

AIOSS.it

NUOVA EDIZIONE

Periodico informativo scientifico trimestrale
dell'Associazione Tecnico-Scientifica di Stomatologia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico

ARTICOLO SCIENTIFICO

L'INCONTINENZA URINARIA NELLA PALLAVOLO FEMMINILE:
UN'INDAGINE CONOSCITIVA

REPORT DAL CONVEGNO NAZIONALE

- IMPRESSIONI DI NOVEMBRE: DUE STOMATERAPISTE AL CONVEGNO "40 ANNI DI AIOSS"
- STORIE DI AIOSS, AIOSS CHE STORIE!

REGISTRO NAZIONALE

INTRODUZIONE AL "NUOVO" REGISTRO NAZIONALE
DEGLI STOMATERAPISTI

ESPERIENZE CLINICHE

3M CAVILON ADVANCED™ & STOMATERAPIA: ALCUNE
ESPERIENZE CLINICHE

WEB & MULTIMEDIA

COS'È LA SANITÀ DIGITALE?

L'ANGOLO DELLA NUTRIZIONE

L'INTERVENTO NUTRIZIONALE NEL PAZIENTE CON
STOMIA E DIABETE

**AIOSS:
LA STORIA
E IL FUTURO**



N. 4 - DICEMBRE 2020

T trimestrale - Anno 30

P O S T E I T A L I A N E S p A - Spedizione in abbonamento
postale - 70% - T eramo





INDICE

IN QUESTO NUMERO:

EDITORIALE	1
ARTICOLO SCIENTIFICO	3
CONVEGNO NAZIONALE	10
CONVEGNO NAZIONALE	13
REGISTRO NAZIONALE	15
ESPERIENZE CLINICHE	18
L'ANGOLO DEL RELAX/SUDOKU	22
WEB & MULTIMEDIA	24
L'ANGOLO DELLA NUTRIZIONE	26
NEL PROSSIMO NUMERO	IV



RIFERIMENTI INTERNET:

Web: www.aioss.it
Mail: info@aioss.it

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Il periodico scientifico dell' A.I.O.S.S. è una rivista trimestrale di formazione, aggiornamento professionale e informazione dell'Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomatologia. Gli articoli dovranno essere accompagnati dalla richiesta di pubblicazione sulla rivista e da una dichiarazione firmata da tutti gli Autori, nella quale si attesta che l'articolo è originale.

Il testo dovrà essere il più possibile conciso e steso in prosa semplice e chiara. L'Articolo dovrà essere in formato elettronico e pervenire su supporto informatico (cd-rom, pendrive o memoria flash), oppure (preferibilmente) inviato per e-mail all'indirizzo sottoriportato, redatto in formato Microsoft Word®. Le eventuali immagini digitali (grafici, tabelle, disegni, ecc. ecc.) andranno allegare in formato .jpeg o .tiff in alta risoluzione (300DPI), ben titolate e con chiare indicazioni su posizionamento ed orientamento.

ORDINAMENTO DEL MATERIALE INVIATO

- Titolo (in italiano); nome e cognome completi dell'Autore e/o degli Autori
- Istituto di provenienza; nome e indirizzo completi di un Autore referente per la corrispondenza.
- Riassunto in italiano: di regola non eccedente le 150 parole. dovrà riportare in maniera sintetica lo scopo del lavoro, le metodologie adottate, i principali risultati ottenuti.

TESTO DEL LAVORO

Dovrà essere presentato nel seguente ordine:

- introduzione e scopo del lavoro;
- materiali e metodi;
- risultati e conclusioni

BIBLIOGRAFIA

I riferimenti bibliografici dovranno essere segnalati nel testo come apice (es. "come riporta Oakley¹²") e quindi riepilogati alla fine dell'articolo, secondo il Vancouver-style:

Cognome e iniziali del nome degli autori. Titolo del libro.

Città, Editore (Anno)

oppure per la citazione da abstract:

Cognome e iniziali del nome degli autori separati da virgola.

Titolo articolo. Titolo Rivista (Anno). Numero (volume): pagine.

TABELLE E FIGURE

Andranno inviate a parte e dovranno essere chiaramente distinguibili (es. "figura2_Nigra_et_al_2017.jpg"). Le tabelle e figure dovranno essere accompagnate da indicazioni precise circa la loro collocazione nel testo. Eventuali note o didascalie, come pure la spiegazione di simboli convenzionali sulle tabelle, andranno riportate in files aggiuntivi.

COPIE CARTACEE

Per ogni lavoro pubblicato verranno inviate 5 copie della rivista all'indirizzo del primo Autore. Eventuali ulteriori richieste di copie saranno esaudite sino a esaurimento della tiratura, previo pagamento del costo delle spese di spedizione.

I lavori da pubblicare andranno inviati via mail a: press@aioss.it (non verranno presi in considerazione materiali cartacei o su supporto diverso dal digitale)

PERIODICO SCIENTIFICO-INFORMATIVO

Direttore Responsabile: Gabriele Rastelli

Capo Redazione: Ivano Nigra

Redazione: Mattia Zamprogno, Sara Morandini

Foto di copertina: Rosso Monferrino © 2022 Ivano Nigra

AIOSS.it Trimestrale - Anno 30, n. 04/22, Dicembre 2022
Registrazione: Tribunale di Teramo n. 620 del 2 dicembre 2009
Redazione: Via Salvo D'Acquisto, 16 - 64020 Castelnuovo V. (TE)
Stampa: Editpress, Castellalto (TE)

LA NOSTRA STORIA COME VOLÀNO PER LE AZIONI FUTURE

Mattia Zamprognò
Presidente AIOSS



“D icembre sta finendo, e un anno se ne va...”
E' così, prendendo in prestito le famosissime note di un brano del 1985, che desidero iniziare questo editoriale; scimmiettando anche un po' il testo, perché l'estate è finita da molto ormai ma presto siamo giunti anche al termine dell'anno. Fine

2022 si porta con sé, oltre a questa melodia un po' nostalgica, anche molte parole ascoltate a Montesilvano che riecheggiano nella mente mentre, nel cuore, si accavallano tra loro molti sentimenti.

Orgoglio, Responsabilità, Dedizione, Capacità, Aspettative, qualche Delusione per le occasioni mancate, questi alcuni dei concetti che maggiormente ritornano alla memoria. I 40 anni di AIOSS sono stati l'occasione per renderci conto di quanto sia stato fatto ma soprattutto di quanto si debba e si possa ancora fare. Le lezioni magistrali di Gagliano, Rastelli e D'Elia, che hanno aperto il congresso, hanno definito e tracciato i confini in cui si è mossa la nostra associazione per molto tempo ma hanno dimostrato che spesso i limiti sono fatti per essere superati, che, come dice William Pollard, “l'apprendimento e l'innovazione vanno mano nella mano. L'arroganza del successo è di pensare che ciò che hai fatto ieri sarà sufficiente per domani”. Come ho ribadito durante la prima giornata dell'evento però, noi non riteniamo di possedere quest'arroganza. L'AIOSS di oggi sa che nulla sarebbe senza il suo passato, ma sa anche che ciò che con pazienza si è seminato deve essere con pazienza coltivato senza la pretesa di vederne subito i frutti. Il sentimento che prevale è dunque la gratitudine. Siamo riconoscenti per il fatto che l'impegno di chi ci ha preceduto ci permetta ora di progredire nelle idee e nei progetti.

AIOSS, nel corso degli anni, non ha modificato la sua essenza ma di certo ha dovuto e dovrà mutare il suo modo di essere e apparire. In questi 40 anni infatti molte cose si sono modificate nel bene e nel male. Tra queste ne emerge una, un tema che ha saputo caratterizzare in particolare i nostri ultimi anni di vita associativa, “lo scorrere del tempo”. Oggi il tempo che viviamo sembra andare e passare molto più rapidamente rispetto al passato. Sembrerà assurdo ribadire questo concetto ma la realtà dei fatti ci pone di fronte a una realtà in continuo mutamento, come lo era un tempo, ma con l'aggiunta che questa trasformazione è più rapida ed è associata a una dose massiccia di innovazione, non

solo tecnologica. Questo contesto ci pone di fronte allora a nuove sfide, tutte da scoprire e inesorabili: tutti prima o poi ne dovremo fare esperienza sia nell'ambito lavorativo sia nella vita quotidiana.

Sull'onda di queste considerazioni, nascono e si sviluppano i progetti AIOSS che hanno visto la luce quest'anno e che stanno prendendo forma per l'anno a venire. I nuovi percorsi di cura e i nuovi modelli ci impongono di indagare cosa ci manca come professionisti e contestualmente cosa viene a mancare ai nostri assistiti. La poca chiarezza in letteratura rispetto ad argomenti a noi cari ci chiede di prendere posizione come associazione rispetto ad alcune procedure, pratiche, processi. La continua richiesta da parte delle persone con stomia e/o incontinenti d'altro canto però ci richiama a continuare nella formazione del personale e nella divulgazione delle buone pratiche. Sono questi, dunque, i motivi per cui nascono l'indagine sulle Missed Nursing Care in stomaterapia, il progetto del Position Paper sulle Nefrostomie, senza però che AIOSS si dimentichi di puntare sulla formazione attraverso corsi residenziali e FAD.

Queste sono solo alcune delle attività svolte dall'associazione in quest'anno e non mi dilungherò a esporre tutto ciò che è stato fatto, basti dire che la progettualità associativa è stata realizzata appieno ma, come ho scritto pocanzi, pur sempre nel contesto di “un tempo che scorre veloce”. Per questo motivo AIOSS ha desiderato potenziare la sua capacità comunicativa, attraverso il Sito ma soprattutto i Social. Un plauso va al Nostro Ufficio Stampa, sempre attivo e puntuale, che ha saputo cogliere le esigenze del momento e permettere all'associazione di mettersi al pari coi tempi, la sua attività rappresenta infatti uno degli aspetti migliori di questo 2022.

Giungendo alle conclusioni, posso sostenere che il bilancio di quest'anno, a parere di tutto il Direttivo AIOSS, si possa certamente definire buono, considerando il cambio degli organi associativi e la lenta ripresa post pandemia. Osservando i nostri “primi 40 anni” e l'ultimo in particolare, ci auguriamo di poter continuare su questa strada e speriamo di poter contare sulla collaborazione di tutti i nostri associati, e non solo, perché ognuno di noi contribuisce nel rendere la Vita di AIOSS una gran bella storia da raccontare!

A nome di AIOSS, del Direttivo e di tutti i membri degli organi associativi, colgo l'occasione per augurarvi un sereno Natale 2022!! Siano delle feste ricche di affetto, pace e salute! Arrivederci al 2023!!

Aurum® Xtra

Facile. Veloce. Biodegradabile.

Sacca da colostomia
Biodegradabile con Miele di
Manuka per consentire un
utilizzo tradizionale del WC

“

Le sacche Biodegradabili mi hanno restituito la vita sociale che credevo aver perso a seguito dell'intervento di stomia. Ora non ho alcuna preoccupazione sullo smaltimento della sacca quando sono fuori casa...”

L.H, UK

Utilizza Aurum® Xtra



Le sacche **Aurum® Xtra** sono costituite da un sacca biodegradabile interna e una placca che può essere facilmente rimossa e gettata nel WC.

La "biodegradabilità" è stata testata rispetto agli standard internazionali e del Regno Unito

Aurum®

LA SALUTE DELLA CUTE
IL POTERE DEL MIELE DI MANUKA

Il miele viene utilizzato da millenni nell'ambito delle medicazioni avanzate e le sue proprietà terapeutiche sulla salute della cute sono state clinicamente provate.



Richiedi un campione: **800-382643**

Teleflex

TELEFLEX MEDICAL S.R.L. Via Torino 5 · 20814 Varedo (MB)
Tel: +39 0362 58 901 info.it@teleflex.com

All products marked ®, Aurum®, Welland® and the Welland logo™ are trademarks of CliniMed (Holdings) Ltd.
*Data held on file.

Welland Medical

L'INCONTINENZA URINARIA NELLA PALLAVOLO FEMMINILE: UN'INDAGINE CONOSCITIVA

di Silvia Bressan^a, Maria Barbierato^b

*a – Infermiera presso UO di Chirurgia Generale e stomaterapista presso l'Ambulatorio per Stomizzati dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza
b – Stomaterapista presso l'Ambulatorio per Stomizzati dell'Azienda Ospedale-Università di Padova*

ABSTRACT

Obiettivo L'incontinenza urinaria da sforzo (IUS) può interessare le atlete che praticano sport a livello professionistico, soprattutto le giocatrici di pallavolo: ma quanto gli allenatori di squadre femminili di pallavolo sono consapevoli delle problematiche del PP correlate alla pratica sportiva?

Materiali e Metodi L'indagine, condotta attraverso un questionario organizzato con il programma Google Moduli, ha riguardato allenatori che allenano, o hanno allenato, squadre femminili di pallavolo. L'indagine è stata condotta nei mesi di giugno e luglio del 2021.

Risultati Hanno risposto al questionario 65 allenatori (33 di sesso maschile). La maggior parte (64%) erano allenatori, o ex allenatori, di squadre Under 18, della Terza, Seconda e Prima Divisione. Il 51% era a conoscenza dell'esistenza del problema incontinenza urinaria (IU) nelle atlete soprattutto da parte delle allenatrici. Il 68,2% del campione ritiene che gli esercizi maggiormente responsabili dell'IU siano i frequenti impatti con il suolo e quelli che aumentano la pressione addominale. Solo il 27,3% degli allenatori interviene attivamente per ridurre il rischio di IU e tutti gli intervistati concordano sulla utilità di conoscere qualche esercizio per prevenirla.

Conclusioni La consapevolezza, tra gli allenatori, delle disfunzioni del pavimento pelvico nelle atlete che praticano uno sport a livello agonistico è molto carente. Sarebbe indicato informare le società sportive e le federazioni del rischio che corrono le loro affiliate in modo da inserire nei programmi di allenamento qualche esercizio di rafforzamento del pavimento pelvico.

Keywords: urinary incontinence, stress urinary incontinence, pelvic floor, female volleyball player, female athlete, sport woman

INTRODUZIONE

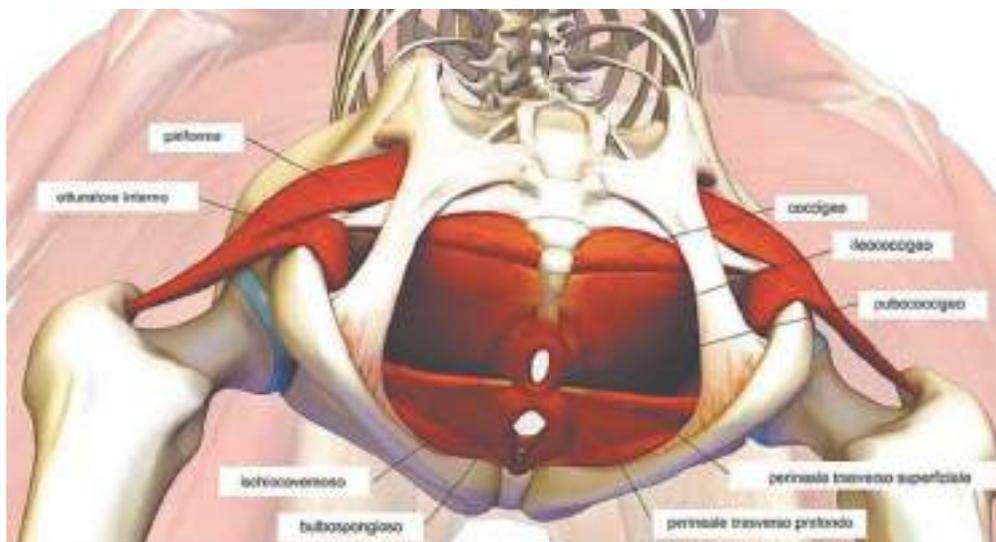
Fare sport fa bene alla salute ed è importante praticarlo per il benessere psico-fisico. Tuttavia è opportuno tenere conto dell'influenza e dell'impatto che può avere sulla zona del pavimento pelvico (PP), soprattutto se questa viene mal gestita. Sarebbe opportuno prendersi cura del proprio PP durante la vita in quanto si dovrebbe avere la capacità di controllare e gestire gli stimoli interni ed esterni durante le attività di vita quotidiana. Un particolare occhio di riguardo andrebbe dato anche a tutte quelle situazioni che aumentano la pressione all'interno dell'addome, come un colpo di tosse, un salto, uno starnuto, sollevare un peso, fare le scale oppure correre.

L'esercizio fisico rappresenta per eccellenza un momento di modificazione delle pressioni corporee, infatti una persona che pratica regolarmente un'attività sportiva, anche ad alti livelli, soffre molto frequentemente di problematiche legate al PP. Ci sono anche casi in cui il corretto utilizzo dei muscoli del PP è fondamentale per una buona prestazione fisica. Discipline sportive ad alta intensità che richiedono salti o uso di pesi eccessivi, come il sollevamento pesi, l'atletica, la pallacanestro e la pallavolo, se praticate per professione o troppo frequentemente, possono indebolire o compromettere la corretta funzionalità del PP.

In Figura 1 (a lato) è mostrata l'anatomia del PP che risulta formato da tre strati muscolari: superficiale, intermedio e profondo. Lo strato superficiale è formato dai muscoli bulbocavernosi (o bulbospongiosi),

muscoli pari situati inferiormente al trigono (o diaframma) urogenitale nel perineo anteriore, più precisamente sotto le grandi labbra. Nella donna, determinano restringimento dell'orifizio vaginale e compressione dei bulbi del vestibolo, contribuendo all'erezione del clitoride. È formato, inoltre, dai muscoli ischiocavernosi che sono a forma di V aperta nelle donne e più chiusa negli uomini. Lo strato intermedio, nel trigono anteriore, ha una componente fasciale dominante, mentre la componente posteriore (fossa ischio-rettale) è piena di grasso. Lo strato profondo consta di tre muscoli: ischiococcigeo, ileococcigeo e pubococcigeo.

Durante le attività dinamiche della vita quotidiana questi muscoli sono reclutati per decelerare i movimenti caudali dei visceri e controllare l'aumento della pressione intra-addominale, causata dalla stabilizzazione del core. I muscoli del PP comprendono il diaframma pelvico e il diaframma urogenitale. Esso comprende le lamine sacro-retto-genitali di Delbet, un'importante sistema



fasciale situato tra due piani sagittali che vanno dal secondo al terzo foro sacrale per poi continuare con le lamine pubo-vescicouterine formando un'amaca che le collega meccanicamente alle strutture sacrali.

Il PP è parte del core insieme ai muscoli dell'anca, anteriori e posteriori, ai muscoli del tronco. Il core è definibile come elemento di link, cioè di trasferimento di forze, dalla parte bassa alla parte alta del corpo, che passa per il PP. Un gap di quest'ultimo potrebbe portare ad adattamenti non funzionali su altri distretti muscolari e/o articolari. La disfunzione più comune nelle donne è l'incontinenza urinaria (IU) ed, in particolare, l'incontinenza urinaria da stress (IUS) definita come la perdita involontaria di urina durante le azioni quotidiane come tosse, starnuti o in seguito ad uno sforzo fisico come attività sportive, sollevamento pesante o repentino cambiamento di posizione.

Tra i fattori di rischio si annoverano la bronchite cronica, tosse e l'obesità, tutti fattori che comportano degli incrementi della pressione addominale. Le donne che praticano corsa, circuiti atletici ad alta intensità, sollevamento pesi o sport con molta attività di salto, sono soggette a maggiori sollecitazioni perineali. L'incontinenza urinaria non è una condizione pericolosa per la vita, tuttavia è socialmente imbarazzante e potrebbe causare la riduzione della vita sociale e della qualità della vita e, se non presa in considerazione, potrebbe essere un primo sintomo di un successivo possibile prolasso.

Quando si parla di PP e sport, il mondo scientifico si divide in due correnti di pensiero. La prima sostiene che, a causa delle continue contrazioni muscolari nell'esecuzione dei gesti tecnici, il PP delle atlete risulterebbe più potente delle coetanee più sedentarie. Queste eccessive contrazioni, però, in associazione con un alto volume di lavoro, potrebbero dare dei problemi di rigidità muscolare favorendo la comparsa di emorroidi, fibromi, disturbi sessuali, costipazione, dispareunia, dolori mio-fasciali, cistiti e back pain¹. Inoltre, nelle donne in gravidanza, il momento del parto potrebbe risultare più difficoltoso a causa di un PP troppo ipertonico. Un secondo filone sostiene invece che a seguito dei continui traumi e sollecitazioni, come nel caso delle atlete di pallavolo, il PP risulterebbe molto debole in quando lo sforzo continuo e ripetuto non darebbe il tempo alle fibre di collagene di ripristinarsi^{2,3}.

Non c'è ancora nulla di preciso su come e quanto lavorare con il PP ma è possibile, grazie all'analisi della letteratura scientifica, fare delle considerazioni. Dallo studio di Ferreira et al. (2014) si apprende che la riabilitazione del PP è stata efficace nella riduzione della IUS nelle atlete di pallavolo femminile⁴ ma una recente metanalisi di Sorriquet-Hernández et al. (2020) rivela che non vi sono sempre risposte univoche ai trattamenti della IU con fisioterapia del PP nelle atlete rispetto ad una popolazione femminile di controllo, ciò dipende dal tipo di sport praticato. Le atlete possono ottenere risultati migliori, gli stessi o addirittura peggiori del gruppo di controllo che non pratica sport⁵.

Un'ipotesi di lavoro potrebbe essere lavorare sulla sinergia dei diaframmi, in questo caso toraco-addominale e pelvico, esplorando le differenti direzioni respiratorie, in modo da andare a favorire la tridimensionalità del lavoro diaframmatico. Questo metodo viene largamente applicato nell'approccio utilizzato dai fondatori di Pelvic Balance (sviluppato da Sport Evolution) che consente la comprensione della funzione del PP, per programmare efficacemente la riabilitazione e la rieducazione del baci-

no. In questo approccio si fa affidamento alle basi scientifiche, spaziando dalla pura meccanica, alla chimica, alla regolazione ormonale fino all'esposizione solare, per arrivare all'analisi della condizione del PP senza quindi ricorrere al contatto diretto, per finire con le strategie di correzione ed allenamento⁶.

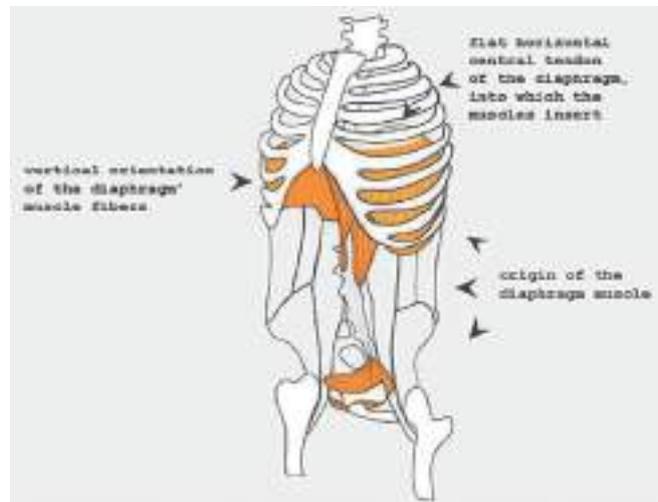


Figura 2: Sinergia dei diaframmi

Per i motivi sopra citati, risulta molto utile lavorare sulla stabilità del core e sul ripristino della pressione intra-addominale tramite un ragionamento che si basi su un metodo scientifico e sulle problematiche individuali del soggetto. Risulta inoltre importante un lavoro sul mantenimento del range of motion delle articolazioni, in particolare delle anche, per via della connessione anatomica al fine anche di ridurre il rischio di fratture da stress⁷. Gli aumenti pressori addominali, le torsioni, gli slanci e gli scatti continui, frequenti ed intensi, possono portare a problemi a carico del PP. Hay (1993) ha studiato l'impatto del piede al suolo in diverse attività sportive, tra cui anche la pallavolo, evidenziando come questo aumenti il peso corporeo di 3-4 volte nella corsa, a 16 volte durante l'atterraggio nel salto⁸. Una muscolatura rigida e affaticata, porta con sé un tessuto connettivo lasso con conseguente discesa del PP e sofferenza neuro-muscolare.

La zona pubica è molto spesso il punto di incontro/scontro delle forze che arrivano dal basso e dall'alto e in cui il corpo dispiega le sue energie attraverso la flessibilità, lo spazio, l'accorciamento e l'allungamento equilibrato. Quando, per diverse cause, il corpo non è più in grado di lavorare in modo corretto, si irrigidisce e si contrae, il PP insieme alla iperpressione addominale e alle alterazioni della statica pelvica, diventa terreno fertile di problemi pelvi-perineali con ripercussioni viscerali (vescica, prostata, apparato gastroenterico). Lo sport ad alto impatto fisico, soprattutto se protratto nel tempo, richiede un controllo ed una buona competenza pelvi-perineale che, se non adeguatamente sostenuti, possono provocare disfunzioni del PP già in età giovanile.

La prevenzione svolta attraverso la riabilitazione del PP, con l'adeguato controllo pelvico perineale e addominale, diventa, nello sportivo, una risorsa sinergica per il rendimento fisico. Se i muscoli pelvici, che lavorano in sinergia con i muscoli del core, permettono una giusta distribuzione della pressione all'interno della cavità addominale, allora anche la colonna vertebrale opererà in condizioni fisiologiche ottimali. Hagovska et al. (2018) sostengono che le giocatrici di pallavolo hanno una probabilità

del 116% di contrarre un'IUS rispetto alle donne che praticano altri tipi di sport. Le atlete propugnano una solerte vigilanza da parte degli operatori sanitari in questo ambito per informare la popolazione delle sportive dei fattori di rischio per l'incontinenza al fine di attuare una fisioterapia preventiva per rafforzare i muscoli del PP⁹.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

Alcuni studi hanno dimostrato come l'esercizio fisico intenso, come quello compiuto dalle atlete, possa portare ad un affaticamento dei muscoli del PP creando i presupposti per la comparsa della IUS.

Lindland Ree et al. (2007) hanno chiesto a 12 donne, ex atlete con sintomi di IU, di sottoporsi ad un programma impegnativo di allenamento della durata di 90 minuti o di riposarsi per lo stesso tempo. Lo studio ha dimostrato che l'esercizio fisico intenso determina una pressione massima di contrazione vaginale volontaria inferiore rispetto alla pressione massima di contrazione vaginale ottenuta dopo il riposo, indicando affaticamento muscolare del PP².

Da Silva Borin et al. (2013), tramite un perineometro, hanno misurato la pressione intracavitaria di 40 donne, tra i 18 e i 30 anni, suddivise equamente tra giocatrici di pallavolo, di pallamano, di basket e di non atlete. La pressione media delle non atlete era di 6,73 x 1,91 mm Hg; la pressione perineale media per le giocatrici di pallamano era di 5,55 x 1,43 mm Hg; per le giocatrici di pallavolo 4,36 x 1,43 mm Hg; per le giocatrici di basket 3,65 x 1,35 mm Hg. I dati suggeriscono, infatti, che la pressione perineale sia minore nelle atlete rispetto alle donne che non praticano sport³.

Da uno studio condotto nel 2014 da Schettino et al., che ha coinvolto 105 giocatrici di pallavolo, è risultato che il 65,7% delle atlete ha riportato sintomi di IUS o da urgenza durante l'attività sportiva o nelle situazioni di vita quotidiana. Il 70,4% ha riportato nicturia (ripetuto bisogno di urinare durante il riposo notturno); il 55,2% ha riportato riempimento incompleto della vescica; il 36,2% esitazione urinaria e il 52,4% dolore pelvico¹⁰.

Lo studio trasversale di Carvalhais et al. (2018) ha confrontato i risultati ottenuti somministrando un questionario in forma breve sulla IU a 744 donne, con un'età media di 19 anni e nullipare per la stragrande maggioranza. Il campione era costituito da 372 atlete e da un numero uguale di non atlete. La prevalenza di IU tra le atlete era alta (29,6%) rispetto ai controlli (13,4%) ($p < 0,001$) e la loro probabilità di avere questo disturbo era 3 volte superiore rispetto ai controlli. Inoltre la stitichezza, la storia familiare di IU e la storia di infezioni urinarie erano significativamente associate all'IU¹¹. Quest'ultimo dato è confermato anche dallo studio di Almeida et al. del 2016¹².

Ferreira et al. (2014) hanno condotto uno studio trasversale su 32 atlete pallavoliste: 16 sono state sottoposte ad un programma di allenamento per i muscoli del PP che comprendeva 30 contrazioni sostenute e 4 contrazioni rapide dopo ogni contrazione sostenuta, in posizioni diverse, ogni giorno per tre mesi. Le altre 16 rappresentavano il gruppo di controllo. Questo studio è stato efficace per comprovare la riduzione della IUS nelle atlete di pallavolo femminile: infatti la quantità di perdite urinarie era diminuita nel 45,5% delle atlete sottoposte a riabilitazione del PP e solo nel 4,9% delle atlete del gruppo di controllo ($p <$

0,001). Era statisticamente significativa anche la riduzione della frequenza delle perdite tra i 2 gruppi (14,3% vs 0,05%; $p < 0,001$)⁴.

Lo studio di prevalenza condotto da Hagovska et al. nel 2018 su 278 donne, nullipare, che praticavano diverse discipline sportive, ha evidenziato che la prevalenza della IUS nelle giocatrici di pallavolo era di 19,6%, superata solo da chi praticava atletica leggera (23,8%), ed erano maggiormente predisposte all'incontinenza⁹.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Dopo il quadro drammatico emerso dalla revisione della letteratura si è voluto indagare quanto i professionisti che si occupano di sport, e in particolare gli allenatori di squadre femminili di pallavolo, fossero consapevoli delle problematiche del PP correlate alla pratica sportiva. In particolare gli obiettivi specifici erano:

1. Gli allenatori che hanno a che fare con team femminili sono a conoscenza del rischio di IU nelle giovani atlete?
2. Quali sono i principali movimenti durante l'allenamento che portano maggiormente allo sviluppo di questa problematica?
3. Se la problematica è nota, si fa qualcosa per prevenirla?
4. Potrebbe essere utile all'allenatore avere una linea guida di esercizi da poter seguire per aiutare le proprie atlete a limitare l'insorgenza della problematica?

Si è inteso anche fornire una serie di esercizi pratici per tutti gli allenatori, giocatrici e per l'intera équipe delle squadre con l'intento di cercare di prevenire e ridurre l'incidenza delle problematiche riguardanti il PP.

MATERIALI E METODI

L'indagine è stata condotta tra coach che allenano, o hanno allenato, squadre di pallavolo femminili. Per raccogliere il maggior numero di dati, è stata coinvolta la FIPAV (Federazione Italiana Pallavolo) della provincia di Padova che ha aiutato nel trasmettere e diffondere un questionario elaborato con l'aiuto di Google Moduli. L'indagine è stata condotta per via telematica inviando una lettera in cui veniva esposto lo scopo dello studio e si chiedeva la disponibilità ad aderire al sondaggio attraverso un link a cui era reperibile il questionario online.

L'indagine è stata condotta dal 10 giugno al 10 luglio 2021. Il questionario era composto da 7 domande a risposta sia multipla che chiusa e richiedeva un tempo di compilazione di circa 5 minuti (*allegato 1*).

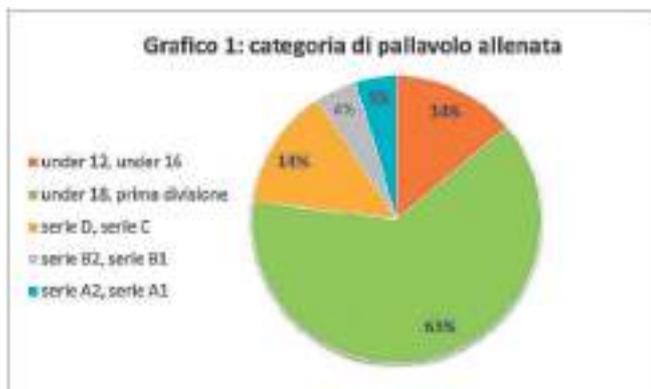
Nella prima domanda viene chiesto il sesso dell'intervistato ed in seguito si richiede che categoria allena o ha allenato principalmente. A questo punto si tenta di analizzare la conoscenza verso l'incidenza di incontinenza urinaria nelle pallavoliste e quali sono gli esercizi che più concorrono all'aumento dell'incidenza. Solo in seguito a questi quesiti si chiede all'intervistato quanto ritenga importante conoscere questo aspetto e quanto ritenga che possa essere utile conoscere alcuni esercizi da sottoporre le proprie atlete per prevenire l'incidenza della problematica.

ANALISI DEI DATI

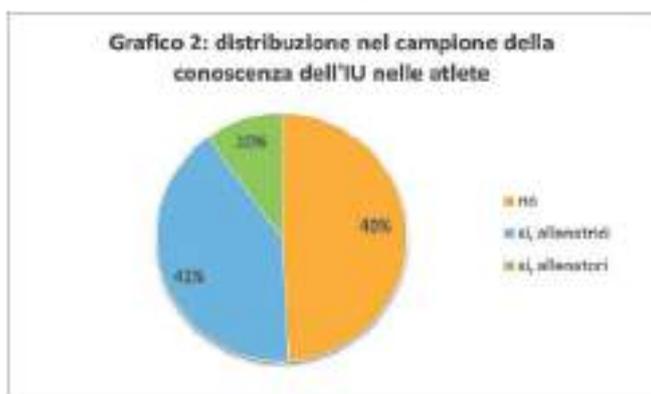
I risultati sono stati analizzati dal punto di vista descrittivo con l'ausilio dell'applicazione Google Moduli che traduce le risposte in percentuali ed elabora grafici esplicativi utili per l'analisi in oggettivo.

RISULTATI

Sessantacinque allenatori hanno risposto al questionario e 33 (51%) erano di sesso maschile. La maggior parte (64%) erano allenatori, o ex allenatori, di squadre Under 18, della Terza, Seconda e Prima Divisione. La distribuzione del campione per quanto riguarda le categorie allenate è rappresentata nel grafico 1.



Poco più della metà degli intervistati (51%) era a conoscenza dell'esistenza del problema incontinenza urinaria nelle atlete soprattutto da parte delle allenatrici (grafico 2).



La maggioranza degli allenatori (44; 68,2%) ritiene che esercizi con aumenti di pressione addominale ed esercizi con frequenti impatti con il suolo (come ad esempio salti e cadute dall'alto) siano tra i principali fattori di rischio per l'IU. Solo 12 allenatori (18,2%) ritengono che anche gli allenamenti di rafforzamento addominale siano esercizi che possono aumentare il rischio di sviluppare la problematica (grafico 3).



Solo il 27,3% degli allenatori interviene attivamente per prevenire il rischio di IU nelle proprie atlete e comunque la totalità degli intervistati ritiene che potrebbe essere utile conoscere qualche esercizio per prevenirla.

All'ultimo quesito, sull'importanza della conoscenza dei disordini relativi al PP, il 45,5% del campione ritiene sia molto importante indagare questa problematica in maniera da intervenire attivamente per la prevenzione e la riabilitazione.

DISCUSSIONE

Questo studio ha il fine di indagare, attraverso il questionario sopra descritto, se nel mondo della pallavolo viene affrontata la tematica del pavimento pelvico. La revisione della letteratura aveva fatto notare come questa tematica fosse stata affrontata e discussa già negli anni novanta ma questa indagine ha messo in luce che una buona parte degli intervistati non erano a conoscenza delle problematiche che un esercizio fisico intenso, e in particolare questo sport praticato a livello agonistico, possono portare.

Dall'analisi dei dati è risultato che il 50% degli intervistati era a conoscenza della problematica presa in analisi, ma ben il 72% delle persone, a cui è stato sottoposto il questionario, non interviene attivamente per contrastare l'incidenza della IU. La maggioranza degli allenatori a conoscenza della problematica era femminile e questo risultato era atteso dato che si tratta di un disturbo tipicamente femminile. Il 45,5% degli allenatori intervistati ritiene sia molto importante indagare questa problematica in maniera da intervenire attivamente sulla prevenzione e sul contenimento delle disfunzioni del PP e tutti hanno ritenuto utile conoscere qualche esercizio utile in tal senso.

Al campione sono stati proposti alcuni esercizi e anche alcune tecniche che potrebbero essere utili a fini preventivi per le problematiche del PP: per esempio è stato suggerito il programma messo in atto da Ferreira et al. (2014) composto da 30 contrazioni sostenute e 4 contrazioni rapide dopo ogni contrazione sostenuta, in posizioni diverse, ogni giorno per tre mesi⁴. Questo esercizio è efficace per ridurre l'incontinenza d'urgenza.

Altri esercizi suggeriti sono quelli di Kegel che prevedono il rafforzamento e il mantenimento dei muscoli che controllano il flusso di urina. Questo protocollo prevede le seguenti fasi:

- svuotare completamente la vescica (eseguire gli esercizi di Kegel con la vescica piena può indebolire il muscolo pubococcigeo e provocare successive difficoltà nel completo svuotamento vescicale);
- sedersi in una posizione comoda, con gli occhi chiusi e visualizzare i muscoli che possono bloccare il flusso di urina;
- stringere questi muscoli il più possibile senza muovere gambe, glutei o muscoli addominali;
- mantenere questa posizione per 3-5 secondi;
- rilasciare i muscoli e riposare per alcuni secondi.

Questa sequenza può essere ripetuta fino a 10 volte. Il soggetto può variare la posizione in cui eseguire questi esercizi per esempio stando in piedi, sdraiato o accovacciato a quattro zampe. Un altro esercizio utile può essere quello del gatto: questo esercizio prevede di mettersi carponi e inspirare mentre si inarca la

schiena e si abbassa la pancia, ed espirare quando si ripristina la posizione normale e si tira indietro la pancia. Questo esercizio va ripetuto per dieci volte consecutive (Figura 3).



Figura 3: esercizio del gatto

Fra gli esercizi proposti vi è anche quello del sollevamento e rotazione del bacino che deve essere eseguito in posizione supina con la schiena a terra e le braccia distese lungo i fianchi con il palmo rivolto verso il basso. Si piegano quindi le ginocchia divaricando leggermente le gambe e portando le piante dei piedi a terra; si spinge sui talloni e si solleva il bacino contraendo la muscolatura pelvica e mantenendo la contrazione isometrica possibilmente per 10 secondi. Da questa posizione, con il bacino sollevato, eseguire piccole circonduzioni del bacino. Infine, rilasciare e tornare con il bacino a terra nella posizione iniziale. Si ripete l'esercizio per almeno 10 volte (Figura 4).



Figura 4: esercizio di sollevamento del bacino

L'esercizio dell'ascensore prevede diverse modalità di esecuzione: dalla posizione supina e con le gambe piegate, contrarre i muscoli pelvici per 5 secondi e successivamente rilassarli per 10 secondi. Questa sequenza va ripetuta 15/20 volte. Mantenendo la stessa posizione cercare di passare da contrazioni brevi e intense a una singola contrazione più prolungata e progressiva (figura 5).



Figura 5: esercizio dell'ascensore

Da posizione seduta con le gambe piegate e le piante dei piedi appoggiate a terra, stringere tra le ginocchia una pallina in spugna o un piccolo asciugamano. Da questa posizione contrarre e rilassare i muscoli pelvici lentamente per almeno 10/15 volte. Da posizione accovacciata con le gambe divaricate e le piante dei piedi appoggiate a terra, allargare i gomiti all'altezza delle ginocchia e congiungere le mani. Anche questa sequenza va ripetuta 15/20 volte.

Durante l'esecuzione degli esercizi è importante ricordarsi di respirare regolarmente (inspirando durante il rilassamento ed espirando con la contrazione muscolare) e di prestare attenzione a non contrarre gli addominali. Come sempre la chiave di volta sta nel personalizzare e adattare gli esercizi in base alle possibili disfunzioni, che potrebbero essere di ipotono o ipertono, e al soggetto in questione. È inoltre evidente che l'intervento dovrà essere a 360 gradi al fine di ottenere un miglioramento globale della qualità di vita della persona.

LIMITI DELLO STUDIO

Il primo limite rilevato è inerente al numero ristretto delle persone intervistate dato il tempo limitato messo a disposizione per la compilazione del questionario. Inoltre, in questo project work, ci si è limitati ad uno studio introduttivo e conoscitivo della problematica, conseguentemente le domande poste agli intervistati erano di carattere generico e non specifico. Questo progetto può essere considerato un lavoro preliminare che può fare da apri pista per eventuali futuri approfondimenti sulla tematica descritta.

CONCLUSIONI

La consapevolezza, tra gli allenatori, delle disfunzioni del pavimento pelvico nelle atlete che praticano uno sport a livello agonistico è molto carente. Sono necessari altri studi per stabilire le modalità di intervento sul pavimento pelvico e la loro efficacia nella prevenzione della incontinenza urinaria. Sarebbe indicato anche informare quanto più possibile le società sportive e le federazioni del rischio che corrono le atlete in modo da inserire nei programmi di allenamento qualche esercizio di rafforzamento del pavimento pelvico.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Butrick CW. Pelvic floor hypertonic disorders: identification and management. *Obstetrics and Gynecology Clinics* 2009;36(3):707-22.
2. Lindland Ree M, Nygaard I, Bø K. Muscular fatigue in the pelvic floor muscles after strenuous physical activity. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2007;86(7):870-6.
3. da Silva Borin LCM, Nunes FR, de Oliveira Guirro EC. Assessment of pelvic floor muscle pressure in female athletes. *PM&R* 2013;5(3):189-93.
4. Ferreira S, Ferreira M, Carvalhais A, Santos PC, Rocha P, Brochado G. Reeducation of pelvic floor muscles in volleyball athletes. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2014;60:428-33.
5. Sorriquetá-Hernández A, Padilla-Fernández BY, Marquez-Sánchez MT, et al. Benefits of physiotherapy on urinary incontinence in high-performance female athletes. *Meta-analysis. J. Clin. Med.* 2020;9:3240. doi:10.3390/jcm9103240.

6. Pelvic Balance Seminario - Torino - Sport Evolution
7. Miller C, Major N, Toth A. Pelvic stress injuries in the athlete. Sports medicine 2003;33(13):1003-12.
8. Hay J. The biomechanics of sports techniques. 4th edition. Hoboken NJ: Prentice-Hall; 1993.
9. Hagovska M, Švihra J, Buková A, Dračková D, Švihrová V. Prevalence and risk of sport types to stress urinary incontinence in sportswomen: a cross-sectional study. Neurourology and urodynamics 2018;37(6):1957-64.
10. Schettino MT, Mainini G, Ercolano S, Vascone C, Scalzone G, D'Assisi D, et al. Risk of pelvic floor dysfunctions in young athletes. Clin Exp Obstet Gynecol. 2014;41(6):671-6.
11. Carvalhais A, Jorge RN, Bø K. Performing high-level sport is strongly associated with urinary incontinence in elite athletes: a comparative study of 372 elite female athletes and 372 controls. Br J Sports Med 2018;52:1586-90.
12. Almeida MBA, Barra AA, Saltiel F, Silva-Filho AL, Fonseca AMRM, Figueiredo EM. Urinary incontinence and other pelvic floor dysfunctions in female athletes in Brazil: a cross-sectional study. Scand. J. Med. Sci. Sports 2016;26:1109-16.

Allegato 1

Indagine conoscitiva sulle disfunzioni del pavimento pelvico nelle giocatrici di pallavolo

1. Sesso M F
2. Quale categoria di pallavolo femminile allena o ha allenato principalmente?

<input type="checkbox"/> Under 12	<input type="checkbox"/> Serie D
<input type="checkbox"/> Under 14	<input type="checkbox"/> Serie C
<input type="checkbox"/> Under 16	<input type="checkbox"/> Serie B2
<input type="checkbox"/> Under 18	<input type="checkbox"/> Serie B1
<input type="checkbox"/> Terza divisione	<input type="checkbox"/> Serie A2
<input type="checkbox"/> Seconda divisione	<input type="checkbox"/> Serie A1
<input type="checkbox"/> Prima divisione	
3. È a conoscenza del problema incontinenza urinaria nelle pallavoliste? si no
4. Quali sono, secondo la sua opinione, gli esercizi che maggiormente concorrono all'incontinenza urinaria?

<input type="checkbox"/> Frequenti impatti con il suolo
<input type="checkbox"/> Corsa
<input type="checkbox"/> Circuiti ad alta intensità
<input type="checkbox"/> Sollevamento pesi
<input type="checkbox"/> Esercizi di contrazione dei muscoli addominali
<input type="checkbox"/> Esercizi con aumento della pressione addominale
5. Interviene attivamente per contrastare questo disturbo? si no
6. Ritiene possa essere utile conoscere alcuni esercizi da sottoporre alle proprie atlete per prevenire l'incontinenza? si no
7. Quanto ritiene importante conoscere questo aspetto?

1	2	3	4	5
Molto poco	Poco	Abbastanza	Molto	Tanto

FLEXIMA[®] URO SILK

SICUREZZA, PROTEZIONE E COMFORT
IN UN UNICO DISPOSITIVO

Dispositivo monopezzo per urostomia
con protettore cutaneo piano e convesso:

- Barriera sicura contro le infiltrazioni
- Tenuta solida nel rispetto della cute
- Flessibilità elevata all'indosso



IMPRESSIONI DI NOVEMBRE: DUE STOMATERAPISTE AL CONVEGNO “40 anni di AIOSS”

Concettina Taraschi, infermiera stomaterapista Ospedale di Ancona

Paola Paiolo, infermiera stomaterapista Ospedale Belcolle (Viterbo)

In questo articolo viene descritto, attraverso la formula dell'intervista, alcuni dei contenuti espressi durante un evento ecm sull'educazione terapeutica svolto nel recente convegno “40anni di AIOSS”. Ai contenuti formativi, di valore e con la presenza di rappresentanti di AGENAS e del comitato centrale della FNOPI, si sono vissuti vari momenti di assoluta commozione che hanno contraddistinto quanto il rapporto paziente-stomaterapista sia esclusivo e fondamentale nel percorso di cura in cui la componente educativa è il filo rosso che deve guidare l'azione dei vari professionisti dedicati.

A metà novembre AIOSS ha festeggiato il suo quarantennale durante il quale si è svolto un evento formativo dedicato all'educazione terapeutica. Tema che ha suscitato emozioni per la presenza di vari pazienti che hanno riportato le loro esperienze ma anche ricco di contenuti metodologici. Nell'intervista che segue le due autrici, sia relatrici che partecipanti all'evento, vogliono rappresentare la loro esperienza dando particolare risalto agli aspetti più emozionali. Questi si sono realizzati nell'evento ECM “L'educazione terapeutica della persona con stomia: la sfida dello stoma terapeuta”.



Le nostre impressioni novembrine

Cari lettori direttamente dalla Sala Giardino ecco due partecipanti, che un pò per gioco e un pò per dovere, si intervisteranno a vicenda su quello che hanno visto e sentito in sala: in prima fila, sul palco e agli ultimi posti, perchè alla chiusura dei lavori alcuni dubbi erano stati risolti, ma erano sorte nuove domande.



Quindi ci siamo sedute e a distanza di ben 241 km (secondo Google Maps) e abbiamo cercato di fare il punto. Inizio io, Concettina, mettiti comoda.

D: Cara collega, partiamo dalle tue conclusioni della giornata. Hai chiuso il tuo intervento citando Aristotele: “Perciò l'eccellenza non è una singola azione, ma un'abitudine”. Ad oggi cosa consideri Eccellenza nella tua quotidianità?

R: Ciao Paola, grazie, bella domanda! Per eccellenza io intendo “qualità”, ma non quella qualità fine a se stessa.... ti faccio un esempio generico: ho studiato, ho conseguito il mio Master, ho fatto tirocinio, ho accumulato diversi anni di esperienza, ho imparato che la tecnica migliore è “questa” e l'ho fatta mia, per cui la adatto a tutti e così sono sicura di non sbagliare. Ecco, no, non intendo questo, soprattutto nel nostro lavoro non possiamo essere così; lo studio, la formazione e l'esperienza sono fondamentali e necessari, ma sappiamo che davanti a noi abbiamo delle persone, e le persone non sono tutte uguali, a maggior ragione quando si inizia un percorso da stomizzato che spesso deve avere a che fare anche con una malattia importante e che spaventa. Anche le

reazioni delle persone verso la stomia sono diverse, quindi, a parte per le tecniche specifiche di gestione, noi non possiamo usare le stesse parole e gli stessi atteggiamenti per tutti. Anche i tempi di accettazione della nuova situazione sono diversi, quindi noi dobbiamo capire che tipo di persona ci troviamo di fronte e rispettare i suoi tempi, la sua capacità di apprendimento.... Spesso ci troviamo di fronte a reazioni molto forti (scoraggiamento, pianto, a volte rabbia e nervosismo) e dobbiamo quindi cambiare metodo, parole, alternare momenti di educazione terapeutica a momenti di "chiacchiere leggere" o di "gioco" per alleggerire la situazione, dobbiamo metterci spesso dalla parte di "quello che ascolta" e non quello che parla, perchè vediamo che hanno bisogno di raccontare di loro, della loro vita, della loro famiglia (non solo della malattia o della stomia), in pratica dobbiamo reinventarci ogni volta. Ecco, volevo arrivare qui, al reinventarci..... Trovo che questa sia una delle cose più belle del nostro lavoro, la capacità di rimanere noi stessi ma allo stesso tempo di essere qualcun altro per loro, non solo lo stomaterapista. La parola "abitudine" ci porta a pensare alla routine, alla monotonia, al fare sempre le stesse cose.... In questa frase di Aristotele io ci leggo esattamente il contrario: abituarsi a dare il meglio sempre ma con l'atteggiamento e il metodo giusti per ogni situazione diversa.

D: La collega stomizzata che segui ha portato in sala la sua testimonianza dal vivo, suscitando diverse emozioni: pensi che potenziare la formazione sulle tecniche di ascolto e comunicazione possa essere una delle chiavi dell'educazione terapeutica?

R: Sicuramente è una parte della formazione che può e deve essere ampliata; siamo indubbiamente più abituati a parlare che ad ascoltare, e questo ce lo richiede il ruolo, ma per capire a fondo ogni singola persona dobbiamo anche imparare ad ascoltare. A volte per mancanza di tempo (non tutti lavoriamo negli ambulatori a tempo pieno, quindi il tempo è limitato negli orari e nei giorni), si tende a dare più informazioni possibili nel minor tempo possibile, ma sappiamo che in questo modo, quello che la persona recepisce di solito è la metà delle cose dette.... e a volte anche meno. Dopo l'esperienza della collega stomizzata che seguivo e che, a sorpresa, mi sono ritrovata in sala (suscitando molte emozioni anche in me), devo dire che inserire nella formazione qualche incontro/confronto con le persone stomizzate è un'idea meravigliosa! Lei ha comunicato tantissimo anche solo con la sua emozione; la sua esperienza da paziente, che però è anche un'infermiera, ci ha fatto capire come davanti alla malattia si è sentita più paziente che infermiera e si è fidata ed affidata completamente. Ha sicuramente comunicato ed insegnato qualcosa di più lei (come paziente) a noi quel giorno, che noi a lei. E' stato davvero un momento molto "forte".

D: L'immagine del campo di battaglia associata al collo-



quio preoperatorio è stata la mia preferita anche perchè ha scatenato confronti e paragoni su realtà ancora molto divergenti; l'utilizzo delle tavole rotonde come mezzo di confronto ma anche di istituzione di reti formali ed informali potrebbero essere la chiave per incentivare la formazione continua ed il coinvolgimento attivo nella crescita della categoria ?

R: Sì, insieme a quanto detto nella risposta precedente. Credo che alle tavole rotonde debba essere dedicato più tempo: partono sempre in maniera "soft" perchè nessuno vuole iniziare a parlare per primo, poi si arriva alla fine che ci sono ancora molte persone che vogliono confrontarsi ma che per mancanza di tempo (bisogna rispettare anche quelli) non possono. Le trovo molto costruttive e interessanti perchè ci fanno scoprire altre realtà e metodologie che non conosciamo e non immaginiamo, altri mondi che sembrano lontani anni luce da noi e che in quelle occasioni invece sentiamo vicini e ci fanno sentire più simili che "diversi". Le reti, formali e informali, incentivano sicuramente la formazione, coinvolgono e avvicinano i professionisti (che spesso si ritrovano poi amici all'improvviso) e questo non può che incrementare la conoscenza. Grazie delle tue risposte ... ora però non farnele troppo difficili.

Grazie, Paola, ora veniamo a te.....

D: Tu hai parlato del Care-giver, opportunità o intralcio nell'ambito dell'educazione terapeutica: tante volte ci capitano persone stomizzate che possono davvero essere in grado di gestire da subito (o quasi) la propria stomia in autonomia (giovani e con ripresa rapida dall'intervento chirurgico), ma troviamo il caregiver, di solito familiare strettissimo, che a tutti i costi vuole "risparmiare" al paziente la visione e la gestione della stomia, e si sostituisce completamente a lui. Come imposti e in che direzione viri gli incontri ambulatoriali successivi alla prima parte formativa?

R: Il caregiver è sicuramente una risorsa preziosa; ove disponibile lo sfrutto al massimo. La persona a cui viene



confezionata una stomia è all'interno di un nucleo familiare con dinamiche consolidate che noi conosciamo solo al momento dell'incontro con l'utente. Il caregiver che si vuole sostituire allo stomizzato per evitare un ulteriore sofferenza o dolore al proprio caro non è da biasimare, nè un intralcio al nostro lavoro. Come tutte le difficoltà della vita, la situazione va valutata e vanno ricercate le potenzialità e le modalità con cui il caregiver possa aiutare realmente la persona stomizzata. L'esclusione va evitata; l'ingerenza appassionata del caregiver è espressione di un sentimento di protezione esasperato e va incanalata in maniera costruttiva. Il coinvolgimento di altre figure presenti nei percorsi di salute -come lo psicologo- va suggerito ed implementato quando occorre. Spostare la prospettiva, e di conseguenza il punto di osservazione, ci fa leggere tra le righe e ci aiuta ad individuare elementi su cui far leva ed iniziare il percorso. La routine familiare non va stravolta, ma vanno dati tutti gli strumenti utili per il ritorno alla nuova normalità a tutti gli attori coinvolti.

D: Nuovo algoritmo dell'assistenza: SOS. Ce ne puoi parlare?

R: Ho trovato questo algoritmo in uno dei tanti elaborati, scritti dai colleghi che hanno fronteggiato in prima linea la pandemia. Nello specifico era un progetto di medicina narrativa che gli stessi autori hanno creato al fine di elaborare i troppi lutti a causa del covid. L'ho trovato estremamente esplicativo, le criticità hanno fatto emergere la vera natura di tutto e tutti. Ci ha rivelato quanto il singolo gesto conti e di come l'essere umano abbia insita

la capacità di reagire all'insulto: sia essa la malattia che la sfida del quotidiano. SOS è semplice; come il gesto, l'ascolto.

D: Mi è piaciuta molto, tra tutti gli esempi di casi clinici, la storia della nonnina di 84 anni con una colostomia. Come caregiver ha una figlia e due nipoti, ha uno spirito combattivo e intraprendenza, creatività nel quotidiano e "supporto di tutto il team". Quest'ultima frase mi ha fatto molto riflettere perchè negli altri esempi non era presente, neanche nel caso della signora di 55 anni, ileostomizzata, nessun caregiver, difficoltà iniziali e criticità, supporto attraverso i social.... Quanto impatta su noi operatori il carattere di un paziente? Perchè riusciamo a supportare di più una persona simpatica, allegra e con tre caregiver, e non una con difficoltà e nessun caregiver? Abbiamo bisogno di migliorare e/o incrementare la nostra formazione in qualche modo (figure più specialistiche)?

R: Sicuramente quando abbiamo la fortuna di trovare un gruppo/team affiatato il lavoro è più facile; tuttavia la possibilità di trovare la persona stomizzata sola non è così remota e ciò richiede maggior impegno. A volte l'impatto emotivo è al di sopra di quello che pensavamo di poter gestire. Certo ogni professionista può contare sul suo bagaglio formativo/professionale, si adatta e si plasma in base a chi si trova di fronte; in fondo la personalizzazione dell'assistenza rende ogni atto umano ed espressione del nostro essere. Le figure specialistiche o dedicate alle mille sfumature dell'agire in sanità si evolvono e crescono in base alle nuove domande di salute. Pertanto la sola risposta è nella formazione continua che rappresenta la garanzia di performance e crescita professionale; inoltre la possibilità di interagire ed instaurare le reti formali ed informali ci aiutano a dare risposte ed a raggiungere gli obiettivi.

D: Grazie Paola, questa intervista è stata una bella e divertente esperienza.

R: Prego collega !!! Condivido

Da AIOSS per ora è tutto,
a prestissimo a tutti!!!!

STORIE DI AIOSS, AIOSS CHE STORIE!

di Antonio Valenti
infermiere stomaterapista Torino

Molte cose si potrebbero raccontare sull'evento congressuale che ha visto AIOSS a Montesilvano festeggiare i suoi primi 40 anni di associazione. Un'associazione viva, che vuole proiettarsi al futuro ma che non può, non deve, dimenticare il passato. Per questo si è scelto di raccontare questi 40 anni attraverso le parole di uno dei soci fondatori, Maria Dolores D'Elia.

La sua lettura magistrale ci ha accompagnato nei secoli con l'accurata disamina sulla storia della chirurgia legata al confezionamento delle stomie, con il rapido sviluppo ai primi del '900. Ha poi descritto la nascita della stomaterapia che dagli anni '50 negli USA arriva a noi nel 1978 con l'infermiera Margherita Maiorca dell'Istituto Tumori di Milano. Qui si svolse in quell'anno il primo Congresso Mondiale dell'International Ostomy Association. Quindi il racconto diventa toccante, ricco di pathos, nel raccontare anni in cui si aveva nulla se non qualche sacca con adesivi impossibili ed improbabili. Soli, a volte derisi dai colleghi, questi pionieri usarono tutta la loro fantasia per aiutare questi pazienti. La loro dedizione divenne voglia di confrontarsi, conoscere e infine di aggregarsi. Dal supercorso di stomaterapia di Bologna del 1980 (foto 1) al viaggio per il 3° congresso mondiale del WCET di Berlino del 1982. (foto 2)



Foto 1



Foto 2

Nonostante gli ostacoli nel 1984, questi "sette pazzi decidemmo di fondare l'Associazione degli infermieri Stomaterapisti, anche se non fu possibile chiamarla in questo modo: gli "Sto-

materapisti" non esistevano, come tutt'ora non esistono le specializzazioni infermieristiche. Da questo nasce il nome AIOSS: Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia". (foto 3)



Foto 3

Dopo aver ricordato, con molta commozione, alcuni cari colleghi e amici, ella ha dettagliatamente descritto i primi presidi di raccolta fino alle innovazioni che si sono susseguite negli anni, molte nate dalla creatività di colleghi stomaterapisti. Dalla fantasia alla scienza, ma lei conclude puntualizzando come ancora oggi i pazienti incontrino serie difficoltà nel mondo reale e lancia con questo monito: Allora che facciamo? Mi sa che forse occorrono altri pionieri!

La lettura magistrale del Presidente Onorario Gabriele Rastelli ha affrontato la storia dell'associazione. Erano anni di professionisti con conoscenze e competenze scarse e frammentarie, senza formazione dedicata e con un'autonomia professionale quasi assente. AIOSS nei primi anni dalla fondazione, con il compianto Presidente Giancarlo Canese, diresse i suoi sforzi in funzione di un punto particolare: L'ASPETTO PRATICO DELLA TERAPIA ENTEROSTOMALE. L'obiettivo era superare il problema allora attuale, ovvero «IL FAI DA TE DELLE PERSONE STOMIZZATE» che avevano dovuto improvvisarsi nell'autocura di sé stessi per mancanza di servizi e riferimenti dedicati a cui rivolgersi. Per questo il Consiglio Direttivo e l'Assemblea dei Soci concordano che il «BINOMIO NURSING E STOMACARE» era la strada da perseguire per migliorare le competenze.

L'AIOSS ritenne necessario occuparsi «dell'ASPETTO TEORICO» e della «PREPARAZIONE DEGLI INFERMIERI» che volevano avvicinarsi al settore della cura e riabilitazione delle persone stomizzate.

Nacque a questo proposito il COMITATO EDUCATIVO che aveva fra i suoi compiti quello di progettare i programmi scientifici Associativi e di collaborare con l'AISTOM nell'organizzazione dei CORSI DI FORMAZIONE per stomaterapisti. Verso la fine degli anni '80 AIOSS si sentì pronta per il confronto con le Associazioni di Paesi al di là dei confini italiani e sottolineò L'ASPETTO INTERDISCIPLINARE fra Medici e Infermieri, si «aprì» così la via della comunicazione con l'Europa.

In questa fase AIOSS realizzò una BIBLIOTECA dotata di testi aggiornati sulla stomaterapia, riviste e articoli tratti dalla letteratura mondiale di stomaterapia e chirurgia che mise a disposizione degli associati. A questo si associò un grosso impegno nella formazione attraverso vari eventi congressuali. Sono stati anni di duro lavoro per conseguire un ruolo collaborativo e autonomo nell'assistenza alla persona stomizzata. L'AIOSS, infatti avviò una serie di iniziative che facevano perno sull'ASPETTO RIABILITATIVO in evoluzione e sul RUOLO dell'Enterostomista.

A seguito della spinta del WCET l'AIOSS decise di modificare la dicitura «INFERMIERI ENTEROSTOMISTI» in «INFERMIERI STOMATERAPISTI» così da abbracciare tutti gli aspetti del trattamento riabilitativo e sul finire degli anni '80, con la collaborazione tra AIOSS e AISTOM si ottenne il riconoscimento dei Centri di Riabilitazione da parte delle USL di diverse Regioni nei quali operavano almeno uno Stomaterapista e un Medico. All'inizio degli anni 90' l'AIOSS volle sottolineare l'ASPETTO QUALIFICANTE dello Stomaterapista e puntò sull'AGGREGAZIONE come punto fermo per la crescita dell'Associazione e dei suoi Soci e la stomaterapia intesa come qualsiasi forma o tecnica riabilitativa diventa la motivazione professionale che determina tale aspetto. Nacque IL LIBRO BIANCO AIOSS quale strumento di valutazione e verifica che verrà poi adottato nei Corsi organizzati successivamente. Formazione che diventò centrale negli anni seguenti sia in collaborazione con altri Enti che con le Aziende del settore fino alla creazione della rivista societaria e la scuola di formazione AIOSS. Dal 2001 Provider, nel 2005 AIOSS ottenne la Certificazione della Qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001.

Seguirono svariati progetti di ricerca e pubblicazioni e nel 2002, nel suo ventennale viene ricordata la nascita della FAIS (Federazione delle Ass.ni Italiane Stomizzati), da cui nacque un'attiva collaborazione negli anni seguenti. Ricordiamo alcuni dei progetti come: il Manuale Pratico dello Stomaterapista, Mosè Le Tavole, SFERA, DIAMANTE, 3DS, SACS, CAMALEONTE, TEASER, ATLANTE, VENERE, STOMA SITING e molti altri.

Nel 2017 l'evoluzione associativa avvenuta in quegli anni, anche per «mantenere il passo» con il rilevante cambiamento del contesto professionale, presuppose un aggiornamento dello Statuto di AIOSS al fine di renderlo conforme ai criteri che caratterizzano un'Associazione Scientifica. Le modifiche allo Statuto furono proposte all'Assemblea dei SOCI AIOSS e approvate all'unanimità. Con la registrazione formale del nuovo Statuto AIOSS mantenne il suo logo originale ma cambiò la sua denominazione in: ASSOCIAZIONE TECNICO SCIENTIFICA DI

STOMATERAPIA E RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO, inserito nell'Elenco delle Società Scientifiche e delle Associazioni Tecnico-Scientifiche delle Professioni Sanitarie, istituito presso il Ministero della salute.

I progetti non si fermarono e si ricorda il lavoro sulla JOB description, rischio clinico, linee guida PEG, il codice etico, il percorso integrato di cura (PIC). Si arriva poi alle ultime pubblicazioni come le prime linee guida in stomaterapia e il libro "Arte scienza dell'assistenza infermieristica in stomaterapia". Tante le attività e i progetti svolti, tanti i colleghi che hanno fatto un pezzo di strada più o meno lungo con AIOSS, Tante le persone conosciute e apprezzate, Tanti i professionisti, i politici, gli amministratori di enti pubblici incontrati, Tanti gli uomini e le donne delle Aziende del Settore che hanno donato il loro contributo attivo e proattivo per la crescita di AIOSS.

GRAZIE!!!

A tutti coloro che hanno favorito e contribuito alla realizzazione dei sogni e delle idee che hanno permesso ad AIOSS di crescere e stare al passo con l'evoluzione della professione infermieristica, dei saperi clinici e pratici della stomaterapia e della riabilitazione dell'incontinenza. (foto 4)



Foto 4

Non dimentichiamo il 6° Presidente: MATTIA ZAMPROGNO che con la sua squadra dovrà condurre la vita associativa per i prossimi 4 anni. Motivati a «cambiare marcia» per rendere migliore l'AIOSS con attività e progetti innovativi e più aderenti alle aspettative dei soci e al contesto professionale in continua evoluzione.

INTRODUZIONE AL “NUOVO” REGISTRO NAZIONALE DEGLI STOMATERAPISTI

di Mattia Zamprognò
Presidente AIOSS

Earl Nightingale (autore e oratore motivazionale Americano) sosteneva che “Tutto ciò che nel mondo vogliamo fare o che venga fatto, dobbiamo farlo con e attraverso le persone”.

AIOSS da sempre promuove l'evoluzione professionale dei propri iscritti, e non solo, attraverso Formazione, Aggiornamento e Ricerca, per garantire cure appropriate alle persone con stomia e/o incontinenza uro-fecale, ma per svolgere queste attività così fondamentali si avvale per l'appunto di Persone.

Le Persone alle quali mi riferisco sono tutte coloro che di AIOSS fanno parte e tutte quelle che parlano e vivono di stomaterapia senza distinzioni regionali, partitiche o associative; preziose “tessere” uniche e irripetibili del mosaico che rappresenta la RETE che quotidianamente accoglie e sostiene la persona con stomia e/o incontinenza. La Rete rappresenta il tessuto vitale capace di supportare sia colui/colei che ha la stomia sia il professionista che se ne prende carico; si identifica come la risorsa fondamentale per non abbandonare la persona nel momento più difficile della sua esperienza con il nuovo organo; è riconosciuta come l'elemento essenziale affinché si possano realizzare la Vision e la Mission stessa di AIOSS. Senza Rete non c'è gruppo professionale, senza gruppo non c'è identità collettiva, senza quest'ultima non c'è lo specialista in stomaterapia.

Il “Registro”, sin dalla sua creazione, è stato all'inizio aggiornato annualmente. In un certo momento si era pensato di rendere questo strumento utile nella sua totalità, specificando la specializzazione di ogni professionista iscritto. Soprattutto in un certo periodo storico, annualmente si è assistito ad un incremento del numero di esperti inseriti in esso, questo grazie al crescente interesse verso questa disciplina ed anche alle possibilità di formazione complementare esistenti in questo campo.

Con l'avvento delle nuove tecnologie, e di internet in particolare, l'esigenza di avere un formato cartaceo si è fatta via via meno intensa, tanto che la revisione che ora si sta proponendo risulta essere orfana di versioni precedenti. AIOSS però non ha mai dimenticato quanto importante fosse il possedere una copia cartacea di questo strumento; aspetto che va ben oltre l'aver un elenco scritto di colleghi ma dona alla nostra associazione una dimensione diversa e inoltre pone ognuno di Noi in una luce differente.



La copertina dell'edizione 2018 del “Registro AIOSS”

L'obiettivo di costituire, aggiornare e riproporre il “Registro degli infermieri esperti in stomaterapia” è sicuramente certificare la competenza professionale degli iscritti, ovvero di coloro che hanno acquisito conoscenze e abilità in questo settore e che svolgono la loro attività professionale in servizi dedicati.

Da questo derivano tre altri obiettivi: mettere a disposizione dei cittadini informazioni sui servizi in cui sono presenti professionisti che possono offrire loro prestazioni pertinenti e appropriate; mettere a disposizione degli altri professionisti sanitari le informazioni utili per consentire contatti e relazioni finalizzati a dare continuità alle cure assistenziali sul territorio nazionale; dare visibilità a coloro che con competenza e responsabilità si impegnano quotidianamente per garantire elevati standard di qualità alle prestazioni assistenziali e riabilitative in questo settore professionale.



Una pagina del Registro Nazionale ed. 2018

Redigere questo testo per far sì che le informazioni in esso contenute fossero complete e contenessero tutti i

nominativi degli infermieri stomaterapisti iscritti all'AIOSS, e non solo, ha richiesto un importante lavoro di revisione delle informazioni già comprese nelle pubblicazioni precedenti, per confermarle o modificarle e aggiungere ciò che mancava. Il tutto finalizzato a dare al Registro una connotazione tale da renderlo utile per i professionisti e per i cittadini che avranno bisogno di trarre riferimenti sui servizi dedicati a cui rivolgersi. Un plauso particolare va fatto al Gruppo di colleghi che si sono occupati di questa revisione grazie ad un gran lavoro di attenzione e sacrificio.

Desidero inoltre ringraziare tutti gli infermieri stomaterapisti che dal momento dell'istituzione del registro ad oggi hanno creduto in questa iniziativa, e a chi in futuro vorrà partecipare e condividere assieme a noi la vita associativa con l'intento di favorire lo sviluppo e la crescita dei professionisti che si prendono cura delle persone con stomia, incontinenza e disfunzioni del pavimento pelvico. AIOSS sa che questo strumento non potrà mai essere esaustivo e definitivo, troppe sono le diversità e le peculiarità nel nostro amato territorio Italiano, ma forse è proprio questo il bello del Registro. Esso ci spinge a valutare costantemente lo stato della Rete che ci circonda, stimola la collaborazione tra noi, ci impone di non fermarci e ci mantiene vigili.

In conclusione, il "Registro degli Stomaterapisti" vuole essere un progetto aperto e universale. Ogni modifica e suggerimento potranno essere segnalati inviando una mail a registro.aioss@gmail.com e successivamente AIOSS si impegnerà a redigerne una nuova versione o a dare comunicazione delle avvenute modifiche attraverso il suo sito.

IMPORTANTE

In relazione allo stato dell'Emergenza per la pandemia COVID19, il Direttivo AIOSS annuncia fin d'ora che, dovendo ottemperare ai decreti emanati dalle istituzioni governative preposte, l'organizzazione di ogni evento "in presenza" potrebbe subire mutamenti, rinvii o addirittura la cancellazione dell'evento.

Ci impegnamo a fornire indicazioni sempre aggiornate sul nostro sito associativo www.aioss.it e sulla nostra pagina di Facebook ed a inviare periodicamente ai Soci delle newsletter informative sullo stato della macchina organizzativa.

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

Depositata al Ministero della Salute il 4/2/2022. È un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le avvertenze o le istruzioni per l'uso

ACCESSORI DA USARE OGNI GIORNO BELLI E DISCRETI

NILTAC™ e SILESSE™
cambiano veste
e diventano

ESENTA™



ESENTA™

FILM PROTETTIVO SPRAY E SALVIETTE

Protegge la cute
fino a 72 ore¹

RIMUOVI ADESIVO SPRAY E SALVIETTE

Rimozione dell'adesivo
facile e delicata sulla cute

Reference: 1. Voegeli D, LBF* "No-Sting" Barrier Wipes: Skin Care Using Advanced Silicone Technology. British Journal of Nursing, 2008; Vol. 17: No. 7.



Per richiedere campioni gratuiti e conoscere i servizi a tua disposizione
contatta il numero verde gratuito **800.930.930*** dal lunedì al venerdì dalle 9:00
alle 17:00 o manda un e-mail all'indirizzo convatel.italia@convatec.com.
Visita il sito www.convatec.com/it-it/

3M CAVILON ADVANCED™ & STOMATERAPIA: ALCUNE ESPERIENZE CLINICHE

Martina Dalla Costa

Progetto svolto per il Master di I Livello in "Assistenza sanitaria a pazienti stomizzati e incontinenti" dell'Università degli Studi di Padova

Quanto segue è il riassunto di un progetto svolto per il Master di Primo Livello in "Assistenza sanitaria a pazienti stomizzati e incontinenti" dell'Università degli Studi di Padova.

L'obiettivo di questa raccolta di casi clinici è stato quello testare l'efficacia del prodotto 3M Cavilon Advanced™ sulla cute peristomale dei pazienti portatori di stomia rivalutando la situazione clinica nei giorni successivi l'applicazione mediante la Peristomal Lesion Scale (PLS), al fine di analizzare e descrivere le alterazioni e classificarle in base alla loro gravità, estensione, localizzazione e considerando le informazioni anagrafiche e cliniche del paziente.

Per elaborare questo progetto si è applicato il prodotto 3M

Cavilon Advanced™ sulla cute peristomale di 4 pazienti portatori di stomia intestinale e sono state fotografate le lesioni nei giorni successivi, al fine di descriverle e valutarne l'andamento mediante la Peristomal Lesion Scale (PLS).

Il risultato maggiormente apprezzato è stata la diminuzione della gravità delle alterazioni presenti sulla cute peristomale dei pazienti, nonché la diminuzione del dolore associato ad esse.

I risultati ottenuti hanno permesso di evidenziare l'efficacia del prodotto 3M Cavilon Advanced™ che con le dovute precisazioni e utilizzato in contesti specifici, per certi versi ancora tutti da definire, si è mostrato un ottimo alleato dello stomaterapista nella gestione delle complicanze.

Di seguito i casi raccolti:

PRIMO CASO

Donna di 86 anni, 60 kg, 1.65 m di altezza.

Motivo della stomia: occlusione intestinale in mega colon.

Intervento: 05/05/2022

Tipo di stoma che presenta la lesione cutanea: cecostomia; confezionamento in urgenza, no disegno pre operatorio.

Accessori in uso: 3M Cavilon Advanced™, cintura.

Complicanza legata alla stomia: retrazione.

Data di osservazione: 16/05/2022

Tipologia lesione principale: ulcerativa (U), erosione.

Localizzazione della lesione riferita alla stomia: T3-T4 A.

Dimensioni della lesione: asse 1: 4 cm, asse 2: 1 cm.

Scala VAS: dolore medio.



Data di osservazione: 18/05/2022.

Tipologia lesione principale: ulcerativa (U), erosione.

Localizzazione della lesione riferita alla stomia: T3-T4 A.

Dimensioni della lesione: asse 1: 3 cm, asse 2: 1 cm.

Scala VAS: nessun dolore.



Data di osservazione: 19/05/2022.

Tipologia lesione principale: ulcerativa (U), erosione.

Localizzazione della lesione riferita alla stomia: T3-T4 A.

Dimensioni della lesione: asse 1: 2 cm, asse 2: 1 cm.

Scala VAS: nessun dolore.



Data di osservazione: 20/05/2022.

Tipologia lesione principale: elementare (E), eritema.

Localizzazione della lesione riferita alla stomia: T3-T4 A.

Dimensioni della lesione: asse 1: 2 cm, asse 2: 1 cm.

Scala VAS: nessun dolore.



SECONDO CASO

Donna di anni 61, peso 56 kg, altezza 1.62 metri.

Motivo della stomia: fistole entero cutanee di alta portata in sindrome aderenziale cronica.

Intervento: 04/05/2022

Tipo di stoma che presenta la lesione cutanea: fistola entero cutanea, presente tubo di drenaggio Kehr; confezionamento in elezione, si disegno pre operatorio.

Accessori in uso: 3M Cavilon Advanced™

Data di osservazione: 16/05/2022.

Tipologia lesione principale: ulcerativa (U), erosione.

Localizzazione della lesione riferita alla stomia: T5 A.

Dimensioni della lesione: asse 1: 2,5 cm, asse 2: 5 cm.

Scala VAS: dolore medio.



Data di osservazione: 18/05/2022.

Tipologia lesione principale: ulcerativa (U), erosione.

Localizzazione della lesione riferita alla stomia: T5 A.

Dimensioni della lesione: asse 1: 1,5 cm, asse 2: 3 cm.

Scala VAS: nessun dolore.



TERZO CASO

Donna di anni 73, peso 50 kg, altezza 1.75 m.
 Motivo della stomia: stenosi anastomotica colorettales in
 sindrome dell'intestino corto.
 Intervento: 22/12/2021
 Tipo di stoma che presenta la lesione cutanea: colostomia ter-
 minale; confezionamento in urgenza, sì disegno pre operatorio.
 Accessori in uso: 3M Cavilon Advanced™
 Complicanze legate alla stomia: retrazione e DIC con le feci.

Data di osservazione: 04/02/2022
 Tipologia lesione principale: ulcerativa (U), erosione.
 Localizzazione della lesione riferita alla stomia: T5 A.
 Dimensioni della lesione: asse 1: 5 cm, asse 2: 5 cm.
 Scala VAS: dolore medio.



Data di osservazione: 05/07/2022
 Tipologia lesione principale: ulcerativa (U), erosione.
 Localizzazione della lesione riferita alla stomia: T5 A.
 Dimensioni della lesione: asse 1: 2,5 cm, asse 2: 2,5 cm.
 Scala VAS: dolore medio.



QUARTO CASO

Uomo di anni 30, peso 70 kg, altezza 1.80 m.
 Motivo della stomia: esiti di plurimi interventi chirurgici per
 occlusione intestinale.
 Intervento: 11/04/2022
 Tipo di stoma che presenta la lesione cutanea: fistola en-
 terica mediana con eviscerazione; confezionamento in ur-
 genza, no disegno pre operatorio.
 Accessori in uso: 3M Cavilon Advanced™, pasta protettiva
 priva di alcool, anelli adapt, lunetta convessa, spray remover.
 Complicanze legate alla stomia: DIC con le feci.

Data di osservazione: 28/06/2022.
 Tipologia lesione principale: ulcerativa (U), erosione.
 Localizzazione della lesione riferita alla stomia: T5 A.
 Dimensioni della lesione: asse 1: 4 cm, asse 2: 3 cm.
 Scala VAS: dolore medio.



Data di osservazione: 29/06/2022.

Tipologia lesione principale: ulcerativa (U), erosione.
Localizzazione della lesione riferita alla stomia: T5 A.
Dimensioni della lesione: asse 1: 4 cm, asse 2: 3 cm.
Scala VAS: dolore medio.



Data di osservazione: 30/06/2022.

Tipologia lesione principale: ulcerativa (U), erosione.
Localizzazione della lesione riferita alla stomia: T5 A.
Dimensioni della lesione: asse 1: 3 cm, asse 2: 2,5 cm.
Scala VAS: dolore medio.



Data di osservazione: 01/07/2022.

Tipologia lesione principale: ulcerativa (U), erosione.
Localizzazione della lesione riferita alla stomia: T5 A.
Dimensioni della lesione: asse 1: 2 cm, asse 2: 2 cm.
Scala VAS: dolore medio.



In conclusione possiamo fare alcune considerazioni.

Il prodotto esperito è sicuramente un ottimo alleato nella gestione delle DIC. Il suo impiego però, per essere efficace deve essere associato a una buona tenuta della placca senza episodi frequenti di distacco. Questo per un paio di motivazioni: la prima è il costo del protettivo/curativo, la seconda è la prescrivibilità.

Il dubbio che sorge agli utilizzatori è presto detto: se bastano poche applicazioni di questo prodotto per ottenere ottimi risultati, che senso avrebbe considerarlo un protettivo cutaneo come gli altri prevedendone quindi una prescrizione mensile per un certo numero di applicatori

definito? È forse meglio che esso sia utilizzato come medicazione avanzata ad hoc nel caso in cui lo specialista ne indichi l'utilizzo? Chi dovrebbe pagare il prodotto? Direttamente la persona stomizzata o la dotazione dovrebbe essere lasciata dallo stomaterapista in sede di visita ambulatoriale?

Queste le domande essenziali emerse da questo progetto che ha visto l'utilizzo di questa nuova formulazione per la gestione delle dermatiti stomali. Oltre a questo lo studio ribadisce ancora una volta un concetto fondamentale di un adeguato stomacare e della conseguente tenuta del presidio di raccolta, aspetti imprescindibili per l'ottenimento di risultati ottimali e duraturi nel tempo.

PER RIDERE UN PO'

Non sarebbe un anno nuovo se non avessi dei rimpianti.
(William Thomas)

>---o---<

Il Capodanno è un'innocua istituzione annuale, utile solo come scusa per bevute promiscue, telefonate di amici e stupidi propositi.
(Mark Twain)

>---o---<

Sii sempre in guerra con i tuoi vizi, in pace con i tuoi vicini, e lascia che ogni nuovo anno ti trovi un uomo migliore.
(Benjamin Franklin)

>---o---<

Alla fine, ciò che conta non sono gli anni della tua vita, ma la vita che metti in quegli anni.
(Abraham Lincoln)

>---o---<

Fa bene a momenti tornar bambini, e più che mai a Natale, ch'è

una festa istituita da Dio fattosi anch'egli bambino.
(Charles Dickens)

>---o---<

È Natale ogni volta che permetti a Dio di amare gli altri attraverso di te.
(Madre Teresa di Calcutta)

>---o---<

Il capodanno è il compleanno di tutti.
(Charles Lamb)

>---o---<

Una volta mi limitavo a ringraziare Babbo Natale per pochi soldi e qualche biscotto. Ora, lo ringrazio per le stelle e le facce in strada, e il vino e il grande mare.
(Gilbert Keith Chesterton)

>---o---<

L'unica vera persona cieca durante il periodo natalizio è colui che non ha il Natale nel cuore.
(Helen Keller)

>---o---<

A Natale son tutti più buoni. È il prima e il dopo che mi preoccupa.
(Charles M. Schulz)

>---o---<

Voglio che ogni mattino sia per me un capodanno. Ogni giorno voglio fare i conti con me stesso, e rinnovarmi ogni giorno.
(Antonio Gramsci)



SUDOKU

La parola Sudoku è l'abbreviazione di una frase in giapponese che in italiano vuol dire "Sono consentiti solo numeri solitari".

Si tratta di un gioco di logica, dove una griglia di 9x9 celle viene presentata ai giocatori.

Alla partenza del gioco, circa 20 o 30 celle sulle 81 totali (a seconda del livello di difficoltà) sono preriempite con i numeri da 1 a 9. Lo scopo del gioco è riuscire a riempire le celle vuote con i numeri da 1 a 9 mancanti, fino ad ottenere delle righe, colonne e riquadri 3x3 completi, senza ripetizioni di numeri.

Ogni riquadro ha una sola soluzione. In questo numero si presenta un riquadro di difficoltà medio/bassa.

Questo gioco, comparso in Italia da qualche anno, ha subito riscontrato un largo apprezzamento, che ne ha decretato la sua incredibile popolarità.

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

L'evidenza dello Skin Health incontra

l'ultima innovazione per urostomia



NUOVO Moderma Flex Urostomia CeraPlus con Tecnologia Remois*:

Progettato per mantenere la cute sana
fin dall'inizio.¹

**L'adattabilità che preferisci.
La formulazione progettata per aiutare
a mantenere la cute sana.**

Il meglio di entrambi per i tuoi pazienti
con Urostomia.

Disponibile nei formati Piano, Convesso e Convesso Soft.

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




Remois

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

Riservato esclusivamente agli operatori sanitari del settore

 Hollister®

Ostomy Care
Healthy skin. Positive outcomes.

COS'È LA SANITÀ DIGITALE?

di Ivano Nigra
Ufficio Stampa PressAIOSS

Con il termine sanità digitale, o *e-health*, si fa riferimento all'applicazione di alcuni strumenti nel settore sanitario, i quali consentono al cittadino di poter usufruire comodamente da casa di servizi essenziali di monitoraggio e prenotazione di visite e servizi sanitari. Nel dettaglio ci si riferisce ad un'ampia gamma di funzioni connesse alla sanità, comprese quelle riguardanti il rapporto tra medico e paziente.

Alcune delle aree implicate sono l'assistenza, la sorveglianza, lo studio per promuovere prevenzione e diagnosi ma anche il trattamento e il monitoraggio delle condizioni. La sanità digitale rappresenta una nuova frontiera della comunicazione tra cittadino e strutture sanitarie che permette di rendere disponibili i servizi specialistici a tutti coloro che ne hanno la necessità, anche a chi non può beneficiare delle risorse sanitarie. Il sistema e-health permette una comunicazione più efficiente che innesca una serie di benefici: il cittadino impiega meno tempo per cercare un professionista in rete e ha la possibilità di avere un confronto diretto aumentando la fiducia verso il sistema e verso i professionisti stessi.

La sanità in Rete contribuisce alla disponibilità di informazioni essenziali quando e dove necessario e assume crescente importanza con l'aumento della circolazione internazionale dei cittadini e del numero di pazienti. Le iniziative e-health migliorano l'accesso alle cure, ponendo il cittadino al centro dei sistemi sanitari. Contribuiscono, inoltre, ad accrescere l'efficienza generale e la sostenibilità del settore sanitario. Il tema della sanità in rete è da tempo al centro di numerose azioni a tutti i livelli: europeo, nazionale, regionale e locale, finalizzate alla diffusione dell'e-health quale strumento abituale per operatori, pazienti e cittadini per il miglioramento della qualità dell'assistenza e della produttività del settore sanitario.

Come funziona

L'e-health ha il compito di digitalizzare i dati clinici, il che porta ad un'inevitabile migrazione verso i dispositivi elettronici e le reti telematiche. Il fatto che vengano resi digitali molti dei servizi sanitari essenziali, porta benefici ma anche delle lungaggini dovute al periodo di adattamento alla nuova tecnologia. Inoltre, l'elettronica richiede una maggior considerazione della protezione dei dati e alla privacy sanitaria.

Nelle strutture ospedaliere di tutto il mondo, vengono ap-



plicati nuovi strumenti di sanità digitale volti a produrre un miglioramento nell'organizzazione del rapporto di cura.

Ormai anche in Italia stiamo ufficialmente entrando in una nuova fase della sanità. I processi clinico-assistenziali subiscono cambiamenti importanti così come quelli riguardanti la gestione dei dati del paziente che si stanno via via evolvendo. Infatti, la formazione per i professionisti sanitari, sta giustamente acquisendo la dovuta rilevanza. Per questo motivo sono disponibili numerose piattaforme e siti online che rendono possibile comodamente dal proprio pc o dal proprio smartphone prenotare visite, avere i risultati di esami e visite specialistiche, comunicare e parlare con medici e professionisti del settore sanitario e molto altro, il tutto per avere il proprio quadro sanitario più a portata di mano possibile.

In tale contesto, l'applicazione delle nuove tecnologie rappresenta una valida opportunità per definire un migliore bilanciamento, tra l'esigenza di maggiore qualità delle prestazioni e un oculato impiego delle risorse disponibili.

I vantaggi

Il principale vantaggio della sanità digitale è la possibilità di garantire un'interconnessione completa, non più legata al luogo di una struttura o agli orari in cui è possibile prenotare una visita medica. Al contrario, la notevole espansione delle soluzioni per la telemedicina e la nascita di soluzioni innovative, hanno portato ad una partecipazione informata da parte dei pazienti e ha incrementato il loro benessere personale. Inoltre, si sta ampliando l'interesse generale dei sistemi sanitari per velocizzare il processo di digitalizzazione.

Così facendo si ottiene un duplice vantaggio non indifferente: vengono ridotti i costi effettivi delle cure e, contemporaneamente, si garantisce una maggior accuratezza di

diagnosi e procedure. Ma non solo, poter avere a disposizione dei medici con cui consultarsi e mettere a disposizione su un network i propri servizi a favore dei pazienti, permette la prevenzione di condizioni mediche gravi e un adeguato supporto alla gestione delle loro patologie.

I servizi principali della sanità digitale sono:

La Telemedicina. Il settore della telemedicina permette a strutture e medici di comunicare facilmente sia con pazienti che con altri professionisti senza essere presenti fisicamente, ottimizzando tempi e risorse. Trattandosi di dati sensibili si entra in un contesto molto spinoso, in quanto va garantita ad ogni livello e settore la privacy di ogni paziente. Perciò è importante che le aziende creino delle policy corredate di procedure per il consenso, in linea con le normative giuridiche. Inoltre, in questo particolare ambito, tendenzialmente si utilizzano dei servizi in cloud per conservare i dati sanitari. Quindi è molto importante essere ben aggiornati sugli standard di riservatezza che le informative privacy impongono.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). La cartella clinica elettronica è uno strumento molto utile per contenere lo storico della vita sanitaria dei pazienti interessati. Il trasferimento dei dati tra pazienti e professionisti sanitari è così agevolato dagli strumenti digitali disponibili. Naturalmente anche in questo ambito è molto importante la questione legata alla privacy. Il continuo sviluppo del significato di privacy e protezione di dati personali nonché della tutela stessa è causato proprio dall'evoluzione della tecnologia. È quindi indispensabile stabilire in principio chi ha i permessi per consultare i quadri clinici.



La ricetta elettronica. Il concetto di ricetta elettronica è un concetto rivoluzionario e fondamentale per snellire le attività rese all'interno degli ambulatori, anche se non sarà un'abitudine semplice da accettare per i cittadini italiani legati alle vecchie ricette cartacee. Con la ricetta elettronica si evita prima di tutto l'errore frequente che si verifica nel momento in cui vengono prescritti i farmaci. Spesso, infatti, è il farmacista a dover avere la capacità di interpretare la scrittura del medico di base per riuscire a capire di quale farmaco il paziente ha bisogno. Un altro vantaggio è legato al fatto che la ricetta elettronica permette allo Stato un controllo maggiore e un risparmio sui costi, dal momento che la ricetta elettronica costa molto meno rispetto a quella tradizionale che va stampata. In ultima analisi, la ricetta elettronica permette di semplificare le operazioni di farmacovigilanza e di controllo effettuate, ad esempio, dalle ASL italiane. La legge, infatti, prevede che tutte le ricette prodotte e consegnate nelle strutture sanitarie debbano essere controllate.

Sicurezza e affidabilità

È ormai evidente che gli strumenti della sanità digitale che ci coinvolgono apportano dei sostanziali benefici sull'intero sistema sanitario e che la direzione intrapresa dalle principali strutture sanitarie sia quella di garantire massima affidabilità, puntualità e sicurezza. La sanità moderna non può più limitarsi all'assicurare le cure necessarie durante le emergenze. Anche perché molto spesso i problemi sono aggravati da lunghe attese o da una comunicazione gestita male. Perciò nasce l'esigenza di affidarsi a soluzioni di sanità digitale.



BodyFit
Technology®

SenSura® Mio Convex

Permette una riduzione delle perdite

La giusta vestibilità è la chiave della prevenzione

SenSura® Mio Convex grazie all'adesivo elastico e alle flexlines integrate all'interno della conchiglia, caratteristiche della Bodyfit Technology®, si adatta alle forme e ai movimenti del corpo senza perdere stabilità e preservando la vestibilità.

Un numero gratuito e una mail dedicati dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 18.

Servizio assistenza tecnica **800.064.064**

e-mail: chiam@coloplast.it

SenSura® Mio Scopri tutta la gamma

Soft



Light



Deep



Aut. Min. 0034066-15/07/2015-DGDMF-COD_UO-P

Seguici su



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

Coloplast SpA via Trattati Comunitari Europei 1957-2007 n. 9 - Edificio F - 40127 Bologna
www.coloplast.it Il logo Coloplast è un marchio registrato di proprietà di Coloplast A/S. © [11-2022] Tutti i diritti sono riservati



mente fornite che risultano essere contrastanti tra loro su alcuni aspetti.

Un punto di incontro è rappresentato dall'impiego di fibra solubile; vi sono consistenti evidenze del fatto che la supplementazione con fibre solubili (psyllium o gomma di guar parzialmente idrolizzata) è in grado di ridurre l'output e migliorare la consistenza delle feci riducendo la perdita di acqua.

Parallelamente l'impiego della fibra solubile nei pazienti con diabete di tipo 2 è in grado di migliorare i profili cardiovascolari e metabolici con riduzione della circonferenza vita, dell'emoglobina glicata e della lipemia.

Nei pazienti con diabete e ileostomia andrebbe pertanto favorito il consumo del pasto completo composto da una porzione di cereali (raffinati anziché integrali) e di proteine (vedi immagine 1) al fine di modulare la risposta glicemica sostituendo la fibra contenuta nei prodotti integrali e nei vegetali da un supplemento di fibra solubile da assumere prima del pasto.

Tale approccio, come mostrato in Figura 2, può contribuire a mimare gli effetti dei vegetali riducendo il picco glicemico post-prandiale.

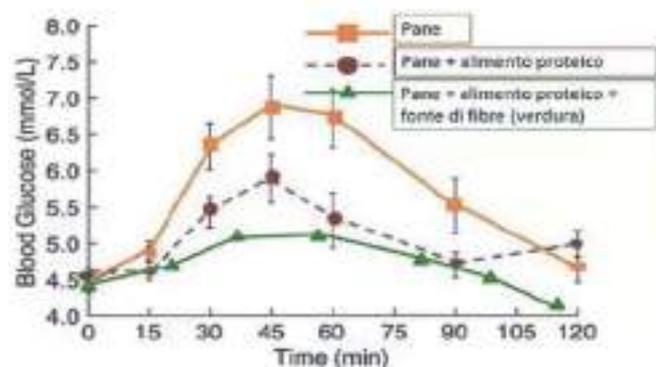


Figura 2

Tale indicazione, pur basata su evidenze, non esclude la necessità di un attento e preciso counselling nutrizionale, che risulta un intervento fondamentale per un miglioramento della qualità della dieta.

Altri punti importanti del trattamento dietetico nel paziente con ileostomia e diabete sono:

- educare il paziente a non utilizzare prodotti a ridotto contenuto in zuccheri semplici dolcificati con polioli (alimenti sugar free o alimenti specifici per diabete) per il loro effetto osmotico a livello intestinale con aumento dell'output dalla stomia e relative conseguenze;
- prestare attenzione alle modalità di risoluzione dell'ipoglicemia, rispettando i protocolli consigliati (Es. regola del 15) privilegiando zucchero semplice in ridotto volume come zollette o bustine di zucchero tali o quali o disciolte in piccoli volumi di liquidi, evitando bevande gassate zuccherate, succhi di frutta o concentrati di frutta anch'essi per il potenziale effetto osmotico.

L'approccio dietetico deve essere affiancato e supportato dal monitoraggio di peso, BMI e parametri nutrizionali anche alla luce del fatto che i pazienti con diabete hanno un maggior rischio di deficit di vitamina B12, alterazioni della motilità gastro-intestinale e di elevato out-put dallo stoma. Va infine ricor-



dato che, sia la presenza di ileostomia che il diabete, sono state identificate come cause maggiori di formazione di calcoli renali per cui il corretto trattamento gioca un ruolo fondamentale nella prevenzione degli stessi.

In conclusione il paziente con ileostomia e comorbidità come il diabete richiede un approccio nutrizionale mirato nella prevenzione della malnutrizione, della disidratazione e delle carenze nutrizionali specifiche, per cui è necessario un adattamento dei consigli dietetici forniti da personale esperto, oltre che da uno stretto monitoraggio clinico.

Bibliografia

1. The effect of a diverting ileostomy formation on nutritional status and energy intake of patients undergoing colorectal surgery. Athanasios Migdanis et al. Clin Nutr ESPEN (2020) Dec; 40: 357-362
2. Risk factors for readmission with dehydration after ileostomy formation: A systematic review and meta-analysis. Chen Liu et al. Colorectal Disease. 2021; 23:1071-1082.
3. Dietary management for people with an ileostomy: a scoping review. Alexandra Mitchell, et al. JBI Evid Synth, 2021 May 28; 19(9):2188-2306
4. Factors predictive of high-output ileostomy: a retrospective single-center comparative study. Mitsunobu Takeda et al. Surgery Today, 2019; 49:482-487
5. Dietary fibre and whole grains in diabetes management: Systematic review and meta-analyses. Andrew N Reynolds et al. PLoS Med, 2020 Mar 6; 17(3)
6. Lower ileostomy output among patients with postoperative colorectal cancer after being supplemented with partially hydrolyzed guar gum: Outcome of a pilot study. Chiou Yi ho et al. Nutrition, 2022 Jun 1; 103-104:111758.
7. Psyllium fiber food supplement in the management of stoma patients: results of a comparative prospective study. D Crocetti et al. Tech Coloproctol, 18 (2014), pp. 595-596
8. Glycemic Index (GI) or Glycemic Load (GL) and Dietary Interventions for Optimizing Postprandial Hyperglycemia in Patients with T2 Diabetes: A Review. Dionysios Vlachos et al. Nutrients, 2020 May 27; 12(6):1561.
9. Improvement of the metabolic syndrome profile by soluble fibre - guar gum - in patients with type 2 diabetes: a randomised clinical trial. Valesca Dall'Alba et al. Br J Nutr 2013 Nov 14; 110(9):1601-10.
10. Anthropometric and Dietetic Evaluation of People with ileostomies. Juliano Teixeira Moraes, et al. Arq Gastroenterol, 2019 Jan-Mar; 56(1):34-40.
11. A Cross-sectional Study of Nutritional Status, Diet, and Dietary Restrictions Among Persons With an Ileostomy or Colostomy. Ana Livia de Oliveira, et al. Ostomy Wound Manage, 2018 May; 64(5):18-29.

NEL PROSSIMO NUMERO

QUALCHE ANTICIPAZIONE

- Cosa succederà in AIOSS e nel mondo....
- Articoli scientifici di interesse specifico
- Le nostre rubriche ed i nostri servizi
- Le vostre testimonianze ed esperienze

...e molto altro



AIOSS.it festeggia i suoi primi 30 ANNI !



**30 ANNI
DI AIOSS.IT**

**INFORMAZIONE
e FORMAZIONE
sempre dalla NOSTRA parte**



AIOSS VI AUGURA
UN SERENO
NATALE
ED UN FELICE
ANNO NUOVO