

AIOSS.it

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

NUOVA EDIZIONE

ARTICOLO SCIENTIFICO

COME LA DEGENZA OSPEDALIERA INFLUISCE SUL GRADO
DI INCONTINENZA URINARIA DI PERSONE GIÀ INCONTINENTI
ALL'AMMISSIONE

ARTICOLO SCIENTIFICO

EOSINA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

TESTIMONIANZE

LE MIE STOMIE

CONVEGNO NAZIONALE

LE CURE MANCATE (MISSED CARE) IN STOMATERAPIA:
FACCIAMO IL PUNTO?

ASSEMBLEA GENERALE DEI SOCI

RIMINI, 8 APRILE 2022

WEB & MULTIMEDI@

LA GUERRA IN RETE, LA GUERRA DELLE RETI

***RIPARTIAMO ASSIEME!
STESSE RADICI
NUOVI ORIZZONTI***



N. 1 - MARZO 2022

Trimestrale - Anno 30

POSTE ITALIANE SpA - Spedizione in abbonamento
postale - 70% - Teramo



Dasa-Rägister
EN ISO 9001 : 2015
IQ-0905-12





INDICE

IN QUESTO NUMERO:

EDITORIALE	1
ARTICOLO SCIENTIFICO	3
ARTICOLO SCIENTIFICO	13
TESTIMONIANZE	17
CONVEGNO NAZIONALE	20
ASSEMBLEA GENERALE	22
L'ANGOLO DEL RELAX/SUDOKU	24
WEB & MULTIMEDI@	26

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 allegate 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@aiooss.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 di sera © 2022 Ivano Nigra

AIOSS.it Trimestrale - Anno 30, n. 01/22, Marzo 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)



Dasa-Räregister
EN ISO 9001 : 2015
IQ-0905-12

RIFERIMENTI INTERNET:

Web: www.aiooss.it

Mail: info@aiooss.it

RIPARTIAMO ASSIEME! STESSE RADICI, NUOVI ORIZZONTI

Mattia Zamprogno
Presidente AIOSS



Nel contesto del congresso Biennale AIOSS a Montesilvano a Ottobre 2021, si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo per il mandato 2022-2025 ed io sono stato nominato Presidente della nostra Associazione. La fiducia accordatami dai soci mi onora e mi incoraggia ad assumere il

peso delle responsabilità che l'incarico richiede, soprattutto dopo anni di vita associativa guidati con generosità e competenza dai precedenti Presidenti e da tutto il Consiglio Direttivo.

A tutti voi, carissimi soci e lettori, desidero rivolgere un saluto e un ringraziamento per la partecipazione e per l'interesse che avete sino ad oggi dedicato alla nostra Associazione. Credo fermamente che sia doveroso, nel contesto del mio primo editoriale su questa rivista, condividere con tutti voi la dichiarazione d'intenti che il Consiglio Direttivo, di comune accordo, ha cercato di declinare nei due concetti fondamentali di Vision & Mission di AIOSS per questi 4 anni di mandato.

La Vision può essere riassunta in un'unica ma importante frase: "Lo Stomaterapista come infermiere specialista nel percorso di cura di ogni persona stomizzata e/o incontinente"; essa rappresenta infatti il sogno di AIOSS ma nel contempo fornisce lo scopo per tutte le attività proposte in futuro dall'associazione.

L'impegno di AIOSS si declina infatti nella Mission Associativa che a sua volta può essere riassunta in 7 semplici "punti":

1. AIOSS, perseguendo le finalità indicate nel proprio statuto, intende rafforzare il legame che esiste tra l'Associazione e tutti i professionisti sanitari che intervengono nel processo di cura di persone con stomia e incontinenza;
2. AIOSS vuole promuovere il "percorso stomaterapico" sia per migliorare la qualità dell'assistenza e delle cure alle persone sia per potenziare la risposta sanitaria che proviene da un team di specialisti in stomaterapia e di altre professionalità;
3. AIOSS, attraverso la collaborazione con Associazioni ed Enti, mira a riaffermare il ruolo dello stomaterapista nei percorsi assistenziali promuovendo

vendo azioni e relazioni contestualizzate, al fine di alimentare cultura e consapevolezza degli esiti di salute correlati allo specifico agire professionale;

4. AIOSS intende rafforzare e sostenere le proprie delegazioni regionali al fine di promuovere l'associazionismo, l'adozione di comportamenti e processi assistenziali omogenei, la comunicazione e la divulgazione delle conoscenze;
5. AIOSS si prefigge di continuare a promuovere e favorire la ricerca in ambito clinico, produrre strumenti e documenti basati sulle evidenze scientifiche, grazie alla collaborazione dei suoi soci, degli organismi statutari e dei partner che nel tempo sapranno sostenere le iniziative associative;
6. AIOSS intende proporre modelli di cura e progetti di politica sanitaria, di concerto con gli Enti preposti, al fine di produrre informazioni utili a indirizzare positivamente le scelte dei diversi decisori;
7. AIOSS si impegna a mantenere e favorire il dialogo con gli organi preposti per giungere alla definizione dell'identità, delle specifiche competenze dell'infermiere stomaterapista e della identificazione e codifica delle prestazioni erogate in stomaterapia.

Tutto questo è e sarà possibile solo se sapremo collaborare tra noi e se saremo capaci di "tessere una rete" in grado di sostenere e proteggere al meglio le persone che quotidianamente ricevono la nostra assistenza e le nostre cure.

La rete di relazioni sul territorio nazionale e locale è un patrimonio prezioso, della cui esistenza dobbiamo essere orgogliosi ma soprattutto consapevoli per il futuro. Bisognerà far fruttare quanto abbiamo prodotto e seminato in questi anni, pur nella consapevolezza di tante difficoltà, ma con la convinzione comune che alcuni problemi si possono condividere e affrontare insieme.

In questo quadriennio spero si possa dare inizio ad una fase di rinnovamento e di nuovo slancio, promuovendo rinnovati progetti e attività.

Confido in un'attiva e proficua partecipazione di tutto coloro che hanno a cuore AIOSS, e da parte mia, metto a vostra disposizione il mio impegno e la fiducia che ripongo in questa Associazione.

Un cordiale saluto a tutti

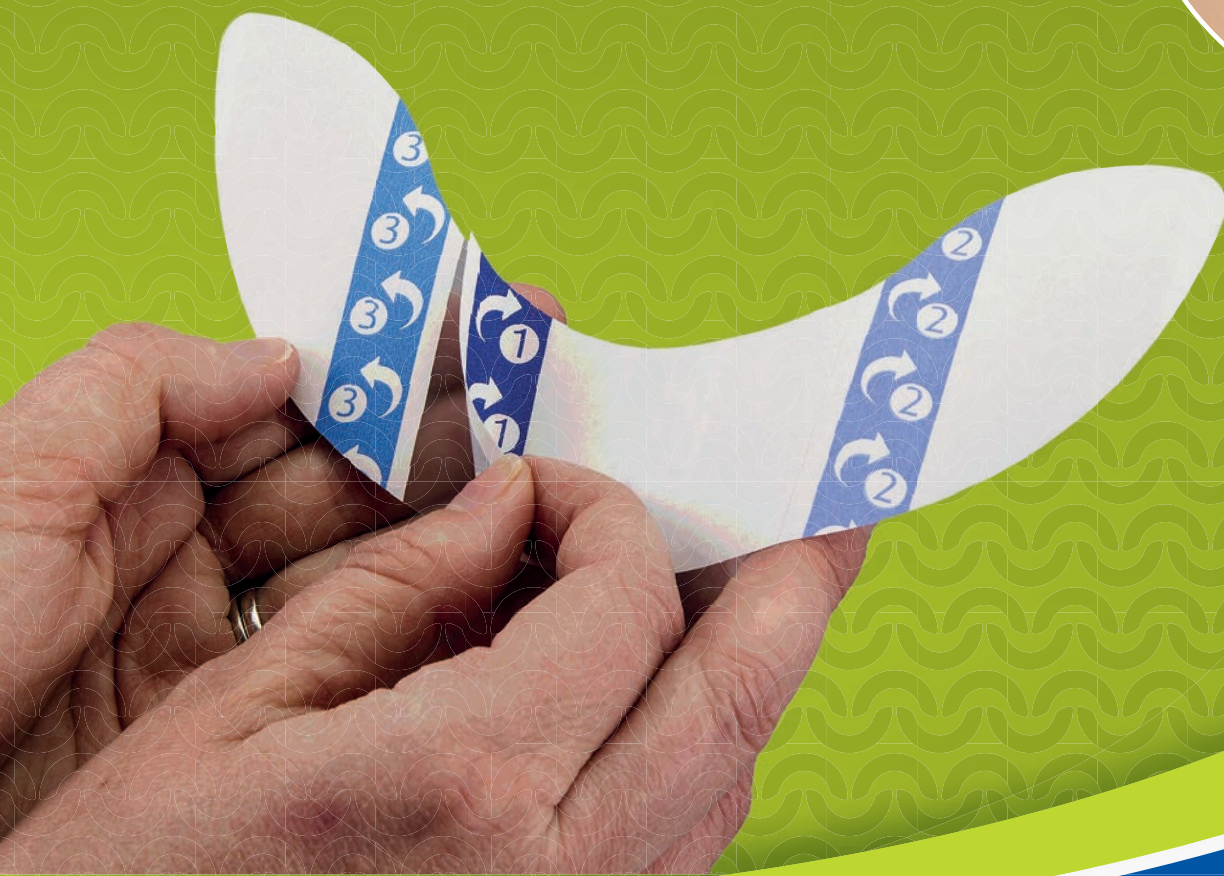
Ultra-Confidenza

Ultra Frame[®]

Una nuova generazione di estensori di flangia.

UltraFrame[®] è una alternativa rivoluzionaria agli attuali estensori di flangia in idrocolloide.

- Ultrasottile, trasparente e discreta
- La conformabilità e la traspirabilità forniscono alle persone portatrici di stomia grande comfort durante l'uso
- Libertà di movimento senza compromettere la sicurezza



COME LA DEGENZA OSPEDALIERA INFLUISCE SUL GRADO DI INCONTINENZA URINARIA DI PERSONE GIÀ INCONTINENTI ALL'AMMISSIONE

di Lisa Scussel^a, Maria Barbierato^b

a - Infermiera presso UO di terapia semintensiva, Ospedale di Bassano del Grappa, AULSS 7 Pedemontana

b - Stomatoterapista presso l'Ambulatorio per Stomizzati dell'Azienda Ospedale-Università di Padova

ABSTRACT

L'incontinenza urinaria (IU) è una condizione che affligge sempre più persone, anche di giovane età. Vari sono i tipi di incontinenza tuttavia spesso non vi è la giusta attenzione da parte delle istituzioni nel cercare di ridurre o contenere questo disturbo. Alcuni studi evidenziano come gli infermieri siano molto attenti al modello di eliminazione fecale, ma non altrettanto all'eliminazione urinaria.

OBIETTIVO

Rilevare quale influenza possa avere l'ospedalizzazione su persone che già soffrono di IU.

MATERIALI E METODI

Per indagare la tipologia e gravità dell'IU è stato somministrato il test ICIQ-SF a persone già incontinenti, degenti in area medica, sia all'ingresso che al termine della degenza.

RISULTATI

Sono stati inclusi 85 pazienti; il campione è stato analizzato per fasce d'età e quella maggiormente rappresentata era dai 76 agli 85 anni. I risultati comparati dei due test, all'ingresso e in dimissione, suggeriscono come i pazienti abbiano subito un peggioramento nella frequenza e nell'entità delle perdite urinarie e di conseguenza nella percezione del problema nella loro vita. Solo un gruppo di pazienti, quelli nella fascia d'età over 85, ha riferito un miglioramento nell'impatto della vita durante il secondo test. Infine il 41% del campione ha esposto alcune perplessità e paure nel riprendere l'attività sessuale, in vista della dimissione, avendo peggiorato il problema dell'incontinenza.

CONCLUSIONI

Lo studio evidenzia come l'ospedalizzazione, che impone al paziente alcuni comportamenti di vita soprattutto riguardanti il problema dell'eliminazione, possa portare all'esacerbazione di un problema già esistente.

Key Words: *urinary incontinence, urinary incontinence management, pads, hospitalization.*

INTRODUZIONE

L'incontinenza urinaria (IU) rappresenta la sindrome geriatrica più frequente interessando il 39% dei pazienti seguiti in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), come riportato nell'indagine 2018 di Italia Longeva¹, mentre, secondo stime relative al 2016 di Federanziani, gli adulti che ne soffrono sono circa 4,5 milioni².

Questa disfunzione può essere gestita con terapie specifiche (interventi comportamentali, rieducazione pelvica, terapia farmacologica o chirurgica, neurostimolazione) ma spesso necessita dell'uso di presidi assorbenti come i pannoloni, di una attenzione socio-sanitaria specifica e di un impegno economico che impatta in modo significativo sui costi assistenziali del SSN (Sistema Sanitario Nazionale) e sui costi di gestione familiari.

Il trattamento dell'IU dipende dalla causa che ne sta all'origine, oltre che dalla gravità della condizione, dall'età del soggetto e dalla tipologia di incontinenza.

L'obiettivo di ogni trattamento è di migliorare la qualità di vita del paziente e, nella maggior parte dei casi, è possibile ottenere grandi miglioramenti e la risoluzione dei sintomi.

Spesso nei reparti di degenza, l'incontinenza non rappresenta una priorità per gli infermieri, come descritto nello studio di Regat-Bikoi e coll. del 2013, ma anzi, molte volte è l'infermiere a decidere chi è incontinente o addirittura lo fa diventare, applicando un *pad* o inserendo un catetere vescicale³. Inoltre molto spesso l'infermiere si preoccupa dell'evacuazione ma molto meno frequentemente del modello di eliminazione urinaria.

Sarebbe altresì fondamentale la valutazione del *pad* da utilizzare rispetto all'incontinenza manifestata. Frequentemente,

infatti, viene applicato un dispositivo assorbente inadeguato che peggiora la situazione di incontinenza già esistente, limita le capacità residue del paziente e ne peggiora la qualità di vita percepita, come evidenziato dagli studi di Goes e coll (2019)⁴ e di Amend e coll. (2013)⁵.

Un possibile approccio per la valutazione di un paziente con IU potrebbe basarsi su un esame fisico mirato a valutare: 1) la presenza o assenza di edemi, che possono causare nicturia o incontinenza urinaria o enuresi notturna; 2) la indipendenza nelle attività di vita quotidiana o ADL; 3) la forza e il tono muscolare; 4) il modello personale di eliminazione urinaria (nell'allegato 1 se ne propone un esempio)⁶.

Infine, per eseguire una valutazione completa, è fondamentale indagare il *pattern* respiratorio che viene valutato osservando il tipo di respirazione effettuato dal paziente con il "test del colpo di tosse-bombement". Il paziente viene invitato ad effettuare un colpo di tosse per verificare la direzione delle pressioni addominali: se il ventre rientra, vi è un corretto controllo delle pressioni senza ripercussioni sul pavimento pelvico; nel caso di protrusione della parete addominale verso l'alto, le forze interesseranno il pavimento pelvico spingendolo verso il basso. Quando l'addome viene spinto verso l'esterno a causa di un aumento di pressione intra-addominale, come ad esempio durante uno sforzo, il muscolo trasverso dell'addome non lavora correttamente e le pressioni, che dovrebbero dirigersi sul pavimento pelvico posteriore (fra sacro e coccige), si ripercuotono invece sullo iato urogenitale causando a lungo termine disfunzioni urinarie, ma anche prolasso degli organi pelvici (soprattutto nelle donne)⁷.

L'infermiere, in particolare l'infermiere specialista, ha un ruolo centrale nella gestione dei pazienti incontinenti nel: ripristina-

re la continenza o, in alternativa, ridurre la frequenza e gravità delle perdite, migliorando di riflesso il *comfort* e la qualità di vita⁸.

Le conseguenze psicologiche e sociali dell'incontinenza determinano imbarazzo, si tende a tenere nascosto il problema, si evita di uscire per paura di non avere a disposizione una toilette nelle vicinanze e si riduce drasticamente la vita sociale, come sostenuto anche dagli studi di Saboia e coll. (2017)⁹ e di Bernardes e coll. (2019)¹⁰.

Da svariati studi, come quello di Gascon e coll. (2018)¹¹ o di Bernardes e coll. (2019)¹⁰ si evince come l'incontinenza maschile sia dovuta principalmente a cause iatrogene o traumatiche, mentre quella femminile presenta un'etiologia multifattoriale; entrambe tuttavia causano disagio alla persona, riduzione della qualità di vita, del benessere di coppia e compromissione della vita sessuale.

Molto spesso si associa anche un disagio o disfunzione sessuale, specialmente nelle persone più giovani, le quali tendono a non esporre il proprio disagio al partner bensì a chiudersi in se stesse.

Il supporto a persone con IU è rivolto a ridurre il suo impatto sulla vita quotidiana e a ridurre le perdite. Per esempio l'infermiere specialista può fornire alcuni suggerimenti riguardanti l'idratazione, l'utilizzo corretto dei servizi igienici coinvolgendo magari anche le risorse umane disponibili.

Sia in ambiente ospedaliero che a domicilio è possibile intervenire istruendo il paziente a regolare l'assunzione di liquidi distribuendoli nell'arco della giornata ed evitando l'assunzione serale di caffeina o alcolici. La caffeina e la teina hanno un effetto diuretico che porta la vescica a riempirsi rapidamente, favorendo l'IU. Evitare queste bevande nelle ore serali riduce le minzioni notturne e il rischio di incontinenza notturna. Mai ridurre drasticamente l'introito di liquidi nelle 24 ore per diminuire il rischio di incontinenza, in quanto ciò può portare a disidratazione e costipazione, soprattutto nei pazienti anziani. La stitichezza, inoltre, può portare a migrazione di batteri dal retto alla vescica facilitando così le infezioni urinarie⁶.

Un altro punto da affrontare con chi soffre di IU è il corretto uso dei servizi igienici magari adattando l'ambiente alle funzioni cognitive e fisiche dell'individuo. È importante anche sincronizzare e temporizzare l'utilizzo del bagno ad intervalli fissi per prevenire l'episodio di incontinenza. Se in un reparto di degenza non è sempre possibile accompagnare il paziente al bagno, sarà fondamentale coinvolgere i familiari o i *caregiver* ed istruirli su come attuare l'intervento assistenziale⁶.

Inoltre l'incontinenza funzionale, cioè quella che si verifica prima o durante un tentativo di raggiungere i servizi, nelle persone anziane con deficit cognitivo o della funzionalità fisica può essere migliorata con l'eliminazione delle barriere (come le sponde del letto) che possono essere d'ostacolo nel tragitto letto/bagno. Un paziente anziano con deficit cognitivo che ha lo stimolo ad urinare, tenderà a scendere dal letto, talvolta anche scavalcando le sponde. Un infermiere specialista deve tenere conto di questo ed evitare l'inutilizzo delle sponde e abbassando il letto per ridurre il rischio di caduta⁶. Se la persona presenta un'IU da urgenza sarà utile avere una comoda o toilette portatile vicino al letto, o un apparecchio sanitario quale un urinale, pappagallo o padella. Anche in questo caso si può istruire il *caregiver* al loro utilizzo. È importante ricordarsi di posizionare il campanello di chiamata vicino al paziente ed accendere una piccola luce per la notte, in modo che possa vedere meglio l'ambiente circostante⁶. I dispositivi per urinare, quali padella o pappagallo, sono presenti in ogni reparto ma spesso non vengono utilizzati, eppu-

re per il paziente cambiano il modo di vedere la sua condizione di incontinenti, aumentando l'autostima.

Se è possibile si può invitare la persona ad effettuare gli esercizi di rafforzamento del pavimento pelvico con un programma di riabilitazione dei muscoli pelvici.

PRESIDI PER LA GESTIONE DELL'INCONTINENZA URINARIA

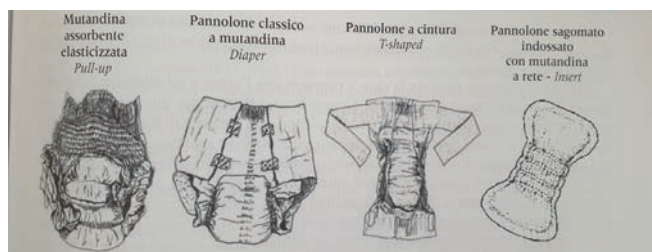
I presidi utilizzati per la gestione dell'IU si possono riassumere in: ausili assorbenti monouso, cateteri esterni ed interni.

Presidi ad assorbenza monouso

Non esistono ad oggi studi comparativi di efficacia di un pannolone rispetto ad un altro, tuttavia quando si deve scegliere il dispositivo ad assorbenza è importante che l'infermiere effettui un *assessment* puntuale e rigoroso considerando: a) il tipo di incontinenza (da sforzo, urgenza, funzionale, doppia incontinenza, ecc.); b) la gravità (in base alla quantità di urine perse); c) la frequenza (transitoria, stabilizzata); d) la capacità motoria del soggetto (es. allettamento); e) l'utilizzo di farmaci diuretici; f) lo stile di vita del soggetto; g) il *caregiver* del paziente (infatti se il *caregiver* è un familiare stretto del paziente, ad esempio il coniuge o il figlio, tenderà a cambiare l'ausilio assorbente molto più spesso rispetto ad una badante).

Questi presidi contengono all'interno polimeri in grado di trasformarsi in gel a contatto con l'urina. La superficie a contatto con la cute rimane asciutta, riducendo il rischio di macerazione. L'assorbenza varia da prodotto a prodotto e si va da 60 a 2.000 ml. Le principali tipologie di presidi assorbenti disponibili sono di seguito elencati ed illustrati nella figura 1.

1. **Pannolino pull-up:** sono presidi assorbenti monouso che si indossano come normali capi di biancheria intima; sono adatti per incontinenza moderata e grave.
2. **Pannolino per incontinenza leggera:** utili per contenere le piccole perdite di urina, assicurano la massima discrezione, comfort e sicurezza e sono disponibili in diversi formati e livelli di assorbenza.
3. **Pannolone mutandina o diaper:** è una soluzione efficace per la gestione della persona con incontinenza moderata e grave ed è particolarmente indicato per persone allettate e per incontinenza doppia. È il prodotto più utilizzato, e spesso mal utilizzato, in ambito ospedaliero e nelle case di riposo in quanto estremamente assorbenti. Sono prescrivibili dal SSN, 120 pezzi al mese. Fasciano completamente l'addome e causano sudorazione, macerazione della cute e disagio. Non possono inoltre essere indossati autonomamente e quindi creano dipendenza dagli altri, inoltre inducono incontinenza, anche nei casi in cui vi sarebbe la possibilità di un controllo sfinterico residuo.
4. **Pannolone sagomato o insert:** può essere impiegato per qualsiasi tipo e livello di incontinenza, da moderata a grave. Non possiede un sistema integrato di aggancio all'addome e quindi necessita, per essere indossato, di una mutandina a rete. La forma anatomica dell'ausilio lo rende confortevole e pratico per il cambio.
5. **Pannolone mutandina a cintura:** è un presidio assorbente dotato di una cintura di fissaggio addominale.
6. **Pad adesivo per piccole perdite:** è un presidio assorbente simile al salva slip per mestruazioni, ha una capacità assorbente ridotta, utile per piccole perdite di poche gocce di urina. Molto discreto ed invisibile anche utilizzando abiti più aderenti^{6,12,13}.



L'infermiere dovrà essere in grado di riconoscere anche il livello di assorbenza e la taglia dei dispositivi secondo lo schema seguente riportato nella tabella 1.

Tabella 1: grado di assorbenza per il livello di incontinenza e taglia dei presidi per assorbenza.

PLUS	Livello d'incontinenza leggera	S	Piccola/Taglia 38-40
EXTRA	Livello d'incontinenza moderata	M	Media/Taglia 42-46
SUPER	Livello d'incontinenza grave	L	Large/Taglia 48-52
ULTRA +	Livello d'incontinenza grave/molto grave	XL	Extra Large/Taglia 54 ed oltre
MAXI	Livello d'incontinenza gravissimo		

L'uso di questi dispositivi non può e non deve prescindere dall'attuazione di interventi di altro tipo per favorire il controllo volontario degli sfinteri. Secondo i dati forniti dalla letteratura, l'uso del pannolone assorbente provoca una sorta di dipendenza e in circa il 70% dei casi causa una riduzione nella motivazione al controllo degli sfinteri con altre tecniche¹³. È importante quindi accompagnare il paziente ai servizi a intervalli di tempo regolari, in caso di IU da sforzo, e praticare esercizi di rinforzo dei muscoli pelvici. Il pannolone va cambiato non appena ci si accorge, o il malato avvisa, che è sporco e comunque occorre sostituirlo ogni 3 ore. Di notte, per non interrompere il sonno, può essere tenuto per un tempo più lungo. I cambi frequenti aiutano a ridurre il rischio di irritazione della cute. È importante ispezionare regolarmente la cute nella zona perineale in tutti i soggetti incontinenti per rilevare segni di dermatite da contatto o infezioni micotiche conseguenti all'incontinenza. La cute va detersa dopo ogni evacuazione intestinale o minzione per evitare il contatto prolungato con le feci e le urine. Possono essere usate creme che agiscono da barriera per mantenere la pelle asciutta. Le lesioni già formate vanno protette dalla contaminazione urinaria con medicazioni impermeabili all'acqua⁶.

Come infermieri specialisti ed uroriabilitatori, è necessario saper intervenire in modo appropriato ossia: 1) saper condurre un *counseling*; 2) riabilitare prima di trattare, dove possibile; 3) eseguire un *follow-up* per la prevenzione degli aggravamenti; 4) prevenire le complicanze dell'incontinenza.

L'infermiere deve tenere conto delle capacità motorie, manuali, cognitive del paziente, nonché le sue comorbidità, il grado di autonomia e su quale supporto familiare può contare. Se è prevista la dimissione deve conoscere le caratteristiche dell'abitazione, del lavoro e della vita sociale del paziente. I presidi per incontinenza possono essere prescritti tenendo conto delle esigenze della persona perché non esiste un dispositivo per assorbenza perfetto, ma esiste il pre-

sidio appropriato.

Ci sono delle situazioni che possono aggravare il quadro già delineato e di cui l'infermiere deve tener conto nell'assistere le persone incontinenti.

Il paziente con pluripatologie, spesso presente nei contesti ospedalieri, deve essere monitorato strettamente. Spesso persone con diabete od obesi, presentano un maggior rischio di infezione, qualora sviluppino microlesioni od ulcerazioni cutanee, e tendono a guarire con molta più lentezza. L'obesità, ormai considerata una vera e propria patologia, porta il paziente a passare molte ore a letto, favorendo così le lesioni cutanee da pressione e da contatto con sostanze irritanti quali le diiezioni. Anche in questo caso le lesioni tendono a risolversi lentamente. Fondamentale è valutare la misura ed il tipo idoneo di panno per non causare attrito, nella chiusura del panno, con la cute.

Una non corretta e tempestiva igiene perineale, successiva all'eliminazione urinaria o fecale, può mettere a contatto la cute con liquidi biologici. Una cute fragile esposta all'azione irritante dell'urina e alla frizione con il panno ed il piano del letto, è a rischio di formazione di lesioni cutanee. Il fatto di utilizzare un panno con grande capacità assorbente per cambiarlo meno frequentemente, porta la cute a contatto con le urine per tempi maggiori e favorisce il proliferare di germi che possono inoltre causare infezioni urinarie. Un aspetto fondamentale è l'utilizzo di detergenti privi di sostanze aggressive che potrebbero rimuovere il film lipidico cutaneo, barriera naturale contro i germi.

Se il paziente presenta dermatiti da contatto con panno e liquidi biologici, valutare un cambio più frequente del panno, se strettamente necessario, ed applicare creme barriera. Fare attenzione a lesioni da decubito presenti, in quanto il contatto con liquidi biologici potrebbe renderle infette e quindi rallentare la guarigione. Fondamentale quindi scegliere il prodotto piccolo prima del più grande, meno invasivo prima del più invasivo, aperto (favorisce l'autonomia) prima di quello chiuso (crea dipendenza dall'operatore).

Come scritto in precedenza, i pannoloni a mutandina fasciano l'addome causando sudorazione che, nell'anziano fragile, può portare a disidratazione in tempi brevi se non si esegue un attento bilancio idro-salino. Anche in questo caso è importante valutare la grandezza dell'ausilio assorbente in modo da evitare di fasciare troppo l'addome del paziente⁶.

Urocondom (o cateteri esterni)

Si tratta di dispositivi di convogliamento delle urine che costituiscono una valida alternativa al catetere vescicale nel maschio. Si tratta di guaine morbide in lattice o in materiale sintetico che si inseriscono a cappuccio sul pene (tipo profilattico) e che presentano all'estremità un raccordo rigido lungo circa 10 cm al quale viene poi applicato il dispositivo di raccolta, una sacca da fissare con lacci alla gamba nel caso di pazienti che camminano, oppure una sacca più capiente, con lungo tubo di raccolta, da appendere con apposito supporto al letto. Possono essere autostatici o venire fissati al pene con mastice oppure con fascette adesive. La pelle va preparata al fissaggio con una scrupolosa tricotomia e igiene intima. Si deve evitare l'uso di emollienti oleosi o cremosi che riducono l'adesività dei collanti usati, così come di saponi troppo aggressivi che possono irritare e seccare eccessivamente la cute.

In caso di fissaggio troppo stretto si possono provocare ulcerazioni o problemi circolatori. È importante, infatti, la verifica frequente della tenuta e della comparsa di eventuali arrossa-

menti. In quest'ultimo caso si deve rimuovere il dispositivo ed evitare di riapplicarlo fino a completa guarigione della parte. Il condom va sostituito quotidianamente e si deve insegnare al paziente a controllare il pene: sono frequenti infatti i casi di macerazione o irritazione, provocati dallo sfregamento del glande contro l'estremità interna del condom. Non sono rari i casi di infezione delle vie urinarie, anche se l'incidenza è nettamente inferiore rispetto alle infezioni riscontrate con l'uso del catetere transuretrale.

Ci sono dispositivi condom anche per la donna. Si tratta di una sacca di raccolta che si collega direttamente alla vulva con pasta adesiva. Uno studio condotto su oltre 2.000 donne ha riportato un'incidenza di batteriuria pari a 3 episodi su 100 giorni di uso, e l'aderenza del sistema dopo 24 ore nel 80% dei casi⁶.

Catetere vescicale

Il catetere vescicale (CV), spesso applicato durante la degenza in modo generalizzato, è un veicolo per le infezioni urinarie per contaminazione del catetere stesso. Evitare quindi cateterismi inappropriati come nella raccolta di un campione d'urina o nella chirurgia minore, ed attuare soluzioni alternative come i sistemi esterni di raccolta urine o il cateterismo a intermittenza per i pazienti con lesioni spinali o con vescica neurogena. L'utilizzo indiscriminato del CV può portare il paziente a disturbi importanti, quali l'incapacità di avvertire lo stimolo ad urinare.

Le indicazioni al cateterismo vescicale sono: 1) ostruzione acuta delle vie urinarie; 2) monitoraggio della diuresi nei pazienti critici, ad esempio in stato di shock, scompenso cardiaco o con alterazioni della coscienza; 3) interventi chirurgici che richiedano la vescica vuota, quali chirurgia transuretrale di prostata o vescica, interventi ginecologici o intestinali o per incontinenza urinaria femminile; 4) trattamento di neoplasie vescicali con farmaci chemioterapici topici; 5) esecuzione di test di funzionalità vescicale; 6) svuotamento della vescica pre parto, laddove la paziente non sia in grado di urinare autonomamente; 7) gravi casi di ematuria o macroematuria, per evitare il tamponamento vescicale; 8) paziente con lesioni sacrali al 3° stadio o successivi e con doppia incontinenza; 9) grave IU laddove non sia possibile utilizzare alcun metodo alternativo⁶.

LA GOVERNANCE DELL'INCONTINENZA

La diagnosi NANDA "Alterata funzione di eliminazione" è propria dell'infermiere¹⁴. Tuttavia nelle leggi regionali e nei decreti che sanciscono le linee di indirizzo circa i presidi per l'incontinenza, l'infermiere non viene mai nominato. Nel Decreto della regione Veneto n.90 del 6 agosto 2019 "Linee di indirizzo regionali sugli ausili assorbenti" si pone l'accento sulla modalità di prescrizione, autorizzazione ed erogazione dei presidi assorbenti, tuttavia nominando solo il personale medico¹⁵.

Un presidio per assorbenza è un dispositivo, utilizzato da persone con disabilità, per: 1) migliorare la partecipazione; 2) proteggere, sostenere o sostituire delle strutture corporee o delle funzioni; 3) prevenire menomazioni e limiti nella vita quotidiana. È perciò una soluzione a determinate problematiche.

Dietro allo sviluppo di un presidio assorbente, vi sono studiosi in Scienze dei materiali e biotecnologie, ingegneri, *designers* ed infermieri specialisti dell'incontinenza. Inoltre, nella Legge Regionale 34/2003 "Norme in favore dei soggetti stomizzati della Regione Veneto", l'articolo 5 recita: "(...) Nelle

aziende ULSS, ove esistono centri chirurgici che trattano tali patologie, è istituito un servizio riabilitativo dell'incontinenza che si avvale di personale medico ed infermieristico, specializzato in stomaterapia (stomaterapista) ed incontinenza urinaria (uroriabilitatore), al fine di fronteggiare tutti i problemi dell'incontinenza uro-fecale, temporanea o permanente"¹⁶.

Si vede quindi il ruolo fondamentale degli infermieri specialisti nell'incontinenza che possono formare il personale di reparto (in modo da garantire un miglior utilizzo dei presidi per l'incontinenza, evitando anche molti sprechi ed abbattendo i costi ospedalieri), ma anche i *caregiver* educandoli circa i presidi e la frequenza del cambio ottimale, che non deve essere troppo frequente, per non sprecare il materiale, tuttavia nemmeno molto diradato nel tempo, poiché in questo caso si mette a rischio il paziente di dermatiti da panno o lesioni cutanee.

La prescrizione dei dispositivi ad assorbenza spetta al medico di medicina generale o al medico specialista, tuttavia molto spesso questi non conoscono la differenza tra i vari presidi, quale tipo prescrivere per il grado di incontinenza e quale sia la loro composizione (polimeri, fluff di cellulosa, ecc.).

L'infermiere specialista quindi, con le competenze sopra elencate, può diventare una figura fondamentale nel valutare l'appropriatezza prescrittiva, valutando il grado e tipo di incontinenza, riabilitando il paziente, ove possibile, e preferendo presidi piccoli e discreti prima di quelli ingombranti, in modo da garantire una migliore qualità di vita. Egli è inoltre tenuto a valutare la necessità di utilizzare un presidio assorbente, in quanto applicarli in maniera indiscriminata solo perché il paziente è ricoverato, o ha l'obbligo di riposo a letto, può portare ad incontinenza una persona che prima non lo era, oppure peggiorarne il grado.

Secondo uno studio osservazionale del 2018 condotto da Bittencourt e coll. su un campione di 105 pazienti, il 38% non aveva bisogno del presidio assorbente. È fondamentale valutare la necessità del presidio per evitare tutte le possibili complicanze quali dermatiti, ulcere, disidratazione, sudorazione e macerazione della cute¹⁷.

In diversi Paesi europei ed extra europei, vi è la figura dell'Incontinence Nurse Advisor, per gestire l'incontinenza urinaria e fecale e diminuire i costi e gli sprechi. Anche in Italia è fondamentale battersi per la specificità infermieristica e l'importanza di trattare nel modo corretto un problema alquanto diffuso.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo dell'indagine è di valutare come il ricovero ospedaliero e l'uso di un presidio per la gestione dell'IU possano influire sul grado di incontinenza di pazienti che già presentavano questa condizione patologica al momento dell'ingresso.

MATERIALI E METODI

L'indagine è di tipo osservazionale ed è stata condotta da febbraio ad aprile del 2021 in pazienti degenti presso l'U.O. di Pneumologia dell'ospedale San Bassiano per patologie respiratorie acute. Alcuni di essi, prevalentemente gli over 75enni, presentavano pluripatologie e nessuno aveva svolto in precedenza la riabilitazione del pavimento pelvico, né si era rivolto ad un centro per l'incontinenza. Sono stati inclusi nello studio solo pazienti con capacità cognitive buone e già incontinenti all'ingresso.

L'entità dell'IU può essere misurata utilizzando un diario minzionale o specifici test che tengano conto della frequenza e dell'entità delle perdite di urina. Tra i questionari utilizzabili,

secondo una raccomandazione del Decreto n.90 del 6 agosto 2019, vi è l'International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form (ICIQ-SF)^{18,19} (allegato2) che è stato somministrato sia all'ingresso che al termine della degenza. Si è preso nota inoltre del presidio utilizzato per contenere e/o gestire il disturbo.

Il questionario ICIQ-SF è costituito da quattro quesiti che indagano il tipo di incontinenza, con quale frequenza si verificano le perdite urinarie e di quale entità esse sono, e quanto l'IU impatti sulla vita delle persone. Le risposte ai primi 2 quesiti sono basate su una scala di Likert a 4 punti, la risposta al terzo quesito è basata su una scala numerica da 0 a 10. L'ultima domanda chiede in quale occasione si verificano le fughe involontarie di urina (prima di arrivare al bagno, quando si tosse o starnutisce, durante l'attività fisica, senza ragioni particolari) e propone diverse risposte che permettono di identificare il tipo di IU¹⁹.

ANALISI DEI DATI

I dati sono stati raccolti in un database creato con il programma Excel® di Microsoft Corporation (Redmont, Stato di Washington-USA). I risultati sono stati elaborati ed espressi secondo la statistica descrittiva riportando la frequenza assoluta e percentuale.

RISULTATI

Sono stati inclusi nello studio 85 persone, 58 (68%) donne e 27 uomini (32%), di età compresa tra i 55 anni e > 85 anni. La gestione dell'incontinenza per 22 di loro ha previsto la cateterizzazione vescicale (CV) fino alla dimissione, poiché presentavano la prescrizione di riposo a letto. Gli altri 63 sono stati gestiti con pannolone a mutandina (tabella 2). Tutti i pazienti all'ingresso indossavano pannoloni a cintura. Nessun paziente all'ingresso presentava lesioni da pressione sacrali né dermatiti o alterazioni della cute perineale, così come alla dimissione.

Tabella 2: composizione del campione e gestione dell'IU

Genere	F	58 (68%)
	M	27 (32%)
Classi di età	55-65	22 (26%)
	66-75	15 (18%)
	76-85	34 (40%)
	> 85	14 (16%)
Gestione IU	CV	22 (26%)
	Diaper	63 (74%)

Nella tabella 3 sono presentate le frequenze assolute delle risposte all'ICIQ-SF test mettendo a confronto quelle ottenute al momento dell'ingresso in ospedale e al momento della dimissione. Non si sono rilevate differenze significative nelle risposte tra i sessi.

Il primo quesito del test ICIQ-SF indaga la frequenza delle perdite di urina e le risposte possibili sono "Mai" con punteggio 0, "Talvolta" che ha un punteggio 1, "Regolarmente" a cui è stato assegnato un punteggio 2, e "Sempre" che raggiunge il punteggio massimo di 3.

Nel grafico 1 sono illustrati i risultati del test mettendo a con-

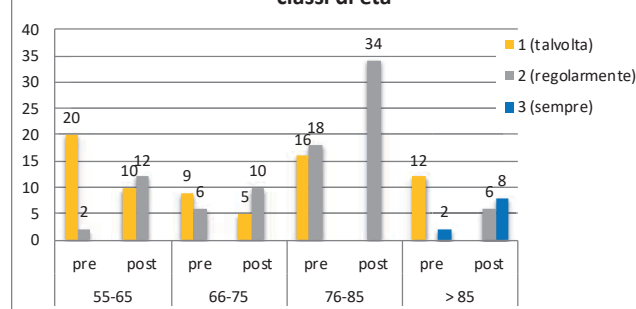
fronto quelli ottenuti all'ammissione (pre) in ospedale e quelli alla dimissione (post).

Tabella 3: ICIQ-SF test. Confronto della frequenza dei punteggi nei 2 momenti di rilevazione

Quesiti	Punteggi	Ingresso n.	Moda	Dimissione n.	Moda
1. Con quale frequenza le capita di perdere urina?	1 (talvolta)	57	1	15	2
	2 (regolarmente)	26		62	
	3 (sempre)	2		8	
2. Secondo la sua personale opinione, quanta urina perde comunemente?	2 (piccola q.tà)	22	4	10	4
	4 (moderata q.tà)	61		51	
	6 (grande q.tà)	2		24	
3. Nel complesso le perdite quanto influiscono negativamente nella sua vita?	3	27	5	10	10
	5	48		16	
	7	10		5	
	9			12	
	10			42	
In quali circostanze perde urina?	IUU	14		15	
	IUS	60		16	
	Nicturia	3		9	
	Post minzione	6		16	
	Senza ragioni particolari	2		29	

IUU: incontinenza urinaria da urgenza; IUS: incontinenza urinaria da sforzo

Grafico 1: frequenza perdite all'ingresso (pre) e al momento della dimissione (post) suddivise per classi di età



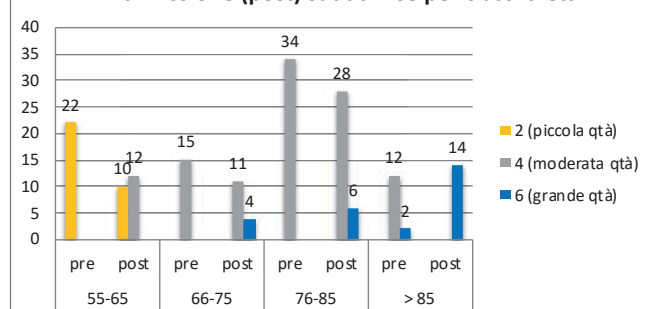
All'ingresso, così come alla fine della degenza, manca il valore 0 perché tutti erano già incontinenti. L'incontinenza più grave (punteggi 2 e 3) risulta aumentare con l'aumentare dell'età fino ad arrivare all'incontinenza massima nei pazienti ultra 85enni.

Il quesito numero 2 del test vuole rilevare la quantità di urine perse.

In questo caso le risposte possibili vanno da "nessuna perdita" con punteggio 0, a "piccola quantità" con punteggio 2, a "moderata quantità" con punteggio 4, a "grande quantità" con punteggio massimo 6. I risultati, come illustrato in

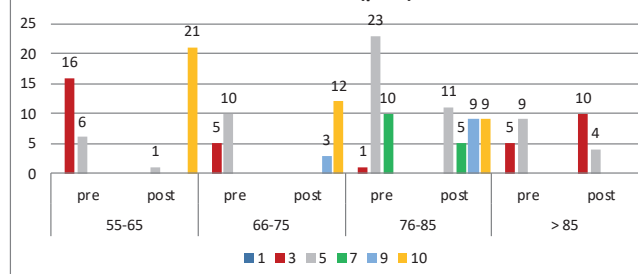
precedenza, sono suddivisi per classi di età e sono messi a confronto i dati ottenuti nei 2 momenti della rilevazione (grafico 2).

Grafico 2: entità perdite all'ingresso (pre) e alla dimissione (post) suddivise per classi d'età



Il terzo quesito indaga la qualità di vita e la risposta viene rilevata praticamente con una scala numerica che va da 0 a 10. I punteggi più bassi indicano una migliore qualità di vita in quanto l'incontinenza non influisce troppo su di essa. Le risposte sono state accorpate in classi e infine i punteggi sono: 1, 3, 5, 7, 9 e 10. Nel grafico 3 sono messe a confronto le risposte ottenute all'ingresso e alla dimissione sempre suddivise per classi di età.

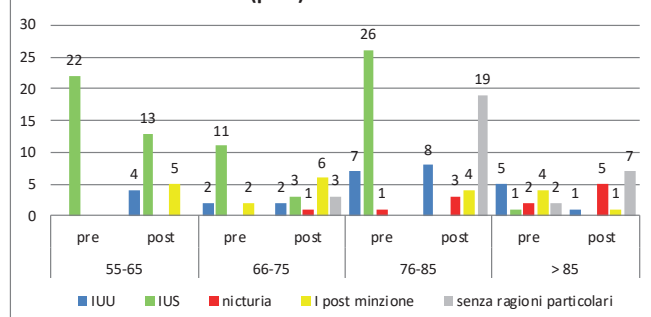
Grafico 3: quanto le perdite influiscono negativamente sulla QoL all'ingresso (pre) e alla dimissione (post)



L'ultimo quesito del test ICIQ-SF chiede in quali circostanze si verificano le perdite urinarie.

Nel grafico 4 si riportano le frequenze assolute dei vari tipi di incontinenza (IUU incontinenza urinaria da urgenza; IUS incontinenza urinaria da sforzo, nicturia, incontinenza post minzione e senza ragioni particolari) rilevate al momento del ricovero e alla dimissione.

Grafico 4: tipo di incontinenza all'ingresso (pre) e alla dimissione (post) secondo le classi di età



Alcuni pazienti, durante lo studio, avevano espresso imbarazzo e difficoltà nella ripresa di una vita sessuale con il proprio partner in vista della dimissione a causa del peggioramento dell'IU. Sulla spinta di questa esigenza si è voluto approfondire questo problema in tutto il campione. Al quesito che chiedeva se l'IU influisse sull'attività sessuale, il 41% del campione ha risposto affermativamente e soprattutto le persone che rientravano nelle fasce d'età più giovani (tabella 4).

Tabella 4: risposte al quesito "L'incontinenza influisce sull'attività sessuale?"

Fasce d'età	Si	No	Totale
55-65	16	6	22
66-75	11	4	15
76-85	8	26	34
> 85	0	14	14
Totale	35	50	85

DISCUSSIONE

Rispetto alla domanda 1, riguardante la frequenza delle perdite urinarie, si può facilmente valutare come i risultati dimostrino un peggioramento di questo dato dopo la degenza ospedaliera, in particolare nella fascia d'età 76-85 anni, tutti i pazienti asseriscono di perdere urina regolarmente.

Per quanto riguarda l'entità delle perdite, tutti i pazienti hanno fornito punteggi maggiori in dimissione. Va ricordato che molti pazienti richiedono l'uso di diuretici durante la degenza e spesso vengono somministrati per via endovenosa in modo da avere un effetto più rapido, ciò comporta l'eliminazione di maggiori quantità di urina. Inoltre per molte persone è richiesto il riposo a letto e ciò può diminuire, soprattutto negli uomini, la percezione dello stimolo ad urinare, che si presenta solo quando è presente un riempimento vescicale elevato.

Le risposte al quesito 3, sull'impatto negativo delle perdite sulla vita, sono risultate peggiori, alla dimissione, per le persone nelle fasce di età più giovani rispetto agli ultra 85enni. Quindi anche l'impatto sociale verrebbe maggiormente compromesso da perdite più ingenti e regolari. Per quanto riguarda i pazienti della fascia 4 invece (età > 85 anni) risulta migliorato l'impatto sociale, sebbene la frequenza e quantità di perdite risultino aumentate. Questo risultato potrebbe essere conseguente a non ottimali capacità critiche e di ragionamento dei pazienti stessi. I pazienti, essendo migliorati dal punto di vista clinico e respiratorio, rispetto all'ingresso, potrebbero mettere in secondo piano il problema dell'incontinenza, oppure, essendo incontinenti da tempo, potrebbero ormai aver "accettato" questa condizione, pensando sia la normalità essere incontinenti alla loro età. Oppure, vedendosi come portatori di patologie croniche e complesse, potrebbero aver pensato di diminuire la loro vita sociale una volta dimessi e ciò potrebbe giustificare il minor impatto sulla vita stessa del problema incontinenza.

Le risposte al quarto quesito, che indaga la natura dell'incontinenza, mostrano come i pazienti che, al momento del ricovero, avevano una incontinenza urinaria da sforzo, alla dimissione lamentano una incontinenza da urgenza, ed alcuni anche incontinenza post minzione. I pazienti appartenenti alla fascia di età dei 76-85 anni invece virano verso un'incontinenza senza ragioni particolari o mista (da urgenza, nicturia e post

minzione), mentre è completamente scomparsa in dimissione quella da sforzo. Quelli invece dei 66-75enni che presentavano all'ingresso un'incontinenza prevalentemente da stress, alla dimissione mostravano vari tipi di incontinenza, sia da urgenza, sia senza ragioni particolari, ma soprattutto post minzionale. La fascia degli over 85enni, mostrava la presenza di vari tipi di incontinenza con lieve prevalenza dell'incontinenza post minzionale e da urgenza; alla dimissione si nota un notevole aumento di incontinenza senza ragioni particolari o mista e nicturia. Si può quindi valutare come la incontinenza da stress si trasformi in incontinenza da urgenza e incontinenza post minzionale, nelle fasce più giovani, mentre, nei pazienti più anziani, virerebbe verso nicturia e incontinenza mista. Come si è visto tutte le categorie di pazienti, dai più giovani ai più anziani risultano accusare dei peggioramenti rispetto ad un'incontinenza già presente all'ingresso. L'aggravamento di tutti i parametri evidenziati nello studio possono essere imputati alla modalità di gestione dell'incontinenza, all'utilizzo inappropriato dei presidi per incontinenza secondo la migliore pratica illustrata nell'introduzione, o anche alla riduzione della mobilità imposta dalla degenza ospedaliera (impossibilità talvolta di accedere ai servizi igienici nei tempi e nei modi richiesti dalle esigenze individuali). Questo deve portare a riflettere in modo critico prima di applicare cateteri vescicali senza una giustificazione appropriata o prima di utilizzare un unico pad per tutti i pazienti, senza valutarne l'utilità in base al tipo e quantità di perdite. Va ricordato infine che la diagnosi di alterata eliminazione è infermieristica, perciò l'infermiere specialista dell'incontinenza è in prima persona il responsabile nella scelta di un presidio adeguato e dovrebbe accordarsi con il medico per la prescrizione più idonea, in quanto molti medici non conoscono la tipologia né la struttura dei presidi ad assorbimento.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA E LIMITI DELLO STUDIO

Questo studio vuole offrire uno spunto di riflessione circa l'impatto sociale dell'incontinenza ed il ruolo dell'infermiere specialista in incontinenza. Poiché è un problema che affligge buona parte della popolazione, soprattutto over 60, è fondamentale che vi siano delle figure specializzate e preparate nella presa in carico di questo tipo di paziente. Nella pratica clinica un infermiere specialista dovrebbe valutare attentamente il tipo di incontinenza, fornire un presidio ad assorbimento adeguato alle esigenze del paziente ed evitare quei comportamenti che possano peggiorare il problema.

Lo studio è tuttavia limitato a solo 85 pazienti, inoltre anche la letteratura scientifica è stata più proficua nello studiare l'incontinenza fecale anziché quella urinaria. Le risposte fornite alla dimissione avrebbero potuto essere dettate da un leggero disorientamento e confusione mentale dovuti al ricovero stesso e al cambio di ambiente: questo potrebbe aver portato a fornire delle risposte non precise.

Sarebbe stato utile quindi valutare un campione più ampio e in un arco temporale più lungo anche per capire se, una volta dimessi e riprendendo la vita precedente, l'incontinenza rientrava nei valori precedenti oppure no.

CONCLUSIONI

I risultati dello studio suggeriscono come sia importante un accertamento mirato dell'incontinenza urinaria in quanto aspetto molto delicato ed impattante nella vita delle persone che ne soffrono. Prendersi il tempo per valutare il paziente e fornire i presidi appropriati permetterebbe di non peggiorare una condizione già presente e permetterebbe al paziente di

vivere più serenamente la vita sociale e di coppia. Sarebbe infine opportuno non limitare la valutazione dell'incontinenza al solo ambito ospedaliero, ma in qualsiasi *setting* in cui un paziente riferisca di avere problemi di incontinenza, indirizzandolo verso centri specializzati, qualora non sia presente nel proprio centro una figura di riferimento.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Italia Longeva. L'Assistenza Domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche. 2018. Disponibile in: https://italialongeva.it/wp-content/uploads/2020/06/Indagine-A-DI_2018_Italia-Longeva.pdf
2. Senior Italia Federanziani. Incontinenza: la gestione dell'assistenza alla persona in Italia. 2016. Disponibile in: <https://www.senioritalia.it/docs/0b599821-4987-4890-851a-0c7abdcc6d39/studio%20incontinenza%2002-03-17.pdf>
3. Regat-Bikoi C, Vuagnat H, Morin D. L'incontinence urinaire chez des personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie: est-ce vraiment une priorité pour les infirmières? [Urinary incontinence in hospitalized geriatric patients: is it really a priority for nurses?]. *Rech Soins Infirm.* 2013;(115):59-67.
4. Goes RP, Pedreira LC, David RAR, Silva CFT, Torres CAR, Amaral JBD. Hospital care and urinary incontinence in the elderly. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(suppl 2):284-93. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0273.
5. Amend B, Kruck S, Bedke J, Ritter R, Arenas da Silva L, Chapple C, et al. Inkontinenz im Alter: Was kann und soll man tun? [Urinary incontinence in the elderly: what can and should be done?]. *Urologe A.* 2013;52(6):805-12. doi: 10.1007/s00120-012-3061-9.
6. vSaiani L, Brugnotti A. Trattato di cure infermieristiche. 3° edizione. Napoli: Idelson Gnocchi editore; 2020.
7. Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Milano: Elsevier edizioni; 2009.
8. Nazarko L. Use of continence pads to manage urinary incontinence in older people. *Br J Community Nurs.* 2015;20(8):378,380,382-4. doi: 10.12968/bjcn.2015.20.8.378.
9. Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra KC, Vasconcelos JA Neto, Oria MOB, et al. Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03266. doi: 10.1590/S1980-220X2016032603266.
10. Bernardes MFVG, Chagas SC, Izidoro LCR, Veloso DFM, Chianca TCM, Mata LRFPD. Impact of urinary incontinence on the quality of life of individuals undergoing radical prostatectomy. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27:e3131. doi: 10.1590/1518-8345.2757.3131. Erratum in: *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27:e3244.
11. Gascon MRP, Mellao MA, Mello SH, Negrao RM, Casseb J, Oliveira ACP. The impact of urinary incontinence on the quality of life and on the sexuality of patients with HAM/TSP. *Braz J Infect Dis.* 2018;22(4):288-93. doi: 10.1016/j.bjid.2018.07.003.
12. <https://www.nonautosufficienza.it/appropriatezza-degli-ausili-presidi-per-lincontinenza-responsabilita-infermieristica/>
13. <https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2020/09/come-gestire-lincontinenza-urinaria-indicazioni-per-il-paziente-ed-il-caregiver/>
14. Di Giacomo P, Meneghetti O, Rigon L (a cura di). Classificazione Diagnosi Infermieristiche NANDA-I 2018-20 ag-

- gregate secondo gli 11 Modelli Funzionali di Gordon. 2019. Disponibile in: <https://it.scribd.com/document/554652254/Classificazione-NANDA-I-2018-20-Nei-Modelli-Gordon>.
15. Decreto del Direttore Generale dell'area Sanita' e Sociale n. 90 del 6 agosto 2019 della regione Veneto. Linee di indirizzo regionali sugli ausili assorbenti.
 16. Legge Regionale del Veneto n. 34/2003 "Norme in favore dei soggetti stomizzati della Regione Veneto".
 17. Bitencourt GR, de Almeida Ferreira Alves L, Ferreira Santana R. Practice of use of diapers in hospitalized adults and elderly: cross-sectional study. Rev. Bras. Enferm. 2018;71(2):343-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0341>.
 18. Avery K, Donovan J, Peters T, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. NeuroUrol.Urodyn. 2004;23(4):322-30.
 19. Tubaro A, Zattoni F, Prezioso D, Scarpa RM, Pesce F, Rizzi CA, et al. Italian validation of the International Consultation on Incontinence Questionnaires. BJU INTERNATIONAL 2006;97:101-8. doi:10.1111/j.1464-410X.2006.05885.x

Allegato 1. Modello di eliminazione urinaria

1. Quante volte al giorno urina?	☐ 2-3 ☐ 4-6 ☐ > 6	2. Caratteristiche delle urine	☐ Limpide e chiare ☐ Giallo intenso ☐ Aranciate/marsalate ☐ Presenza di sedimenti ☐ Maleodoranti
3. Patologie urinarie o interventi alla pelvi?	☐ No ☐ Si, specificare _____	4. Disturbi	☐ Disuria ☐ Nicturia ☐ Bisogno impellente ☐ Ritenzione ☐ Incontinenza
5. Tipo di incontinenza	☐ Totale ☐ Diurna ☐ Notturna ☐ Da stress (ad es. durante attività fisica) ☐ Difficoltà a rimandare ☐ Difficoltà a raggiungere il bagno	6. Da quanto tempo soffre di incontinenza?	☐ Settimane ☐ Mesi ☐ Anni
		7. Si è rivolto ad un medico?	☐ Si ☐ No
		8. Utilizza ausili per l'incontinenza?	☐ Si ☐ No
9. Quali ausili? Scelga in base all'immagine sottostante	☐ Pull up ☐ Diaper ☐ T-shaped ☐ Insert ☐ Pad adesivi per piccole perdite ☐ Salvastip (come quelli per le mestruazioni)	10. Ogni quante ore cambia l'ausilio assorbente?	☐ 2-3 ☐ 4-6 ☐ > 7
		Utilizza un catetere vescicale?	☐ No ☐ Si Se sì: ☐ Intermittente ☐ Permanente, sostituito il _____
Mutandina assorbente elasticizzata <i>Pull-up</i>  Pannolone classico a mutandina <i>Diaper</i>  Pannolone a cintura <i>T-shaped</i>  Pannolone sagomato indossato con mutandina a rete - <i>Insert</i> 			
11. Conosce gli esercizi di rinforzo perineale?	☐ Si ☐ No	12. Ha eseguito esami strumentali per indagare la funzione vescicale, ad es. l'esame urodinamico?	☐ Si ☐ No

Allegato 2: ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form)		
Cognome e Nome _____		Data compilazione ____/____/____
Età _____		
HA PERDITE DI URINA ?	☐ SI ☐ NO	PUNTEGGIO
1. Con quale frequenza le capita di perdere urina ?	☐ Mai ☐ Talvolta ☐ Regolarmente ☐ Sempre	0 1 2 3
2. Secondo la sua personale opinione quanta urina perde comunemente ?	☐ Nessuna ☐ Piccola quantità ☐ Moderata quantità ☐ Grande quantità	0 2 4 6
3. Nel complesso le perdite quanto influiscono negativamente nella sua vita su una scala da 0 a 10?	☐ 0-1 ☐ 2-3 ☐ 4-5 ☐ 6-7 ☐ 8-9 ☐ 10	1 3 5 7 9 10
In quali circostanze perde urina ?	☐ Prima di riuscire ad arrivare in bagno ☐ Quando tossisco o starnutisco ☐ Durante il sonno ☐ Durante l'attività fisica ☐ Una volta rivestito/a, dopo avere urinato ☐ Senza ragioni particolari ☐ Sempre	SOMMA PUNTEGGI delle risposte ai quesiti 1, 2 e 3 _____



È NEI LEGAMI PIÙ STRETTI CHE MI SENTO PIÙ FORTE

SISTEMA A 2 PEZZI NATURA®+
**UN LEGAME FORTE NASCE DALLA SCELTA DELLA SACCA PIÙ ADATTA
ALLE ESIGENZE DEI TUOI PAZIENTI**

PREVIENE LE IRRITAZIONI CUTANEE PRIMA CHE SI MANIFESTINO

Esperti nella protezione della cute peristomale, siamo stati pionieri nel realizzare una tecnologia idrocolloidale all'avanguardia.

MASSIMA RIDUZIONE DEL RISCHIO DI INFILTRAZIONI

È dimostrato che gli adesivi Natura® forniscono un sigillo protettivo di lunga durata pensato per mantenere integra la cute.

GAMMA COMPLETA DI DISPOSITIVI

Barriere cutanee personalizzabili e sacche realizzate per rispondere al meglio alle esigenze dei tuoi pazienti.



Natura® 
SISTEMA 2 PEZZI



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 <https://www.convatec.com/it-it/>

EOSINA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Antonio Valenti

Centro per la cura delle Stomie e Ferite Difficili, AO Mauriziano "Umberto I", Torino

INTRODUZIONE

L' Eosina NA 2% Soluzione Cutanea è un farmaco a base del principio attivo Eosina, appartenente alla categoria degli antisettici. Viene utilizzato nel trattamento locale per la disinfezione di piccole ferite, abrasioni, scottature lievi, punture d'insetti, eritemi da pannolino, decubiti e piaghe superficiali in genere.

In stomaterapia è utilizzato in caso di eritema (iperemia) e sono descritte le tocature con eosina in soluzione acquosa al 2%, per ridurre il rischio di micosi¹. Nonostante il suo utilizzo sia diffuso nella disciplina le evidenze sono ridotte su questo tema. Scopo di questo articolo è fornire una sintesi delle raccomandazioni ed evidenze scientifiche ritrovate attraverso la ricerca bibliografica.

MATERIALI E METODI

La ricerca degli studi primari e letteratura secondaria è stata svolta sulle banche dati attraverso il portale della Biblioteca Virtuale della Salute della Regione Piemonte nella sezione dedicata:

- Pubmed
- Embase
- Joanna Briggs

Gli eventuali studi prospettici e retrospettivi selezionati sono stati analizzati in base al setting della ricerca, le modalità di raccolta dati, l'analisi effettuata, la bibliografia citata. La ricerca è stata effettuata con termini liberi e MESH tra loro combinati con gli operatori booleani AND e OR.

La ricerca è stata effettuata nel dicembre del 2021.

Criteri di inclusione

Sono stati inclusi nella ricerca articoli in lingua inglese, francese e italiano. Sono stati selezionati gli articoli con meno di 15 anni dalla data di pubblicazione.

Criteri di esclusione

Sono stati esclusi gli articoli di cui non è disponibile il testo completo.

Sono stati esclusi gli articoli che non rispondevano ai criteri di qualità sopra descritti.

Keywords

- Ostomy (ilesotomy, colostomy, urostomy, stoma, ileal conduit
- Eosin
- Moist desquamation, peristomal skin disorder, ostomy care

L'acronimo "PICO" utilizzato per la ricerca bibliografica è il

seguente:

P = stomia..., dermatite umida, epiteliti essudative, alterazione della cute peristomale

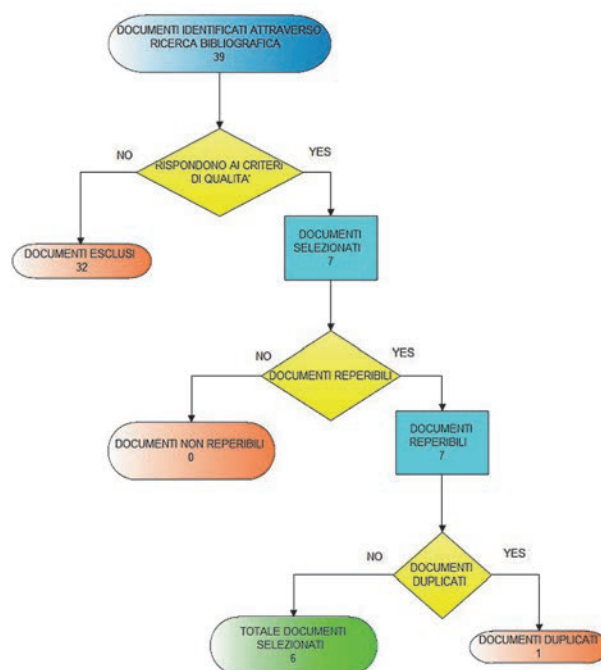
I = Eosina

C = ...

O = ...

RISULTATI

Dalla ricerca bibliografica sul quesito in questione sono emersi documenti di letteratura primaria e secondaria. La flow-chart seguente descrive la selezione dei documenti secondo i criteri di inclusione/esclusione dichiarati in precedenza.



Flow-chart degli articoli di letteratura primaria e secondaria selezionati

DISCUSSIONE

Dalla lettura critica degli articoli selezionati si evidenziano alcune raccomandazioni di pratica allargando la trattazione anche ad ambiti diversi dalla stomaterapia.

Nello studio di Modesto e colleghi² si analizzano vari trattamenti comunemente usati nella gestione della tossicità cutanea e radiodermatiti in particolare nei pazienti sottoposti a radioterapia descrivendo come questo prodotto sia utilizzato:

- nelle dermatiti umide per il suo potere “essiccante”
- non è mai stato adeguatamente studiato il suo utilizzo in radioterapia
- il colore rosso maschera la lesione e la sua valutazione
- potrebbe avere un rischio di fotosensibilità

Chargari e colleghi nel 2009³ nella loro review esprimono raccomandazioni su trattamenti preventivi o curativi delle possibili reazioni cutanee. Descrivono come l'eosina sia un prodotto comunemente usato nelle reazioni cutanee da pannolino e nonostante l'assenza di studi è ampiamente utilizzato nelle epiteliti essudative in particolare nelle pliche cutanee come il cavo ascellare o il solco sottomammario.

Tuttavia caso di lesione cutanea il potere “assorbente” dell'eosina può ritardare la cicatrizzazione e non è mai stata valutata specificamente in particolare nelle lesioni cutanee di stadio avanzato.

Inoltre, come altri autori, descrivono come il suo colore rosso potrebbe interferire con la valutazione della cute e falsare i processi di guarigione e potrebbe avere un rischio di fotosensibilità non studiato. Benomar⁴ nel 2010 esprime delle raccomandazioni generali su pratiche di prevenzione e gestione del paziente e oltre a quanto detto da altri autori descrive l'utilizzo degli antisettici per “essiccare” le dermatiti essudative di grado severo. Nel mondo della radioterapia, in cui le dermatiti essudative sono un evento di notevole importanza, O'donovan e colleghi⁵ analizzano come, in ambito internazionale l'utilizzo di eosina acquosa al 2% è solo al decimo posto su una scala da 1 a 10 di trattamenti per la radiodermatite umida.

Sven D'haese⁶ ha rivisto le pratiche assistenziali riguardanti la tossicità cutanea da radioterapia descrivendole e confrontandole con le nuove indicazioni di gestione e cura giungendo a definire l'utilizzo di eosina al 2% per il trattamento delle dermatiti umide come tecnica “obsoleta” e ribadisce la necessità di un ambiente umido per favorire la guarigione.

Anche Siham Lourari⁷ afferma come gli attuali utilizzi nella pratica assistenziale dell'eosina 2% sia in ambito pediatrico che nell'adulto non siano supportati da evidenze. In altri ambiti si descrive l'efficacia del prodotto come nel caso delle disidrosi⁸. In stomaterapia la ricerca ha prodotto solo un case report⁹ spagnolo del 2021 che ne descrive l'utilizzo come antisettico nel trattamento del pioderma gangrenoso peristomale. Nella

mia esperienza personale l'utilizzo di questo prodotto è stato abbandonato da anni e sostituito con l'utilizzo dei prodotti di medicazione avanzata soprattutto per l'impossibilità di valutare correttamente l'evoluzione della problematica in atto. Tuttavia non si può non evidenziare la facilità di utilizzo e i bassi costi del prodotto rispetto ad altri trattamenti.

CONCLUSIONI E POSSIBILI SVILUPPI

Dalla ricerca bibliografica e l'analisi della letteratura reperita è emerso che la pratica dell'utilizzo dell'eosina acquosa 2% sembrerebbe essere una tecnica obsoleta poco supportata da evidenze in letteratura.

Sono sollevati dei dubbi sulla sua fotosensibilità e la colorazione rossa, tipica di questo prodotto, potrebbe mascherare l'ispezione della cute trattata da parte degli operatori sanitari.

Il presente documento è da considerarsi sia come strumento di riflessione critica sull'argomento sia per eventuale sviluppo di strumenti/procedure atti a migliorare la pratica assistenziale.

BIBLIOGRAFIA

1. *Quesiti Clinico-Assistenziali* – anno 8, n. 1, febbraio 2017
2. A. Modesto, J.-C. Faivre F. Granel-Brocard, Y.-G. Tao Y. Pointreau. *Evaluation and management of acute radiation dermatitis*
3. C. Chargari, I. Fromantin, Y.M. Kirova. *Importance of local skin treatments during radiotherapy for prevention and treatment of radio-induced epithelitis.*
4. S. Benomar, S. Boutayeb, I. Lalya, H. Errihani, B. Hassam, B.K. El Gueddari. *Treatment and prevention of acute radiation dermatitis.*
5. O'donovan A., Coleman M., Harris R. & Herst P. *Prophylaxis and management of acute radiation-induced skin toxicity: a survey of practice across Europe and the USA.*
6. Sven D'haese, Marleen Van Roy, Trees Bate, Paul Bijdekerke, Vincent Vinh-Hung. *Management of skin reactions during radiotherapy in Flanders (Belgium): A study of nursing practice before and after the introduction of a skin care protocol.*
7. Siham Lourari, Cristina Bulai-Livideanu, Francoise Giordano-Labadie, Laurence Lamant, Francois Launay, Roland Viraben, Carle Paul. *Should aqueous eosin continue to be used in therapeutics*
8. Rizzolo M. et al. *Topical eosin for dyshidrosis. Wounds International 2022, Vol 13 Issue 1.*
9. Julve-Herraiz L, Villalba-Ferrer F, García-Coret MJ, García-Costa B. *Enferm Clin (Engl Ed). Care and treatment of peristomal gangrenous pyoderma. A study of three cases. 2021 Mar Apr;31(2):120-125.*



Stoma
Skin
Soul



Barriere cutanee per stomia NovaLife TRE
Aiutano a mantenere sana
la pelle dei tuoi pazienti

Lauren, paladina della stomia



Le barriere cutanee per stomia NovaLife TRE ti aiutano nel prenderti cura della cute dei tuoi pazienti

- Rimangono in sede e al tempo stesso sono facili da rimuovere
- Assorbono le fuoriuscite della stomia e il sudore per proteggere la pelle
- Aiutano a proteggere la pelle dagli enzimi digestivi, mantenendo il corretto livello di pH della cute
- Disponibili formati piani, convessi e convessi soft



Scopri come puoi aiutare i tuoi pazienti a ridurre al minimo le complicazioni cutanee con la tecnologia NovaLife TRE - visita www.dansac.it

Prima dell'uso, si prega di leggere le istruzioni per l'uso per informazioni sull'uso previsto, controindicazioni, avvertenze, precauzioni e istruzioni.

Il logo Dansac, NovaLife e TRE sono marchi registrati di Dansac A/S
©2020 Dansac A/S



dansac 



SenSura® Mio Flex

Il nuovo sistema due pezzi con aggancio adesivo che completa la gamma SenSura® Mio



Pratica applicazione

È possibile connettere la sacca alla placca con un solo gesto. In uso ha le stesse prestazioni di un dispositivo due pezzi con aggancio meccanico.

Discreto

Questo sistema due pezzi è discreto come un dispositivo monopezzo.

Confortevole

È comodo da indossare e non ostacola i movimenti.

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**

Aut. Min. 0061837-30/08/2021-DGDMF-MDS-P

Seguici su



SenSura® Mio

LE MIE STOMIE

testimonianza raccolta da Paola Paiolo

Credo di essere la persona maggiormente accreditata per parlare di stomia. Ho provato per due anni e mezzo la colostomia e da quattro ho la ileo che porterò a vita. Sono viva grazie a loro e posso fare quello che voglio.

Cominciamo con la prima. Nove anni fa mi hanno diagnosticato un tumore all'ano al quarto stadio, ero messa male ma non me ne rendevo conto. Il radioterapista mi ha consigliato la stomia perché se avessi dovuto fare un'operazione d'urgenza sarebbe stato più complicato. Dopo l'operazione ero serena, ma nel momento in cui stavo per uscire dall'ospedale mi sono resa conto che avevo un sacchetto sulla pancia e che avrei dovuto gestirlo. La mia stomoterapista mi ha dato tutte le indicazioni del caso, ma nel frattempo a me scendevano le lacrime. Una cosa mi aveva particolarmente colpito, mi aveva detto che un suo paziente faceva le scalate in alta quota. Allora ho pensato che anche io avrei potuto fare quello che amavo, cioè viaggiare.

I primi giorni sono stati duri, il sacchetto che non si attaccava, il sacchetto che si staccava, ma avevo capito due cose, primo dovevo essere subito autosufficiente, secondo dovevo stare calma perché era come se la stomia avesse un cervello, quindi se mi sentiva nervosa andava in tilt. Ancora oggi questo mi succede. Che faccio? Ci parlo e la rassicuro. Come vi dicevo ho portato la stomia per due anni e mezzo, nel frattempo ho ripreso a viaggiare, ovviamente avevo sempre con me i presidi che mi potevano servire.

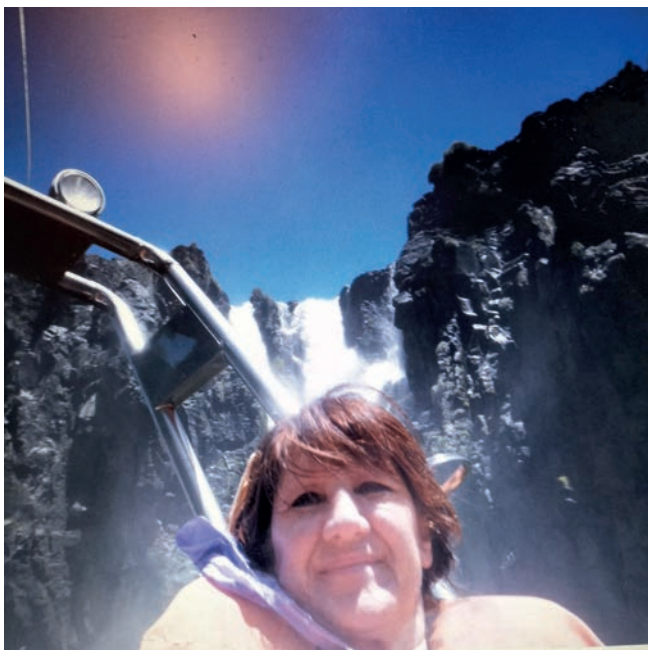
Purtroppo mi era venuta un'ernia alla stomia, quindi per cambiare il sacchetto dovevo stare sdraiata. Allora mi portavo dietro anche un sacco dell'immondizia perché se

mi capitava di cambiarmi in un bar, potevo metterlo per terra e sostituire il sacchetto che si era aperto. Mi è successo sia all'autogrill dell'autostrada, a Siena, sia a Recanati. Ma quando sai come fare ti senti più tranquilla.

Un consiglio che posso dare è quello di non pensare al peggio, ci si deve preoccupare quando il problema c'è. In questo lasso di tempo, appena finita la terapia oncologica, sono andata prima in Portogallo a ringraziare la Madonna di Fatima (tutte le mattine, dopo aver fatto la colazione, il sacchetto si staccava, ma io con molta calma tornavo in hotel e lo sostituivo, sempre senza innervosirmi).

A settembre un'amica mi ha invitato a Formentera. Il problema era mettersi in costume. Mi sono comprata dei costumi interi con modelli che nascondevano la stomia. Andavamo in spiaggia, io nuotavo proteggendomi con una fascia elastica che mi comprimeva il sacchetto. Dopo aver nuotato andavo in cabina, cambiavo sacchetto e costume e andavo a prendere il sole. La scocciatura è che non puoi entrare in acqua continuamente, ma accontentiamoci. Anche ora faccio la stessa cosa, anche quando vado in piscina, in quanto sono una nuotatrice. Non mi precludo mai una nuotata.

L'anno successivo mia figlia che viveva a S. Paolo in Brasile mi ha invitato ad andare da lei e poi a fare una gita in Uruguay. Non ci ho pensato due volte e dopo un mese sono partita da sola. Durante il viaggio controllavo sempre il sacchetto e lo svuotavo prima che fosse pieno. È andato tutto bene. Quindi mi sono fatta qualche giorno a punta dell'Est con mia nipote e i suoi genitori. Avevo però un desiderio vedere le cascate dell'Iguazù. Presto detto dopo due giorni siamo partiti per esaudire il mio sogno. È stato bellissimo vedere da vicino le numerose cascate con



un motoscafo potentissimo, arrivare sotto la cateratta du Diable, quella del film Mission. Ovviamente siamo usciti tutti bagnati.

Quel era il problema? Sono andata in un negozio di abbigliamento e mi sono comprata pantaloncini e maglietta. Il giorno dopo siamo andati a visitare una grande diga fatta costruire anche dal mio consuocero, ma al mattino il mio sacchetto era strapieno e i bar erano tutti chiusi. Il tassista mi ha portato nel bagno della moschea di Iguazu e ho risolto il problema. Se non avessi avuto l'esigenza non sarei stata in una moschea. Questo viaggio bellissimo lo ricorderò per la vita. La stomia non deve essere un impedimento ma una ricchezza, deve essere la nostra amica che ci aiuta a vivere.

Lo stesso anno sono stata Berlino, a Stoccolma e a Lisbona. A Berlino il sacchetto mi si è aperto in metro mentre tornavo in hotel con mia cugina. Io stavo sulla porta per evitare che i passeggeri sentissero la puzza, ma mia cugina mi diceva che non si sentiva nulla. Non era vero!! Stavamo in un hotel a cinque stelle e quando siamo salite in ascensore, pregavo che non venisse nessuno. È andata bene e quando sono arrivata in stanza ho dovuto fare la doccia. Mi sono cambiata e sono uscita per andare a cena fuori. Quando mi ricordo quello che è successo ci rido con mia cugina.

Un consiglio che posso dare alle donne. Se siete fortunate e avete un uomo intelligente e innamorato, dovete sentirvi voi belle e desiderabili, perché lo siete. Io ho questa fortuna. Mi sono comprata da Intimissimi dei top tutti pizzi e merletti che arrivano all'inguine. Le spalline si spostano facilmente, quindi se proprio vi dà fastidio che vedano la stomia, quello è un buon espediente. Ma ricordate voi per prime dovete

crederci, non vi dovete mai buttare giù. Voi siete sempre le stesse, belle e desiderabili, vi dovete amare. Finalmente mi hanno ricanalizzato, era meraviglioso fare la doccia e passare la mano sulla pancia ormai libera!!!!

Il primo tumore era debellato, ma ecco arrivare il mieloma, forse frutto della chemio. Si ricominciava con la terapia. Non è che facessi salti di gioia, ma sono una leonessa e dopo i primi giorni di crisi ho accettato di combattere. Dopo 6 mesi di terapia ero pronta per il trapianto di midollo. Avevo circa 70 anni e ero appena nei limiti per farlo, ma a giugno, causa le controindicazioni di un medicinale che prendevo, la talidomide mi è venuto l'infarto dell'intestino, praticamente avevo il colon in necrosi.

Non so chi ha fatto il miracolo se i medici competenti, se il mio fisico sportivo, se le preghiere dei miei cari, ma dopo una settimana di camera di rianimazione, sono resuscitata, in effetti molto malconcia e con l'ileostomia. Ero consapevole che me la sarei portata e vita nonostante il chirurgo mi rassicurasse che avrebbe potuto ricanalizzarmi.

Avevo ragione io! Non ho preso bene la cosa, volevo morire. Per fortuna il neurologo con un po' di pasticche ha resuscitato in me io mio carattere positivo ed estroverso, tanto che l'ematologo mi ha fatto fare anche il trapianto di midollo. Era la prima volta all'IFO, ospedale specializzato a Roma per i tumori, che facevano il trapianto ad una stomizzata, quindi tantissime precauzioni. Non ho avuto problemi, non ho mai vomitato, tanto che quando veniva il dottore mi faceva i complimenti per il mio spirito. Mentre ero ricoverata pensavo a come arredare una casa che avevo fatto ristrutturare a Roma. Non ho mai pensato che avrei potuto morire.



Formentera



L'ileostomia è più impegnativa, bisogna scaricare tante volte il sacchetto, anche 10 volte. Certo se uno sta a casa non ci sono problemi, ma se uno vuole andare in giro deve avere delle precauzioni, tipo non mangiare molto, tenersi leggeri e adocchiare sempre un bar dove scaricare le deiezioni.

Per i miei settanta anni sono andata a festeggiare a Tenerife, il posto più caldo e più vicino. Nell'hotel c'era una bella piscina che ho utilizzato. Ho fatto due escursioni. La mattina prendevo solo un caffè, verso mezzogiorno un biscottino o qualcosa di simile, poi alle quattro quando dovevamo tornare, mangiavo quello che volevo. In questa maniera il sacchetto o si riempiva poco o per niente io ero serena. L'anno scorso sono stata in vacanza in Valle D'Aosta, avevo visto l'Everest ma non ero stata sul monte Bianco, quindi su fino a 4900 metri con la cabinovia, poi un altro giorno con l'elicottero a vedere il Cervino e il Monte Rosa. Un vero spettacolo!

E il sacchetto? Si è comportato benissimo e l'ho ringraziato. Ah ah ah. Io cambio il sacchetto tutte le mattine perché è più semplice per le deiezioni e anche la doccia la faccio sempre la mattina. Controllo la pelle se ci sono problemi risolvo con l'Eosina che per me è miracolosa. Non mi preoccupa se la pelle a volte è rossa, perché il giorno dopo può non esserlo più. A volte lascio la parte libera di respirare, magari una quindicina di minuti.

Io ho la grande fortuna di avere una stomoterapista speciale che mi ha sempre supportato, a cui posso chiedere tutto, perché è sempre disponibile. Ci conosciamo oramai da nove anni e tutti i suoi consigli sono stati preziosi. Non posso dimenticare quando me la sono vista presentare al capezzale dopo l'infarto. Non stavo neanche nella sua regione, ma lei era lì a sostenermi. Sono molto fortunata perché sono stata sempre circondata da persone che mi amano, come io amo loro.

LE CURE MANCATE (Missed Care) in stomaterapia: facciamo il punto?

di Mattia Zamprogno
Presidente AIOSS

Le cure infermieristiche mancate (*Missed Nursing Care*) rappresentano un problema che sta suscitando sempre maggior interesse nell'ambito della ricerca infermieristica.

Queste sono definite come quelle cure che gli infermieri dovrebbero erogare ai loro pazienti e che per diverse ragioni sono costretti a ritardare o ad omettere (in maniera parziale o completa). Gli studi riportano percentuali elevate del fenomeno soprattutto in ambito relazionale ed educativo.

Per pazienti e famiglie, non ricevere gli interventi dovuti non è infrequente, tuttavia questi errori di omissione fanno meno clamore rispetto agli errori di commissione, ovvero gli errori correlati ad atti commessi. In stomaterapia il tema delle cure mancate è stato indagato solo marginalmente.

AIOSS si propone di fare luce sulla problematica, partendo da un'analisi della letteratura sull'argomento ma allo stesso tempo accogliendo il punto di vista e il vissuto dei pazienti. Lo scopo di AIOSS è riprendere, sotto questa nuova prospettiva, temi come quello del ruolo delle competenze specialistiche, dei percorsi di cura e di alcuni esiti clinici.

OBIETTIVI FORMATIVI

- Fornire i principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie.

- Acquisire contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici della disciplina
- Acquisire competenze nell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia.
- Acquisire conoscenze sugli esiti negativi correlati a una mancata assistenza rispetto ai criteri EBN in stoma terapia.

IN DETTAGLIO

Presidente del Corso: Mattia Zamprogno

Responsabile Scientifico: Antonio Valenti

Numero partecipanti e tipologia partecipanti: 90 tra Infermieri, Infermieri Pediatrici, Medici Chirurghi tutte le discipline.

COSTO: Euro 40,00 da versare con bonifico bancario intestato a:

AIOSS - BANCA INTESA SANPAOLO

Filiale di MILANO - P.za Paolo Ferrari 10 - Milano Codice IBAN: IT68 T030 6909 6061 0000 0119 795 entro e non oltre il 5 aprile 2022.

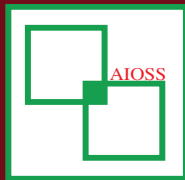
INFORMAZIONI E ISCRIZIONI

Enrica Bosoni 3386924383 enricabosoni@tiscali.it

Antonio Valenti 3474757478 antonio2valenti@gmail.com

PER LA PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO È OBBLIGATORIO IL SUPER GREEN PASS IN FORMATO CARTACEO O DIGITALE





A.I.O.S.S.
Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomaterapia
e Riabilitazione
Pavimento Pelvico



Convegno

LE CURE MANCATE

*(missed care) in stomaterapia:
facciamo il punto?*

10

Crediti ECM
per varie figure
professionali

PROGRAMMA VENERDÌ 8 APRILE 2022

1ª Sessione

LE CURE MANCATE IN STOMA TERAPIA, QUALI EVIDENZE?

Moderatori: Dott.ssa Assunta Scrocca
e Dr. Claudio Cimmino

8.00 - 8.30

Presentazione del corso e obiettivi formativi
Dr. Mattia Zamprogno

8.30 - 9.15

**Dalle cure fondamentali alle cure mancate
nell'infermieristica: un inquadramento teorico**
Dr. Carmelo Gagliano

9.15 - 10.15

**Gli esiti delle cure mancate in stomaterapia:
errori di commissione e omissione**
Dr.ssa Lucia Mensi

10.15 - 10.45

**Le cure mancate percepite dai pazienti:
il punto di vista di AISTOM**
Francesco Diomedè

10.45 - 11.15 Pausa caffè

11.15 - 11.45

**Le cure mancate percepite dai pazienti:
il punto di vista di FAIS**
Giovanni Sapucci

11.45 - 12.45

Focus sulle "Missed care" in stomaterapia
Confronto dibattito tra pubblico e esperti
guidato da un conduttore
Dr. Mattia Zamprogno, Francesco Diomedè,
Giovanni Sapucci

16.15 - 17.00

**Lo specialista in stomaterapia,
una risposta alle "missed care"?**
Dr.ssa Cristina Valle

17.00 - 17.30

**I percorsi di cura in stomaterapia:
letteratura ed esperienze**
Dr.ssa Viviana Melis

17.30 - 18.30

**Progetto di ricerca AIOSS
misscare survey in stomaterapia**
Dr. Mattia Zamprogno, Dr. Antonio Valenti

SABATO 9 APRILE 2022

2ª Sessione

LE COMPLICANZE IN STOMATERAPIA: QUALI LE CURE MANCATE E QUALI EVIDENZE DALLA REALTÀ ITALIANA

Moderatori: Dr.ssa Assunta Scrocca
e Dr.ssa Anna Maria Salerno

8.30 - 9.30

Cure mancate in stomaterapia: le complicanze stomali
Dr.ssa Concettina Taraschi

9.30 - 10.30

**Cure mancate in stomaterapia:
le alterazioni della cute peristomale**
Dr.ssa Paola Paiolo

10.30 - 11.00 Pausa caffè

11.00 - 11.30

**"The frequency of early stomal,
peristomal and skin complications":
uno studio italiano**
Dr. Francesco Denti

11.30 - 12.00

**"Aderenza al percorso di cura in stomaterapia":
uno studio italiano**
Dr. Antonio Valenti

12.00 - 12.30

Focus degli argomenti trattati
Confronto dibattito tra pubblico e esperti
guidato da un conduttore
Dr.ssa Assunta Scrocca

12.30 - 13.00

Conclusione del corso
e Compilazione Questionari ECM e Qualità

Consegna attestati ECM



**I PRIMI 15 ISCRITTI SARANNO OSPITI DI AIOSS
(PRANZO, CENA E PERNOTTAMENTO)
IL GIORNO 8 APRILE**

• Soci AIOSS in regola con l'iscrizione 2022
• Non residenti in Emilia Romagna

Presidente del Corso
Mattia Zamprogno

Responsabile Scientifico
Antonio Valenti

Numero partecipanti
e tipologia partecipanti:
**90 tra Infermieri, Infermieri
Pediatrici, Medici Chirurghi
tutte le discipline**

ISCRIZIONE Euro 40,00

da versare con bonifico bancario intestato a:

AIOSS

BANCA INTESA SANPAOLO

Filiale di MILANO - P.zza Paolo Ferrari 10 - Milano

Codice IBAN: IT68 T030 6909 6061 0000 0119 795

entro e non oltre il **5 aprile 2022**

INFORMAZIONI E ISCRIZIONI

Enrica Bosoni

338 6924383

enricabosoni@tiscali.it

Antonio Valenti

347 4757478

antonio2valenti@gmail.com



PER LA PARTECIPAZIONE
AL CONVEGNO È OBBLIGATORIO
IL SUPER GREEN PASS
IN FORMATO CARTACEO
O DIGITALE

RIMINI 8-9 APRILE 2022 HOTEL CONTINENTAL VIALE AMERIGO VESPUCCI, 40

Si ringraziano per la gentile
partecipazione e collaborazione:

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

ConvaTec

Hollister

dansac



Teleflex

L'ASSEMBLEA GENERALE DEI SOCI 8 APRILE 2022 - RIMINI, HOTEL CONTINENTAL

di Mattia Zamprogno
Presidente AIOSS

Con la Convocazione dell'Assemblea Generale dei Soci AIOSS indetta per il giorno 8 aprile 2022 a Rimini, Hotel Continental, in occasione del convegno "LE CURE MANCATE ("MISSED CARE") IN STOMATERAPIA: FACCIAMO IL PUNTO?", il Presidente Mattia Zamprogno si rivolge a tutti i Soci AIOSS invitandoli a partecipare al più importante appuntamento associativo dell'anno.

Ecco il testo integrale della comunicazione.

Oggetto: Convocazione Assemblea Generale AIOSS

Carissimi,
con la presente Vi comunico che è indetta l'Assemblea Generale presso l'Hotel Continental di Rimini, Viale Amerigo Vespucci 40, 47921 Rimini (RN).

Prima Convocazione il giorno 7 Aprile 2022 alle ore 24:00.

Se non sarà raggiunto il numero legale, l'assemblea si terrà nello stesso luogo, in **Seconda Convocazione** il giorno 8 Aprile 2022 alle ore 14:15.

L'incontro prevede i seguenti punti all'ordine del giorno:

- Saluti del Presidente
- Presentazione del Comitato Scientifico AIOSS
- Esposizione e Approvazione del Bilancio relativo all'anno 2021
- Presentazione dei progetti AIOSS in essere
- Presentazione dei Futuri progetti Associativi
- Varie ed Eventuali



L'Assemblea dei Soci verrà svolta nel contesto di un Corso AIOSS dal Titolo: "LE CURE MANCATE ("MISSED CARE") IN STOMATERAPIA: FACCIAMO IL PUNTO?"; argomento, a parer nostro, stimolante e fresco che sarà sicuramente in grado di attirare la vostra attenzione se ci farete il gradito piacere di parteciparvi.

Tutte le informazioni sono presenti sul nostro sito, alla voce Eventi.

L'occasione mi è propizia per augurare a tutti voi tanta salute e porgere cordiali saluti.

Santa Giustina In Colle (PD), 15/03/2022

Nella pagina a fianco, il modulo per poter conferire la delega ad un partecipante.





A.I.O.S.S.
Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomatologia
e Riabilitazione del
Pavimento Pelvico
WWW.aiooss.it
info@aiooss.it
P.IVA 01303620544

Presidenza AIOSS
Sede Legale-Sede Fiscale
c/o Dr. **Mattia Zamprogno**
Via San Francesco, 18
35010, Santa Giustina in Colle – PD
Cell. **3477474766**
PEC: mattia.zamprogno@pec.enpapi.it
e.mail: mattia91zamprogno@gmail.com

Segreteria
c/o Enrica Bosoni
Via Savona, 94
20144 Milano
Cell. 338 6924383
Fax: 02 4230393
e.mail: enricabosoni@tiscali.it

ASSEMBLEA ORDINARIA SOCI AIOSS 8 aprile 2022

DELEGA

non più di 2 soci per ogni delega

DELEGA n° 1

Io sottoscritto.....delego

*a rappresentarmi all'Assemblea Generale dei Soci AIOSS che si terrà
venerdì 8 aprile 2022 presso Hotel Continental a Rimini*

Rimini, data.....

Firma

DELEGA n° 2

Io sottoscritto.....delego

*a rappresentarmi all'Assemblea Generale dei Soci AIOSS che si terrà
venerdì 8 aprile 2022 presso Hotel Continental a Rimini*

Rimini, data.....

Firma

PER RIDERE UN PO'

Due amici: - Mia moglie ha avuto un incidente con la mia Audi nuova...
- Orribile! È ferita?
- Non ancora, si è chiusa a chiave nel bagno.

<<<<0>>>>

Il figlio di 14 anni chiede a sua mamma:
- Mamma, perché papà non vive più con noi?

- Figlio mio, tu sai come si cancellano i messaggi da WhatsApp?
- Certo, mamma.
- Vedi, tuo papà non lo sapeva...

<<<<0>>>>

Nel ristorante di un albergo è seduto un uomo molto, ma molto grasso. Gli si avvicina il cameriere:
- La prima colazione era di suo

gradimento?
- Molto buona, forse un po' troppo abbondante; ho fatto fatica a mangiare tutto.
- Signore, era una prima colazione a buffet.

<<<<0>>>>

Un tizio in un confessionale:
- Padre, ho tradito mia moglie.
- Quante volte?

- Senta, sono qui per confessarmi, non per vantarmi.

<<<<0>>>>

Se la persona che ami trema quando la abbracci,
se le sue labbra in contatto con le tue sono calde come un vulcano,
se le sue gote si arrossano,
se il suo respiro accelera ansando,
corri a farti un tampone!



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.

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

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



LA GUERRA IN RETE, LA GUERRA DELLE RETI

di Ivano Nigra
Ufficio Stampa AIOSS

Guerra: era dal maggio del 1945 che non si pronunciava questa parola in Europa; quasi ottant'anni in cui il nostro continente ha vissuto in prima persona la Guerra Fredda, ha visto disintegrarsi la Cortina di Ferro ed il blocco comunista, ha assistito a laceranti conflitti "locali" nelle martoriolate regioni jugoslave, ha sofferto per i drammi della Cecenia, dell'Ossezia e di tanti altri scontri "forti" e purtroppo costellati di vittime, militari ma anche civili, con i loro inevitabili cortei di profughi e le ripercussioni sull'economia globale. Il terrorismo ha ulteriormente destabilizzato il nostro sistema sociale, di qualunque matrice si sia palesato, condizionando pesantemente spostamenti, investimenti, sicurezza sociale.

La grande pandemia CoVID19, di cui si parlerà per secoli nei libri di storia, ha contribuito a far tremare governi ed istituzioni, mettendo a dura prova miliardi di persone in tutto il mondo. Ora, ad un punto in cui la pandemia sta assumendo i contorni della parola "fine", il conflitto Russo-Ucraino irrompe sulla scena e porta morte e distruzione a casa-Europa, come non succedeva da molti anni. Porta soprattutto instabilità mondiale e terrore a 360 gradi su ogni attività e società civile.

Ci siamo subito accorti che non è più una guerra tradizionale, ma ha contenuti tecnologici e strategici estremamente più sofisticati, con potenziale di sterminio addirittura globale. Agghiacciante, se ci pensiamo.

Non solo carri armati, aerei, soldati sul campo e vittime militari e civili: la guerra in Ucraina si gioca anche su un altro fronte, quello elettronico, dove le armi sono software e le azioni prendono forma di attacchi informatici e cyber-sabotaggi di varia natura. I protagonisti sono, oltre ai Paesi coinvolti nelle operazioni belliche, gruppi di hacker di diverse nazionalità e di differente ispirazione in un mosaico di contendenti ed operazioni non sempre facili da decifrare. Il tutto in un contesto in cui i responsabili di una determinata azione non sempre se ne assumono la paternità, soprattutto se si tratta di soggetti governativi.

Eppure, proprio i governi sembrano più che attivi anche sullo scenario virtuale. Dopo tutto, le operazioni cyber-militari hanno preceduto quelle sul territorio. Lo testimoniano gli attacchi informatici che hanno messo fuori uso siti di banche e agenzie governative ucraine tra il 15 e il 16 febbraio e sarebbero stati portati avanti direttamente dall'intelligence militare russa (GRU).

Le autorità americane e inglesi sono state insolitamente rapide nell'attribuire a Mosca queste operazioni, a diretta testimonianza della grande capacità americana/occidentale di individuare e analizzare un attacco, gli strumenti usati, di osservare da vicino le mosse degli avversari, di penetrare reti e infrastrutture usate dagli stessi. All'alba dell'invasione, poi, nei computer e nei server ucraini di varie aziende del settore IT e della difesa è stato rintrac-



ciato un software malevolo capace di distruggere le informazioni presenti nelle macchine. Secondo i ricercatori, il malware sarebbe stato pronto da mesi e diffuso solo in prossimità dell'intervento militare.

Il fronte cyber, insomma, è considerato importante dagli stati coinvolti, a vario titolo nel conflitto. Anche per questo, l'Unione europea ha messo in piedi una squadra di esperti per aiutare l'Ucraina a difendersi dagli attacchi informatici. Da parte loro, Stati Uniti e NATO stanno valutando come intervenire. Alcuni consiglieri avrebbero presentato al presidente americano Joe Biden l'opzione di lanciare un attacco informatico senza precedenti contro la Russia. La possibilità sarebbe stata scartata per le imprevedibili conseguenze. Comunque, è stato fatto notare, un'operazione di questo tipo non verrebbe condotta apertamente.

D'altra parte, i maggiori timori su un'offensiva informatica russa su larga scala non si sono materializzati, o almeno non ancora. Alcuni esperti di cyber-sicurezza sono anzi sorpresi che l'invasione non sia stata accompagnata da azioni più efficaci e pervasive. I cittadini ucraini continuano ad accedere alla rete e l'infrastruttura Internet del Paese appare funzionante. Questo fatto ha consentito al governo ucraino di facilitare la distribuzione di armi ai cittadini e di usare i social media per costruirsi un consenso globale.

Ma il campo del conflitto cyber è molto ampio e non racchiude solo entità in qualche modo collegate a governi o organizzazioni sovranazionali ufficiali. Anzi, attori apparentemente minori possono avere impatti altamente distruttivi, così tra le file dei combattenti si arruolano soggetti disparati. Sulla sponda russa del fronte, per esempio, si è schierato un collettivo di cybercriminali che in

passato ha preso di mira aziende ed organizzazioni occidentali attraverso attacchi ransomware, operazioni che impediscono l'accesso ai dati di un'organizzazione o di un singolo chiedendo un riscatto al proprietario; questo collettivo ha promesso totale supporto a Mosca e ha minacciato ritorsioni alle infrastrutture critiche di Paesi che portino avanti attacchi elettronici contro la Russia.

Ma proprio questo gruppo criminale, paradossalmente, deve fare i conti con una fuga di dati dal suo interno. Un infiltrato ucraino ha reso pubblici oltre 400 file contenenti scambi di messaggi tra i componenti dell'organizzazione che potrebbero consentire agli esperti di cyber-sicurezza di comprendere meglio il funzionamento del gruppo.



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.aiooss.it e sulla nostra pagina di Facebook ed a inviare periodicamente ai Soci delle newsletter informative sullo stato della macchina organizzativa.

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

Non mancano rinforzi anche dall'altra parte. All'alba dell'invasione il governo ucraino guidato dal presidente Volodymyr Zelensky aveva chiesto supporto agli hacker locali per aiutare il Paese a proteggere le infrastrutture critiche da attacchi informatici e condurre missioni di cyber-spionaggio contro le truppe nemiche. E la risposta, a quanto pare, è stata un successo.

Il supporto a Kiev non è arrivato solo dall'interno. Anche soggetti stranieri - come racconta il magazine Wired - si sono uniti alla lotta. Tra questi i Belarusian Cyber-Partisans, che dalla Bielorussia si oppongono al regime di Alexander Lukashenko e all'invasione voluta da Putin. "Continuiamo ad aiutare gli ucraini nella loro lotta contro le forze di occupazione russe", hanno scritto.

In quest'ottica va visto l'attacco informatico contro il sistema di monitoraggio della rete ferroviaria bielorussa che ha provocato, a detta del gruppo, danni e rallentamenti ai trasporti su rotaia.

Infine, anche quello che forse è il più celebre collettivo di hacker e attivisti, Anonymous, ha dichiarato il proprio appoggio alla causa ucraina. "Il collettivo Anonymous è ufficialmente in cyber-guerra contro il governo russo", ha scritto su Twitter uno degli account collegati all'organizzazione. Dall'inizio dell'invasione il gruppo ha rivendicato una serie di operazioni, tra cui il trafugamento e la divulgazione del database del Ministero della Difesa russo, l'attacco al sito di RT, tv di stato russa in lingua inglese, e vari siti governativi del Paese, compreso quello dell'agenzia spaziale. Anonymous si è anche attribuito il disturbo del segnale della tv di stato russa su cui avrebbe fatto trasmettere immagini che mostrano gli eventi della guerra in Ucraina.

E noi? L'Europa entra sicuramente in gioco nella diplomazia per cercare soluzioni al conflitto e tutelare il nostro sistema di vita occidentale, ricercando un equilibrio che permetta il ritorno alle abitudini prebelliche. Ma l'Europa stessa è un bersaglio potenziale: nessuno al momento sa prevedere gli eventuali sviluppi della strategia di un conflitto che ha radici a noi lontane ma che può coinvolgerci in un modo sinistro e definitivo.

Le principali agenzie nazionali ed internazionali di Cyber-Sicurezza ci stanno avvertendo che sono programmati attacchi telematici di grande potenza ed estensione, rivolti a siti governativi, a settori strategici (sanitario, industriale, logistico) nell'ottica di "mostrare i muscoli" e comunque indebolire le nostre capacità di risposta e di fiaccare le iniziative sia di pace che di aiuti militari.

Da queste considerazioni oggettive nasce dunque spontaneo un senso di "allerta" che deve essere imperioso e costante nei giorni difficili a seguire. Ci siamo resi conto che la guerra non è solo vicina ma ci sta davvero sfiorando da ogni lato, compresi i più nascosti ed imprevisti: la

nostra attenzione dovrà essere rivolta alle minacce informatiche con ben più forza di prima e con una consapevolezza molto più completa. Il nostro piccolo, ma grande contributo, sarà quindi essere estremamente cauti nell'aprire e-mail che chiedono le credenziali di accesso a qualche servizio a cui siamo iscritti, o i numeri di conto bancario o postale, o codici personali di qualsiasi natura. E' bene ricordare che MAI, per alcun motivo, qualche azienda, ditta o istituzione ci contatterà per conoscere dati che non PUO' e non DEVE sapere. Sarebbe come far entrare il nemico in casa e offrirgli un caffè mentre carica la pistola.

Altra regola fondamentale è quella di limitare al massimo la navigazione su Internet, riservandola a quei siti di cui siamo veramente a conoscenza, magari per esperienza diretta, e cliccare sui link a cui siamo soliti farlo da sempre. Un solo clic sbagliato può avere delle conseguenze negative non solo per noi ma per l'intera comunità. Immaginando una possibile intrusione nel sistema sanitario nazionale, ad esempio, o in quello bancario, è facile intuire che sconvulso potrebbero compiere hackers ben addestrati e molto malintenzionati. Qui non ci si limiterebbe più al prosciugamento di qualche conto corrente o alla comparsa di messaggi dimostrativi, ma porterebbe il caos finanziario o la disorganizzazione di sistemi governativi essenziali alle normali operazioni quotidiane, in un periodo assolutamente eccezionale dove tutto si basa sulle comunicazioni e sul coordinamento dei sistemi maggiori.

Attenzione, quindi, e massima allerta, non per allarmismo o per scaramanzia popolare, ma cercando di renderci conto che il pericolo è davvero grande, stavolta. Mettiamoci del nostro e chissà che, tra tutti, non ne venga qualcosa di finalmente buono.



#COVID19

LE RACCOMANDAZIONI DA SEGUIRE



Lava spesso le mani con acqua e sapone o, in assenza, frizionale con un gel a base alcolica



Non toccarti occhi, naso e bocca con le mani. Se non puoi evitarlo, lavati comunque le mani prima e dopo il contatto



Quando starnutisci copri bocca e naso con fazzoletti monouso. Se non ne hai, usa la piega del gomito



Pulisci le superfici con disinfettanti a base di cloro o alcol



Copri mento, bocca e naso possibilmente con una mascherina in tutti i luoghi affollati e ad ogni contatto sociale con distanza minore di un metro



Utilizza guanti monouso per scegliere i prodotti sugli scaffali e i banchi degli esercizi commerciali



Evita abbracci e strette di mano



Evita sempre contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro



Non usare bottiglie e bicchieri toccati da altri

#RESTIAMOADISTANZA



Ministero della Salute



www.salute.gov.it/nuovocoronavirus



BUONA PASQUA

