–63.
10. Hartman C, Shamir R, Simchowit V, et al, ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN working group on pediatric parenteral nutrition ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition: complications. *Clinical Nutrition* 2018; 37(6):2418–29.
11. Puntis J, Hojsak I, Ksiazek, J, ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN working group on pediatric parenteral nutrition). *ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition: organisational aspects*. *Clinical Nutrition* 2018; 37(6): 2392–2400.
12. Drenckpohl D, Vegunta R, Knaub L, et al. Reinfusion of succus entericus into the mucous fistula decreases dependence on parenteral nutrition in neonates. *Infant Child Adolesc Nutr* 2012; 4(3): 168–74.
13. Elliott T, Walton JM. Safety of mucous fistula refeeding in neonates with functional short bowel syndrome: a retrospective review. *J Pediatr Surg*. 2019; 54(5): 989–92.
14. Gause CD, Hayashi M, Haney C, et al. Mucous fistula refeeding decreases parenteral nutrition exposure in post-surgical premature neonates. *Journal of pediatric surgery* 2016; 51(11): 1759–65.
15. Koike Y, Uchida K, Nagano Y, et al. Enteral refeeding is useful for promoting growth in neonates with enterostomy before stoma closure. *J Pediatr Surg*. 2016; 51(3):390–4.
16. Wong KK, Lan LC, Lin SC, Chan AW, Tam PK. Mucous fistula refeeding in premature neonates with enterostomies. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;39(1):43–5.
17. Al-Harbi K, Walton JM, Gardner V, et al. Mucous fistula refeeding in neonates with short bowel syndrome. *J Pediatr Surg*. 1999;34(7): 1100–3.
18. Puppala BL, Mangurten HH, Kraut JR, Bassuk A, et al. Distal ileostomy drip feedings in neonates with short bowel syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1985;4(3): 489–94.
19. Richardson L, Banerjee S, Rabe H. What is the evidence on the practice of mucous fistula refeeding in neonates with short bowel syndrome? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;43(2):267–70.
20. Haddock CA, Stanger JD, Albersheim SG, et al. Mucous fistula refeeding in neonates with enterostomies. *J Pediatr Surg*. 2015;50(5): 779–82.
21. Gardner VA, Walton JM, Chessell L. A case study utilizing an enteral refeeding technique in a premature infant with short bowel syndrome. *Advances in neonatal care* 2003;3(6):258–71.
22. Lau EC, Fung AC, Wong KK, Tam PK. Beneficial effects of mucous fistula refeeding in necrotizing enterocolitis neonates with enterostomies. *J Pediatr Surg*. 2016;51(12):1914–6.
23. Pataki I, Szabo J, Varga P, Berkes A, et al. Recycling of bowel content: the importance of the right timing. *J Pediatr Surg*. 2013; 48(3): 579–84

L'evidenza dello Skin Health incontra

l'ultima innovazione per urostomia



## NUOVO Moderma Flex Urostomia CeraPlus con Tecnologia Remois\*:

Progettato per mantenere la cute sana fin dall'inizio.<sup>1</sup>

**L'adattabilità che preferisci.  
La formulazione progettata per aiutare a mantenere la cute sana.**  
Il meglio di entrambi per i tuoi pazienti con Urostomia.

Disponibile nei formati Piano, Convesso e Convesso Soft.

1. Colwell J., Pittman J., Raizman R., Salvadalena G. A randomized Controlled Trial Determining Variances in Ostomy Skin Condition (ADVOCATE), J Wound Ostomy Continence Nurs. 2018; 45(1); 37-42



\*Remois is a technology of Alcare Co., Ltd.

Riservato esclusivamente agli operatori sanitari del settore

# IN ONORE DEL CENTESIMO COMPLEANNO DI NORMA N. GILL, FONDATRICE DELLA STOMATERAPIA

Del gruppo Comunicazione e Relazioni AIOSS - Sintesi di Antonio Valenti (*Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino*)

## ABSTRACT

Il 26 giugno di quest'anno cade l'anniversario della nascita di Norma N. Gill-Thompson, colei che negli anni '50 diede inizio alla stomaterapia. Si dice che la necessità sia la madre dell'invenzione e questo è certamente vero per questa donna nota al nostro mondo semplicemente come Norma, che da paziente condivise la sua esperienza e fece porre l'attenzione sulla necessità di adattarsi alla nuova vita del paziente portatore di stomia. AIOSS vuole ricordare questo evento con una sintesi della vita di questa donna straordinaria che, insieme ad altri professionisti, ha cambiato la storia di molte persone, con un estratto da un recente editoriale a lei dedicato.

### I primi anni di Norma

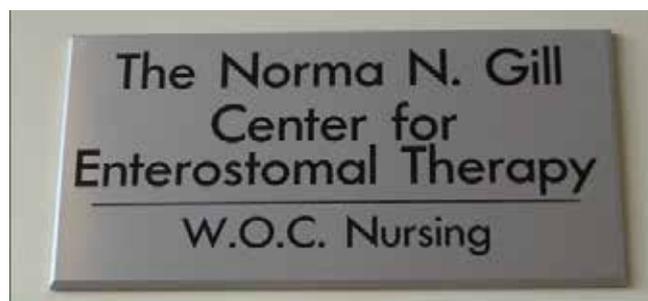
Questa è una sintesi tratta da un articolo di Rose W. Murphree e colleghi che descrive la vita di Norma N. Gill-Thompson recentemente pubblicato su *Advances in Skin et Wound Care*<sup>1</sup>.

Nata ad Akron, Ohio (USA), Norma si è sposata all'età di 18 anni e dall'età di 28 anni ha iniziato a soffrire di rettocolite ulcerosa. I sintomi, con alterne riacutizzazioni, iniziarono ad aggravarsi alla nascita di sua figlia, Sally<sup>2</sup>. Nel 1955 il dottor Rupert Turnbull Jr, della Cleveland Clinic Hospital, dovette sottoporla per la situazione clinica ad un'amputazione addomino-perineale con associata colectomia totale ed allestimento di ileostomia terminale.

Nel 1958 ella ha rivisitato la Cleveland Clinic dove ebbe un colloquio con il suo chirurgo. Discussero a lungo di come Norma passasse il suo tempo e del suo ruolo di mamma e casalinga<sup>2</sup>. Qualche settimana dopo il dottor Turnbull, colpito dal colloquio avuto, la richiamò e le chiese di aiutare a riabilitare i pazienti stomizzati. Venne quindi assunta dalla Cleveland Clinic come "tecnico della stomia", il ruolo che in seguito divenne "enterostomal therapist" "(ETs). Non si può non ricordare insieme a Norma questo medico per il contributo che diede allo sviluppo della disciplina con i suoi articoli sulla stomia come l'Atlas of Intestinal Stomas<sup>3</sup>. Scopri inoltre il valore del karaya come protettore della pelle e ideò una delle prime sacche postoperatorie per i pazienti stomizzati, oltre che essere un ferreo sostenitore del lavoro di Norma.

### Ostomy care: tra passato e presente

Nei primi anni anche Norma lavorò con vari colleghi e produttori per creare prodotti per stomia come placche e sacchetti<sup>4</sup>. Le prime versioni erano sacchetti riutilizzabili che aderivano alla pelle utilizzando vari adesivi ed alcuni di questi modelli sono ancora in uso oggi. Ella ha inoltre aiutato a educare sia i pazienti che i professionisti riguardo i problemi dei presidi e della cute che le persone con una stomia hanno affrontato, oltre ad aver proposto varie soluzioni di cura pratiche ed efficaci. Ancora oggi l'industria del settore lavora insieme agli specialisti in stomaterapia per migliorare i prodotti disponibili ed affrontare le



molteplici esigenze di chi ha una stomia.

Insieme al dottor Turnbull fondò la Cleveland Ostomy Association (COA) nel 1960 ed ricoprì il ruolo di presidente dell'organizzazione per i primi 2 anni<sup>5</sup>. Nel 1962 il COA è diventata la United Ostomy Association (UOA), organizzata da lei insieme ad Archie Vinitky. L'eredità dell'UOA è oggi presente nella United Ostomy Associations of America, Inc. (UOAA).

I risultati di Norma sui pazienti attirarono l'attenzione del mondo medico sul suo approccio e nel 1961 fu istituita la Rupert B. Turnbull Jr School of Enterostomal Therapy<sup>6</sup>, di cui fu la direttrice fino al 1978. Nei primi anni frequentavano la scuola i pazienti portatori di stomia, caregiver o appassionati alla disciplina. In seguito Norma e il dottor Turnbull fondarono l'American Association of ETs nel 1968<sup>6</sup>. La diffusione della disciplina in varie parti del mondo la convinse che c'era bisogno di un gruppo internazionale e contattò altri pionieri nella cura della stomia anche al di fuori degli Stati Uniti.

Il 6 ottobre 1976 11 rappresentanti si incontrarono per la prima volta nel Regno Unito per discutere di un tale progetto. Il 18 maggio 1978 venne formalmente fondato il World Council of Enterostomal Therapists (WCET) durante un congresso di 2 giorni a Milano con la presenza di 30 ETs in rappresentanza di 15 paesi e 20 rappresentanti del settore (in collaborazione con il International Ostomy Association). Norma fu il primo presidente del WCET e successivamente il primo editore del WCET Journal.

Negli anni 70, in seguito all'evoluzione dell'infermieristica e con lo sviluppo della disciplina le scuole per ETs iniziarono a riservare l'accesso agli operatori sanitari. Norma ha continuato a collaborare presso la Cleveland Clinic di in qualità di docente



ospite. Molte di queste sessioni sono state registrate e sono ancora visti dagli infermieri che frequentano la scuola oggi.

L'eredità di Norma

La vision di Norma era che ogni paziente portatore di stomia, a prescindere dal luogo dove si trovava nel mondo, potesse essere curato da un ETs con conoscenze specialistiche nella cura della stomia e cercò di trasferire

nel WCET questo concetto. Oggi sono molteplici i programmi formativi offerti nell'evoluzione della disciplina nella cura della stomia, delle ferite e della continenza e diffusi in varie parti del mondo<sup>7</sup>.

Norma morì nel 1998. In suo onore e per ricordare la sua opera il WCET ha organizzato la Norma N. Gill Foundation, che fornisce borse di studio e promuove i rapporti di lavoro internazionali attraverso donazioni e attività di raccolta fondi. Inoltre Lei è stata e rimane il volto del WCET. Parecchi anni fa, il WCET ha designato il 26 giugno come WCET Norma N. Gill Day e ha incoraggiato i propri iscritti a usarlo come un'opportunità per far conoscere alle persone Norma e cosa possono fare gli infermieri specializzati per i loro pazienti.

## Bibliografia

1. Murphree RW, Ayello EA. Honoring the 100th Birthday of Norma N. Gill, Founder of Enterostomal Therapy. *Adv Skin Wound Care*. 2020 Jun;33(6):288-289.
2. Ayello EA. The WCET Journal in the 21st century—"so far... so good". In: Erwin-Toth P, Krasner DL, eds. *Enterostomal Therapy Nursing: Growth & Evolution of a Nursing Specialty Worldwide—A Festschrift for Norma N. Gill-Thompson, ET*. 2nd ed. Cambridge, England: Cambridge Printing; 2012:16-24.
3. Turnbull R., F.A.C.S.; Weakley, F Reed, R M.; Louis, St. Mo. *Atlas of Intestinal Stomas Annals of Surgery*: February 1968 - Volume 167 - Issue 2 - p 292.
4. Fenton L. Reminiscence. In: Erwin-Toth P, Krasner DL, eds. *Enterostomal Therapy Nursing: Growth & Evolution of a Nursing Specialty Worldwide—A Festschrift for Norma N. Gill-Thompson, ET*. 2nd ed. Cambridge, England: Cambridge Printing; 2012:117-8.
5. Davidson W, Fischer J. History of ostomy products manufacturers. In: Erwin-Toth P, Krasner DL, eds. *Enterostomal Therapy Nursing: Growth & Evolution of a Nursing Specialty Worldwide—A Festschrift for Norma N. Gill-Thompson, ET*. 2nd ed. Cambridge, England: Cambridge Printing; 2012:82-94.
6. Faller NA. ET nursing education: a global perspective. In: Erwin-Toth P, Krasner DL, eds. *Enterostomal Therapy Nursing: Growth & Evolution of a Nursing Specialty Worldwide—A Festschrift for Norma N. Gill-Thompson, ET*. 2nd ed. Cambridge, England: Cambridge Printing; 2012:103-9.
7. World Council of Enterostomal Therapy Nursing. [www.wcetn.org](http://www.wcetn.org). Ultimo accesso 16 aprile 2021.

**SOCIALIZZA  
CON NOI!!**

Our Story  
L'Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomaterapia (AIOSS) è nata nel 1982 per volere di alc...  
+ Completa la tua storia per raccontare alle persone di più sulla tua azienda.

# Brava®

- Fornisce un comodo sostegno conferendo maggiore benessere dopo l'intervento o sollievo in caso di addome prominente
- Offre discrezione e comfort a chi fa vita attiva
- Può aiutare nella prevenzione delle ernie
- Ampia gamma di taglie disponibili fino alla 4XL (126-148 cm)

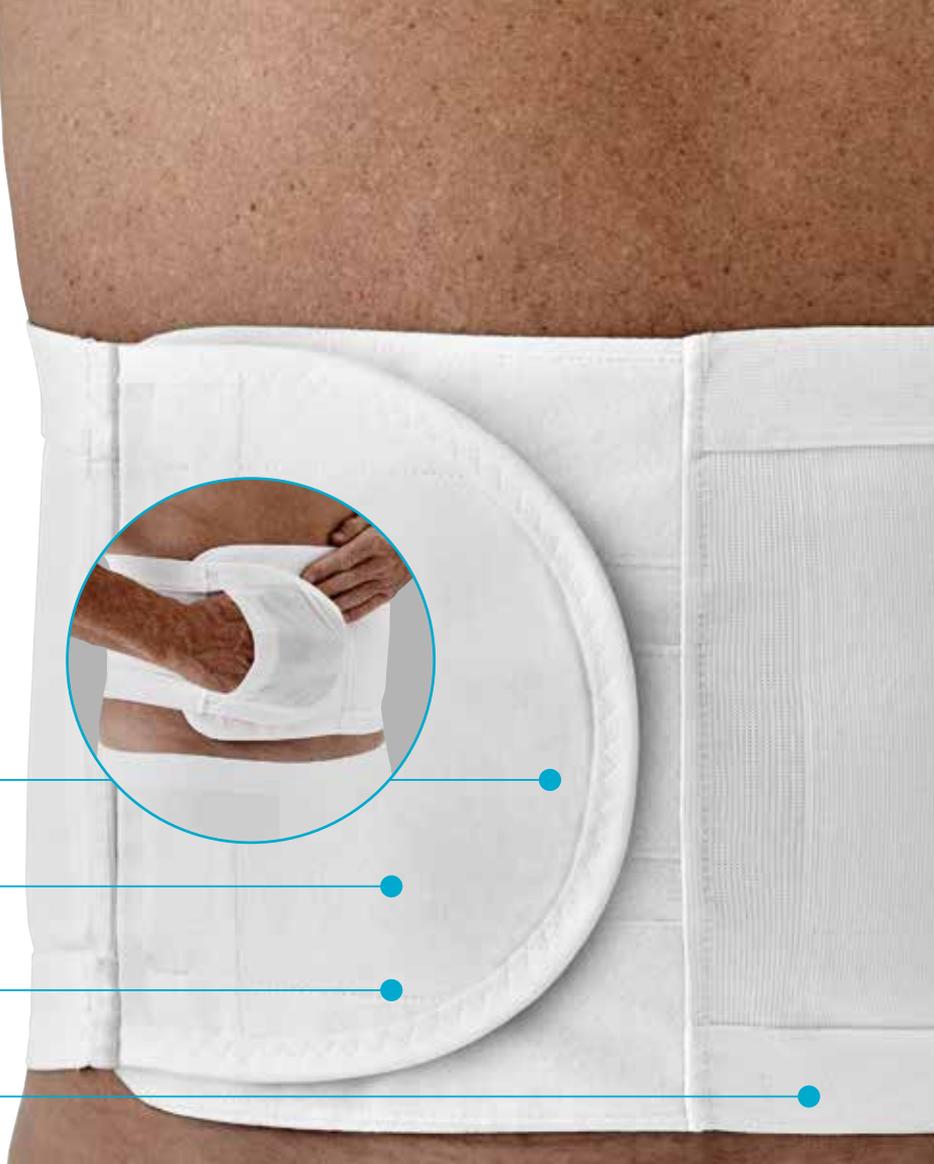
#### Chiusura agevolata

con tasca per la mano che ne facilita l'applicazione, la regolazione e la rimozione.

Apertura che può essere usata sia a destra che a sinistra

Tessuto confortevole e traspirante che si adatta ai contorni del corpo

Bordi con silicone all'interno così non scivola e non si arrotola



## Brava® Panciera per Stomia

Comodo sostegno per ogni profilo corporeo

**Ogni profilo corporeo ha le sue esigenze.**

Con la gamma Brava è più facile trovare una soluzione.



Un numero gratuito e una mail dedicati dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 18, sia al telefono che con l'e-mail.

Servizio assistenza tecnica

**800.018.537** professionisti

[chiam@coloplast.it](mailto:chiam@coloplast.it)

Seguici su



Ostomy Care / Continence Care / Wound & Skin Care / Interventional Urology

Coloplast SpA via Trattati Comunitari Europei 1957-2007 n. 9 - Edificio F - 40127 Bologna [www.coloplast.it](http://www.coloplast.it)  
Il logo Coloplast è un marchio registrato di proprietà di Coloplast A/S. © [02-2021] Tutti i diritti sono riservati

 **Coloplast**

# PROGRAMMA 3° CONGRESSO NAZIONALE AIOSS

Il Direttivo AIOSS



## PRESENTAZIONE

Il 3° Congresso Nazionale AIOSS "Stomaterapia e Dintorni Professionali" intende ancora una volta utilizzare la formula organizzativa storica e vincente che unisce sessioni satelliti di aggiornamento core, a pillole progettuali

associative considerate di stimolo a motivazione, crescita e sviluppo professionale.

Così, AIOSS, ha inteso aprire le porte di questa edizione, dedicando adeguato spazio alla commemorazione di **Giancarlo Canese** - primo Presidente e fondatore dell'Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapisti, prematuramente scomparso il 4 maggio 2019 - ovvero, come lui stesso avrebbe voluto, alla presentazione di elaborati di revisione sistematica di letteratura scientifica su temi inerenti gli ambiti di stomaterapia, colo-proctologia o riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico. Condivideremo, poi, ulteriori progettualità con studi condotti sulla realizzazione e utilizzo di uno strumento di assessment e gestione della retrazione stomale (**Ostomy Retraction Tool**) e sulle criticità, emozioni e nuove risorse professionali riconosciute dallo stomaterapista entro l'emergenza sanitaria di questi tempi. Valuteremo assieme, inoltre, quanto la formazione a distanza (FAD) possa essere considerata integrativa nel divenire della Nostra specializzazione.

Presenteremo con grande enfasi le **Linee Guida nazionali in Stomaterapia** - raccomandazioni di comportamento che AIOSS intende con forza far interiorizzare nelle prassi operative e nella capacità di critica di ogni stomaterapista italiano - e una nuova **Opera Editoriale AIOSS**, il cui titolo "ARTE E SCIENZA DELL'ASSISTENZA IN STOMATERAPIA: CURARE, PRENDERSI CURA, EDUCARE" credo palesi indubbiamente l'intento associativo di unire, entro un unico volume, le competenze e la cultura richieste allo stomaterapista, e perseguire contemporaneamente la definizione degli elementi culturali di base della specializzazione infermieristica "Stomaterapia".

Daremo continuità, quindi, con la condivisione di quattro percorsi satelliti, inerenti:

- ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS):

**Un nuovo percorso di cura e assistenza pre, intra e postoperatoria**, finalizzato all'individuazione di strategie perioperatorie multidisciplinari ed evidence based per incrementare efficacia ed efficienza clinica in ambito chirurgico, ma anche e soprattutto autonomia e qualità di vita percepita dal paziente;

- **STRESS E SINDROME DA BURNOUT NELLE PROFESSIONI SANITARIE: Le strategie per prevenirlo e affrontarlo**, a sottolineare la doverosa attenzione all'operatività, alla qualità delle performance del professionista, ma anche al suo sistema di percezione di stress, di soddisfazione lavorativa in equilibrio con la propria condizione personale e familiare;

- **IL LUOGO DI CURA, IL PALCO MAGICO DOVE SOLO LE COMPARSE DIVENTANO PROTAGONISTE: L'arte individuale di comunicare, di curare e del prendersi cura**, un tuffo nell'animo umano e nelle sue emozioni più profonde, che trae dal far teatro il mezzo con il quale si svelano ragioni e riflessioni su comportamenti e motivazioni di sé e degli altri;

- **LA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELLA PERSONA CANDIDATA A DERIVAZIONE URINARIA**, ovvero, un'assistenza infermieristica, specialistica ed aggiornata che si connota entro il percorso integrato del paziente, definito in termini multiprofessionali ed evidence based.

*Certi che ogni informazione scientifica contestualizzata nell'ambito specialistico possa essere posta ad integrazione, sostegno o discussione rispetto ad una conoscenza ritenuta acquisita, nell'auspicio di porci a contributo dello sviluppo della conoscenza e della professione, auspichiamo oltremodo in una partecipazione ricca di soddisfazione.*

**Gabriele Roveron**  
Presidente AIOSS

## PROGRAMMA SCIENTIFICO

### GIOVEDÌ 7 OTTOBRE - PLENARIA

Sala Dei Mari, Sala Sirio Zodiaco, Sala Andromeda, Sala Boreale

**Moderatori:** Gabriele Rastelli, Gabriele Roveron

**Tutor d'aula:** Sala dei Mari: Oretta Cipolletti, Daniela Battilana, Michele Reveane; Sala Sirio/Zodiaco: Gianfranco Coppa Boli; Sala Andromeda: Lucia Mensi; Sala Boreale: Michela Cinquanta.

14,30-15,30 **Apertura dei lavori e condivisione degli obiettivi del Congresso**  
Gabriele Roveron

15,30-17,30 **Memorial Gian Carlo Canese**  
Presentazione elaborati di revisione sistematica di letteratura scientifica su temi inerenti all'ambito della stomaterapia, della colonproctologia o della riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico.  
**Componenti commissione di valutazione dei lavori:**  
Gabriele Roveron - Presidente AIOSS  
Loreto Lancia - Professore Ordinario di Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche Università degli studi dell'Aquila  
Cristina Petrucci - Professore Associato e Presidente del Corso di laurea di Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche dell'Università degli studi dell'Aquila

17,30-18,30 **Pillole di attività associativa 2019-2021**  
**Linee Guida in Stomaterapia**  
Mattia Zamprogno  
**Studio di Fattibilità Ostomy Retraction Tool (ORT)**  
Mattia Zamprogno  
**Indagine conoscitiva "Lo stomaterapista nell'ambito dell'emergenza sanitaria: criticità, emozioni, nuove risorse professionali", risultati e riflessioni**  
Antonio Valenti  
**Formazione a distanza: i primi 2 corsi FAD organizzati da AIOSS**  
Mattia Zamprogno

18,30-19,30 Presentazione Opera Editoriale AIOSS  
**"ARTE E SCIENZA DELL'ASSISTENZA IN STOMATERAPIA: CURARE, PRENDERSI CURA, EDUCARE"**  
Barbara Mangiacavalli, Gabriele Roveron

VENERDÌ 8 OTTOBRE - SESSIONE SATELLITE 1  
Sala Sirio/Zodiaco, Sala Boreale, Sala Andromeda

**FAST-TRACK SURGERY**  
**#ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS)**  
**Un nuovo percorso di cura e assistenza pre, intra e postoperatoria**

**Responsabile Scientifico del Corso:** Carla Saracco

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

**Obiettivo formativo generale**  
Documentazione clinica, percorsi clinico assistenziali, diagnostici e riabilitativi e profili di assistenza  
**Obiettivi formativi specifici**  
**Competenze tecnico professionali**  
Acquisire abilità tecnico professionali in merito all'applicazione del protocollo ERAS.  
**Acquisizione competenze di processo**  
Adozione di comportamenti clinici basati su EBN per monitorare e assicurare esiti efficaci delle prestazioni erogate  
**Acquisizione competenze di sistema**  
Conoscere il processo metodologico del protocollo ERAS per la pianificazione delle attività di cura e assistenza.

**PROGRAMMA**  
**Moderatore:** Roberto Dino Villani  
**Tutor d'aula:** Sala Sirio/Zodiaco: Gianfranco Coppa Boli, Sala Boreale: Nicoletta Rognoni, Sala Andromeda: Mario Ferrara.  
8,00-8,30 **Presentazione del corso e obiettivi formativi**  
Roberto Dino Villani

**1° Sessione: Fast Track Surgery: La contestualizzazione del protocollo ERAS in fase pre e intraoperatoria**  
8,30-9,15 **Fast-Track Surgery - il Protocollo ERAS: Obiettivi, EBM, EBN**  
Ivano Nigra  
9,15-10,00 **Fast-Track Surgery in chirurgia colo rettale e in urologia: valutazione dei fattori di rischio e criteri di indicazione al programma ERAS**  
Ivano Nigra  
10,00-10,30 **Informazione e counselling multidisciplinare**  
Antonio Valenti  
10,30-11,00 Pausa caffè  
11,00-11,45 **Preparazione intestinale e Stoma Siting**  
Antonio Valenti  
11,45-12,30 **Anestesia e monitoraggio del paziente in fase peri operatoria**  
Ivano Nigra

12,30-13,00 **Fast Track Surgery: cosa cambia**  
Tavola rotonda con dibattito tra esperti  
Roberto Dino Villani, Ivano Nigra, Antonio Valenti

13,00-14,00 Pausa pranzo

**2ª Sessione: Il protocollo ERAS:  
L'assistenza nel postoperatorio**

14,00-14,45 **Il monitoraggio del paziente nel postoperatorio**  
Antonio Valenti

14,45- 15,45 **Alimentazione, terapia infusionale,  
controllo del dolore**  
Ivano Nigra

15,45-16,15 Pausa caffè

16,15-16,45 **Mobilizzazione e educazione all'autocura**  
Antonio Valenti

16,45-17,30 **Fast Track Surgery: dalla teoria alla pratica.**  
**Presentazione di Casi clinici**  
Ivano Nigra, Antonio Valenti

17,30-18,00 **Fast-Track Surgery: conclusione del corso**  
Roberto Dino Villani, Ivano Nigra, Antonio Valenti

18,00 **Compilazione Questionari ECM e Q**  
Gianfranco Coppa Boli, Mario Ferrara,  
Nicoletta Rognoni

**VENERDI 8 OTTOBRE - SESSIONE SATELLITE 2**

*Sala dei mari piccola*

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

**Responsabile Scientifico del Corso:** Katia Magnani

**PREMESSA**

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

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

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

**Obiettivo formativo generale**

Aspetti relazionali

**Obiettivi formativi specifici**

*Competenze tecnico professionali*

Acquisire consapevolezza delle caratteristiche e potenzialità individuali.

*Acquisizione competenze di processo*

Acquisire capacità di gestione delle proprie emozioni.

*Acquisizione competenze di sistema*

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

**PROGRAMMA**

**Moderatore:** Lucia Mensi

**Tutor d'aula:** Michela Cinquanta

8,00-8,30 *Presentazione del corso e obiettivi formativi*  
Lucia Mensi

**1ª Sessione: Lo stress e la Sindrome da Burnout**

8,30-9,15 **Lo stress: cosa è, come riconoscerlo**

Katia Magnani

9,15-10,00 **I rischi nella relazione di aiuto**

Katia Magnani

10,00-10,30 **Il ruolo degli atteggiamenti mentali nell'insorgenza dello stress**

Katia Magnani

10,30 -11,00 Pausa caffè

11,00-12,30 **Esercitazione - presentazione e discussione di casi clinici**

Katia Magnani

12,30-13,00 **Stress e Sindrome da Burnout: facciamo il punto**

Katia Magnani

13,00-14,00 Pausa Pranzo

**2ª Sessione: Strategie e modalità di prevenzione e gestione della Sindrome da Burnout**

14,00-14,45 **La Sindrome da Burnout e le sue manifestazioni**

Katia Magnani

14,45-15,15 **Dalla teoria alla pratica - Esercitazione**

Katia Magnani

15,15-15,45 **Come affrontare lo stress in modo pratico: tecniche di gestione**

Katia Magnani

15,45-16,15 Pausa caffè

16,15- 17,30 **Tecniche di gestione dello stress - Esercitazione**

Katia Magnani

17,30-18,00 **Prevenzione e gestione dello stress**

Confronto Dibattito

*Conclusione del corso*

Katia Magnani, Lucia Mensi

18,00 **Compilazione questionari ECM e Q**

Michela Cinquanta, Lucia Mensi

**VENERDI 8 OTTOBRE - SESSIONE SATELLITE 3**

*Sala dei mari grande*

**IL LUOGO DI CURA - IL PALCO MAGICO DOVE SOLO  
LE COMPARSE DIVENTANO PROTAGONISTE: L'arte individuale  
di comunicare, di curare e del prendersi cura**

**Responsabile Scientifico del Corso:** Andrea Filippini

**PREMESSA**

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

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

**Obiettivo formativo generale**

Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure

**Obiettivi formativi specifici**

*Competenze tecnico professionali*

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

*Acquisizione competenze di processo*

Acquisire competenze in tema umanizzazione delle cure e del prendersi cura.

*Acquisizione competenze di sistema*

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

**PROGRAMMA**

**Moderatore:** Mara Marchetti

**Tutor d'aula:** Massimo Proietto

8,00-8,15 *Presentazione del corso e obiettivi formativi*  
Mara Marchetti

**1ª Sessione: Infermieristica teatrale**

8,15-8,45 **Dalle scuole professionali all'università**

Andrea Filippini, Lorenzo Marvelli

8,45-9,15 **La Professione Infermieristica e Valentino Rossi**

*Role Playing*

Andrea Filippini, Lorenzo Marvelli

9,15-9,45 **I fantastici 4 must dell'infermiere**

*Confronto Dibattito*

Andrea Filippini, Lorenzo Marvelli

10,00-10,30 **Salute per le persone curate.**

**E quella di chi cura?**

Andrea Filippini, Lorenzo Marvelli

10,30-11,00 Pausa caffè

11,00-12,00 **"Una ricetta speciale nei luoghi di cura"**

*Role Playing*

Andrea Filippini, Lorenzo Marvelli

12,00-12,45 **I miei primi 20 anni di Comico terapia:**

**esempi, foto, filmati, barriere culturali,**

**storiche o reali**

Andrea Filippini, Lorenzo Marvelli

12,45-13,00 **Sintesi dei lavori della mattinata**

Mara Marchetti, Andrea Filippini, Lorenzo Marvelli

13,00-14,00 Pausa pranzo

**2ª Sessione: Infermieristica teatrale**

14,00-14,30 **Infermieristica e Teatro: due arti siamesi**

Lorenzo Marvelli, Andrea Filippini

14,30-15,00 **La Teatralità e lo Stress; l'Errore Professionale;**

**La Vergogna e l'Insicurezza; La Sofferenza,**

**la Morte - Role Playing**

Lorenzo Marvelli, Andrea Filippini

15,00-15,45 **La zattera (a bordo tutti e dico Tutti sono**

**indispensabili e Tutti devono seguire le regole).**

**La sedia invisibile (il piacere e l'importanza**

**di essere una Squadra) - Chiudo gli occhi**

**e sono tuo (la fiducia nel collega) - Role Playing**

Lorenzo Marvelli, Andrea Filippini

15,45-16,15 Pausa caffè

16,15-17,00 **Biancaneve più veloce della luce**

**(Team-Work, velocità nel capire le priorità,**

**aiutare ed essere aiutati, prevedere e risolvere**

**i problemi in fretta)**

Lorenzo Marvelli, Andrea Filippini

17,00-17,30 **Un goal alla Zanardi**

Lorenzo Marvelli, Andrea Filippini

17,30-18,00 **Infermieristica Teatrale - Conclusione del corso**

Mara Marchetti, Lorenzo Marvelli, Andrea Filippini

18,00 **Compilazione questionari ECM e Q**

Mara Marchetti, Massimo Proietto

**VENERDI 8 OTTOBRE - SESSIONE SATELLITE 4**

*Sala Magellano Bering, Sala Colombo, Sala Cook/Vespucci*

**LA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELLA PERSONA**

**CANDIDATA A DERIVAZIONE URINARIA**

**Responsabile Scientifico del Corso:** Edoardo Giorato

**PREMESSA**

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

La complessità delle problematiche cliniche che riguardano la modifica della funzione di eliminazione, lo schema corporeo e le alterazioni della sessualità, richiedono l'implementazione di progetti di cura multidisciplinari in cui si integrano gli interventi infermieristici di sostituzione, aiuto, guida e counselling volti a favorire il recupero di una qualità di vita soddisfacente per l'assistito. Per dare risposte efficienti ed efficaci il progetto prende avvio dalla considerazione dei bisogni clinico assistenziali specifici dell'individuo, entro l'asse temporale che va dal periodo preoperatorio fino al raggiungimento degli obiettivi pianificati.

I contenuti dell'evento intendono fornire ai partecipanti spunti di riflessione e conoscenze specifiche da "spendere" nella pratica clinica al fine di assicurare un'assistenza pertinente e appropriata.

**Obiettivo formativo generale**

Integrazione interprofessionale e multi professionale

**Obiettivi formativi specifici**

*Competenze tecnico professionali*

Acquisire conoscenze in tema di gestione multidisciplinare della persona con derivazione urinaria.

*Acquisizione competenze di processo*

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

*Acquisizione competenze di sistema*

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

**PROGRAMMA**

**Moderatore:** Francesco Cattaneo, Katia Cannita

**Tutor d'aula:** *Sala Magellano Bering:* Antonio Mininno, *Sala Co-*

*lombo:* Andrea Minucci, *Sala Cook Vespucci:* Assunta Scrocca.

8,00-8,30 *Presentazione del corso e obiettivi formativi*  
Katia Cannita, Francesco Cattaneo

**1ª Sessione: Le derivazioni urinarie**

8,30- 9,15 **La squadra perfetta per un corretto approccio multidisciplinare**  
Tavola rotonda con dibattito tra esperti  
Francesco Cattaneo, Katia Cannita, Mattia Zamprognò, Pamela Casalena, Roberto Renzetti, Giovanni Cianci

9,15-10,00 **Cistectomia e confezionamento di derivazione urinaria e/o reservoir vescicale: attuali orientamenti**  
Roberto Renzetti

10,00-10,30 **Consenso informato: i presupposti**  
Giovanni Cianci

10,30-11,00 Pausa Caffè

11,00-12,00 **L'assistenza infermieristica al paziente con derivazione urinaria incontinente**  
Mattia Zamprognò

12,00- 12,45 **L'assistenza infermieristica al paziente con neovescia eterotopica/ortotopica**  
Mattia Zamprognò

12,45-13,00 **Le derivazioni urinarie - Confronto dibattito**  
Moderatori e Relatori

13,00-14,00 Pausa Pranzo

**2ª Sessione: La gestione multidisciplinare del percorso terapeutico assistenziale riabilitativo**

14,00-15,00 **Lavorare in équipe: responsabilità individuali e collettive**  
Tavola Rotonda  
Moderatori e Relatori

15,00-15,45 **Carcinoma vescicale: attuali orientamenti onco-terapeutici**  
Giovanni Cianci

15,45-16,15 Pausa caffè

16,15-16,45 **Coping e problematiche emozionali e sessuali: il ruolo dello psicologo**  
Pamela Casalena

16,45-17,45 **La gestione multidisciplinare della persona candidata a derivazione urinaria: casi clinici**  
Pamela Casalena, Giovanni Cianci, Roberto Renzetti, Mattia Zamprognò

17,45-18,00 **Sintesi dei lavori della giornata e conclusione del corso**  
Katia Cannita, Francesco Cattaneo

18,00 **Compilazione questionari ECM e Q**  
Antonio Mininno, Andrea Minucci, Assunta Scrocca

**SABATO 9 OTTOBRE - SESSIONE SATELLITE 1**

*Sala Sirio/Zodiaco, Sala Boreale, Sala Andromeda*

**FAST-TRACK SURGERY**

**#ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY(ERAS)**

**Un nuovo percorso di cura e assistenza**

**Responsabile Scientifico del Corso:** Carla Saracco

**PREMESSA**

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

**Obiettivo formativo generale**

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

**Obiettivi formativi specifici**

*Competenze tecnico professionali*

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

**Acquisizione competenze di processo**

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

**Acquisizione competenze di sistema**

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

**PROGRAMMA (1ª PARTE DEL CORSO)**

**Moderatore:** Claudio Cimmino

**Tutor d'aula:** *Sala Sirio/Zodiaco:* Antonio Mininno, *Sala Boreale:* Michela Cinquanta, *Sala Andromeda:* Lucia Mensi

8,00-8,30 *Presentazione del corso e obiettivi formativi*  
Claudio Cimmino

**1ª Sessione: Fast Track Surgery: La contestualizzazione del protocollo ERAS in fase pre e intraoperatoria**

8,30 -9,15 **Fast-Track Surgery: il Protocollo ERAS Obiettivi, EBM, EBN**  
Ivano Nigra

9,15 -10,00 **Fast-Track Surgery in chirurgia colo rettale e in urologia: valutazione dei fattori di rischio e criteri di indicazione al programma ERAS**  
Ivano Nigra

10,00-10,30 **Informazione e counselling multidisciplinare**  
Antonio Valenti

10,30-11,00 Pausa caffè

11,00-11,45 **Preparazione intestinale e Stoma Siting**  
Antonio Valenti

11,45- 12,30 **Anestesia e monitoraggio del paziente in fase peri operatoria**  
Ivano Nigra

12,30-13,00 **Fast Track Surgery: cosa cambia**  
Tavola rotonda con dibattito tra Esperti  
Claudio Cimmino, Ivano Nigra, Antonio Valenti

13,00-13,45 **Il monitoraggio del paziente nel postoperatorio**  
Antonio Valenti

13,45-14,00 **Conclusione della prima parte del corso**  
Confronto dibattito  
Claudio Cimmino, Ivano Nigra, Antonio Valenti

**SABATO 9 OTTOBRE - SESSIONE SATELLITE 2**

*Sala dei Mari Piccola*

**STRESS E SINDROME DA BURNOUT NELLE PROFESSIONI SANITARIE: QUALI STRATEGIE PER PREVENIRLO E AFFRONTARLO?**

**Responsabile Scientifico del Corso:** Katia Magnani

**PREMESSA**

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

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

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

**Obiettivo formativo generale**

Aspetti relazionali

**Obiettivi formativi specifici**

*Competenze tecnico professionali*

Acquisire consapevolezza delle caratteristiche e potenzialità individuali.

**Acquisizione competenze di processo**

Acquisire capacità di gestione delle proprie emozioni.

**Acquisizione competenze di sistema**

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

**PROGRAMMA (1ª PARTE DEL CORSO)**

**Moderatore:** Assunta Scrocca

**Tutor d'aula:** Massimo Proietto

8,00-8,30 *Presentazione del corso e obiettivi formativi*  
Assunta Scrocca

**1ª Sessione: Lo stress e la Sindrome da Burnout**

8,30-9,15 **Lo stress: cos'è e come riconoscerlo**  
Katia Magnani

9,15-10,00 **I rischi nella relazione di aiuto**  
Katia Magnani

10,00-10,30 **Il ruolo degli atteggiamenti mentali nell'insorgenza dello stress**  
Katia Magnani

10,30-11,00 Pausa Caffè

11,00-12,30 **Esercitazione - presentazione e discussione di casi clinici**  
Katia Magnani

12,30-13,00 **Stress e Sindrome da Burnout: facciamo il punto**  
Confronto Dibattito  
Katia Magnani

13,00-13,45 **La Sindrome da Burnout e le sue manifestazioni**  
Katia Magnani

13,45-14,00 **Conclusione della prima parte del corso**  
Assunta Scrocca, Katia Magnani

**SABATO 9 OTTOBRE - SESSIONE SATELLITE 3**

*Sala dei Mari Grande*

**IL LUOGO DI CURA - IL PALCO MAGICO DOVE SOLO LE COMPARSE DIVENTANO PROTAGONISTE: L'arte individuale di comunicare, di curare e del prendersi cura**

**Responsabile Scientifico del Corso:** Andrea Filippini

**PREMESSA**

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

**Obiettivo formativo generale**

Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure

**Obiettivi formativi specifici**

*Competenze tecnico professionali*

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

**Acquisizione competenze di processo**

Acquisire competenze in tema umanizzazione delle cure e del prendersi cura.

**Acquisizione competenze di sistema**

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

**PROGRAMMA (1ª PARTE DEL CORSO)**

**Moderatore:** Nicoletta Rognoni

**Tutor d'aula:** Andrea Minucci

8,00-8,15 *Presentazione del corso e obiettivi formativi*  
Nicoletta Rognoni

**1ª Sessione: Infermieristica teatrale**  
8,15-8,45 **Dalle scuole professionali all'università**  
Andrea Filippini, Lorenzo Marvelli

8,45-9,15 **La Professione Infermieristica e Valentino Rossi**  
*Role Playing*  
Lorenzo Marvelli, Andrea Filippini

9,15-9,45 **I fantastici 4 must dell'infermiere**  
Andrea Filippini, Lorenzo Marvelli

9,45-10,00 **La Comicità: un paradosso culturale?**  
Confronto dibattito  
Nicoletta Rognoni, Andrea Filippini, Lorenzo Marvelli

- 10,00-10,30 **Salute per le persone curate. E quella di chi cura?**  
Andrea Filippini, Lorenzo Marvelli
- 10,30-11,00 Pausa caffè
- 11,00-11,30 "Una ricetta speciale nei luoghi di cura"  
*Role Playing*  
Lorenzo Marvelli, Andrea Filippini
- 11,30-12,15 I miei primi 20 anni di Comicoterapia: esempi, foto, filmati, barriere culturali, storiche o real  
Andrea Filippini
- 12,15-12,45 **Infermieristica e Teatro: due arti siamesi**  
Andrea Filippini, Lorenzo Marvelli

**2ª Sessione: Infermieristica teatrale**

- 12,45-13,15 **La Teatralità e lo Stress; l'Errore Professionale; La Vergogna e l'Insicurezza; La Sofferenza, la Morte - Role Playing**  
Lorenzo Marvelli, Andrea Filippini
- 13,15-13,45 **La zattera (a bordo tutti e dico Tutti sono indispensabili e Tutti devono seguire le regole). La sedia invisibile (il piacere e l'importanza di essere una Squadra) - Chiudo gli occhi e sono tuo (la fiducia nel collega) - Role Playing**  
Lorenzo Marvelli, Andrea Filippini
- 13,45-14,00 **Conclusione della 1ª parte del corso**  
*Confronto Dibattito*  
Nicoletta Rognoni, Andrea Filippini, Lorenzo Marvelli

**SABATO 9 OTTOBRE - SESSIONE SATELLITE 4**

Sala Magellano Bering, Sala Colombo, Sala Cook/Vespucci

**LA PERSONA CANDIDATA A DERIVAZIONE URINARIA: la gestione multidisciplinare**

Responsabile Scientifico del Corso: Edoardo Giorato

**PREMESSA**

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

La complessità delle problematiche cliniche che riguardano la modifica della funzione di eliminazione, lo schema corporeo e le alterazioni della sessualità, richiedono l'implementazione di progetti di cura multidisciplinari in cui si integrano gli interventi infermieristici di sostituzione, aiuto, guida e counselling volti a favorire il recupero di una qualità di vita soddisfacente per l'assistito. Per dare risposte efficienti ed efficaci il progetto prende avvio dalla considerazione dei bisogni clinico assistenziali specifici dell'individuo, entro l'asse temporale che va dal periodo preoperatorio fino al raggiungimento degli obiettivi pianificati.

I contenuti dell'evento intendono fornire ai partecipanti spunti di riflessione e conoscenze specifiche da "spendere" nella pratica clinica al fine di assicurare un'assistenza pertinente e appropriata.

**Obiettivo formativo generale**

Integrazione interprofessionale e multi professionale

**Obiettivi formativi specifici****Competenze tecnico professionali**

Acquisire conoscenze in tema di gestione multidisciplinare della persona con derivazione urinaria.

**Acquisizione competenze di processo**

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

**Acquisizione competenze di sistema**

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

**PROGRAMMA (1ª PARTE DEL CORSO)**

Moderatori: Francesco Cattaneo, Katia Cannita

Tutor d'aula: **Sala Magellano:** Bering Mara Marchetti, **Sala Colombo:** Gianfranco Coppa Boli, **Sala Cook Vespucci:** Edoardo Giorato

- 8,00-8,30 *Presentazione del corso e obiettivi formativi*  
Katia Cannita, Francesco Cattaneo

**1ª Sessione: Le derivazioni urinarie**

- 8,30- 9,15 **La squadra perfetta per un corretto approccio multidisciplinare**  
*Tavola rotonda*  
Katia Cannita, Francesco Cattaneo, Roberto Renzetti, Mattia Zamprognò, Pamela Casalena, Giovanni Cianci

- 9,15-10,00 **Cistectomia e confezionamento di derivazione urinaria e/o reservoir vescicale: attuali orientamenti**  
Roberto Renzetti
- 10,00-10,30 **Consenso informato: i presupposti**  
Giovanni Cianci
- 10,30-11,00 Pausa caffè
- 11,00-12,00 **L'assistenza infermieristica al paziente con derivazione urinaria Incontinente**  
Mattia Zamprognò
- 12,00- 12,45 **L'assistenza infermieristica al paziente con neovescia eterotopica/ortotopica**  
Mattia Zamprognò

**2ª Sessione: La gestione multidisciplinare del percorso terapeutico assistenziale riabilitativo**

- 12,45-13,45 **Lavorare in équipe: responsabilità individuali e collettive**  
*Tavola Rotonda*  
Moderatori e Relatori
- 13,45-14,00 *Conclusione 1ª parte del corso - Confronto dibattito*  
Katia Cannita, Francesco Cattaneo

**DOMENICA 10 OTTOBRE - SESSIONE SATELLITE 1**

Sala Sirio/Zodiaco, Sala Boreale, Sala Andromeda

**FAST-TRACK SURGERY****#ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY(ERAS)****Un nuovo percorso di cura e assistenza****PROGRAMMA (2ª PARTE DEL CORSO)**

Moderatore: Claudio Cimmino

Tutor d'aula: **Sala Sirio/Zodiaco:** Antonio Mininno, **Sala Boreale:** Michela Cinquanta, **Sala Andromeda:** Lucia Mensi**2ª Sessione: Il protocollo ERAS: l'assistenza nel postoperatorio**

- 8,30-9,30 **Alimentazione, terapia infusione, controllo del dolore**  
Ivano Nigra
- 9,30-10,00 **Mobilizzazione e educazione all'autocura**  
Antonio Valenti
- 10,00-10,30 **Fast Track Surgery: Presentazione di Casi clinici**  
Ivano Nigra, Antonio Valenti
- 10,30-11,00 **Fast Track Surgery**  
*Confronto dibattito e conclusione del corso*  
Claudio Cimmino, Ivano Nigra, Antonio Valenti
- 11,00 *Compilazione questionari ECM e Q*  
Antonio Mininno, Lucia Mensi, Michela Cinquanta

**DOMENICA 10 OTTOBRE - SESSIONE SATELLITE 2**

Sala dei Mari piccola

**STRESS E SINDROME DA BURNOUT NELLE PROFESSIONI****SANTARIE: QUALI STRATEGIE PER PREVENIRLO E AFFRONTARLO?****PROGRAMMA (2a PARTE DEL CORSO)**

Moderatore: Assunta Scrocca

Tutor d'aula: Massimo Proietto

**2ª Sessione: Strategie e modalità di prevenzione e gestione della Sindrome da Burnout**

- 8,30-9,00 **Dalla teoria alla pratica - Esercitazione**  
Katia Magnani
- 9,00-9,30 **Come affrontare lo stress in modo pratico: tecniche di gestione**  
Katia Magnani
- 9,30-10,45 **Tecniche di gestione dello stress - Esercitazione**  
Katia Magnani
- 10,45-11,00 **Prevenzione e gestione dello stress**  
*Confronto dibattito*  
*Conclusione del corso*  
Katia Magnani, Assunta Scrocca
- 11,00 *Compilazione Questionari ECM e Q*  
Assunta Scrocca, Massimo Proietto

**DOMENICA 10 OTTOBRE - SESSIONE SATELLITE 3**

Sala dei Mari Grande

**IL LUOGO DI CURA - IL PALCO MAGICO DOVE SOLO****LE COMPARSE DIVENTANO PROTAGONISTE: L'arte individuale di comunicare, di curare e del prendersi cura****PROGRAMMA (2ª PARTE DEL CORSO)**

Moderatore: Nicoletta Rognoni

Tutor d'aula: Andrea Minucci

**2ª Sessione: Infermieristica teatrale**

- 8,30-9,45 **Biancaneve più veloce della luce (Team-Work, velocità nel capire le priorità, aiutare ed essere aiutati, prevedere e risolvere i problemi in fretta) - Role Playing**  
Lorenzo Marvelli, Andrea Filippini
- 9,45-10,30 **Un goal alla Zanardi**  
Lorenzo Marvelli, Andrea Filippini
- 10,30-11,00 **Sintesi dei lavori della giornata e conclusione del corso**  
*Confronto Dibattito*  
Nicoletta Rognoni, Lorenzo Marvelli, Andrea Filippini
- 11,00 *Compilazione Questionari ECM e Q*  
Nicoletta Rognoni, Andrea Minucci

**DOMENICA 10 OTTOBRE - SESSIONE SATELLITE 4**

Sala Magellano Bering, Sala Colombo, Sala Cook/Vespucci

**LA PERSONA CANDIDATA A DERIVAZIONE URINARIA: la gestione multidisciplinare****PROGRAMMA (2ª PARTE DEL CORSO)**

Moderatori: Francesco Cattaneo, Katia Cannita

Tutor d'aula: **Sala Magellano Bering:** Mara Marchetti, **Sala Colombo:** Gianfranco Coppa Boli, **Sala Cook Vespucci:** Edoardo Giorato**2ª Sessione: La gestione multidisciplinare del percorso terapeutico assistenziale riabilitativo**

- 8,30-9,30 **Carcinoma vescicale: attuali orientamenti onco-terapeutici**  
Giovanni Cianci
- 9,30-10,15 **Coping e problematiche emozionali e sessuali: il ruolo dello psicologo**  
Pamela Casalena
- 10,15-10,45 **La gestione multidisciplinare della persona candidata a derivazione urinaria: presentazione di casi clinici**  
Giovanni Cianci, Roberto Renzetti, Mattia Zamprognò, Pamela Casalena
- 10,45-11,00 *Sintesi dei lavori della giornata e conclusione del corso*  
Katia Cannita, Francesco Cattaneo
- 11,00 *Compilazione questionari ECM e Q*  
Mara Marchetti, Gianfranco Coppa boli, Edoardo Giorato

**DOMENICA 10 OTTOBRE - PLENARIA**

Sala dei Mari

- 11,30-12,00 *Conclusione del Congresso*  
Gabriele Roveron

**SIMPOSIO AZIENDA ConvaTec****SABATO 9 OTTOBRE**

Sala dei Mari

**SACS EVOLUTION: UNO STRUMENTO PER LA PREVENZIONE DELLE ALTERAZIONI PERISTOMALI****Relatori**

Danila Maculotti (ET Poliambulanza Brescia)  
Giulia Villa (San Raffaele Milano)  
P. Raffaele Spina (Presidente FAIS)

**Intervengono**

A. Durano (Marketing Manager OC ConvaTec Italia)  
V. Pedace (Clinical Trainer Manager OC ConvaTec Italia)

**Introduzione**

Dall'analisi della letteratura emerge che gli strumenti generati per la classificazione delle alterazioni della cute peristomale rispondono più ad una esigenza di utilizzo da parte degli operatori sanitari che delle persone portatrici di stomia.

Nello specifico, nessuno strumento è stato generato al fine di promuovere l'autovalutazione e la prevenzione relativamente all'insorgenza e la progressione delle alterazioni cutanee peristomali. L'obiettivo di questo studio si concretizza nella creazione di uno strumento fruibile sia da operatori sanitari quanto da persone stomizzate, utilizzabile sin dall'immediato post-operatorio e che introduca una nuova classificazione anche in uno status di cute integra al fine di monitorare sin da subito un'evoluzione anomala della condizione di normalità.

Solo introducendo uno strumento che possa andare ad agire in prevenzione e coinvolgendo nel processo anche i diretti interessati, cioè le persone portatrici di stomia, sarà possibile migliorare la QoL.

## IL MEMORIAL CANESE

di Gabriele Roveron

Gian Carlo Canese ci ha lasciati nel 2019, gettandoci nello sconforto ma regalandoci un'eredità inestimabile: il suo ricordo come persona e la sua esperienza di pioniere della Stomaterapia italiana, fin dai suoi esordi. Un tesoro che AIOSS non intende assolutamente disperdere ma, anzi, valorizzare e mettere al servizio delle nuove generazioni. Siamo certi che il nostro amico e collega Gian Carlo approverebbe con il suo solito lungimirante entusiasmo.

Ecco quindi che AIOSS ha indetto questo concorso che, purtroppo, ha dovuto percorrere una difficile strada per le note problematiche legate alla pandemia COVID. Inizialmente legato al Congresso di Ottobre 2020, poi annullato, ora viene riproposto, affinché le speranze dei concorrenti non siano state vane, e per permettere ad altri di unirsi al coro dei pretendenti al premio. Qui di seguito presentiamo il regolamento di massima, precisando che le reali modalità di svolgimento sono in continuo divenire, adattandosi alle disposizioni di legge ed alla situazione pandemica.



### *Concorso per la Migliore Revisione Sistemática della Letteratura Scientifica negli ambiti della Stomaterapia e/o della Riabilitazione del Pavimento Pelvico*

#### REGOLAMENTO

AIOSS indice un concorso in memoria di Gian Carlo Canese, primo Presidente e fondatore dell'Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapisti, prematuramente scomparso il 4 maggio 2019.

Il concorso prevede la premiazione della miglior revisione sistemática di letteratura scientifica nell'ambito della stomaterapia e della riabilitazione del pavimento pelvico: rispettando questo ambito, il tema sarà libero. La domanda di iscrizione al concorso ed il regolamento integrale sono pubblicati e scaricabili sul sito AIOSS ([www//aioss.it](http://www//aioss.it)).

La domanda di iscrizione al concorso, debitamente compilata andrà inviata entro e non oltre il 20 Giugno 2021, a

**Carla Saracco**

e-mail: [carla.saracco@alice.it](mailto:carla.saracco@alice.it) - cell. 3355213305

**Enrica Bosoni**

e-mail: [enricabosoni@tiscali.it](mailto:enricabosoni@tiscali.it) - cell. 3386924383.

Non verranno accettate altre forme di candidatura.

Per la stesura della revisione dovrà essere utilizzata una metodologia riconosciuta dalla letteratura scientifica (ad esempio, la Check-List PRISMA pubblicata nel Giugno 2015 sulla rivista open access "Evidence" della GIMBE Foundation scaricabile sul sito [www AIOSS.it](http://www AIOSS.it)).

Gli elaborati andranno inviati entro il 15/07/2021, in formato digitale\* Word e PDF a

Carla Saracco email: [carla.saracco@alice.it](mailto:carla.saracco@alice.it),

o a Enrica Bosoni email: [enricabosoni@tiscali.it](mailto:enricabosoni@tiscali.it).

Non verranno prese in considerazione altre modalità di invio. È prevista la presentazione del proprio lavoro al 3° Congresso Nazionale AIOSS all'interno della sessione "Memorial Gian Carlo Canese" che si svolgerà il giorno 7 ottobre 2021 dalle ore 15,30 alle ore 17,30. Il tempo a disposizione per ogni partecipante al concorso è di 15 m. max.

Tutti gli elaborati pervenuti formeranno una pubblicazione AIOSS dedicata al memorial Gian Carlo Canese. La valutazione degli elaborati pervenuti come da regolamento verrà effettuata da una Commissione formata da 3 componenti.

Gli item generali che la Commissione utilizzerà per la valutazione riguardano: la coerenza metodologica di stesura dell'elaborato con quella riconosciuta dalla letteratura scientifica, l'interesse del tema trattato per lo sviluppo delle conoscenze professionali, la potenziale possibilità di promuovere azioni di miglioramento nella pratica clinica.

I primi tre classificati della graduatoria stilata dalla Commissione verranno premiati in sede del Congresso Nazionale AIOSS 2021.

Il premio per il vincitore del concorso è stabilito in Euro 1000,00. È inoltre previsto un premio di Euro 400,00 per il secondo classificato e di Euro 200,00 per il terzo classificato.

I lavori premiati potranno essere pubblicati sulla rivista ufficiale trimestrale AIOSS.it.

# Si scrive Esteem™+, si legge monopezzo

NOVITÀ

## ESTEEM™+ *Soft Convex*

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



ESTEEM™+  
Soft Convex  
fondo chiuso



ESTEEM™+  
Soft Convex  
fondo aperto



ESTEEM™+  
Soft Convex  
per urostomia



ESTEEM™+  
Flex Convex  
fondo chiuso



ESTEEM™+  
Flex Convex  
fondo aperto



ESTEEM™+  
Flex Convex  
per urostomia

## ESTEEM™+ *Flex Convex*

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

## ESTEEM™+ *Flex Convex*

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](mailto:convatel.italia@convatec.com)

Per maggiori informazioni visita il sito [www.convatec.it](http://www.convatec.it)

\*Numero verde destinato ad assistenza tecnica

© 2019 ConvaTec Inc. ™ indica un marchio di fabbrica di ConvaTec



ConvaTec

# REGISTRO DEI PROFESSIONISTI SANITARI ESPERTI IN STOMATERAPIA, COLONPROCTOLOGIA E RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

di Assunta Scroca

L'AIOSS -Associazione Tecnico Scientifica di Stomatologia e Riabilitazione Pavimento Pelvico - nasce inizialmente come Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomatologia (AIOSS) nel 1982 per volere di alcuni Infermieri che si occupavano di assistenza a persone portatrici di stomia, i quali avvertirono la necessità di riunirsi in un'Associazione che garantisse la loro crescita professionale e l'aggiornamento continuo. Dal 2018 la denominazione ufficiale è stata mutata, per la diversa normativa nazionale, in "Associazione Tecnico-Scientifica di Stomatologia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico".

L'AIOSS ha un organigramma ed è rappresentata sul territorio Nazionale dai Delegati, scelti dai professionisti delle singole regioni, la crescita dell'associazione negli anni sta proseguendo il suo cammino, anche e soprattutto, attraverso il supporto professionale di tutti i soci e dei professionisti coinvolti di volta in volta nei vari gruppi di lavoro, raggiungendo gli scopi e gli obiettivi che si era prefissata.

Da qualche anno ha istituito il Registro dei Professionisti Sanitari esperti in stomatologia, colonproctologia e riabilitazione del pavimento pelvico. Tale registro comprende tutti i professionisti sanitari in possesso della specializzazione e/o certificato di competenza in stomatologia e in riabilitazione del pavimento pelvico.

Negli ultimi anni a fronte dell'evoluzione formativa e tecnologica, il profilo del professionista ha subito dei rinnovamenti attraverso Corsi di Perfezionamento universitari, Master universitari, Dottorato di ricerca in stomatologia e riabilitazione del pavimento pelvico.

Tutto ciò ha portato AIOSS a manifestare un nuovo interesse verso questo importante strumento, utile ai professionisti ma anche alle altre associazioni o enti sanitari, si è pensato quindi ad un riadeguamento del registro rispetto alle necessità attuali e alla normativa e regole in vigore. Le informazioni digitali, i social network, l'utilizzo della mail, la telemedicina rappresentano, senza ombra di dubbio una grande opportunità, gli scenari e le prospettive che si aprono sono innumerevoli e fino a ieri erano impensabili per tutti noi. Tuttavia, questo tipo di approccio assistenziale, fondato sul web e sulla circolazione di informazioni, espone i dati personali delle persone fisiche a dei rischi mai immaginati in passato. Per questo, gli ordinamenti giu-

ridici hanno adottato delle disposizioni normative volte a proteggere la riservatezza delle persone o, come si suole dire, della privacy.

AIOSS facendo riferimento quindi alle disposizioni di legge nel rinnovare il Registro ha pensato di modificarne il contenuto e in riferimento al D.Lgs. n.196/03 art.7 ed al Regolamento Europeo della Protezione dei Dati (GDPR) 2016/679, chiede a coloro che vogliono registrarsi di esprimere in modo chiaro ed inequivocabile il proprio consenso al trattamento dei dati personali, quest'ultimi sono richiesti nella domanda di inserimento nel registro: va comunque sottolineato che i dati indicati sono limitati ai soli fini associativi istituzionali.

È possibile inoltre consultare sul sito [www.aioSS.it](http://www.aioSS.it) la Privacy Policy estesa.

Il metodo utilizzato per la lettura dei dati dopo averli raccolti:

- **Acquisizione:** in questa fase i documenti cartacei vengono scannerizzati e quindi digitalizzati in formato elettronico;
- **Riconoscimento:** in questa fase i dati presenti su moduli e documenti vengono catalogati
- **Verifica:** in questa fase i dati controllati e ritenuti errati o che richiedono verifiche, saranno oggetto di approfondimento da parte di AIOSS.
- **Output:** in questa fase i dati estratti e verificati vengono salvati su un database e le immagini dei documenti inviati vengono archiviate.

AIOSS, per assecondare anche le richieste dei soci, per mantenere vivo l'interesse di molti operatori sanitari e per valorizzare la figura dello stomaterapista e del riabilitatore del pavimento pelvico, vuole quindi rinnovare il registro degli stomaterapisti e riabilitatori impegnati sul territorio nazionale, per poter realizzare questo importante progetto si è avvalso della collaborazione dei Delegati regionali e delle reti regionali. Il Nuovo Registro Nazionale degli stomaterapisti e riabilitatori di AIOSS, prende forma e si arricchisce di tutte le recenti aperture ambulatoriali e disponibilità di colleghi, nonché di nuove opportunità di cura per i pazienti.

Per poter essere iscritti nel registro il requisito indispensabile è il titolo di stomaterapista e/o riabilitatore delle disfunzioni del pavimento pelvico che deve essere documentato.

Chi desiderasse iscriversi dovrà:

- Compilare la scheda allegata in tutte le sue parti
- Inviare foto tessera se si desidera avere la propria foto affiancata al nome
- Copia del certificato del titolo acquisito
- Non è possibile inserire nel registro dati (num. di telefono, mail, indirizzo...) che facciano riferimento all'Azienda Sanitaria dove si presta l'attività lavorativa.

Quali saranno i risultati di questo impegno comune:

- Sarà possibile consultare il registro ogni qualvolta lo si ritenga necessario poiché sarà inserito su sito [www.aiooss.it](http://www.aiooss.it)
- Venire a conoscenza che in una regione ci siano professionisti disponibili ad assistere un paziente ci permette di pianificare in sicurezza la dimissione.

Se parliamo di pazienti che hanno necessità di assistenza fuori Regione, il registro assume ancora di più una enorme importanza. La sicurezza e la qualità delle forme di assistenza si traduce anche in un indirizzo e-mail o un numero di telefono. Sembra un aspetto di poco conto ma, quel numero rappresenta un'ancora in acque agitate. I pazienti ci sono grati per questo.

Per questo e per altri risultati ottenuti, il Direttivo di AIOSS vuole ringraziare i Delegati dell'importante contributo fornito in molteplici occasioni e per la realizzazione del nuovo registro.



*Il Registro Nazionale dei Professionisti - edizione 2018*



Associazione  
Tecnico-Scientifica  
di Stomaterapia  
e Riabilitazione  
del Pavimento Pelvico



**Presenta  
Il corso FAD:**



**14  
Crediti  
ECM**

## STOMIE E STOMATERAPIA, LE LINEE GUIDA AIOSS

Il corso si propone di condividere e mettere a disposizione dei professionisti sanitari le LINEE GUIDA IN STOMATERAPIA, redatte da AIOSS in collaborazione con un gruppo multidisciplinare di esperti e rappresentanti le Società Scientifiche coinvolte nel percorso di cura delle persone stomizzate. Le raccomandazioni rappresentano la declinazione delle specifiche attività dello stomaterapista basate sull'evidence based nursing e sull'evidence based medicine.

**QUANDO: dal 15 Aprile 2021  
al 31 Dicembre 2021**

**DOVE: su [www.fad-aioSS.it](http://www.fad-aioSS.it)  
(previa registrazione alla  
piattaforma)**

**DESTINATARI: Infermieri,  
infermieri pediatrici, medici  
chirurghi**

**COSTO: 30,00 EURO**

**TUTTE LE INFO:  
su [www.aioSS.it](http://www.aioSS.it)  
(alla voce EVENTI)**

A.I.O.S.S.  
con il contributo incondizionato di



### Programma:

INTRODUZIONE	Presentazione del corso e degli obiettivi formativi	Dott. Gabriele Roveron
1. LE LINEE GUIDA	Le linee guida a supporto dell'assistenza: sapetti teorici e legislativi	Dott.ssa Mara Marchetti
2. LE LINEE GUIDA AIOSS IN STOMATERAPIA: METODOLOGIA DI REALIZZAZIONE	Il gruppo di lavoro	Dott. Mattia Zamprogno
	Il disegno della ricerca	
	La ricerca e la revisione della letteratura	
	La valutazione critica della letteratura reperita: lo strumento AGREE II	
	Il sistema di GRADING delle raccomandazioni	
3. LE RACCOMANDAZIONI GENERALI	Informazione ed educazione terapeutica	Dott.ssa Vita Calandrino
	Stoma siting	Dott. Edoardo Giorato
	La realizzazione chirurgica delle stomie	Dott. Francesco Ferrara
	Identificazione dei fattori di rischio, prevenzione e rilevazione precoce delle complicanze stomali	Dott.ssa Vita Calandrino
L'irrigazione colica		
4. LE RACCOMANDAZIONI SULLA GESTIONE DELLE PRINCIPALI COMPLICANZE STOMALI	La gestione delle lesioni cutanee peristomali	Dott. Mario Antonini
	La gestione delle complicanze precoci e tardive	Dott.ssa Maria Barbierato

## LA STORIA DI XY

dr.ssa Arianna Venturini  
Enterostomista, ERAS TEAM CHIOGGIA, Ambulatorio Stomizzati

In data 31.07.2020, abbiamo eseguito un colloquio pre operatorio con presa in carico di un paziente candidato ad un intervento chirurgico di amputazione perineale con confezionamento di una colostomia definitiva.

Il paziente era già noto alla nostra Unità Operativa per asportazione di un adenocarcinoma del retto 5 anni prima con un intervento di resezione del retto ultrabassa e confezionamento di una anastomosi colo anale. Dopo essere uscito dal follow up oncologico, per processi cronici infiammatori locali dovuta ad una fistola anale non trattabile chirurgicamente (aveva eseguito un trattamento radio chemioterapico neoadiuvante), l'unica strada percorribile proposta era una colostomia definitiva dopo asportazione perineale. Già all'epoca del primo intervento il paziente aveva rifiutato l'intervento di Miles per evitare la stomia definitiva nonostante gli fossero stati spiegati in maniera esaustiva i pro e i contro di un intervento di "salvataggio" dell'ano. Molto provato dalla situazione attuale, chiedeva il nostro aiuto ad affrontare questo percorso: si trattava di un uomo giovane con paura di non saper gestire dal punto di vista umano la stomia e che questa potesse riflettersi in maniera negativa sulla sua vita sociale, intima e di vita in genere.

La stomia è il risultato di un intervento chirurgico mediante il quale si crea un'apertura sulla parete addominale per mettere in comunicazione l'apparato intestinale con l'esterno. La creazione dello stoma rappresenta un salvavita e la corretta gestione della deviazione permette di migliorare la qualità della vita sia dal punto di vista della salute che da quello socio-relazionale. Più di 70 mila persone in Italia sono stomizzate e gran parte di loro vive una vita e soprattutto una qualità di vita buona. Vivere con la stomia comporta variazioni nella propria routine quotidiana che impattano pesantemente sulla qualità della vita. La riabilitazione e l'educazione sono strumenti fondamentali per la corretta gestione della stomia, che è alla base dell'equilibrio fisico, socio-lavorativo, sportivo e sessuale. Questo abbiamo cercato di spiegare al sig. XY.

L'enterostomista è responsabile dell'assistenza e riabilitazione prima, prima durante e dopo l'intervento chirurgico. Perciò è doveroso cercare di impegnarsi al massimo per raggiungere l'obiettivo di FAR STAR BENE IL PAZIENTE STOMIZZATO sotto tutti i punti di vista, non solo con lo stomacare ma utilizzando il COUNSELLING. Il Counselling è un intervento breve, strutturato e circoscritto nel tempo che si propone di sostenere il paziente stomizzato nella ricerca e nell'attivazione delle proprie risorse e potenzialità ai fini del cambiamento e della crescita. In particolare esso si configura come uno strumento relazionale nel quale l'enterostomista competente aiuta il paziente a risolvere problemi, a prendere decisioni, a gestire situazioni di crisi e di conflitto, a migliorare i rapporti interpersonali e a sviluppare una maggiore consapevolezza di sé e della propria vita relazionale.

Per questo motivo abbiamo chiesto ad un altro paziente stomizzato WZ (giovane e con colostomia definitiva che usa la tecnica dell'irrigazione) di poter parlare ad XY per fargli capire al meglio che si può vivere con una qualità di vita quasi ottimale.

XY ha accettato subito il colloquio ed ha risposto a tutte quelle domande personali, intime ed anche tecniche. Ha spiegato anche lui le sue difficoltà nei primi mesi, ma quando ha iniziato ad ascoltare e conoscere il suo corpo, ne ha preso padronanza e da lì ha preso coscienza della sua situazione ed ha comandato lui la partita, così l'ha definita.

Da quel giorno esegue irrigazione intestinale come da protocollo, si alimenta a seconda delle sue esigenze, conosce il suo intestino, va al mare, nuota e non utilizza più la protesica stomale, ha dichiarato anche di avere una buona attività sessuale e per questo ne è soddisfatto. Si sono confrontati e spiegati a vicenda, l'enterostomista faceva da mediatore, nella comunicazione fra i due pazienti. Poi la specialista ha cominciato a spiegare ad XY la tecnica della procedura dell'irrigazione, e il paz WZ ne spiegava le difficoltà iniziali con i risultati ottenuti poi. In questo colloquio c'è stato un gran lavoro di squadra.

Il paziente XY è uscito dall'ambulatorio stomizzati molto soddisfatto e contento perché il colloquio non è stato solo con la specialista ma con una persona "normale" che ha subito e vissuto un trascorso non semplice, e ne è uscito vincente data la qualità di vita che conduce. Possiamo ritenerci contenti e appagati dal punto di vista personale e professionale. L'ambulatorio stomizzati è un punto di riferimento per i pazienti e per i caregivers che possano avere problematiche da gestire, oltre che filtro fra utenza e medici.

Ora si continuerà il percorso in maniera più tranquilla e serena ovviamente nei limiti del possibile con il paz XY e lui avrà sicuramente più forza e voglia di mettersi in gioco per arrivare all'obiettivo finale post intervento:  
**STARE BENE CON UNA BUONA QUALITÀ DI VITA.**

Oggi, 17/05/2021, il paziente XY si è recato in ambulatorio per un controllo clinico, ma più che altro per un saluto ed un ringraziamento, perché il medesimo ha ripreso in mano la sua vita e si sente un vincente.



PER RIDERE UN PO'

Le quattro regole basilari della donna per la felicità del suo matrimonio sono:

1. È importante trovare un uomo che sappia cucinare, fare la spesa e tenere pulita la casa.
2. È importante trovare un uomo che guadagni molto e sia molto bravo nel suo lavoro.
3. È importante trovare un uomo a cui piaccia veramente molto fare sesso.
4. È importantissimo che

questi tre uomini non si conoscano mai.

>>>>>O<<<<<

Due amici si incontrano in carcere dopo anni di lontananza:

"Oreste, come stai?"  
"Non troppo bene, Luigi, sono sfortunato con la legge, ma soprattutto con le donne: non riesco trovare quella giusta e proprio il mese scorso mi sono sposato per la quarta volta"

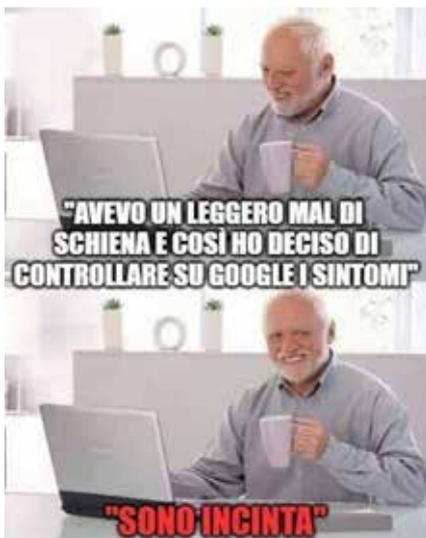
"E le altre tre mogli?"  
"Sono morte!"  
"E come sono morte?"  
"Alla prima piacevano tanto i funghi, una volta ne ha mangiato uno avvelenato e non c'è stato niente da fare, è morta subito"  
"E le altre?"  
"Anche alla seconda piacevano tanto i funghi. Ha fatto la stessa fine"  
"Non mi dirai mica che anche la terza moglie è morta avvelenata dai funghi?"

"No, Luigi, alla terza ho dovuto sparare perché non voleva mangiare i funghi!"

>>>>>O<<<<<

A scuola, lezione di matematica; la maestra interroga Pierino:

"Pierino, dimmi, hai 100 euro nella tasca destra e 50 in quella sinistra: che cosa hai in tutto?"  
"I pantaloni di qualcun altro, signora maestra!"



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.

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

# NASCE UN NUOVO DIALOGO CON IL PAZIENTE STOMIZZATO

[www.viverelastomia.it](http://www.viverelastomia.it)

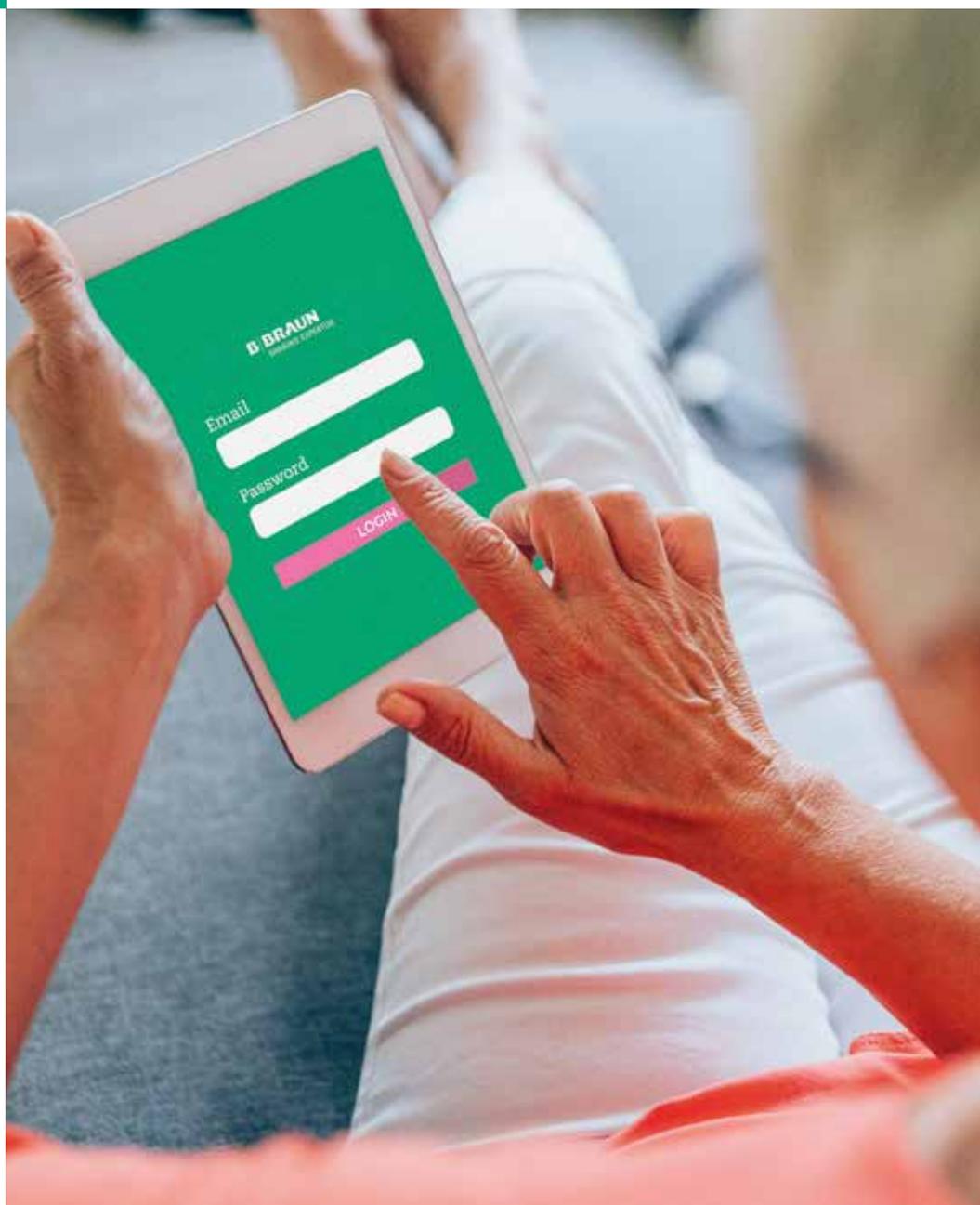
«VIVERE LA STOMIA» è la nuova  
web App destinata a fornire  
assistenza alle persone stomizzate  
per agevolare la loro vita quotidiana  
con la stomia!

La web App è un  
dispositivo medico CE

È un dispositivo medico CE.



[www.viverelastomia.it](http://www.viverelastomia.it)



## LE ELEZIONI PER IL RINNOVO DELLE CARICHE STATUTARIE ASSOCIATIVE

di Gabriele Roveron  
Presidente AIOSS

**C**i siamo: dopo rinvii e rimandi, flagellati dall'emergenza della Pandemia COVID19, AIOSS indice ed organizza per fine Ottobre di quest'anno le Elezioni per il rinnovo delle cariche statutarie associative, come previsto e disposto dal nostro Statuto.

Quasi come in un gioco d'azzardo, AIOSS punta (come già annunciato nelle pagine precedenti) alla progressiva riduzione delle restrizioni governative che hanno caratterizzato questi terribili mesi.

Se si potrà tornare in un qualche modo all'organizzazione di eventi in presenza, AIOSS non sarà impreparato: a Montesilvano non sarà solo la cornice del nostro Congresso Nazionale, bensì, come da Statuto, vedrà l'insediamento del seggio elettorale e le operazioni di voto e scrutinio per l'elezione dei nuovi organismi statutari: la Presidenza e la Segreteria, i Consiglieri, i Probiviri ed i Revisori dei Conti.

Tutti termineranno il loro mandato ed i risultati elettorali consacreranno i nuovi prescelti: a tutti loro va il mio sincero augurio di un profi-

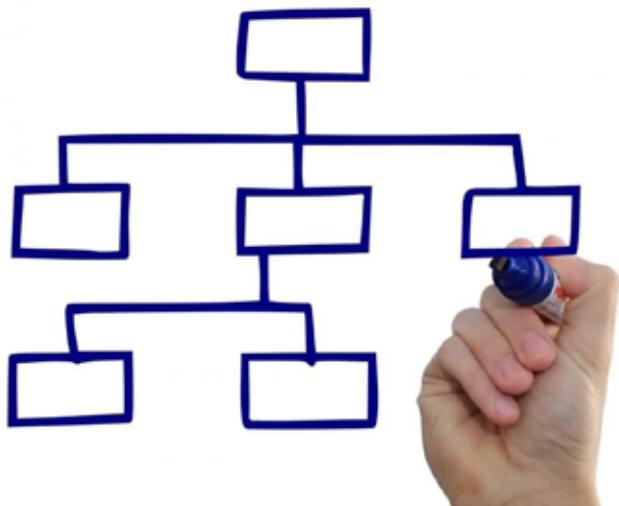


cuo e sereno mandato, dedicato al governo della nostra Associazione.

A coloro che lasciano, invece, non può che andare il mio commosso e caloroso ringraziamento: la squadra che abbiamo costruito ha resistito alle difficoltà di questo incredibilmente tragico momento storico italiano ed internazionale, ha saputo marciare coesa nonostante restrizioni e limitazioni e produrre ottimi risultati sia in campo formativo che assistenziale, dando prova ancora una volta di standard professionali davvero elevati.

Nelle giornate ottobrine del Congresso Nazionale di Montesilvano verrà quindi allestito il seggio elettorale, a cui verrà data ampia visibilità ed a cui tutti gli elettori aventi diritto afferranno per poter esercitare il diritto/dovere di esprimere le loro preferenze.

In calce a questo articolo, potrete tutti utilizzare il modulo di iscrizione all'AIOSS (per prime iscrizioni o per rinnovi, anche biennali - valide anche per l'anno 2022): chi non si fosse ancora iscritto lo potrà fare facilmente, compilando la scheda ed inviandola, firmata, seguendo le facili istruzioni che si troveranno sulla scheda stessa.



La campagna elettorale è dunque ufficialmente aperta: dalla lettura del nostro Statuto (lo potete consultare anche online su [www.aiooss.it](http://www.aiooss.it)) si possono desumere le caratteristiche indispensabili che dovrà possedere chi vorrà candidarsi ad una o più cariche statutarie.

La Presidenza ed il Consiglio Direttivo in carica saranno lieti di poter essere d'aiuto nell'informare candidati ed elettori su modalità ed ogni altra informazione concernente le operazioni elettorali.

I Soci eletti nello scrutinio di Ottobre saranno alla guida dell'AIOSS per un mandato sicuramente non facile, nel mezzo di una crisi pandemica globale che destabilizza e mina anche il nostro mondo professionale laddove interagisce con aziende, industrie, enti ed istituzioni.

La scienza avanza, la società cambia e AIOSS si propone come un solido punto di riferimento per orientarsi in questo tempestoso mare: un Presidente autorevole e competente, presente e responsabile, un Consiglio Direttivo



rigoroso e reparato, Proviviri efficienti ed attenti, Revisori dei Conti garanti della condotta patrimoniale e finanziaria dell'Associazione sono i custodi dei principi costitutivi enunciati nel nostro Statuto: le candidature siano quindi responsabili ed il momento elettorale sia sereno ma ben ponderato.

È l'unico modo per poter utilizzare questo importante strumento, simbolo di democrazia, l'unico modo che conosciamo per traghettare AIOSS ancora, sempre più avanti, per tutti noi.

**#noinoncifermeremomai**

## IMPORTANTE

In relazione allo stato dell'Emergenza per la pandemia COVID19, il Direttivo AIOSS annuncia fin d'ora che, dovendo ottemperare ai decreti emanati dalle istituzioni governative preposte, l'organizzazione del Congresso Nazionale AIOSS di Montesilvano del 7-10 Ottobre 2021 potrebbe subire mutamenti, rinvii o addirittura la cancellazione dell'evento.

Ci impegnamo a fornire indicazioni sempre aggiornate sul nostro sito associativo [www.aiooss.it](http://www.aiooss.it) e sulla nostra pagina di Facebook ed a inviare periodicamente ai Soci delle newsletter informative sullo stato della macchina organizzativa.

Consultate spesso i nostri canali informativi, vi salutiamo con un fiducioso e caloroso:  
**ARRIVEDERCI A MONTESILVANO!**



**SEGRETERIA -SEDE FISCALE**  
c/o Bosoni Enrica  
Via Savona, 94 - 20144 Milano  
Cellulare 338 6924383  
P. Iva 01303620544

**SEDE LEGALE**  
c/o Roveron Gabriele  
Via Scolo Valleurbana, 11-z  
35040 Sant'Urbano - Padova  
Cellulare 340-2750935

**Modulo di  ISCRIZIONE o  RINNOVO per Anno 2021  Anno 2022**

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_

**RECAPITO PERSONALE**

*Da segnalare in caso di prima iscrizione o, se rinnovo, in caso di variazione dei dati*

Via/ Piazza \_\_\_\_\_ num. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP|\_|\_|\_|\_|

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Tel. Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**RECAPITO PROFESSIONALE**

*Da compilare in caso di prima iscrizione o, se rinnovo, in caso di variazione dei dati*

ASL/Azienda Osp. \_\_\_\_\_

U.O./SERVIZIO \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP|\_|\_|\_|\_| Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Tel. Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA ASSOCIATIVA**

*Crociare tutte le opzioni pertinenti*

**Infermiere esperto** in:  Stomatologia  Colonproctologia  Riabilitazione del Pavimento Pelvico

**Infermiere**  **Medico**  **Altro** (specificare) \_\_\_\_\_

**QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE €30,00 - QUOTA ASSOCIATIVA BIENNALE €50,00**

Il pagamento può essere effettuato a mezzo di:

Bonifico Bancario a codice IBAN **IT68T030690960610000119795 BANCA INTESA SANPAOLO**

Vaglia postale intestato a: Segreteria AIOSS c/o Enrica Bosoni – Via Savona 94 -20144 Milano

Direttamente al delegato/o AIOSS che ritira il modulo di iscrizione compilato

L'iscrizione, per il periodo scelto, è attiva dal giorno dell'avvenuta ricezione del versamento.

**REGISTRO DEGLI INFERMIERI ESPERTI IN STOMATERAPIA,  
COLONPROCTOLOGIA E RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO**

Ai fini della pubblicazione dei propri dati personali sul Registro, è **NECESSARIO** specificare quanto segue:

Sono GIA' iscritto al Registro  NON sono iscritto al Registro

Sono GIA' iscritto al Registro e comunico le eventuali  DESIDERO essere iscritto al Registro

variazioni ai dati personali o professionali(v. sopra)  NON DESIDERO essere iscritto al Registro

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In riferimento al D.Lgs. n.196/03 art.7 ed al Regolamento Europeo della Protezione dei Dati (GDPR) 2016/679 io sottoscritto

**ESPRIMO**  **NEGO** esplicitamente il consenso al trattamento dei dati personali sopra riportati, limitatamente ai fini associativi istituzionali. Sul sito [www.aioss.it](http://www.aioss.it) consultate la Privacy Policy estesa.

**N. B.** Se il pagamento dell'iscrizione avviene tramite Bonifico Bancario o Vaglia Postale il presente modulo va inviato via mail a [enricabosoni@tiscali.it](mailto:enricabosoni@tiscali.it) con allegata copia dell'attestato di pagamento a:

Segreteria AIOSS c/o Enrica Bosoni  
Via Savona, 94- 20144 -Milano

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_