

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA:

**EDUCAZIONE AL PAZIENTE CON UROSTOMIA: RISULTATI
PRELIMINARI DEL NUOVO PROTOCOLLO DELL'U.O
UROLOGIA DELL'OSPEDALE SAN BASSIANO**

Relatore: Dott.ssa Rusticali Ada

Laureanda: Giannico Sofia

Matricola N.1231219

Anno Accademico 2021/2022

ABSTRACT

Problema: In letteratura non vi è best practice che indichi il timing e i contenuti degli interventi educativi per l'educazione al self-care della stomia urinaria. Nel U.O.C Urologia dell'Ospedale San Bassiano è stato redatto un piano educativo che mira al raggiungimento degli obiettivi di autocura del paziente in tempi brevi come risposta alla fast track surgery.

Obiettivo: La tesi si propone di analizzare la learning curve dei pazienti con nuova stomia urinaria, di identificare il numero di sessioni educative in cui il paziente o caregiver riesce ad ottenere il core minimo di conoscenze per poter essere dimesso ed individuare la sua efficacia. Conseguentemente si vuole valutare l'efficacia del programma educativo messo in atto nell'U.O nel pre- e postoperatorio.

Materiali e Metodi: L'analisi statistica eseguita si basa sulla volontà di identificare se il paziente sottoposto a cistectomia radicale nel periodo 2020-2022 nell'U.O.C di Urologia dell'Ospedale San Bassiano, sia riuscito attraverso l'applicazione di questo nuovo protocollo ad ottenere in breve tempo un core minimo di conoscenze di self-care. Sono stati raccolti in modalità anonima i dati relativi alla compilazione dei programmi educativi e scala UES dei pazienti sottoposti a cistectomia radicale; si è conseguentemente valutato il raggiungimento o meno degli obiettivi di educazione nel periodo pre- e postoperatorio. Nell'identificazione del timing per il raggiungimento di un core minimo di conoscenze, è stato sviluppato inizialmente un modello lineare univariato poi integrato con covarianti quali: età, sesso, complicanze postoperatorie e giornata postoperatoria di inizio educazione.

Risultati: Sono stati raccolti dati per un totale di 23 pazienti, analizzati interamente per valutare l'acquisizione degli obiettivi educativi pre- e postoperatori. Nell'analisi della scala UES è stato necessario escludere 9 soggetti dal campione iniziale, osservando quindi un campione totale di 14 soggetti. Dall'analisi eseguita si evince come per ottenere un core minimo di conoscenza per poter gestire in autonomia a domicilio l'urostomia, siano necessarie 4 o 5 sedute educative in cui il paziente ottiene un punteggio con mediana di 19 punti su un totale di 21. Ad ogni seduta educativa il punteggio aumenta di ben 4,7 punti dando quindi valore statistico significativo.

Discussione: Si osserva come nel periodo educativo pre- e postoperatorio alcuni obiettivi di educazione e di addestramento siano acquisiti quasi completamente dal campione, mentre altri non vengono acquisiti ossia quelli riguardanti le modifiche dello stile di vita a seguito di intervento chirurgico di cistectomia radicale. Si è valutato inoltre attraverso l'analisi della scala UES (Urostomy Education Scale) come il paziente sia in grado di ottenere un core minimo di nozioni per gestire autonomamente la propria urostomia a domicilio entro 4 o 5 sessioni educative. Si osserva inoltre che l'educazione ha inizio circa verso la 2° o 3° giornata postoperatoria, concludendo l'intero processo educativo entro i tempi del fast track.

Conclusioni: Il nuovo protocollo educativo utilizzato nell'Unità Operativa Complessa di Urologia dell'ospedale San Bassiano, si dimostra efficace nella sua operatività permettendo al paziente di ottenere un core minimo di autocura già a partire dalla quarta o quinta sessione educativa e di rimanere dentro gli standard della chirurgia fast-track per pazienti sottoposti a cistectomia radicale.

Keywords: urostomy, education, self-care, nurse, urostomy education scale, radical cystectomy, adult

Parole chiave: urostomia, educazione, autocura, infermiere, scala di educazione dell'urostomia, cistectomia radicale, adulti

INDICE

INTRODUZIONE:	3
ACRONIMI	5
CAPITOLO 1. UROSTOMIE DEFINIZIONE, PREVALENZA ED UTILIZZO DI VARI METODI VALUTATIVI DELL’AUTOCURA DEL PAZIENTE	7
1.1 Epidemiologia in Italia e nel Mondo.....	7
1.2 Urostomie e i suoi dispositivi.....	8
1.3 Psicologia e nuova vita con l’Urostomia	9
CAPITOLO 2. EDUCAZIONE DEL PAZIENTE UROSTOMIZZATO	11
2.1 Protocollo U.O.C Urologia ospedale San Bassiano	11
2.1.1 Preoperatorio	11
2.1.2 Postoperatorio	13
2.2 UrostomyEducation Scale	14
CAPITOLO 3. MATERIALI E METODI	15
3.1.1 Problema	15
3.1.2 Obiettivo.....	15
3.1.3 Quesiti d’indagine	15
3.1.4 Strumenti di Rilevazione.....	15
3.2 Campione	16
3.3 Analisi Statistica	16
CAPITOLO 4. RISULTATI	17
4.1 Piano Educativo ed Addestramento	18
4.2 UrostomyEducation Scale.....	24
4.2.1 Timing delle sedute educative.....	24
4.2.2 Punteggi della scala UES	24

4.2.3 Curva di apprendimento 26

CAPITOLO 5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI..... 31

5.1 Conclusioni 33

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

INTRODUZIONE:

Attraverso questa ricerca epidemiologica si vuole comprendere quanto il nuovo modello di educazione del paziente urostomizzato utilizzato nell'U.O.C Urologia dell'Ospedale San Bassiano sia efficace nel migliorare l'autocura del paziente dal pre- al postoperatorio.

Si vuole osservare valutandone l'applicabilità se l'educazione del paziente urostomizzato nell'arco del triennio 2020-2022 sia migliorata come utilizzo e come capacità di applicabilità.

Ho potuto osservare direttamente durante il mio periodo di tirocinio in U.O.C Urologia all'Ospedale San Bassiano l'applicazione del protocollo ed il suo utilizzo, potendo quindi osservare in prima persona la sua messa in atto e risposta da parte dei pazienti e caregivers coinvolti.

La possibilità di vedere coinvolto il paziente sottoposto a cistectomia radicale in una fase di apprendimento riguardo la sua nuova condizione fisica e conseguente gestione dell'urostomia rappresentano le basi da cui nasce e si sviluppa tale tesi.

Aiutare il paziente e verificare le sue capacità di autocura con il raggiungimento di un core minimo di conoscenze, rappresenta il target che questo modello operativo standardizzabile si propone ed è ciò che si è voluto verificare attraverso la raccolta dati e la conseguente analisi statistica.

ACRONIMI

ID	Deviazioni Urinarie Incontinenti
NBI	Cistoscopia in narrow-band imaging
PDD	Uretrocistoscopia a Fluorescenza
RC	Cistectomia Radicale
TUR-BT	Resezione Vescicale Endoscopica
URO-TC	Tomografia Computerizzata Ureterale
UCS	Ureterocutaneostomia
UES	Urostomy Education Scale
UICS	Ureterocutaneoileostomia
U.O.C	Unità Operativa Complessa

CAPITOLO 1. UROSTOMIE DEFINIZIONE, PREVALENZA ED UTILIZZO DI VARI METODI VALUTATIVI DELL'AUTOCURA DEL PAZIENTE

Il termine stomia deriva dal greco “στομα” ossia apertura/abboccamento, che nel linguaggio medico prende il significato di lesione chirurgica di un viscere che tramite ad essa comunica con l'esterno, come nel caso di stomie addominali che attraverso la parete addominale giungono fino all'esterno.

Spesso l'indicazione al confezionamento di una stomia è rappresentata dalla necessità di mantenere pervio il viscere o un tratto di esso che a causa di stenosi o di demolizioni chirurgiche che ne hanno compromesso la continuità fisiologica ed anatomica.

La causa principale correlata alla necessità di creazione della stomia è rappresentata dalle patologie neoplastiche come anche da malattie infiammatorie o interventi chirurgici che rendono necessaria una stomia definitiva o temporanea. (1)

In ambito urologico si procede alla creazione di stomia a livello uretrale nel momento in cui a seguito di carcinoma muscolo infiltrante vescicale sia necessario mantenere la continuazione della pervietà degli ureteri a seguito di asportazione chirurgica della vescica.

1.1 Epidemiologia in Italia e nel Mondo

Il tumore della vescica rappresenta la nona causa più frequente al mondo e tra le patologie del tratto genito-urinario.

In Italia si classifica al terzo posto come tumore più diffuso nella categoria maschile. Si è osservato che nell'ultimo decennio il trend di incidenza sia lievemente in calo negli uomini e stabile con un'incidenza di nuove diagnosi nel 2020 di 25.200 (10.5%) per gli uomini e 5.000 (3%) per le donne.

Viene stimato che in Italia ci siano in totale 313.600 viventi con diagnosi di cancro della vescica tra cui 255.000 uomini e 58.600 donne ed un indice di sopravvivenza netta sopra i 5 anni dell'86% per gli uomini e dell'87% per le donne. (2)

Tale neoplasia interessa prevalentemente l'età anziana ed il sesso maschile essendo la quarta sede più frequente dopo i 50 anni. (3)

1.2 Urostomie e i suoi dispositivi

La Cistectomia Radicale (RC) rappresenta l'intervento di prima scelta nel caso di tumori muscolo-invasivi clinicamente localizzati (T2-T4, N0, M0), intervento con il quale vengono rimossi: vescica, prostata e vescichette seminali mentre nella donna utero ed annessi inoltre viene eseguita la linfadenectomia pelvica estesa alle stazioni linfonodali dell'arteria iliaca comune. (4)

Conseguentemente alla RC vengono create delle deviazioni urinarie di due tipologie continenti e non continenti (ID), queste ultime più utilizzate. Le ID vengono inoltre suddivise in ureterocutaneostomia (UCS) e ureteroileocutaneostomie (UICS).

Due sono le differenze sostanziali tra le tipologie di urostomie: una è rappresentata dal fatto che nelle prime UCS gli ureteri vengono abboccati direttamente alla parete addominale mentre nelle UICS gli ureteri vengono collegati ad una parte di ileo, ricondizionato, e poi abboccato alla parete addominale a destra dell'ombelico; la seconda differenza è rappresentata dal fatto che nell'UCS verranno utilizzati due sacchetti contenitivi mentre nelle UICS un solo sacchetto contenitivo. (5)

Altra differenza da ricordare è rappresentata dalla presenza di due stent ureterali per ogni stomia dell'UCS, che verranno poi tolti dopo 10-12 giorni postoperatori, grazie ai quali si cerca di mantenere la pervietà degli ureteri.

La scelta delle varie tipologie sarà dettata da alcuni fattori: età e condizioni fisiche del paziente, stato funzionalità renale, capacità di adeguamento ed apprendimento della persona. (6,7)

Per quanto riguarda le varie tipologie di presidi che possono essere utilizzati essi si dividono in due grandi categorie: il presidio monopezzo comprendente un tutt'uno di placca adesiva alla pelle e sacchetto contenitivo mentre per quello a due pezzi alla placca adesiva viene collegato un sacchetto staccabile; in entrambe è presente una valvola di scarico per poter svuotare il sacchetto in caso di necessità.

In alternanza durante la notte la stomia può essere collegata ad una sacca di drenaggio da notte così da permettere paziente di non doversi svegliare nell'arco della notte per svuotare i/il sacchetto. (8)

1.3 Psicologia e nuova vita con l'Urostomia

Il fattore psicologico gioca un ruolo principale nella riuscita dell'intero intervento chirurgico ed educativo nei confronti della malattia del paziente ed anche del/i caregiver/s.

In alcuni studi (9, 10) è stato dimostrato che l'attuazione di interventi psicologici preoperatori e postoperatori come: informazioni riguardanti la procedura chirurgica, caratteristiche ed aspetto dello stoma, dispositivi utilizzabili nel postoperatorio, identificazione di strategie di coping e libertà d'espressione per aspetti riguardanti la vita dopo il posizionamento di urostomia che possono creare ansia e paura al paziente quali l'utilizzo di certi capi d'abbigliamento, il cambiamento d'immagine, lo sviluppo di attività fisica e vita sessuale, migliorino lo stato psicologico del paziente.

Tramite tali interventi è stato dimostrato un miglioramento nella qualità di vita con diminuzione degli aspetti d'ansia, depressione e fatigue. (9)

Questo fa comprendere che l'educazione ed il rapporto professionista paziente/caregiver nel periodo preoperatorio gioca un ruolo molto importante.

A sostegno di tale teoria uno studio fenomenologico ha evidenziato come i pazienti che hanno ricevuto un sostegno sia psicologico che educativo nella gestione dello stoma dal personale infermieristico nel pre- e nel postoperatorio, hanno affrontato meglio il processo di cambiamento. (11)

Si è osservato come i pazienti con minor quantità di informazioni nel periodo preoperatorio hanno subito un maggior impatto negativo nella qualità di vita mentre i pazienti che hanno ricevuto una maggior qualità e quantità di informazioni nel periodo precedente l'operazione hanno mostrato minor impatto. (11)

Uno studio effettuato nel 2013 ha evidenziato come il paziente più è informato e più dimostrerà un alto livello di self-care.

Si sottolinea quindi la necessità di fornire informazioni e materiali come opuscoli da parte dell'infermiere specialista così da permettere un aumento dell'alfabetizzazione sanitaria. (12)

Numerosi studi hanno dimostrato una grande differenza tra stili di vita tra persone non urostomizzate e sottoposte ad intervento di Urostomia; difatti la presenza di queste derivazioni rappresenta un fattore impattante nella qualità di vita con riduzione delle interazioni sociali e romantiche. (13)

Una adeguata educazione protratta nel periodo pre- e postoperatorio permette al paziente di aumentare il proprio livello di autocura e contestualmente offrire al paziente una maggior qualità di vita e di interazioni sociali.

CAPITOLO 2. EDUCAZIONE DEL PAZIENTE UROSTOMIZZATO

2.1 Protocollo U.O.C Urologia ospedale San Bassiano

Il piano educativo e di addestramento del paziente con urostomia dell'ospedale San Bassiano in svolgimento nel reparto di Urologia e nell'ambulatorio stomizzati ha lo scopo di favorire l'autonomia e il self-care del paziente e/o dei caregivers nella gestione domiciliare dei presidi urinari che siano UCS o UICS.

Si garantisce sicurezza ed efficacia degli interventi educativi anche attraverso la sperimentazione protetta in ambiente ospedaliero e sotto supervisione di un esperto: lo stomaterapista.

Si mantiene il principio per cui durante la pianificazione assistenziale sia necessario, prima di applicare il modello educativo, valutare lo stato emotivo e le strategie di coping del paziente. (14)

Un punto a favore di tale protocollo è la stesura suddivisa con istruzioni ben dettagliate di azioni da eseguire sia nella fase pre- che postoperatoria.

2.1.1 Preoperatorio

Nella fase preoperatoria il processo educativo sarà iniziato a partire dalle due settimane preoperatorie in caso di intervento di tipologia elettiva, le informazioni base da fornire al paziente nei giorni precedenti l'operazione sarà affidata all'infermiere stomaterapista.

Se il paziente necessita di intervento d'urgenza le informazioni educative saranno comunque trasmesse al paziente o/e caregivers prima dell'intervento chirurgico.

Si ritiene fondamentale richiedere la partecipazione dei familiari in quanto essi rappresentano un importante fonte di supporto domiciliare.

Uno studio longitudinale condotto nel 2021 ha osservato come l'utilizzo di piccole sessioni educative per quindici giorni hanno dimostrato un ingente miglioramento nella gestione e nella qualità di vita postoperatoria. (15, 16)

I primi contenuti informativi che saranno insegnati al paziente riguardano: in cosa consiste una stomia, quale sia il suo aspetto normale e cosa egli si debba aspettare di

osservare come prodotto nel periodo postoperatorio; eseguita questa prima parte si procederà alla spiegazione dei diversi sistemi di raccolta e della loro differenza se mono o doppio pezzo e l'eventuale sacca da notte e la funzione di altri accessori aggiuntivi.

Al paziente e ai caregiver verrà fatta vedere l'applicazione e/o rimozione dei diversi dispositivi per stomia, così che l'infermiere stomaterapista valuti il livello delle potenzialità del paziente e/o dei caregivers. (17)

Il passaggio successivo sarà informare il paziente sulle modifiche da apportare nello stile di vita.

Dopo un iniziale infarinatura sui dispositivi, la stomia stessa e le modifiche per quanto riguarda lo stile di vita, si passerà a illustrare quale sarà il decorso postoperatorio a cui il paziente andrà incontro.

Si daranno informazioni sui servizi post dimissione con numeri verdi da contattare in caso di complicanze ed eventuali associazioni a cui il paziente può rivolgersi. (18, 19)

Se il paziente si dimostra compliant e pronto per accogliere altre informazioni si procederà ad illustrare la procedura Stoma Care e Stoma Training; viene eseguita una dimostrazione pratica di posizionamento e sostituzione del dispositivo di raccolta passo dopo passo con la consegna di un kit di addestramento che si raccomanda di utilizzare nelle due settimane preoperatorie almeno due volte a settimana così da poter acquisire maggior manualità. (16)

Lo stoma siting viene eseguito il giorno prima dell'intervento chirurgico oppure la mattina stessa, valutando il punto ideale in cui confezionare l'urostomia cercando di far partecipare il paziente e spiegandogli come tale passaggio sia di massima importanza. Essenziale è reperire un punto in cui il paziente sia in grado di gestire in autonomia la stomia e che sia visibile, senza pliche cutanee e cicatrici chirurgiche o prominenze ossee. (20)

2.1.2 Postoperatorio

Nel periodo postoperatorio l'educazione deve essere iniziata il prima possibile, si predilige incominciare il processo educativo a partire dalla seconda giornata post-chirurgica eseguita dallo stomaterapista oppure eseguita dagli infermieri di reparto. Deve essere eseguito lo stoma training ovvero la cura dello stoma e della cute peristomale, svuotamento della sacca, sostituzione del dispositivo di raccolta e collegamento dell'eventuale sacca da notte preferibilmente giornalmente.

Nel contempo il professionista identificato per eseguire l'educazione postoperatoria dovrà rinforzare le informazioni sulla vita quotidiana con la stomia e aiutare il paziente ad accettare la sua nuova condizione fisica.

Tale fase educativa si conclude in 5 giorni con il raggiungimento di specifici obiettivi giornalieri (allegato n.1):

-1°giorno: l'assistito è indipendente nello svuotamento e nel collegamento della sacca da notte

-2°giorno: l'assistito esegue il cambio del dispositivo di raccolta con supervisione seguendo i suggerimenti del professionista sanitario

-3° giorno: l'assistito procede al cambio di sacca con minimi suggerimenti da parte dell'infermiere

-4° giorno: è in grado di svolgere da solo il cambio del dispositivo di raccolta urinaria mentre l'infermiere verifica solamente la corretta esecuzione

-5° giorno: l'assistito svolge autonomamente il cambio dispositivo. (21)

È necessario rinforzare le conoscenze della cura dello stoma e della pelle peristomale per riconoscere eventuali anomalie e complicanze, discutere di aspetti importanti della vita quotidiana (dieta, lavoro, viaggi, sessualità) e sulle modalità di reperimento dei presidi necessari e del programma di follow up postoperatorio.

2.2 Urostomy Education Scale

L'UES, come anticipato precedentemente, rappresenta un valido strumento per valutare le capacità di autocura del paziente urostomizzato. In essa il paziente viene valutato su sette capacità pratiche nella gestione della propria stomia:

- reazione allo stoma
- rimozione del dispositivo di raccolta
- misurazione del diametro dello stoma
- regolazione del diametro dello stoma
- cura cute peristomale
- applicazione del nuovo dispositivo di raccolta
- vuotare il contenuto della stomia

Ogni item della scala può essere valutato con un punteggio da minimo di 0 ad un massimo di 3, per i quali ogni punteggio esprime:

- 0 -Paziente completamente dipendente dall'infermiere
- 1 - Paziente richiede assistenza durante procedura
- 2 - Paziente necessità di guida verbale per eseguire la procedura
- 3 - Paziente svolge la procedura completamente in autonomia

Il punteggio totale delle sette abilità avrà un punteggio che va da 0 a massimo 21 punti assegnati al paziente da parte dell'infermiere. (allegato n.2)

CAPITOLO 3. MATERIALI E METODI

3.1.1 Problema

Nella letteratura attuale non è presente un protocollo sull'educazione dei pazienti con urostomia che permetta di identificare il timing e i contenuti educativi da fornire per un adeguato self-care; nell'U.O.C di Urologia all'Ospedale San Bassiano è stato redatto e messo in pratica un piano educativo per il periodo pre- e postoperatorio come risposta alla fast track surgery.

3.1.2 Obiettivo

L'obiettivo che si pone questa ricerca è osservare l'impatto che tale strumento ha avuto sulla capacità di autocura del paziente e di riconoscere i suoi punti deboli per poterli perciò modificare, attraverso l'analisi dei dati raccolti (piano educativo e scala UES) nel periodo di tempo dal 2020 al 2022.

3.1.3 Quesiti d'indagine

Si intende rispondere tramite analisi dei dati ricavati dall'utilizzo del nuovo piano educativo:

- Con l'utilizzo di questo strumento il paziente e/o il caregiver riesce ad acquisire un core minimo di conoscenze necessarie per la gestione autonoma del dispositivo a domicilio?
- Quale è il numero minimo di sedute educative e quanto tempo viene raggiunto il core minimo di conoscenze a partire dalla giornata zero?
- Quali sono gli obiettivi nella fase preoperatoria e nella fase postoperatoria che vengono maggiormente acquisiti dai pazienti e quali non vengono acquisiti?
- A fronte di tale indagine è possibile proporre alcune modifiche che potrebbero migliorare il protocollo?

3.1.4 Strumenti di Rilevazione

Per la rilevazione sono stati utilizzati due metodi valutativi presenti nell'Unità Operativa Complessa di Urologia all'Ospedale San Bassiano:

- “Piano educativo e di addestramento dell’assistito con urostomia” per la valutazione delle capacità conoscitive del paziente/caregiver (allegato n.1)
- “Urostomy Education Scale” per la valutazione delle capacità pratiche della cura dell’urostomia. (allegato 2)

Sono stati così raccolti dalle rispettive cartelle cliniche i programmi educativi e la compilazione della scala UES dei pazienti affetti da cancro della vescica sottoposti ad intervento chirurgico di cistectomia radicale presso l’ambulatorio stomizzati dell’Ospedale San Bassiano.

3.2 Campione

Il campione preso in studio è rappresentato dai pazienti che tra il 2020 e il 2022 sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di cistectomia radicale con creazione di derivazioni urinarie incontinenti nell’ospedale San Bassiano, ai quali è stato somministrato il nuovo protocollo educativo sia dal personale infermieristico di reparto che dagli infermieri specialisti dell’ambulatorio stomizzati.

Non sono stati utilizzate restrizioni e discriminazioni tra sesso ed età.

3.3 Analisi Statistica

I dati raccolti sono stati analizzati in modo anonimo e sono stati raccolti in un foglio Excel.

Per descrivere le variabili dello studio sono state utilizzate frequenze, medie, mediane, intervalli interquartili e deviazioni standard. Per le analisi si sono utilizzati il test chi-quadro per le variabili categoriche e il test t-Student per campioni indipendenti per le variabili continue.

Per analizzare i dati sull’apprendimento del paziente nel tempo sono stati sviluppati dei modelli lineari misti.

CAPITOLO 4. RISULTATI

I protocolli educativi somministrati da dicembre 2020 a settembre 2022 sono stati inseriti all'interno di foglio Excel.

Su un totale di 23 pazienti, 19 erano uomini (83%) e 4 erano donne (17%); questo rappresenta un ulteriore indicatore di come il tumore alla vescica colpisca maggiormente il sesso maschile confronto a quello femminile con un rapporto di 3:1 difatti in Italia nel 2020 sono stati individuati 25.000 nuovo casi di cui 20.000 uomini e 5.500 donne rispettivamente l'78% e 22%. (2)

La fascia d'età dei pazienti era compresa tra 56 e 90 anni con una mediana di 75 anni (IQR: 70;80).

Tra le tipologie di stomie si sono osservati 13 UCS che rappresentano il 57% del campione e 10 Bricker che rappresentano il restante 43%.

All'interno del campione preso in analisi sono stati riscontrati quattro casi di complicanze incorse nel periodo postoperatorio ossia il 13% del campione; in seguito, si è voluto confrontare se tali complicanze fossero associate maggiormente ad una specifica tipologia di procedura chirurgica, è risultato che su un totale di 10 pazienti con Bricker il 30% ha presentato complicanze, mentre solo l'8% nei 13 pazienti con UCS ha sviluppato complicanze postoperatorie. (figura 4.1)

Tra i quattro soggetti che presentano complicanze si osserva un'età media inferiore al campione principale ossia pari a 74 anni.

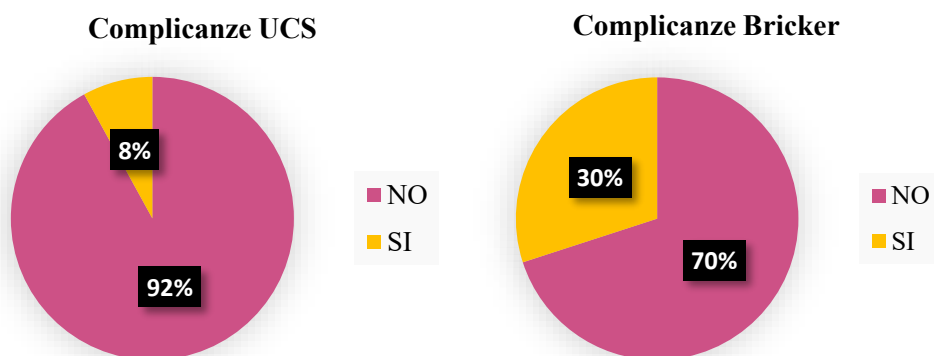


Figura 4.1 Percentuale complicanze per singola tipologia d'intervento chirurgico

4.1 Piano Educativo ed Addestramento

Si è messo a confronto il raggiungimento dei diversi obiettivi nella fase preoperatoria nei 23 soggetti studiati, osservando come gli obiettivi 5 e 6 sono stati raggiunti in tutti e 23 i casi presi in esame. (tabella I., figura 4.2)

Tabella I. Esplicazione singoli obiettivi citati 5 e 6

Obiettivo 5	L'assistito/caregiver è stato coinvolto attivamente nella selezione del sito della stomia e concorda di essere soddisfatto della scelta dello stoma siting
Obiettivo 6	L'assistito e i suoi familiari sono stati incoraggiati a porre domande e riferiscono di essere soddisfatti delle informazioni ricevute

Al contrario l'obiettivo 3 è stato raggiunto solo per il 22% del totale e l'obiettivo 4 è stato raggiunto parzialmente per il 43% dei soggetti. (tabella II., figura 4.2)

Tabella II. Esplicazione singoli obiettivi citati 3 e 4

Obiettivo 3	L'assistito/caregiver ha compreso quali potrebbero essere le modifiche allo stile di vita a seguito dell'intervento chirurgico
Obiettivo 4	L'assistito/caregiver ha avuto la possibilità di vedere, applicare e/o rimuovere diversi dispositivi per la stomia

Preoperatorio

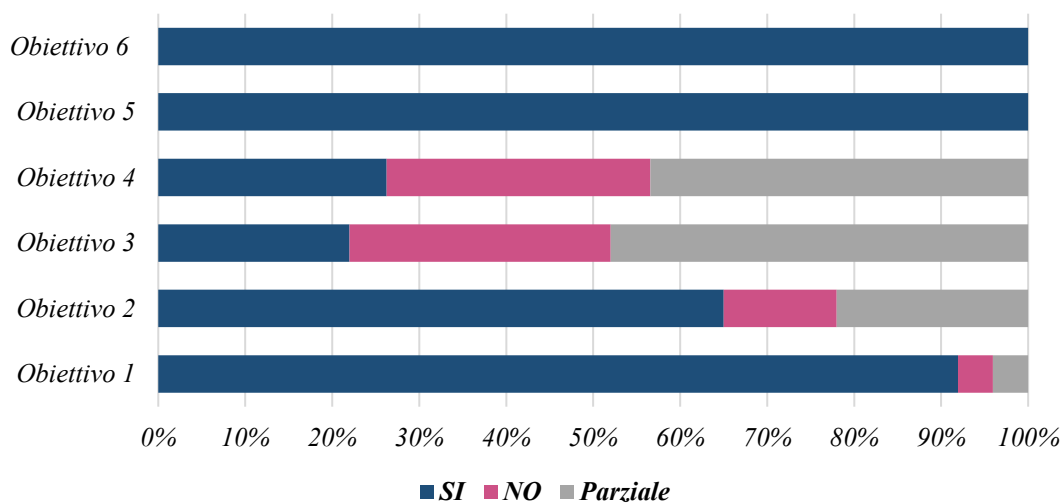


Figura 4.2 Rappresentazione grafica percentuale acquisizione obiettivi preoperatori

Mediante valutazione per singola tipologia di intervento chirurgico, sono emerse alcune differenze per quanto riguarda l'avvenuta o non avvenuta acquisizione degli obiettivi. L'obiettivo 4, per i soggetti con Bricker, non è stato raggiunto dal 60% del campione mentre per i pazienti con UCS l'obiettivo è stato raggiunto solo parzialmente con valore pari al 69% del campione. (tabella III)

Tabella II. Percentuali a confronto raggiungimento obiettivi preoperatori

Obiettivo	UCS	Bricker	Totale
Obiettivo 1:			
Si (%)	12 (92%)	9 (90%)	21 (91%)
No (%)	0 (0%)	1 (10%)	1 (4%)
Parziale (%)	1 (8%)	0 (0%)	1 (4%)
Obiettivo 2:			
Si (%)	8 (62%)	7 (70%)	15 (65%)
No (%)	2 (15%)	1 (10%)	3 (13%)
Parziale (%)	3 (23%)	2 (20%)	5 (22%)
Obiettivo 3:			
Si (%)	2 (15%)	3 (30%)	5 (22%)
No (%)	3 (23%)	4 (40%)	7 (30%)
Parziale (%)	8 (62%)	3 (30%)	11 (48%)
Obiettivo 4:			
Si (%)	3 (23%)	3 (30%)	6 (26%)
No (%)	1 (8%)	6 (60%)	7 (30%)
Parziale (%)	9 (69%)	1 (10%)	10 (43%)
Obiettivo 5:			
Si (%)	13 (100%)	10 (100%)	23 (100%)
No (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Parziale (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Obiettivo 6:			
Si (%)	13 (100%)	10 (100%)	23 (100%)
No (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Parziale (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

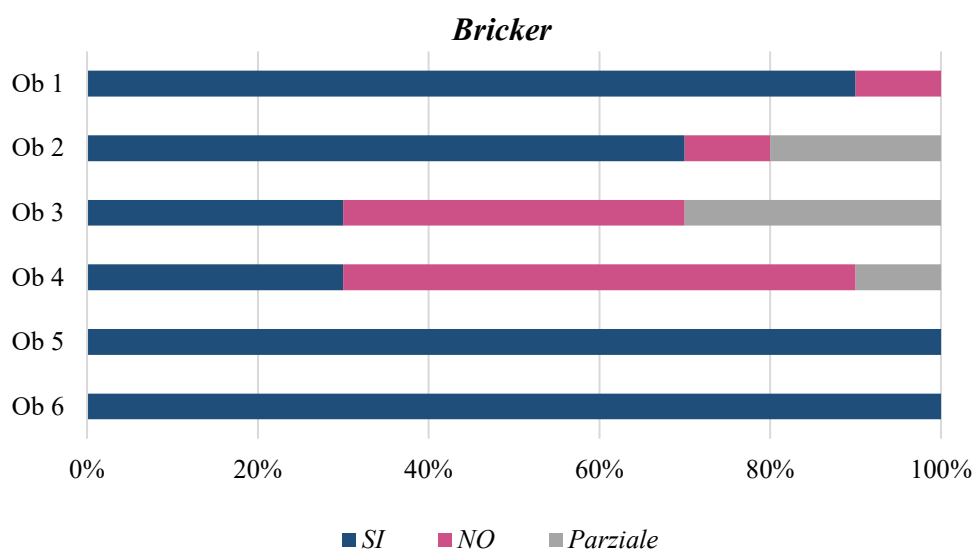


Figura 4.3 Rappresentazione grafica differenza raggiungimento UCS e Bricker

Nell'analisi degli obiettivi postoperatori del nuovo protocollo educativo, il numero totale di soggetti presi in studio è di 22 pazienti poiché per un soggetto si hanno dati mancanti comunque considerati nell'analisi come NA.

Tra i 10 obiettivi totali quello che ha ottenuto una maggior realizzazione con un valore pari al 95% è l'obiettivo numero 9, mentre gli obiettivi 1 e 2 hanno ottenuto il 91% di acquisizione. (tabella IV)

Tabella IV. Esplicazione singoli obiettivi citati 1,2 e 9

Obiettivo 1	L'assistito sa quale è il normale aspetto dello stoma, della cute peristomale e dell'output stomale
Obiettivo 2	L'assistito sa in caso di dimissione con stent, che bisogna porre attenzione a non dislocare gli stent, sa verificare il corretto funzionamento (gocciolamento) e sa che non devono essere irrigati
Obiettivo 9	L'assistito e i suoi familiari sono stati incoraggiati a porre domande e riferiscono di sentirsi soddisfatti delle informazioni ricevute

L'unico obiettivo che non ha sviluppato alcuna positività nell'acquisizione è il numero 6 ossia "L'assistito ha compreso quali sono le raccomandazioni sulla ripresa dell'attività fisica dopo chirurgia addominale". (figura 4.4)

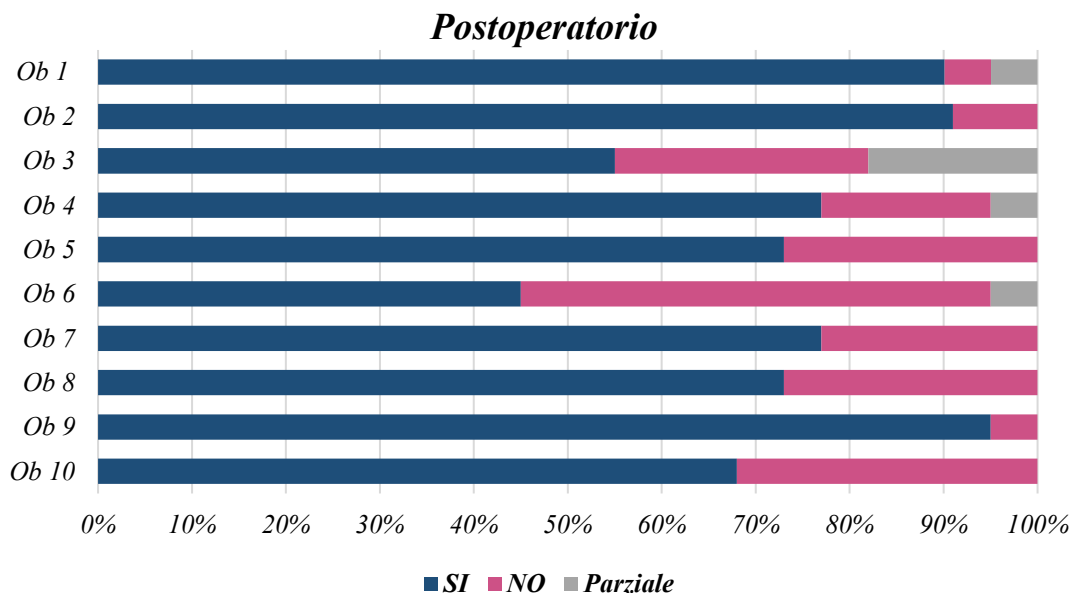


Figura 4.4 Rappresentazione grafica percentuale acquisizione obiettivi postoperatori

Si è deciso di esaminare il raggiungimento degli obiettivi per singola tipologia di intervento chirurgico così da valutare eventuali differenze non riscontrabili nella totalità. (tabella V, figura 4.5)

Da questa valutazione è emerso che i pazienti con dispositivo Bricker sono stati in grado di raggiungere nella loro totalità tre obiettivi: l'1,8 e 9.

L'obiettivo 8 cita: "L'adattamento psicologico alla stomia è stato documentato".

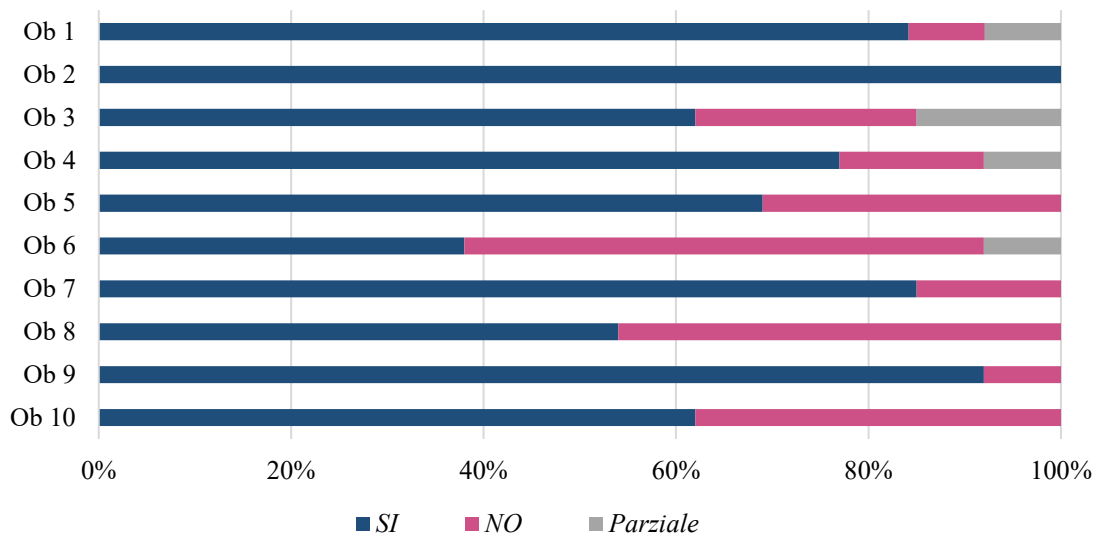
Mentre per i pazienti con UCS è stato raggiunto nella totalità solamente l'obiettivo numero 2. (tabella IV, V)

Tabella V. Percentuali confronto raggiungimento obiettivi postoperatori

Obiettivo	UCS	Bricker	Totale
Obiettivo 1:			
Si (%)	11 (85%)	9 (100%)	20 (91%)
No (%)	1 (8%)	0 (0%)	1 (5%)
Parziale (%)	1 (8%)	0 (0%)	1 (5%)
Obiettivo 2:			
Si (%)	13 (100%)	7 (78%)	20 (91%)
No (%)	0 (0%)	2 (22%)	2 (9%)
Parziale (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Obiettivo 3:			
Si (%)	8 (62%)	4 (44%)	12 (55%)
No (%)	3 (23%)	3 (33%)	6 (27%)
Parziale (%)	2 (15%)	2(22%)	4 (18%)
Obiettivo 4:			
Si (%)	10 (77%)	7 (78%)	17 (77%)
No (%)	2 (15%)	2 (22%)	4 (18%)
Parziale (%)	1 (8%)	0 (0%)	1 (5%)
Obiettivo 5:			
Si (%)	9 (69%)	7 (78%)	16 (73%)
No (%)	4 (31%)	2 (22%)	6 (27%)
Parziale (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Obiettivo 6:			
Si (%)	5 (38%)	5 (56%)	10 (45%)
No (%)	7 (54%)	4 (44%)	11 (50%)
Parziale (%)	1 (8%)	0 (0%)	1 (5%)
Obiettivo 7:			
Si (%)	11 (85%)	6 (67%)	17 (77%)
No (%)	2 (15%)	3 (33%)	5 (23%)
Parziale (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Obiettivo 8:			
Si (%)	7 (54%)	9 (100%)	16 (73%)
No (%)	6 (46%)	0 (0%)	6 (27%)
Parziale (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Obiettivo 9:			
Si (%)	12 (92%)	9 (100%)	21 (95%)
No (%)	1 (8%)	0 (0%)	1 (5%)
Parziale (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Obiettivo 10:			
Si (%)	8 (62%)	7 (78%)	15 (68%)
No (%)	5 (38%)	2 (22%)	7 (32%)
Parziale (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

UCS



Bricker

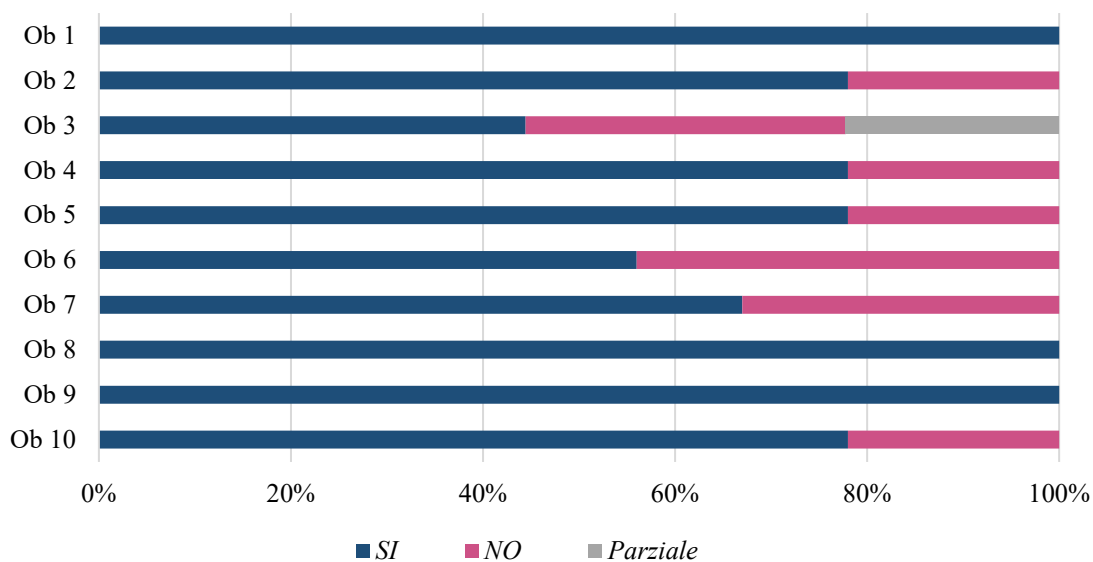


Figura 4.5 Rappresentazione grafica differenza raggiungimento UCS e Bricker

4.2 Urostomy Education Scale

La scala UES per la valutazione delle capacità nel cambio presidio di raccolta è stata somministrata al totale del campione.

Il numero di sedute registrate è stato da un minimo di 1 seduta ad un massimo di 6 sedute educative.

Valutando il campione totale, si è deciso di escludere 9 soggetti seguendo due criteri di eliminazione essenziali:

- Pazienti con più di 3 sedute educative
- Somministrazione della scala ad un solo soggetto

Si è ottenuto così un campione totale di 14 pazienti.

4.2.1 Timing delle sedute educative

Per tutti e 14 i pazienti sono stati valutati tre aspetti principali:

- Dopo quante giornate postoperatorie è stata iniziata l'educazione
- Il numero di sedute complessivo
- Il numero di giornate intercorse tra l'inizio della prima sessione educativa e la dimissione

La prima sessione educativa è avvenuta tra la 3° e 4° giornata postoperatoria (mediana 3,5 [IQR 2.25,4.00]).

Le sedute educative registrate sono state generalmente 4 (mediana 4 [IQR 3.00, 5.00]). Nel campione analizzato di 14 soggetti, si osserva un numero minimo di 3 sedute fino ad un massimo di 6 ottenuta in un singolo paziente.

Le giornate di calendario trascorse tra l'inizio dell'educazione e l'ultima sessione educativa registrata è di circa 6 giorni (mediana 6 [IQR 4.00, 8.00]).

4.2.2 Punteggi della scala UES

È stata condotta un'analisi sull'ultima sessione educativa registrata, nella quale si osserva una mediana di 19 con punteggio minimo di 16 e massimo di 21 [IQR 18.00, 21.00]. (tabella VI)

Tabella VI Punteggi singolo item ultima seduta educativa e totale

Id	ues 1	ues 2	ues 3	ues 4	ues 5	ues 6	ues 7	Tot
1	3	2	2	2	3	3	3	18
2	3	3	3	3	3	3	3	21
3	2	3	2	3	3	3	3	19
4	3	3	2	2	3	3	3	19
5	2	3	2	3	3	3	3	19
6	3	3	3	3	3	3	3	21
7	2	3	2	2	3	3	3	18
8	3	3	2	2	3	3	3	19
9	3	3	3	3	3	3	3	21
10	3	3	2	2	2	2	3	17
11	3	3	3	3	3	3	3	21
12	3	2	2	2	3	3	1	16
13	3	3	3	3	3	3	3	21
14	3	3	2	3	3	3	3	20

Prendendo in osservazione i singoli obiettivi della scala UES raccolti nell'ultima sessione educativa, si osserva come da tutti i soggetti sia stato ottenuto un punteggio tra 2 e 3.

Fanno eccezione l'item n.3 "Misurazione del diametro dello stoma", in cui la maggior parte dei soggetti ottiene punteggio finale di 2 e l'item 7 in cui un singolo soggetto ha ottenuto punteggio pari a 1 "il paziente richiede assistenza durante la procedura" (tabella VII, figura 6)

Tabella VII Punteggi e Percentuali singoli item UES

Punt.	ues 1	ues 2	ues 3	ues 4	ues 5	ues 6	ues 7
1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (7%)
2	3 (21%)	2 (14%)	9 (64%)	6 (43%)	1 (7%)	1 (7%)	0 (0%)
3	11 (79%)	12 (86%)	5 (36%)	8 (57%)	13 (93%)	13 (93%)	13 (93%)

4.2.3 Curva di apprendimento

Per la valutazione della curva di apprendimento si è scelto di analizzare solo i casi in cui fossero state registrate almeno 3 sedute educative. Inoltre, in alcuni casi la stessa scala di valutazione è stata utilizzata nella registrazione dei punteggi di più persone (ad es. paziente e caregiver), non potendo quindi discernere le due valutazioni anche questi soggetti sono stati esclusi dall'analisi.

Pertanto, la valutazione della curva di apprendimento analizza i dati di 59 osservazioni riferite a 14 pazienti.

In prima analisi sono state considerate le 59 osservazioni come indipendenti tra loro. In tabella VIII sono riportate le mediane e gli intervalli interquartili per ogni singolo item della scala e per ogni sessione educativa registrata (temporalmente dalla sessione n. 1 alla sessione n. 6).

È stata inoltre inserita nella tabella la percentuale di raggiungimento delle capacità nella sostituzione del presidio di raccolta calcolata sulla base del punteggio mediano ottenuto rapportato al punteggio massimo della scala UES (21 punti).

Tabella VIII. Mediana ed intervalli interquartili (IQR)

<i>n. edu</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
	<i>Mediana [IQR]</i>	<i>Mediana [IQR]</i>	<i>Mediana [IQR]</i>	<i>Mediana [IQR]</i>	<i>Mediana [IQR]</i>	<i>Mediana [IQR]</i>
<i>ues 1</i>	1.00 [1.00, 1.00]	2.00 [1.00, 2.00]	2.00 [2.00, 2.75]	3.00 [3.00, 3.00]	3.00 [3.00, 3.00]	2.00 [2.00, 2.00]
<i>ues 2</i>	1.00 [1.00, 2.00]	1.00 [0.00, 2.00]	2.00 [2.00, 3.00]	2.50 [2.00, 3.00]	3.00 [2.25, 3.00]	3.00 [3.00, 3.00]
<i>ues 3</i>	0.00 [0.00, 0.00]	1.00 [0.00, 2.00]	2.00 [1.25, 2.00]	2.00 [2.00, 2.75]	2.50 [2.00, 3.00]	2.00 [2.00, 2.00]
<i>ues 4</i>	0.00 [0.00, 0.00]	1.50 [0.00, 2.00]	2.00 [1.25, 2.00]	2.00 [2.00, 3.00]	2.50 [2.00, 3.00]	2.00 [2.00, 2.00]
<i>ues 5</i>	0.00 [0.00, 0.00]	1.00 [0.00, 2.00]	2.00 [2.00, 3.00]	3.00 [2.25, 3.00]	3.00 [3.00, 3.00]	3.00 [3.00, 3.00]
<i>ues 6</i>	0.00 [0.00, 0.00]	0.50 [0.00, 2.00]	2.00 [2.00, 3.00]	2.00 [2.00, 3.00]	3.00 [2.25, 3.00]	3.00 [3.00, 3.00]
<i>ues 7</i>	1.00 [1.00, 4.50]	2.00 [1.00, 3.00]	3.00 [2.25, 3.00]	3.00 [2.00, 3.00]	3.00 [3.00, 3.00]	3.00 [3.00, 3.00]
<i>ues tot</i>	1.50 [1.00, 4.50]	10.00 [3.25, 13.75]	15.00 [14.00, 19.25]	18.50 [16.00, 19.00]	19.50 [17.25, 21.00]	18.00 [18.00, 18.00]
<i>% ues</i>	7.14 [4.76, 21.43]	47.62 [15.48, 65.48]	71.43 [66.67, 86.91]	88.10 [76.19, 90.48]	92.85 [82.14, 100.00]	85.71 [85.71, 85.71]

In figura 4.6 emerge come il punteggio totale della scala UES aumenti in base al numero di sessioni educative condotte.

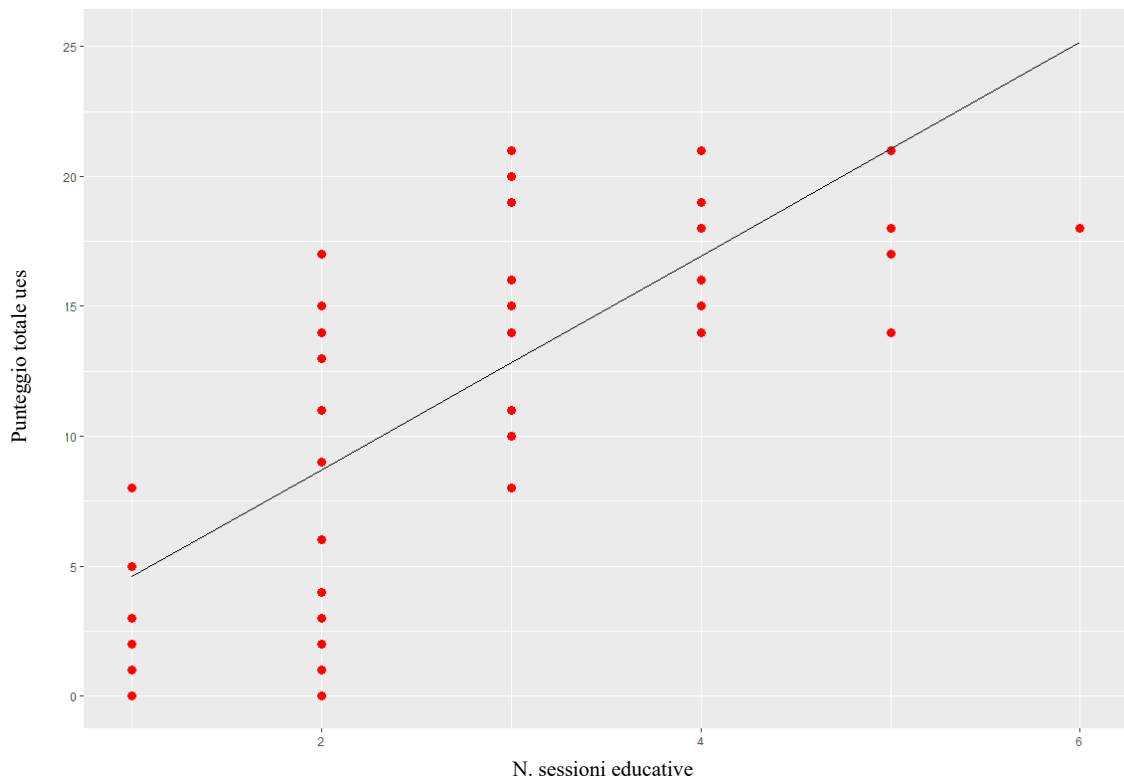


Figura 4.6 Grafico pendenza retta correlazione punteggio totale ues e numero sedute educative

È stato costruito un modello lineare univariato che dimostra come ad ogni sessione educativa lo score della scala UES aumenti in media di 4,12 punti ($p\text{-value} = 0,001$).

Pertanto secondo questo modello sarebbe necessario condurre 5 sedute educative per raggiungere il massimo punteggio nella scala UES.

Tuttavia, questa prima analisi non ha tenuto in considerazione che le osservazioni non sono indipendenti tra loro ma bensì appartenenti a un pool di pazienti a cui sono state registrate più osservazioni nel tempo.

Nella figura 4.7 si può osservare infatti come per ogni individuo il punteggio registrato nella scala UES ad ogni seduta educativa non cresca linearmente, invece pendenza ed intercetta variano da soggetto a soggetto.

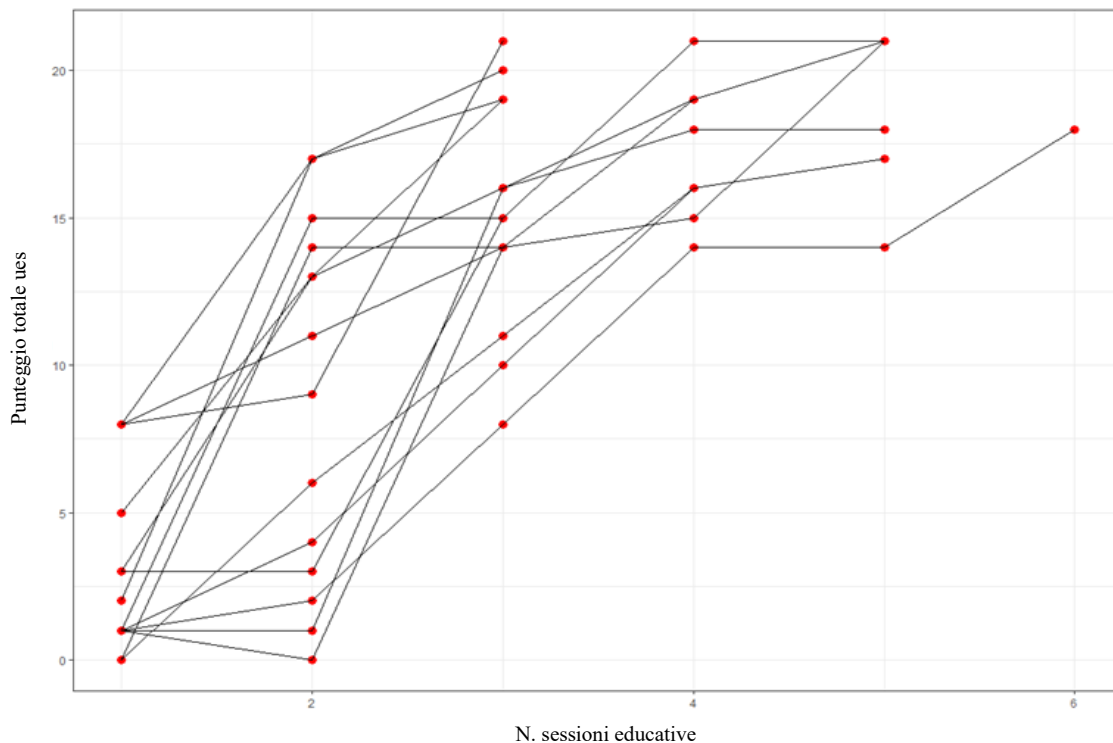


Figura 4.7 Grafico punteggi ues correlati a singolo paziente (variabili dipendenti)

Pertanto si è costruito un nuovo modello lineare con intercetta random che tenesse in considerazione il fatto che i dati siano aggregati per singolo paziente. Inoltre, si è scelto inserire delle covariate per valutare l'effetto che le seguenti variabili possono avere nel processo di apprendimento: età, sesso, complicanze postoperatorie e giornata postoperatoria di inizio educazione.

Il nuovo modello ha invece calcolato che ad ogni seduta educativa il punteggio della scala UES aumenta di 4,7 punti ($p\text{-value} = 0,001$). Pertanto il punteggio massimo della scala UES può essere raggiunto in 4-5 sedute educative, tenendo conto della variabilità individuale.

Tuttavia, testando il modello multivariato con intervetta random è emerso che esso possa spiegare solo il 54% della varianza che rimane dopo aver valutato la variabilità con gli effetti fissi.

Infatti, la figura 4.8 dimostra che il modello (rappresentato dalla retta) non combacia perfettamente con le osservazioni raccolte (punti rossi) nei singoli casi.

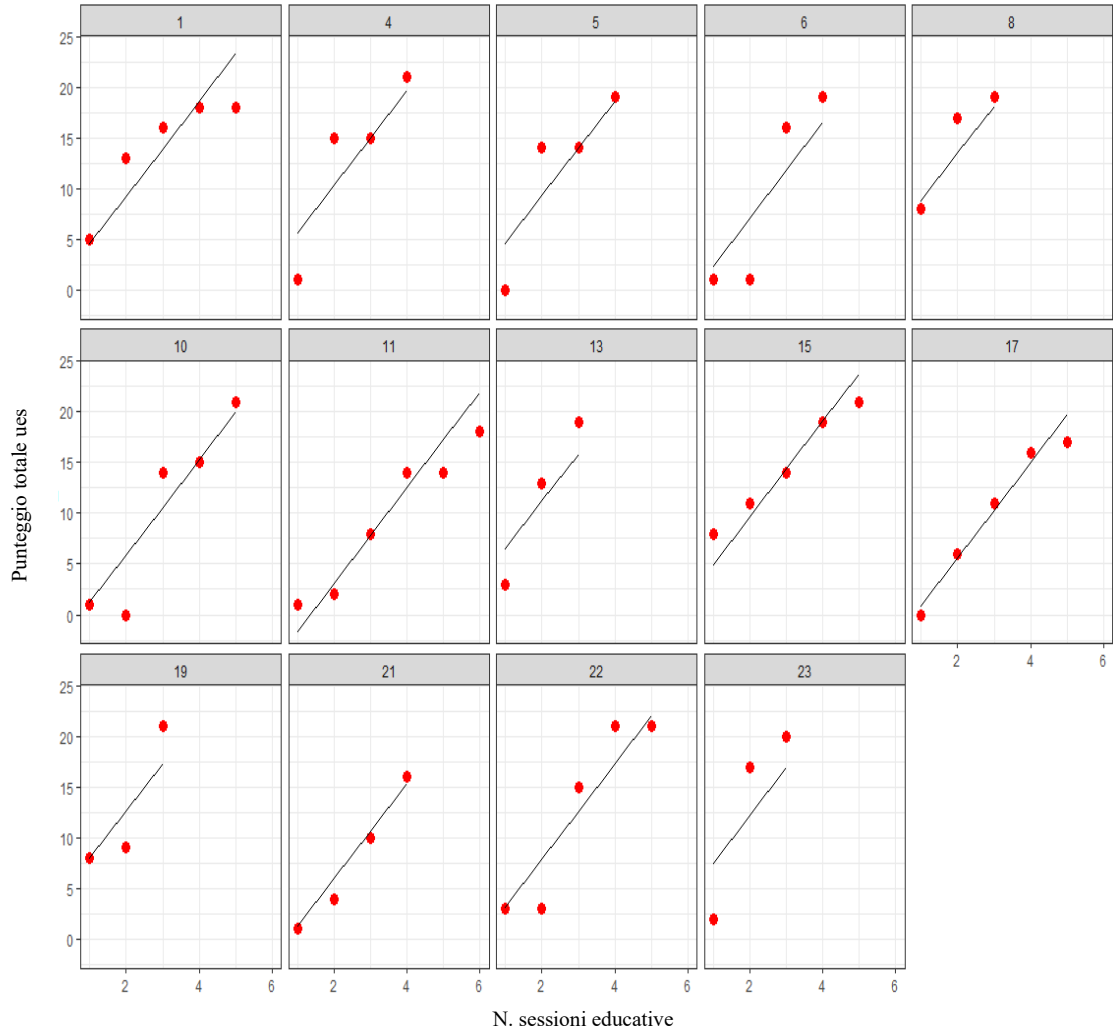


Figura 4.8 Valutazione con covariante età del singolo paziente

CAPITOLO 5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'educazione alla gestione della propria urostomia rappresenta uno dei punti fondamentali per l'assistenza infermieristica vedendo coinvolti anche i caregivers.

I dati in letteratura si soffermano maggiormente sulla valutazione delle capacità psicologiche (22) nell'affrontare questo nuovo cambiamento più che sulle capacità pratiche in sé. L'Urostomy Education Scale rappresenta uno strumento di valutazione quantitativa delle capacità di apprendimento del paziente nella gestione dell'urostomia che standardizzato dimostra un'elevata affidabilità e validità nel contesto europeo. (23, 24).

Attraverso approfondite analisi dei dati raccolti nell'U.O.C di Urologia dell'Ospedale San Bassiano, possiamo dare risposta ai seguenti quesiti precedentemente posti:

Quali sono gli obiettivi nella fase pre- e nella fase postoperatoria maggiormente acquisiti e quali no da parte dei pazienti?

A fronte di tale indagine è possibile proporre alcune modifiche che potrebbero migliorare il protocollo?

Gli obiettivi maggiormente acquisiti dai 23 pazienti presi in osservazione nel periodo preoperatorio sono rappresentati dai numeri 1,5 e 6 (tabella I.) mentre gli obiettivi 3 e 4 (tabella II.) non raggiungono l'acquisizione.

Nel periodo postoperatorio gli obiettivi maggiormente raggiunti sono: l'1,2 e 9 (tabella IV.) mentre un solo il numero 6 è risultato come obiettivo non raggiunto.

In entrambi i processi educazionali gli obiettivi con meno acquisizione da parte dei pazienti riguardano le modifiche che dovranno essere apportate allo stile di vita a seguito di intervento chirurgico, ne consegue che si potrebbe aumentare la trasmissione di informazioni riguardo alle modifiche dello stile di vita nel preoperatorio così che migliori l'educazione anche nel postoperatorio. (17, 18)

Partendo da tale osservazione si potrebbe considerare di ampliare il protocollo attuale aggiungendo la possibilità di raggiungere tali obiettivi in più momenti così da permettere a tutti i pazienti di raggiungere nel suo complesso l'obiettivo.

Il fulcro di questa analisi è rappresentato dalla ricerca e valutazione dell'efficacia dell'applicabilità del nuovo protocollo nell'U.O.C. Urologia dell'ospedale San Bassiano, così da permettere ai pazienti di ottenere nel minor tempo possibile un core minimo di nozione per poter gestire autonomamente l'urostomia a domicilio. (18, 19)

Per l'analisi statistica della scala UES inizialmente è stato valutato: il numero di sessioni educative, dopo quante giornate postoperatorie è stata iniziata l'educazione e quante sedute sono state eseguite dopo l'inizio del processo educativo postoperatorio. Generalmente le sessioni educative sono 4 con un minimo di 3 ed un massimo di 6; esse vengono intraprese all'incirca verso la 3° e 4° giornata postoperatoria e si concludono circa dopo 6 giorni dall'inizio dell'educazione.

Attraverso analisi lineare si è osservato che in media il punteggio della scala UES aumenti ogni sessione di 4,12 punti ($p\text{-value}=0,001$), dimostrando come sia necessario condurre 5 sessioni educative per raggiungere il core minimo.

Si è valutato questo modello inserendo le seguenti covarianti: età, sesso, complicanze postoperatorie e giornata postoperatoria di inizio educazione, così da osservare il loro effetto. Ne è scaturito che in questo caso il punteggio aumenti di 4,7 punti ogni seduta evidenziando come lo score minimo può essere raggiunto in 4 o 5 sedute educative.

Ne consegue che il paziente può raggiungere un core minimo di conoscenze sufficienti per la gestione autonoma a domicilio dell'urostomia in 4 o 5 sessioni educative.

Ci si è chiesti inoltre se in letteratura ci fossero alcune indicazioni cardini che esprimessero quale fosse il valore minimo ottenibile nella scala UES per poter definire "autosufficiente" il paziente.

È stata consultata la banca dati PubMed che però non ha fornito risultati definitivi a tutt'oggi, non è possibile identificare in letteratura un core minimo di conoscenze con le quali il paziente può essere dimesso.

Il risultato della ricerca nell'U.O.C. Urologia dell'Ospedale San Bassiano, fornendo un'indicazione all'esecuzione di minimo 5 sedute educative rappresenta una risposta nel nostro contesto operativo a questo quesito.

5.1 Conclusioni

L'obiettivo principale di tale ricerca è rappresentato dalla volontà di valutare come il nuovo protocollo di educazione al paziente urostomizzato dell'U.O.C dell'Ospedale San Bassiano sia in grado di fornire un core minimo di educazione al paziente prima di dimetterlo e di valutarne la sua efficacia nell'applicazione.

Valutando i risultati ottenuti da questa analisi si osserva come tale strumento sia in grado di fornire un'educazione standardizzata al paziente e di garantirgli il raggiungimento di un core minimo di educazione per poter gestire in autonomia il proprio dispositivo dopo 4 o 5 sessioni educative circa. Per i pazienti che hanno eseguito più di quattro sedute educative i valori della scala UES sono rimasti statisticamente invariati o aumentati di poco.

Un quesito che emerge è se sia necessario procedere con l'intero processo educativo della scala UES nelle sedute educative successive alla quarta oppure soffermarsi sul singolo item deficitario così da rinforzare lo stesso ed ottenere il massimo punteggio. Questo dato ci prospetta come il suo utilizzo possa influire positivamente sul modello fast track; necessitando 4 o 5 sedute totali per completare l'addestramento ed essendo l'inizio dell'educazione circa in 2° o 3° giornata postoperatoria, il paziente potrebbe essere pronto per la dimissione nei tempi standard del fast track.

Tale modello non può essere considerato privo di limiti, in quanto è stato necessario escludere alcuni soggetti nella valutazione della scala UES ed anche per il fatto che esso spieghi solamente il 54% della varianza che rimane valutando il modello fisso con l'aggiunta delle variabili.

Si può in conclusione affermare che con l'attuazione di tale piano educativo i pazienti durante le sedute educative riescano a raggiungere un core minimo di conoscenze adeguate con un totale di 4 o 5 sedute educative prima di poter rientrare a domicilio e di presentare una learning curve adeguata.

Tale protocollo dimostra elevata validità e positività nel raggiungimento del self-care in unione al modello fast-track, ottenendo buoni risultati già nei primi tre anni di applicabilità nell'U.O.C di Urologia dell'Ospedale San Bassiano, facendo sperare in un continuo miglioramento.

BIBLIOGRAFIA

1. Treccani Stomia. Enciclopedia Online. Reperibile nel sito: <http://www.treccani.it/enciclopedia/stomia>
2. AIOM, Associazione Italiana di Oncologia Medica. I numeri del Cancro in Italia 2021. Undicesima edizione. Intermedia E, editor. 2021. 149.
3. AIOM-Associazione Italiana di Oncologia Medica. Linee Guida Tumore dell'Urotelio. 2021; Reperibile al sito: https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2022/01/LG-459-AIOM_Urotelio.pdf
4. AIOM-Associazione Italiana di Oncologia Medica. Linee guida Tumori dell'Urotelio. 2020; Reperibile al sito: https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2020/12/2020_LG_AIOM_Urotelio
5. Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare, Janice L. Hinkle, e Kerry H. Cheever. Derivazioni Urinarie. In *Infermieristica medico-chirurgica*, a cura di: Nebuloni Giorgio, Badon Pierluigi, e Mareggini Silvia, 5° ed., Vol.2; 288-92. Italia: Casa Editrice Ambrosiana, 2017
6. IEO-Istituto Europeo di Oncologia. Gestione delle Urostomie-Booklest. Una guida per i pazienti. 2018; Reperibile al sito: [https://www.ieo.it/Doduments/Materiale%20infoeducativo/11_Gestione%20urostomie%20\(CSE.DO.1133.B\).pdf](https://www.ieo.it/Doduments/Materiale%20infoeducativo/11_Gestione%20urostomie%20(CSE.DO.1133.B).pdf)
7. AIOM-Associazione Italiana di Oncologia Medica. Linee Guida Carcinoma della Vescica. 2015; Reperibile al sito: http://media.aiom.it/userfiles/files/doc/LG/2015_LG_AIOM_Vescica.pdf
8. United Ostomy Association of America. Urostomy Guide. 2017; Reperibile al sito: <https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/03/UrostomyGuide.pdf>.
9. Elke Rammant, Karel Decaestecker, Renée Bultijnck, Nora Sundahl, Piet Ost, Nele S. Pauwels, Benedicte Deforche, Ronny Pieters, e Valérie Fonteyne. A Systematic Review of Exercise and Psychosocial Rehabilitation Interventions to Improve Health-Related Outcomes in Patients with Bladder Cancer Undergoing Radical Cystectomy. *Clinical Rehabilitation*; May 2018; 32(5):594–606. <https://doi.org/10.1177/0269215517746472>.
10. Bente Thoft Jensen, Thordis Thomsen, Nihal Mohamed, Catherine Peterson, Heather Goltz, Nora L. Retinger, Vibeke R. Witt, e Susanne Vahr Lauridse. Efficacy

- of Pre and Rehabilitation in Radical Cystectomy on Health Related Quality of Life and Physical Function: A Systematic Review. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*; Mar 2022; 9(7): 10046. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.02.008>.
11. Giulia Villa, Duilio F. Manara, Tommaso Brancato, Gennaro Rocco, Alessandro Stievano, Ercole Vellone, e Rosaria Alvaro. Life with a urostomy: A Phenomenological Study. *Applied Nursing Research*; Feb 2018; 39:46-52. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.005>
 12. Nihal E Mohamed, Phapichaya Chaoprang Herrera, Shawna Hudson, Tracey A. Revenson, Cheryl T Lee, Diane Z. Quale, Christina Zarcadoolas, Simon J. Hall, e Michael A Diefenbach. Muscle invasive Bladder Cancer: Examining Survivor Burden and Unmet Needs. *The Journal of Urology*; Jan 2014; 191(1):48-53. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2013.07.062>.
 13. Berrin Pazar, Ayla Yava, ŞerefBaşal. Health-Related Quality of Life in Persons Living with a Urostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*; May-Jun 2015; 42(3):264-270. <https://doi.org/10.1097/WON.000000000000110>.
 14. Renzo Zanotti. *Filosofia e Teoria nella Moderna Conettualità del Nursing Professionale*. Prima edizione Piccin; Nuova Libreria; 2010 Padova
 15. Andrew Zganiar, Katie Galvin, Kathleen Mann, Alexandra Dahlgren, Jeffrey Thompson, Elizabeth Wulff-Burchfield, Hadley Wyre, et al. Intensive Preoperative Ostomy Education for the Radical Cystectomy Patient. *Urologic Oncology*; 14 Jun 2021: S1078-1439(21)00182-4. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2021.04.025>.
 16. Elizabeth M. Wulff-Burchfield, Maryellen Potts, Katherine Galvin, eMoben Mirza. A Qualitative Evaluation of Nurse-Led Pre-operative Stoma Education Program for Bladder Cancer Patients. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*; Oct 2021: 29(10):5711-5719. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06093-0>.
 17. Jennie Burch. Care of patients with peristomal skin complications. *Nursing Standard*; 2014; 28(37):51-57. <https://doi.org/10.7748/ns.28.37.51.e8317>.

18. Linda Berti-Hearn, Brenda Elliott. Urostomy Care: A Guide for Home Care Clinicians. *Home Health Care Now*; Sep-Oct 2019; 37(5):248-55. [10.1097/NHH.0000000000000792](https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000792).
19. Jennie Burch. Looking after the stoma and the surrounding peristomal skin. *Nursing and Residential Care*; 2014; 16(4):190-95
20. Gabriele Roveron, Giorgio De Toma, Maria Barbierato. Italian Society of Surgery and Association of Stoms Care Nurses Joint Position Statement on Preoperative Stoma Siting. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*; April 2016; 43(2):165-69. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000204>.
21. Jennie Burch, Rebecca Slater. Enhanced Recovery After Surgery: Benefit for the Stoma Care Patient. *British Journal of Nursing*; 22 April 2012; Vol 21(6):S16-19. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.Sup6.S16>.
22. Cheryl Shih, Michael P. Porter. Health-related quality of life after cystectomy and urinary diversion for bladder cancer. *Advances in Urology*, 2011: 715892. <https://doi.org/10.1155/2011/715892>
23. Bente T. Jensen, W. de Blok, Berit Kiesbye, e Susanne A. Kristensen. Validation of the Urostomy Education Scale: The European Experience. *Urologic Nursing*; 33(5):219-229
24. Susanne A. Kristensen, Bente Thoft Jensen. Testing inter-rater reliability of the Urostomy Education Scale. *European Journal of Oncology Nursing*; Feb 2016; 20:17-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eon.2015.06.004>

ALLEGATI

Allegato 1. Piano educativo e di addestramento dell'assistito con urostomia
(Scheda da allegare alla cartella infermieristica e alla scheda infermieristica di dimissione)

COGNOME _____ NOME _____ nato il _____

CAREGIVER: (1) _____ (2) _____

Svolgere l'intervento educativo come da Istruzione Operativa "Piano educativo e di addestramento dell'assistito con urostomia incontinente".

PREOPERATORIO		
OBIETTIVO	INTERVENTO EDUCATIVO: COMMENTI / NOTE	OBIETTIVO RAGGIUNTO
L'assistito/caregiver sa cos'è una stomia urinaria, che aspetto ha, qual è il prodotto della stomia	_____ _____	Data: Firma:
L'assistito/caregiver sa in cosa consiste un dispositivo di raccolta per urostomia, sa distinguere tra il sistema ad un pezzo e quello a due pezzi, conosce l'utilità della sacca da notte	_____ _____ _____	Data: Firma:
L'assistito/caregiver ha compreso quali potrebbero essere le modifiche allo stile di vita a seguito dell'intervento chirurgico	_____ _____	Data: Firma:
L'assistito/caregiver ha avuto la possibilità di vedere, applicare e/o rimuovere diversi dispositivi per la stomia	_____ _____	Data: Firma:
L'assistito/caregiver è stato coinvolto attivamente nella selezione del sito della stomia e concorda di essere soddisfatto della scelta dello <i>stoma siting</i>	_____ _____	Data: Firma:
L'assistito e ai suoi familiari sono stati incoraggiati a porre domande e riferiscono di essere soddisfatti delle informazioni ricevute	_____ _____ _____	Data: Firma:

POSTOPERATORIO (dalla 2° giornata)		
OBIETTIVO	INTERVENTO EDUCATIVO: COMMENTI / NOTE	OBIETTIVO RAGGIUNTO
L'assistito sa qual è il normale aspetto dello stoma, della cute peristomale e dell'output stomale	_____	Data: Firma:
<u>Solo in caso di dimissione con stent urinari in sede</u> L'assistito sa che bisogna porre attenzione a non dislocare gli stent, sa verificarne il corretto funzionamento (gocciolamento) e sa che non devono essere irrigati	_____	Data: Firma:
L'assistito conosce i sintomi delle infezioni delle vie urinarie	_____	Data: Firma:
L'assistito conosce le potenziali complicanze relative allo stoma e chi contattare per ricevere assistenza	_____	Data: Firma:
L'assistito ha compreso l'importanza di un adeguato introito di liquidi giornaliero e quali sono le norme dietetiche	_____	Data: Firma:
L'assistito ha compreso quali sono le raccomandazioni sulla ripresa dell'attività fisica dopo chirurgia addominale	_____	Data: Firma:
L'assistito è stato coinvolto nella scelta del dispositivo di raccolta e ha scelto quale indossare	_____	Data: Firma:
L'adattamento psicologico alla stomia è stato documentato (si faccia riferimento al punto 1 della <i>Urostomy Education Scale</i>)	_____	Data: Firma:
L'assistito e ai suoi familiari sono stati incoraggiati a porre domande e riferiscono di essere soddisfatti delle informazioni ricevute	_____	Data: Firma:
L'assistito possiede un numero sufficiente di presidi alla dimissione	_____	Data: Firma:

Allegato 2. Urostomy Education Scale

<i>Capacità</i>	<i>0 punti</i>	<i>1 punto</i>	<i>2 punti</i>	<i>3 punti</i>			
				Data			
1. Reazione allo stoma	L'assistito non mostra interesse/coping inefficace per la stomia	L'assistito ha guardato e toccato lo stoma su iniziativa dell'infermiere	L'assistito ha guardato e toccato lo stoma su propria iniziativa	L'assistito affronta lo stoma e si prepara per il futuro			
2. Rimozione del dispositivo di raccolta	L'infermiere rimuove il dispositivo di raccolta	L'assistito necessita di assistenza per la rimozione del dispositivo di raccolta	L'assistito necessita di guida verbale da parte dell'infermiere per la rimozione del dispositivo di raccolta	L'assistito è in grado di rimuovere in modo autonomo il dispositivo di raccolta			
3. Misurazione del diametro dello stoma	L'infermiere misura il diametro dello stoma	L'assistito necessita di assistenza per misurare correttamente il diametro dello stoma	L'assistito necessita di guida verbale per la misurazione del diametro dello stoma	L'assistito è in grado di misurare autonomamente il diametro dello stoma			
4. Regolazione del diametro della placca per una nuova applicazione del presidio di raccolta	L'infermiere taglia la placca del diametro corretto per la stomia	L'assistito necessita di assistenza per tagliare la placca secondo il diametro dello stoma	L'assistito necessita di guida verbale per tagliare la placca secondo il diametro della placca	L'assistito è in grado di tagliare la placca secondo il diametro dello stoma autonomamente			
5. Cura della cute peristomale	L'infermiere deterge ed asciuga la cute peristomale	L'assistito necessita di assistenza per detergere ed asciugare la cute peristomale	L'assistito necessita di guida verbale per detergere ed asciugare la cute peristomale	L'assistito è in grado di detergere ed asciugare la cute peristomale autonomamente			
6. Applicazione del nuovo dispositivo di raccolta	L'infermiere applica il nuovo dispositivo di raccolta	L'assistito necessita di assistenza per applicare il nuovo dispositivo di raccolta	L'assistito necessita di guida verbale per applicare il nuovo dispositivo di raccolta	L'assistito è in grado di applicare il nuovo dispositivo di raccolta autonomamente			
7. Vuotare il contenuto della stomia (vuotare la sacca e attaccare/staccare la sacca da notte)	L'infermiere vuota il contenuto della stomia e attacca/stacca la sacca da notte	L'assistito necessita di aiuto per vuotare il contenuto della stomia e e attaccare/staccare la sacca da notte	L'assistito necessita di guida verbale per vuotare il contenuto della stomia e attaccare/staccare la sacca da notte	L'assistito è in grado di vuotare il contenuto della stomia e di attaccare/staccare la sacca da notte			
				Totale:			
				Firma:			

