



**Il ruolo dell'infermiere stomaterapista all'interno dei Gruppi
Interdisciplinari Cure (GIC).
Un'indagine all'interno della Rete Oncologica del Piemonte e della
Valle d'Aosta**

Gruppo di Studio Stomaterapisti

Coordinatrici: *Giovanna Bosio, Maria Russo*

A cura del sottogruppo: *“Definizione ruolo dello stomaterapista nel GIC”*

Partecipanti: *Giovanna Bosio, Paula Carp, Giuseppe Fiordispina, Maria Friio, Elisabetta Laganà, Maria Marino, Cinzia Rastello, Maria Russo, Antonio Valenti, Cristina Valle*

Documento approvato dal Gruppo di Studio

Titolo

Il ruolo dell'infermiere stoma terapeuta all'interno dei gruppi interdisciplinari cure (GIC). Un'indagine all'interno della Rete Oncologica della Regione Piemonte e Valle d'Aosta.

Autori Valenti A, Russo M, Fiordispina G, Laganà E, Valle C, Marino M, Friio M, Carp P, Rastello C, Bosio G.

Contatti avalenti@mauriziano.it

Stato dell'arte

I Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC) rappresentarono una diversa modalità operativa, multidisciplinare, degli esistenti percorsi terapeutici alla loro costituzione nel 2003¹.

L'azione del GIC si svolge infatti all'inizio del percorso di cura e si ripropone ad ogni ridefinizione/chiusura di una fase diagnostico/terapeutica. In termini più generali, nel continuum del percorso oncologico/chirurgico, a seconda delle politiche locali adottate, si riconduce a incontri che precedono l'intervento chirurgico a cui possono essere associati una fase di diagnostica e/o terapeutica in preparazione o meno all'intervento. La letteratura descrive questa modalità come l'implementazione di un team multidisciplinare di cura (MDT), in cui dovrebbero partecipare i professionisti sanitari di diversa specializzazione appartenenti a differenti Unità Operative che, attraverso una visione complessiva della persona malata e dunque grazie all'interdisciplinarietà dell'approccio clinico, stabiliscono i percorsi di cura più appropriati. In ambito oncologico la letteratura descrive un miglioramento della prognosi per i pazienti trattati secondo evidenza scientifica, a superamento del modello in cui un solo curante è decisore/responsabile dell'intero percorso².

La letteratura è tuttavia carente sulla valutazione dell'impatto degli incontri MDT sulla soddisfazione dei pazienti e sulla qualità della vita, nonché sulle interazioni tra le discipline². Le riunioni del MDT incidono, oltre che sulle pratiche di valutazione e gestione dei pazienti, anche sugli aspetti informativi e trovano ampia diffusione nell'ultimo decennio con il protocollo ERAS che ha improntato i percorsi chirurgici e non solo anche sotto questo aspetto³. Nei pazienti candidati ad allestimento di stomia le figure che dovrebbero comporre il team, oltre agli specialisti clinici per la componente diagnostica e terapeutica, sono gli infermieri stomaterapisti, infermieri d'area/percorso, assistenti sociali e dietisti, come raccomandato da recenti linee guida^{4,5}. Inoltre nei pazienti candidati all'allestimento di una stomia che consegue a molti scenari clinici devono essere attentamente considerati e individualizzati⁶ vari aspetti, in particolare al momento della discussione dell'approccio terapeutico chirurgico. Gli obiettivi principali nella selezione di una derivazione stomale sono fornire il minor potenziale di complicanze e il massimo grado di autonomia e qualità di vita, pur consentendo il completamento degli obiettivi terapeutici. Il processo decisionale è complesso e prevede la considerazione di problematiche legate allo stadio di malattia, alle comorbidità del paziente, alla necessità di trattamento e non ultimo i desideri del paziente⁷. A riguardo, per questi pazienti, un ruolo chiave potrebbe essere quello dell'infermiere stomaterapista che, nel confronto e in collaborazione con gli altri specialisti clinici, può supportare la scelta della derivazione stomale più congeniale alle caratteristiche fisiche e psichiche del paziente⁸. Sull'argomento sono ancora ridotte le evidenze ma gli esiti possono essere rilevanti in termini di qualità di vita, in particolare nel rischio di incontinenza postoperatoria sia per le derivazioni urinarie che per gli esiti nelle resezioni intestinali o nel tipo di derivazione con i rischi correlati^{9, 10, 11}. L'aspetto fondamentale tuttavia è l'impatto negativo complessivo di una stomia sulla qualità di vita. Questo è ben descritto e la letteratura suggerisce che il paziente la preferisce evitare, anche a discapito di offerte terapeutiche forse più congeniali per se stesso. Dopo la decisione del percorso terapeutico la parte informativa specifica è parte integrante del processo educativo che gestisce l'infermiere stomaterapista ed elemento fondante in tutte le fasi del processo. Recenti evidenze raccomandano infatti l'inizio del percorso educativo dei pazienti candidati al confezionamento di una derivazione urinaria o

intestinale nel periodo preoperatorio. Allo stesso tempo raccomandano che questo sia eseguito da personale sanitario esperto in stomaterapia¹² e sia rivolto anche alla famiglia/accompagnatori. Gli stessi pazienti vogliono essere proattivi e coinvolti nella gestione del loro recupero per un rapido ritorno alle attività di vita quotidiana¹³. L'evidenza relativa all'esito della soddisfazione del paziente è limitata ma suggerisce che quando le persone ricevono istruzione e consulenza preoperatoria, questa può migliorare il gradimento delle cure offerte¹⁴. In generale gli esiti sono rilevanti in termini di qualità di vita, riammissioni ospedaliere e complicanze del complesso peristomale^{15, 16}. Inoltre un intervento educativo finalizzato ai bisogni psicosociali sembra avere un effetto positivo oltre che sulla qualità della vita anche sui costi sanitari^{17,18}. Perché questo avvenga non si può non definire una traccia degli aspetti informativi fondamento della componente cognitiva di ogni percorso educativo. Le informazioni dovrebbero essere quindi fornite in una varietà di modalità tra cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, in forma verbale, scritta o digitale e riguardare i vari aspetti correlati al cambiamento in atto^{19,20, 21}. Il riconoscimento precoce di situazioni che necessitino di interventi di più figure professionali, come ad esempio nel caso di dimissioni difficili nel grande anziano con ridotti livelli di autosufficienza e problemi socio economici, è un'altra delle attenzioni riconducibili al ruolo dello stomaterapista in collaborazione con altre figure professionali dedicate.

In conclusione, in questo ruolo, l'infermiere stomaterapista, durante la visita GIC, nei casi in cui il trattamento che viene proposto al paziente renda possibile o necessario il confezionamento di una stomia, dovrebbe:

- valutare le condizioni cliniche del paziente in relazione alla scelta della derivazione e di concerto con gli altri specialisti proporre al paziente le varie possibilità terapeutiche in quest'ambito (con particolare attenzione agli esiti post operatori in termini di qualità di vita e incontinenza).
- valutare le informazioni cliniche e bio-psico-sociali già raccolte, eventualmente integrandole.
- contribuire ad informare il paziente sulle attività di vita compatibili con la stomia.
- programmare un successivo incontro per il counseling preoperatorio da effettuarsi, anche in base alle esigenze espresse del paziente, durante la terapia neoadiuvante oppure durante il precovero chirurgico.

Fatte queste premesse il gruppo di lavoro ha deciso di svolgere un'indagine allo scopo di descrivere la pratica in atto nella Rete Oncologica.

Obiettivo

L'obiettivo è stato quello di svolgere un'indagine all'interno della Rete allo scopo di fare una fotografia riguardo la presenza della figura dello stomaterapista all'interno del GIC, del ruolo ricoperto e dello stato della pratica in ambito stomaterapico.

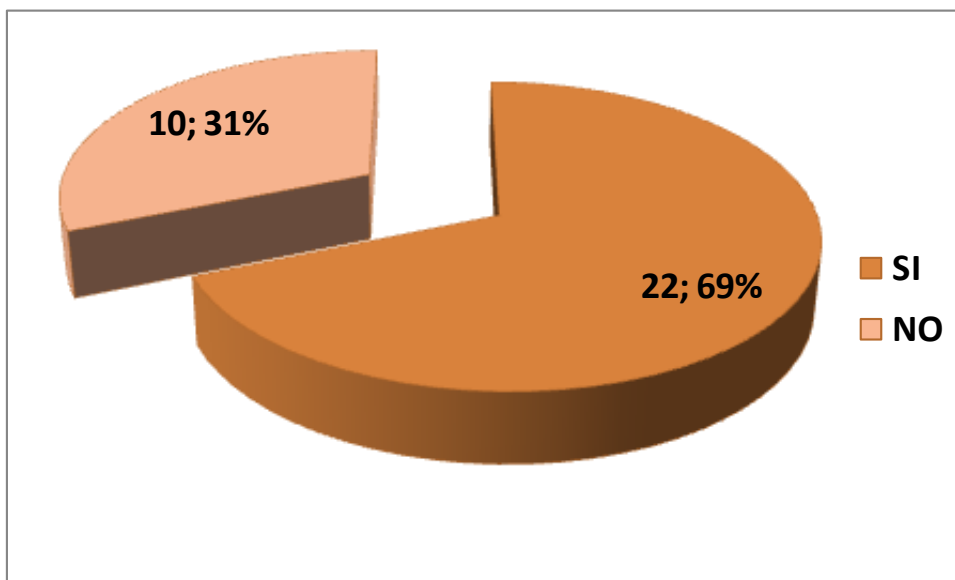
Materiali e metodi

Nel periodo ottobre e novembre 2021 è stata condotta un'intervista semistrutturata telefonica agli infermieri referenti dei servizi di stomaterapia presenti all'interno dei servizi ospedalieri della Regione Piemonte. Gli intervistati erano colleghi specialisti/esperti in stomaterapia. L'indagine è stata svolta dal gruppo di lavoro.

Risultati

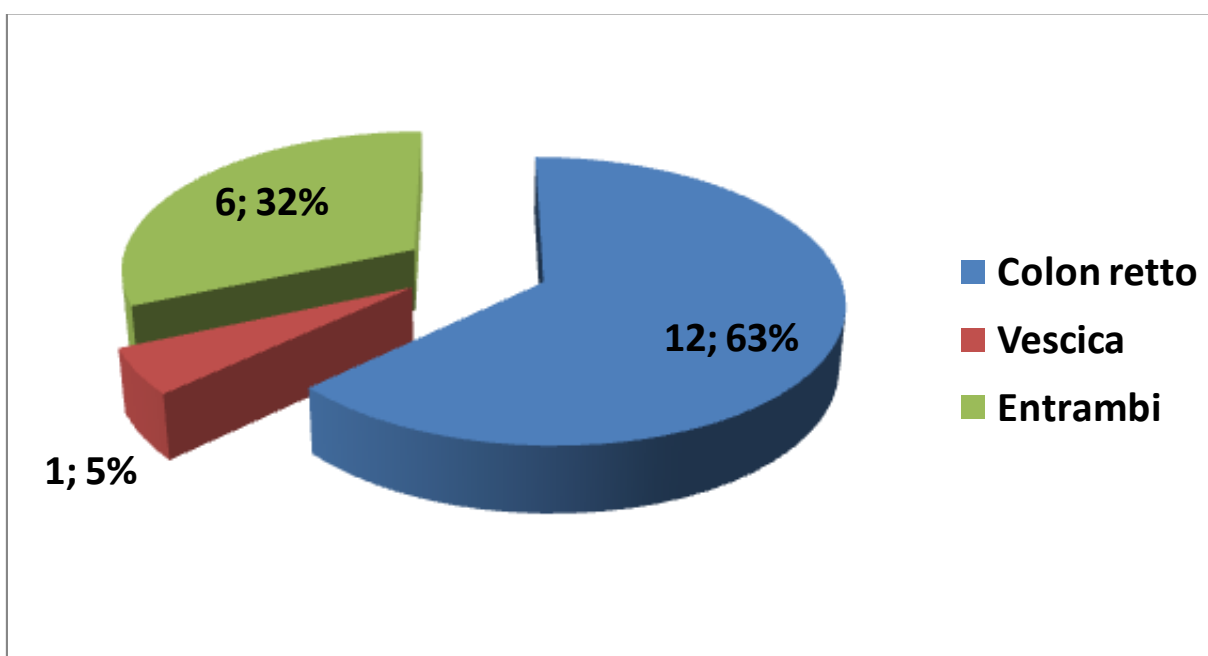
Sono stati contattati 33 servizi, in un solo caso senza risposta a più tentativi. La prima domanda verteva sulla formalizzazione, all'interno di un atto aziendale di delibera o PDTA, della presenza dello stomaterapista nei GIC per patologia oncologica del colon retto e/o della vescica. Nel grafico 1 le risposte raccolte.

Grafico 1



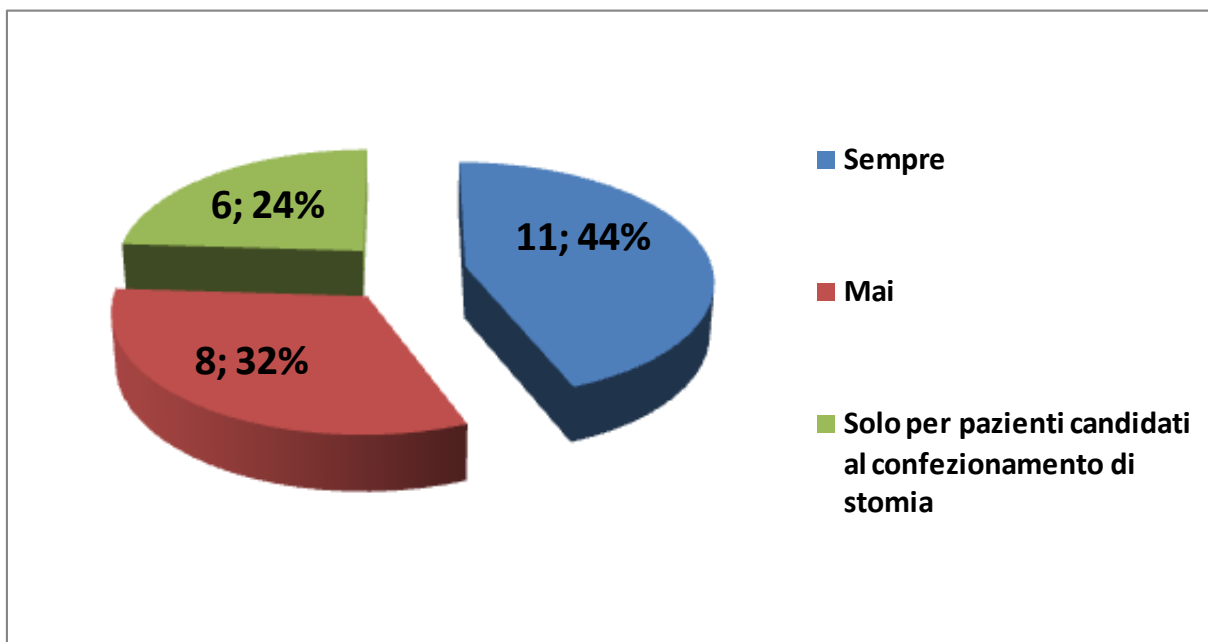
Nella seconda domanda, descritta nel grafico 2, veniva chiesto a quale GIC lo stomaterapista partecipa.

Grafico 2



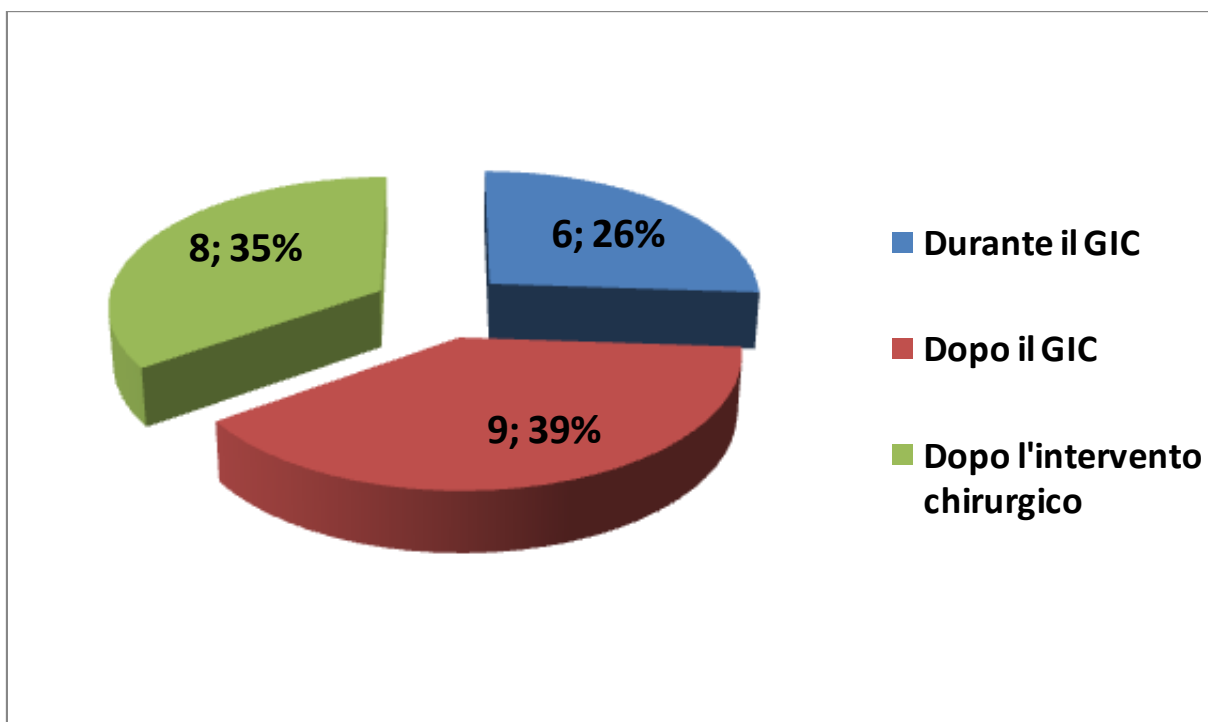
Nella terza domanda si chiedeva la frequenza della partecipazione ai GIC da parte dei colleghi, descritta nel grafico 3.

Grafico 3



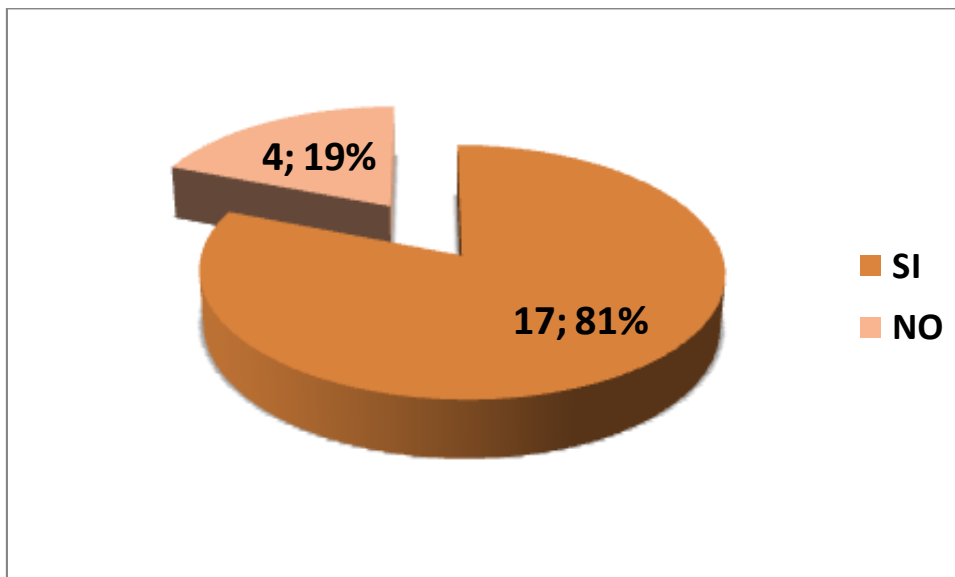
Alla domanda su quando veniva incontrato il paziente i colleghi hanno risposto come descritto nel grafico 4. In 8 casi, anche se non previsto dalla domanda, i colleghi hanno specificato che il paziente viene preso in carico solo dopo l'intervento chirurgico.

Grafico 4



Nell'ultima domanda è stato chiesto se la partecipazione al GIC era congrua al ruolo e alle competenze dello stomaterapista, i risultati sono descritti nel grafico 5.

Grafico 5



Discussione

La prevalenza della presenza della figura dello stoma terapeuta deliberata all'interno dei GIC evidenzia l'attenzione al ruolo da parte delle istituzioni in conformità con quanto è stato definito e costruito dalla Rete Oncologica in questi anni in termini di multidisciplinarietà. Tuttavia rimane una quota rilevante di enti ospedalieri in cui questo non avviene e risalta che alcuni di questi siano centri di riferimento per l'area di competenza. La presenza all'interno dei GIC colon retto è decisamente superiore a quello della vescica ed evidenziano un'area grigia su cui è necessario lavorare ulteriormente per implementare i percorsi. La presenza dello stomaterapista è variabile ma si evidenzia come anche in situazioni in cui la presenza è istituzionalizzata egli non partecipi in una quota rilevante di casi. Questo dato necessita di ulteriori approfondimenti. La presenza del paziente e la verosimile concomitante presa in carico del paziente dal punto di vista stomaterapico avviene solo in 14 casi su 32 (43%) e di 9 centri si ha il dato della presa in carico solo postoperatoria. Questa rappresenta sicuramente una criticità per il paziente per gli esiti correlati come recenti evidenze descrivono⁵. In larga parte gli stomaterapisti ricoprono un ruolo all'interno dei GIC da loro ritenuto in linea con la propria professionalità, frutto del lungo lavoro di riconoscimento dell'importanza per questi pazienti di una figura di riferimento specialistica.

Conclusioni

I risultati hanno evidenziato un panorama variegato all'interno della Rete. A fronte di realtà in cui la figura dello stomaterapista è presente fin dall'inizio del percorso di cura abbiamo altre realtà in cui questi svolge un ruolo verosimilmente marginale. L'implementazione dei modelli di cura e la condivisione degli approcci sono solo alcuni degli elementi da discutere all'interno della disciplina e irrinunciabile momento di confronto con gli altri attori di questi percorsi e questo dovrebbe avvenire in primo luogo all'interno di ogni realtà lavorativa. Future indagini potrebbero approfondire i rapporti con le altre professioni all'interno dei GIC e i livelli di soddisfazione dei pazienti.

Bibliografia

1. D.G.R. n. 26-10193 del 01.08.2003 Rete Oncologica Piemontese. Approvazione linee guida metodologico-organizzative del Centro di Accoglienza e Servizi (CAS) e del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC). Ryan J, Faragher I. Not All Patients Need to Be Discussed in a Colorectal Cancer MDT Meeting . *Colorectal Dis* . 2014 Jul;16(7):520-6.
2. Pillay B, Wootten AC, Crowe H, Corcoran N, Tran B, Bowden P, Crowe J, Costello AJ. The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature. *Cancer Treat Rev*. 2016 Jan;42:56-72.
3. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery: a review. *JAMA Surgery* 2017;152:292-8.
4. REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO). Supporting Adults Who Anticipate or Live with an Ostomy- Second Edition. 2019. Disponibile su <https://rnao.ca/bpg/guidelines/ostomy> (ultima consultazione ott 2021).
5. Van Rooijen S. et al. Multimodal Prehabilitation in Colorectal Cancer Patients to Improve Functional Capacity and Reduce Postoperative Complications: The First International Randomized Controlled Trial for Multimodal Prehabilitation. *BMC Cancer*. 2019 Jan 22;19(1):98.
6. Plasencia A, Bahna H. Diverting Ostomy: For Whom, When, What, Where, and Why. *Clin Colon Rectal Surg* . 2019 May;32(3):171-175.
7. Lee RK et al. Urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer: options, patient selection, and outcomes. *BJU Int*. 2014 Jan;113(1):11-23.
8. Almassi N, Bochner BH. Ileal conduit or orthotopic neobladder: selection and contemporary patterns of use. *Curr Opin Urol*. 2020 Mar 5.
9. Bolton WS, Chapman SJ, Corrigan N, Croft J, Collinson F, Brown JM, Jayne DG. The Incidence of Low Anterior Resection Syndrome as Assessed in an International Randomized Controlled Trial (MRC/NIHR ROLARR). *Ann Surg*. 2020 Feb 24.
10. Van der Heijden JAG et al. What you should know about the low anterior resection syndrome - Clinical recommendations from a patient perspective. *Eur J Surg Oncol*. 2018 Sep;44(9):1331-1337.
11. Rivet B E. Ostomy Management: A Model of Interdisciplinary Care *Surg Clin North Am*. 2019 Oct;99(5):885-898
12. Poland F et al. Developing patient education to enhance recovery after colorectal surgery through action research: a qualitative study. *BMJ Open*. 2017 Jun 30;7(6):e013498.
13. Edis H. Meeting the needs of new ostomists: a patient evaluation survey. *Br J Nurs*. 2015;24(17):S4, S6, S8 passim.
14. Altuntas YE, Kement M, Gezen C, et al. The role of group education on quality of life in patients with a stoma. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012;21(6):776-81.
15. Nagle D, Pare T, Keenan E, et al. Ileostomy pathway virtually eliminates readmissions for dehydration in new ostomates. *Dis Colon Rectum*. 2012;55(12):1266-72.
16. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2013 Jun;15(6):e276-83.
17. Forsmo HM, Pfeffer F, Rasdal A, et al. Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery. *Int J Surg*. 2016;36(Pt A):121-6.
18. Jensen BT, Kiesbye B, Soendergaard I, Jensen JB, Kristensen SA. Efficacy of preoperative urostoma education on self-efficacy after Radical Cystectomy; secondary outcome of a prospective randomized controlled trial. *Eur J Oncol Nurs*. 2017 Jun;28:41-46

19. The Joanna Briggs Institute. Recommended Practice. Stoma Care: Preoperative Patient Assessment and Education. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2019; JBI21704.
20. Kylie Porritt BN, GradDipNursSc(Cardiac), MNSc, PhD. Evidence Summary. Stoma Care: Preoperative Patient Assessment and Education. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2019; JBI21700.
21. Harris M, Kelly K, Parise C. Does Preoperative Ostomy Education Decrease Anxiety in the New Ostomy Patient? A Quantitative Comparison Cohort Study *J Wound Ostomy Continence Nurs.* Mar/Apr 2020;47(2):137-139.