



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI BRESCIA

DIPARTIMENTO DI SPECIALITÀ MEDICO-  
CHIRURGICHE, SCIENZE RADIOLOGICHE E SANITÀ  
PUBBLICA

Corso di Laurea in Infermieristica abilitante all'esercizio  
della Professione Sanitaria di Infermiere

Relazione Finale

**Piano assistenziale standardizzato per il paziente  
sottoposto ad intervento di amputazione  
addomino-perineale secondo Miles**

Relatore:

Prof.ssa Boccali Simona

Laureanda:

Arianna Boninsegna

Matricola n. 720335

Anno Accademico 2019/2020



## ABSTRACT

*Background:* l'amputazione addomino-perineale secondo Miles è un intervento chirurgico eseguito per il trattamento delle neoplasie del canale anale avanzate e consiste nell'escissione completa del colon sigmoideo, del retto, del tessuto perirettale e del canale anale. L'ano viene chiuso e viene creata una colostomia definitiva per garantire la derivazione a feci e gas. È una procedura chirurgica altamente demolitiva per il paziente, sia dal punto di vista fisiologico che psicologico e la figura dell'infermiere gioca un ruolo fondamentale durante tutto il percorso della persona assistita. Una scorretta organizzazione tra professionisti, prestazioni disomogenee e variabili influenzano la qualità dell'assistenza infermieristica in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza. A tal proposito è di fondamentale importanza adottare un piano assistenziale standardizzato ovvero un piano interdisciplinare di cura, contenente in forma pre-strutturata i problemi assistenziali prevalenti, le attività standard in risposta al problema e gli indicatori di risultato specifici. Esso viene realizzato dall'infermiere, in risposta agli specifici bisogni di salute, utilizzando un linguaggio infermieristico standardizzato ovvero le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.

*Obiettivo:* migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica al paziente chirurgico e, in particolare, al paziente sottoposto ad intervento di amputazione addomino-perineale secondo Miles grazie all'implementazione di un piano assistenziale standardizzato. Un altro obiettivo è quello di dimostrare l'importanza di utilizzare un linguaggio infermieristico standardizzato a discapito di un linguaggio scientifico non standardizzato per governare il sistema organizzativo e informativo dell'unità operativa, per ridurre la variabilità clinica e di risultato e per minimizzare gli errori.

*Materiali e metodi:* per la realizzazione del piano assistenziale standardizzato prima di tutto è stata individuata la sede in cui applicarlo ovvero l'U.O di Chirurgia Generale dell'ASST di Cremona ed è stato definito l'intervento chirurgico più idoneo ovvero l'amputazione addomino-perineale secondo Miles. Dopodiché è stata effettuata una ricerca basata sulle evidenze scientifiche, svolta nelle banche dati di PubMed, Cinahl e The Cochrane Library con l'utilizzo di parole libere e MeSH. Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono: standardized care plan, standardization, anal canal cancer, squamous cell anal cancer, abdominoperineal resection, standardized nursing taxonomy. I criteri di inclusione degli studi selezionati sono stati: tipologia di partecipanti (pazienti umani con diagnosi di neoplasia del canale anale, sottoposti ad intervento chirurgico di amputazione addomino-

perineale secondo Miles), tipologia di studio (revisioni sistematiche, studi sperimentali, studi longitudinali, trial clinici randomizzati, linee guida), lingua (italiano, inglese, spagnolo), articoli pubblicati negli ultimi 20 anni, articoli presenti in modalità “free full text”. I criteri di esclusione sono stati: articoli a pagamento non disponibili in versione “full text”, studi non pertinenti e articoli non completi perché ancora in fase di sviluppo.

Le informazioni ricavate dall’analisi delle fonti della letteratura sono state elaborate al fine di avere un quadro completo dell’argomento e procedere con la realizzazione dell’elaborato. Prima della stesura vera e propria del piano assistenziale standardizzato sono stati individuati i bisogni clinico assistenziali del paziente con cancro del canale anale sottoposto ad intervento di amputazione addomino-perineale secondo Miles. Partendo da un caso clinico reale e utilizzando gli 11 modelli funzionali di Marjory Gordon sono stati individuati i bisogni di salute reali e potenziali, i quali sono poi stati standardizzati e applicati a casi ideali di pazienti sottoposti al medesimo intervento. Infine, è seguita la fase di stesura del piano assistenziale vero e proprio, servendosi delle tassonomie NANDA-I, NOC e NIC.

*Sintesi dei risultati:* piano assistenziale standardizzato per i pazienti sottoposti ad intervento di amputazione addomino-perineale secondo Miles. In particolare, nel periodo pre-operatorio sono state individuate 4 diagnosi infermieristiche, 7 outcomes e 6 interventi standardizzati. Nel periodo post-operatorio, invece, sono state individuate 10 diagnosi infermieristiche, 18 outcomes e 20 interventi infermieristici standardizzati.

*Conclusioni:* il vantaggio che un piano assistenziale standardizzato apporta nella pratica clinica è il miglioramento continuo della qualità dell’assistenza infermieristica in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza. Il suo utilizzo, soprattutto per casi clinici complessi come un paziente affetto da carcinoma del canale anale sottoposto ad intervento chirurgico di amputazione addomino-perineale, garantisce che gli infermieri condividano un linguaggio comune, riducendo la variabilità e gli errori. Permette quindi di uniformare l’attività infermieristica e favorire la buona comunicazione tra professionisti, mantenendo al primo posto la sicurezza dei pazienti. Orienta al miglior beneficio, al minor rischio, al maggior gradimento e al minimo costo dell’assistenza. Tutto questo mantenendo il focus sul paziente e sulla sua individualità. Infine, è anche un valore aggiunto per la disciplina infermieristica e per la figura dell’infermiere stesso, il quale è autonomo nella realizzazione del piano assistenziale standardizzato e responsabile dell’assistenza infermieristica erogata.

## *RINGRAZIAMENTI*

*Prima di tutto vorrei ringraziare la mia relatrice Simona Boccali per la sua immensa pazienza, per i suoi indispensabili consigli, per le conoscenze trasmesse durante tutto il percorso di stesura dell'elaborato e durante il mio tirocinio nell'U.O di Chirurgia Generale.*

*Un ringraziamento è dedicato anche alla Coordinatrice del Corso di Laurea Adele Luccini e alle Tutor pedagogiche Roberta Pendoni, Gabriella Conforti, Marina Bianchessi e Olivia Somenzi. Il vostro aiuto e il vostro sapere, in questi tre anni, mi hanno permesso di diventare consapevole di ciò che è la professione e del futuro che mi attende.*

*Ringrazio infinitamente i miei genitori per avermi insegnato che i sacrifici ripagano sempre, per avermi sostenuta sia economicamente che emotivamente e per l'amore che quotidianamente mi dimostrano.*

*Un grazie di cuore al mio fidanzato per avermi supportato e incoraggiato a dare il massimo e per essermi sempre stato vicino, anche nei momenti di sconforto.*

*Ringrazio immensamente la mia migliore amica nonché compagna di università Irene. Grazie per il tuo ascolto, i tuoi consigli preziosi, la tua vicinanza. Sei speciale.*

*Grazie alle mie fantastiche compagne di università Laura, Chiara, Agata, Alessia con cui ho condiviso questo percorso di studio, ricco di emozioni ma anche di momenti difficili.*

*Per ultimi, ma non per importanza, ringrazio mio fratello, i miei nonni, i miei zii e tutte le mie amiche che non hanno mai smesso di credere in me. Vi voglio bene.*

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 1 – QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO</b>	<b>4</b>
1.1 Anatomia chirurgica del retto e dell'ano	4
1.2 Carcinoma del retto perineale o canale anale	6
1.3 Intervento chirurgico – Amputazione addomino-perineale secondo Miles con accesso laparoscopico	9
1.4 Linguaggio infermieristico standardizzato: accertamento secondo i modelli di Marjory Gordon e la Tassonomia NNN	13
1.4.1 La valutazione iniziale e gli 11 modelli di Marjory Gordon	13
1.4.2 Tassonomia NANDA-I	14
1.4.3 Tassonomia NOC (Nursing Outcome Classification)	15
1.4.4 Tassonomia NIC (Nursing Intervention Classification)	16
<b>CAPITOLO 2 – MATERIALI E METODI</b>	<b>18</b>
2.1 Individuazione della sede di applicazione e definizione dell'intervento chirurgico idoneo	18
2.2 Ricerca basata sulle evidenze scientifiche: metodo di ricerca	18
2.3 Fase preliminare: valutazione iniziale e individuazione dei bisogni clinico-assistenziali	19
2.4 Realizzazione del piano assistenziale standardizzato	20
<b>CAPITOLO 3 – RISULTATI</b>	<b>21</b>
3.1 Piano assistenziale standardizzato per i pazienti sottoposti ad intervento di amputazione addomino-perineale secondo Miles	21
<b>CAPITOLO 4 – CONCLUSIONI</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>56</b>
<b>SITOGRAFIA</b>	<b>58</b>
<b>ALLEGATO 1 – SCHEDE DI ACCERTAMENTO SECONDO I MODELLI DI MARJORY GORDON</b>	
<b>ALLEGATO 2 – CASO CLINICO</b>	

## INTRODUZIONE

La mia proposta è quella di realizzare un piano assistenziale standardizzato per il paziente sottoposto ad intervento di amputazione addomino-perineale secondo Miles da applicare al reparto di Chirurgia Generale dell'ASST di Cremona.

La decisione di intraprendere questo tipo di lavoro nasce dal mio tirocinio nell'U.O di Chirurgia Generale, durante il quale ho avuto l'occasione di partecipare all'assistenza di pazienti sottoposti ad amputazione addomino-perineale, intervento eseguito per il trattamento delle neoplasie del retto particolarmente avanzate e con localizzazione bassa. Si tratta di una procedura chirurgica altamente demolitiva in quanto, per garantire la radicalità oncologica, è prevista l'escissione completa del colon sigmoideo, del retto, del tessuto perirettale e del canale anale. Si crea una colostomia definitiva per garantire la derivazione a feci e gas con la chiusura dell'ano.

Gli aspetti emotivo-psicologici che si trovano a dover affrontare questi pazienti sono legati principalmente al cambiamento corporeo, sia dal punto di vista estetico che funzionale ma anche alla difficile accettazione della nuova immagine di sé a causa della stomia permanente. Oltre alla menomazione fisica, viene a crearsi una ferita psicologica che deve essere adeguatamente elaborata ed accettata al fine di ottenere una condizione di vita soddisfacente. Vengono compromesse la percezione del proprio aspetto fisico, l'identità, le abitudini di vita e vengono a crearsi un forte senso di inadeguatezza, vergogna, imbarazzo e timore che possono culminare nell'isolamento sociale. Conseguentemente, diventa di fondamentale importanza promuovere il benessere fisico, psicologico e sociale dei pazienti sottoposti ad amputazione addomino-perineale attuando un piano assistenziale individuale. Quest'ultimo prevede l'intervento multidisciplinare di più operatori sanitari tra cui l'infermiere che gioca un ruolo fondamentale. L'infermiere ha il compito di pianificare ed erogare un'assistenza olistica personalizzata focalizzata al raggiungimento dell'autocura, fornire informazioni, insegnare nuove abilità e promuovere la conoscenza approfondita degli aspetti fisici, psicologici ed emotivi della nuova condizione di salute.

All'interno dell'U.O. di Chirurgia Generale dell'ASST di Cremona non è presente uno specifico strumento al quale il personale infermieristico possa attenersi nel momento in cui si appropria ad un paziente candidato all'intervento chirurgico di amputazione addomino-perineale secondo Miles. Infatti, l'infermiere utilizza prevalentemente, nella presa in carico, strumenti operativi quali protocolli, linee guida e procedure elaborate nel corso degli anni

dall'Azienda stessa. Inoltre, ho avuto modo di osservare che gli infermieri documentano le principali attività assistenziali effettuate e tutte le informazioni di carattere sanitario all'interno del diario clinico infermieristico, utilizzando un linguaggio infermieristico scientifico, ma non standardizzato.

Questa esperienza di tirocinio e la partecipazione agli insegnamenti accademici di metodologia del nursing hanno rinforzato in me l'interesse per la tematica della pianificazione assistenziale, focalizzata sui bisogni della persona e al raggiungimento dei risultati di salute. In particolare, hanno stimolato in me la necessità di dimostrare l'importanza dell'utilizzo di un linguaggio infermieristico standardizzato, ovvero le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC, per pianificare l'assistenza infermieristica.

Per piano di assistenza standardizzato, nell'ambito dell'assistenza infermieristica, si intende un piano interdisciplinare di cura, creato per rispondere a specifici problemi clinici relativi ad una determinata categoria di pazienti in un particolare contesto locale, la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito. Tale piano contiene, in forma pre-strutturata, i problemi assistenziali prevalenti, le attività infermieristiche da erogare in risposta al problema di salute e gli indicatori di risultato specifici da raggiungere. In particolare, i requisiti e le circostanze essenziali affinché si possa realizzare un piano assistenziale standardizzato sono: l'emergere di una situazione clinica sufficientemente ed uniformemente delineata, la prevedibilità di un bisogno di assistenza infermieristica, la possibilità di esplicitare uno o più esiti finali, di scegliere ed identificare atti da eseguire e specifiche procedure da rispettare, la possibilità di definire criteri (indicatori e standard) per valutare l'efficacia dell'intervento e infine la possibilità di personalizzare il piano affinché si possa adattare alle particolari esigenze della persona.

Grazie a questo elaborato di tesi, il mio obiettivo è quello di migliorare ulteriormente la qualità dell'assistenza infermieristica al paziente chirurgico e, in particolare, al paziente sottoposto all'intervento demolitivo di amputazione addomino-perineale secondo Miles. Ciò è reso possibile mediante l'implementazione e l'utilizzo, da parte del personale infermieristico, di un piano assistenziale standardizzato.

Un altro obiettivo, che indirettamente emerge, è quello di dimostrare l'importanza di utilizzare un linguaggio infermieristico standardizzato, a favore di un linguaggio infermieristico scientifico non standardizzato, strategia per governare il sistema

organizzativo e informativo dell'unità operativa ma anche per ridurre la variabilità clinica e di risultato.

Nel *primo capitolo*, il quadro teorico di riferimento, vengono forniti i riferimenti teorici specifici riguardanti: l'intervento chirurgico di amputazione addomino-perineale secondo Miles spiegandone l'origine e l'evoluzione della tecnica fino ad oggi; il carcinoma del canale anale e in particolare l'eziologia, i fattori di rischio, il quadro clinico, la diagnosi, la stadiazione e il trattamento; la pianificazione assistenziale infermieristica con l'utilizzo del linguaggio infermieristico standardizzato, partendo dai modelli di Marjory Gordon fino alla tassonomia NNN ovvero NANDA-I, NOC e NIC.

Nel *secondo capitolo*, materiali e metodi, vengono esplicitate le principali regole metodologiche seguite durante la realizzazione del piano assistenziale standardizzato e gli strumenti utilizzati per l'individuazione dei bisogni assistenziali del paziente e per la realizzazione del piano vero e proprio.

Nel *terzo capitolo*, i risultati, viene proposto il piano assistenziale standardizzato per il paziente sottoposto ad amputazione addomino-perineale secondo Miles mediante illustrazione non in forma prettamente testuale ma tramite tabelle.

Infine, vengono esplicitati quali vantaggi può apportare il piano assistenziale standardizzato per il paziente sottoposto ad intervento di amputazione addomino-perineale e, più in generale, quali vantaggi garantisce l'utilizzo di un linguaggio infermieristico standardizzato nella pratica clinica sia in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza dell'assistenza infermieristica, sia in termini di riconoscimento della figura dell'infermiere stesso.

# **CAPITOLO 1 – QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO**

## **1.1 Anatomia chirurgica del retto e dell'ano**

Il retto rappresenta l'ultimo tratto dell'intestino crasso o grosso intestino, il quale ha la funzione di riassorbire acqua ed elettroliti, compattare il contenuto intestinale in feci, assorbire importanti vitamine liberate dalla flora batterica commensale e accumulare il materiale fecale.

Il retto è il segmento che forma gli ultimi 15 cm del canale digerente, segue il sigma a livello della terza vertebra sacrale e termina alla linea ano-cutanea o margine anale. È un organo molto estensibile che consente l'accumulo temporaneo del materiale fecale, in attesa che questo venga espulso con l'atto della defecazione. Tale atto viene svolto in coordinazione con l'ano e il suo apparato sfinteriale.

Anatomicamente il retto comporta due sezioni differenti:

1. Il retto pelvico o ampolla rettale, che misura 12-15 cm, derivato dall'intestino primitivo e dotato di un meso dorsale (il mesoretto). È il serbatoio contrattile posto nella concavità sacrococcigea.
2. Il retto perineale o canale anale, che misura 3-4 cm, derivato dall'ectoderma e privo di alcun meso. È la zona sfinteriale, circondata da due muscoli, lo sfintere anale interno e lo sfintere anale esterno.

Il limite inferiore del retto è facile da individuare ed è la giunzione anorettale. Il limite superiore è molto variabile a seconda dei casi e si parla di giunzione o cerniera retto-sigmoidea, situata in corrispondenza della terza vertebra sacrale.

Il retto chirurgicamente si può suddividere in tre parti:

1. Il retto alto, metà superiore dell'ampolla rettale, situata al di sopra dello sfondato del Douglas, ha una lunghezza tra i 6-12 ed i 15-18 cm dal margine anale.
2. Il retto basso, metà inferiore dell'ampolla rettale, scende fino al margine superiore degli elevatori e corrisponde al retto extraperitoneale che può essere valutato con l'esplorazione rettale; è situato a 8-13 cm dal canale anale.
3. Il retto perineale o canale anale, tra 0 e 3-4 cm dal margine anale.

La regione anale è costituita da un sofisticato complesso muscolare, adibito alla continenza, e dal canale anale, caratterizzato dalla presenza di una varietà di tessuti cellulari che possono dare origine ad un'ampia gamma di neoplasie.

Il complesso sfinteriale anale è costituito da due strutture muscolari concentriche: lo sfintere interno e lo sfintere esterno, tra i quali è interposto uno strato intermedio di fibre verticali denominato strato longitudinale complesso.

Lo sfintere interno corrisponde al prolungamento e all'ispessimento dello strato muscolare circolare del retto ed è costituito da fibre muscolari lisce involontarie. È riconoscibile per il suo aspetto biancastro e per l'assenza di contrazione alla stimolazione con il bisturi elettrico. Lo sfintere anale esterno circonda la porzione distale del canale anale ed è costituito da un anello di muscolatura striata che si contrae e si rilascia sotto il controllo della volontà. Quest'ultimo può essere suddiviso in tre fasci: il fascio profondo che circonda la porzione superiore del canale anale, il fascio superficiale ellittico, con foggia ovalare, che avvolge la metà inferiore dello sfintere interno sino alla linea ano-cutanea e il fascio sottocutaneo che circonda la porzione cutanea del canale anale, separa i due sfinteri ed è costituito da fibre lisce, striate e tendinee.

Il lume del canale anale viene suddiviso in tre parti: zona sopra-pettinea, zona sotto-pettinea e zona cutanea. La zona sopra-pettinea o sopra-valvolare, misura circa 1,5 cm e costituisce la metà superiore del canale anale. È formata da pieghe longitudinali della mucosa, chiamate colonne di Morgagni, la cui base si allarga a formare una piega trasversale o valvola. L'allineamento delle valvole forma la linea pettinata. La mucosa, che è un epitelio di tipo ghiandolare, contiene dei recettori suscettibili ad apprezzare la consistenza delle feci e gioca quindi un ruolo nella continenza anale.

La zona sotto-pettinea o sotto-valvolare si estende per altri 1,5 cm ed è costituita da epitelio di tipo malpighiano. È la zona sensibile del canale anale e il suo limite inferiore è indicato da un anello color porpora (linea alba) situato tra la parte sotto cutanea dello sfintere esterno dell'ano e il limite inferiore dello sfintere interno.

Infine, la zona cutanea inizia al di sotto della linea alba e si estende per circa 8 mm. L'ano o orifizio anale, situato nel perineo posteriore, rappresenta lo sbocco esterno del canale anale in corrispondenza del quale termina il tratto gastrointestinale.

La vascolarizzazione arteriosa della regione anale viene garantita dall'arteria rettale o emorroidaria superiore, ramo terminare dell'arteria mesenterica inferiore, dall'arteria rettale media, ramo dell'arteria iliaca interna e dall'arteria rettale inferiore, ramo dell'arteria pudenda interna. Quest'ultima vascolarizza lo sfintere anale interno, quello esterno, il

muscolo elevatore dell'ano e la sottomucosa del canale anale. L'arteria rettale superiore, invece, vascolarizza la totalità del retto pelvico e la mucosa del canale anale.

La vascolarizzazione venosa del retto è affidata a vene satelliti delle arterie le quali drenano soprattutto nella vena rettale superiore, che confluisce nella vena porta, e nella vena rettale media, che drena nella vena cava inferiore. La vena rettale inferiore, originante dal plesso cutaneo esterno, raccoglie il sangue della porzione perineale del plesso venoso rettale o emorroidario.

Il drenaggio linfatico del retto avviene verso il peduncolo rettale superiore attraverso il mesoretto e, solo in misura accessoria, verso i linfonodi iliaci interni o esterni ed i linfonodi inguinali, seguendo la rete linfatica pudenda o sottocutanea. Il drenaggio linfatico del retto pelvico segue i linfonodi e i vasi linfatici presenti nel contesto del mesoretto in direzione ascendente; al contrario, la linfa proveniente dal canale anale può dirigersi non solo verso l'alto, senza interessare i linfatici del mesoretto, ma anche lateralmente alle strutture perineali, attraverso gli sfinteri e il muscolo elevatore dell'ano. Tale drenaggio linfatico spiega, in parte, perché il rischio di recidiva locoregionale in caso di tumore è tanto più elevato quanto più la lesione è distale.

L'innervazione del retto deriva dai plessi mesenterico inferiore, pelvico e pudendo.

La regione anorettale è dotata di una innervazione viscerale (simpatica e parasimpatica) e una somatica. L'innervazione somatica è rappresentata da fibre sensitive che si distribuiscono alla cute del perineo e dell'ano e da fibre motorie, dirette agli sfinteri anali ed ai muscoli striati del pavimento pelvico.

## **1.2 Carcinoma del retto perineale o canale anale**

I tumori del retto perineale sono relativamente rari anche se il loro tasso di incidenza ha subito, nel corso degli ultimi anni, un incremento sia negli Stati Uniti che in Europa. Essi rappresentano l'1-2% dei tumori del tratto gastroenterico e il 2-4% dei tumori del grosso intestino. L'incidenza annuale mondiale, nei paesi in via di sviluppo, è di circa 27.000 casi l'anno ed è maggiore nel sesso femminile, tra gli omosessuali di sesso maschile, specie se HIV positivi e tra le donne HIV positive. L'età mediana alla diagnosi è di circa 60 anni, con un ampio range (30-80 anni). In Italia il tasso di sopravvivenza a 5 anni è tra il 70 e l'80%. Il tumore del canale anale origina nei tessuti cutanei e mucosi perianali e il tipo istologico più frequente è il carcinoma a cellule squamose. Sono noti numerosi altri tipi di neoplasia del canale anale, meno frequenti: adenocarcinoma, adenocarcinoma mucinoso, carcinoma a

piccole cellule, carcinoma indifferenziato, carcinoide, melanoma, linfoma e sarcoma. Esistono anche metastasi anali di tumori a partenza da altri organi.

I principali fattori di rischio per lo sviluppo del tumore del canale anale sono:

- Infezione da Papilloma Virus (HPV): è l'agente eziopatogenetico e induce una displasia di basso grado che, in caso di persistenza dell'infezione cronica, può evolvere sino al carcinoma invasivo.
- Immunosoppressione indotta farmacologicamente dopo trapianti d'organo e infezione da HIV: i livelli di CD4 rappresentano un fattore di rischio nei soggetti sieropositivi per la trasformazione delle neoplasie anali intraepiteliali in carcinoma anale invasivo. In particolare, nei pazienti HIV-positivi un valore di  $CD4 < 200/mm^3$  si associa ad un aumento di tre volte del rischio di progressione da epitelio normale o atipico a carcinoma.
- Malattie infiammatorie croniche intestinali come il Morbo di Crohn.
- Promiscuità sessuale e rapporti sessuali anali.
- Fumo di sigaretta: è un fattore di rischio riconosciuto associato al carcinoma squamoso anale. Inoltre, il fumo di sigaretta agisce come cofattore per la modulazione/persistenza dell'infezione da HPV.
- Sesso femminile (lesioni intraepiteliali cervicali, vaginali, vulvari).

Il tumore del canale anale può svilupparsi, anche se raramente, su lesioni anali benigne a lungo trascurate come emorroidi prolassanti, ragadi anali, fistole perianali. I precursori delle neoplasie del canale anale possono essere i nevi pigmentati, i polipi e i condilomi.

Le forme neoplastiche infiltranti sono inizialmente asintomatiche e si associano a sintomi in fase di malattia più avanzata; sono spesso aspecifici e correlano alle dimensioni del tumore o al grado di infiltrazione. I segni e sintomi più comuni, presenti nel 45% dei casi sono: sanguinamento ano-rettale, perdite siero-mucose e dolore. A questi ultimi si associano prurito anale, sensazione di presenza di una massa anale, feci sottili e cambiamenti nelle abitudini dell'alvo che possono includere tenesmo e sensazione di evacuazione incompleta. Alcuni di questi sintomi, aspecifici, vengono spesso erroneamente attribuiti a patologie ano-rettali benigne come emorroidi, ragadi anali, fistole perianali o vulvari o vaginali. La difficoltà ad evacuare e l'incontinenza fecale generalmente si associano alle forme localmente più avanzate. Possono inoltre insorgere, a seconda dello stadio della malattia, sintomi generali come stanchezza, inappetenza, febbre e perdita di peso.

Gli esami diagnostici consentono di identificare la lesione dal punto di vista cellulare e di stabilirne l'origine; la stadiazione, invece, permette di definire l'estensione della malattia sia a livello locale che a distanza.

Sulla base dei criteri "TNM", che tengono conto della grandezza del tumore (T), dell'eventuale coinvolgimento dei linfonodi loco-regionali (N) e della presenza di metastasi a distanza (M), vengono individuati quattro stadi. La diagnosi clinica deve essere sempre seguita da una conferma istopatologica, mediante prelievi biotici ottenuti da lesioni sospette o dopo escissione chirurgica.

In particolare, il primo passo per una corretta diagnosi è l'attenta raccolta anamnestica e l'esame obiettivo. Di fondamentale importanza sono: l'esplorazione rettale, l'ispezione della cute perianale e del margine anale, la valutazione dei segni e sintomi associati, della continenza dello sfintere anale e del grado di sanguinamento rettale. Secondariamente vengono eseguiti esami strumentali per confermare o meno il sospetto diagnostico. La rettoscopia, un'indagine endoscopica dell'ultimo tratto intestinale (circa 15 cm), permette l'esplorazione visiva diretta e si attua mediante un endoscopio rigido, attraverso il quale è possibile prelevare i tessuti ed effettuare la diagnosi istologica (biopsia). L'esame istologico definisce il sottotipo di tumore nel tessuto prelevato e consente di effettuare la ricerca di HPV e la tipizzazione virale. Con la stessa modalità della rettoscopia, può essere realizzata un'ecografia, utile per valutare la profondità dell'invasione tumorale nella parete e l'eventuale interessamento dei muscoli del pavimento pelvico e lo stato dei linfonodi adiacenti al canale anale.

La risonanza magnetica nucleare (RMN), la tomografia assiale computerizzata (TAC) e la tomografia a emissione di positroni (PET) sono esami diagnostici utili per definire la stadiazione locale della malattia, per lo studio dei linfonodi pelvici e inguinali, per definire l'estensione e diffusione della malattia, sia a livello locale che a distanza e per la definizione di un miglior programma terapeutico.

La sede di insorgenza rappresenta un fattore prognostico rilevante, infatti, più il tumore è distale più la prognosi è sfavorevole.

L'obiettivo primario del trattamento della neoplasia del canale anale localizzata o localmente avanzata è quello di ottenere la guarigione con controllo loco-regionale e preservare, nel limite del possibile, la funzione sfinteriale, mantenendo la miglior qualità di vita.

L'impiego di polichemioterapia con 5-fluorouracile e mitomicina, in concomitanza alla radioterapia, costituisce oggi lo standard di trattamento in grado di indurre la regressione completa della neoplasia nell'80% circa dei casi. Tuttavia, tale approccio fallisce nel 20-30% dei casi, con conseguente malattia persistente (10-15%) o recidiva locale (10-15%). L'amputazione addomino-perineale di salvataggio è spesso l'unica opzione per i pazienti con carcinoma squamoso del canale anale persistente o ricorrente, al fine di ottenere un controllo locale e una sopravvivenza a lungo termine. I fattori prognostici negativi per la sopravvivenza sono lo stadio avanzato del tumore, il coinvolgimento linfonodale e i margini di resezione positivi.

È raccomandato un approccio multidisciplinare per definire il programma di cura. Infatti, devono essere coinvolte diverse figure specialistiche quali l'oncologo, il chirurgo, l'endoscopista, il radioterapista e il radiologo.

### **1.3 Intervento chirurgico – Amputazione addomino-perineale secondo Miles con accesso laparoscopico**

Fino al 20° secolo i tumori del retto venivano asportati, indipendentemente dalla loro localizzazione, attraverso l'approccio solo perineale, che consisteva in una resezione perineale diverse settimane dopo una sigmoidectomia. Nonostante la bassa morbilità associata a questa procedura, tale amputazione non era curativa ma, al contrario, aveva un'elevata percentuale di recidiva precoce all'interno del peritoneo pelvico, del mesocolon e dei linfonodi situati alla biforcazione dell'arteria iliaca comune sinistra.

William Ernest Miles (1869-1947), chirurgo inglese, ideò la prima procedura radicale che mirava a controllare il cancro del retto, dopo aver analizzato gli scarsi risultati delle resezioni perineali. Tale procedura, denominata amputazione addomino-perineale, consisteva nel combinare la chirurgia attraverso il perineo con la chirurgia dall'alto del cancro ovvero attraverso l'addome. La famosa pubblicazione del 1908: "*A method of performing abdomino-perineal excision for carcinoma of the rectum and of the terminal portion of the pelvic colon*", incentrata sulla tecnica e sui primi risultati dell'amputazione addomino-perineale, influenzò numerosi chirurghi per decenni come Maunsell, Chaput, Haudier, Challot, Weir, Giordino, Quenu, Reverdin, Tuttle, Wallis, Aldrich-Blake e ancora oggi viene eseguita.

W.E. Miles, dopo una serie di studi e osservazioni, arrivò al "concetto cilindrico", una teoria secondo cui la diffusione del tumore avveniva in tutte le direzioni attraverso i linfonodi e di

conseguenza la malattia era localmente ricorrente. In particolare, nel 1923 sottolineò l'importanza della fase addominale dell'operazione, attraverso la quale era possibile valutare l'operabilità e controllare la zona di diffusione del tumore verso l'alto. Sebbene Miles non sia stato il primo ad escogitare una resezione combinata (il pioniere fu Vincent Czerny nel 1884), il suo nome sarà sempre associato a questa procedura, in quanto è stato colui che ha spostato per la prima volta la prospettiva della chirurgia del cancro del retto da un'exeresi non radicale a un'operazione radicale, portando negli anni ad una riduzione della recidiva e della mortalità tumorale (dal 50% al 18%).

La scelta di effettuare l'amputazione addomino-perineale rispetto ad altri tipi di intervento dipende dalla sede del tumore nel retto (distanza del tumore dallo sfintere anale), dall'estensione locoregionale del tumore, dalle condizioni funzionali dello sfintere (grado di contrazione volontaria dello sfintere all'esplorazione rettale e incontinenza anale pre-operatoria) e dalla morfologia del paziente (sesso, obesità).

È l'unico intervento a scopo curativo realizzabile nel caso di tumori del terzo inferiore del retto (0-3 cm dal margine anale), la cui exeresi non permetterebbe di conservare l'apparato sfinterico lasciando un margine di sicurezza sufficiente di almeno 2 cm.

Inoltre, l'amputazione addomino-perineale secondo Miles viene considerata la strategia chirurgica di salvataggio in caso di mancata risposta alle altre terapie conservative, di malattia persistente a 26 settimane e di progressione o recidiva locale successiva a un'iniziale risposta completa dopo chemioterapia e radioterapia. Il principale fattore prognostico dopo tale intervento è il margine di resezione chirurgica negativo che si associa ad un incremento significativo della sopravvivenza, libera da recidiva e globale.

### **Descrizione dell'intervento: tecnica mediante laparoscopia**

L'intervento di amputazione addomino-perineale secondo Miles prevede l'escissione completa del colon sigmoideo, del retto, del canale anale e del tessuto perirettale, comprendente linfonodi e vasi principali, muscoli elevatori e sfinteri. Rimosso il segmento intestinale, viene liberata una porzione di colon, tale da poter creare una colostomia terminale definitiva sinistra per garantire una derivazione esterna per le feci e per i gas con chiusura dell'ano.

La posizione del paziente per l'intervento chirurgico deve permettere sia l'accesso addominale che quello perineale e consiste nella posizione anti-Trendelenburg e ginecologica-supina (gambe divaricate con ginocchia flesse di 15-20°).

### *Tempo addominale*

L'intervento in laparoscopia viene effettuato con quattro trocar. Il primo, per l'accesso "open" con trocar di Hasson ed induzione di pneumoperitoneo con CO<sub>2</sub>, viene posizionato, previa minilaparotomia, sulla linea mediana a 5-8 cm dall'ombelico. È il trocar operativo per la mano sinistra dell'operatore. Il secondo, sede della telecamera, è posto a destra sulla linea ombelicale trasversa, a circa 8-10 cm dall'ombelico; il terzo trocar, in fossa iliaca destra 9-10 cm dall'ombelico, è il trocar operativo per la mano destra dell'operatore; il quarto trocar da 10-12 mm, viene posizionato in fossa iliaca sinistra e sarà la sede della successiva colostomia terminale e pertanto al centro dell'ipotetica incisione pararettale sinistra.

Viene effettuata un'esplorazione viscerale per valutare la presenza di lesioni macroscopicamente riferibili a secondarismi del peritoneo e si procede con l'apertura del peritoneo posteriore, l'identificazione dell'arteria e della vena mesenterica inferiore e un progressivo scollamento del piano tra Told e Gerota fino a raggiungere la doccia parietocolica sinistra. A questo punto avviene la sezione dell'arteria mesenterica inferiore all'origine, con linfadenectomia e la sezione della vena mesenterica inferiore. Successivamente avviene la dissezione della doccia parietocolica, con completa mobilizzazione del colon discendente e del sigma, la sezione del peritoneo pelvico e un progressivo isolamento del retto e TME (total mesorectal excision). Il mesoretto rappresenta la sede più frequente di un'eventuale recidiva della malattia, di conseguenza una completa escissione riduce significativamente questi eventi sfavorevoli, comportando un miglioramento in termini di prognosi e di qualità di vita. La dissezione viene iniziata a livello della divisione dei nervi per poi estendersi verso il basso in direzione del piano degli elevatori, fino a sezionare il legamento sacro-rettale che permette la resezione della parte terminale del mesoretto e consente di ottenere la completa mobilizzazione ed asportazione del retto, così completamente isolato.

### *Tempo perineale*

Quando si è certi di dover eseguire un'amputazione addomino-perineale, l'ano viene chiuso sin dall'inizio dell'intervento con una borsa di tabacco per evitare l'eventuale contaminazione del campo perineale con le feci.

Viene eseguita un'incisione cutanea perineale, con adeguato margine circonferenziale (circa 2 cm) a losanga, circolare ellittica o a ferro di cavallo. Tale incisione comprende l'ano.

Si procede con la dissezione e mobilizzazione del canale anale, con sezione dei muscoli elevatori, del rafe posteriore e dei muscoli puborettali. La dissezione viene ricongiunta con quella eseguita nel tempo addominale. Il moncone colico distale ed il retto vengono estrinsecati e, fatta trazione su di esso, si distacca progressivamente con il bisturi elettrico la parete anteriore del retto e dell'ano dall'uretra. Nella donna, il retto viene distaccato dalla parete posteriore della vagina. Previa opportuno allargamento in fossa iliaca sinistra, si esteriorizza a tal livello il moncone colico prossimale, ancorandolo al piano fasciale.

Viene poi ricostruito il pavimento pelvico per strati; nel cavo residuo viene eseguita un'accurata emostasi e detersione e viene posizionato un tubo di drenaggio nastriforme aspirativo. Viene ripristinato lo pneumoperitoneo e viene peritoneizzato lo scavo pelvico con punti di sutura, per evitare eventuali ernie interne, oppure mediante lembo di peritoneo parietale/epiplon. L'intervento termina con il confezionamento della colostomia iliaca terminale sinistra.

Le complicanze più temibili e frequenti di questo intervento chirurgico altamente demolitivo sono:

- Disturbi della funzione sessuale (impotenza erigendi ed eiaculandi, diminuzione della libido e dell'orgasmo nell'uomo e dispareunia nella donna).
- Disturbi della funzione urinaria (ritenzione urinaria, pollachiuria, stranguria).
- Emorragie.
- Infezioni a carico delle ferite chirurgiche precoci e/o tardive, soprattutto quella perineale.
- Distacco della stomia dalla parete addominale, erniazione, infezione del tessuto sottocutaneo circostante, stenosi dell'orifizio.
- Ritardi nella canalizzazione con ripresa della funzione intestinale tardiva o alterazione della motilità intestinale (stipsi, diarrea).

L'intervento è altamente demolitivo e debilitante per il paziente; una scorretta organizzazione tra professionisti, prestazioni disomogenee e variabili influenzano significativamente la qualità dell'assistenza infermieristica in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza. Perciò è fondamentale adottare un piano di assistenza standardizzato, in modo da orientare la prassi in funzione del controllo dei risultati, degli esiti assistenziali e, quindi, della qualità delle prestazioni.

## **1.4 Linguaggio infermieristico standardizzato: accertamento secondo i modelli di Marjory Gordon e la Tassonomia NNN**

I linguaggi standardizzati per le diagnosi infermieristiche, i risultati infermieristici e gli interventi infermieristici sono indispensabili per analizzare la relazione tra fenomeni relativi alla persona assistita, a partire dall'utilizzo di dati clinici reali. Descrivono i fenomeni di base della scienza infermieristica a cui ne consegue la responsabilità dell'infermiere nella pratica clinica autonoma. Il processo di assistenza infermieristica è lo strumento di cui si avvale l'infermiere per rilevare e rispondere ai bisogni di salute reali o potenziali dell'individuo, della famiglia, di un gruppo o di una comunità. È un processo ordinato, efficiente, sistematico, interdipendente, centrato sulla persona assistita. Questo processo prevede un approccio olistico, globale da parte dell'infermiere nei confronti della persona e comprende una valutazione iniziale, la formulazione delle diagnosi infermieristiche, la pianificazione dei risultati, la gestione/attuazione degli interventi e la rivalutazione continua. Il piano assistenziale standardizzato, per la sua realizzazione, si serve del processo di assistenza infermieristica, metodo interiorizzato dall'infermiere stesso. La sua stesura viene realizzata servendosi del linguaggio infermieristico standardizzato, in particolare, delle tre tassonomie NNN: NANDA-I, NOC (Nursing Outcomes Classification) e NIC (Nursing Intervention Classification). L'utilizzo di queste classificazioni accresce la disponibilità di strumenti di supporto decisionale rispetto all'accuratezza delle diagnosi e al collegamento di queste ad un appropriato piano assistenziale.

Le terminologie standardizzate infermieristiche contribuiscono a migliorare la gestione delle cure, attraverso la costruzione di percorsi assistenziali, utili nella pratica clinica, nella formazione e nella ricerca.

### **1.4.1 La valutazione iniziale e gli 11 modelli di Marjory Gordon**

La valutazione iniziale è un'attività sia di tipo intellettuale che interpersonale, prevede la raccolta sistematica di informazioni soggettive e oggettive e la revisione, anche nella documentazione sanitaria, di informazioni storiche della persona con uno specifico bisogno di salute. Inoltre, l'infermiere raccoglie dei dati rispetto ai punti di forza, per identificare le opportunità di promozione della salute, e ai rischi ovvero aree nelle quali l'infermiere può attuare interventi di prevenzione per evitare o ritardare l'insorgenza di problemi reali.

Per la valutazione iniziale viene utilizzato un modello standardizzato, ovvero gli undici modelli funzionali di Marjory Gordon, che permette di standardizzare il metodo di

valutazione iniziale infermieristica. In particolare, la valutazione per modelli funzionali di M. Gordon concentra la sua attenzione su undici aree rilevanti per la salute delle persone, delle famiglie, gruppi o comunità. Gli undici modelli funzionali sono: di percezione e gestione della salute, nutrizionale e metabolico, di eliminazione, di attività ed esercizio fisico, di riposo e sonno, cognitivo e percettivo, di percezione di sé, di ruoli e relazioni, di sessualità e riproduzione, di coping e tolleranza allo stress e di valori e convinzioni.

Il modello orienta gli infermieri nell'effettuare l'esame fisico e fornisce sia gli elementi da valutare che una struttura per organizzare i dati raccolti durante la valutazione iniziale. Utilizzando questi modelli è possibile ottenere una quantità di dati (fisici, psicologici, sociali, ambientali) in modo ordinato, facilitando la loro analisi e la loro integrazione e assicurando un'efficiente ed efficace valutazione globale infermieristica.

#### **1.4.2 Tassonomia NANDA-I**

L'infermiere si occupa delle risposte umane a problemi di salute e/o processi vitali utilizzando la tassonomia NANDA International. Questa classificazione fornisce a livello mondiale le principali diagnosi infermieristiche basate su evidenze scientifiche per l'utilizzo nella pratica clinica e per determinare i risultati di salute e gli interventi infermieristici. È un mezzo per classificare e standardizzare le aree di interesse infermieristico. È composta da 244 diagnosi raggruppate in 13 domini e 47 classi. Il dominio è l'ambito delle conoscenze mentre le classi sono gruppi che condividono caratteristiche comuni. La diagnosi infermieristica viene definita come *“un giudizio clinico riguardante una risposta umana a condizioni di salute/processi vitali, o vulnerabilità a tale risposta, da parte di una persona, un caregiver, una famiglia, un gruppo o una comunità”*<sup>1</sup>. Una diagnosi infermieristica può riguardare un problema di salute attuale (problem-focused), uno stato di promozione della salute o un rischio potenziale.

All'interno della tassonomia NANDA-I ogni diagnosi infermieristica, alla quale corrisponde un codice univoco, ha un titolo, una definizione e degli indicatori diagnostici che possono includere caratteristiche definenti (segnali osservabili/inferenze che si raggruppano come manifestazioni di una diagnosi, per esempio segni e sintomi), fattori correlati (eziologie, cause, circostanze, fatti o influenze che hanno una relazione con la diagnosi infermieristica), fattori di rischio (influenze che aumentano la vulnerabilità di una persona, caregiver,

---

<sup>1</sup> HERDMAN T.H., KAMITSURU S. (2018-2020), *NANDA International. Diagnosi Infermieristiche. Definizioni e classificazione*, Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

famiglia, comunità rispetto ad un evento dannoso per la salute). NANDA-I esiste per sviluppare, perfezionare e promuovere una terminologia che rifletta in modo accurato i giudizi clinici degli infermieri. Infatti, il principio fondamentale della diagnosi infermieristica è il ragionamento clinico che coinvolge l'utilizzo del giudizio clinico ovvero *“un'interpretazione o una conclusione rispetto ai bisogni o ai problemi di salute dell'assistito e/o alla decisione di agire (o non agire)”*<sup>2</sup>.

Dalle diagnosi infermieristiche, di cui l'infermiere ha piena autonomia e responsabilità, vengono individuati i risultati attesi e, di conseguenza, viene pianificata la sequenza degli interventi infermieristici specifici.

#### **1.4.3 Tassonomia NOC (Nursing Outcome Classification)**

Uno dei focus principali della professione infermieristica è quello di identificare, sulla base delle diagnosi infermieristiche, i risultati di salute di una persona assistita, sensibili e correlabili agli interventi e alle attività infermieristiche.

La tassonomia NOC dei risultati infermieristici fornisce un linguaggio standardizzato per i risultati di salute, offrendo informazioni essenziali ai professionisti clinici per garantire la continuità assistenziale e stimare il rapporto costo-efficienza nei diversi contesti in cui viene erogata la prestazione. Per risultato di salute, secondo la tassonomia NOC, si intende *“uno stato, un comportamento o una percezione della persona assistita, del caregiver, della famiglia, del gruppo o della comunità misurato lungo un continuum come conseguenza di interventi infermieristici”*<sup>3</sup>.

I risultati di salute non sono i singoli obiettivi attesi ma vengono espressi come concetti che riflettono lo stato, il comportamento o la percezione attuale della persona. La tassonomia NOC, la quale facilita l'identificazione degli outcomes per l'utilizzo nella pratica, contiene 540 risultati suddivisi in 7 domini e 34 classi e i titoli dei risultati sono distribuiti al loro interno. Ad ogni risultato di salute è associato un gruppo di indicatori, definiti come *“uno stato, un comportamento o una percezione più concreti della persona assistita, del caregiver, della famiglia, del gruppo o della comunità che servono come segnale per*

---

<sup>2</sup> HERDMAN T.H., KAMITSURU S. (2018-2020), *NANDA International. Diagnosi Infermieristiche. Definizioni e classificazione*, Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

<sup>3</sup> MOORHEAD S., SWANSON E., JOHNSON M., MAAS M.L. (2020), *Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute*, Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

*misurare un risultato*”<sup>4</sup>. Gli indicatori utilizzati in relazione ad un risultato NOC rappresentano il risultato più specifico da raggiungere. Inoltre, ad ogni risultato NOC e relativi indicatori è associata una scala Likert. Queste scale sono standardizzate, hanno un punteggio che varia da 1 (peggiore punteggio possibile) a 5 (miglior punteggio possibile) e al valore numerico corrisponde un’opzione, una descrizione atta a mostrare la variabilità di uno stato, un comportamento. Le scale più utilizzate sono scale di dimostrazione, scale associate a comportamenti e scale di conoscenza del paziente. L’infermiere stabilisce con la persona assistita, rispetto ad un indicatore NOC prescelto, il punteggio di riferimento attuale e il punteggio che si desidera raggiungere al fine di erogare gli interventi infermieristici adatti all’outcome prestabilito. Questo permette all’infermiere di valutare nel tempo e nelle diverse strutture sanitarie i cambiamenti dello stato di salute della persona assistita o il mantenimento dei risultati stabiliti. La frequenza temporale attraverso cui misurare e registrare i risultati viene definita dall’infermiere in base al giudizio clinico, alla necessità di registrare gli effetti degli interventi infermieristici ma anche in relazione all’ambiente di cura, alle caratteristiche della persona assistita, ai modelli organizzativi e alle politiche gestionali aziendali. Un aspetto importante della classificazione NOC è che la persona assistita è direttamente coinvolta, infatti alcuni risultati possono essere misurati in modo autonomo dalla persona stessa, altri invece richiedono l’esperienza di un professionista della salute.

#### **1.4.4 Tassonomia NIC (Nursing Intervention Classification)**

La classificazione NIC è la tassonomia globale degli interventi infermieristici che vengono erogati dagli infermieri in diversi contesti assistenziali. Per intervento infermieristico si intende *“qualsiasi prestazione, basata sul giudizio clinico e sulla conoscenza, che l’infermiere eroga per migliorare i risultati dell’assistito”*<sup>5</sup>. Essi sono sia di assistenza diretta che indiretta, rivolti a persone, ai caregiver, alle famiglie, ai gruppi e alle comunità. Dell’intervento infermieristico, erogato in risposta ad una diagnosi infermieristica, l’infermiere ne ha la piena responsabilità. Consiste in un insieme di azioni autonome, fondate su un razionale scientifico, che vengono effettuate per rispondere ai bisogni di salute dell’assistito attraverso una pianificazione correlata alla diagnosi infermieristica e ai risultati

---

<sup>4</sup> MOORHEAD S., SWANSON E., JOHNSON M., MAAS M.L. (2020), *Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute*, Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

<sup>5</sup> BUTCHER H.K., BULECHEK G.M., DOCHTERMAN J.M., WAGNER C.M. (2020), *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*, Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

di salute attesi. All'interno della tassonomia NIC, gli interventi sono sistematicamente organizzati in una struttura concettuale, sulla base della loro similarità. Nel dettaglio, sono contenuti 565 interventi raggruppati in 30 classi e 7 domini (fisiologico di base, fisiologico complesso, sicurezza, comportamento, famiglia, sistema sanitario e comunità). Alcuni interventi compaiono in più di una classe, ma ognuno ha un codice numerico univoco che identifica la classe di appartenenza. Ciascun intervento è descritto con un titolo, una definizione, un elenco di attività e un elenco di riferimenti bibliografici (letture di approfondimento). I titoli e le definizioni non devono essere modificati quando vengono utilizzati perché sono standardizzati e questo consente la comunicazione tra i diversi ambiti dell'assistenza infermieristica e il confronto con i risultati di salute. L'assistenza può essere personalizzata attraverso le attività, infatti il professionista seleziona quelle più idonee e appropriate per la persona o il gruppo di persone che assiste. Utilizzando il corpo sistematico di conoscenze, la formazione di base e post-base e l'etica professionale gli infermieri gestiscono gli interventi infermieristici sia autonomamente che in collaborazione con altre figure professionali. Un intervento infermieristico viene selezionato per una particolare persona assistita grazie al giudizio clinico dell'infermiere e devono essere presi in considerazione le caratteristiche della diagnosi infermieristica, le evidenze scientifiche (EBN) su cui si fonda l'intervento, la fattibilità, il consenso da parte della persona assistita e la competenza dell'infermiere nell'erogazione dell'intervento. Gli interventi NIC sono una fonte primaria per lo sviluppo delle conoscenze sugli interventi infermieristici e forniscono il corpo di conoscenze per guidare le prestazioni infermieristiche.

A livello individuale ogni infermiere si serve del linguaggio standardizzato in merito alle diagnosi infermieristiche, ai risultati di salute della persona assistita e agli interventi infermieristici per comunicare il relativo piano assistenziale e documentare l'assistenza erogata alla persona assistita. Con o senza il supporto informatizzato (database, documentazione sanitaria elettronica, fascicolo sanitario elettronico), l'adozione delle tassonomie rende più semplice agli infermieri comunicare tra loro e con altri professionisti di salute. In aggiunta, il linguaggio standardizzato applicato alla realizzazione di un piano di assistenza mira ad assicurare all'assistito la miglior qualità di assistenza infermieristica eliminando errori, ritardi, dimenticanze, limitando le variazioni non necessarie alle prestazioni erogate, riducendo al minimo i rischi, migliorando gli esiti e aumentando la soddisfazione del paziente.

## **CAPITOLO 2 – MATERIALI E METODI**

La realizzazione di un piano di assistenza standardizzato viene esplicitata sulla base dei bisogni di assistenza infermieristica identificati e della situazione in cui si manifestano. Infatti, viene realizzato per rispondere a specifici problemi clinici relativi ad una determinata categoria di pazienti in un particolare contesto locale. Per la sua realizzazione sono state attraversate le seguenti fasi:

### **2.1 Individuazione della sede di applicazione e definizione dell'intervento chirurgico idoneo**

Come primo passo è stata individuata la sede in cui applicare il piano assistenziale ovvero l'U.O di Chirurgia Generale dell'ASST di Cremona e secondariamente è stato definito, in collaborazione con l'equipe medica e infermieristica, l'intervento chirurgico più idoneo sul quale costruire il progetto, l'amputazione addomino-perineale secondo Miles.

### **2.2 Ricerca basata sulle evidenze scientifiche: metodo di ricerca**

Sono stati formulati i seguenti quesiti di ricerca:

- Quali sono i principali problemi di salute dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di amputazione addomino-perineale secondo Miles con diagnosi medica di neoplasia del canale anale?
- Quali sono le diagnosi infermieristiche, i risultati di salute attesi e gli interventi infermieristici che garantiscono qualità assistenziale e sicurezza dell'assistito con tale patologia?
- Quali vantaggi può apportare alla pratica clinica l'implementazione e l'utilizzo di un piano assistenziale standardizzato realizzato utilizzando il linguaggio infermieristico standardizzato?

Per rispondere ai quesiti sopracitati è stata effettuata una ricerca basata sulle evidenze scientifiche: revisione della letteratura, svolta nelle banche dati di PubMed, Cinahl, The Cochrane Library. La ricerca in letteratura è stata attuata dal 25/05/2020 al 10/08/2020.

Nella ricerca nelle banche dati sono state utilizzate parole libere e termini MeSH.

La strategia di ricerca bibliografica riguarda soprattutto le parole chiave utilizzate per l'interrogazione delle banche dati: standardized care plan, standardization, anal canal cancer, squamous cell anal cancer, abdominoperineal resection, standardized nursing taxonomy.

Le informazioni ricavate dall'analisi delle fonti della letteratura sono state elaborate al fine di avere un quadro completo dell'argomento e procedere con la stesura dell'elaborato vero e proprio.

I criteri di inclusione degli studi selezionati sono stati:

- Tipologia di partecipanti: pazienti umani, pazienti con diagnosi di neoplasia del canale anale e pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di amputazione addomino-perineale secondo Miles.
- Tipologia di studio: revisioni sistematiche, studi sperimentali, studi longitudinali, trial clinici randomizzati, linee guida.
- Lingua: italiano, inglese, spagnolo.
- Articoli pubblicati negli ultimi 20 anni.
- Articoli presenti in modalità "free full text".

I criteri di esclusione dalla ricerca, invece, riguardano gli articoli scientifici a pagamento non disponibili in versione "full text", studi non pertinenti e articoli non completati perché ancora in fase di sviluppo.

### **2.3 Fase preliminare: valutazione iniziale e individuazione dei bisogni clinico-assistenziali**

Prima della stesura vera e propria del piano assistenziale standardizzato sono stati individuati i bisogni clinico-assistenziali del paziente con cancro del canale anale sottoposto ad intervento di amputazione addomino-perineale secondo Miles, sulla base degli 11 modelli funzionali di salute di Marjory Gordon (Percezione e gestione della salute; Nutrizionale e metabolico; Eliminazione; Attività ed esercizio fisico; Sonno e riposo; Cognitivo e percettivo; Percezione di sé e concetto di sé; Ruolo e relazioni; Sessualità e riproduzione; Coping e tolleranza allo stress; Valori e convinzioni).

La strategia scelta per l'individuazione dei modelli funzionali e disfunzionali di salute è stata quella di partire dall'analisi di un caso clinico reale, osservato durante il mio tirocinio formativo nell'U.O. di Chirurgia Generale. Nello specifico, il paziente era un uomo affetto da carcinoma squamoso del canale anale, sottoposto all'intervento di amputazione addomino-perineale secondo Miles e preso in carico già durante tutto il periodo peri-operatorio. I bisogni di salute del paziente stati definiti sulla base della raccolta dell'anamnesi medica e infermieristica, ascoltando la narrazione dell'assistito in merito al suo stato di salute e utilizzando la scheda di accertamento, precedentemente realizzata, per

descrivere i modelli funzionali e individuare quelli disfunzionali (allegato 1). A seguire, l'allegato 2 presenta il caso clinico del paziente in cui sono state raccolte non solo informazioni significative rispetto alle sensazioni provate prima e dopo l'intervento chirurgico e riguardo la sua nuova condizione di salute ma anche tutti i bisogni assistenziali legati ai problemi reali e potenziali quindi ai fattori di rischio evitabili.

Sulla base del caso clinico specifico sono poi stati standardizzati i bisogni di salute applicandoli ad un caso "ideale" di paziente sottoposto al medesimo intervento. Nella fase pre-operatoria sono emersi quattro modelli disfunzionali: modello di eliminazione, modello cognitivo e percettivo, modello di percezione e concetto di sé e modello di coping e tolleranza allo stress. Nel periodo post-operatorio, invece, i modelli disfunzionali emersi a seguito dell'accertamento standardizzato sono sette: modello nutrizionale e metabolico, modello di eliminazione, modello di attività ed esercizio fisico, modello cognitivo e percettivo, modello di percezione e concetto di sé, modello di ruoli e relazioni e modello di coping e tolleranza allo stress.

#### **2.4 Realizzazione del piano assistenziale standardizzato**

Al termine della ricerca bibliografica e dell'individuazione dei bisogni di salute dei pazienti sottoposti all'intervento chirurgico scelto è seguita la fase di stesura del piano assistenziale vero e proprio, servendosi del linguaggio infermieristico standardizzato (tassonomie NNN). In particolare, si procede con la definizione delle diagnosi infermieristiche codificate secondo la tassonomia NANDA-I. Sono state individuate 4 diagnosi infermieristiche principali nel periodo pre-operatorio e 10 nel periodo post-operatorio.

Sulla base delle diagnosi infermieristiche, tramite la tassonomia NOC (nursing outcomes classification), sono stati esplicitati i risultati, definiti e misurabili, che il paziente deve raggiungere. In particolare, sono stati identificati 7 outcomes nel periodo pre-operatorio e 18 nel post-operatorio, in risposta agli esiti già prefissati e tenendo conto delle risorse a disposizione dell'utente, del servizio e del contesto sociale.

Mediante la tassonomia NIC (nursing intervention classification), sono stati invece individuati gli interventi infermieristici che devono essere messi in atto al fine di conseguire i risultati di salute desiderati e attesi, in risposta ai bisogni clinico-assistenziali dell'assistito. In particolare, 6 interventi standardizzati nel periodo pre-operatorio e 20 nel post-operatorio.

## CAPITOLO 3 – RISULTATI

### 3.1 PIANO ASSISTENZIALE STANDARDIZZATO PER I PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO DI AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE SECONDO MILES

La pianificazione dell'assistenza con le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC

#### PERIODO PRE-OPERATORIO

DIAGNOSI (NANDA)		
<p><b>Dolore acuto (00132)</b></p>	<p><b>Definizione:</b> esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale, o che viene descritta nei termini di tale danno (International Association for the Study of Pain); insorgenza improvvisa o lenta di qualunque intensità da lieve a severa, con un termine previsto o prevedibile e con una durata inferiore a 3 mesi.</p> <p><b>Fattori correlati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agenti biologici lesivi</li> </ul> <p><b>Caratteristiche definenti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modificazione dei parametri fisiologici</li> <li>- Espressioni di dolore sul viso</li> <li>- Posizione antalgica</li> <li>- Documentata da sé l'intensità utilizzando una scala del dolore standardizzata</li> </ul>	
CRITERI DI RISULTATO (NOC)	INDICATORI DI RISULTATO	VALUTAZIONE NOC (SCALE)
<p>Dolore: controllo (1605)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riconosce l'inizio del dolore</li> <li>• Adotta misure di prevenzione del dolore</li> <li>• Descrive i fattori che contribuiscono al dolore</li> <li>• Descrive il dolore</li> <li>• Discute le opzioni di trattamento con il professionista della salute</li> </ul>	<p>Mai dimostrato (1), raramente dimostrato (2), talvolta dimostrato (3), spesso dimostrato (4),</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adotta misure di sollievo non analgesiche</li> <li>• Usa gli analgesici come raccomandato</li> <li>• Riferisce sintomi di dolore non controllabili al professionista della salute</li> <li>• Monitora gli effetti avversi degli analgesici</li> <li>• Stabilisce obiettivi di sollievo dal dolore con il professionista della salute</li> </ul>	costantemente dimostrato (5)
Dolore: livello (2102)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolore riferito</li> <li>• Durata degli episodi di dolore</li> <li>• Espressioni facciali di dolore</li> <li>• Irrequietezza</li> <li>• Agitazione</li> <li>• Irritabilità</li> <li>• Nausea</li> </ul>	Grave (1), sostanziale (2), moderato (3), lieve (4), nessuno (5)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequenza respiratoria</li> <li>• Frequenza cardiaca radiale</li> <li>• Pressione arteriosa</li> <li>• Sudorazione</li> </ul>	Deviazione dalla norma: estrema (1), sostanziale (2), moderata (3), lieve (4), nessuna (5)
<b>INTERVENTI (NIC)</b>	<b>ATTIVITÀ</b>	
Gestione del dolore: acuto (1410)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettuare una valutazione complessiva del dolore che comprenda la sede, l'inizio e la durata, la frequenza, la qualità, l'intensità, i fattori che alleviano il dolore e quelli scatenanti.</li> <li>• Osservare la persona per rilevare eventuali segni non verbali di dolore, in particolare nelle persone che non sono in grado di comunicare efficacemente.</li> <li>• Monitorare il dolore utilizzando uno strumento di valutazione valido, affidabile e appropriato all'età e alla capacità di comunicare.</li> <li>• Parlare con la persona assistita per valutare qual è la soglia di dolore che le consente di percepire benessere e cercare di mantenere il dolore al di sotto di tale livello.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scegliere e attuare interventi farmacologici, non farmacologici e interpersonali per favorire il sollievo dal dolore, valutando rischi e benefici e tenendo conto delle preferenze della persona assistita.</li> <li>• Modificare le misure di controllo del dolore in funzione della risposta della persona assistita al trattamento.</li> <li>• Avvisare il medico se le misure adottate per il controllo del dolore non hanno successo.</li> </ul>
Monitoraggio dei parametri vitali (6680)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorare la pressione arteriosa, il polso, la temperatura corporea e le caratteristiche del respiro e riportare nella documentazione sanitaria l'andamento e le variazioni significative di tali parametri.</li> </ul>
Somministrazione di analgesici (2210)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire un approccio olistico alla gestione del dolore (per esempio: considerare le influenze fisiologiche, sociali, spirituali, psicologiche e culturali).</li> <li>• Prima di somministrare farmaci alla persona assistita, determinare l'insorgenza del dolore, la sede, la durata, la tipologia, le misure di sollievo, sintomi contribuenti, gli effetti sull'assistito e la gravità.</li> <li>• Controllare la prescrizione del medico relativamente al farmaco, al dosaggio e alla frequenza di somministrazione dell'analgesico prescritto.</li> <li>• Registrare e documentare il livello di dolore utilizzando un'appropriata scala di valutazione prima e dopo la somministrazione degli analgesici (per esempio: NRS, VAS, VRS, FPS, PAINED).</li> <li>• Documentare tutti i risultati del monitoraggio del dolore.</li> <li>• Controllare la storia clinica e farmacologica del paziente; assicurarsi che l'assistito non sia a rischio per l'uso di oppioidi (per esempio: storia di apnea ostruttiva o apnea centrale durante il sonno), l'uso di FANS (per esempio: storia di sanguinamento gastrointestinale o di insufficienza renale) o di altri analgesici.</li> <li>• Distribuire la somministrazione degli analgesici nelle 24 ore, in particolare quando il dolore è intenso, al fine di evitare rilevanti oscillazioni degli effetti analgesici.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somministrare adiuvanti e/o altri farmaci prescritti, se necessari per potenziare l'analgesia.</li> <li>• Valutare l'efficacia dell'analgesico a intervalli frequenti e regolari dopo ciascuna somministrazione.</li> <li>• Attuare azioni per ridurre gli effetti indesiderati degli analgesici come depressione respiratoria, nausea, vomito, secchezza del cavo orale, stipsi, irritazione gastrica.</li> </ul>
--	---

<b>DIAGNOSI (NANDA)</b>		
<b>Motilità gastrointestinale disfunzionale (00196)</b>	<p><b>Definizione:</b> aumento, diminuzione, inefficacia o perdita dell'attività peristaltica del sistema gastrointestinale.</p> <p><b>Fattori correlati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansia</li> <li>- Fattori di stress</li> <li>- Malnutrizione</li> <li>- Cambiamento delle abitudini alimentari</li> </ul> <p><b>Popolazioni a rischio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Età avanzata</li> </ul> <p><b>Condizioni associate:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riduzione della circolazione gastrointestinale</li> <li>- Piano terapeutico</li> </ul> <p><b>Caratteristiche definenti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crampi addominali</li> <li>- Diarrea</li> <li>- Difficoltà nella defecazione</li> <li>- Variazione dei suoni intestinali</li> <li>- Nausea</li> </ul>	
<b>CRITERI DI RISULTATO (NOC)</b>	<b>INDICATORI DI RISULTATO</b>	<b>VALUTAZIONE NOC (SCALE)</b>

Eliminazione fecale (0501)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modello di eliminazione</li> <li>• Controllo dei movimenti intestinali</li> <li>• Colore delle feci</li> <li>• Quantità delle feci in rapporto alla dieta</li> <li>• Feci soffici e formate</li> <li>• Facilità di transito delle feci</li> <li>• Passaggio delle feci senza aiuti</li> <li>• Suoni intestinali</li> </ul>	Estremamente compromesso (1), sostanzialmente compromesso (2), moderatamente compromesso (3), lievemente compromesso (4), non compromesso (5).
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stipsi</li> <li>• Diarrea</li> <li>• Dolore durante il transito delle feci</li> <li>• Presenza di sangue nelle feci</li> </ul>	Grave (1), sostanziale (2), moderato (3), lieve (4), nessuno (5)
<b>INTERVENTI (NIC)</b>	<b>ATTIVITÀ</b>	
Sostegno nella gestione della funzione intestinale (0430)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrare i problemi intestinali preesistenti, la routine intestinale e l'eventuale uso di lassativi. In particolare, valutare la frequenza delle evacuazioni e la consistenza, forma, volume, colore delle feci.</li> <li>• Registrare la data dell'ultima evacuazione.</li> <li>• Riferire l'eventuale aumento o diminuzione della frequenza dei suoni intestinali.</li> <li>• Monitorare i segni e i sintomi di diarrea, stipsi o fecaloma; valutare la presenza di sangue nelle feci.</li> <li>• Indicare dettagliatamente alla persona gli alimenti che possono contribuire alla promozione della regolarità intestinale.</li> <li>• Valutare i farmaci assunti per rilevare eventuali effetti collaterali gastrointestinali.</li> <li>• Educare la persona assistita e i suoi familiari a registrare la consistenza, la forma, il volume e il colore delle feci.</li> </ul>	

<b>DIAGNOSI (NANDA)</b>		
<b>Ansia (00146)</b>	<p><b>Definizione:</b> vago senso di disagio o di timore, accompagnato da risposte autonome; senso di apprensione causato dalla percezione di un pericolo. Rappresenta un segnale che avverte dell'imminenza di un pericolo e permette alla persona di adottare misure idonee ad affrontare la minaccia.</p> <p><b>Fattori correlati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fattori di stress</li> <li>- Minaccia dello status attuale</li> </ul> <p><b>Popolazioni a rischio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambiamenti importanti</li> <li>- Crisi situazionali</li> </ul> <p><b>Caratteristiche definenti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ipervigilanza</li> <li>- Irrequietezza</li> <li>- Preoccupazione dovuta a cambiamenti in eventi della vita</li> <li>- Paura</li> <li>- Incertezza</li> <li>- Aumento della sudorazione</li> <li>- Tensione facciale</li> <li>- Tremore</li> <li>- Alterazione del modello di respirazione</li> </ul>	
<b>CRITERI DI RISULTATO (NOC)</b>	<b>INDICATORI DI RISULTATO</b>	<b>VALUTAZIONE NOC (SCALE)</b>
Ansia: autocontrollo (1402)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlla l'intensità dell'ansia</li> <li>• Identifica i fattori che innescano l'ansia</li> <li>• Elimina i precursori dell'ansia</li> <li>• Pianifica strategie di coping per situazioni stressanti</li> <li>• Condivide le preoccupazioni con gli altri</li> <li>• Controlla le manifestazioni</li> </ul>	Mai dimostrato (1), raramente dimostrato (2), talvolta dimostrato (3), spesso dimostrato (4),

	<p>comportamentali dell'ansia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlla le manifestazioni fisiche dell'ansia</li> </ul>	<p>costantemente dimostrato (5)</p>
<p>Ansia: livello (1211)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eccessiva preoccupazione</li> <li>• Tensione facciale</li> <li>• Ipervigilanza</li> <li>• Dichiarazione di ansia</li> <li>• Preoccupazione eccessiva per gli eventi della vita</li> <li>• Aumento della pressione arteriosa</li> <li>• Aumento della frequenza cardiaca</li> <li>• Aumento della frequenza respiratoria</li> <li>• Atteggiamento di rinuncia e chiusura in sé</li> </ul>	<p>Grave (1), sostanziale (2), moderato (3), lieve (4), nessuno (5)</p>
<p><b>INTERVENTI (NIC)</b></p>	<p><b>ATTIVITÀ</b></p>	
<p>Riduzione dell'ansia (5820)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incoraggiare la persona assistita a trovare le parole per esprimere le sue sensazioni, percezioni, paure.</li> <li>• Adottare un approccio calmo e rassicurante, creare un'atmosfera che favorisca la fiducia e ascoltare attivamente.</li> <li>• Spiegare tutte le procedure, comprese le sensazioni che è prevedibile provare durante il loro svolgimento.</li> <li>• Osservare e rilevare segni/sintomi, verbali e non verbali, di ansia.</li> <li>• Rilevare i cambiamenti del livello di ansia e individuare come la persona assistita vive una situazione di stress.</li> <li>• Insegnare alla persona l'uso di tecniche di rilassamento e somministrare farmaci per ridurre l'ansia, se prescritti.</li> </ul>	
<p>Insegnamento: periodo pre-operatorio (5610)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutare il grado di ansia legato all'intervento sia della persona assistita sia dei suoi familiari.</li> <li>• Dare alla persona tempo sufficiente per fare domande e parlare delle sue preoccupazioni relative all'intervento chirurgico.</li> <li>• Rinforzare la fiducia della persona assistita nel personale.</li> </ul>	

<b>DIAGNOSI (NANDA)</b>		
<b>Conoscenza insufficiente (00126)</b>	<p><b>Definizione:</b> mancanza di informazioni cognitive correlate ad uno specifico argomento o alla sua acquisizione.</p> <p><b>Fattori correlati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informazioni insufficienti</li> <li>- Conoscenza insufficiente delle risorse</li> </ul> <p><b>Caratteristiche definenti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conoscenza insufficiente</li> </ul>	
<b>CRITERI DI RISULTATO (NOC)</b>	<b>INDICATORI DI RISULTATO</b>	<b>VALUTAZIONE NOC (SCALE)</b>
Conoscenze: processo patologico (1803)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caratteristiche della specifica malattia</li> <li>• Cause e fattori contribuenti</li> <li>• Fattori di rischio</li> <li>• Effetti della malattia sulle funzioni fisiologiche</li> <li>• Strategie per minimizzare la progressione della malattia</li> <li>• Benefici della gestione della malattia</li> </ul>	Nessuna conoscenza (1), conoscenze limitate (2), conoscenze moderate (3), conoscenze sostanziali (4), conoscenze esaustive (5)
Conoscenze: procedure diagnostiche e terapeutiche (1867)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo di procedura</li> <li>• Scopo della procedura</li> <li>• Tempo necessario per effettuare la procedura</li> <li>• Preparazione richiesta prima della procedura</li> <li>• Restrizioni alimentari prima della procedura</li> <li>• Limitazioni dei liquidi prima della procedura</li> <li>• Limitazioni dei farmaci prima della procedura</li> <li>• Tipo di preparazione intestinale richiesta</li> <li>• Importanza delle istruzioni cui attenersi per la procedura</li> <li>• Requisiti di consenso informato</li> <li>• Requisiti di sedazione</li> </ul>	Nessuna conoscenza (1), conoscenze limitate (2), conoscenze moderate (3), conoscenze sostanziali (4), conoscenze esaustive (5)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requisiti di anestesia</li> <li>• Sensazioni attese durante la procedura</li> <li>• Potenziali complicanze della procedura</li> <li>• Routine di recupero post-procedura</li> </ul>	
<b>INTERVENTI (NIC)</b>	<b>ATTIVITÀ</b>	
Insegnamento: periodo pre-operatorio (5610)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informare la persona assistita e i suoi familiari sulla data, l'ora, la durata e la sede in cui è programmato l'intervento chirurgico.</li> <li>• Individuare, se presenti, le precedenti esperienze chirurgiche della persona e il suo livello di conoscenza.</li> <li>• Descrivere la routine pre-operatoria: esami di laboratorio/diagnostici, dieta, preparazione intestinale, profilassi anti-tromboembolica, SAP, preparazione cutanea, disegno pre-operatorio per la stomia.</li> <li>• Descrivere la routine post-operatoria: terapia farmacologica e gestione del dolore, mobilizzazione e deambulazione, drenaggi, ferite chirurgiche, dieta, stomia (igiene della stomia, presidi di raccolta, irrigazione, autocura), complicanze precoci e tardive.</li> <li>• Informare la persona su come può contribuire al proprio recupero (partecipazione attiva, resilienza, coping efficace, motivazione ad apprendere, accettazione della nuova condizione di salute).</li> <li>• Rinforzare le informazioni fornite da altri professionisti sanitari.</li> <li>• Effettuare interventi di educazione terapeutica alla persona assistita e alla sua famiglia in linea con lo stile di apprendimento, considerando il ricorso a un approccio olistico e l'utilizzo di materiale didattico. In particolare, fornire una corretta informazione finalizzata al raggiungimento di un'autonomia gestionale, soprattutto per quanto riguarda la colostomia definitiva.</li> <li>• Documentare l'intervento di educazione terapeutica e i risultati raggiunti dalla persona e/o dai suoi familiari.</li> </ul>	

## PERIODO POST-OPERATORIO

<b>DIAGNOSI (NANDA)</b>		
<b>Dolore acuto (00132)</b>	<p><b>Definizione:</b> esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale, o che viene descritta nei termini di tale danno (International Association for the Study of Pain); insorgenza improvvisa o lenta di qualunque intensità da lieve a severa, con un termine previsto o prevedibile e con una durata inferiore a 3 mesi.</p> <p><b>Fattori correlati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agenti fisici lesivi</li> </ul> <p><b>Caratteristiche definenti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modificazione dei parametri fisiologici</li> <li>- Diaforesi</li> <li>- Espressioni di dolore sul viso</li> <li>- Posizione antalgica</li> <li>- Documentata da sé l'intensità utilizzando una scala del dolore standardizzata</li> <li>- Comportamenti di protezione</li> </ul>	
<b>CRITERI DI RISULTATO (NOC)</b>	<b>INDICATORI DI RISULTATO</b>	<b>VALUTAZIONE NOC (SCALE)</b>
Dolore: controllo (1605)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riconosce l'inizio del dolore</li> <li>• Ottiene informazioni sul controllo del dolore</li> <li>• Descrive il dolore</li> <li>• Discute le operazioni di trattamento del dolore con il professionista della salute</li> <li>• Adotta misure di sollievo non analgesiche</li> <li>• Stabilisce obiettivi di sollievo dal dolore con il professionista della salute</li> <li>• Usa gli analgesici come raccomandato</li> <li>• Monitora gli effetti terapeutici degli analgesici</li> </ul>	<p>Mai dimostrato (1), raramente dimostrato (2), talvolta dimostrato (3), spesso dimostrato (4), costantemente dimostrato (5)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitora gli effetti avversi degli analgesici</li> <li>• Riferisce cambiamenti relativi ai sintomi di dolore al professionista della salute</li> <li>• Riconosce sintomi di dolore non controllabili al professionista della salute</li> </ul>	
Dolore: livello (2102)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolore riferito</li> <li>• Durata degli episodi di dolore</li> <li>• Lamento e pianto</li> <li>• Espressioni facciali di dolore</li> <li>• Irrequietezza</li> <li>• Agitazione</li> <li>• Irritabilità</li> <li>• Diaforesi</li> </ul>	Grave (1), sostanziale (2), moderato (3), lieve (4), nessuno (5)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequenza respiratoria</li> <li>• Frequenza cardiaca radiale</li> <li>• Pressione arteriosa</li> </ul>	Deviazione dalla norma: estrema (1), sostanziale (2), moderata (3), lieve (4), nessuna (5)
<b>INTERVENTI (NIC)</b>	<b>ATTIVITÀ</b>	
Gestione del dolore: acuto (1410)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutare lo stato mentale e il livello di coscienza, l'eloquio e l'orientamento spazio-temporale dell'assistito e confrontarlo con il basale pre-operatorio.</li> <li>• Effettuare una valutazione complessiva del dolore che comprenda la sede, l'inizio e la durata, la frequenza, la qualità, l'intensità, i fattori che alleviano il dolore e quelli scatenanti.</li> <li>• Monitorare il dolore utilizzando uno strumento di valutazione valido, affidabile e appropriato all'età e alla capacità di comunicare.</li> <li>• Osservare la persona per rilevare eventuali segni non verbali di dolore, in particolare nelle persone che non sono in grado di comunicare efficacemente.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parlare con la persona assistita per valutare qual è la soglia di dolore che le consente di percepire benessere e cercare di mantenere il dolore al di sotto di tale livello.</li> <li>• Somministrare analgesici continuamente nelle prime 24-48 ore dopo l'intervento chirurgico, rispettando la prescrizione medica.</li> <li>• Monitorare il livello di sedazione e le condizioni respiratorie prima di somministrare oppioidi e a intervalli regolari quando questi vengono somministrati.</li> <li>• Se il livello di dolore è severo, utilizzare una combinazione di analgesici (per esempio: oppioidi più non oppioidi), secondo prescrizione medica.</li> <li>• Scegliere e attuare interventi farmacologici, non farmacologici e interpersonali per favorire il sollievo dal dolore, valutando rischi e benefici e tenendo conto delle preferenze della persona assistita.</li> <li>• Modificare le misure di controllo del dolore in funzione della risposta della persona assistita al trattamento.</li> <li>• Avvisare il medico se le misure adottate per il controllo del dolore non hanno successo.</li> </ul>
<p>Somministrazione di analgesici (2210)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire un approccio olistico alla gestione del dolore (per esempio: considerare in modo adeguato le influenze fisiologiche, sociali, spirituali, psicologiche e culturali).</li> <li>• Prima di somministrare farmaci alla persona assistita, determinare l'insorgenza del dolore, la sede, la durata, la tipologia, le misure di sollievo, sintomi contribuenti, gli effetti sull'assistito e la gravità.</li> <li>• Controllare la prescrizione del medico relativamente al farmaco, al dosaggio e alla frequenza di somministrazione dell'analgesico prescritto.</li> <li>• Determinare il livello attuale di benessere della persona assistita e quello desiderato, utilizzando appropriate scale di valutazione del dolore. Inoltre, registrare e documentare il livello di dolore utilizzando un'appropriata scala di valutazione prima e dopo la</li> </ul>

	<p>somministrazione degli analgesici (per esempio: NRS, VAS, VRS, FPS, PAINED).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllare la storia clinica e farmacologica del paziente; assicurarsi che l'assistito non sia a rischio per l'uso di oppioidi (per esempio: storia di apnea ostruttiva o apnea centrale durante il sonno), l'uso di FANS (per esempio: storia di sanguinamento gastrointestinale o di insufficienza renale) o di altri analgesici.</li> <li>• Distribuire la somministrazione degli analgesici nelle 24 ore in modo appropriato, in particolare quando il dolore è intenso, per evitare rilevanti oscillazioni degli effetti analgesici.</li> <li>• Somministrare adiuvanti e/o altri farmaci prescritti, se necessari per potenziare l'analgesia.</li> <li>• Valutare l'efficacia dell'analgesico a intervalli frequenti e regolari dopo ciascuna somministrazione.</li> <li>• Attuare azioni per ridurre gli effetti indesiderati degli analgesici (per esempio: depressione respiratoria, nausea, vomito, secchezza del cavo orale, stipsi, irritazione gastrica). Valutare e documentare il livello di sedazione nelle persone trattate con oppioidi.</li> <li>• Educare la persona assistita perché richieda un farmaco antalgico al bisogno prima che il dolore divenga molto intenso.</li> </ul>
<p>Assistenza alla persona: analgesia controllata dall'assistito (PCA) (2400)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educare la persona assistita e i suoi familiari all'utilizzo del dispositivo per PCA.</li> <li>• Verificare la capacità della persona assistita di usare l'apparecchio per PCA, comprendere le spiegazioni e seguire le istruzioni fornite.</li> <li>• Consultarsi con l'assistito, i familiari e il medico per regolare l'intervallo di blocco, la velocità di base e il dosaggio a richiesta.</li> </ul>

<b>DIAGNOSI (NANDA)</b>	
<b>Rischio di squilibrio</b>	<p><b>Definizione:</b> suscettibilità a variazioni dei livelli degli elettroliti sierici che può compromettere la salute.</p> <p><b>Fattori di rischio:</b></p>

<b>elettrolitico (00195)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Volume di liquidi insufficiente</li> <li>- Diarrea</li> <li>- Vomito</li> <li>- Conoscenza insufficiente dei fattori modificabili</li> </ul> <b>Condizioni associate:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compromissione dei meccanismi regolatori</li> <li>- Piano terapeutico</li> </ul>	
<b>CRITERI DI RISULTATO (NOC)</b>	<b>INDICATORI DI RISULTATO</b>	<b>VALUTAZIONE NOC (SCALE)</b>
Equilibrio elettrolitico e acido-base (0600)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromissione delle capacità cognitive</li> <li>• Debolezza muscolare</li> <li>• Crampi muscolari</li> <li>• Aritmia</li> <li>• Parestesia</li> </ul>	Grave (1), sostanziale (2), moderato (3), lieve (4), nessuno (5)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creatininemia</li> <li>• Bicarbonato ematico</li> <li>• CO<sub>2</sub> ematica</li> <li>• Azotemia</li> <li>• Albuminemia</li> <li>• Sensibilità negli arti</li> <li>• Cloremia</li> <li>• Calcemia</li> <li>• Osmolarità ematica</li> <li>• Glicemia</li> <li>• Ematocrito</li> <li>• pH ematico</li> <li>• Sodiemia</li> <li>• Potassiemia</li> <li>• Magnesiemia</li> <li>• Nessuna irritabilità neuromuscolare</li> <li>• Sensibilità negli arti</li> </ul>	Estrema deviazione dalla norma (1), sostanziale deviazione dalla norma (2), moderata deviazione dalla norma (3), lieve deviazione dalla norma (4), nessuna deviazione dalla norma (5).

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequenza cardiaca apicale</li> <li>• Frequenza respiratoria</li> <li>• Ritmo respiratorio</li> </ul>	
<b>INTERVENTI (NIC)</b>	<b>ATTIVITÀ</b>	
Gestione degli elettroliti (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificare le possibili cause degli squilibri elettrolitici.</li> <li>• Riconoscere precocemente segni/sintomi di squilibrio elettrolitico e segnalarli tempestivamente al medico. In particolare, monitorare le manifestazioni di squilibrio elettrolitico a livello neurologico (per esempio: alterazioni del sensorio, confusione mentale, disorientamento spazio-temporale e astenia); monitorare i tracciati dell'ECG per rilevare eventuali cambiamenti correlati al livello di potassio, del calcio e del magnesio (per esempio: aritmie cardiache); osservare i cambiamenti della sensibilità periferica (per esempio: intorpidimento, tremori, formicolii agli arti) e valutare la forza muscolare e eventuali difficoltà respiratorie.</li> <li>• Monitorare quotidianamente la diuresi ed effettuare un'accurata registrazione del bilancio delle entrate e delle uscite.</li> </ul>	
Monitoraggio degli elettroliti (2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prelevare i campioni richiesti dal medico per analisi relative agli elettroliti (per esempio: emogasanalisi, elettroliti urinari e sierici).</li> <li>• Monitorare le carenze di elettroliti dovute a perdita di liquidi (per esempio: diarrea, drenaggio della stomia, drenaggio di ferita, diaforesi, poliuria).</li> <li>• Insegnare alla persona assistita e ai suoi familiari i vari tipi, le cause e gli interventi per prevenire o ridurre lo squilibrio elettrolitico.</li> <li>• Consultare il medico se i segni/sintomi dello squilibrio idrico e/o elettrolitico persistono o si aggravano.</li> </ul>	

<b>DIAGNOSI (NANDA)</b>	
<b>Rischio di sanguinamento (00206)</b>	<p><b>Definizione:</b> suscettibilità a una riduzione del volume ematico, che può compromettere la salute.</p> <p><b>Fattori di rischio:</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conoscenza insufficiente delle precauzioni per evitare il sanguinamento</li> </ul> <p><b>Condizioni associate:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Piano terapeutico</li> <li>- Problemi gastrointestinali</li> <li>- Traumi</li> </ul>	
<b>CRITERI DI RISULTATO (NOC)</b>	<b>INDICATORI DI RISULTATO</b>	<b>VALUTAZIONE NOC (SCALE)</b>
Perdita ematica: gravità (0423)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdita ematica visibile</li> <li>• Ematuria</li> <li>• Emottisi</li> <li>• Ematemesi</li> <li>• Distensione addominale</li> <li>• Emorragia post-operatoria</li> <li>• Ipotensione sistolica</li> <li>• Ipotensione diastolica</li> <li>• Tachicardia rilevata al polso apicale</li> <li>• Pallore delle membrane mucose cutanee</li> <li>• Diminuzione della coscienza</li> <li>• Diminuzione dell'emoglobina (Hgb)</li> <li>• Diminuzione dell'ematocrito (Hct)</li> </ul> <p>Perdita ematica stimata _____(mL)</p>	Grave (1), sostanziale (2), moderato (3), lieve (4), nessuno (5)
Conoscenze: gestione della terapia anticoagulante (1845)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benefici della terapia anticoagulante</li> <li>• Corretto uso di farmaci prescritti</li> <li>• Effetti avversi della non assunzione del farmaco</li> <li>• Possibili interazioni dei farmaci prescritti con altre sostanze</li> <li>• Strategie per ridurre la stasi venosa</li> <li>• Strategie per ridurre le emorragie interne</li> <li>• Piano per ottenere un trattamento immediato</li> </ul>	Nessuna conoscenza (1), conoscenze limitate (2), conoscenze moderate (3), conoscenze sostanziali (4), conoscenze esaustive (5)

	se si verificano segni e sintomi avversi	
Coagulazione ematica (0409)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo di protrombina (PT)</li> <li>• Tempo di protrombina: rapporto internazionale normalizzato (PT-INR)</li> <li>• Tempo parziale di tromboplastina (PTT)</li> <li>• Emoglobina (Hgb)</li> <li>• Conta piastrinica</li> <li>• Plasma fibrinogeno</li> <li>• Ematocrito</li> </ul>	Estrema deviazione dalla norma (1), sostanziale deviazione dalla norma (2), moderata deviazione dalla norma (3), lieve deviazione dalla norma (4), nessuna deviazione dalla norma (5)
<b>INTERVENTI (NIC)</b>	<b>ATTIVITÀ</b>	
Misure preventive dell'emorragia (4010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raccogliere la storia della persona assistita e individuare i fattori di rischio (per esempio: intervento chirurgico, traumi, emofilia, scarsa funzionalità della coagulazione, piano terapeutico).</li> <li>• Monitorare attentamente la persona assistita per rilevare segni e sintomi di emorragia interna ed esterna (per esempio: perdita ematica visibile, ematuria, emottisi, ematemesi, distensione addominale, cambiamento della qualità e quantità del liquido dal drenaggio chirurgico, medicazioni sature di sangue).</li> <li>• Monitorare gli eventuali segni e sintomi di sanguinamento persistente (per esempio: ipotensione, polso debole, tachicardia, cute fredda e umida, respiro accelerato, irrequietezza, oliguria).</li> <li>• Monitorare gli esami della coagulazione, tra cui il tempo di protrombina (PT), tempo di tromboplastina parziale (PTT), fibrinogeno, prodotti di degradazione della fibrina e conta piastrinica.</li> <li>• Evitare di somministrare farmaci che possono compromettere ulteriormente i tempi di coagulazione e valutare, in collaborazione</li> </ul>	

	<p>con il medico, la terapia adeguata.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educare la persona assistita e i suoi familiari sui segni e sintomi di emorragia e suoi relativi interventi da attuare nel caso l'emorragia si verifichi.</li> </ul>
--	--

<b>DIAGNOSI (NANDA)</b>		
<b>Rischio di infezione (00004)</b>	<p><b>Definizione:</b> suscettibilità a invasione e a moltiplicazione nell'organismo di microrganismi patogeni, che può compromettere la salute.</p> <p><b>Fattori di rischio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterazioni dell'integrità cutanea</li> <li>- Alterazioni della peristalsi</li> <li>- Malnutrizione</li> </ul> <p><b>Condizioni associate:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterazione del pH delle secrezioni</li> <li>- Procedure invasive</li> <li>- Leucopenia</li> <li>- Malattia cronica</li> </ul> <p><b>Popolazioni a rischio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esposizione a focolai di malattia</li> </ul>	
<b>CRITERI DI RISULTATO (NOC)</b>	<b>INDICATORI DI RISULTATO</b>	<b>VALUTAZIONE NOC (SCALE)</b>
Infezione: gravità (0703)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suppurazione maleodorante</li> <li>• Espettorato purulento</li> <li>• Drenaggio purulento</li> <li>• Piuria</li> <li>• Febbre</li> <li>• Tosse</li> <li>• Evidenza di infiltrato polmonare alla radiografia del torace</li> <li>• Colonizzazione della coltura ematica</li> </ul>	Grave (1), sostanziale (2), moderato (3), lieve (4), nessuno (5)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonizzazione del dispositivo di accesso vascolare</li> <li>• Colonizzazione della coltura al sito della ferita</li> <li>• Colonizzazione della coltura dell'urina</li> <li>• Colonizzazione della coltura delle feci</li> <li>• Leucopenia</li> </ul>	
<b>INTERVENTI (NIC)</b>	<b>ATTIVITÀ</b>	
Protezione dalle infezioni (6550)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rilevare la temperatura corporea ed effettuare, se prescritti dal medico, esami ematici ed esami colturali.</li> <li>• Monitorare la vulnerabilità del paziente alle infezioni.</li> <li>• Eseguire il lavaggio delle mani prima di qualsiasi manipolazione verso la persona assistita.</li> <li>• Valutare precocemente l'eventuale insorgenza di segni e sintomi di: infezione del tratto urinario (per esempio: piuria, ematuria, disuria, urine torbide, presenza di frustoli nelle urine, segni di infiammazione e edema in sede uretrale), infezione delle vie respiratorie (per esempio: tosse produttiva, cambiamento del colore dell'escreato, tachipnea, suoni respiratori anormali, respiro doloroso e dispnea), infezione nel punto di inserzione del catetere peridurale e dei drenaggi.</li> <li>• Ispezionare lo stato di ogni incisione chirurgica o ferita.</li> <li>• Garantire un sufficiente apporto nutrizionale e incoraggiare l'assunzione di liquidi.</li> <li>• Educare il paziente, nell'immediato post-operatorio, ad utilizzare lo spirometro incentivante e ad effettuare il drenaggio posturale e la tosse efficace.</li> <li>• Insegnare alla persona assistita e ai suoi familiari a riconoscere i segni e i sintomi di infezione e quando riferirli a professionisti della salute.</li> </ul>	

<b>DIAGNOSI (NANDA)</b>		
<b>Integrità tissutale compromessa (00046)</b>	<p><b>Definizione:</b> danno della mucosa, della cornea, del sistema tegumentario, della fascia muscolare, dei muscoli, dei tendini, delle ossa, delle cartilagini, delle capsule articolari e/o dei legamenti.</p> <p><b>Fattori correlati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agenti chimici lesivi</li> </ul> <p><b>Condizioni associate:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervento chirurgico</li> </ul> <p><b>Caratteristiche definenti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Danno tissutale</li> </ul>	
<b>Rischio di infezione del sito chirurgico (00266)</b>	<p><b>Definizione:</b> suscettibilità all'invasione del sito chirurgico da parte di microrganismi patogeni che può compromettere la salute.</p> <p><b>Fattori di rischio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcolismo</li> <li>- Fumo</li> <li>- Obesità</li> </ul> <p><b>Popolazioni a rischio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ferita chirurgica contaminata</li> <li>- Punteggio relativo alle condizioni di salute fisica sotto il livello ottimale su scala dell'American Society of Anesthesiologist</li> </ul> <p><b>Condizioni associate:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comorbilità</li> <li>- Durata dell'intervento chirurgico</li> <li>- Procedure invasive</li> <li>- Tipo di intervento chirurgico</li> </ul>	
<b>CRITERI DI RISULTATO (NOC)</b>	<b>INDICATORI DI RISULTATO</b>	<b>VALUTAZIONE NOC (SCALE)</b>
Ferite: guarigione per prima intenzione (1102)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avvicinamento dei lembi della ferita</li> <li>• Avvicinamento dei margini della ferita</li> <li>• Formazione della cicatrice</li> </ul>	Nessuno (1), limitato (2), moderato (3), sostanziale (4), completo (5)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drenaggio ematico</li> <li>• Drenaggio sieroematico</li> <li>• Edema circostante la lesione</li> <li>• Aumento della temperatura cutanea</li> </ul> Posizione della ferita: _____	Completo (1), sostanziale (2), moderato (3), limitato (4), nessuno (5).
Ferite: guarigione per seconda intenzione (1103)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Granulazione</li> <li>• Formazione di cicatrice</li> <li>• Diminuzione delle dimensioni della ferita</li> </ul>	Nessuno (1), limitato (2), moderato (3), sostanziale (4), completo (5)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drenaggio purulento</li> <li>• Drenaggio sieroso</li> <li>• Infiammazione della ferita</li> <li>• Eritema cutaneo circostante</li> <li>• Formazione della fistola</li> <li>• Necrosi</li> <li>• Ferita maleodorante</li> </ul> Posizione della ferita: _____	Completo (1), sostanziale (2), moderato (3), limitato (4), nessuno (5).
<b>INTERVENTI (NIC)</b>	<b>ATTIVITÀ</b>	
Cura del sito di incisione (3440)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ispezionare il sito di incisione per rilevare l'eventuale comparsa di eritema, tumefazione, deiscenza o eviscerazione e segni e sintomi di infezione.</li> <li>• Monitorare il processo di guarigione della ferita chirurgica, fare confronti e registrare regolarmente ogni cambiamento che si osserva nella ferita.</li> <li>• Ispezionare il sito di incisione ad ogni cambio di medicazione.</li> <li>• Effettuare la medicazione della ferita chirurgica rispettando le norme di asepsi e le indicazioni mediche. Procedere sempre dall'area più pulita verso quella meno pulita.</li> <li>• Cambiare la medicazione dell'incisione in base alla quantità dell'essudato e di drenaggio ed ogni qualvolta si presenti bagnata,</li> </ul>	

	<p>staccata, intrisa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educare la persona assistita sulle attenzioni da prestare all'incisione durante il bagno/la doccia e sulle strategie per ridurre al minimo la tensione sul sito di incisione.</li> <li>• Insegnare alla persona assistita e ai suoi familiari a prendersi cura dell'incisione, inclusa l'attenzione ai possibili segni/sintomi di infezione.</li> </ul>
<p>Cura della ferita: difficoltà di guarigione (3664)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrivere le caratteristiche della ferita chirurgica che sta guarendo per seconda intenzione e rilevare dimensioni, localizzazione, secrezioni, colore, presenza di sanguinamento, dolore, odore ed eventuale edema.</li> <li>• Verificare l'impatto che la lesione determina sulla qualità di vita della persona (per esempio: sul sonno, sull'appetito, sull'umore, sulle relazioni sociali).</li> <li>• Effettuare la medicazione più appropriata per favorire il processo di guarigione, rispettando la prescrizione medica.</li> </ul>
<p>Assistenza alla persona: drenaggio (1870)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire una corretta igiene delle mani prima, durante e dopo la manipolazione del drenaggio e la medicazione del sito di inserzione.</li> <li>• Ispezionare l'area circostante il sito di drenaggio per rilevare eventuali segni di infezione o lesioni cutanee.</li> <li>• Curare la cute dell'area circostante e cambiare la medicazione nel sito di inserzione del drenaggio quando necessario.</li> <li>• Valutare la quantità e la qualità del liquido di drenaggio.</li> <li>• Assicurarsi che il sistema abbia una lunghezza sufficiente per consentire la libertà di movimento alla persona e fissare il drenaggio in modo da prevenire l'occlusione e la rimozione accidentale.</li> <li>• Assicurare un corretto posizionamento del drenaggio e di tutto il sistema e verificarne la pervietà.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collegare il drenaggio all'apparecchio dell'aspirazione o al dispositivo di raccolta adeguato. Assicurarsi che venga sempre mantenuta l'aspirazione del drenaggio, se indicato.</li> <li>• Educare la persona assistita e i suoi familiari sullo scopo e sulla corretta gestione del drenaggio.</li> </ul>
<p>Assistenza alla persona: stomia (0480)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osservare frequentemente lo stoma e la cute peristomale al fine di monitorare i progressi verso la guarigione e rilevare eventuali segni precoci di complicanze che possono essere edema, sanguinamento, infezione, alterazioni cutanee, necrosi, distacco, retrazione.</li> <li>• Scegliere il presidio di raccolta idoneo al tipo di stomia del paziente, tenendo in considerazione frequenza e consistenza delle feci, il posizionamento della stomia, la predisposizione della pelle ad irritazioni, il lavoro e l'attività svolta.</li> <li>• Posizionare una placca con un foro dello stesso diametro dello stoma o massimo 2 mm in più al fine di evitare che la cute peristomale entri a contatto con le deiezioni o che si verifichi edema.</li> <li>• Rimuovere il presidio di raccolta dal basso verso l'alto, prestando attenzione a non effettuare trazione e conseguente irritazione della cute peristomale. Al contrario, applicarlo dal basso verso l'alto.</li> <li>• Effettuare l'igiene della stomia utilizzando un sapone a pH neutro, prestando attenzione a non strofinare la cute peristomale.</li> <li>• Educare l'assistito e/o il caregiver al self-care fin dalle prime giornate post-operatorie e fornire sostegno/assistenza mentre la persona sviluppa le capacità pratiche di cura della stomia e dei tessuti circostanti.</li> <li>• Ottenere dalla persona assistita e/o dal caregiver una dimostrazione di ritorno delle capacità/informazioni apprese.</li> <li>• Spiegare alla persona che la cura della stomia dovrà entrare a far parte della routine quotidiana.</li> </ul>

<b>DIAGNOSI (NANDA)</b>		
<b>Rischio di motilità gastrointestinale disfunzionale (00196)</b>	<p><b>Definizione:</b> suscettibilità ad aumento, diminuzione, inefficacia o perdita dell'attività peristaltica del sistema gastrointestinale, che può compromettere la salute.</p> <p><b>Fattori di rischio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambiamenti delle abitudini alimentari</li> <li>- Fattori di stress</li> </ul> <p><b>Condizioni associate:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agenti farmacologici</li> <li>- Piano terapeutico</li> <li>- Riduzione della circolazione gastrointestinale</li> </ul>	
<b>CRITERI DI RISULTATO (NOC)</b>	<b>INDICATORI DI RISULTATO</b>	<b>VALUTAZIONE NOC (SCALE)</b>
Funzionalità gastrointestinale (1015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colore delle feci</li> <li>• Consistenza delle feci</li> <li>• Frequenza di eliminazione delle feci</li> <li>• Quantità delle feci</li> <li>• Suoni intestinali</li> </ul>	Estremamente compromesso (1), sostanzialmente compromesso (2), moderatamente compromesso (3), lievemente compromesso (4), non compromesso (5).
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolore addominale</li> <li>• Distensione addominale</li> <li>• Rigurgito</li> <li>• Reflusso gastrico</li> <li>• Aumento visibile della peristalsi</li> <li>• Diarrea</li> <li>• Stipsi</li> <li>• Emorragia gastrointestinale</li> </ul>	Grave (1), sostanziale (2), moderato (3), lieve (4), nessuno (5)

INTERVENTI (NIC)	ATTIVITÀ
Sostegno nella gestione della funzione intestinale (0430)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorare la frequenza delle evacuazioni e la consistenza, la forma, il volume e il colore delle feci.</li> <li>• Valutare i farmaci assunti per rilevare eventuali effetti collaterali gastrointestinali.</li> <li>• Educare la persona assistita e i suoi familiari a registrare la consistenza, la forma, il volume e il colore delle feci.</li> </ul>
Assistenza alla persona: stomia (0480)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorare i segni/sintomi di complicanze post-operatorie legate alla ripresa del transito intestinale come ostruzione intestinale, diarrea, ileo paralitico.</li> <li>• Valutare la pervietà a feci e gas della stomia e il suo corretto funzionamento.</li> <li>• Educare la persona assistita e le altre persone significative sulla dieta opportuna e sui cambiamenti attesi nella funzione di eliminazione.</li> <li>• Assistere la persona a identificare i fattori che influiscono sui modelli di eliminazione. In particolare, educare il paziente a evitare alimenti che possono occludere la stomia, limitare alimenti che aumentano la produzione di gas e regolare l'introito di fibre in base alle caratteristiche delle feci.</li> </ul>

DIAGNOSI (NANDA)	
<b>Deficit della cura di sé: bagno (00108)</b>	<p><b>Definizione:</b> incapacità di completare in autonomia le attività di igiene personale.</p> <p><b>Fattori correlati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolore</li> <li>- Diminuzione della motivazione</li> <li>- Astenia</li> </ul> <p><b>Caratteristiche definenti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compromessa capacità di lavare il proprio corpo</li> <li>- Compromessa capacità di accedere alla stanza da bagno</li> </ul>

<b>CRITERI DI RISULTATO (NOC)</b>	<b>INDICATORI DI RISULTATO</b>	<b>VALUTAZIONE NOC (SCALE)</b>
Cura di sé: attività di vita quotidiana (ADL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Igiene</li> <li>• Mangiare</li> <li>• Vestirsi</li> <li>• Uso del gabinetto</li> <li>• Bagno</li> <li>• Deambulazione</li> <li>• Prestazioni di trasferimento</li> <li>• Autoposizionamento</li> </ul>	Estremamente compromesso (1), sostanzialmente compromesso (2), moderatamente compromesso (3), lievemente compromesso (4), non compromesso (5).
<b>INTERVENTI (NIC)</b>	<b>ATTIVITÀ</b>	
Assistenza nella cura di sé (1800)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerare la cultura e l'età della persona assistita quando si promuovono le attività di autocura (self-care).</li> <li>• Monitorare la capacità della persona di provvedere alla cura di sé in maniera autonoma; incoraggiare l'autonomia della persona assistita.</li> <li>• Fornire un ambiente terapeutico adatto al fine di assicurare un'esperienza calorosa, rassicurante, rilassata, riservata e personalizzata.</li> <li>• Assicurare l'assistenza necessaria finché la persona non è in grado di provvedere interamente alla cura di sé.</li> <li>• Aiutare la persona ad accettare i bisogni legati alla dipendenza.</li> <li>• Ripetere costantemente la routine legata alla salute in modo che possa diventare un'abitudine consolidata.</li> <li>• Incoraggiare la persona a effettuare le attività della vita quotidiana in base al proprio livello di capacità.</li> <li>• Insegnare ai caregiver/familiari a incoraggiare l'autonomia e a intervenire solo quando la persona non è in grado di effettuare una determinata attività.</li> </ul>	

<b>DIAGNOSI (NANDA)</b>		
<b>Disturbo dell'immagine corporea (00118)</b>	<p><b>Definizione:</b> confusione nel quadro mentale del proprio sé fisico.</p> <p><b>Fattori correlati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterazione della percezione di sé</li> </ul> <p><b>Condizioni associate:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterazioni delle funzioni del corpo</li> <li>- Intervento chirurgico</li> <li>- Piano terapeutico</li> </ul> <p><b>Caratteristiche definenti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attenzione concentrata sull'aspetto che si aveva nel passato</li> <li>- Cambiamento nel coinvolgimento sociale</li> <li>- Evita di guardare il proprio corpo</li> <li>- Paura delle reazioni degli altri</li> <li>- Preoccupazione per il cambiamento</li> <li>- Sentimenti negativi nei confronti del corpo</li> <li>- Visione alterata del proprio corpo</li> </ul>	
<b>CRITERI DI RISULTATO (NOC)</b>	<b>INDICATORI DI RISULTATO</b>	<b>VALUTAZIONE NOC (SCALE)</b>
Immagine corporea (1200)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Immagine interiore di sé</li> <li>• Congruenza tra realtà corporea, ideale corporeo e presentazione corporea</li> <li>• Descrizione della parte del corpo colpita</li> <li>• Tendenza a usare strategie per migliorare l'aspetto</li> <li>• Adattamento ai cambiamenti dell'aspetto fisico</li> <li>• Adattamento ai cambiamenti delle funzioni corporee</li> <li>• Adattamento ai cambiamenti delle condizioni di salute</li> <li>• Adattamento ai cambiamenti corporei dovuti</li> </ul>	Mai positiva (1), raramente positiva (2), talvolta positiva (3), spesso positiva (4), completamente positiva (5).

	a interventi chirurgici	
Adattamento psicosociale: cambiamenti della vita (1305)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condivide i sentimenti con altri</li> <li>• Monitora l'impatto psicosociale dei cambiamenti</li> <li>• Esprime fiducia nel saper gestire i cambiamenti</li> <li>• Ha un'immagine positiva di sé</li> <li>• Adotta efficaci strategie di coping</li> <li>• Ricorre al sostegno sociale disponibile</li> <li>• Afferma di sentirsi a proprio agio nell'ambiente fisico</li> </ul>	Mai dimostrato (1), raramente dimostrato (2), talvolta dimostrato (3), spesso dimostrato (4), costantemente dimostrato (5)
Salute: accettazione del proprio stato (1300)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abbandona il precedente concetto di salute personale</li> <li>• Riconosce la realtà delle proprie condizioni di salute</li> <li>• Mantiene le relazioni</li> <li>• Dimostra resilienza</li> </ul>	Mai dimostrato (1), raramente dimostrato (2), talvolta dimostrato (3), spesso dimostrato (4), completamente dimostrato (5)
<b>INTERVENTI (NIC)</b>	<b>ATTIVITÀ</b>	
Valorizzazione dell'immagine corporea (5220)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurare fin dall'inizio un rapporto di fiducia con l'assistito, i familiari e/o caregiver, ascoltare attivamente e mostrare empatia.</li> <li>• Adottare un comportamento non verbale che faciliti la comunicazione ed utilizzare il silenzio/l'ascolto per incoraggiare l'espressione di sensazioni, pensieri, preoccupazioni.</li> </ul>	
Miglioramento dell'autostima (5400)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aiutare la persona assistita a identificare i valori che contribuiscono al concetto di sé, a discutere dei cambiamenti causati dall'intervento chirurgico e a stabilire l'estensione dei reali cambiamenti avvenuti nel suo corpo o nel suo livello di funzionamento.</li> </ul>	

<p>Potenziamento della consapevolezza di sé (5390)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esortare la persona assistita a valutare il proprio comportamento, ad accettare nuove sfide, a parlare di sé, ad accettare una parziale dipendenza da altri.</li> <li>• Aiutare la persona a identificare azioni che possono migliorare il suo aspetto e educarla a mettere in pratica strategie positive di coping.</li> <li>• Aiutare la persona a identificare le parti del proprio corpo alle quali sono associate percezioni positive; far leva sui punti di forza dell'assistito e valorizzarle.</li> <li>• Stabile se un cambiamento nell'immagine corporea ha contribuito ad aumentare l'isolamento sociale.</li> <li>• Esprimere fiducia che la persona portatrice di stomia potrà riprendere una vita normale.</li> </ul>
<p>Potenziamento dei sistemi di sostegno (5440)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificare i gruppi di sostegno che sono disponibili ad aiutare la persona ma anche i familiari.</li> <li>• Favorire i contatti con le persone che hanno subito trasformazioni simili dell'immagine corporea. In particolare, favorire la partecipazione ai gruppi per pazienti stomizzati dopo la dimissione.</li> <li>• Coinvolgere i familiari e le altre persone significative per il paziente nell'assistenza e nella pianificazione.</li> </ul>

<b>DIAGNOSI (NANDA)</b>	
<p><b>Gestione della salute inefficace (00078)</b></p>	<p><b>Definizione:</b> modello di regolazione e integrazione nella vita quotidiana di un regime terapeutico per il trattamento della malattia e delle sue sequele, inadeguato per il raggiungimento di specifici obiettivi di salute.</p> <p><b>Fattori correlati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conoscenza insufficiente del regime terapeutico</li> <li>- Difficoltà nel gestire la complessità del regime terapeutico</li> <li>- Senso di impotenza</li> <li>- Sostegno sociale insufficiente</li> </ul> <p><b>Caratteristiche definenti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficoltà con il regime terapeutico descritto</li> </ul>

	- Incapacità di includere il trattamento nella routine quotidiana	
<b>CRITERI DI RISULTATO (NOC)</b>	<b>INDICATORI DI RISULTATO</b>	<b>VALUTAZIONE NOC (SCALE)</b>
Stomia: autocura (1615)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrive il funzionamento della stomia</li> <li>• Descrive lo scopo della stomia</li> <li>• Misura la stomia per il corretto adattamento della sacca</li> <li>• Cura la pelle attorno alla stomia</li> <li>• Usa la corretta tecnica di irrigazione</li> <li>• Svuota la sacca da stomia</li> <li>• Monitora le complicanze correlate alla stomia</li> <li>• Monitora la quantità e la consistenza delle feci</li> <li>• Segue il programma stabilito per la sostituzione della sacca da stomia</li> <li>• Si procura i materiali per la cura della stomia</li> <li>• Segue la dieta raccomandata</li> <li>• Mantiene un adeguato apporto di liquidi</li> <li>• Evita cibi che producono odori</li> <li>• Modifica le attività giornaliere per ottimizzare l'autocura</li> <li>• Ottiene l'assistenza di un professionista della salute</li> </ul>	Mai dimostrato (1), raramente dimostrato (2), talvolta dimostrato (3), spesso dimostrato (4), completamente dimostrato (5)
Autogestione: ferita (3124)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica il tipo di ferita e i rischi a essa associati</li> <li>• Identifica il tipo di chiusura della ferita</li> <li>• Lava le mani prima di curare una ferita</li> <li>• Utilizza uno specchio quando necessario per vedere l'area interessata</li> <li>• Monitora i segni e i sintomi di infezione</li> <li>• Controlla l'area interessata a ogni cambio di medicazione</li> </ul>	Mai dimostrato (1), raramente dimostrato (2), talvolta dimostrato (3), spesso dimostrato (4), completamente dimostrato (5)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulisce la ferita secondo le istruzioni</li> <li>• Monitora il drenaggio della ferita</li> <li>• Applica la medicazione per coprire la ferita</li> <li>• Segnala la riapertura spontanea della ferita al professionista di salute</li> <li>• Riferisce un aumento del drenaggio al professionista di salute</li> </ul>	
Conoscenza: gestione dell'infezione (1842)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modalità di trasmissione</li> <li>• Fattori che contribuiscono alla trasmissione dell'infezione</li> <li>• Modalità che riducono la trasmissione</li> <li>• Segni e sintomi di infezione</li> <li>• Procedure di monitoraggio dell'infezione</li> <li>• Follow-up delle infezioni diagnosticate</li> <li>• Influenze della nutrizione sull'infezione</li> <li>• Fattori che influiscono sulla risposta immunitaria</li> </ul>	Nessuna conoscenza (1), conoscenze limitate (2), conoscenze moderate (3), conoscenze sostanziali (4), conoscenze esaustive (5).
Comportamento di adeguamento (compliance) (1601)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discute il regime di trattamento prescritto con i professionisti della salute</li> <li>• Segue il regime di trattamento come prescritto</li> <li>• Rispetta gli appuntamenti con i professionisti della salute</li> <li>• Riferisce le variazioni dei sintomi ai professionisti della salute</li> <li>• Mette in atto le attività di vita quotidiana (ADL) come prescritto</li> </ul>	Mai dimostrato (1), raramente dimostrato (2), talvolta dimostrato (3), spesso dimostrato (4), completamente dimostrato (5)
<b>INTERVENTI (NIC)</b>	<b>ATTIVITÀ</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinare il contesto personale, la storia socio-culturale, l'attuale livello di conoscenze relative alla salute, i comportamenti che caratterizzano lo stile di vita della persona assistita e la sua disponibilità ad apprendere.</li> </ul>	

<p>Insegnamento: procedure/ trattamenti (5618), dieta prescritta (5614), processo patologico specifico (5602)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilire il livello di capacità della persona assistita di effettuare la tecnica prevista.</li> <li>• Adattare la metodologia di insegnamento all'età della persona assistita e alle sue capacità e creare un ambiente che favorisca l'apprendimento.</li> <li>• Educare la persona assistita riguardo la gestione autonoma della stomia: stoma care, rilevazione di segni e sintomi di complicanze precoci (per esempio: edema, sanguinamento, infezione, alterazioni cutanee, necrosi, distacco, retrazione) e tardive (per esempio: dermatiti, granuloma, ernia, prolasso, stenosi, fistola).</li> <li>• Insegnare al paziente la gestione della ferita chirurgica: medicazione, individuazione del processo di guarigione, rilevazione di segni e sintomi di complicanze.</li> <li>• Fornire, in collaborazione con la figura del nutrizionista, la riabilitazione nutrizionale e la dieta da seguire al domicilio.</li> <li>• Educare sull'importanza di rispettare le prescrizioni terapeutiche e il follow-up.</li> <li>• Prima della dimissione, consolidare e accertare che il processo educativo effettuato alla persona e/o al caregiver sia stata recepito; valutare il raggiungimento degli obiettivi stabiliti insieme alla persona assistita.</li> <li>• Indirizzare la persona ad altri specialisti o istituzioni perché possa raggiungere gli obiettivi di apprendimento, se appropriato.</li> <li>• Includere nel percorso educativo anche i familiari e altre persone significative per la persona assistita.</li> </ul>
---	---

## CAPITOLO 4 – CONCLUSIONI

In conclusione del lavoro svolto sono giunta all'elaborazione di un piano assistenziale standardizzato per il paziente sottoposto all'intervento di amputazione addomino-perineale secondo Miles. Tale piano è stato realizzato servendosi del linguaggio infermieristico standardizzato ovvero la tassonomia NANDA, NOC e NIC, con lo scopo di specificare i bisogni e di conseguenza le cure che necessitano i pazienti sottoposti alla procedura chirurgica scelta. Al fine di individuare i corretti bisogni di salute, è stato precedentemente preso in esame un caso clinico reale (*Allegato 2*).

I piani assistenziali standardizzati sono uno strumento prezioso e il loro utilizzo garantisce che gli infermieri condividano un linguaggio comune e che, di conseguenza, il lavoro sia uniformato, riducendo la variabilità e gli errori. Per soddisfare i bisogni assistenziali del paziente, in chiave olistica, la figura dell'infermiere si inserisce all'interno di un team multiprofessionale. Pertanto, il piano assistenziale standardizzato permette di uniformare l'attività infermieristica e favorisce la buona comunicazione tra professionisti, mantenendo al primo posto la sicurezza dei pazienti. Il vantaggio principale che apporta nella pratica clinica si traduce in un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza infermieristica in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza. Tale strumento orienta al miglior beneficio, al minor rischio, al maggior gradimento e al minimo costo dell'assistenza; riduce la variabilità clinica e di risultato e, di conseguenza, minimizza gli errori.

È un mezzo che facilita il pensiero critico e il processo decisionale nel momento della presa in carico, elimina le ambiguità grazie alla terminologia coerente e codificata, garantisce la correttezza e l'interoperabilità dei dati. Inoltre, è un valore aggiunto per la disciplina infermieristica e per la figura dell'infermiere stesso, riconosciuto oggi come professionista della salute, con un ordinamento didattico, un Profilo Professionale e un Codice Deontologico, improntati sull'autonomia e responsabilità: *“L'infermiere svolge con autonomia professionale attività diretta alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute (...) espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive del relativo profilo professionale nonché dal codice deontologico”*<sup>6</sup>.

L'agire professionale dell'infermiere si riconduce negli ambiti specifici del D.M. n.739 del 1994 anche se gli aspetti più innovativi sono registrati con la legge n.42 del 1999 la quale ha

---

<sup>6</sup> Legge 251/200: *“Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”*.

conferito il pieno riconoscimento, sia giuridico che formale, all'attività dell'infermiere che acquisisce responsabilità sia di natura assistenziale che organizzativa e diventa un professionista autonomo e responsabile dei propri risultati e della qualità dell'assistenza erogata. La nuova norma ha esplicitato ed ulteriormente rafforzato il concetto di autonomia e di completezza della professione infermieristica. Tutto ciò è stato poi ribadito dalla legge n.251 del 2000 che nell'art.1 riporta che *“nel rispetto dei tre istituti cardine, l'infermiere professionale svolge con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva”*.

Grazie all'evoluzione normativa, oggi, l'infermiere è il responsabile dell'assistenza infermieristica. È quindi autonomo anche nella realizzazione del piano assistenziale standardizzato ovvero nella formulazione delle diagnosi infermieristiche ed è responsabile degli interventi che svolge e dei risultati di salute.

Un forte limite è che le tassonomie NANDA-I, NOC e NIC sono ormai utilizzate nella maggioranza delle pubblicazioni della letteratura, ma solamente la metà di questi studi riporta l'adozione di tali strumenti nella pratica infermieristica. Di conseguenza, emerge che queste tassonomie sono descritte in maniera ottimale in letteratura, ma vengono testate poco nella pratica clinica. Inoltre, è stato riscontrato anche il problema della scarsa adesione, da parte delle Aziende, al fascicolo sanitario elettronico (FSE) a discapito del formato cartaceo che limita l'utilizzo delle tassonomie NNN con i relativi codici e ne riduce l'efficacia e l'efficienza.

Infine, il rischio che un infermiere poco esperto può correre è non rispettare tutte le caratteristiche intrinseche del piano, soprattutto la flessibilità e la personalizzazione e di conseguenza erogare la medesima assistenza perdendo il focus sul paziente e sulla sua individualità. Nella realtà dell'assistenza alla persona un attento ascolto attraverso la narrazione e la valutazione dei bisogni di salute, utilizzando un modello teorico ed un linguaggio infermieristico standardizzato, permettono di garantire un'assistenza personalizzata, attenta a pianificare, gestire ed attuare interventi infermieristici in linea con i risultati di salute attesi, rafforzando l'attenzione sugli aspetti psicologici, spirituali ed emozionali in una logica di condivisione del piano di cura con l'assistito stesso, attore proattivo del suo percorso di salute.

In conclusione, tirando le somme della mia tesi, posso affermare l'importanza di implementare la pianificazione assistenziale standardizzata nella pratica clinica supportata da studi che incentivino la ricerca in ambito infermieristico in modo che formazione e organizzazione rigorosa rafforzino la scienza infermieristica stessa, creando dei presupposti per l'innovazione ed il cambiamento.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Arianna Borsari". The signature is written in a cursive, flowing style.

## BIBLIOGRAFIA

- BECK D.E., WEXNER S.D., RAFFERTY J.F. (2018), *Gordon and Nivatvongs' Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus*, New York: Thieme, pp. 2-25, 69-92, 111-129, 130-142, 320-343, 389-399.
- BENSON A.B. et al. (2012), “Anal Carcinoma, version 2.2012: featured updates to the NCCN guidelines”, *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 10(4): pp. 449-454.
- BUTCHER H.K., BULECHEK G.M., DOCHTERMAN J.M., WAGNER C.M. (2020), *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*, Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- CAMPOS F.G. (2013), “The life and legacy of Wiliam Ernest Miles (1869-1947): a tribute to an admirable surgeon”, *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(2): pp. 181-185.
- CASTELLÀ-CREUS M. et al. (2019), “Individualization process of the standardized care plan in acute care hospitalization units: Study protocol”, *Journal of advanced nursing*, 75(1): pp. 197-204.
- DAHM M.F. et al. (2008), “Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records: a questionnaire study”, *Journal of clinical nursing*, 17(16): pp. 2137-2145.
- FERREIRA A.O. et al. (2014), “Primary squamous cell carcinoma of the most distal rectum: a dilemma in origin and management”, *BMJ case reports*.
- FORSMO H.M. et al. (2016), “Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery”, *International journal of surgery (London, England)*, 36(Pt A): pp. 121-126.
- GLYNNE-JONES R. et al. (2016), “Background and Current Treatment of Squamous Cell Carcinoma of the Anus”, *Oncology and therapy*, 4(2): pp. 135-172.

- HAGEMANS J.A.W. et al. (2018), “Salvage Abdominoperineal Resection for Squamous Cell Anal Cancer: A 30-Year Single-Institution Experience”, *Annals of surgical oncology*, 25(7): pp. 1970-1979.
- HERDMAN T.H., KAMITSURU S. (2018-2020), *NANDA International. Diagnosi Infermieristiche. Definizioni e classificazione*, Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- LAWAL A. K. et al. (2016), “What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review”, *BMC medicine*, 14(35).
- KAYA S. et al. (2019), “Anal canal squamous cell cancer: surgical therapy, when?”, *Medicinski glasnik: official publication of the Medical Association of Zenica-Doboj Canton, Bosnia and Herzegovina*, 16(2): pp. 1008-1019.
- LEE G.C. et al. (2020), “Association of Time Between Radiation and Salvage APR and Margin Status in Patients With Anal Cancer Treated With Concurrent Chemoradiation”, *American Surgeon*, 86(6): pp. 703-714.
- LUNDBERG C. et al. (2008), “Selecting a standardized terminology for the electronic health record that reveals the impact of nursing on patient care”, *Online Journal of Nursing Informatics*, 12(2): p. 19.
- MASLYANKOV S. et al. (2015), “A Meta-Analysis of Quality of Life, Estimated by Questionnaires of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) after Rectal Cancer Surgery”, *Chirurgia (Bucharest, Romania: 1990)*, 110(4): pp. 356-361.
- MAZZOLENI B. et al. (2018), “Standardized nursing terminologies in nursing education and clinical practice: an Italian survey”, *L'infermiere*, 01: pp.1-16.
- MOORHEAD S., SWANSON E., JOHNSON M., MAAS M.L. (2020), *Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute*, Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

- MOTTA P.C. (2001), “Linee guida, clinical pathways e procedure per la pratica infermieristica. Un inquadramento concettuale e metodologico”, *Nursing Oggi*. 4: pp. 27-36.
- THORODDSEN A. et al. (2012), “A survey of nursing documentation, terminologies and standards in European countries”, *NI 2012: 11th International Congress on Nursing Informatics, June 23-27, 2012, Montreal, Canada*.
- WIATREK R. L. et al. (2008), “Perineal wound complications after abdominoperineal resection”, *Clinics in colon and rectal surgery*, 21(1): pp. 76-85.
- XU S. et al. (2018), “Effect of Self-efficacy Intervention on Quality of Life of Patients With Intestinal Stoma”, *Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 41(4): pp. 341-346.
- ZAHARIE F. et al. (2015), “Laparoscopic rectal resection versus conventional open approach for rectal cancer: a 4 year experience of a single center”, *Official journal of the Balkan Union of Oncology*, 20(6): pp. 1447-1455.

## **SITOGRAFIA**

- AIOM, Associazione Italiana di Oncologia Medica. Available at: [www.aiom.it](http://www.aiom.it)
- AIOSS, Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomaterapia. Available at: [www.aioss.it](http://www.aioss.it)
- GAZZETTA UFFICIALE. Available at: [www.gazzettaufficiale.it](http://www.gazzettaufficiale.it)

**ALLEGATO 1 – SCHEDA DI ACCERTAMENTO SECONDO I  
MODELLI DI MARJORY GORDON**

Unità Operativa: \_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI ALL'ACCETTAZIONE IN REPARTO**

<b>Iniziali pz.</b>		<b>Età</b>		<b>Sesso</b>		<b>Nazionalità</b>	
<b>Provenienza</b>				<b>Tipologia di ricovero</b>			
<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Altra U.O./azienda		<input type="checkbox"/> Programmato		<input type="checkbox"/> TSO		
<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> Altro:		<input type="checkbox"/> Urgente		<input type="checkbox"/> Trasferito da:		
<b>Data ricovero:</b>							
<b>Diagnosi Medica d'ingresso e motivo del ricovero</b>							
<b>Fonti delle informazioni</b>							
<b>Anamnesi Patologica remota</b>							
<b>Anamnesi patologica prossima</b>							
<b>Allergie:</b>		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì   se sì quali: _____ _____					
<b>Reazioni allergiche</b>							
<b>Positività sierologiche:</b>		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì   se sì quali: _____ _____					
<b>Terapia assunta a domicilio</b>							

**VALUTAZIONE INIZIALE GLOBALE CON ACCERTAMENTO SECONDO GLI  
11 MODELLI FUNZIONALI DI M. GORDON**

**1. MODELLO DI PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE**

**Uso tabacco:** ( ) mai ( ) interrotto da \_\_\_\_\_ ( ) sì n° sigarette/die : \_\_\_\_\_

**Assunzione di alcol:** ( ) no ( ) sì quantità/die : \_\_\_\_\_, tipo: \_\_\_\_\_

**Altre sostanze:** ( ) no ( ) sì (tipo \_\_\_\_\_ uso \_\_\_\_\_)

**Deve seguire particolare regime terapeutico (dieta, terapia ecc.)** ( ) no ( ) sì

Ne conosce le ragioni? ( ) no ( ) sì

**Si sottopone a screening preventivi?** ( ) no ( ) sì

**Si sottopone a controlli medici?** ( ) no ( ) sì

**Segue le cure prescritte?** ( ) no ( ) sì

**Ha difficoltà a seguire i suggerimenti e/o le prescrizioni fornite da**

**medici/infermieri?** ( ) no ( ) sì: quali? \_\_\_\_\_

**Aspetto generale di salute:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MODELLO FUNZIONALE ( ) MODELLO DISFUNZIONALE ( )**

**2. MODELLO NUTRIZIONALE E METABOLICO**

**Altezza:** \_\_\_\_\_ ( ) reale ( ) riferita      **Peso:** \_\_\_\_\_ ( ) reale ( ) riferito

**BMI (kg/m<sup>2</sup>):** \_\_\_\_\_ ( ) normopeso ( ) sottopeso ( ) sovrappeso ( ) obesità

**Fluttuazione di peso negli ultimi 6 mesi:** ( ) no ( ) sì: ( ) perdita ( ) aumento di Kg \_\_\_\_\_

**Abitudini domiciliari:** orario pasti: \_\_\_\_\_

**Prescrizioni dietetiche:** \_\_\_\_\_

**Dieta assunta a domicilio:** \_\_\_\_\_

**Liquidi assunti/die:** \_\_\_\_\_

**Alimenti non assunti per credenze religiose e/o altri motivi:** \_\_\_\_\_

**Intolleranze alimentari:** \_\_\_\_\_

**Masticazione:** ( ) normale ( ) alterata: \_\_\_\_\_

( ) edentulia ( ) presenza di protesi mobile: ( ) no ( ) sì ( ) tipo \_\_\_\_\_

**Presenza di SNG:** ( ) no ( ) sì tipo: \_\_\_\_\_ posizionato il: \_\_\_\_\_

**Deglutizione:** ( ) normale ( ) disfagia: ( ) liquidi ( ) solidi ( ) totale

**Appetito:** ( ) normale ( ) aumentato ( ) diminuito

**Disturbi gastro-intestinali:** ( ) nessuno ( ) nausea ( ) vomito ( ) dispepsia ( ) meteorismo  
altro \_\_\_\_\_

**Temperatura corporea:** \_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_

**Stato termico:** ( ) normale ( ) freddo ( ) caldo

**Colorito cutaneo:** ( ) nella norma ( ) pallido ( ) cianotico ( ) cinereo ( ) itterico

**Ecchimosi:** ( ) no ( ) sì: sede \_\_\_\_\_

**Edemi:** ( ) no ( ) sì: sede \_\_\_\_\_

**Elasticità cutanea:** ( ) normale ( ) ridotta: sede \_\_\_\_\_

**Segni di disidratazione:** ( ) no ( ) sì: \_\_\_\_\_

**Prurito:** ( ) no ( ) sì: sede \_\_\_\_\_

**Integrità cutanea:** ( ) cute integra ( ) integrità alterata (sede, caratteristiche e dimensioni):

Ferite chirurgiche: \_\_\_\_\_

Drenaggi: \_\_\_\_\_

Abrasioni/ ferite: \_\_\_\_\_

Ulcere: \_\_\_\_\_

Punteggio BRADEN: \_\_\_\_\_ ( ) rischio alto LDP ( ) non a rischio ( ) rischio minimo/moderato

Valutazione cavo orale: \_\_\_\_\_ Punteggio OAS \_\_\_\_\_

**Condizioni patologiche cutanee:** ( ) no ( ) sì: descrizione e sede \_\_\_\_\_

**Annessi cutanei:**

condizioni patologiche delle unghie: ( ) no ( ) sì: \_\_\_\_\_

condizioni patologiche dei capelli: ( ) no ( ) sì: \_\_\_\_\_

**MODELLO FUNZIONALE ( ) MODELLO DISFUNZIONALE ( )**

### 3. MODELLO DI ELIMINAZIONE

**a) Eliminazione urinaria:** ( ) minzione spontanea, frequenza abituale: \_\_\_\_\_

( ) controllata: presenza di catetere vescicale: posizionato il \_\_\_\_\_  
tipo \_\_\_\_\_ calibro \_\_\_\_\_ materiale \_\_\_\_\_

**Presenza di stomia:** posizionata il \_\_\_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_

**Autogestione:** ( ) sì ( ) no alterazioni: ( ) no ( ) sì quali: \_\_\_\_\_

**Incontinenza:** ( ) diurna ( ) notturna ( ) occasionale ( ) da stress ( ) da urgenza ( ) riflessa  
( ) funzionale ( ) totale

**Presenza di:** ( ) disuria ( ) stranguria ( ) pollachiuria ( ) nicturia

**Ritenzione:** ( ) acuta ( ) cronica ( ) difficoltà a rinviare la minzione

**Caratteristiche delle urine:** colore: \_\_\_\_\_ odore: \_\_\_\_\_  
aspetto: \_\_\_\_\_

**Alterazioni della diuresi riferite:** ( ) no ( ) sì: ( ) anuria ( ) oliguria ( ) poliuria

**Ausili/presidi utilizzati:** \_\_\_\_\_

#### **b) Eliminazione intestinale**

**Evacuazioni:** ( ) spontanee frequenza abituale: \_\_\_\_\_ data ultima scarica: \_\_\_\_\_

( ) controllate: presenza di stomia: posizionata il \_\_\_\_\_

tipo: \_\_\_\_\_ autogestione: ( ) sì ( ) no

**Alterazioni:** ( ) stipsi ( ) diarrea ( ) incontinenza

**Caratteristiche delle feci:**

colore: \_\_\_\_\_ consistenza: \_\_\_\_\_ odore: \_\_\_\_\_

**Utilizzo di lassativi:** ( ) no ( ) sì: tipo \_\_\_\_\_

#### **c) Perspiratio insensibilis:**

perdita impercettibile da cute e polmoni: \_\_\_\_\_ ml

( $0.6 \times \text{Kg} \times \text{ore}$  - in caso di febbre  $>38^{\circ}\text{C}$  si innalza di 0.2 il coefficiente per ogni grado centigrado di temperatura)

**MODELLO FUNZIONALE ( ) MODELLO DISFUNZIONALE ( )**

### **4. MODELLO DI ATTIVITÀ E ESERCIZIO FISICO**

**a) Movimento: attività fisica nel tempo libero prima del ricovero:** ( ) no : ( ) sì

**Grado di energia percepito per svolgere le attività desiderate o necessarie:**

( ) ottimo ( ) buono ( ) sufficiente ( ) insufficiente ( )

**Posizione:** ( ) libera ( ) altro: \_\_\_\_\_

**Tono muscolare:** ( ) normale ( ) alterazioni: \_\_\_\_\_

**Massa muscolare:** ( ) normale ( ) alterazioni: \_\_\_\_\_

**Escursione articolare:** ( ) normale ( ) alterazioni: \_\_\_\_\_

**Deambulazione:** ( ) normale ( ) alterazioni: \_\_\_\_\_

**Equilibrio:** ( ) stabile ( ) instabile: \_\_\_\_\_

**Coordinazione:** ( ) normale ( ) alterazioni: \_\_\_\_\_

**Allineamento posturale:** ( ) normale ( ) alterazioni: \_\_\_\_\_

**Utilizzo di ausili:** ( ) no ( ) sì: quali? \_\_\_\_\_

**Prensione della mano:** ( ) normale ( ) alterazioni: \_\_\_\_\_

Punteggio Scala ADL: \_\_\_\_\_ o altra scala ( \_\_\_\_\_ ): \_\_\_\_\_

**Autonomo** ( ) no ( ) sì: dipendente per \_\_\_\_\_

**Rischio caduta** ( ) sì ( ) no

Punteggio scala Conley \_\_\_\_\_ Punteggio scala Hendrich II \_\_\_\_\_

**a) Cura e igiene personale:**

**Grado di pulizia complessivo:** ( ) ottimo ( ) buono ( ) sufficiente ( ) scarso

**Necessita dell'igiene di:** \_\_\_\_\_

**Abbigliamento:** ( ) pulito ( ) macchiato ( ) altro \_\_\_\_\_

**c) Ossigenazione e funzionalità respiratoria:**

**Frequenza respiratoria:** \_\_\_\_\_ Saturazione periferica: \_\_\_\_\_

**Tipo di respiro:** ( ) eupnoico ( ) dispnoico ( ) tachipnoico ( ) bradipnoico  
( ) superficiale ( ) profondo ( ) respiro patologico tipo \_\_\_\_\_

**Rumori respiratori:** ( ) assenti ( ) presenti: caratteristiche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Espettorato:** ( ) assente ( ) presente: caratteristiche \_\_\_\_\_

**Ossigenoterapia:** ( ) no ( ) sì: litri al minuto: \_\_\_\_\_ presidio: \_\_\_\_\_

**Tosse:** ( ) assente ( ) presente: caratteristiche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Presenza di tracheostomia:** ( ) sì ( ) no Presenza di tracheotomia: ( ) sì ( ) no

**d) Funzionalità cardiaca:** Frequenza cardiaca: \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_

**Caratteristiche del polso:** ( ) ritmico ( ) aritmico ( ) bradicardia ( ) tachicardia

Ampiezza: \_\_\_\_\_

**Pressione arteriosa:** \_\_\_\_\_ braccio ( ) destro ( ) sinistro

( ) ipotensione ( ) ipertensione ( ) normotensione

Posizione durante la rilevazione della pressione arteriosa: ( ) clinostatismo

( ) ortostatismo

**MODELLO FUNZIONALE ( ) MODELLO DISFUNZIONALE ( )**

## 5. MODELLO DI RIPOSO E SONNO

**Ore di sonno abituali:** \_\_\_\_\_

**Tipo di sonno notturno:** ( ) regolare ( ) risveglio precoce ( ) si sveglia più volte durante la notte ( ) fatica ad addormentarsi

**Utilizzo di sonniferi:** ( ) no ( ) sì: tipo \_\_\_\_\_

**Altri momenti di sonno/riposo durante il giorno:** ( ) no ( ) sì: quando e per quanto tempo \_\_\_\_\_

**Si sente riposato dopo il sonno?** ( ) no ( ) sì

**MODELLO FUNZIONALE ( ) MODELLO DISFUNZIONALE ( )**

## 6. MODELLO COGNITIVO E PERCETTIVO

**a) Stato mentale:**

**Livello di coscienza:** ( ) vigile ( ) soporoso ( ) coma ( ) sedazione farmacologica

**Orientamento:** ( ) orientato ( ) disorientato: ( ) a tratti ( ) costantemente  
( ) nel tempo ( ) nello spazio ( ) nei confronti delle persone

**Grado di collaborazione:**

( ) collaborante con tutti ( ) collaborante solo con i familiari ( ) non collaborante

**Agitazione psico-motoria:** ( ) no ( ) sì ( ) riferita ( ) visibile ( )

**b) Comunicazione:**

**Lingua parlata:** \_\_\_\_\_

**Capacità di articolare le parole:** ( ) normale ( ) disartria ( ) balbuzie ( ) afasia

**Capacità di leggere:** ( ) sì ( ) no      **Capacità di scrivere:** ( ) sì ( ) no

**Problemi di memoria:** ( ) no ( ) sì: \_\_\_\_\_

**Capacità di comprendere:** ( ) buona ( ) parzialmente compromessa ( ) totalmente compromessa

**Atteggiamento al colloquio:** ( ) disponibile ( ) taciturno ( ) aggressivo

altro: \_\_\_\_\_

**c) Vista:** ( ) normale ( ) alterata: \_\_\_\_\_

Utilizzo di protesi: \_\_\_\_\_

**d) Udito:** ( ) normale ( ) alterato: \_\_\_\_\_ utilizzo di protesi: ( ) sì ( ) no

**e) Sensibilità tattile:** ( ) normale ( ) alterata: \_\_\_\_\_

**f) Dolore:** ( ) assente ( ) presente ( ) sede: \_\_\_\_\_

<p>NRS/VAS: _____ ( ) acuto ( ) cronico</p> <p>Se cronico: stimoli causali: _____ frequenza: _____</p> <p>Modalità abituale di gestione: _____</p> <p><b>MODELLO FUNZIONALE ( ) MODELLO DISFUNZIONALE ( )</b></p>
<p><b>7. MODELLO DI PERCEZIONE E CONCETTO DI SÈ</b></p>
<p><b>Livello di ansia riferito:</b> ( ) nessuno ( ) lieve ( ) moderato ( ) grave</p> <p><b>Stato dell'umore riferito:</b> ( ) deflesso ( ) euforico ( ) normale ( ) altro: _____</p> <p><b>Contatto oculare:</b> ( ) si ( ) no</p> <p><b>Cambiamenti del proprio aspetto derivanti dalla malattia:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>MODELLO FUNZIONALE ( ) MODELLO DISFUNZIONALE ( )</b></p>
<p><b>8. MODELLO DI RUOLI E RELAZIONI</b></p>
<p><b>Con chi vive?</b> _____</p> <p><b>Problemi familiari rilevanti causati dalla malattia/ospedalizzazione:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Scolarità:</b> _____</p> <p><b>Sistema di supporto:</b> _____</p> <p><b>Occupazione lavorativa:</b> _____</p> <p><b>Problemi lavorativi rilevanti causati dalla malattia/ospedalizzazione:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Hobby:</b> _____</p> <p><b>MODELLO FUNZIONALE ( ) MODELLO DISFUNZIONALE ( )</b></p>
<p><b>9. MODELLO DI SESSUALITÀ E RIPRODUZIONE</b></p>
<p><b>SESSO FEMMINILE</b></p> <p><b>Menarca:</b> _____ <b>Caratteristiche del ciclo mestruale:</b> _____</p> <p><b>Gravidanze:</b> _____ <b>Aborti:</b> ( ) no ( ) si _____</p> <p><b>Menopausa:</b> ( ) no ( ) si da: _____</p> <p><b>Problematiche legate alla menopausa:</b> _____</p> <p><b>Uso di contraccettivi:</b> _____ <b>N° figli:</b> _____</p> <p><b>MODELLO FUNZIONALE ( ) MODELLO DISFUNZIONALE ( )</b></p>

### 10. MODELLO DI COPING E TOLLERANZA ALLO STRESS

**Preoccupazioni relative alla malattia e all'ospedalizzazione:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Capacità riferita di far fronte a eventi stressanti:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Perdite o cambiamenti importanti nell'ultimo anno:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MODELLO FUNZIONALE ( ) MODELLO DISFUNZIONALE ( )**

### 11. MODELLO DI VALORI E CONVINZIONI

**Religione:** \_\_\_\_\_

La religione è importante nella sua vita? ( ) no ( ) sì

È di aiuto quando insorgono difficoltà? ( ) no ( ) sì

Restrizioni dovute alla religione: ( ) no ( ) sì: \_\_\_\_\_

Interferenze sullo svolgimento delle pratiche religiose: ( ) no ( ) sì: \_\_\_\_\_

**MODELLO FUNZIONALE ( ) MODELLO DISFUNZIONALE ( )**

## ALLEGATO 2 – CASO CLINICO

K.A. è un uomo di 48 anni, proveniente dal domicilio, che entra nel reparto di Chirurgia Generale per effettuare l'intervento chirurgico di amputazione addomino-perineale secondo Miles, a seguito della diagnosi di recidiva di carcinoma squamoso del canale anale. Vive con la moglie e un figlio di 8 anni e nella vita svolge la professione di mediatore culturale. Ha sempre goduto di buona salute, non ha mai fatto uso di tabacco e non presenta comorbidità.

Il primo riscontro di carcinoma squamoso del canale anale è avvenuto nel 2017 a seguito dell'insorgenza di dolore ingravescente in sede perianale ed episodi di proctorragia. Alla prima valutazione proctologica vi è un riscontro di ragade anale/sindrome emorroidaria. Successivamente, per peggioramento del quadro clinico, viene posto il sospetto di neoplasia a partenza dal canale anale. Il sospetto diagnostico è stato poi confermato dalla risonanza magnetica, la quale ha evidenziato una grossolana lesione espansiva del canale anale che caudalmente aveva il suo limite inferiore a circa 3 cm dall'orifizio anale, con una estensione cranio caudale di circa 5 cm. La lesione espansiva infiltrava a tutto spessore le pareti rettali e grossolanamente l'apparato sfinterico anale interno ed esterno di dx. Inoltre, presentava linfonodi patologici mesorettali e segni di infiltrazione sulla prostata e sulla vescichetta seminale dx. Vista la diffusione e l'estensione della neoplasia, K.A. è stato trattato con cicli di radioterapia a livello della pelvi e inguini e successivamente è stato seguito da follow-up che prevedeva visite ed esami diagnostici periodici.

Nell'aprile 2019, a seguito di una risonanza magnetica dell'addome inferiore, viene documentata una lesione primitiva rettale, con un incremento volumetrico dell'adenopatia perirettale sx (14 mm x 9 mm), un ispessimento della fascia mesorettale antero-laterale dx e infiltrazione del muscolo elevatore dell'ano dx. Nell'agosto 2019, alla TC torace e addome superiore e inferiore, viene evidenziato un ulteriore incremento dell'adenopatia perirettale sx, avente dimensioni assiali massime di 17 mm x 14 mm. Non vengono rilevati segni di metastasi a distanza. Nel settembre 2019, viene eseguita una rettoscopia con prelievo biptico presso l'endoscopia con conferma istologica di recidiva di carcinoma squamoso del canale anale infiltrante il piano sfinteriale. Dopo un'attenta valutazione multidisciplinare e dopo essersi sottoposto a cicli di radioterapia, K.A. viene ricoverato presso l'U.O. di Chirurgia Generale dell'ospedale di Cremona per eseguire l'intervento chirurgico di amputazione addomino-perineale secondo Miles.

## **Periodo pre-operatorio**

All'ingresso in reparto K.A. riferisce al personale sanitario un dolore acuto di intensità pari a 6 sulla scala NRS nonostante sia in terapia con analgesici oppioidi e antinfiammatori non steroidei (FANS). Il suo modello di eliminazione intestinale si presta disfunzionale in quanto alterna stipsi a feci poltacee ed episodi di proctorragia. La minzione è spontanea. È autonomo nelle attività di vita quotidiana e, nel momento in cui il dolore acuto è ben controllato con la terapia farmacologica, non presenta mobilità e deambulazione compromesse.

Nei giorni che precedono l'intervento chirurgico gli viene fornito del supplemento nutrizionale iperproteico ed ipercalorico, una dieta ricca di carboidrati e povera di scorie al fine di fornirgli un nutrimento adeguato e ridurre la peristalsi, attenuando i crampi e dolori addominali.

È compito dell'infermiere, fin dalla fase pre-operatoria, instaurare un rapporto di fiducia e assicurare al paziente una corretta informazione finalizzata al raggiungimento di una precoce autonomia gestionale, un'acquisizione di maggiori conoscenze e una riduzione dell'ansia pre-operatoria. A tal proposito, K.A. viene educato sulla procedura chirurgica, sulle complicanze intra-operatorie e post-operatorie, sulla preparazione richiesta prima dell'intervento, sull'importanza di attenersi alle indicazioni dei sanitari, sui requisiti di sedazione e di anestesia, sulle sensazioni attese durante la procedura e sulla routine di recupero post-intervento. In aggiunta, è di fondamentale importanza che l'infermiere stomaterapista e/o l'infermiere di reparto anticipi nozioni riguardanti la cura della stomia, al fine di favorirne l'accettazione, di ridurre il periodo di degenza e di raggiungere un'autonomia gestionale.

Al termine dell'educazione pre-operatoria, K.A si presenta molto preoccupato per le sue condizioni di salute e manifesta ansia di intensità moderato-grave; teme di non sopravvivere all'intervento e non riesce ad accettare una convivenza permanente con la stomia e adotta un atteggiamento di chiusura e rifiuto. Ha paura di non riconoscersi più nella sua nuova immagine corporea ma, soprattutto, teme che la stomia definitiva possa compromettere la sua relazione con la moglie e i rapporti interpersonali con familiari, amici e clienti.

La sera antecedente all'intervento chirurgico è stata identificata dal medico la sede della stomia mediante il disegno pre-operatorio che deve essere visibile e di facile accesso al paziente. Inoltre, viene iniziata la profilassi anti-tromboembolica con EBPM, viene mantenuto il paziente a digiuno dalla mezzanotte ed iniziata la preparazione intestinale con

lassativi. Il mattino dell'intervento il paziente è stato educato alla preparazione pre-operatoria, in particolare all'esecuzione della doccia con antisettico, al posizionamento delle calze elastiche, alla rimozione di protesi e/o monili e successivamente viene compilata dall'infermiere la check-list pre-operatoria, controllata la documentazione e la presenza del consenso informato e infine viene fornita al personale di sala la SAP.

### **Periodo intraoperatorio**

K.A. viene sottoposto con tecnica laparoscopica all'intervento chirurgico di amputazione addomino-perineale secondo Miles, intervento che prevede l'escissione completa del colon sigmoideo, del retto, del tessuto perirettale (comprendente linfonodi e vasi principali, muscoli elevatori e sfinteri) e del canale anale. Rimosso il segmento intestinale, è stata liberata una porzione di colon ed è stata aperta e confezionata una colostomia iliaca terminale sinistra con lo scopo di garantire una derivazione esterna per le feci e per i gas. Il perineo è stato suturato con punti non riassorbibili a "borsa di tabacco".

### **Periodo post-operatorio**

Al rientro dalla camera operatoria il paziente è vigile, orientato e collaborante. Presenta:

- SNG.
- Catetere peridurale per la PCA (Patient-controlled Analgesia).
- Ferite chirurgiche pulite, chiuse con clip metalliche in sede addominale, nei punti di inserzione dei trocars.
- Ferita chirurgica pulita-contaminata in sede perineale.
- Drenaggio addominale dx a caduta (tipo: aperto, tubulare) e drenaggio in sede perineale in aspirazione (tipo: chiuso, nastriforme).
- Catetere vescicale, Foley 16 Ch in lattice.
- Colostomia terminale in fossa iliaca sinistra, aperta, con sacca di raccolta a due pezzi trasparente a fondo aperto.

I parametri vitali sono i seguenti: PA 140/90 mmHg, FC 90 R bpm, FR 15 atti/min e TC 36.7°C. La diuresi è attiva da catetere vescicale (700 ml, urine chiare e limpide), le medicazioni sono pulite e in ordine. La saturazione periferica di ossigeno si presenta al di sotto dei valori fisiologici ( $SpO_2 = 88\%$ ) e per questo motivo è stata prescritta dal medico l'ossigenoterapia a 4 lt/min con cannule nasali. Al fine di prevenire le infezioni respiratorie e l'atelettasia, K.A. viene educato dall'infermiere all'utilizzo dello spirometro incentivante,

all'effettuazione della tosse efficace e al drenaggio posturale. Inoltre, per agevolare l'espettorazione delle secrezioni bronchiali, gli viene somministrata aerosolterapia. Nell'immediato post-operatorio il paziente è ad elevato rischio di sanguinamento. I drenaggi sono pervi e in particolare il drenaggio addominale è rifornito di 900 cc di materiale ematico. Di conseguenza, sotto prescrizione medica, viene temporaneamente sospesa la terapia con EBPM sottocute per prevenire emorragie. K.A. ha in corso la terapia e.v. dal catetere venoso periferico e terapia antalgica in PCA dal catetere peridurale.

K.A. presenta un modello cognitivo e percettivo disfunzionale in quanto riferisce dolore acuto con un punteggio sulla scala NRS=8. Al fine di garantire sollievo e un'adeguata copertura analgesica, il paziente viene educato dall'infermiere sul controllo del dolore acuto, viene istruito alla gestione autonoma della PCA tramite catetere peridurale e alla rilevazione precoce di segni e sintomi di complicanze farmacologiche e/o aggravamento della sintomatologia dolorosa. La colostomia in fossa iliaca sinistra è aperta ma non ancora funzionante.

#### *1° giornata post-operatoria*

Nel giorno successivo all'intervento chirurgico K.A. si presenta sofferente e irrequieto; nonostante la terapia antalgica le algie sono poco controllate. In particolare, riferisce un dolore acuto in sede perineale con intensità media (NRS=6).

A seguito dell'intervento chirurgico e della perdita di liquidi, soprattutto nelle prime 24 h, il paziente è a rischio di squilibrio elettrolitico. È un problema potenziale a gestione integrata e l'infermiere ha il compito di monitorare quotidianamente la diuresi, la quantità e qualità dei liquidi drenati ed effettuare il bilancio idrico E/U. È di fondamentale importanza rilevare precocemente segni e sintomi di disidratazione come oliguria e urine ipercromiche, cute e mucose secche e anelastiche, astenia, cefalea, vertigini, ipotensione, tachipnea e tachicardia ma anche segni e sintomi di squilibrio elettrolitico come astenia, debolezza muscolare, spasmi muscolari, difficoltà respiratorie, crampi, formicolii agli arti, confusione mentale, tremori, disorientamento spazio-temporale, aritmie cardiache.

K.A. non presenta segni e sintomi di squilibrio elettrolitico e riprende ad alimentarsi per os con dieta idrica, previa rimozione del SNG.

Inoltre, fin dalla prima giornata post-operatoria, l'assistito viene stimolato a mobilizzarsi nel letto e ad eseguire, sfruttando le sue capacità residue, l'igiene con l'aiuto di un operatore.

I drenaggi sono pervi, riforniti di materiale sieroematico e, dopo un'attenta valutazione del medico, viene ripresa la profilassi anti-tromboembolica con EBPM sottocute che dovrà essere proseguita, salvo diverse indicazioni mediche, per ulteriori 10 giorni. Le medicazioni delle ferite chirurgiche sono pulite e in ordine. La colostomia è pervia e poco produttiva a liquame; viene eseguita l'igiene della stomia dall'infermiere, coinvolgendo e spiegando a K.A. la procedura. La cute peristomale è integra, non presenta segni e sintomi di infezione e viene rinnovato il presidio di raccolta (sistema monopezzo, con placca piana e sacca a fondo aperto). Fin dalla prima giornata post-operatoria l'infermiere di reparto richiede la consulenza dell'infermiere stomaterapista che ha il compito di educare K.A. riguardo la gestione della stomia (igiene e sostituzione del presidio di raccolta), l'identificazione del presidio di raccolta idoneo da utilizzare e l'individuazione di eventuali caregivers a supporto. In altre parole, ha l'obiettivo di far acquisire capacità pratiche per la gestione della stomia oltre ad abilità di adattamento alla nuova condizione di salute. K.A. necessita di aiuto e per questo viene individuata la figura della moglie nel ruolo di caregiver.

### *2° giornata post-operatoria*

In seconda giornata post-operatoria K.A. si presenta vigile e orientato s/t; i parametri vitali sono nei range fisiologici ed è apiretico. La SpO<sub>2</sub> è 98% in aria ambiente e viene rimossa, secondo prescrizione medica, l'ossigenoterapia con cannule nasali.

Il catetere peridurale viene chiuso, in quanto è terminata la terapia antalgica impostata dall'anestesista. K.A. riferisce un dolore acuto di intensità moderata in sede addominale (NRS=6) che viene trattato con terapia antalgica tramite catetere venoso periferico.

Durante l'igiene al letto, l'infermiere sfrutta le capacità residue dell'assistito e lo stimola nella cura di sé. Inoltre, educa K.A. sull'importanza della mobilizzazione precoce e sui rischi che possono insorgere a seguito di un'immobilizzazione prolungata a letto.

K.A. si mobilizza con l'aiuto di un operatore con le gambe giù dal letto e successivamente in poltrona ma non tollera la posizione a seguito di un dolore acuto in sede perianale.

Le medicazioni delle ferite chirurgiche addominali sono pulite e in ordine. Il drenaggio in sede addominale dx è rifornito con materiale sieroematico e viene medicato il punto di inserzione, il quale non presenta segni e sintomi di infezione.

La medicazione della ferita perineale si presenta visibilmente sporca e intrisa di materiale sieroematico e per questo viene scoperta al fine di valutare la ferita chirurgica.

La ferita perineale, dopo amputazione addomino-perineale secondo Miles, ha un'elevata incidenza di complicanze in quanto nella cavità libera vi è un accumulo di liquidi, principalmente sangue e coaguli, che facilitano la proliferazione batterica e aumentano il rischio di sviluppare ascesso pelvico, deiscenza e infezione. Inoltre, ci si aspetta che tale ferita guarisca per seconda intenzione e, come nel caso di K.A., una precedente radioterapia influenza negativamente il processo di guarigione.

La ferita perineale di K.A. si presenta arrossata, leggermente edematosa con margini irregolari e drenaggio sieroso e purulento. Dopo un'attenta valutazione interdisciplinare da parte del medico e dell'infermiere del reparto, la ferita viene detersa, disinfettata e viene rinnovata la medicazione. Il drenaggio in sede perineale è pervio e rifornito di materiale sieroso.

Nella seconda giornata post-operatoria l'infermiere gestisce la stomia, valuta la cute peristomale, le caratteristiche delle feci e la presenza di complicanze precoci come distacco mucocutaneo, ischemia, suppurazione peristomale, fistola, edema ed emorragia peri e intrastomale. Dopo un'attenta valutazione, K.A non presenta segni e sintomi di complicanze a carico della colostomia, la quale appare poco produttiva a liquame.

Il paziente inizia ad alimentarsi con dieta leggera (minestra e crema di mele).

### *3° giornata post-operatoria*

K.A. è vigile, orientato e collaborante; apiretico (TC 37.1°C). Presenta un modello cognitivo e percettivo disfunzionale in quanto riferisce un dolore acuto in sede perineale ingravescente nel momento in cui assume la posizione fowler o semi-fowler nel letto o la posizione seduta in poltrona. In collaborazione con la nutrizionista, viene individuata la dieta idonea per K.A. ovvero una dieta progressiva priva di scorie. Dopo aver ottenuto i risultati dei parametri della coagulazione, come da indicazione medica, viene tolto il catetere peridurale.

In aggiunta, viene rimosso il drenaggio addominale dx ed effettuata una medicazione compressiva nel punto di inserzione; permane invece il drenaggio in sede perineale, pervio e rifornito di materiale sieroematico. La ferita perineale, intrisa di materiale sieroso, viene scoperta, valutata dal medico e dall'infermiere di reparto e medicata.

Nella terza giornata post-operatoria viene iniziata l'educazione vera e propria a K.A e al suo caregiver riguardo la gestione della stomia. Il percorso educativo è finalizzato al raggiungimento, quanto più precoce possibile, di un'autonomia gestionale. Il paziente, infatti, deve essere educato ad acquisire le capacità pratiche per la cura della stomia,

favorendo la gestione attiva del presidio, l'indipendenza e il suo adattamento alla nuova condizione di salute. L'intervento educativo deve essere finalizzato al self-care per quanto riguarda stoma care, alimentazione, idratazione, attività fisica, abbigliamento, prevenzione, scelta dei presidi di raccolta e riconoscimento di complicanze precoci e tardive.

K.A. inizia a prendere realmente coscienza della sua nuova condizione di salute e ciò suscita in lui sentimenti di perdita, di diversità, di rabbia che si manifestano con una scarsa autostima di sé, un'elevata fragilità fino ad arrivare alla negazione di approcciarsi alla stomia e alla volontà di non guardarsi più allo specchio. Il paziente viene incoraggiato dal personale di reparto a condividere le sue preoccupazioni, sensazioni e paure ma soprattutto i suoi dubbi e domande. L'infermiere, come anche tutte le altre figure sanitarie, in questa fase, deve ascoltare attivamente le preoccupazioni del paziente, mostrando empatia ed instaurare fin da subito un rapporto di fiducia.

K.A. appare visibilmente turbato e riferisce preoccupazioni relative al cambiamento dello stile di vita e, in particolare, alla possibilità di reintegrarsi sufficientemente e di riprendere il proprio ruolo nella vita sociale e lavorativa. Inoltre, teme che la stomia definitiva possa compromettere la sua relazione con la moglie.

#### *4ª giornata post-operatoria*

In quarta giornata post-operatoria il paziente è autonomo nella mobilizzazione e nell'igiene e cura di sé ma presenta astenia, malessere generalizzato e dolore acuto di intensità grave in sede perineale (NRS=8). I parametri vitali sono nei range fisiologici ma presenta una TC di 38.5°C e brivido scuotente. Come da prescrizione medica, vengono eseguiti gli esami colturali, in particolare emocoltura, urinocoltura e coltura della ferita chirurgica perineale. Inoltre, viene rimosso il catetere vescicale.

K.A. è riluttante ad iniziare il movimento infatti rifiuta di mobilizzarsi in poltrona e di effettuare le cure igieniche in autonomia. Fatica anche ad assumere la posizione fowler o semi-fowler nel letto a seguito della ferita perineale infetta e dolorante e mantiene solo il decubito laterale. È sofferente, a tratti irrequieto e non compliant. L'infermiere educa il paziente ad adottare strategie positive di coping e tolleranza allo stress, invita K.A. a deambulare e mobilizzarsi spiegandogli l'importanza della mobilizzazione precoce e delle complicanze che possono insorgere a seguito dell'immobilità, senza però ottenere riscontro positivo.

K.A. viene inoltre educato dall'infermiere sull'importanza di un introito calorico appropriato al fine di favorire la guarigione delle ferite chirurgiche e, più in generale, di migliorare lo stato di salute e incrementare il livello di energia percepito ma, ciononostante, rifiuta di alimentarsi riferendo inappetenza e nausea.

Viene eseguita l'igiene della stomia, la quale si presenta pervia a liquame e viene sostituito il presidio di raccolta monopezzo con placca piana e sacca a fondo aperto. La cute peristomale appare integra, normotermica e normocromica e la stomia non evidenzia segni di complicanze.

La medicazione della ferita perianale si presenta sempre intrisa di materiale sieroso, la ferita chirurgica appare maleodorante, edematosa, arrossata; viene detersa, disinfettata con antisettico e rimedicata, come da prescrizione medica.

#### *5° giornata post-operatoria*

In quinta giornata post-operatoria, K.A. è vigile e orientato nello spazio e nel tempo. I parametri vitali sono nei range fisiologici e presenta una TC di 37.5°C; è autonomo nella mobilizzazione e nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana. Il drenaggio perineale è rifornito di materiale sieroso.

A seguito dell'esito degli esami ematici e degli esami colturali richiesti dal medico, emerge un'infezione della ferita perineale. Tale ferita viene riaperta parzialmente dal medico, detersa e viene posizionato uno zaffo con garza iodoformica che consente al sito infetto di liberarsi dal contenuto patologico e impedisce ai lembi cutanei di cicatrizzare prima che tutta la cavità sia stata chiusa dal tessuto di granulazione. Questo metodo permette di passare da un microambiente umido ad asciutto. Inoltre, come prescritto dal medico, viene iniziata anche la terapia antibiotica endovenosa ad ampio spettro.

Questa condizione accresce in K.A. il disturbo dell'immagine corporea e la non accettazione della nuova condizione di salute che lo porta a chiudersi in sé stesso, a non mettere in pratica gli insegnamenti del personale di reparto, a rifiutare il movimento e ogni interazione sociale, anche con la moglie e il figlio. L'infermiere deve prestare attenzione alla comunicazione non verbale della persona perché anche mediante essa si ottengono informazioni riguardanti il suo stato emotivo e un'eventuale necessità del sostegno/supporto di altre figure professionali. Infatti, a seguito della depressione, della mancanza di resilienza e di coping efficace riscontrati in K.A., l'infermiere di reparto rileva il bisogno di attivare l'intervento

dello psicologo. Il lavoro dello psicologo/psicoterapeuta deve essere orientato al supporto psicologico dell'individuo ma anche della famiglia.

#### *6° giornata post-operatoria*

Dalla sesta giornata post-operatoria K.A. intraprende un percorso mirato con lo psicologo, il quale fornisce al paziente tutte le informazioni e le strategie necessarie per affrontare il cambiamento psico-fisico. In particolare, K.A. viene aiutato al fine di accogliere ed elaborare il "lutto corporeo", di riappropriarsi della propria normalità (relazione con la moglie, sessualità, relazioni interpersonali), di costruire una nuova immagine di sé, di aumentare l'autostima e raggiungere una nuova autoconsapevolezza e autogestione.

K.A. è autonomo nella deambulazione ma necessita di aiuto per eseguire l'igiene della stomia. A seguito della valutazione dell'infermiere stomaterapista e della consistenza delle feci (punteggio scala di Bristol=5), viene sostituito il presidio di raccolta con un sistema monopezzo a fondo chiuso e placca piana.

#### *7° giornata post-operatoria*

K.A. è autonomo nella mobilizzazione e necessita di aiuto per la cura della stomia. I parametri vitali sono nei range fisiologici e riferisce un dolore di intensità lieve in sede perineale (NRS=4) controllato con terapia antalgica e interventi non farmacologici.

Grazie all'intervento e al supporto della psicologa, in aggiunta a quello del personale di reparto, K.A. si presenta disponibile alla cura di sé, è compliant e collaborante. Eseguendo in autonomia l'igiene di sé e con l'aiuto di un operatore esegue l'igiene della stomia, l'ispezione dello stoma e della cute peristomale e sostituisce il presidio di raccolta.

Il drenaggio perineale in aspirazione è poco rifornito di materiale sierolemico e viene rimosso come da indicazione medica. Inoltre, viene rinnovata dall'infermiere la medicazione della ferita chirurgica perineale infetta, effettuando lo zaffo con garza iodoformica.

La complicità della ferita chirurgica perineale è un problema di lunga durata per i pazienti sottoposti ad intervento di amputazione addomino-perineale. La sua guarigione per seconda intenzione varia dalle 6 settimane a 3 mesi fino a raggiungere addirittura 6 mesi e per questo motivo deve essere gestita al domicilio.

Il medico di reparto, a seguito di un'attenta valutazione interdisciplinare, programma la dimissione di K.A. al domicilio. A tal proposito, l'infermiere e lo stomaterapista provvedono all'attivazione dei servizi domiciliari e al rafforzamento dell'educazione del caregiver e del paziente riguardanti la routine post-operatoria e il follow up.

## **Dimissione e follow up**

La dimissione rappresenta un momento focale per consolidare ed accertare che il processo educativo effettuato alla persona e al caregiver sia stato recepito. Prima della dimissione, infatti, l'infermiere valuta i feedback provenienti dal paziente e/o caregiver o eventuali dubbi, consegna i presidi di raccolta della stomia e stabilisce i successivi incontri con l'infermiere stomaterapista. K.A e il caregiver hanno ricevuto durante tutto il periodo di degenza le informazioni ed i consigli su come gestire completamente la stomia, sugli aspetti principali dell'igiene, abbigliamento, ritorno all'attività lavorativa, vita sessuale e sociale che dovranno essere rafforzati nelle attività di follow up.

Alla dimissione K.A si presenta parzialmente autonomo nella gestione della stomia, necessita di aiuto, soprattutto durante l'igiene e il cambio del presidio di raccolta; è a conoscenza dell'importanza di ispezionare la cute peristomale e lo stoma, delle complicanze precoci e tardive che possono insorgere e i relativi segni e sintomi. Inoltre, è in possesso di opuscoli informativi, del contatto dell'ambulatorio per pazienti stomizzati al quale rivolgersi per qualsiasi esigenza e delle date dei successivi incontri di follow-up.

In particolare, l'ambulatorio per i pazienti stomizzati rappresenta un continuum assistenziale imprescindibile e permette all'infermiere stomaterapista il monitoraggio e la prosecuzione del percorso riabilitativo, la gestione di eventuali complicanze stomali, la verifica dell'idoneità e della tollerabilità dei presidi scelti, l'approvvigionamento di tali presidi ed eventuale counseling per le problematiche che possono insorgere nel momento in cui la persona stomizzata riprende le normali attività di vita quotidiana.

Al termine della degenza nell'U.O di Chirurgia Generale, K.A. si presenta totalmente dipendente nella gestione e nell'esecuzione della medicazione della ferita perineale e per questo motivo è stato precedentemente attivato il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI). Anche la riabilitazione nutrizionale è parte integrante di tutto l'iter terapeutico dei pazienti portatori di stomia e K.A. ha acquisito tutte le nozioni in merito al nuovo regime alimentare al quale dovrà attenersi, grazie all'intervento del nutrizionista. In particolare a K.A. e alla moglie, nonché caregiver, sono state fornite le seguenti informazioni:

- Evitare la sedentarietà, un'alimentazione scorretta sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo e l'aumento del peso corporeo.
- Evitare inutili restrizioni dietetiche e non escludere particolari gruppi di alimenti.
- Assumere almeno 1,5-2 lt/die di acqua.

- Assumere alimenti morbidi, facili da digerire, soprattutto nel primo mese post-operatorio e masticare accuratamente. Effettuare piccoli pasti ma frequenti (3 pasti principali e 2 spuntini).
- Capire quali alimenti possono provocare disturbi per eliminarli o diminuirli. A tale scopo è consigliata l'adozione di un diario alimentare quotidiano per annotare tutti gli alimenti consumati e l'eventuale insorgenza di effetti indesiderati.
- Consumare cibi ben cotti e realizzati con un metodo di cottura naturale (alla griglia, al vapore, al forno o bollito).
- Limitare i cibi responsabili della formazione di gas (pane, riso poco cotto, carni affumicate, legumi, bevande gassate, gomma da masticare, cavoli, verze ecc).
- Evitare cibi che possono andare ad occludere la stomia (bucce di mela, cavoli crudi, sedano, mais, frutta secca, funghi, semi ecc).
- Regolare l'assunzione di fibre in base alla consistenza delle feci e al ritmo delle evacuazioni.

Grazie al follow up e, in particolare, agli incontri nell'ambulatorio con i pazienti stomizzati e i loro familiari, l'infermiere stomaterapista può individuare i loro bisogni, soprattutto in termini psicologici. Infatti, nel lungo periodo, uno strumento importante che può essere sfruttato in campo psicologico è il gruppo. I gruppi psicoterapeutici, i gruppi di auto-mutuo-aiuto e/o i gruppi di sostegno sono uno strumento importante per il paziente perché permettono di confrontare la propria esperienza individuale con persone che si trovano nella medesima condizione di salute. I pazienti riescono in queste sedi ad esprimere il proprio disagio, ansia e problematiche affettive, lavorative o nel sistema di supporto.

I gruppi di familiari, invece, sono uno strumento di sostegno psicologico utile nel lungo termine per le famiglie dei pazienti stomizzati (genitori, partner, figli) i quali si trovano spesso a subire la stomia "per riflesso" e ad affrontare una serie di cambiamenti che non sono in grado di gestire. Tali gruppi hanno l'obiettivo di sostenere l'emozione, alleviare il senso di paura, impotenza e frustrazione, di fornire spunti per affrontare e gestire le difficoltà incontrate ed elaborare aspetti tabù come sessualità e disabilità.