

Associazione Italiana Stomizzati - Aistom

LIBRO BIANCO DELLE STOMIE



5  **Aistom**
1973
2023
50 ANNI CON TE E PER TE



PRESENTAZIONI

PRESENTAZIONE



MARCELLA MARLETTA

Presidente Aistom, già Direttore Generale Ministero della Salute

Le Associazioni pazienti hanno lo scopo di essere portavoce dei bisogni della propria patologia e determinante è essere partecipi delle scelte sociosanitarie che le Istituzioni attivano a ogni livello. Ogni associazione racconta il proprio vissuto con una voce fuori dal coro, narrando fatti, notizie e bisogni che sino a quel momento non sono mai state prese in considerazione.

Con la riforma del Terzo settore si coltiva la cultura di “Cittadinanza”, che comporta una maggiore consapevolezza dei diritti delle persone, della dignità umana e del ruolo associativo all’interno della Società. Di contro, è indispensabile che i soci maturino la consapevolezza che non è più il tempo di essere accuditi in modo caritatevole, ma vige il diritto all’autodeterminazione del sistema in senso generale e socioassistenziale in modo particolare.

Le Associazioni sono interlocutori consapevoli che forniscono servizi indispensabili alla Collettività, per queste motivazioni i 59mila stomizzati italiani devono avere la forza di non rinchiudersi in casa e riaffrontare la vita. Nella fase post-chirurgica recarsi in un “Centro Stomie” è l’unica via percorribile per avviare un recupero psicofisico concreto. Per questa motivazione voglio ringraziare il compianto Prof. Marcellino Pietroiusti (fondatore dell’Aistom) che nel 1974 attivò i primi “Centri per Stomie” per la riabilitazione delle persone stomizzate. Dal 1975, grazie a specifici corsi formativi iniziò a propinare le prime competenze a infermieri e volontari (caregiver) che si avvicinavano alla stomaterapia. Con questo obiettivo dal 1981 ha attivato la “Scuola nazionale in Stomaterapia”.

L’Associazione ha sempre creduto nel ruolo dell’infermiere “stomaterapista”, figura importante per la cura e l’assistenza ai pazienti stomizzati. Il tumore al colon

retto è la seconda causa di morte tra le donne e la terza tra gli uomini; pertanto, si comprende bene l'importanza di attuare i Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali previsti dalle Reti Oncologiche Regionali.

Quest'anno l'Associazione compie 50 anni, anni ricchi di storia, di diritti e progettualità, a partire dall'ottenimento dei dispositivi medici monouso (sacche, placche, sonde, cateteri, pannoloni, prodotti per ulcere cutanee, ecc.), prodotti definibili “salvavita” poiché “indossati” e senza di essi i pazienti non possono svolgere gli atti quotidiani della vita. In 50 anni siamo stati ricevuti in audizione da un Santo (Papa San Giovanni Paolo II, operato dal Prof. Francesco Crucitti – past-president Aistom). Santo che ci donato un bellissimo Messaggio d'Amore pubblicato in prima pagina dell'Osservatore Romano il 24 ottobre 1993. In seguito, siamo stati ricevuti in audizione dal Presidente della Repubblica più amato dagli italiani, l'ex Senatore a vita Sandro Pertini, e a seguire il Presidente Oscar Luigi Scalfaro. Siamo stati ricevuti dall'ex Presidente della Camera Luciano Violante, differenti volte dai Presidenti delle Commissioni AA.SS. e del Senato della Repubblica. Dal 1992 abbiamo stimolato innumerevoli proposte di legge in Senato, Camera dei deputati e Regioni (vedere Veneto, Abruzzo e Campania). Stiamo lavorando per sburocratizzare ulteriormente l'iter (n.d.r.: Lettera/Circolare ex Ministra della Salute Rosy Bindi e Circolare Ministra Lorenzin) per ottenere sacche, placche, cateteri, pannoloni, etc., a partire dall'utilizzo della ricetta dematerializzata anche per le prescrizioni dei dispositivi medici monouso.

Per queste motivazioni abbiamo ritenuto indispensabile la pubblicazione del “Libro Bianco sulle stomie”, un Libro che racconta chi siamo e da dove veniamo, uno strumento nelle mani dei pazienti, delle famiglie, dei caregiver e professionisti della salute. Nel volume i problemi vengono affrontati considerando le reali esigenze delle persone stomizzate ed è stato utilizzato un linguaggio semplice. Il volume accresce la consapevolezza delle problematiche sociali e professionali, per queste ragioni ringraziamo gli autori dei testi, in particolar modo il Segretario Diomede e il Prof. Giuseppe Dodi (già presidente Aistom) per il prezioso lavoro svolto.

Ad Majora!

PREMESSA



FRANCESCO DIOMEDE
Segretario Nazionale

Il “Libro Bianco sulle stomie” edito da Aistom in occasione del cinquantennale dalla costituzione è uno strumento operativo nelle mani della Cittadinanza. I problemi delle persone stomizzate vengono affrontati in virtù delle loro necessità e del lavoro svolto dall’Associazione mezzo secolo di attività.

Nel volume ampio spazio è stato dedicato al “sociale e alla tutela dei diritti”, così come ampio spazio è stato dedicato al tumore della vescica, in particolar modo alle urostomie. L’1 per mille della popolazione è stomizzata e nel 2020 per il tumore alla vescica sono state stimate 25.500 nuove diagnosi (uomini = 20.500; donne = 5.000; 10,5% e 3% di tutti i tumori incidenti, rispettivamente). Nel 2021 sono stimati 6.100 decessi (uomini = 4.800; donne = 1.300) e sono 313.600 i soggetti viventi dopo una diagnosi di tumore della vescica (uomini = 255.000; donne = 58.600). In Italia i pazienti urostomizzati sono 24.000 e abbiamo 5.000 nuovi casi annui, ovviamente i dati sono presunti in quanto non esiste un osservatorio nazionale sulle stomie.

Le Reti Oncologiche Regionali, le Linee Guida e l’attuazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali – PDTA (ovvero la presa in carico dei pazienti dal pre al post-operatorio) sul tumore alla vescica e al colon retto prevedono la presa in carico del paziente con l’attivazione dei Centri multidisciplinari, dedicati. Ma questo non sempre accade a causa della carenza del personale sociosanitario e “Centri” dedicati. La Stomia vede coinvolte persone di ogni età, sesso, razza e religione e grazie all’attivazione dei Centri Aistom molto si è fatto; ma spesso le leggi soffrono di carenze applicative e tutto resta sulla carta (es.: legge della Regione Campania per le persone stomizzate) tradendo finanche lo spirito che ha animato il legislatore. Le norme applicative non sempre sono univoche e ingenerano un’applicazione

disomogenea da regione a regione, da Territorio a Territorio, da Azienda ad Azienda. È doveroso ribadire che nessuna persona stomizzata si diverte a recarsi periodicamente e più volte all'anno negli Uffici protesi delle ASL e ritirare i prodotti per la continenza di feci e urine. La burocrazia sulla consegna dei dispositivi medici è dura a morire e per questo rivendichiamo, così come avviene per i farmaci, l'utilizzo della ricetta dematerializzata.

Gli stomizzati hanno sempre creduto nel lavoro concreto svolto dall'Associazione in favore dei pazienti e delle loro famiglie. L'Aistom è una bellissima realtà sociale al servizio della Collettività.

Aiutateci a crescere ed essere sempre liberi di camminare nell'universo della sanità sociale.

ELENCO AUTORI

Luca Emanuele Amodio – Medico in formazione specialistica Chirurgia Generale U.O.C. Chirurgia Digestiva e del Colon-Retto Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina – Gemelli Isola - Roma

Andrea Bondurri – Chirurgia Ospedale Luigi Sacco - Milano

Maria Britta – MMG per ATS BG EST. Centro Medico Politerapica per l'alimentazione, l'endocrinologia e l'omeopatia

Giulia Capelli – Chirurgia Oncologica AOU Padova

Vito Carnicelli – Infermiere Stomaterapista – Barletta (BT)

Antonio Casadei – Infermiere Stomaterapista ASL Roma 1

Sabrina Casano – Infermiera specialista Wound Care – referente nucleo Wound Care e lesioni difficili ospedale di Asti

Rosina Ceccarelli – Presidente AIURO

Angela Cipriani – Incaricata di Funzione Urol. I e II Univ. e CTR (Centro Trapianti Rene) Policlinico di Bari

Italo Corsale – Dipartimento di Chirurgia dell'ASL Toscana Centro – Prato

Danila Maria Davi – Infermiera Stomaterapista, esperta Wound Care

Maria De Pasquale – Infermiera Stomaterapista, Responsabile formazione AISTOM

Gaetano De Rienzo – Urologo – AOU Policlinico Bari

Antonio D'Elia – Direttore UOS Chirurgia Generale e Coloproctologia ASST Ovest Milanese

Vincenza Dell'Edera – Infermiera Stomaterapista Bari

Matteo Di Camillo – SOC Urologia, Ospedale “San Giuseppe” - Empoli (FI)

Francesco Diomede – Segretario Aistom – Presidente FINCOPP – Vicepresidente FAVO - Bari

Giuseppe Dodi – Professore di Chirurgia Generale Università di Padova – Past President Aistom

Miriam Duci – Chirurgia Pediatrica – Padova

Francesco Ferrara – Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Oncologiche e Stomatologiche - Università degli Studi di Palermo U.O. Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico AOU Policlinico “Paolo Giaccone” – Palermo

Gaetano Gallo – Dipartimento Chirurgia Università degli Studi “La Sapienza” Roma

Piergiorgio Gamba – Chirurgia Pediatrica AOU Padova

Stefano Gasperini – Medical Advisor - Pisa

Francesco Giannoccaro – Urologia AOU Policlinico di Bari

Edoardo Giorato – Infermiere Stomaterapista – Padova

Francesco Giunchi – Chirurgo

Marta Goglia – Dipartimento Chirurgia Ospedale Sant’Andrea - “La Sapienza” Roma
Emanuele Grasso – Chirurgia Generale IRCCS Giovanni Paolo II - Bari
Giovanni La Croce – ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo
Filippo La Torre – Già Professore di ruolo di Chirurgia Generale Università “Sapienza” – Past President Aistom – Roma
Marco La Torre – Responsabile UCP, Unità di Colonproctologia, Centro di Alta Specializzazione e Training, Società Italiana di Chirurgia Coloretale, SICCR – Roma
Rosa Lagreca – Infermiera Uroriabilitatrice – Bari
Vincenzo Li Marzi – Urologo – Presidente SIUD
Michele Manica – ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo
Marcella Marletta – già Direttore Generale del Ministero della Salute – Presidente Aistom
Antonella Martire – Infermiera Stomaterapista – Bari
Enrico Melega – Chirurgia Generale AOU Padova
Viviana Melis – Infermiera Stomaterapista – Bergamo
Daniela Metro – Dirigente Medico Nutrizionista Policlinico Universitario di Messina
Filomena Misuriello – Medico in formazione specialistica Chirurgia Generale IRCCS “A. Gemelli” – Roma
Michele Moschetta – Professore Medicina Interna Università degli Studi di Bari
Valeria Perego – Psicologa psicoterapeuta presso Consultorio Familiare Scarpellini di Bergamo; membro del direttivo di LILT Bergamo Onlus
Lorena Porceddu – Presidente Aistom Sardegna
Salvatore Ramuscello – Direttore UOC Chirurgia Generale Ospedale di Chioggia
Vincenzo Repaci – Consigliere Aistom – Cannitello di Villa San Giovanni (RC)
Oreste Risi – Urologo ASST Bergamo Ovest
Gianluca Rizzo – Chirurgo Generale IRCCS “A. Gemelli” – Roma
Nicola Sannicandro – Infermiere Stomaterapista – Foggia
Michele Simone – Direttore Chirurgia Generale Ospedale “Di Venere” – Bari
Gaya Spolverato – Chirurgia Oncologa – AOU Padova
Marcello Stefani – Avvocato, Comitato Scientifico Aistom
Arianna Venturini – Infermiera Stomaterapista AULSS 3 Serenissima – Ospedale di Chioggia
Roberto Vivian – Otorinolaringoiatra – Vicenza
Andrea Volpe – Chirurgia Pediatrica AOU Padova
Mattia Zamprogno – Presidente AIOSS

CONSIGLIO DIRETTIVO



MARCELLA MARLETTA

*Già Direttore Generale del Ministero della Salute – Presidente Aistom
Coordinatore scientifico Fondazione Cannavò – Docente UniMarconi
Consigliere FAVO*



CIRO DE ROSA

Vicepresidente Aistom – Infermiere Stomaterapista Napoli



FRANCESCO DIOMEDE

*Segretario nazionale Aistom Presidente Associazione Pugliese Stomizzati
Vicepresidente FAVO*



MARIA DE PASQUALE

Infermiera Stomaterapista – Direttrice Scuola Nazionale Aistom



SALVATORE BATTAGLIA

Presidente Aistom Sicilia – Catania



NICODEMO DORIA
Presidente Aistom Veneto – Chioggia



LORENA PORCEDDU
Presidente Aistom Sardegna – Cagliari



SALVATORE RAMUSCELLO
Consigliere Aistom – Direttore UOC Chirurgia generale Ospedale di Chioggia



VINCENZO REPACI
Consigliere Nazionale Aistom – Referente Regionale Aistom Calabria



ANGELINA DE STEFANO
Consigliera Aistom – Reggio Calabria



CARLA BOSELLI
Consigliera Nazionale Aistom – Referente Aistom Liguria

COMITATO SCIENTIFICO



FILIPPO LA TORRE

Coordinatore – Chirurgo coloretale – Roma



RAIMONDO ARENA

Infermiere Stomaterapista – Catania



NICOLETTA CALABRESE

Infermiera Stomaterapista – Bari



ITALO CORSALE

*Dipartimento Chirurgia ASL Toscana Centro – SOC Chirurgia Oncologica
Ospedale Nuovo Santo Stefano - Prato*



ANTONIO D'ELIA

*Direttore UOS Chirurgia Generale e Coloproctologica ASST
Ovest Milanese – Legnano*



VINCENZA DELL'EDERA
Infermiera Stomaterapista – Bari



MONICA DI FABIO
Fisioterapista – Pomezia



GIUSEPPE DODI
Già Professore associato di Chirurgia presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche in Oncologia e Gastroenterologia, Università di Padova



MONIA FERRARI
Stomaterapista, specialista della continenza e del pavimento pelvico, uroriabilitatrice. Poliambulatorio Carpi



COSIMO FRACCASCIA
Psicologo – Taranto



SABRINA CASANO
Infermiera specializzata Wound Care – Asti



ROSA LA GRECA

Infermiera Stomaterapista e uroriabilitatrice – Bari



MARCELLO STEFANÌ

Avvocato – Bari



ARIANNA VENTURINI

Infermiera Stomaterapista – Uroriabilitatrice – Chioggia



SERAFINO GIRARDI

Infermiere Stomaterapista – Benevento

INDICE

SOMMARIO

Presentazione
Premessa

1. PARTE INTRODUTTIVA

1.1 Stomie nel terzo millennio – <i>A. Bondurri</i>	2
1.2 Storia della Tracheostomia – <i>R. Vivian</i>	11
1.3 Storia delle Stomie Urologiche – <i>V. Li Marzi, M. Di Camillo</i>	13
1.4 Storia delle stomie intestinali – <i>F. Ferrara</i>	25
1.5 Introduzione: funzioni originarie, disfunzioni, stomie e nuove funzioni - <i>S. Ramuscello</i>	39
1.6 La storia dell'AISTOM	43

2. PARTE GENERALE LE STOMIE NELLE PATOLOGIE ORL, UROLOGICHE E COLOPROCTOLOGICHE

2.1 Significato anatomico funzionale delle prime vie respiratorie (laringe, trachea) – <i>R. Vivian</i>	74
2.2 Fisiopatologia respiratoria: laringe e malattie benigne con possibile laringo-tracheo stomia – <i>R. Vivian</i>	90
2.3 Anatomia funzionale apparato urinario – <i>G. De Rienzo</i>	105
2.4 Cenni di fisiopatologia dell'apparato urinario – <i>O. Risi, M. Manica, G. La Croce</i>	109
2.5 Storia naturale del tumore della vescica: dalla resezione dei piccoli tumori agli approcci multispecialistici per guarire – <i>G. De Rienzo, F. Giannoccaro</i>	125
2.6 Fisiologia apparato digerente – <i>F. La Torre</i>	134
2.7 Fisiologia intestinale e delle stomie principali – <i>F. La Torre, F. Giunchi</i>	144
2.8 Il Percorso del Paziente Stomizzato – <i>A. Venturini</i>	167
2.9 Significato anatomico-funzionale dell'apparato digerente - <i>G. Gallo, M. Goglia</i>	172
2.10 Gli interventi chirurgici e le diverse tecniche che comportano l'istituzione di una stomia – <i>M. Simone, E. Grasso</i>	192
2.11 Gli stomi: definizione, classificazione e patologia stomale – <i>F. La Torre</i>	206

2.12 Stomie digestive in età pediatrica, stomie nutrizionali e derivate	235
<i>P. Gamba, A. Volpe, M. Duci</i>	

3.LA TERAPIA

3.1 Gli interventi chirurgici ORI: <i>le diverse tecniche e le terapie adiuvanti</i> –	256
<i>R. Vivian</i>	
3.2 Le derivazioni urinarie: <i>le stomie e le derivazioni urinarie continenti</i> –	266
<i>G. De Rienzo, A. Martire</i>	
3.3 La patologia chirurgica dell'apparato digerente e le indicazioni chirurgiche alla stomia –	271
<i>F. La Torre</i>	
3.4 Le enterostomie continenti –	279
<i>M. La Torre</i>	
3.5 Ricostruzione anorettale dopo resezione addominoperineale. Graciloplastica dinamica elettrostimolata, sfintere anale artificiale (ABS) –	287
<i>E. Melega</i>	
3.6 La protezione della cute nell'incontinenza urinaria e fecale –	292
<i>A. Casadei</i>	
3.7 Il ruolo di una corretta alimentazione nella riabilitazione del soggetto stomizzato –	296
<i>D. Metro</i>	
3.8 La dieta nei pazienti con stomia digestiva –	303
<i>M. Britta</i>	
3.9 Le problematiche delle stomie. La lunga guerra dei presidi e delle forniture –	312
<i>G. De Rienzo, A. Cipriani</i>	
3.10 Patologia stomale/complicanze. Trattamento medico, chirurgico –	321
<i>A. D'Elia</i>	
3.11 Enterostomia anterograda –	327
<i>A. D'Elia</i>	
3.12 Inquadramento diagnostico e trattamento delle complicanze –	332
<i>A. D'Elia</i>	
3.13 Alterazioni cutanee peristomali: una nuova terapia –	345
<i>S. Gasperini</i>	
3.14 Il microbiota nei pazienti con stomia –	350
<i>A. Moschetta</i>	
3.15 Patologia stomale: complicanze precoci e tardive –	356
<i>M. Zamprogno</i>	
3.16 Le terapie adiuvanti e le loro possibili interferenze con le stomie urinarie –	373
<i>O. Risi, M. Manica, G. La Croce</i>	
3.17 Le terapie adiuvanti e possibili interferenze con le stomie gastroenteriche –	375
<i>G. Dodi</i>	
3.18 Assistenza alla persona diabetica con stomia intestinale –	379
<i>D.M. Davì, S. Casano</i>	

4. LA GESTIONE DELLE STOMIE

- 4.1 Dal profilo corporeo peristomale alla corretta scelta del dispositivo di raccolta – *N. Sannicandro* **384**
- 4.2 La riabilitazione del paziente portatore di stoma, valutazione dell'invalidità e della qualità di vita, il trattamento interdisciplinare – *E. Giorato* **388**
- 4.3 L'irrigazione, metodi di continenza – *E. Giorato* **394**

5. I CONTROLLI E LE EMOZIONI

- 5.1 Il follow up oncologico del paziente operato alla vescica – *O. Risi* **399**
- 5.2 QDV nell'urostomizzato. La persona che indossa una urostomia, percorso e qualità di vita – *R. Ceccarelli, R. Lagreca* **402**
- 5.3 Il follow up oncologico nel paziente operato per cancro del retto con o senza stomia – *G. Spolverato, G. Capelli* **406**
- 5.4 Follow-up delle enterostomie in pazienti con IBD – *G. Rizzo, E. Amodio, F. Misuriello* **416**
- 5.5 Aspetti emotivi, psicologici e relazionali nel paziente stomizzato – *V. Perego* **436**
- 5.6 Narrare storie di vita della persona con stomia – *V. Melis* **446**

6. I CONTROLLI E LE EMOZIONI

- 6.1 La formazione dello stomaterapista – *M. De Pasquale* **472**
- 6.2 L'infermiere dedicato alla stomaterapia – *V. Dell'Edera* **476**
- 6.3 Professione stomaterapista – *M. Zamprogno* **479**

7. IL SOCIALE, LA COMUNITÀ E LA SANITÀ: IL SISTEMA SANITARIO PER GLI STOMIZZATI

- 7.1 I Dispositivi Medici e i Presidi Medico Chirurgici – *M. Marletta* **494**
- 7.2 I diritti dello stomizzato – *F. Diomede, V. Repaci* **503**
- 7.3 Prendersi cura della stomia – *F. Diomede* **539**
- 7.4 Testimonianza: omosessualità e stomia. Svegliarsi con il corpo cambiato fa paura – *L. Porceddu* **547**
- 7.5 Le criticità nell'ottenimento dei Dispositivi Medici Monouso – *F. Diomede, V. Repaci* **549**

7.6 Protezione dati personali sanitari in ambito sanitario e sociassistenziale. Gestione per diagnosi, assistenza e motivi di interesse pubblico – <i>M. Stefani</i>	559
7.7 Le barriere architettoniche: bagno e mobilità – <i>F. Diomede</i>	584
7.8 La proposta di legge in favore delle persone che soffrono di incontinenza urinaria, fecale e stomale – <i>F. Diomede</i>	588
7.9 L'importanza dell'innovazione tecnologica in ambito stomale <i>V. Carnicelli</i>	597
8. CONCLUSIONE E RINGRAZIAMENTI	
8.1 Conclusione e ringraziamenti editoriali ad autori e collaboratori – <i>G. Dodi</i>	604
APPENDICE – DIZIONARIO DI STOMATERAPIA	610

1. PARTE INTRODUTTIVA

1.1 STOMIE NEL TERZO MILLENNIO



ANDREA BONDURRI

Responsabile Struttura Semplice Chirurgia Coloproctologica ASST Fatebenefratelli Sacco Ospedale Luigi Sacco – Polo Universitario

Abstract

In Italia esistono circa 75.000 persone con stomie intestinali o urinarie ma il dato è impreciso perché non esistono registri o censimenti ufficiali e perché la stomie possono essere temporanee o permanenti. Nel nuovo millennio è indispensabile mappare per conoscere. Anche perché il numero di stomie urinarie e intestinali è in aumento per l'innalzamento dell'età media, per l'allargamento delle indicazioni chirurgiche, per l'aumento dell'incidenza delle malattie infiammatorie croniche intestinali.

Molte persone continueranno ad avere la stomia senza più essere “pazienti” dei Sistemi Sanitari per acuti. Dobbiamo allora costruire una cultura positiva sulle persone con stomia rimuovendo i pregiudizi e gli ostacoli amministrativi e burocratici. Una cultura basata sull'affermazione di diritti ma soprattutto sulla comprensione ed accoglienza di tutta la società (scuola, sport, lavoro, trasporti, mondo della comunicazione, accesso ai servizi igienici).

La ricerca scientifica deve cambiare passo: aumentare gli sforzi di conoscenza con tutti gli strumenti disponibili, dall'enorme bagaglio degli esperti del settore fino alla medicina e all'infermieristica basate sull'evidenza, passando per gli strumenti della medicina narrativa. La ricerca scientifica deve coinvolgere le organizzazioni e le associazioni di pazienti per promuovere gli obiettivi centrati sui loro bisogni. Le nuove conoscenze andranno divulgate nei corsi di specializzazione e in quelli dedicati alla formazione continua.

In attesa che nel terzo millennio si sviluppino tecniche di prevenzione o chirurgiche capaci di ridurre il numero di stomie o che si affermino tecniche e organizzazioni capaci di rimuoverle in brevissimo tempo, i prossimi anni devono garantire una assistenza specializzata non solo in ogni unità operativa di chirurgia o urologia, ma anche nei territori e a domicilio.

Essere ottimista. È un tratto di personalità, sostenuto da una fiducia di fondo nell'uomo, che potremmo definire ottimismo spirituale, nonostante il ripetersi di errori nelle nostre vite personali e di orrori nella nostra storia collettiva. Un ottimismo ragionevole, con solide basi illuministe, grato per gli evidenti miglioramenti nella gestione delle malattie e delle conseguenze che esse hanno sulle nostre attività e relazioni. Questa caratteristica personale si è rinforzata anche grazie agli incontri e al lavoro quotidiano di dodici anni in un centro di stomaterapia di un grande ospedale italiano. Ho avuto la fortuna di collaborare con medici e infermieri di cui ammiro la preparazione professionale, la passione per il lavoro, l'attenzione ai particolari, la disponibilità al nuovo, la capacità di ascolto attivo e di accogliere il diverso da sé, il rispetto interprofessionale, l'abilità di integrare saperi e competenze al servizio di chi ha bisogno. Ho avuto il privilegio di entrare in relazione con migliaia di pazienti, in diversi momenti del loro percorso riabilitativo: la diagnosi di malattia, l'indicazione all'intervento, la spiegazione delle conseguenze di un intervento, la sala operatoria, il primo decorso post-operatorio, la gestione delle complicanze, i controlli, l'indicazione alla ricanalizzazione, la presa in carico di chi era stato operato altrove. Ho avuto infine l'onore di collaborare con molte persone impegnate nelle società scientifiche, nelle associazioni di operatori o di pazienti su progetti amministrativi, culturali o di ricerca scientifica. Da quest'esperienza sono maturate alcune riflessioni sul futuro dell'assistenza alle persone con stomia.

Per ogni persona che affronta un percorso di cura che comprende il confezionamento, temporaneo o definitivo, di una derivazione intestinale o urinaria, le sfide rimangono l'accettazione della malattia; il reperimento delle risorse personali, relazionali e professionali per affrontarne le conseguenze; l'inserimento in solidi percorsi riabilitativi che accompagnino al mantenimento o recupero della migliore qualità di vita autonoma possibile. Per la comunità, la prima sfida è conoscere e analizzare tutti gli aspetti che stanno a cuore ai pazienti e agli operatori. È compito di tutti arrivare ad una modalità istituzionale per registrare tutte le persone che sono ogni anno in questa situazione, in Italia e in Europa.

Altra sfida dei prossimi anni per tutti quelli che accompagnano le persone con stomia sarà tenere saldamente il punto sulla buona pratica clinica e sui diritti, e nello stesso tempo dedicare energie a progetti di sviluppo e di innovazione sia tecnologica sia gestionale. Cominciando dalla prevenzione: non sarà mai abbastanza il tempo speso da ciascuno di noi nella promozione, a tutti i livelli, di corretti stili di vita, di una sana alimentazione e dei programmi di screening, in particolar per quel che riguarda il cancro del colon-retto.

In un tempo di difficoltà organizzative e di risorse per i sistemi di cura, mantenere il punto sulla buona pratica clinica risulta complesso e non di rado fa sperimentare a pazienti ed operatori frustrazioni che bisogna imparare a gestire e superare. È necessario perseverare nella divulgazione delle migliori conoscenze tecniche e scientifiche, e delle linee guida cliniche che ne conseguono, consapevoli che non è sufficiente che un bene sia noto perché si realizzi. Esempio eclatante è il percorso di riabilitazione: la letteratura scientifica da decenni ha dimostrato che debba iniziare prima dell'intervento chirurgico, con colloqui e disegni effettuati dai medici o dagli infermieri stomaterapisti, per migliorare la qualità di vita delle persone sotto diversi punti di vista, indipendentemente dalla patologia iniziale per la quale si arriva al confezionamento della stomia. Eppure, questo si realizza con difficoltà in molti ospedali. Mantenere fermo il punto sulla buona pratica clinica vuol dire quindi insistere sulla formazione, inserendo elementi specifici nei corsi di laurea di medicina e infermieristica, nei corsi di specializzazione di chirurgia, urologia, igiene e sanità pubblica, ma anche in tutti i corsi di aggiornamento per le numerose figure che negli ospedali e nei territori permettono la progettazione e la realizzazione di questi percorsi di riabilitazione. Meritorio l'impegno di AISTOM che fin dal 1982 ha attivato la Scuola Nazionale di Stomaterapia, esperienza che dimostra che in qualsiasi momento del proprio percorso professionale è possibile dare un impulso alla propria crescita culturale e organizzativa.

Così sarà possibile garantire l'assistenza da parte di personale formato e qualificato, che sia facilmente accessibile per ogni persona operata. Diversa letteratura medica e infermieristica ha dimostrato la necessità di una duplice competenza: quella tecnico-specialistica, intesa come perfetta conoscenza della materia, dei problemi che possono insorgere e degli interventi, talvolta complessi, da mettere in atto; ma anche quella culturale del "prendersi cura" e dell'"educare", aiutando le persone nella gestione del loro nuovo stato, agevolando il reinserimento e la ripresa del

proprio ruolo nel contesto familiare, sociale e lavorativo. Devono essere garantite le competenze tecniche e relazionali per rispondere alle principali domande raccolte con interviste e questionari alle persone stomizzate. Queste riguardano il rischio di distacco dei prodotti di raccolta; il rischio di sviluppare ernie; la modalità e il tipo di attività fisica che è possibile recuperare e quindi le attività lavorative e sportive; la preoccupazione sugli odori e sul cambiamento della propria immagine corporea; la sensazione di fatica o di facile affaticamento; la gestione della vita intima, della fertilità e della gravidanza; le preoccupazioni sulla modificazione del reddito.

Tra le competenze che si dimostrano sempre più indispensabili nella gestione post-operatoria ricordiamo quelle che si iscrivono nei grandi capitoli della vulnologia e delle patologie di parete. La prima si propone lo studio, la prevenzione e la cura di tutte le lesioni cutanee e delle ferite con lenta guarigione. Come abbiamo appena detto, la prima preoccupazione per le persone stomizzate è il distacco precoce, o la paura del distacco, dei dispositivi medici monouso; e la prima causa dell'inadeguata aderenza è rappresentata proprio dalle alterazioni cutanee. Inoltre, il confezionamento di stomie in situazioni sempre più fragili e delicate costringe poi a confrontarsi con complicanze, come le ischemie e necrosi superficiali con conseguenti distacchi muco-cutanei, che possono notevolmente giovare di medicazioni avanzate, comprese quelle che sfruttano la pressione negativa. La seconda preoccupazione delle persone con stomie registrate nei lavori scientifici è l'ernia stomale. Del resto, la stessa creazione di una stomia rappresenta un vulnus dell'integrità della parete. Per questo serviranno sempre maggiori competenze integrate nell'affrontare il numero crescente di pazienti con sintomi acuti o cronici da ernie e laparoceli.

Esperienze di eccellenza come possono essere i Centri di Stomaterapia aiutano a gestire situazioni complesse, possono essere di esempio e possono essere incubatrici di progetti d'innovazione o di disseminazione delle conoscenze e delle competenze acquisite. Ma credo che sia indispensabile mantenere alta l'attenzione e la lotta per ottenere l'assistenza di stomaterapisti in tutti gli ospedali in cui viene realizzata una stomia. Se non sarà sufficiente lo sforzo culturale per ottenere un cambiamento concreto e diffuso, bisognerà ricorrere a strumenti legislativi o amministrativi, in particolare raccordando il rimborso delle prestazioni sanitarie all'effettiva somministrazione di tutte le parti che le compongono. Anche i percorsi multidisciplinari di sorveglianza post-dimissione andranno sempre più strutturati, coinvolgendo in particolare i medici di Medicina Generale ma anche altre figure

come nutrizionisti, dietologi, fisiatristi, psicologi clinici e psichiatri.

Nei prossimi anni raccoglieremo anche le eredità della pandemia Covid19 sulle nostre vite. L'esperienza di fragilità condivisa è stata per certi versi rimossa dal desiderio di far tornare tutto come prima, ma non dobbiamo dimenticare alcune riflessioni utili al cambiamento. Abbiamo visto con maggiore nitidezza i limiti di una medicina frammentata e parcellizzata, una medicina delle super-specializzazioni che fatica a ricomporre una visione dell'uomo nella sua unicità organica, emotiva e spirituale. Il percorso di riabilitazione stomale è chiamato a vincere questa sfida, garantendo il massimo dell'efficacia dalle competenze tecniche infermieristiche e chirurgiche, il massimo dell'efficienza dei sistemi con un'attenzione particolare alla distribuzione di risorse che sono limitate, ma anche il massimo dell'equità senza nessun pregiudizio in base all'età, al genere, alla provenienza geografica, allo stato sociale, alle comorbidità.

Potrebbero essere d'aiuto nella costruzione di una cura e assistenza centrata sulla persona il bagaglio di approfondimento fornito dalla Medicina Narrativa. Essa si affianca alla Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) e non è da confondersi con le Medical Humanities. Alla base della Medicina Narrativa c'è un approccio alle cure più attento alla persona: l'analisi dei testi scritti dai pazienti, dai professionisti sanitari e dai familiari permette di comprenderne la cultura, i valori, i bisogni, le passioni, i progetti personali e professionali. Possiamo così scomporre la malattia nelle sue componenti organiche (disease, l'alterazione di una funzione organica o l'impatto sull'organismo di un agente esterno come un trauma o un germe), esperienziali (illness, il significato che il sintomo o la malattia hanno per il soggetto) e sociali (sickness, lo stigma sociale di una malattia o di una condizione, la capacità di una cultura di non trasformare una situazione in una disabilità). Sappiamo che il percorso di una persona con stomia affronta in profondità tutti e tre gli aspetti. Gli operatori sanitari devono affinare i saperi e gli strumenti per assistere le persone, sempre nella libertà e sempre con il fine di renderle il più autonome possibile. Ripercorrere il viaggio nelle cure di una persona con stomia, magari attraverso l'utilizzo di diari, aiuta a comprendere l'impatto emotivo, sociale e relazionale del vivere con questa condizione. Gli studi di medicina narrativa permettono di acquisire informazioni aggiuntive sulla salute e sulle aspettative delle persone stomizzate, per esempio attraverso questionari qualitativi sulle priorità assistenziali percepite. Permettono di raccogliere dati per conoscere e migliorare l'apporto che ogni operatore dà al

percorso, confrontando anche le differenze di approccio tra la cultura anglosassone e quella mediterranea, per esempio. Permettono di sottolineare l'importanza della chirurgia. Non solo, è ovvio ma vale la pena ripeterlo, perché la qualità della vita delle persone dipende essenzialmente dal miglior risultato ottenuto in sala operatoria. Ma anche perché la relazione con il chirurgo impronta tutto il percorso di riabilitazione. Alcuni studi permettono di definire tre figure-tipo di chirurgo. Quello PROFESSIONALE, prodigo di informazioni per il paziente e per la sua famiglia. È in grado di fornire perfino un supporto psicologico. Le persone portatrici di stomia gli riconoscono competenze tecniche ed umane. Quello TECNICO, che dà informazioni relative all'intervento chirurgico essenzialmente di natura tecnica. Nei racconti dei pazienti esamina relazioni, visiona immagini e prescrive accertamenti, con poche parole. Quello FRETTOLOSO, che dà poche informazioni nel corso di una visita che dura pochi minuti.

La pandemia ha dato inoltre la spinta ad un fenomeno già in atto, implementando l'utilizzo della tecnologia per comunicazioni e consulenze a distanza. Come recitano le linee di indirizzo nazionali del Ministero della Salute, le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali per assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza. Il percorso di riabilitazione stomale rappresenta un ottimo campo di applicazione, specialmente nel periodo post-dimissione. Le persone e la loro storia clinica sono conosciute, è quasi sempre presente una continuità di cure se non addirittura una cronicità, i consulti possono riguardare aspetti di assistenza infermieristica o dubbi clinici, di supporto psicologico, anche ai familiari, o di prescrizione e fornitura dei presidi. Il tutto ottemperando ai diritti e agli obblighi di qualsiasi atto sanitario, a cominciare dalla sicurezza e dalla riservatezza. Anche le Industrie e le Associazioni di pazienti stanno sviluppando strumenti per migliorare le interazioni a distanza, non solo fornendo informazioni ma permettendo interazioni tra pari o tra clienti/associati e servizi. Sono strumenti da conoscere sempre meglio nelle loro potenzialità e nei loro limiti per poterli utilizzare con coscienza.

A proposito di informazione e conoscenza, l'utilizzo diffuso di portali di informazioni sanitarie, social network, forum, newsgroup e posta elettronica modificherà non

poco la relazione tra persone e strutture oltre che tra persone e operatori. Sarà necessario affrontare questi cambiamenti con una mentalità aperta alla formazione permanente, non solo attraverso le singole competenze acquisite autonomamente. L'aumento di immagini di stomie di persone comuni o con grandi seguiti social, e l'avvio di campagne di sensibilizzazione da parte di istituzioni e associazioni, possono diventare tasselli importanti nella costruzione di una mentalità orientata alla comprensione, all'accettazione, e al superamento di discriminazioni e pregiudizi. Il veicolo principale rimarrà sempre il sorriso dei protagonisti. Nello stesso tempo dobbiamo ricordare che informazione disponibile non vuol dire conoscenza. Sarà dunque necessario abitare anche questi luoghi con passione e competenza, da parte di operatori, ospedali, istituzioni e associazioni per continuare nell'opera di divulgazione scientifica ed educazione alla salute.

Stiamo entrando così nell'area dei progetti di sviluppo e innovazione. Capita spesso di sentirsi stanchi e frustrati, le energie non sembrano sufficienti per affrontare l'ordinario, figuriamoci lo straordinario, quello che avvertiamo come "il di più". Ma nello stesso tempo è esperienza comune che il fatto di dedicare energie a progetti innovativi che ci interessano e appassionano libera energia che non pensavamo di avere, scopriamo riserve di ossigeno prima ignote che danno rinnovato vigore anche per affrontare l'ordinario.

L'industria dei dispositivi di raccolta continuerà a lavorare per migliorare i prodotti sotto innumerevoli dettagli, queste innovazioni sono da seguire con cura, individuando quelle più significative per la gestione ordinaria ma anche per affrontare le complicate.

Contemporaneamente sarà responsabilità di tutti migliorare il percorso di presa in carico e continuità assistenziale ospedale-territorio della persona portatrice di stomia e della sua famiglia, grazie anche all'opportunità offerta dal Piano Nazionale di Recupero e Resilienza (PNRR) che ha finanziato lo sviluppo di modelli organizzativi territoriali e il l'inserimento dell'infermiere di famiglia e comunità (IFeC).

Dovremo far fronte al paradosso per cui al miglioramento delle possibilità di cura corrisponde un aumentato numero di confezionamento di stomie. Ad esempio, nella cura del cancro del retto l'evoluzione delle terapie neoadiuvanti e delle tecniche chirurgiche (TME laparoscopica o robotica, TaTME, TTSS) la ricerca si deve

spingere in diverse direzioni per quanto riguarda il confezionamento di ileostomie di protezione. Conoscere sempre meglio la situazione del singolo paziente attraverso degli score di rischio, per scegliere con sempre maggior consapevolezza le categorie a maggior rischio per cui val la pena (secondo un rapporto sempre meglio definito di rischio/beneficio) confezionare una stomia di protezione. Valutare sempre meglio l'integrità e la funzionalità delle nostre anastomosi già al momento della loro realizzazione, in maniera multimodale. Con il controllo visivo degli anelli resecati, con le prove meccaniche di tenuta idropneumatica, con la visualizzazione diretta endoscopica, con le prove dirette di vascolarizzazione (ad esempio con le tecniche di fluorescenza) e in futuro con gli studi sul microbioma. Di modo da evitare le stomie nei casi a minor rischio. Oppure di provvedere ad una chiusura precoce delle stomie laterali, in caso di post-operatorio privo di complicanze e studiando in maniera multimodale l'integrità dell'anastomosi (con TC, clisma opaco, endoscopia). Oppure studiando l'efficacia di altri strumenti derivativi alternativi (pseudostomie).

Ma anche nel confezionare e nel chiudere le stomie è necessario innovare, studiare, migliorare conoscenze e tecniche. L'esperienza dell'Associazione MISSTO (Multidisciplinary Italian Study group on STOMA) rappresenta concretamente il rinnovato interesse in questo settore, mettendo allo stesso tavolo chirurghi, urologi, infermieri, metodologi e associazione di pazienti. Questo impegno ha già portato alla pubblicazione di linee guida infermieristiche, chirurgiche e urologiche oltre che di protocolli operativi di assistenza durante la pandemia.

Innovare è necessario anche nella valorizzazione del personale formato e addestrato che deve potersi tradurre in sviluppo di percorsi di carriera e incarichi professionali, nella valorizzazione economica della prestazione infermieristica, in un'ottica di fiducia e collaborazione con i medici; un esperimento virtuoso che si potrebbe proporre come modello anche per altre patologie.

Sarà una sfida del prossimo futuro anche aumentare gli spazi di confronto su situazioni concrete e su approcci generali, coinvolgendo pazienti, associazioni di pazienti, stomaterapisti, chirurghi, esperti delle industrie, erogatori dei beni e servizi. Luoghi e tempi (merce sempre più preziosa) dove si possa discutere di distacchi, di complicanze, di vissuti, di diritti, di modalità delle forniture. Immaginiamo spazi durante corsi e congressi e tavoli di confronto istituzionali con ospedali, territorio, associazioni di pazienti, industrie e responsabili politici. Ma sarebbe utile

anche reinventare orari e modalità di fruizione degli spazi ospedalieri, ad esempio investendo risorse in progetti di incontro e supporto tra pazienti, stomaterapisti e volontari. Del resto, gli ambulatori di stomaterapia sono luoghi privilegiati non solo di scambio di informazioni ad elevato contenuto tecnico ma soprattutto di relazioni umane. Investire su queste permette anche di partecipare ad un'altra immensa sfida del nostro tempo: modificare la cultura, il percepito sociale, per crescere sempre più nel concetto e nella pratica dell'inclusione. Ben vengano progetti che coinvolgono gli organi di informazione ma anche i luoghi di lavoro e i mezzi di trasporto, le scuole e le arti.

Le difficoltà non devono scoraggiare gli operatori dal portare quotidianamente la bellezza nei luoghi di cura. Coltivare il bello (l'ordine, la cura dei dettagli, i colori, i silenzi, la musica, il rispetto dei tempi, la storia dei luoghi che ci ospitano) è terapeutico. I risultati dimostrano che l'arte ha un potenziale impatto sulla salute, sia mentale che fisica: influenza i determinanti sociali della salute; sostiene lo sviluppo della persona dall'infanzia; incoraggia comportamenti di prevenzione e promozione della salute; è di supporto nelle cure e nell'assistenza. Le arti sono costo-efficaci. Diffondere l'esperienza delle arti nei luoghi di cura permette di promuovere benessere in tutti gli attori coinvolti in un percorso di assistenza che vivono quegli spazi. Proporre in un ambiente ospedaliero l'esperienza concreta del bello e della bellezza significa non soffermarsi solo sull'aspetto esteriore delle cose, ma concentrarsi sull'energia e sulle dinamiche che la bellezza genera nella persona e nel rapporto con il suo mondo e con gli altri. Invitare professionisti sanitari e pazienti ad esprimersi attraverso una forma d'arte vuol dire favorire un pensiero e una competenza creativa che si configurano come capacità di rinnovamento, decentramento dello sguardo, propensione alla curiosità e attitudine alla ricerca dell'insolito.

Con questo sguardo rivolto alla bellezza, in particolare della relazione tra operatori e persone con stomia, possiamo entrare nel terzo millennio con ragionevole ottimismo.

1.2 STORIA DELLA TRACHEOSTOMIA



ROBERTO VIVIAN
Otorinolaringoiatra Vicenza

Le notizie su interventi che possono essere ricondotti alla tracheotomia, si perdono nella notte dei tempi. Già nel 2.000 a.C., su uno scritto del papiro dei Rig Veda (Libri del Sapere), è descritto un intervento di tracheotomia.

In un papiro di Ebers, scoperto a Tebe, in Egitto, è riportata una descrizione dell'atto chirurgico con precisi riferimenti anatomici.

Ippocrate e Galeno descrivono con chiarezza la possibilità di inserire dall'esterno un tubo nella trachea per risolvere certi problemi della respirazione, ma limitata ai soli casi estremi di pericolo di soffocamento.

Galeno riferisce in un suo scritto che Aclepiade di Bitinia, nel 140 a.C. eseguì una tracheotomia per far respirare una persona affetta da un ascesso, non precisato, alla gola.

Zaharah Albrecosi, medico arabo dell'Andalusia, descrive con precisione la tecnica per eseguire una tracheotomia (circa 1000 d.C.).

Avicenna, medico arabo, descrive l'intervento nel 1000 d.C.

Il primo intervento di tracheotomia in Italia fu eseguito da Antonio Brasarola, nel 1546 per un ascesso della laringe.

Anche Andrea Vesalio, medico di Padova, nel 1543 descrive la tecnica della tracheotomia eseguita su un animale, che fu tenuto in vita grazie a un tubo inserito nella trachea.

Fabrizio d'Acquapendente, medico di Padova, la descrive e la consiglia soprattutto nei casi, allora più frequenti, rispetto ai tempi odierni, di difterite della faringe e laringe con pericolo di asfissia.

Nel 1873 Trendelenburg riassume la sua esperienza sulle tracheotomie, consigliando di eseguirle, in caso di necessità per fare respirare un soggetto con ventilazione artificiale coatta.

Max Schuller nel 1880 contesta la tecnica di Trendelenburg a favore della intubazione orotracheale, ma, successivamente, abbandona la sua idea e difende la tracheotomia. La prima cannula provvista di cuffia è descritta dal medico viennese Victor Eisenmeger nel 1893.

Dopo questi tempi, la descrizione d'interventi e la pratica della tracheotomia, che qualche autore cita come broncotomia, prende piede in Europa ed è eseguita tutte le volte che si rendeva o che si rende necessaria.

1.3 STORIA DELLE STOMIE UROLOGICHE



VINCENZO LI MARZI

Chirurgia Urologica Robotica Mininvasiva e dei Trapianti Renali, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (Firenze) - Presidente Società Italiana di Urodinamica (SIUD)



MATTEO DI CAMILLO

2SOC Urologia, Ospedale "San Giuseppe" - Empoli (FI)

Il termine “stomia” deriva dal greco **στόμα**, bocca, e viene utilizzato come suffisso per indicare una procedura chirurgica che crei un’apertura attraverso il corpo per consentire l’escrezione di sostanze di scarto.

Generalmente il termine “stomia” viene associato a procedure chirurgiche intestinali, quali colostomia e ileostomia, che consentono il passaggio delle feci dall’intestino all’esterno. In altri casi, il termine viene invece associato a procedure urologiche (urostomia) o di altri distretti corporei (tracheostomia).

Gli interventi chirurgici per creare stomie urinarie possono essere eseguiti per diversi motivi: generalmente, l’intervento viene eseguito per motivi oncologici, per cui la stomia urinaria viene confezionata contestualmente alla rimozione dell’organo malato (generalmente la vescica). In altri casi, l’intervento può essere eseguito per motivi funzionali (stenosi ureterali, patologie neurourologiche).

La classificazione delle stomie urinarie è complessa e si basa su diversi criteri: presenza di dispositivo di raccolta, continenza della stomia, posizione anatomica della stomia.

Derivazioni urinarie:

- Richiedenti tubi di drenaggio esterni: nefrostomia, cistostomia
- Richiedenti dispositivi di raccolta esterni: ureterocutaneostomia, condotto ileale
- Continenti
 - Ortotopiche: neovescica
 - Eterotopiche: pouch

Nonostante i lunghi e continui sforzi per creare e migliorare le tecniche di derivazione urinaria, gli interventi che richiedono dispositivi di raccolta esterni sono quelli più utilizzati (in particolare l'intervento di confezionamento di ureterocutaneostomia). Le ragioni principali risiedono anche nel fatto che gli interventi di derivazione urinaria "continente" richiedono procedure più lunghe e tecnicamente più difficili, oltre a essere gravati da complicanze a lungo termine. Inoltre, queste ultime tecniche (come, per esempio, l'intervento di "neovescica") vengono eseguite solitamente su pazienti altamente selezionati in base allo stato clinico e patologico. Altre tecniche di derivazione urinaria consistono nella creazione delle cosiddette pouch, ovvero "tasche" o "serbatoi" continenti, realizzati utilizzando porzioni di intestino che vengono adeguatamente riconfigurate.

Le stomie urinarie dagli albori ad oggi

La storia delle stomie intestinali sembra risalire al 1710 quando Littre realizzò una stomia per il trattamento dell'atresia anale, una malformazione congenita che impedisce il passaggio delle feci all'esterno. Successivamente, sono state eseguiti sempre maggiori tentativi per perfezionare la tecnica.

Per quanto riguarda le stomie urinarie, il loro esordio viene fatto risalire al secolo successivo, quando nel 1851 circa John Simon, chirurgo londinese, eseguì il primo tentativo di derivazione urinaria su un bambino di 13 anni affetto da estrofia vescicale, una rara malformazione in cui la vescica è esposta sulla parete esterna dell'addome. Simon creò due fistole ureterosigmoidee al fine di collegare l'apparato urinario all'apparato intestinale. Il ragazzo, dopo un periodo di iniziale miglioramento, morì un anno dopo a causa di infezioni ricorrenti.

Nello stesso anno, Lloyd utilizzò la tecnica descritta da Simon su un paziente affetto dalla stessa malformazione, ma purtroppo anche questo paziente morì poco tempo dopo.

La prima cistectomia radicale (asportazione completa della vescica) è stata invece eseguita nel 1891 da Ernst Kuster. Scopo di tale intervento era quello di rimuovere un tumore vescicale localizzato. Anche in questo caso la derivazione urinaria venne eseguita impiantando gli ureteri sulla parete anteriore del retto, ma il paziente morì per cause infettive. La mancanza di antibiotici, infatti, comportava un'elevata frequenza di complicanze infettive, quali pielonefriti e peritoniti.

Il primo tentativo di confezionare una vescica artificiale venne fatto nel 1888 da Tizzano e Foggi su un cane. L'intervento venne eseguito in due tempi; crearono dapprima un'ansa chiusa di ileo intatto e, in un secondo tempo, la anastomizzarono con gli ureteri e la suturarono al collo vescicale. I risultati erano promettenti.

L'interesse sempre maggiore per la chirurgia di derivazione urinaria coinvolse molti medici e chirurghi che iniziarono quindi a studiare possibili soluzioni per evitare fenomeni di reflusso o di ostruzione a livello dell'anastomosi, fenomeni che potevano comportare un maggior rischio infettivo e quindi una elevata mortalità in questi pazienti. Fino alla fine del diciannovesimo secolo, gli interventi di derivazione urinaria eseguiti erano gravati da un elevato tasso di complicanze.

All'inizio del ventesimo secolo, Robert Coffey creò un metodo per l'impianto degli ureteri. Il suo metodo consisteva nel creare un "tunnel sottomucoso" all'interno della parete intestinale utilizzata, in modo da evitare fenomeni di reflusso che aumentassero il rischio di infezioni. Charles Mayo applicò questa tecnica con successo in 3 pazienti (da qui il nome di "tecnica di Coffey-Mayo"). Questa tecnica divenne presto la più usata fino alla Seconda guerra mondiale, ovvero fino all'introduzione degli antibiotici nella pratica clinica.

Grande attenzione venne riservata alle diverse tecniche utilizzate fino a quel momento: Hinman e Weyrauch, nel 1936, rivelarono che esistevano ben 60 tecniche diverse di derivazione urinaria e analizzarono il tasso di complicanze delle diverse tecniche. Oltre a ciò, riconobbero e descrissero alcuni principi chirurgici per una buona riuscita dell'anastomosi, per esempio la creazione di un tunnel sottomucoso per evitare fenomeni di reflusso, la preservazione dell'orifizio ureterovesicale, la creazione di un tunnel muscolare sopra l'uretere, la derivazione intestinale temporanea etc. Si stabilì pertanto che la ureterocutaneostomia era, apparentemente, la miglior tecnica in quanto a tasso di sopravvivenza e complicanze e venne pertanto

raccomandata come prima opzione chirurgica, riservando la ureterosigmoidostomia a casi selezionati.

Con l'avvento della terapia antibiotica, nel secondo dopoguerra prese sempre più piede l'utilizzo delle derivazioni urinarie che coinvolgessero tratti più o meno estesi di intestino. Nello stesso periodo, emerse anche la necessità di trovare derivazioni urinarie socialmente accettabili. Il rischio di stenosi e il rischio di reflusso vennero ulteriormente ridotti grazie alla tecnica adottata da Leadbetter, in cui il "tunnel sottomucoso" veniva utilizzato insieme all'anastomosi mucosa-mucosa. Tuttavia, benché il rischio di complicanze infiammatorie o infettive fosse notevolmente diminuito, emersero ben presto le complicanze metaboliche di tali tecniche.

La porzione di intestino utilizzata per la derivazione urinaria conserva, infatti, la sua capacità di assorbimento. Ciò fece emergere alcune complicanze metaboliche anche gravi, quali l'acidosi metabolica iperclorémica, che in taluni casi possono rivelarsi fatali.

Le maggiori conoscenze in ambito medico hanno spinto i chirurghi a indagare nuovi distretti intestinali che potessero essere utilizzati nell'ambito delle stomie urinarie, arginando tutti i limiti sopra esposti e cercando di ottenere un buon risultato funzionale e un buon risultato estetico.

Retto e sigma sono stati i distretti impiegati per primi nell'ambito delle urostomie, a partire dalla fine del diciannovesimo secolo. Il vantaggio di questi "serbatoi" consisteva nell'innato meccanismo di continenza dovuto alla presenza dello sfintere anale, come già individuato da Gersuny nel 1898 che utilizzò il retto isolato. Agli inizi del Novecento, Borelius utilizzò il sigma in modo da creare una anastomosi latero-laterale e garantendo comunque il meccanismo di continenza dovuto allo sfintere anale. Tuttavia, anche queste tecniche erano inficciate da elevati tassi di complicanze infettive.

Nel 1908, Verhoogen creò un serbatoio urinario mediante l'impiego della porzione terminale di ileo e cieco che veniva poi drenato all'esterno da una appendicostomia, ovvero una porzione di appendice appositamente configurata per essere utilizzata come stomia. Il tasso di complicanze infettive venne ulteriormente ridotto nel 1912 quando Lengemann utilizzò la stessa tecnica garantendo però anche il

meccanismo antireflusso grazie alla valvola ileocecale. L'impiego di tale valvola nella configurazione delle urostomie ha in seguito consentito a Gilchrist nel 1950 di creare i cosiddetti "serbatoi continenti" che potevano essere svuotati mediante cateterismo intermittente.

Lo stomaco è stato raramente utilizzato nella creazione di urostomie a causa delle notevoli complicanze metaboliche e il suo impiego è stato descritto per primo da Sinaiko nel 1956. Attualmente, non viene impiegato nella pratica clinica.

Tutte queste nuove conoscenze sono state fondamentali per l'evoluzione delle tecniche impiegate in ambito di urostomie. In particolare, per ridurre l'incidenza di fenomeni di reflusso, infezioni e riassorbimento si iniziò a usare sempre più dei serbatoi urinari a bassa pressione, ovvero creati mediante la detubularizzazione della porzione di intestino coinvolta, e l'impiego di autocateterismi intermittenti.

Nel 1964 infatti Ekman e Kock compararono le pressioni all'interno delle porzioni tubularizzate e detubularizzate, evidenziando che la pressione intraluminale era più bassa in queste ultime. La riduzione della pressione all'interno del serbatoio consente di ridurre infatti sia il tasso di riassorbimento del liquido contenuto (minori complicanze metaboliche) sia di ridurre fenomeni di reflusso verso le cavità renale (minori complicanze renali e infettive). Per ridurre ulteriormente la pressione all'interno del serbatoio urinario, Kock adottò la tecnica della "intussuscezione", ovvero uno scivolamento di una porzione di intestino all'interno di sé stessa; questo permise di garantire un meccanismo "a valvola" che evitasse fenomeni di reflusso, a fronte però di un elevato tasso di complicanze perioperatorie. Nonostante ciò, la "Kock pouch" divenne la prima tecnica di serbatoio continente a bassa pressione. Altri serbatoi continenti utilizzarono la plicatura della valvola ileocecale ("Indiana pouch") o l'appendicostomia ("Mainz pouch I") per raggiungere ottimali meccanismi antireflusso.

Quasi contemporaneamente, emerse il concetto di "cateterismo intermittente". I limiti principali erano dettati dalla carenza di materiale sterile e dai possibili danni uretrali che i cateteri potevano provocare. Tuttavia, nel secondo dopoguerra, l'impiego di cateteri sterili permise al paziente di svuotare manualmente il serbatoio urinario e di ridurre ulteriormente le complicanze legate all'intervento.

Nello stesso periodo, emerse anche il concetto di “neovescica ortotopica”, ovvero di una vescica creata a partire da sezioni intestinali e posta in maniera “ortotopica”, vale a dire nella stessa sede anatomica della vescica nativa. Questo concetto veniva incontro alle esigenze dei pazienti di ottenere buoni risultati funzionali unitamente a discreti risultati estetici. La neovescica veniva quindi creata a partire da un segmento di intestino appositamente detubularizzato e riconfigurato, messo in comunicazione poi ai due ureteri e collegato all'esterno mediante l'uretra. Lo scopo era quindi quello di permettere al paziente di urinare per via naturale, garantendo il più possibile il meccanismo di continenza e riducendo al contempo le possibili complicanze infettive e metaboliche.

I primi tentativi di creare una neovescica si devono a Camey nel 1958 con risultati funzionali tuttavia non ottimali. Tre decenni dopo, Hautmann impiegò una porzione detubularizzata di ileo che veniva poi collegata all'uretra maschile, purché priva di tumore. Anche Studer impiegò una tecnica simile, adottando un'ansa ileale afferente che garantisse i meccanismi antireflusso a livello ureterale.

Negli anni successivi sono state create ulteriori configurazioni, come la “Vescica Ileale Padovana (VIP)”, la “Stanford pouch

Le differenze anatomiche tra uretra dell'uomo e della donna hanno inizialmente reso difficile la realizzazione della neovescica nel genere femminile; tuttavia, l'impiego e il miglioramento delle tecniche chirurgiche consentono al giorno d'oggi di eseguire procedure ortotopiche anche nella donna.

La scelta delle diverse tecniche è basata sulla valutazione clinica del paziente, oltre che sul tipo di esperienza acquisita dal centro. Generalmente, l'intervento di derivazione urinaria viene eseguito mediante tecnica tradizionale mediante approccio addominale. In centri altamente specializzati l'intervento di derivazione urinaria può essere eseguito anche con tecnica ibrida, ossia con una fase open e una fase robot-assistita in cui l'intervento viene eseguito sia all'interno della cavità addominale (tramite il robot) e in altra fase, come ad esempio per confezionare la neovescica, viene portato l'intestino al di fuori della cavità. In altri casi si può ricorrere ad una tecnica totalmente robot-assistita, come nel caso della tecnica denominata FlorIN, in cui l'intervento di cistectomia e il confezionamento della neovescica vengono eseguiti completamente all'interno della cavità addominale.

ANNO	AUTORE	PORZIONE INTESTINO
1888	Tizzoni e Foggi	Ileo
1951	Couvelaire	Ileo
1957	Camey	Ileo
1977	Rudick	Stomaco
1985	Hautmann	Ileo
1986	Light e Engelmann ("Le Bag")	Ileo - Colon
1987	Tscholl ("S pouch")	Ileo
1987	Rigatti	Sigma
1988	Marshall	Ileo - Colon
1990	Pagano ("VIP, Vescica ileale padovana")	Ileo
1990	Iwakiri e Freiha ("Stanford pouch")	Ileo
2017	Minervini ("FloRIN")	Ileo

Tab 1: Neovesiche

Breve descrizione delle stomie urinarie

Ureterocutaneostomia

L'intervento di ureterocutaneostomia (UCS) rappresenta la derivazione urinaria più usata. Il vantaggio di tale tecnica risiede nel non dover ricorrere alla chirurgia intestinale, limitando pertanto le complicanze legate a questo tipo di procedura.

In questo tipo di procedura, dopo aver eseguito la cistectomia, gli ureteri vengono abboccati alla cute tramite lo stoma a livello addominale. Una possibile complicanza di tale procedura è legata alla stenosi stomale, motivo per cui nella maggior parte dei casi vengono impiegati dei cateteri ureterali sostituibili.

Condotto ileale

In questo tipo di derivazione urinaria, una porzione di ileo viene utilizzata per creare un "condotto" che raccoglie l'urina dai due ureteri e la porta all'esterno. Solitamente, la porzione di ileo viene suturata a destra della parete addominale. L'urina viene poi raccolta all'esterno mediante un singolo dispositivo di raccolta ("sacchetto"). Variazioni di tale procedura consistono nel condotto digiunale e nel condotto colico. Le possibili complicanze di questi interventi risiedono nella mobilitazione della porzione di intestino e nel possibile, seppur limitato, riassorbimento di urina da parte della porzione intestinale utilizzata come condotto.

Derivazioni urinarie continenti

- Sigmoidostomia ileo-cecale. Variazioni: Vescica rettale, intervento sigmoideo di emi-Kock con intussuscezione del colon prossimale;
- Derivazioni ortotopiche (Neovesciche ortotopiche): Camey II, Vescica Ileale Padovana (VIP), Neovescica ileale, Studer, Mainz, "Le Bag", Neovescica di Mansson, Neovescica Sigmoidea, FloRIN;
- Pouch con necessità di svuotamento tramite cateterismo a intermittenza: Pouch di Kock, Pouch di Mainz, Pouch Indiana, Pouch di Penn, pouch gastriche.

Ureterosigmoidostomia

Questa tecnica rappresenta la prima forma di derivazione urinaria continente riportata in letteratura alla fine del diciannovesimo secolo. L'intervento consiste sostanzialmente nel connettere gli ureteri direttamente nel flusso fecale. Tale tecnica presenta un elevato tasso di complicanze e non viene attualmente utilizzata. Una

variante di tale tecnica è la sigmoidostomia ileocecale.

Vescica rettale

Questo intervento consiste nel creare delle anastomosi ureterocoliche al moncone rettale. Le complicanze, oltre a essere di natura infettiva, possono essere di natura metabolica. In molti casi, l'intervento veniva eseguito contestualmente alla colonstomia temporanea.

Neovescica di Studer

Questa tecnica venne descritta da Studer e collaboratori nel 1988. Viene isolato un segmento ileale di 60 cm, lasciando intatta l'ultima porzione di ileo terminale. L'ileo viene poi ruotato di 180° ed entrambe le estremità vengono suturate (Fig 1A). Gli ultimi 40 cm vengono piegati a U e la parete posteriore viene completata unendo i lembi della U.

Neovescica tipo MAINZ

Questa tecnica è una variazione della pouch di MAINZ che permette lo svuotamento ortotopico. Vengono impiegati una porzione di ileo e cieco e questo segmento viene confezionato a forma di W. Le complicanze sono pressoché simili alle altre tecniche descritte.

Vescica Ileale Padovana (VIP)

Questa tecnica, messa a punto da Pagano e collaboratori nel 1990, utilizza circa 60 cm di ileo che viene poi detubularizzato e arrotolato su sé stesso, in modo da produrre una parete posteriore che viene poi chiusa anteriormente su sé stessa (Fig. 1B). Come tutti gli interventi di neovescica, oltre alle note complicanze infettive e metaboliche sono possibili complicanze funzionali, quali l'incontinenza urinaria. Attualmente, alcuni centri specializzati eseguono tale intervento mediante tecnica robot-assistita.

Neovescica ileocolica (“Le Bag”)

Questa tecnica è stata messa a punto da Light e Scardino nel 1986 e prevede l'utilizzo di circa 20 cm di colon ascendente e cieco insieme a una pari lunghezza di ileo distale. Si ottengono due lembi che vengono successivamente anastomizzati l'uno all'altro posteriormente. Le complicanze sono simili alle altre tecniche di neovescica.

Neovescica di Mansson

La differenza rispetto alle altre tecniche consiste nello spatolamento di tutto il colon impiegato per la derivazione. Questa tecnica è stata ideata nel 1990 e rappresenta una variazione di alcune tecniche impiegate in precedenza, come la neovescica di Goldwasser.

FloRIN (Florence Robotic Intracorporeal Neobladder)

Questa tecnica, ideata da Minervini e collaboratori e impiegata a partire dal 2016, prevede un approccio completamente intracorporeo robot-assistito per la configurazione della neovescica (Fig. 1C). A tale scopo, vengono impiegati circa 50 cm di ileo che viene detubularizzato e riconfigurato a forma di U anteriormente e a forma di L posteriormente. Gli ureteri vengono poi anastomizzati alla neovescica. Il vantaggio di questa tecnica consiste nella riduzione delle complicanze legate all'intervento per via tradizionale. Tuttavia, come già anticipato in precedenza, questa tecnica dev'essere eseguita in centri specializzati e su pazienti altamente selezionati.

Pouch di Kock

L'intervento prevede l'impiego di un tratto di ileo di circa 70-80 cm la cui parte centrale viene piegata a U. I margini mediali della U vengono suturati e il serbatoio viene configurato per essere poi collegato alla parete anteriore dell'addome. La continenza viene garantita dalla valvola invaginata. Lo svuotamento della pouch avverrà quindi tramite lo svuotamento con cateterismi intermittenti; difatti, la pouch può raggiungere una capacità di 500 ml circa. Le complicanze sono quelle descritte finora.

Indiana pouch

Il principio alla base di questa tecnica chirurgica è che la valvola ileocecale rinforzata rappresenta un affidabile meccanismo di confidenza in grado di sopportare anche cateterismi ripetuti. Per tale scopo, vengono impiegati 10 cm di ileo terminale insieme a tutto il colon destro.

Pouch di Penn

In questo caso il meccanismo di continenza viene garantito dall'appendice mediante il cosiddetto "principio di Mitrofanoff". Viene creata una pouch ileocecale collegata alla parete addominale mediante l'appendice, che garantisce buoni risultati in termini

di continenza.

Storia delle stomie urinarie... nel futuro

A fronte di numerose tecniche, sempre più raffinate nella loro esecuzione, assistiamo tutt'oggi alla presenza di possibili complicanze. Alcune di queste sono state marginalizzate dall'impiego della terapia antibiotica, dal miglioramento delle condizioni anestesiológicas e anche dalla maggiore attenzione alle tecniche antireflusso. Oltre a ciò, fino a pochi anni fa l'intervento di urostomia veniva eseguito esclusivamente mediante tecnica chirurgica tradizionale, ma oggi assistiamo a un numero sempre crescente di centri altamente specializzati che impiegano tecniche ibride o completamente robot-assistite (Fig. 2).

In quale direzione si spingerà la ricerca nel settore delle urostomie? Probabilmente, così come in altri settori chirurgici, anche in ambito urologico la ricerca verterà sull'impiego di tessuti ingegnerizzati.

Tali metodi consentirebbero di ridurre al minimo la chirurgia intestinale necessaria per la riconfigurazione del serbatoio o della neovescica; inoltre, il tessuto creato in laboratorio potrà essere privo di capacità di riassorbimento, in modo da limitare le complicanze metaboliche attualmente ancora presenti. L'impiego della stampa 3D e delle cellule staminali potrebbe inoltre migliorare l'approccio chirurgico in molti pazienti, permettendo di eseguire interventi sempre più personalizzati.

BIOGRAFIA

1. Nagele et al., "Urinary diversion following cystectomy". EAU Uptade Series. 2005
2. Pannek et al., "History of urinary diversion". Urol Int. 1998
3. Rauscher et al., "Camey Procedure. A continent urinary diversion technique". AORN Journal, 1991
4. Gross et al., "Orthotopic ileal bladder substitution in women: Factors influencing urinary incontinence and hypercontinence." Eur Urol. 2015;
5. Mills et al., "Metabolic consequences of continent urinary diversion." J Urol. 1999
6. Robert C. Coffey, "Transplantation of the ureters into the large intestine. Submucous implantation method: personal studies and experiences". British Journal of Urology, 1931
7. Pagano et al., "Vescica Ileale Padovana: a technique for total bladder replacement" Eur Urol 1990
8. Fisch et al., "Sigma rectum pouch (Mainz pouch II)." World J Urol. 1996
9. Bihrlé R. "The Indiana Pouch Continent Urinary Reservoir." Urol Clin North Am. 2005
10. Cacciamani et al., "Robot-assisted Vescica Ileale Padovana: A New Technique for Intracorporeal Bladder Replacement Reproducing Open Surgical Principles". Eur Urol 2019
11. Minervini et al., "Florence robotic intracorporeal neobladder (FloRIN): a new reconfiguration strategy developed following the IDEAL guidelines". BJU Int 2018

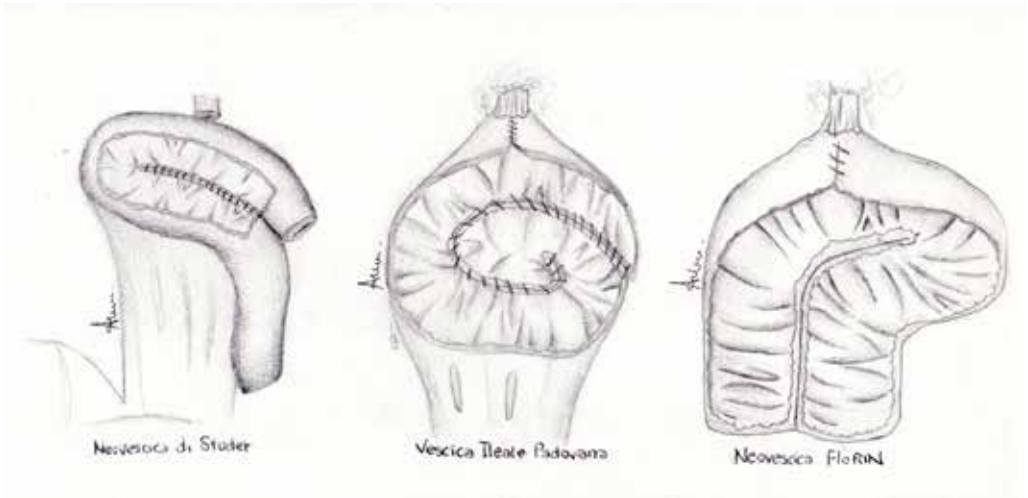


Fig. 1: A) Neovesicula di Studer; B) Vesicula Ileale Padovana (VIP); C) Neovesicula FloRIN
Si ringrazia il Dott. Gianni Vittori per le illustrazioni

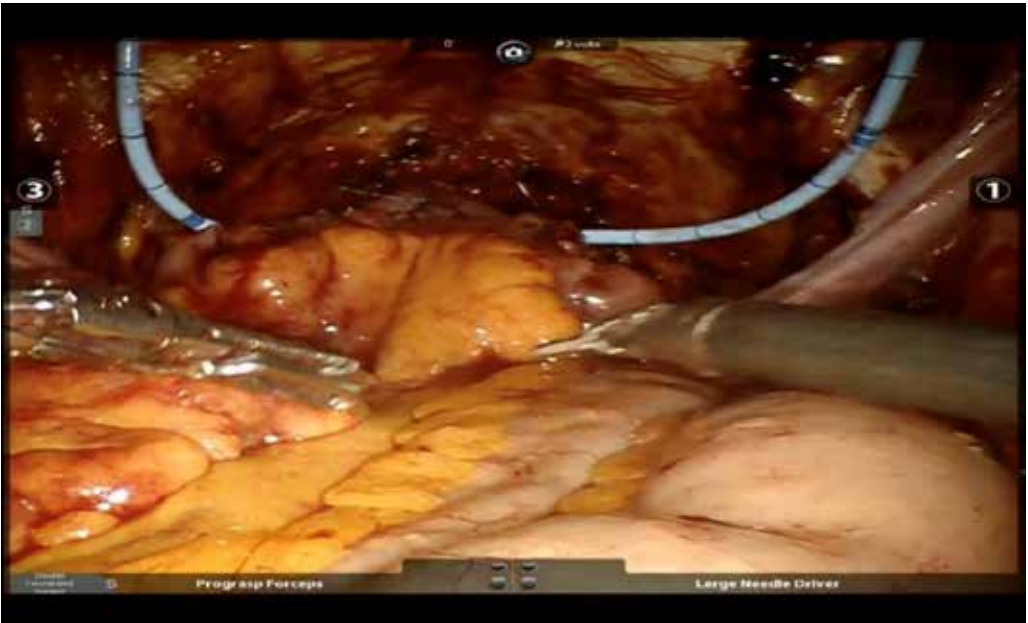


Fig. 2: Immagine intraoperatoria durante intervento di neovesicula robot-assistita.

1.4 STORIA DELLE STOMIE INTESTINALI



FRANCESCO FERRARA

Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Oncologiche e Stomatologiche - Università degli Studi di Palermo U.O. Chirurgia Generale ad indirizzo Oncologico AOU Policlinico "Paolo Giaccone" - Palermo

Abstract

La parola “stoma” deriva dal greco **στόμια** «bocca». Essa identifica l’abbotocamento chirurgico di un organo cavo alla cute per consentire la fuoriuscita all’esterno di materiale organico. La prima testimonianza di un intervento di stomia risale a Prassagora (3° secolo a.C.). Ulteriori testimonianze e osservazioni si sono succedute nei secoli successivi spesso rifacendosi ad esperienze su animali (fistole stercoracee in uso tra i veterinari) e riportate con esiti infausti nell’uomo. Littrè nel 1710 ebbe l’idea di una stomia, ma non la realizzò per risolvere un caso di ano imperforato. La prima segnalazione ufficiale di una stomia risale al 1750 per opera di William Cheselden in una paziente con un’ernia ombelicale. Pilon nel 1776 eseguì una colostomia con successo in un paziente affetto da neoplasia del retto. Dumas nel 1794 sancì la metodica. Maunory nel 1819, Dupuytren nel 1824, Nelaton nel 1840 eseguirono ileostomie, ma con scarso successo. Hewitt nel 1879 eseguì la prima ileostomia per occlusione intestinale. Le stomie realizzate sull’intestino tenue sono associate più strettamente con gli interventi del ventesimo secolo, ideate per trattare le patologie infiammatorie e neoplastiche intestinali o urologiche, sia in pazienti adulti che pediatrici.

Introduzione

La parola “stomia” deriva dal greco, **στόμια** “stomat”, che significa “bocca”. Le stomie gastrointestinali sono connessioni artificiali dell’intestino alla superficie cutanea. Testimonianze relative a colostomie eseguite per porre rimedio a casi di occlusione intestinale appaiono nel XVIII secolo. Le enterostomie del piccolo intestino sono associate più strettamente agli interventi chirurgici del ventesimo

secolo, concepite per trattare le patologie infiammatorie intestinali, urologiche, pediatriche ed epatobiliari.

Le stomie chirurgiche per deviare le feci in presenza di un'occlusione intestinale vengono descritte nella letteratura europea nel XVIII secolo. Le cause dell'occlusione intestinale includevano l'ernia e il cancro del colon-retto negli adulti e la malformazione anorettale congenita nei neonati. L'istinto del chirurgo ad intervenire, tuttavia, era mitigato dall'incertezza sull'esito. I pazienti che presentavano un'occlusione erano solitamente disidratati e malnutriti e la patologia sottostante non veniva trattata. L'intervento veniva eseguito senza il beneficio dell'anestesia, della ventilazione meccanica, della rianimazione, della somministrazione di liquidi per via endovenosa, della trasfusione di sangue, della radiologia, degli antibiotici, del supporto nutrizionale parenterale o di tutte le precauzioni adottate per la cura della stomia, che oggi sono date per scontate.

Chirurgia delle enterostomie prima del 19° secolo

L'agonia dell'occlusione intestinale è stata riconosciuta fin dall'antichità. I trattamenti descritti da Celio Aureliano (Roma, V sec. d.C.) erano prevalentemente di supporto e includevano: riposo, digiuno, vino, applicazione di calore per alleviare il dolore, clisteri, riduzione dell'ernia, antiemetici e l'ingestione di una pillola di piombo per sbloccare la massa ostruente. Celio attribuisce una soluzione chirurgica per l'occlusione intestinale a Prassagora di Cos, un chirurgo che secondo quanto riferito visse nel IV secolo a.C (Fig. 1).

I primi riferimenti a stomie e malattie dell'intestino suggeriscono la convinzione che il danno all'intestino tenue sia sempre stato fatale, mentre il danno all'intestino crasso potesse offrire una flebile speranza di recupero. Celso (55 a.C. – 7 d.C.) scrisse: “a volte l'addome può essere penetrato da una pugnalata e ne consegue che l'intestino possa essere coinvolto. Quando ciò accade, dobbiamo prima esaminare se è illeso e poi se persiste ancora il suo colore corretto. Se l'intestino tenue è stato penetrato, non si può fare nulla di buono. L'intestino più grande può essere suturato, non senza remore, perché una speranza dubbia è preferibile a una disperazione certa; occasionalmente guarisce”.

Si hanno inoltre riferimenti occasionali alla rottura spontanea dell'ernia gangrenosa

con conseguente formazione naturale di una stomia e riferimenti a ferite addominali da cui poi fuoriuscivano le feci.

George Deppe fu ferito nella battaglia di Ramillies nel 1706 e visse per 14 anni con una colostomia prolapsata. Nonostante questo, c'è stato poco sviluppo dal punto di vista chirurgico nel campo delle stomie fino al 18° secolo.

Un chirurgo di nome William Cheselden descrisse il trattamento di una sua paziente, Margaret White (Fig. 2). Era affetta da ernia ombelicale dall'età di 50 anni e all'età di 73 anni, in seguito ad un episodio di colica e vomito, l'ernia probabilmente prolapsò, si strozzò e andò in gangrena. Cheselden dovette rimuovere più di 60 cm di intestino tenue e confezionò una colostomia sul colon trasverso. In seguito, scrisse che la signora White recuperò e visse per molti anni ancora senza particolari problemi.

Due contemporanei di Cheselden, un francese di nome Henri Le Dran e un tedesco di nome Lorenz Heister, seguirono i loro eserciti sul campo di battaglia e acquisirono una notevole esperienza sulle ferite, comprese quelle dell'intestino. Le Dran aveva precedentemente osservato alcuni pazienti che, in preda alla disperazione, tentavano di rompere quelle che pensavano fossero bolle, ma che erano in realtà dolorose ferite infiammate. Secondo Le Dran la ferita risultante, che scaricava le feci, a volte guariva se veniva pulita e curata regolarmente. Egli suppose quindi che fosse più sicuro suturare l'intestino ferito al di fuori della ferita addominale per evitare che le feci si scaricassero all'interno dell'addome e provocassero una peritonite.

Anche Heister descrisse la sutura dell'intestino ferito alla parete addominale con filo cerato e il fissaggio con intonaco adesivo in modo che l'intestino non potesse scivolare all'interno e le feci evitassero di entrare nella cavità peritoneale. Heister visitò il campo olandese delle Fiandre nel 1709 e diede una rara descrizione della gestione della stomia: “ci sono stati casi in cui l'intestino ferito è stato curato facendo scaricare le feci all'esterno dell'addome attraverso la ferita, tutto ciò comportava la necessità di indossare un tubo di latta o d'argento, o di tenere costantemente panni sulla ferita per raccogliere gli escrementi; ecco può sembrare molto fastidioso, ma è sicuramente molto meglio separarsi da una delle comodità della vita, piuttosto che separarsi dalla vita stessa”. Come risultato delle sue osservazioni sui campi di battaglia, Heister capì come la facilità con cui l'intestino ferito aderiva ad altre strutture potesse essere usata a vantaggio del paziente.

Un altro esempio sia di chirurgia della stomia che di gestione della stomia stessa è stato descritto da un chirurgo francese chiamato Daguesceau. Nel 1795 un contadino era stato trafitto all'addome con un palo dopo essere inciampato mentre caricava il frumento su un carro. Daguesceau gli creò una colostomia e l'uomo visse fino all'età di 81 anni, gestendo la stomia con l'utilizzo di una piccola sacca in pelle come dispositivo di raccolta.

Dominique Larrey sviluppò le sue abilità chirurgiche sui campi di battaglia napoleonici e organizzò un sistema per trattare le vittime, offrendo sia il trattamento in loco che le procedure di evacuazione. Durante l'assalto al Cairo nel 1799 descrisse il trattamento e il successivo recupero di un soldato che aveva una ferita da arma da fuoco all'addome e all'intestino. Cucì l'intestino danneggiato sul bordo della ferita addominale che venne tenuta aperta fino a quando l'intestino ferito non fu guarito.

I chirurghi civili del 18° secolo divennero lentamente più rispettati. Conoscevano i loro limiti e, nel complesso, non erano disposti a correre rischi inutili o utilizzare tecniche non provate, preferendo intervenire solo per aiutare la natura. C'erano però alcune eccezioni disposte a spingere ulteriormente i confini della chirurgia e suggerire interventi più radicale. Alexis Littré parlò alla Royal Academy of Sciences di Parigi nel 1710 e descrisse l'autopsia in cui aveva trovato un bambino di sei giorni con un ano imperforato. Descrisse il retto come se fosse diviso in due parti connesse da filamenti di tessuto: la parte superiore piena di meconio e la parte inferiore vuota. Littré ebbe due suggerimenti per affrontare questa situazione: aprire le due estremità chiuse e cucirle insieme o portare l'estremità superiore sulla superficie dell'addome per farla funzionare come un ano.

Pillore di Rouen fu il primo ad applicare le idee di Littré, nel 1776. Il suo intervento chirurgico, tuttavia, non fu sufficientemente portato alla luce nella letteratura contemporanea dell'epoca. Il paziente, Monsieur Morel, presentava un tumore scirroso del retto totalmente ostruente. Tra i metodi utilizzati all'epoca per cercare di aprire il passaggio intestinale c'era l'ingestione di mercurio. Nessuno dei metalli ingeriti venne evacuato anche dopo 1 mese. Pillore, pertanto, raccomandò un intervento chirurgico per creare un ano artificiale. Pillore decomprese con successo l'intestino crasso ostruito con una cecostomia creata attraverso un'incisione sul quadrante inferiore destro dell'addome. Monsieur Morel sopravvisse 28 giorni. All'autopsia, Pillore trovò un tumore scirroso totalmente ostruente a livello della

giunzione sigma-retto. Il mercurio che il paziente aveva ricevuto venne trovato in un segmento canceroso di digiuno.

Il successo di Pillore fu documentato solo successivamente, nel 1839, da Amussat: egli pubblicò un trattato completo sul tema dell'ano artificiale. Esaminò due approcci principali che erano emersi per ottenere la decompressione dell'intestino crasso ostruito: colostomia ventrale e lombare (Fig. 3).

Nel 1793, Duret di Brest eseguì con successo una colostomia su un bambino con ano imperforato, che sopravvisse e visse fino all'età di 45 anni. In lode, Verneuil e Reclus scrissero che Duret sviluppò la sua tecnica sperimentando sui cadaveri, praticò la sua tecnica molte volte con successo e trasmise le sue conoscenze ai suoi allievi.

Nel 1797, Pierre Fine, primario chirurgo dell'ospedale di Ginevra, pubblicò due articoli sul tema dell'ano artificiale negli Annali della Società di Medicina di Montpellier. Notando che il lavoro di Fine era stato completamente ignorato, Amussat riprodusse i documenti nella loro interezza. Il paziente di Fine soffriva di un cancro del retto ostruente. Attraverso un'incisione tra l'ombelico e il pube, egli creò una stomia decompressiva. Il suo paziente visse tre mesi e mezzo. L'autopsia rivelò che aveva creato una colostomia trasversale.

Un secondo metodo di deviazione del colon utilizzando un approccio retroperitoneale venne introdotto a causa della preoccupazione che, utilizzando un'incisione ventrale, potesse svilupparsi una peritonite dovuta a lesioni intestinali intra-addominali. Nel 1800, Callisen, professore di chirurgia a Copenaghen, raccomandò l'accesso lombare al colon discendente per creare un ano artificiale.

Il più grande sostenitore dell'approccio retroperitoneale al colon fu Amussat. Egli sviluppò la sua tecnica chirurgica studiando l'anatomia chirurgica e patologica del colon nelle regioni lombari e, nel 1839, riferì i dettagli del suo primo caso per trattare il carcinoma ostruttivo del retto in una donna di 48 anni, Madame D., nata a Nantes.

Chirurgia delle enterostomie nel 19° secolo

Il primo intervento chirurgico elettivo registrato nel Regno Unito nel 19° secolo fu una colostomia creata da George Freer su un neonato nel 1815, ma il bambino morì tre settimane dopo. Questi interventi pediatrici venivano eseguiti su bambini in condizioni cliniche disperate, con malformazioni del colon-retto e, naturalmente in quel periodo, le morti erano molto comuni.

Il professor Gross di Filadelfia, scrivendo nel 1859, era stupito “che chiunque possedesse il giusto sentimento dell’umanità, dovesse seriamente sostenere una procedura così irta di pericoli e seguita, in caso di successo, da tali disgustose conseguenze”. E continuava: “Non posso, devo confessare, apprezzare la benevolenza che spinge un chirurgo a formare uno sbocco artificiale per l’eliminazione delle feci, in un caso di ano non perforato”.

Sebbene le colostomie fossero ancora abbastanza insolite da attirare l’interesse su base individuale, non possiamo essere sicuri della vera incidenza durante l’epoca vittoriana. Molti pazienti venivano operati nelle loro case senza che venissero tenuti registri. Nel 1887 William Allingham descrisse la sua creazione di una colostomia a doppio lume tenuta in posizione con un’asta di vetro. Un tipo simile di procedura di deviazione temporanea è ancora usato oggi.

Un significativo passo avanti nella chirurgia dell’intestino crasso è stato quello che è diventato noto come intervento di Paul-Miculicz, dal nome di due chirurghi che lavoravano tra la fine del 19° e l’inizio del 20° secolo. È una stomia temporanea in cui il colon malato viene resecato e le due estremità tagliate sono unite insieme all’interno dell’addome per formare una stomia. Più tardi, la continuità dell’intestino viene ripristinata senza ulteriori interventi chirurgici maggiori ricucendo insieme le due estremità di colon che viene ridotto in cavità addominale.

Chirurgia delle enterostomie nel 20° secolo

Non prima dell’inizio del 20° secolo vennero presi provvedimenti per trattare la colite con intervento chirurgico e ileostomia se il trattamento medico falliva. John Young Brown di St. Louis descrisse nel 1913 la gestione con successo della colite ulcerosa creando un’ileostomia temporanea. La continuità dell’intestino veniva in

seguito ripristinata con un'anastomosi quando si riteneva che il colon fosse guarito. Anche se questo divenne un trattamento chirurgico accettato negli Stati Uniti, i tassi di mortalità erano molto alti in quanto i pazienti erano di solito parecchio malati.

La tecnica di base di confezionamento della colostomia è rimasta grossomodo invariata dalla metà del 19° secolo. Abbiamo una descrizione del 1923 dell'intervento di Hartmann per tumori del sigma-retto. Questo era originariamente un singolo intervento che comportava l'escissione del retto superiore e del colon sigmoideo, la chiusura del moncone rettale e la formazione di una colostomia terminale.

I chirurghi erano molto riluttanti nell'accettare le ileostomie come permanenti e originariamente era stato previsto che le ileostomie dovessero essere temporanee fino a quando la malattia non fosse stata curata e la normale funzione dell'ano potesse essere ripristinata. Ben presto divenne evidente che in molti casi non solo la malattia si ripresentava dopo che la stomia veniva chiusa, ma che l'intestino cronicamente malato presentava un'alta incidenza di malignità. Non sembrava esserci alternativa alla rimozione del colon e alla creazione di un'ileostomia permanente.

Negli anni '30 venne realizzata una procedura in quattro fasi con diverse settimane tra ogni fase. Prima veniva confezionata l'ileostomia, quindi rimosso il colon destro e la sua estremità prossimale abboccata alla superficie cutanea. Quindi veniva rimosso il colon sinistro e il sigma veniva portato in superficie. Infine, si eseguiva una resezione addomino-perineale. Dal 1940 la seconda e la terza fase venivano eseguite insieme grazie a miglioramenti farmacologici, anestetici e nella scienza chirurgica. Nel 1943 a Montreal Gavin Miller combinò le prime due fasi della procedura, eseguendo una proctocolectomia su una giovane ragazza con grave colite ulcerosa. Miller e il suo gruppo sono stati i primi a eseguire una panproctocolectomia in singolo stadio: l'escissione del colon, del retto e del canale anale e la formazione di un'ileostomia permanente dall'ileo terminale.

Uno dei principali svantaggi nella creazione di un'ileostomia permanente era la qualità di vita del paziente dopo l'intervento chirurgico a causa delle inadeguate cure postoperatorie. Lester Dragstedt di Chicago usò innesti cutanei intorno all'ileostomia per cercare di superare il problema dell'escoriazione della pelle, purtroppo questi innesti provocavano un'alta incidenza di stenosi, ulcerazione e talvolta fistole.

Nel 1952 Bryan Brooke di Birmingham ideò una tecnica migliorata per modellare un'ileostomia che consisteva nell'eversione della mucosa del piccolo intestino per formare un "beccuccio". Ciò ha contribuito a superare la stenosi e altri problemi associati a una stomia mal costruita.

Durante il 20° secolo i chirurghi divennero sempre più interessati a migliorare la qualità di vita del paziente dopo l'intervento chirurgico. Alcuni volevano trovare alternative sia alla stomia che alla necessità di indossare un presidio per stomia. Vennero sperimentate nuove procedure che offrivano un certo grado di continenza. Nel 1969 il professor Nils Kock, un chirurgo svedese, pubblicò la sua tecnica che consisteva nel creare una sacca dall'ileo terminale interna all'addome per fungere da serbatoio per le feci. La sacca veniva incannullata e svuotata con un catetere tramite una valvola esterna. Questa procedura, tuttavia, non risultò adatta per i pazienti con malattia di Crohn a causa del rischio di recidiva all'interno dell'intestino che costituisce il serbatoio.

Nel 1978 Sir Alan Parks descrisse la sua procedura per formare un serbatoio da un tratto di ileo terminale. L'ileo veniva modellato a forma di J o W, aperto e trasformato in una sacca (pouch). Un'estremità della sacca veniva anastomizzata all'ano e, poiché gli sfinteri restavano intatti, la continenza del paziente veniva conservata.

Un'alternativa alla stomia è stata cercata per quei pazienti che soffrivano di grave incontinenza fecale a causa della perdita della normale funzione dello sfintere anale. Questo poteva essere dovuto a una serie di motivi come anomalie congenite, incidenti, malattie o parto. A Maastricht e al Royal London Hospital venne realizzata una procedura nota come graciloplastica dinamica. Il muscolo gracile della coscia veniva trasposto per creare un nuovo sfintere, che doveva essere stimolato elettricamente per poter funzionare. Questa procedura è ora disponibile in diversi centri, ma i pazienti vengono avvertiti sul suo scarso successo.

Storia dei dispositivi medici monouso per le stomie

Abbiamo brevi descrizioni del management delle stomie da parte dei primi pazienti stomizzati. Nel 18° secolo esistono testimonianze di vittime della battaglia delle Fiandre che usavano barattoli, tubi d'argento e panni per raccogliere la loro produzione fecale.

Come descritto in precedenza, nel 1795, Daguesceau curò con successo un contadino che aveva subito una lesione addominale penetrante creando un ano artificiale secondo il metodo di Littré. In quell'occasione venne creata una piccola sacca per raccogliere le feci scaricate dall'ano artificiale (Fig. 4).

Durante il 19° secolo i pazienti generalmente adoperavano cuscinetti, medicazioni assorbenti e cinture e poco cambiò in tutto questo secolo.

Dal 1910 in poi alcuni pazienti gestirono le loro stomie indossando pesanti cinture chirurgiche con cinghie e fibbie. Le cinture, che fungevano anche da indumenti di supporto, incorporavano una tazza di plastica sopra la stomia. Il paziente legava la tazza con cotone idrofilo, lanugine o garza, che sarebbe stata cambiata se necessario. Possiamo solo immaginare quanto possa essere stato restrittivo, scomodo e sgradevole nelle stagioni calde.

I chirurghi dovevano quindi affrontare il dilemma che creando un'ileostomia per curare un paziente avrebbero seriamente limitato la sua qualità di vita, a meno che non offrissero anche un apparecchio di raccolta efficace che avrebbe fatto fronte alla produzione fecale più liquida nel caso di un'ileostomia. Pertanto, prendevano in considerazione la creazione di un'ileostomia solo se strettamente necessaria e questo ovviamente poteva spesso avere implicazioni cliniche sull'andamento della patologia di base.

Nei primi anni '40 furono fabbricati commercialmente i primi sacchetti di gomma e divenne possibile ottenere presidi per ileostomia. Questi primi sacchetti di gomma erano un miglioramento di ciò che era stato disponibile fino ad allora, ma davano grossi problemi a chi li indossava. Erano grandi e richiedevano una notevole quantità di tempo per adattarsi, poiché dovevano essere attaccati alla pelle con adesivi. Gli adesivi utilizzati erano spesso così forti da causare gravi irritazioni alla pelle. I sacchetti venivano accuratamente lavati, appesi ad asciugare, girati dentro e fuori per essere riutilizzati. Con l'uso frequente le borse iniziavano ad assorbire gli odori e diventavano puzzolenti.

Durante la Seconda guerra mondiale, l'intraprendenza, l'ingegno e la necessità portarono alla creazione di recipienti recuperati dalle mense, per i soldati con ileostomia o colostomia. I contenitori rigidi posti sotto la stomia e tenuti in posizione

con cinture erano ingombranti e spesso caratterizzati da perdite e da lesioni alla stomia o alla cute adiacente.

Dalla metà del 20° secolo in poi, le indicazioni per le stomie intestinali si espansero. Nel 1950, Bricker ideò la sostituzione della vescica dopo l'eviscerazione pelvica. A seguito di anastomosi ureterale bilaterale, segmenti di ileo, colon sigmoideo o ileocecali venivano drenati sulla superficie addominale come una ileostomia, colostomia o cecostomia. Nel 1969, Kock introdusse il serbatoio intraaddominale continente in pazienti con ileostomia permanente. Nel 1972, Suruga descrisse il trattamento dell'atresia biliare mediante portodigiunostomia in cui fu creata un'enterostomia cutanea aggiuntiva dell'ansa drenante per consentire l'osservazione del flusso biliare. Nel 1976, Feustel eseguì una colostomia continente usando un anello magnetico impiantato nella parete addominale intorno alla stomia.

In una storia di produttori di presidi per stomia, Davidson e Fischer notarono che i miglioramenti negli apparecchi per stomia spesso furono creati da visionari lungimiranti che hanno visto la necessità di qualcosa di meglio o perché avevano una stomia loro stessi o perché erano vicini a qualcuno con una stomia.

Storia di alcuni dispositivi per stomie

Prima del 1960, solo 25 aziende (per lo più piccole imprese imprenditoriali) producevano forniture per stomia.

a. Il dispositivo di Koenig–Rutzen

Nel 1934 Koenig, di Chicago, presentò una domanda di brevetto per un presidio per colostomia. L'apparecchio era costituito da due sottili fogli di gomma flessibile che giacevano piatti l'uno sull'altro. Di conseguenza, il contenitore era piatto o molto sottile. Un pezzo simile a una rondella in gomma morbida, adattato al contatto con la parete addominale di chi lo indossa attorno a un orifizio, ha prodotto una guarnizione per impedire la fuoriuscita di liquidi. Koenig collaborò con Herman W. Rutzen per produrre l'apparecchio a Chicago.

b. Il dispositivo di Sorenson

Negli anni '50, in Danimarca si registrò un aumento nei presidi monouso in plastica per stomia. Nel 1954, Elise Sorensen era conosciuta dai suoi colleghi come un'infermiera molto dedita al suo lavoro. Questa dedizione ha assunto un significato

aggiunto quando sua sorella minore, Thora, fu colpita dal cancro al colon e subì un intervento chirurgico con confezionamento di colostomia. Le limitazioni fisiche non vennero certo rese più facili dai presidi allora disponibili. Erano ingombranti, poco igienici e costosi. Ma più seriamente, non riuscivano ad offrire una protezione affidabile contro l'odore e le perdite. Comossa dalla difficile situazione di sua sorella, Elise Sorensen iniziò a sviluppare un apparecchio che avrebbe superato gli svantaggi dei dispositivi esistenti. La nuova borsa era "non porosa, sottile ed elastica", citando la sua domanda di brevetto. E come svolta rivoluzionaria, era usa e getta e dotata di un adesivo per l'applicazione diretta sul corpo, senza bisogno di cinghie ingombranti. Poiché la sua idea era stata respinta da molti produttori di prodotti per disabili, Elise Sorensen si rivolse a Dansk Plastic Emballage, un'azienda produttrice di sacchetti di plastica, piccola ma di successo, di proprietà di Aage Louis-Hansen. Dansk Plastic Emballage divenne successivamente la Coloplast Company nel 1957.

c. La Karaya

La karaya è una gomma vegetale prodotta da alberi tropicali asiatici, del genere *Sterculia*. I metodi migliorati per proteggere la pelle includevano l'applicazione di materiali usati come fissativi per protesi. Il possibile uso della karaya è stato identificato da Turnbull a Cleveland. Con le conoscenze mediche di Turnbull e le capacità produttive e ingegneristiche di Fenton, la karaya venne in seguito prodotta dalla Marlen Company come presidio per stomie.

d. Hollister

Hollister è nata semplicemente come il sogno di un uomo: John Dickinson Schneider. Nel 1921, egli aprì una tipografia individuale, JDS Printer Craftsman. Nel 1948, Schneider acquistò la Franklin C. Hollister Company, che stampava certificati di nascita. Nel 1964 l'azienda è entrata nel nuovo programma di cure per stomia quando un dipendente chiese al signor Schneider sulla necessità di una borsa per colostomia. Il padre del dipendente era colostomizzato ed espresse la necessità di una borsa per colostomia che funzionasse. All'epoca i prodotti utilizzati erano relativamente inefficaci e includevano un sacchetto con una guarnizione di cartone. Il signor Schneider pensava di poter progettare un prodotto di prima classe; così dedicò alcuni suoi dipendenti a studiare una formula di karaya e glicerina che avrebbe permesso alla borsa di essere posizionata direttamente sul corpo. Aveva appreso della karaya da un articolo sulla polvere di karaya del Dr. Rupert Turnbull della Cleveland Clinic. Il signor Schneider fece quindi sperimentare ai suoi ingegneri

glicerina, karaya e glicole propilenico fino a quando non fu sviluppata una formula. Il risultato fu il Karaya Seal Ring a stato solido, commercializzato per la prima volta su elettrodomestici usa e getta e successivamente brevettato da Hollister.

Il grande successo di questo prodotto si verificò in larga misura perché fornì un'efficace protezione della pelle. Schneider lavorò a stretto contatto con i gruppi di pazienti stomizzati, fondati per sostenersi gli uni con gli altri. Nei gruppi, molti stomizzati condividevano i loro problemi e il signor Schneider era interessato a conoscerli. A quel tempo, Hollister vendeva al dettaglio direttamente dall'ufficio Hollister di Chicago, quindi invitava gli stomizzati a visitare l'azienda e condividere le loro esperienze al fine di sviluppare idee per risolvere i loro problemi. Nei primi tempi, i pazienti non parlavano apertamente delle loro stomie. Hollister pubblicò una delle prime pubblicità in una pubblicazione al dettaglio portando gli stomizzati allo scoperto. Improvvisamente le persone che avevano subito un intervento chirurgico di stomia potevano fare di più con la vita piuttosto che semplicemente affrontarla. Il feedback degli utenti ha contribuito allo sviluppo della sacca opaca e di altri presidi che vengono tuttora utilizzati.

Storia della stomaterapia

Prima che ci fossero le scuole, l'apprendimento della stomaterapia comportava esclusivamente l'affiancamento di un maestro clinico. Il legame tra il chirurgo e il paziente era in genere molto stretto e spesso andava oltre la sala operatoria, fino in casa. Robert W. Turnbull ricorda come il suo apprendimento iniziò un giorno al fianco di suo padre. Nel 1961, Rupert B. Turnbull Jr. creò la prima scuola dedicata alla formazione di esperti nel campo della stomaterapia con l'assistenza della signora Norma Gill, a sua volta una stomizzata che aveva subito da Turnbull un intervento chirurgico per colite. La signora Gill divenne poi la prima direttrice della scuola. Da allora la stomaterapia è diventata una specialità infermieristica internazionale.



Fig. 1: Prassagora di Cos



Fig. 2: Margaret White



Fig.3: Colostomia spontanea
in seguito ad ernia inguinale
strozzata

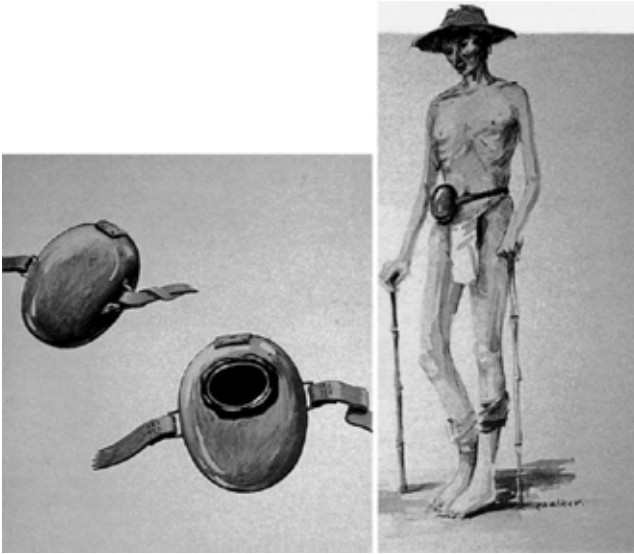


Fig. 4: Antico presidio per stomia

BIOGRAFIA

1. Amussat JZ. Mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans la région lombaire sans pénétrer dans le péritoine. Acad R Méd, Germer-Baillière, Paris, 1 Oct 1839.
2. Black, PK. (1994) History and evolution of stomas. *British journal of Nursing*; 3:1.
3. Black, PK. (1999) New developments in stoma appliances and care. *Nurse Prescriber/Community Nurse*; March 1999.
4. Bricker EM. Bladder substitution after pelvic evisceration. *Surg Clin North Am*. 1950;30(5):1511-21.
5. Brooke BN. The management of an ileostomy, including its complications. *Lancet*. 1952;2(6725):102-4
6. Caelius Aurelianus. On acute diseases and on chronic diseases (Drabkin IE, edited and trans). Chicago: The University of Chicago Press; 1950.
7. Celsus. De Medicina, English trans. by Spencer, W.G. (1935) London: Heinemann Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 3, 385.
8. Cheselden, W. (1756) *The anatomy of the human body*. 7th Edition. London. Hitch and Dodsley.
9. Coloplast Company. *How it all began*. Humlebaek, Sept 1997.
10. Cromar CD. The evolution of colostomy. *Dis Colon Rectum*. 1968;11(4):256-80.
11. Duret, C. (1798) Observations et reflexions sur une imperforation de l'anus, *Recueil Périodique de la Société de Médecine de Paris*, 3, 46. (Reprinted in Amussat (1839) pp. 95-99.)
12. Elcoat, C. (1986) *Stoma Care Nursing*, London: Baillière Tindall.
13. Fazio, Victor W., James M. Church, and James S. Wu, eds. *Atlas of intestinal stomas*. Springer Science & Business Media, 2012.
14. Hartmann H. Technique de la colostomie dans le traitement de certaines tumeurs inopérables du rectum. *Rev Chir*. 1900;22: 613-20.
15. Hollister. The karaya story. Courtesy of Ms. Bobbi Micale, Hollister, Incorporated.
16. Kock, N.G. (1969) Intra-abdominal reservoir in patients with permanent ileostomy. *Archives of Surgery*; 99, 223-231.
17. Littré. Diverses observations anatomiques. *Histoire de l'Académie R Sci (France)*. 1710:36-7.
18. Mikulicz J von. Surgical experiences with intestinal carcinoma. *Med Classics*. 1937;2:210-29.
19. Parks AG, Nicholls RJ, Belliveau P. Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. *Br J Surg*. 1980;67(8):533-8.
20. Turnbull RW, Turnbull GB. The history and current status of paramedical support for the ostomy patient. *Sem Colon Rectal Surg*. 1991;2:131-40.

1.5 INTRODUZIONE: FUNZIONI ORIGINARIE, DISFUNZIONI, STOMIE E NUOVE FUNZIONI



SALVATORE RAMUSCELLO

Direttore UOC Chirurgia Generale Ospedale della Navicella, Chioggia

Abstract

Il termine stomia è una espressione proveniente dal greco che nella lingua corrente si traduce come bocca. Nella pratica chirurgica per stomia si intende la giunzione di un tratto intestinale, enterostomia, o dell'uretere, ureterostomia, alla parete addominale, per permettere la fuoriuscita di feci o urine all'esterno, ciò dovuto ad una malattia dell'apparato digerente o urinario che ne impedisce l'emissione per la via naturale, il più delle volte per malattie tumorali.

La percezione della realtà è ciò che riusciamo a distinguere con i nostri sensi oppure risulta essere influenzata dalla nostra mente e dal nostro vissuto?

Per il chirurgo il confezionamento di una stomia è un trattamento curativo per la gestione clinica di una malattia rilevante, per il paziente che la deve subire spesso non è così. Nel paziente intervengono sempre fattori personali, culturali e sociali che portano al momento del colloquio, verso un rifiuto, a dimostrazione che la realtà viene percepita in maniera differente, fino al punto da considerare, nella propria decisione, la soluzione chirurgica di una stomia prevalente rispetto alla gravità della malattia.

Il team chirurgico, pertanto, deve essere in grado di appropriarsi non solo di tecniche chirurgiche innovative ma anche di sviluppare le proprie competenze nell'ambito della comunicazione e della socialità.

Il termine stomia è una espressione proveniente dal greco che nella lingua corrente si traduce come bocca. Nella pratica chirurgica per stomia si intende la giunzione

di un tratto intestinale, enterostomia, o dell'uretere, ureterostomia, alla parete addominale, per permettere la fuoriuscita di feci o urine all'esterno, ciò dovuto ad una malattia dell'apparato digerente o urinario che ne impedisce l'emissione per la via naturale, il più delle volte per malattie tumorali o traumatiche.

Per il chirurgo o urologo il confezionamento di una stomia è un trattamento curativo per la gestione clinica di una malattia rilevante. Per il paziente che la deve subire spesso non è così, nel paziente intervengono sempre fattori personali, culturali e sociali che portano al momento del colloquio, verso un rifiuto. Questo a dimostrazione che la realtà viene percepita spesso in maniera differente, fino al punto da considerare da parte del paziente, nella propria decisione, la soluzione chirurgica di una stomia maggiormente preoccupante rispetto alla gravità della malattia stessa.

La percezione della realtà, quindi, è ciò che riusciamo a distinguere solo con i nostri sensi, oppure risulta essere influenzata dalla nostra mente e dal nostro vissuto?

Per tutta questa serie di motivi, Il team chirurgico pertanto deve essere in grado di appropriarsi non solo di tecniche chirurgiche innovative e mininvasive ma anche di sviluppare le proprie competenze nell'ambito della comunicazione e della socialità.

L'influenza di una stomia sul benessere e sulla qualità della vita di una persona sembra raffigurarsi quindi come un tipico esempio sulla necessità di valutare gli esiti degli atti chirurgici non solo in termini di recupero dello stato fisico e della salute, ma di considerare parimenti l'impatto sulla vita dell'individuo in tutti i suoi aspetti. L'analisi delle ricerche su pazienti con stoma intestinale, ad esempio, ha evidenziato che esistono molteplici aspetti sull'adattamento allo stoma ancora meritevoli di essere indagati; in particolare, fattori psicosociali, le reazioni emozionali alla modificazione fisica, l'impatto della stomia sulla vita di relazione.

Oltre agli immediati cambiamenti di natura fisica causati dalla stomia, questi pazienti subiscono un notevole impatto psicologico che necessita di essere considerato. Come vive il paziente il confezionamento della stomia a livello psicologico? In che modo la stomia influenza la qualità di vita del paziente?

Le problematiche maggiormente riscontrate dagli studi pubblicati e dall'esperienza

sono risultate essere le seguenti:

- alterazione dell'immagine corporea;
- cattivo odore
- perdite e complicazioni relative allo stoma
- compromissione della sessualità
- alterazione dell'alimentazione e del sonno
- ansia
- depressione e solitudine
- imbarazzo e vergogna
- perdita del controllo della situazione
- calo dell'autostima
- disinvestimento nelle attività sociali
- abbandono del lavoro e dell'attività sportiva
- isolamento
- difficoltà nella relazione di coppia e nei contatti sociali.

Rispetto alle problematiche sopramenzionate, i problemi causati dalla stomia possono essere evitati, o almeno contenuti, grazie ad una presa in cura globale del paziente, sia prima che dopo l'intervento.

A questo punto diventa essenziale individuare a chi spetta la presa in carico del paziente. Questa non può essere certo affidata al singolo professionista, ma occorre che tutto il team chirurgico venga coinvolto nella procedura. Da questo punto di vista quindi il team chirurgico non potrà essere ristretto solo ai chirurghi ma deve comprendere nel suo interno tutte le figure professionali idonee alla cura della persona stomizzata.

Da questa prospettiva riteniamo molto utile l'esperienza che abbiamo maturato nella nostra UOC di Chirurgia dell'Ospedale di Chioggia nell'ambito del protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery).

Con questo assetto organizzativo multiprofessionale, il nostro team prende in carico il paziente fin dal primo colloquio, cioè il giorno della comunicazione della diagnosi e del trattamento previsto. La presa in carico però non riguarda solo il paziente ma anche il suo entourage familiare, dove l'individuazione del care giver, diventa un momento essenziale per l'intero processo. In conclusione, possiamo affermare, con una esperienza ormai consolidata da circa 5 anni che l'approccio organizzativo dell'ERAS aggiunge alla cura della malattia anche la cura della persona.

Le altre figure professionali coinvolte nello svolgimento dell'intero sono i

seguenti: l'infermiere che prenderà in carico il paziente al momento del ricovero, l'enterostomista, il dietista, il fisioterapista, lo psicologo, il rappresentante dell'associazione dei volontari, AISTOM nel nostro caso.

Il target del protocollo ERAS è la preparazione del paziente affinché possa arrivare all'intervento chirurgico nelle migliori condizioni psico fisiche migliori. Per raggiungere tale obiettivo è necessaria una valutazione nutrizionale, riabilitativa e psicologica attraverso un percorso ben definito che il paziente dovrà necessariamente effettuare. La garanzia sul corretto sviluppo del percorso è in carico al caregiver.

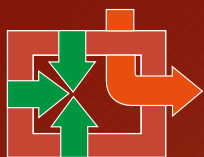
Il ruolo dell'infermiere che gestirà l'accoglienza si sviluppa verso una valutazione delle necessità assistenziali sia durante il ricovero sia al momento del ritorno al domicilio. Per questo motivo è importante una valutazione sugli aspetti sociali non solo del paziente ma dell'intera famiglia.

Nel nostro protocollo ERAS, riguardo il paziente a cui viene confezionata una stomia, l'enterostomista diventa la figura professionale centrale, sicuro punto di riferimento sia per il paziente sia per la famiglia. Quindi dovrà acquisire capacità aggiuntive rispetto alle proprie competenze tecniche:

- sviluppo di moderne tecniche comunicative innovative come il counselling narrativo. Il counselling narrativo, cioè l'esperienza passata e presente da parte del paziente, la sua personale visione della malattia attuale e di passate esperienze di malattia, o della cultura familiare relativa alla malattia, vengono ripercorse in un'ottica centrata sulle soluzioni, ovvero individuando le risorse da utilizzare per risolvere anche questo difficile momento. La tecnica della narrazione della propria esperienza, nel colloquio individuale o di gruppo ed il coinvolgimento dell'associazione volontaria dei pazienti nel gruppo ha dimostrato notevoli risultati.
- competenza sui percorsi gestionali dell'ambulatorio,
- conoscenza delle principali leggi e decreti che riguardano il paziente con stomia,
- verifica della puntuale consegna dei presidi
- essere il punto di riferimento per le associazioni di volontari

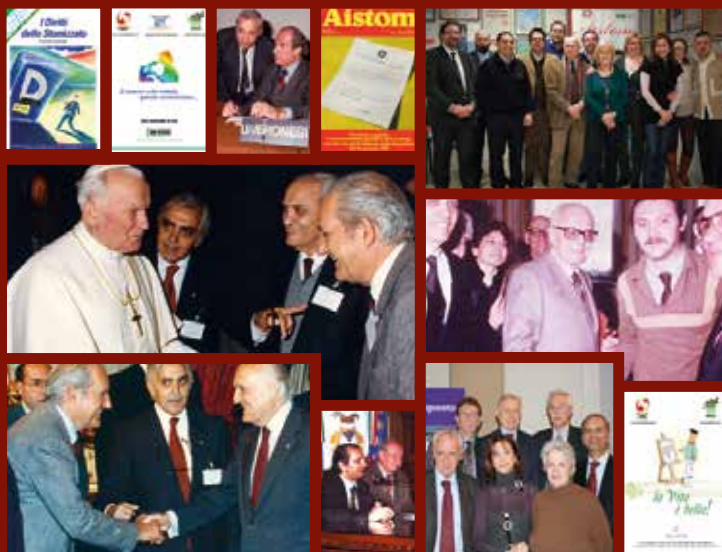
È il momento di iniziare bene i secondi 50 anni di AISTOM

1.6 STORIA DELL' AISTOM



A.I.STOM.

40 anni **1973**
istom **2013**
40 ANNI CON TE E PER TE



40 anni di storia
al servizio dello stomizzato
e dei suoi familiari

IL SOCIALE



Roma,
2 marzo
1983

Incontro col
Presidente della
Repubblica, il
Sen. Sandro
Pertini nella sua
casa privata



Roma,
2 marzo
1983

Incontro col
Presidente della
Repubblica, il
Sen. Sandro
Pertini nella sua
casa privata



Milano,
1980

La pubblicità
dell'A.I.Stom. sui
mezzi di trasporto
(A.T.M. e Metrò)



Milano,
17 ottobre
1981

“Spattinata
'81” Camper
per raccolta
iscrizioni



Il Prof.
Francesco
Crucitti
(Presidente
Nazionale
Aistom)
all'uscita dalla
sala operatoria

Milano,
1982

Finalità statutarie
dell'Aistom in una
delle prime riviste
Aistom





**Roma,
19 novembre
1992**

XI legislatura -
prima proposta
di legge in favore
delle persone
stomizzate,
presentato dall'On.
Prof. Giovanni
Martino Bonomo
(a sinistra). A
destra della foto
il Ministro per
gli Affari Sociali,
il Sen. Adriano
Bompiani



**Roma,
22 Ottobre
1993**

Visita ufficiale al
Presidente della
Repubblica Italiana
Sen. Oscar Luigi
Scalfaro



**Milano,
24 novembre
1995**

Istituto Nazionale
Tumori, il Prof.
Alberto Peracchia
eletto Presidente
A.I.Stom.

Milano,
24 novembre
1995

Istituto Nazionale
Tumori, il Prof.
Alberto Peracchia
(a destra della foto)
eletto Presidente
A.I.Stom.



Israele,
25 maggio
1995

I delegati Aistom
al Meeting
"European Ostomy
Association".
Da sinistra: il Prof.
Gian Gaetano
Delaini e il Sig.
Giuseppe Gatti



Targa identificativa
"Centro A.I.Stom."
apposta nelle
strutture
accreditate



Associazione Italiana Stomisti

Centro Riabilitativo Enterostomale

1

www.aistom.org
aistom@aistom.org

800-675323
NUMERO VERDE



**San Giovanni
Rotondo (FG),
5 ottobre 1996**

1^ Giornata
Mondiale dello
Stomizzato
Da sinistra: il Prof.
Bernardino Tardio,
il Sen. Dino De
Anna (all'epoca
Segretario della
Comm. Igiene e
Sanità del Senato),
il Prof. Marcello
Pietroiusti, il prof.
Ricci Barbini e
il sig. Giovanni
Brunetto

**San Giovanni
Rotondo (FG),
5 ottobre
1996**

Giornata Mondiale
dello Stomizzato.
Da sinistra: il Prof.
Bernardino Tardio,
il Sen. Dino De
Anna (all'epoca
Segretario della
Commissione
Igiene e Sanità del
Senato), il Prof.
Marcello Pietroiusti



**Roma,
30 gennaio
1997**

Prima
manifestazione
nazionale di
protesta A.I.Stom.
Incontro degli
stomizzati della
regione Veneto con
l'On. Rosy Bindi per
sensibilizzarla alle
problematiche delle
persone stomizzate



**Roma,
30 gennaio
1997**

Prima
manifestazione
nazionale di
protesta A.I.Stom.





**Roma,
30 gennaio
1997**

Prima
manifestazione
nazionale di
protesta A.I.Stom.



**Roma,
30 gennaio
1997**

Prima
manifestazione
nazionale di
protesta A.I.Stom.



**Bari,
24 marzo
1997**

Presentazione
1[^] edizione
(sponsorizzata
ConvaTec) opuscolo
"I Diritti dello
Stomizzato". Da
sinistra l'autore,
il Cav. Francesco
Diomende, il
Presidente Aistom
Prof. Alberto
Peracchia e il
Vice-presidente
Aistom, il Prof. Gian
Gaetano Delaini



**Bari,
15/16 maggio
1998**

Presentazione
della 1[^] edizione
dell'opuscolo
"I Diritti dello
Stomizzato"
(sponsorizzata
ConvaTec)



**Verona,
gennaio 1998**

Auditorium
Glaxo Wellcome
presentazione
"Vademecum
sull'Handicap" - da
sinistra: l'On. T.
Valpiana, il Sen.
F. Carella (Pres
Comm. Igiene e
Sanità del Senato
della Repubblica),
il pres. A.I.Stom.
Prof. A. Peracchia,
il Cav. F. Diomede
(autore del volume)
e il Prof. G. Delaini
Vice-pres. Aistom

**Bari,
15 maggio
1998**

Il Sen. Francesco
Carella, Presidente
della Commissione
Igiene Sanità
del Senato della
Repubblica, apre i
lavori del Convegno
Nazionale A.I.Stom.
"Stomizzati Anni
2000"



**Milano,
1998**

Istituto Nazionale
Tumori, assemblea
generale A.I.Stom.

**Milano,
1998**

Istituto Nazionale
Tumori, assemblea
generale A.I.Stom.





**Milano,
8 marzo
1999**

Istituto Nazionale Tumori, il Prof. Giorgio Di Matteo eletto Presidente Nazionale A.I.Stom.

**Roma,
9 settembre
1999**

Audizione alla XII Commissione AA.SS. della Camera dei Deputati (Presidente Comm. On. Marida Bolognesi), per esporre le problematiche degli stomizzati



**Roma,
7 giugno
2000**

Rivista stampata in occasione della 2^ manifestazione nazionale di protesta in Piazza Monte Citorio

**Brindisi,
20 novembre
2000**

Presentazione della nuova edizione de "I Diritti dello Stomizzato" (sponsorizzata dalla B/Braun - OPM). Da sinistra: l'Avv. Giuseppe Greco, il Cav. Gabriele Rastelli, il Cav. Francesco Diomede e il Prof. Gian Gaetano Delaini





**Brno,
Repubblica Ceca
11-13 aprile
2001**

Corso di
Formazione in
Stomaterapia
finanziata
dall'A.I.Stom.
A sinistra il prof.
Tomas Skricka
(organizzatore
dell'evento),
a destra la
coordinatrice del
corso e Segretaria
Nazionale A.I.Stom.
Maria De Pasquale

**Bari,
29 aprile
2006**

Istituto Nazionale
Tumori Giovanni
Paolo II - Elezione
del Prof. Giuseppe
Dodi a Presidente
Nazionale A.I.Stom.



**Roma,
20 aprile
2007**

Campagna
Prevenzione
Tumore colon-retto
realizzata da
Ageing Society.
Incontro col Sen.
Ignazio Marino,
ex Presidente
della Commissione
Igiene e Sanità
del Senato della
Repubblica, attuale
Sindaco di Roma



Roma,
15 maggio
2008

Una delle tante
proposte di
legge stimulate
dall'A.I.Stom.



Roma,
31 luglio
2008

Ministero della
Salute - Il
Sottosegretario On.
Francesca Martini
ha incontrato
la Federazione
Italiana delle
Associazioni di
Volontariato in
Oncologia (FA.VO.)
per eliminazione
tickets su dispositivi
medici per stomia e
incontinenza

Roma,
31 luglio
2008

Ministero della
Salute - Il
comunicato stampa
del Sottosegretario
On. Francesca
Martini



Roma,
dicembre
2008

l'A.I.Stom. ha
contribuito alla
revisione del
"Programma
nazionale per le
linee guida in
sanità"



Roma,
gennaio
2009

una delle tante
proposte di
legge stimulate
dall'Associazione

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2078

PROPOSTA DI LEGGE

INIZIATIVA DEI DEPUTATI

NUNZIO FRANCESCO TESTA, CESA, DE POLI, MEREU, OPPI, DELFINO,
DIEGO, ANNA TERESA FORMISANO, TASSONE, VOLONTÈ, ZINZI

Disposizioni in favore dei soggetti incontinenti e stomizzati

Presentata il 20 gennaio 2009

Ossessiono Cazzaroni! — La presente proposta di legge, nel rispetto del diritto alla vita, alla riabilitazione e alla pari opportunità, intende garantire una migliore qualità di vita ai soggetti incontinenti urinari/ fecali e stomizzati presenti in Italia.

Gli stomizzati sono soggetti (adulti e bambini) che per patologie di varia natura (traumatica, traumatica, degenerativa o non plastica) perdono il controllo volontario sulle urine, sulle feci, o su entrambe le funzioni. Gli stomizzati, nella maggior parte dei casi, sono malati di cancro che per aver salva la vita, devono necessariamente subire l'asportazione di organi di vitale importanza, quali il retto e la vescica, e di entrambi gli organi in taluni stomizzati.

La strada al miglioramento (o economicità) di stomizzati e urinocontenitori, può essere creata una solidarietà comunitaria tramite periodici incontri (incontri) organizzati dove i soggetti affetti nel proprio mondo sociale (e se trovano il comfort). Per comprendere la qualità della loro situazione, pensare che una persona stomizzata digerisce dopo appena dieci minuti di orologio del pasto.

La Commissione oncologica nazionale ha avvertito che il carcinoma colorettale (CCR) è la seconda causa di morte nei Paesi industrializzati dopo la neoplasia del polmone. Infatti, in Europa, ogni anno si registrano per CCR 95.000 persone, di cui 70.000 nella sola Italia, e i tassi più elevati di mortalità si registrano nel sesso-maschi.

Roma,
14 maggio
2009

una delle tante
proposte di
legge stimulate
dall'Associazione



Napoli,
3 Ottobre
2009

2^ Giornata
Mondiale dello
Stomizzato



Roma,
13 maggio
2010

5^ Giornata
nazionale del
malato oncologico.
L.A.I.Stom. è
fondatrice della
FAVO (Federazione
Italiana delle
Associazioni di
Volontariato in
Oncologia)





Roma,
13 maggio
2010

5^a Giornata
nazionale del
malato oncologico.
Foto di gruppo
con al centro
la giornalista
televisiva Cristina
Parodi



2010

Mission A.I.Stom.
5 per mille
dell'anno 2010



2012

Mission A.I.Stom.
5 per mille
dell'anno 2012



Bari,
marzo
2013

Consiglio Direttivo,
Collegio dei
Revisori e Comitato
scientifico
Nazionale A.I.Stom.



**Roma,
maggio
2013**

Giornata Nazionale
del malato
oncologico (FAVO)

Staff dello spot
A.I.Stom. in
occasione del
quarantennale, con
tutti i partecipanti
(testimonial Mingo
del programma
televisivo Striscia la
notizia)



**Bari,
giugno
2013**

Spot A.I.Stom. in
occasione del
quarantennale.
Nella foto il
Testimonial Mingo
e i volontari:
Michele, Nicola,
Nicoletta, Cinzia

Pazienti stomizzati, sostegno sul web



Sono circa 45 mila gli italiani "stomizzati", che convivono con sacche per la stomia in seguito a un intervento chirurgico demolitivo, dovuto a un cancro colo-rettale. Attraverso il sito www.aistom.org l'Associazione italiana stomizzati, nata 40 anni fa su iniziativa dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano, e formata da volontari, offre un servizio di informazione e consulenza su come superare disagi e "barriere", e quindi

migliorare la qualità di vita. In home page, particolarmente utile è la sezione "Aistom sul territorio": oltre agli indirizzi delle sedi locali dell'Associazione, si possono consultare i principali Centri di riabilitazione presenti nelle diverse Regioni. Nella "Pagina dello stomizzato" si condividono con altri pazienti dubbi e preoccupazioni. Sempre in home page, cliccando su "Pubblicazioni" è possibile scaricare opuscoli come "La vita è bella - Consigli utili per il paziente stomizzato" e "Diritti dello Stomizzato". Nella sezione "Leggi, iter burocratici" si accede alle principali norme nazionali e regionali d'interesse e, nell'area "L'esperto risponde", ci si può avvalere della consulenza di uno dei professionisti consulenti dell'Aistom.

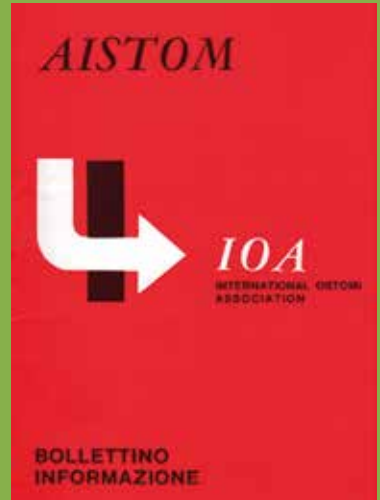
**Settembre,
2013**

Corriere della Sera:
articolo di
Maria Giovanna
Faiella "Pazienti
stomizzati,
sostegno sul web"

PUBBLICAZIONI

Milano,
1978

Prima stampa
Bollettino
informazione
A.I.Stom. in attesa
di autorizzazione
alla pubblicazione



Milano
1981

1^ edizione
A.I.Stom. giornale
d'informazioni



Milano,
1988

Opuscolo redatto
in collaborazione
con la Lega Italiana
per la Lotta
Contro i Tumori
(sezione milanese -
Presidente Prof. On.
Pietro Bucalossi -
ideatore A.I.Stom.
col Prof. Marcello
Pietroiusti)



Milano,
maggio
1989

Pubblicazione
del volume sulla
Riabilitazione Degli
Stomizzati

LA RIABILITAZIONE DEGLI STOMIZZATI



Silvia Editrice

Roma,
1997

Prima edizione
(sponsorizzata
ConvaTec) opuscolo
"I Diritti dello
Stomizzato"



Milano,
1997

Aggiornamento
volume "I diritti
dello stomizzato"

I DIRITTI DELLO STOMIZZATO

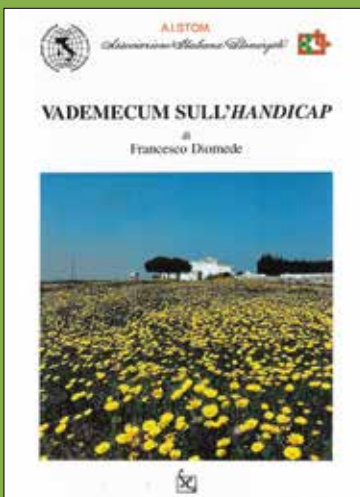
di Francesco Diomedè

Registrazione n. 04/03504 - Direzione di Distribuzione n. 04/03507
Distribuzione e aggiornamento gratuito - 40141 - via S. Antonio, 10/11 - 20121 Milano - Italia



A.I.S.T.O.M.

L'Associazione Italiana tra Incontinenti e Stomizzati



Milano,
Dicembre
1997

"Vademecum
Sull'handicap"
presentato a Verona
a gennaio 1998,
nell'Auditorium
Glaxo Wellcome



**Bari,
15-16 maggio
1998**

Atti Congressuali
Convegno Aistom
in occasione del
venticinquennale
dell'Associazione

**Milano,
Novembre
2000**

Aggiornamento
volume "I diritti
dello stomizzato"
dedicato al
compianto Prof.
Marcello Pietroiusti
(scomparso il 2
marzo 1997)



**Vittorio Veneto
(TV),
16-18 maggio
2002**

V° Convegno
Nazionale A.I.Stom.

**Milano,
2003**

Guida per il
paziente stomizzato
finanziata dalla
"ROCHE"





**Bari,
2006**

Campagna Nazionale Informativa promossa dal Ministero della Salute e dalla FAVO (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia)

**Bari,
2006**

Campagna Nazionale Informativa promossa dal Ministero della Salute, grazie alla FAVO (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia)



**Roma,
21 ottobre
2008**

Ministero del Lavoro, Welfare e Politiche della Salute - Presentazione "Libro Bianco sulla Riabilitazione Oncologica"

**Roma,
21 ottobre
2008**

Pagina del "Libro Bianco sulla Riabilitazione Oncologica" - l'A.I.Stom. ha avuto un ruolo nella stesura dei testi



EVENTI e FORMAZIONE

ASSOCIAZIONE ITALIANA SPONZATI AIUTOM

CENTRI DI RIABILITAZIONE PER COLOSTOMIZZATI

MILANO	Med. Antonio Foschiardini	Dr. Antonio Spino
ROMA	Med. Felice Olivani	Roberto Bellomo
VERONA	Med. Giovanni Tassi	Giuseppe G. Bionini
PARIGI	Med. Giovanni Bassoli	Dr. Paul. Augustin
BOLOGNA	Med. Francesco Pratesi	Dr. Tito. Mari. S. Biondi
VERONA	Med. Angelo Tassi	Osvaldo Gori. Bonaventura
BIELLA	Med. Paolo Russo	Umberto Russo. Biella
BAZU	Med. Vincenzo Fagnano	Roberto. Rossiotti
VERONA	Med. Vincenzo Bassoli	Osvaldo Gori. Biella
VERONA	Med. Vincenzo Bassoli	Osvaldo Gori. Biella
VERONA	Med. Vincenzo Bassoli	Osvaldo Gori. Biella
VERONA	Med. Vincenzo Bassoli	Osvaldo Gori. Biella
VERONA	Med. Vincenzo Bassoli	Osvaldo Gori. Biella
VERONA	Med. Vincenzo Bassoli	Osvaldo Gori. Biella
VERONA	Med. Vincenzo Bassoli	Osvaldo Gori. Biella
VERONA	Med. Vincenzo Bassoli	Osvaldo Gori. Biella

Milano, 1976

Elenco dei primi centri riabilitativi accreditati A.I.Stom.

Milano, 1978

Pagina estrapolata dal primo Bollettino d'informazioni A.I.Stom. Documenta l'avvio dei primi corsi di formazione per enterostomisti

CORSO DI FORMAZIONE PER ENTEROSTOMISTI

Tra i temi collaboratori che al Senato del medico ospitano al fine di studiare l'attività di Riabilitazione che negli anni passati hanno indirizzato alla cura dei portatori di polipneumonia e più recentemente alle fistole.

Della Riabilitazione in campo oncologico non ne parlo, salvo qualche iniziativa individuale, sino al tempo di parte degli Istituti di Milano, Napoli e Roma e di alcuni Medici, se il primo l'incizio si è affrettato in modo urgente alla Riabilitazione oncologica e particolarmente di quella per enterostomisti.

Nasce così in Italia, e viene progettata in urgenza, la figura dell'enterostomista accreditato e ritirata per seguire

gli enterostomisti, affiancandolo il Medico e i cadaveri della Riabilitazione di tutti gli problemi che gli uni e gli altri incontrano nei paesi lontani in poi.

Partecipare in questi ed essere soltanto per quanto riguarda la pratica manuale, fatto importante nella Riabilitazione, ma senza un quadro di tutto il discorso che spazia invece dalla conoscenza della patologia e fisiopatologia agli aspetti psicologici che sono influenzati dalla lacerazione di parate. Negli elementi di fisiologia, all'importanza rivolta sotto tutti i profili per la parte Riabilitativa che coinvolge tutta la gamma degli aspetti socio-psicologici, legati alla storia.

L'entrate all'enterostomista che viene a affidare l'esperienza di un lavoro mirato al nel tempo (lavorando e i contatti con tutte le varie istituzioni sanitarie per collaborare in interventi di diversa natura).

Non una semplice esecuzione di tecniche, la parte affettiva, ma una vera e propria attività responsabile e appiata di un

medico altrettanto aggiornato e responsabile.

Il Centro di Riabilitazione enterostomica di Milano, insieme all'Istituto dei Tumori, anche quest'anno organizzava un Corso di Formazione per Enterostomisti della durata di una settimana, dal 12 al 19 dicembre 1976, che purtroppo nella stessa causa, se non in fatto di tutte le implicazioni richieste.

colaset (zo)

Dischetti per colostomia in polietilene ad impermeabilizzazione analitica, con appositi sistemi di fissaggio al corpo, disponibili in varie taglie.

Plaster impermeabilizzato per le ustioni. Chiusure per il colostoma.



E' però, in al momento è questo necessario per colmare il vuoto che esiste nei confronti di questa operativa sanitaria (sotto la sua figura non sarà affiancata con tanto di più, ed è ciò che l'ASSOCIAZIONE di Riabilitazione nei confronti dei componenti segue seguirà).

L'AMICO DEL FORMICATO (colostomia) 2000 Milano - Via Broletto 38 Tel. 40-55555




Milano, 18-20 maggio 1978

2° Convegno Generale I.O.A. (International Ostomy Association)

Milano, 18-20 maggio 1978

2° Convegno Generale I.O.A. (International Ostomy Association). Il Prof. Umberto Veronesi porge il saluto dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano





**Milano,
18-20 maggio
1978**

2° Convegno Generale I.O.A. (International Ostomy Association).
Il Prof. M. Pietroiusti (Segr. Nazionale Aistom) saluta i delegati delle 15 nazioni presenti, fondatrici dell'IOA e della WCET (World Council of Enterostomal Therapist)

**Milano,
18 maggio
1978**

Il Prof. Marcello Pietroiusti (Segretario Nazionale Aistom) con il Prof. Umberto Veronesi dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano, in occasione del 2° Convegno Generale I.O.A. (International Ostomy Association)



**Catania,
17 maggio
1980**

1° Corso regionale di aggiornamento in Coloproctologia. Il Prof. Marcello Pietroiusti espone le finalità A.I.Stom. e le ricerche effettuate in coloproctologia

**Milano,
1981**

“Spattinata ‘81” per raccolta fondi pro-A.I.Stom.





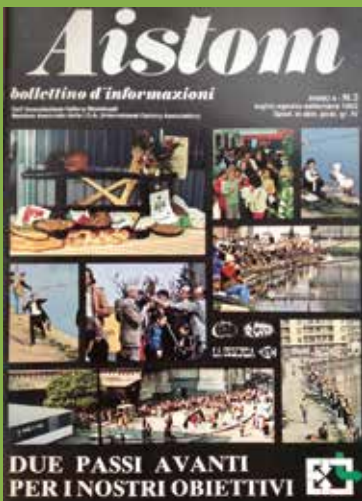
Milano,
1982

"Spattinata '82"
per raccolta fondi
pro-A.I.Stom.



Milano,
1982

"Spattinata '82"
per raccolta fondi
pro-A.I.Stom.



Milano,
1982

Bollettino d'informazioni
A.I.Stom. in riferimento alle
molteplici raccolte fondi,
attivate dall'Associazione,
per ottenere il
riconoscimento di "Ente
Giuridico" con Decreto
del Presidente della
Repubblica (D.P.R.)



Milano,
1987

Bollettino
d'informazioni per
riconoscimento
dell'A.I.Stom.,
quale Ente
Giuridico

Una meta acquisita:
il riconoscimento giuridico all'A.I.STOM.
con decreto del Presidente della Repubblica
del 15 gennaio 1987



Benevento,
7 maggio
1992

Convegno in
Coloproctologia

Roma,
18 novembre
1992

XI legislatura -
prima proposta
di legge in favore
delle persone
stomizzate,
presentato dall'On.
Prof. Giovanni
Martino Bonomo



Roma,
19 novembre
1992

XI legislatura -
prima proposta di
legge a favore delle
persone stomizzate,
presentato dall'On.
Prof. Giovanni
Martino Bonomo.
Da sinistra: il Prof.
M. Pietroiusti, l'On.
G. M. Bonomo, il
Ministro per gli
Affari Sociali, il
Sen. A. Bompiani
e l'Onorevole L.
Sbarbati



Milano,
maggio
1995

"Pane in Piazza".
Il Prefetto di Milano
S.E. Dr. Giacomo
Rossano e il Prof.
Marcello Pietroiusti
inaugurano
l'iniziativa





**Verona,
8-9 novembre
1996**

Atti 1° Convegno
Nazionale A.I.Stom.
“Limitare e
migliorare le
stomie”

**Roma,
11 luglio
1997**

Campagna
Nazionale Aistom
di sensibilizzazione
alla prevenzione:
“Assistere,
controllare e
limitare le stomie”.
Da sinistra: il Prof. F.
La Torre, il Prof. A.
Montori, il Prof. G.
Di Matteo, il Prof.
A. Peracchia e il
Prof. G. G. Delaini

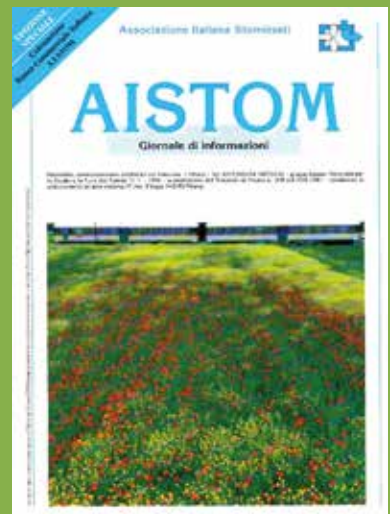


**Bari,
15 maggio
1998**

Convegno
Nazionale Aistom
“Stomizzati Anni
2000”. Da sinistra:
il Cav. Francesco
Diomede, il Prof.
Alberto Peracchia,
il Prof. Giorgio
Di Matteo e il
Prof. Giovanni
Martino Bonomo,
all’apertura dei
lavori

**Milano,
1998**

A.I.Stom. giornale
di informazioni,
(edizione speciale
- Convenzione
Banca Commerciale
Italiana), stampato
in occasione del
venticinquennale
dell’Associazione





**Milano,
20 dicembre
1998**

La signora
Mirella Riatti
(Coordinatrice
dal 1981 - 1996,
della 1^ Scuola
Nazionale A.I.Stom.
in Stomaterapia),
caposala presso
l'Ospedale
Fatebenefratelli e
Oftalmico di Milano



**Roma,
1999**

II° Nomenclatore
Tariffario Protesico,
realizzato con
il contributo
dell'A.I.Stom.



**Tuturano (Br),
3-5 maggio
2001**

4° Convegno
Nazionale A.I.Stom.
Il Prof. Michele
Mirabella consegna
al Presidente
della Provincia di
Brindisi (Dr. Nicola
Frugis) una targa
ricordo A.I.Stom.

**Roma,
2003**

Logo realizzato
in occasione
del trentennale
dell'A.I.Stom.





2007

Riprende la Scuola Nazionale di Stomatologia A.I.STOM. In foto la Coordinatrice Dott.ssa Maria De Pasquale



**Bari,
2007**

Scuola Nazionale di Stomatologia A.I.STOM. finanziata dalla Regione Puglia

**Bari,
2007-2010**

Brochure dei Corsi "Scuola Nazionale di Stomatologia A.I.STOM."

**Bari,
2009**

Scuola Nazionale di Stomatologia A.I.STOM. finanziata dalla Regione Puglia



Ti ricordi questo?



**Allora è ora di pensare
alla prevenzione
del tumore del colon-retto.**



**Roma,
2010**

Campagna Nazionale di prevenzione per il tumore del colon-retto. In collaborazione con l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)

**Roma,
2010**

Campagna Nazionale di prevenzione per il tumore del colon-retto. Sintesi

Tumore maligno del colon-retto

Se la crescita delle cellule della mucosa intestinale è fuori controllo, i polipi possono trasformarsi in tumori maligni.

Diventano invasivi, ossia cominciano a crescere al di fuori delle pareti del colon. Il tumore distrugge le pareti del colon e gli altri tessuti collegati.

Nonostante tutti i tumori maligni abbiano la capacità di diffondersi, la velocità con cui lo fanno varia da tumore a tumore.

Il primo trattamento per il tumore maligno è la rimozione attraverso l'intervento chirurgico.



**Roma,
2010**

Campagna Nazionale di prevenzione per il tumore del colon-retto. In collaborazione con l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)

**Bari,
2010**

Campagna Nazionale di prevenzione per il tumore del colon-retto. In collaborazione con l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)



40 anni 1973 istom 2013

40 ANNI CON TE E PER TE

Bari
2013

Logo realizzato
in occasione del
quarantennale
dell'A.I.Stom.

Gennaio
2013

Cartolina realizzata
in occasione del
Quarantennale
dell'A.I.Stom.
A Salerno il 18
maggio l'ente Poste
ha prodotto un
"annullo speciale"
per i collezionisti
filatelici



Salerno,
18 ottobre
2013

Meeting
organizzato
per celebrare il
quarantennale
dell'A.I.Stom.

Salerno,
18 ottobre
2013

IL MIRTO
diventa il simbolo
dell'A.I.Stom.



L'A.I.Stom. e il Santo, Papa Giovanni Paolo II



All'A.I.Stom.

*« A nessuno sfugge
come la malattia
rappresenti una dura esperienza
di dolore e di interiore fatica.
Quando però tale esperienza
viene vissuta
in un'ottica evangelica,
essa assume un significato
nuovo ed un valore spiritualmente
ed umanamente arricchente...
Accettare il dolore cristianamente
non è rassegnarsi »*



**Città del
Vaticano,
23 ottobre
1993**

Papa Giovanni
Paolo II
(proclamato Santo
il 27 aprile 2014),
saluta il Prof.
Pietro Bazan, il
Prof. Francesco
Martuscelli e la
medaglia d'Oro al
valore militare, il
Prof. Pino Dal Prà

**Città del
Vaticano,
23 ottobre
1993**

Papa Giovanni
Paolo II
(proclamato Santo
il 27 aprile 2014),
saluta la moglie
del Prof. Marcello
Pietroiusti, a destra
il Prof. Francesco
Crucitti





**Città del Vaticano,
23 ottobre
1993**

Papa Giovanni Paolo II (proclamato Santo il 27 aprile 2014) incontra i vertici dell'A.I.Stom.

**Città del Vaticano,
23 ottobre
1993**

Papa Giovanni Paolo II (proclamato Santo il 27 aprile 2014), saluta gli stomizzati partecipanti



**Milano,
maggio 1998**

Bollettino d'informazioni, stampato in occasione dell'incontro con Papa Giovanni Paolo II (proclamato Santo il 27 aprile 2014)



**Città del Vaticano,
23 ottobre
1993**

Pagina dell'Osservatore Romano, pubblicata in occasione della visita al Papa Giovanni Paolo II (proclamato Santo il 27 aprile 2014)



I presidenti Aistom

Prof. Guido Morrìca, Roma (1973 - 1977)

Prof. Luigi Zilli, Pordenone (1978 - 1982)

Prof. Piero Pietri, Trieste, Milano (1983 - 1987)

Prof. Francesco Crucitti, Roma (1988 - 1991)

Prof. Pietro Bazan, Palermo (1992 - 1994)

Prof. Alberto Peracchia, Milano (1995 - 1999)

Prof. Giorgio Di Matteo, Roma (2000 - 2001)

Dr. Gian Gaetano Delaini, Vewrona (2002)

Cav. Francesco Diomede, Bari (2003 - 2005)

Prof. Giuseppe Dodi, Padova (2006 - 2017)

Prof. Filippo La Torre, Roma (2018 - 2021)

Prof.ssa Marcella Marletta, Roma (2021 in corso)

2. PARTE GENERALE

***Le Stomie nelle patologie orl,
urologiche e coloproctologiche***

2.1 SIGNIFICATO ANATOMO FUNZIONALE DELLE PRIME VIE RESPIRATORIE (LARINGE, TRACHEA)



ROBERTO VIVIAN
Otorinolaringoiatra Vicenza

La laringe: premesse introduttive

La laringe è un organo impari, mediano, si trova al centro del collo, davanti all'ipofaringe e all'esofago, con i quali si rapporta, sta al di sopra della trachea. Ha la forma di una piramide tronca, con la base rivolta verso l'alto.

Nella persona adulta ha dimensioni di circa 4 centimetri dall'alto al basso, e 3,5 in senso antero-posteriore, misure che possono variare, anche sensibilmente, secondo l'età e il sesso della persona.

La laringe è un punto d'incontro della via respiratoria e della via digestiva e rappresenta, principalmente, un momento di passaggio dell'aria che ha la funzione di trasportare l'ossigeno, indispensabile per i processi ossidativi a tutte le cellule dei tessuti del corpo umano, ma è anche una valvola che protegge i polmoni dall'ingresso di sostanze estranee.

Solo secondariamente, svolge la funzione di produrre dei suoni che, modulati e perfezionati dagli organi di risonanza sopralaringei, diventano voce umana.

Oltre e accanto alla funzione respiratoria e fonatoria, la laringe svolge anche alcuni altri compiti non trascurabili: con la laringe ben chiusa, il passaggio dell'aria è bloccato e l'aria fissa nei polmoni permette:

- una sicura stabilità del capo e del collo tramite i suoi muscoli estrinseci,

- un importante momento di appoggio per gli arti superiori, sia per movimenti di sollevamento pesi che di spinta,
- la possibilità di alcuni movimenti volontari o riflessi, molto spesso utili come starnuto, tosse, singhiozzo, raschiamento di gola,
- è un aiuto, con la contrazione del diaframma, alla compressione del contenuto intestinale per eseguire funzioni importanti come la minzione, la defecazione, il parto...

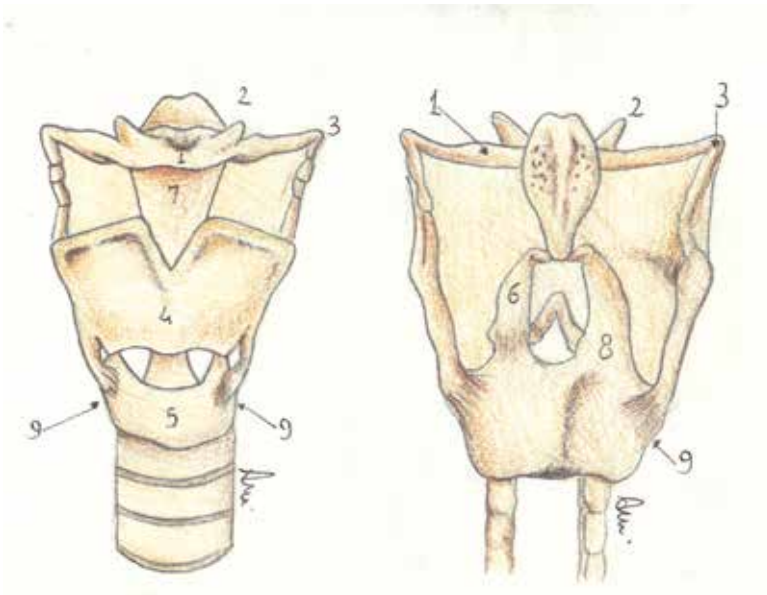


Fig. 1 Scheletro della laringe: 1) osso ioide, 2) piccole corna dello ioide, 3) grandi corna dello ioide, 4) cartilagine tiroide, 5) cartilagine cricoide, 6) cartilagine aritenoide, 7) cartilagine epiglottide, 8) articolazione cricoaritenoidea, 9) articolazione cricotiroidea.

La voce

I suoni prodotti dalle vibrazioni delle corde vocali, poi perfezionati e modulati dagli organi di risonanza sopraglottici (faringe, lingua, denti labbra, palato, cavità nasali e seni paranasali), diventano veicoli di informazione degli stati d'animo, della personalità, degli stati emotivi, oltre a rappresentare l'espressione del patrimonio culturale ereditario ed acquisito dalla esperienza personale.

La laringe è, filogeneticamente, più antica del cervello e delle altre strutture muscolari responsabili dell'articolazione del linguaggio. Ne è prova che a differenza di molti animali, simili all'uomo, come scimpanzé o scimmie, pur essendo la laringe ben sviluppata, solo l'uomo riesce a "parlare" in modo rifinito e perfetto.

La parola è strettamente dipendente dallo sviluppo dell'encefalo: una paralisi, una neoplasia, la stessa asportazione della laringe, produttore del suono, non tolgono del tutto la capacità di parlare, di comunicare verbalmente.

Un'ultima considerazione: tutti gli esseri viventi emettono dei suoni che raramente sono prodotti accidentalmente, ma sono ben proporzionati e indirizzati a significare: paura, possesso di territorio, piacere, presenza fisica di sé, aggressione, ricerca di accoppiamento, intimidazione, richiesta di alimentazione o di protezione, offerta o ricerca di cooperazione ... dipendenti dalla struttura soprasegmentaria della voce, l'impostazione, il tono, l'intonazione, la gradazione... che possono attribuire anche ad una stessa parola significati molto diversi.

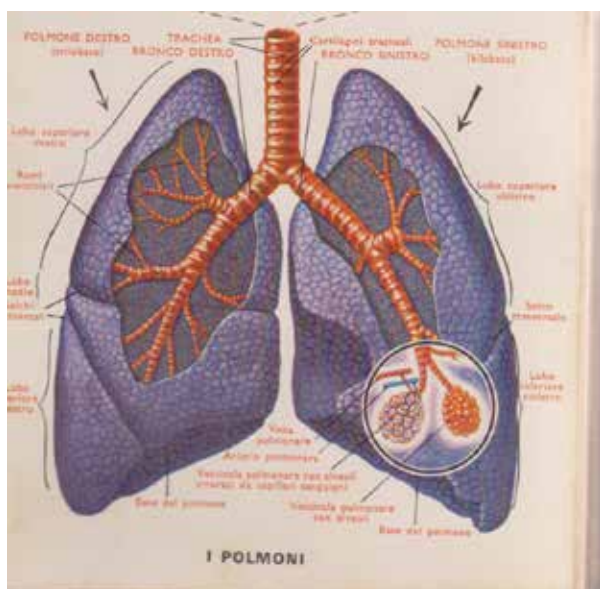


Fig. 2 Trachea, bronchi, polmoni.

Apparato respiratorio

Viene spesso definito come “albero respiratorio”, in quanto grossolanamente assomiglia a un albero, capovolto, con radici in alto e foglie in basso (gli alveoli polmonari).

È così strutturato:

1) gabbia toracica, costituita da 12 vertebre sovrapposte a forma di colonna, dotate di una minima mobilità tramite i cuscinetti interposti tra le vertebre, però stabile, per merito dei legamenti e dei muscoli. Dalla colonna, da ogni vertebra, si diparte una costa, in numero di 12, semicerchi ossei diretti in avanti e leggermente in basso. Di esse, le prime sei si articolano con un osso piatto anteriore, lo sterno, dalla settima alla decima si collegano con una unica cartilagine centrale sotto lo sterno, le ultime due, sono più corte e sono fluttuanti, libere.

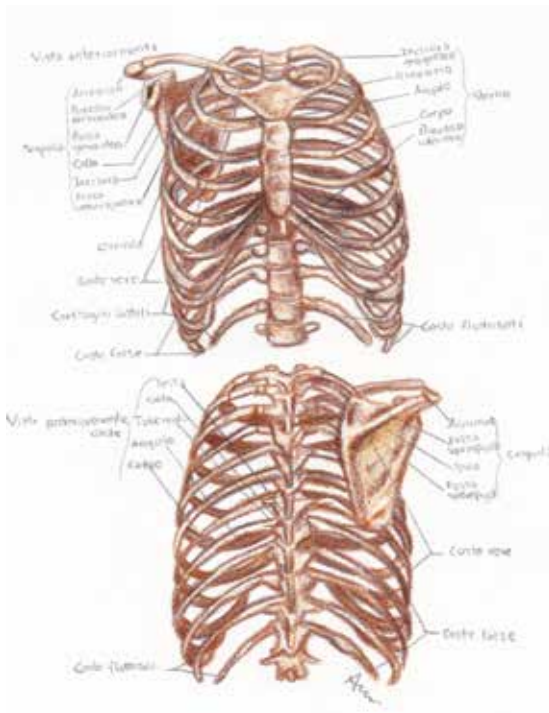


Fig. 3 Gabbia toracica, visione anteriore in alto, posteriore in basso

2) I polmoni, contenuti nella gabbia toracica, sono organi elastici, di tipo spugnoso che ritmicamente si riempiono d'aria. Hanno forma di tronco di cono, appoggiati in basso al diaframma (ampio muscolo che chiude la gabbia toracica in basso, con forma di cupola), separati sulla linea mediana dal mediastino. Sono rivestiti da un sottile foglietto, la pleura viscerale, che si continua, con continuità (pleura parrietale), su tutta la parete interna della gabbia toracica e del mediastino. La parte nobile dei polmoni sono gli alveoli, piccole cavità, che vengono riempiti d'aria durante l'inspirazione e permettono, tramite i capillari sanguigni che li rivestono, lo scambio dell'ossigeno, trasportato dai globuli rossi del sangue arterioso, che viene sostituito dall'anidride carbonica che ritorna ai polmoni per essere emessa con l'espiazione.

3) A permettere tali scambi sono trachea, bronchi e bronchioli e bronchioli respiratori, cioè le vie respiratorie. La trachea è un tubo di lunghezza da 5 cm nel neonato, 12-13 nell'adulto maschio, con spessore di 2,5 con in senso laterale, 1,5 antero-posteriore. Sono 15-20 anelli a forma di C, aperta all'indietro. La trachea si biforca nei due bronchi principali, di calibro ridotto, avanzando il calibro diminuisce, e si trovano tre bronchi secondari a destra e due a sinistra (per presenza del cuore). Il calibro si riduce ulteriormente fino ai bronchioli respiratori.

Nella persona adulta ha dimensioni di circa 4 centimetri dall'alto al basso, e 3,5 in senso antero-posteriore, misure che possono variare, anche sensibilmente, secondo l'età e il sesso della persona.

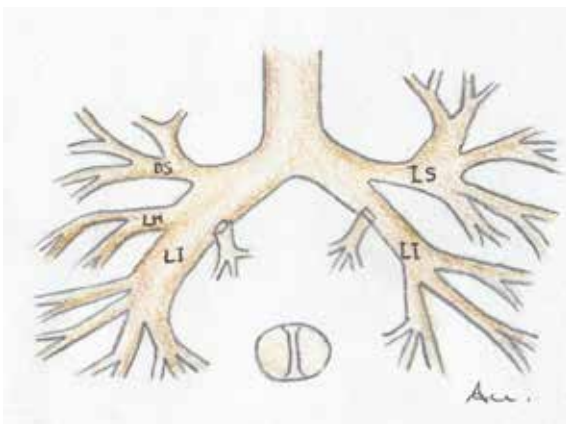


Fig. 4 Trachea e bronchi: la trachea ha tre rami bronchiali principali a destra, superiore, medio e inferiore, 2 a sinistra, superiore e inferiore (per la presenza del cuore).

4) La laringe è costituita da uno scheletro di cartilagini (tessuto rigido di consistenza e durezza inferiore al tessuto osseo), con stretti rapporti con l'osso ioide, formazione ossea sottile, a forma di ferro di cavallo, posto subito sotto la mandibola, aperto all'indietro, che stabilisce i rapporti tra la laringe e i muscoli della lingua e altre strutture del collo:

- le cartilagini tiroidee, due lamine verticali, saldate verticalmente sul davanti e aperte all'indietro come un libro aperto, formanti un angolo di 120 o più gradi nel bambino, tra 110 e 120 nella donna, 90 e meno nel maschio (talora ben visibile sul davanti del collo con il nome di "pomo d'Adamo");

- la cartilagine cricoide, a forma di anello con castone (ingrossamento) posteriore;

- le cartilagini aritenoidi come due piccole piramidi triangolari che si articolano con la parte superiore della cricoide;

- la cartilagine epiglottide, con l'aspetto di una foglia che, con il suo picciolo, prende contatto con l'angolo interno delle cartilagini tiroidee.

- legamenti, tendini e muscoli provvedono a fornire la stabilità delle cartilagini con l'osso ioide e permettono il necessario movimento tra le parti e gli organi, attraverso una serie di muscoli intrinseci, muscoli propri della laringe (gli adduttori, che avvicinano le corde vocali, i tensori, che mettono in tensione le corde e permettono la produzione della voce, e gli abduttori, che allontanano le corde vocali e rendono possibile la respirazione).

- i muscoli estrinseci che prendono inserzione sulla laringe mentre l'altro capo prende inserzione sulle strutture vicine del collo, operando la stabilità della laringe per la respirazione forzata, per le prestazioni vocali anche particolari (il canto) e le altre funzioni non respiratorie e vocali della laringe.

La laringe dal punto di vista anatomofunzionale, anche in vista della chirurgia, si divide in:

- zona sopraglottica, (epiglottide, pliche ariepiglottiche e corde vocali false),

- zona glottica, (che comprende le corde vocali vere e il ventricolo di Morgagni),

- zona sottoglottica (porzione subito al di sotto delle corde vocali, a tronco di cono, in continuità con la trachea).

Il rivestimento della laringe, come per tutte le vie respiratorie, è costituito dalla mucosa, epitelio, strato di cellule, con il nome comune a tutte le strutture interne dell'organismo a contatto con l'esterno (apparato respiratorio, apparato alimentare e le vie genito urinarie). possono variare, anche sensibilmente, secondo l'età e il sesso della persona.

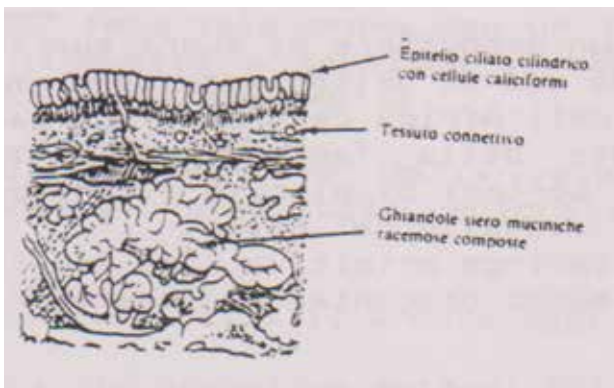


Fig. 5 Schema della mucosa respiratoria con le ghiandole mucipare

In particolare, la mucosa respiratoria:

- deve sempre essere sempre umida, funzione garantita dalla presenza nel contesto dell'epitelio da ghiandole mucipare (che producono e versano un liquido simile alla saliva). L'eccesso della produzione di muco, come avviene in certi processi flogistici, dà luogo alla formazione del catarro, liquido appiccicoso, giallo verdastro),

- lo spessore delle cellule varia nei tratti diversi: pavimentoso composto, a più strati nel cavo orale e faringe, strato semplice a rivestire le corde vocali, strato cilindrico con cellule mucipare nel resto delle vie respiratorie,

- in alcuni tratti le cellule sono provviste di formazioni dette cilia vibratili che, con un movimento lento di piegamento verso una direzione, seguito da un movimento rapido di ritorno, fa in modo che lo strato di muco sovrastante venga spostato in una precisa direzione che, per le vie aeree, è rappresentata dall'ipofaringe, verso

l'imbocco dell'esofago.

Alcune considerazioni su questo meccanismo: in condizioni normali il muco è portato verso il canale digestivo, normalmente il muco, per la presenza di alcuni enzimi (lizzosima), ha anche blande capacità di difesa nei confronti di microbi e virus, il freddo (5°C) blocca il movimento delle cilia con ristagno del muco, un eccesso di umidità, soprattutto se associata al freddo e alla presenza di sostanze irritanti (polveri, smog, fumo di sigaretta), ha un effetto tossico sulla mucosa con effetti negativi sulla produzione del muco e sulla motilità ciliare.

La respirazione

La respirazione negli esseri viventi, è un meccanismo molto importante, anzi indispensabile per la vita: si può rimanere senza respirare solo per pochi minuti senza che alcuni organi, in particolare il cervello, subiscano danni gravi, spesso irreversibili.

Per la respirazione nell'uomo provvede l'apparato respiratorio.

- naso: con le fosse nasali è il punto di passaggio dell'aria dall'esterno. Le pareti laterali sono rese più estese dalla presenza dei turbinati, formazioni ossee rivestite da mucosa. Provvede ad esercitare alcune funzioni importanti: il riscaldamento dell'aria affinché non giunga nei polmoni troppo fredda. La mucosa è provvista di una rete di irrorazione sanguigna molto efficiente e ha la capacità di aumentare lo spessore, aumentando in tal modo anche la superficie funzionale. Provvede inoltre alla depurazione dell'aria, il muco riesce a trattenere le particelle fluttuanti nell'aria che possono danneggiare i polmoni o sono irritanti per la mucosa, con la secrezione del muco che ingloba le particelle e le convoglia, trasportandole, alla via digestiva. Serve poi per l'umidificazione dell'aria inspirata affinché non giunga troppo secca agli alveoli polmonari. Svolge anche altre funzioni, quella riflessogena, allontanando, con lo starnuto eventuali corpi estranei e gas troppo irritanti e potenzialmente dannosi. In una sua piccola parte ha anche la funzione olfattoria, che esamina e informa i centri cerebrali superiori di molti odori (si stima dai 150 ai 400 mila), ma la capacità umana, rispetto ad altri animali siano microsmatici, siano 10.000, quelli comunemente percepiti sono 200-300.

- il rinofaringe, cavità successiva alle fosse nasali, è delimitata in avanti dalle coane, aperture posteriori delle fosse nasali e dal palato, posteriormente dalla colonna vertebrale cervicale. Lateralmente si trova l'apertura delle tube di Eustachio, una per lato, deputate a rifornire d'aria l'orecchio medio mediante un sottile canalino.

- orofaringe o cavità orale: cavità virtuale in quanto occupata in gran parte dalla lingua che posteriormente, con la sua base si continua con la laringe e l'esofago.

- ipofaringe, una specie di imbuto che si continua in basso al davanti con la laringe, indietro con l'esofago.

Il meccanismo della respirazione, per l'apparato polmonare è costituito in due fasi e da due meccanismi, uno attivo e uno passivo:

- inspirazione: le coste, per contrazione dei muscoli intercostali che normalmente, a riposo, sono dirette verso avanti e il basso, vengono sollevate verso l'alto e questo movimento fa aumentare la distanza tra la loro porzione anteriore, lo sterno, e la colonna vertebrale. Tale movimento comporta un aumento del volume e della capacità della gabbia toracica con un aumento della pressione negativa (si fa il vuoto): la pressione atmosferica, positiva, spinge l'aria ad occupare lo spazio vuoto e l'aria stessa, attraverso le vie respiratorie, entra nei polmoni. Quindi fase muscolare, attiva, fase inspiratoria passiva.

- espirazione: in una fase successiva si verifica il rilassamento della muscolatura, le coste non sono più sostenute si abbassano e l'elasticità del tessuto polmonare fa retrarre l'organo spingendo fuori l'aria contenuta: fase muscolare passiva, solo elastica.

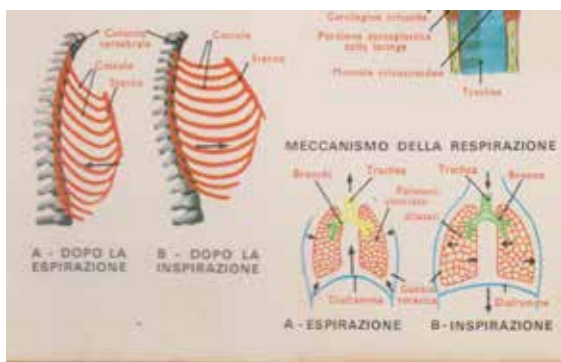


Fig. 6 Meccanismo della respirazione: a sinistra coste abbassate (espirazione), a destra coste espanse, sollevate (inspirazione), lo stesso per lo schema del polmone (figura in basso a destra).

- ossigenazione del sangue: avviene sulla superficie degli alveoli polmonari, minuscole espansioni elastiche al termine e in continuazione dei bronchioli respiratori. Sono numerosi, nell'uomo adulto si calcola siano circa 300-400 milioni la loro superficie può arrivare a 85-100 metri quadrati. Sulla loro parete esterna i capillari del sangue permettono il passaggio dei globuli rossi del sangue, e lo scambio dell'anidride carbonica con l'ossigeno presente nell'aria inspirata, cioè si caricano d'ossigeno e cedono l'anidride carbonica. Il sangue in uscita dai polmoni è carico di ossigeno, e viene trasportato dal sistema circolatorio arterioso a tutti gli organi, qui ceduto alle cellule per i processi ossidativi. Il sangue venoso, carico di anidride carbonica viene trasportato a sua volta ai polmoni per essere espulso con l'espirazione e subire ulteriori successivi scambi.

- il diaframma è un muscolo con la forma di una specie di cupola in alto, prende inserzione sul bordo inferiore delle coste, della colonna vertebrale e dello sterno, segnando un preciso confine tra la gabbia toracica e la cavità addominale. In condizioni normali la contrazione di base del diaframma, contrasta con il sollevamento della gabbia toracica, ma questo meccanismo è utile alla respirazione perché mette in modesta tensione e provoca l'allungamento dei muscoli intercostali che, in tal modo, diventano più efficienti.

- la respirazione forzata: avviene in caso di sforzo fisico, ma anche per motivi psicologici come paura, ansia, e patologici, asma, enfisema, edema polmonare e in certi passaggi del canto. Entrano allora in funzione i muscoli ausiliari: scaleni, sternocleidomastoidei, grandi e piccoli pettorali, dentati anteriori e posteriori, inoltre la persona cerca di assumere delle posizioni strategiche per favorire la respirazione: posizione seduta o semiortopnoica se è a letto, con appoggio delle mani su un piano rigido, forzando con le braccia i muscoli pettorali, o con le mani appoggiate alla parte inferiore dell'addome per il forzare pareti addominali.

- la regolazione del ritmo respiratorio avviene a livello encefalico, nel bulbo, nella zona di confine fra midollo spinale ed encefalo, in due centri, uno ventrale, inspiratorio ed uno dorsale, espiratorio, in competizione tra loro. L'accelerazione del ritmo respiratorio può essere un atto volontario, ma succede autonomamente quando c'è un aumento dell'anidride carbonica nel sangue, in caso di febbre, se c'è intensa attività muscolare, in caso di stimoli dolorosi, tosse, inalazione di sostanze che irritano le mucose.

- innervazione della laringe, avviene per mezzo del X paio di nervi cranici, il vago o pneumogastrico (chiamato vago perché innerva numerosi e diversi organi, pneumogastrico perché oltre alla laringe e ai polmoni si estende ad innervare il sistema digestivo fino alla metà del colon trasverso). È nervo motore e sensitivo, si divide in due rami, superiore e inferiore. particolare è il percorso del nervo inferiore, chiamato ricorrente, che fa un lungo percorso nel mediastino, a destra passa sotto l'arteria succlavia e a sinistra sotto l'arco dell'aorta, ritornando verso l'alto (da qui il nome ricorrente) per innervare la laringe. Ne consegue l'osservazione che numerose affezioni morbose degli organi contenuti nel mediastino possono comprimere e ledere il nervo.

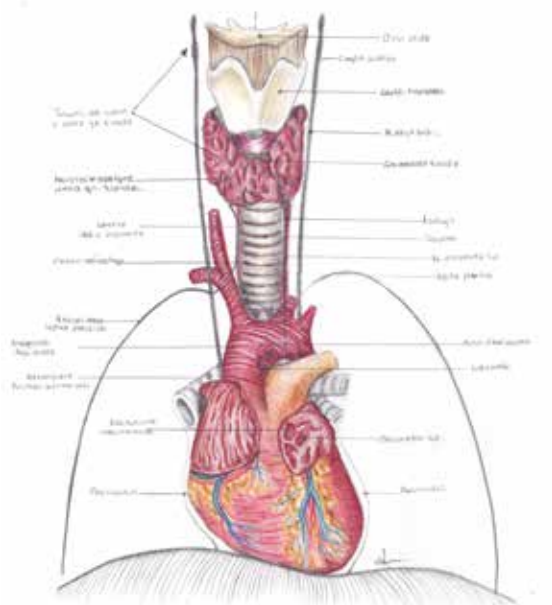


Fig. 7 Nervi della laringe superiori e inferiori o ricorrenti.

- discesa della laringe: il lungo percorso dei nervi ricorrenti della laringe è spiegato dal fenomeno fisiologico della discesa della laringe. Alla nascita il bordo inferiore della cartilagine cricoide si trova a livello del bordo inferiore della 3° vertebra cervicale, all'età di 40 anni, nell'adulto maschio, lo stesso bordo si trova a livello inferiore della 7° vertebra. Questo fenomeno spiega l'abbassamento del tono della voce, più profonda e grave nel maschio adulto, essendo più esteso e più lungo il tratto sopraglottico di risonanza in aggiunta alla maggiore lunghezza delle corde vocali.

- innervazione della laringe, avviene per mezzo del X paio di nervi cranici, il vago o pneumogastrico (chiamato vago perché innerva numerosi e diversi organi, pneumogastrico perché oltre alla laringe e ai polmoni si estende ad innervare il sistema digestivo fino alla metà del colon trasverso). È nervo motore e sensitivo, si divide in due rami, superiore e inferiore. particolare è il percorso del nervo inferiore, chiamato ricorrente, che fa un lungo percorso nel mediastino, a destra passa sotto l'arteria succlavia e a sinistra sotto l'arco dell'aorta, ritornando verso l'alto (da qui il nome ricorrente) per innervare la laringe. Ne consegue l'osservazione che numerose affezioni morbose degli organi contenuti nel mediastino possono comprimere e ledere il nervo.

- lunghezza delle corde vocali: con l'accrescimento corporeo, anche le corde vocali crescono, aumentando lentamente la loro lunghezza. Il fenomeno diventa tumultuoso al momento della pubertà, sia nel maschio che nella femmina, a causa delle variazioni ormonali, poi si stabilizza. Nell'infanzia le corde vocali sono in media lunghe 6-8 cm, nella femmina adulta sono lunghe da 13 a 17 cm, nel maschio adulto da 17 a 23 cm. Variazioni soggettive in molte persone anche e soprattutto nei professionisti della voce (cantanti).

Alcuni fenomeni particolari collegati alle vie respiratorie

1) starnuto, meccanismo riflesso, talora semivolontario, con lo scopo di pulire le vie respiratorie sia da possibili corpi estranei sia dalla presenza di gas irritanti inalati, ma provocato anche dall'aria troppo fredda che la mucosa cerca di allontanare. Si verifica in seguito ad un aumento della pressione d'aria sotto la rima glottica con palato e bocca chiusi. Il palato si apre e fa uscire l'aria a velocità molto elevata. Si verifica sovente nelle malattie allergiche con aspetto "a salve", cioè, ripetuto successivamente più volte consecutive, innescato dalla presenza dell'istamina che provoca una vasodilatazione con effetto irritante.

2) singhiozzo, reazione riflessa collegata ad una contrazione improvvisa e violenta del diaframma che provoca una espirazione rumorosa per lo scontro violento con le corde vocali, ad essa partecipano le vie aeree superiori. È provocato dalla stimolazione del nervo frenico sia per presenza di eccesso di materiale o d'aria nello stomaco, sia per irritazione dello stomaco da parte di sostanze irritanti come gli alcolici.

- innervazione della laringe, avviene per mezzo del X paio di nervi cranici, il vago o pneumogastrico (chiamato vago perché innerva numerosi e diversi organi, pneumogastrico perché oltre alla laringe e ai polmoni si estende ad innervare il sistema digestivo fino alla metà del colon trasverso). È nervo motore e sensitivo, si divide in due rami, superiore e inferiore. particolare è il percorso del nervo inferiore, chiamato ricorrente, che fa un lungo percorso nel mediastino, a destra passa sotto l'arteria succlavia e a sinistra sotto l'arco dell'aorta, ritornando verso l'alto (da qui il nome ricorrente) per innervare la laringe. Ne consegue l'osservazione che numerose affezioni morbose degli organi contenuti nel mediastino possono comprimere e ledere il nervo.

- lunghezza delle corde vocali: con l'accrescimento corporeo, anche le corde vocali crescono, aumentando lentamente la loro lunghezza. Il fenomeno diventa tumultuoso al momento della pubertà, sia nel maschio che nella femmina, a causa delle variazioni ormonali, poi si stabilizza. Nell'infanzia le corde vocali sono in media lunghe 6-8 cm, nella femmina adulta sono lunghe da 13 a 17 cm, nel maschio adulto da 17 a 23 cm. Variazioni soggettive in molte persone anche e soprattutto nei professionisti della voce (cantanti).

Alcuni fenomeni particolari collegati alle vie respiratorie

1) starnuto, meccanismo riflesso, talora semivolontario, con lo scopo di pulire le vie respiratorie sia da possibili corpi estranei sia dalla presenza di gas irritanti inalati, ma provocato anche dall'aria troppo fredda che la mucosa cerca di allontanare. Si verifica in seguito ad un aumento della pressione d'aria sotto la rima glottica con palato e bocca chiusi. Il palato si apre e fa uscire l'aria a velocità molto elevata. Si verifica sovente nelle malattie allergiche con aspetto "a salve", cioè, ripetuto successivamente più volte consecutive, innescato dalla presenza dell'istamina che provoca una vasodilatazione con effetto irritante.

2) singhiozzo, reazione riflessa collegata ad una contrazione improvvisa e violenta del diaframma che provoca una espirazione rumorosa per lo scontro violento con le corde vocali, ad essa partecipano le vie aeree superiori. È provocato dalla stimolazione del nervo frenico sia per presenza di eccesso di materiale o d'aria nello stomaco, sia per irritazione dello stomaco da parte di sostanze irritanti come gli alcolici.

3) sbadiglio, manovra riflessa, il più delle volte non controllabile. Si tratta di una espirazione forzata, spesso dovuta a un accumulo di anidride carbonica nel sangue, ma anche per sonnolenza, stanchezza, noia (che rallentano la frequenza respiratoria).

4) tosse, attività riflessa collegata ad un aumento della pressione sotto le corde vocali dovuta all'azione combinata del diaframma e della muscolatura addominale. L'aria in uscita determina l'apertura improvvisa delle corde vocali, provocando il rumore caratteristico. Le cause sono il più spesso dovute all'inalazione di materiale alimentare, nelle vie respiratorie, anche l'inalazione accidentale della stessa saliva. Tutte le vie respiratorie sono in grado, se stimolate, di provocare la tosse. Può essere un gesto volontario, per attirare l'attenzione (tosse diplomatica), o per alterazioni psicofisiche (tosse isterica). Anche l'irritazione delle pleure (il rivestimento esterno dei polmoni) provoca tosse, infine anche l'orecchio esterno, in particolare la conca, può provocare la tosse, perché è innervato da un ramo del nervo vago (X paio dei nervi cranici) con afferenza al nervo frenico.

5) raschiamento di gola, manovra volontaria che, con il tempo, può diventare riflessa o semivolontaria. È una espirazione forzata a corde vocali chiuse. Serve per allontanare corpi estranei dalle corde vocali o dalla faringe e anche lo stesso muco in eccesso (catarro). Il più delle volte è una manovra inutile, il muco ritorna presto sul punto dove si trovava in precedenza. Manovra sconsigliata, troppo spesso ripetuta, può irritare le corde vocali.

6) vomito, contrazione dello stomaco, in sintonia con la contrazione del diaframma e dei muscoli addominali per svuotare il contenuto dello stomaco. Il piloro (valvola di chiusura distale dello stomaco), è chiuso, il cardias (valvola d'apertura superiore), è aperto, la laringe è innalzata e l'epiglottide abbassata (come nella deglutizione, a protezione delle vie respiratorie) le corde vocali avvicinate. Il più delle volte fenomeno è di natura digestiva (eccesso di alimenti ingeriti o presenza di sostanze irritanti), accompagnato da fenomeni neurovegetativi (nausea, sudorazione fredda, aumento della salivazione).

Può essere segno di numerose malattie dell'apparto intestinale o pelvico-renale, può essere dovuto ad affezioni patologiche del sistema nervoso centrale (aumento di pressione del liquido cefalo rachidiano), spesso si verifica in gravidanza o infine, per fenomeni riflessi (odori, visione di scene raccapriccianti, criminose, suoni striduli,

sgradevoli ad intensità elevata).

Semeiologia laringea

Studia le tecniche per evidenziare la forma, l'aspetto, le funzioni della laringe. Si va dall'ascolto della voce: un orecchio professionalmente ben allenato, sa cogliere dal solo ascolto, molte informazioni sulla laringe e sulla sua voce. Semplice, a portata di base, la laringoscopia indiretta: si esegue con una fonte luminosa ed uno specchietto angolato. La fonte luminosa manda la luce allo specchietto che, inserito nel cavo orale e ben orientato illumina la laringe e le corde vocali, facendo pronunciare un fonema (di solito la lettera E), seguita dalla respirazione si può accertare l'accostamento delle corde vocale (adduzione) nella fonazione ed il loro allontanamento nella respirazione (abduzione). La presenza di un riflesso faringeo accentuato, può rendere necessario l'uso di un anestetico di superficie.

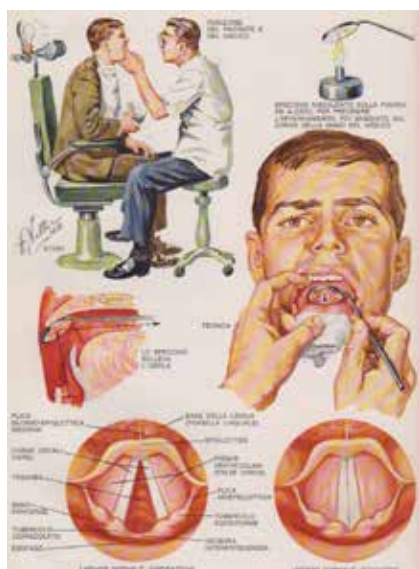


Fig. 8 Schema della tradizionale laringoscopia indiretta

Una tecnica più precisa, ma più sofisticata consiste nella videolaringoscopia: una sonda metallica, rigida o flessibile, provvista al suo interno di fibre ottiche, illuminate da una sorgente luminosa e collegata con un sistema di registrazione video, introdotta attraverso le cavità nasali e fatta pervenire in rinofaringe (la sonda flessibile) o introdotta nel cavo orale e fatta pervenire oltre la base della lingua, (la

sonda rigida), possono evidenziare e registrare su nastro magnetico l'aspetto e la funzionalità delle corde vocali. Tale tecnica può essere completata dalla stroboscopia: un microfono collocato sulla laringe permette di sincronizzare l'accensione della sorgente luminosa alla stessa frequenza di vibrazione delle corde vocali, con un reostato si può leggermente variare la frequenza, illuminando le corde vocali in fasi di contrazioni successive, lentamente, e rilevare anche minime variazioni di tensione, altrimenti poco apprezzabili. Ulteriori informazioni possono essere ricavate dagli esami radiologici (radiografie, TAC, Risonanze, PET, laringografie con spruzzatura di mezzi di contrasto radioopachi). Una tecnica invasiva chirurgica consiste nella laringoscopia diretta (chiamata microlaringoscopia perché completata dall'uso di un microscopio) che deve essere eseguita in anestesia generale: con un tubo rigido introdotto attraverso il cavo orale e con il capo in iperestensione, si arriva all'epiglottide e si evidenziano le corde vocali. La tecnica può essere completata con un prelievo bioptico e/o con asportazione di lesioni laringee come polipi, benderelle polipose, papillomi, granulomi...). Le tecniche di indagine possono prevedere anche la misurazione della frequenza fondamentale della voce, il sonogramma, l'oscillografia e anche eseguire una prova da sforzo per valutare variazioni delle corde vocali prima e dopo uno sforzo vocale.

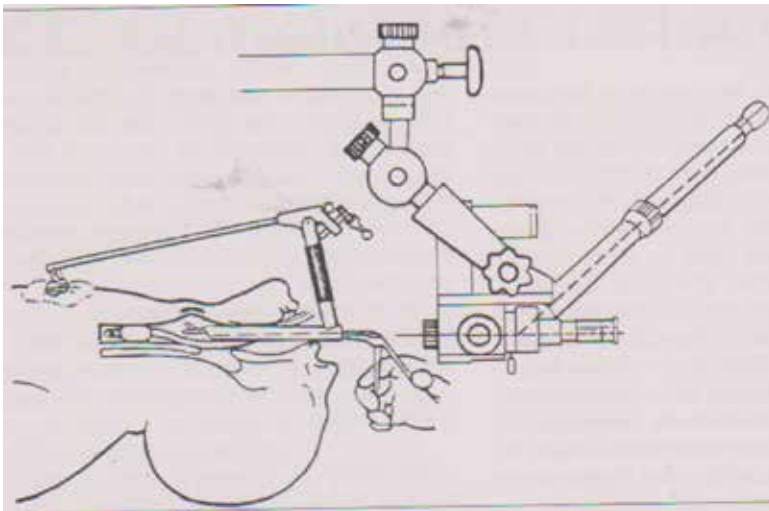


Fig. 9 Schema della microlaringoscopia, con pinza operatoria

2.2 FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA: LARINGE E MALATTIE BENIGNE CON POSSIBILE LARINGO-TRACHEOSTOMIA



ROBERTO VIVIAN
Otorinolaringoiatra Vicenza

L'apparato respiratorio, chiamato anche comunemente albero respiratorio, ha il compito di veicolare l'aria ambientale respirata portandola agli alveoli polmonari per lo scambio dell'anidride carbonica, presente nei globuli rossi del sangue venoso, con l'ossigeno presente nell'aria respirata.

Vediamo brevemente l'anatomia, la fisiologia e le principali forme di patologia di questo apparato che, per praticità, suddivideremo in brevi capitoli seguendo l'anatomia.

1) Fosse nasali: protette anteriormente dalla piramide nasale, si trovano al centro del massiccio facciale comunicando all'esterno con il vestibolo e gli orifizi nasali, all'interno, tramite le due aperture ovoidali, le coane, con il rinofaringe. Sono divise in mezzo dal setto nasale, costituito nella sua porzione superiore dalla lamina perpendicolare dell'etmoide, nella porzione centrale dalla cartilagine quadrangolare del setto e nella porzione inferiore dalla cresta del vomere del palato osseo che ne costituisce anche la parete inferiore.

La parete laterale è complessa, caratterizzata dalla presenza di rilievi ossei che aggettano in ciascuna fossa nasale, detti cornetti o turbinati, rispettivamente superiore, medio e inferiore che, curvati verso il basso e l'interno, delimitano degli spazi chiamati meati, luoghi di apertura di canali provenienti da altre strutture anatomiche: nel meato superiore si trova lo sbocco delle cellule etmoidali superiori, nel meato medio si aprono gli orifizi dei seni frontali e mascellari e di alcune cellule etmoidali, nell'inferiore sbocca il canale naso lacrimale.

Nella porzione superiore, dove la volta delle fosse nasali confina con la base cranica,

è localizzata la mucosa olfattiva estesa, nell'uomo per alcuni centimetri quadrati. Svolge un compito accessorio rispetto alla respirazione, anche se complementare. Le fosse nasali sono rivestite dalla mucosa respiratoria chiamata anche pituitaria, di color roseo, costituita da un epitelio cilindrico pseudostratificato e ciliato. Nella sottomucosa si trovano numerose ghiandole mucipare, produttrici del muco, che versano il loro secreto direttamente sulla superficie, mantenendola sempre umida. Fornita di ricca irrorazione arteriosa con numerosi rami che giungono alle ghiandole mucose permette alla mucosa respiratoria una buona variabilità di irrorazione sanguigna, la variazione dello spessore e della produzione del muco avviene secondo le necessità respiratorie.

La presenza delle cilia, come peraltro in quasi tutto il restante apparato respiratorio, permette la clearance (pulizia) della mucosa attuata da un movimento lento delle cilia in una direzione, seguito dal movimento rapido all'indietro: in tal modo il tappeto di muco sopra l'epitelio viene lentamente veicolato nella direzione cranio caudale, cioè dalle fosse nasali all'esofago cervicale. La velocità media del movimento mucociliare, indotto dalle cilia, è di 15 mm/minuto, diminuisce con l'abbassarsi della temperatura dell'aria respirata e si blocca a 0°C.

Oltre alla clearance dell'aria respiratoria, liberandola da particelle presenti nell'aria, la mucosa svolge altre funzioni: il riscaldamento dell'aria che non deve arrivare agli alveoli polmonari troppo fredda (a questo provvede la fitta rete arteriosa che può aumentare il flusso di sangue al bisogno) e l'umidificazione dell'aria stessa (compito svolto dalla presenza del muco). Ha pure un'azione riflessogena, innescando gli starnuti nel caso che piccoli corpi estranei, sostanze tossiche o chimicamente irritanti stimolino le terminazioni nervose della mucosa, permettendone l'espulsione.

2)Seni paranasali: un rapido cenno a queste formazioni di complemento delle vie respiratorie. Partecipano, quasi sempre in modo indiretto, alla fisiologia respiratoria avendo soprattutto il compito di stabilizzare certe funzioni (di riscaldamento dell'aria, ma anche di rinforzo fonatorio), inoltre servono per l'alleggerimento delle ossa del massiccio facciale. Ricordiamo i seni frontali situati alla sommità della piramide nasale, scavati nell'osso frontale del cranio; i seni etmoidali, serie di concamerazioni o cellule localizzate nella porzione superiore delle fosse nasali; i seni mascellari, presenti come cavità nelle ossa zigomatiche e i seni sfenoidali, cavità presenti nella base cranica posteriormente al rinofaringe.

Sottolineo il particolare che la gran parte delle forme di patologia delle fosse nasali ha una comprensibile compartecipazione dei seni paranasali, pertanto anticipando

il paragrafo successivo, parleremo di patologia rinosinusale.

Tale asserzione si basa su alcune osservazioni:

- 1) la mucosa nasale è in continuità con la mucosa sinusale e ha le stesse caratteristiche anatomiche e funzionali;
- 2) la comunicazione dei seni paranasali avviene attraverso aperture appena sufficienti per un drenaggio delle secrezioni della mucosa;
- 3) ricordiamo che esiste una differente reattività individuale con caratteristiche variabili da persona a persona;
- 4) i trattamenti terapeutici degli ultimi anni hanno modificato, spesso in modo radicale, la durata e la prognosi delle patologie, purché siano somministrati tempestivamente e in modo adeguato, in caso di inadeguatezza o se l'uso è tardivo, si corre il rischio del peggioramento e della cronicizzazione della patologia.

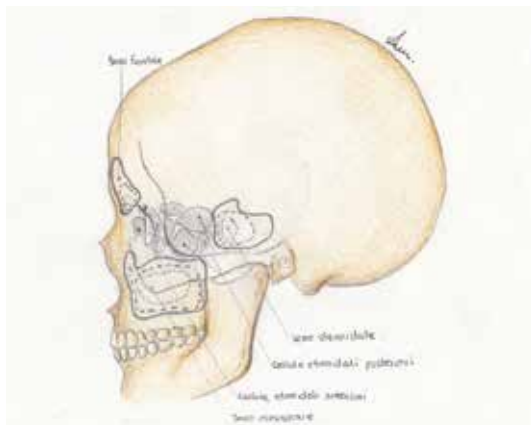


Fig. 1 Schema della localizzazione nel cranio dei seni paranasali (con variazione di misura variabile)

Le principali e più frequenti forme di patologia sono le flogosi virali (rinite acuta o corizza) della mucosa nasale e le malattie respiratorie stagionali per l'effetto negativo del freddo sulla produzione e l'eliminazione del muco che, con il freddo, ristagna ed è facilmente intaccato dai microbi presenti nelle vie aeree.

Sono caratterizzate dalla stenosi respiratoria nasale e dall'idrorrea sierosa per l'elevata congestione della mucosa e l'edema conseguente. Partecipano le flogosi con le stesse caratteristiche dei seni pranasali e, spesso, della tuba di Eustachio con ipoacusia e autofonia, soprattutto nel bambino, nel quale la tuba è ampia e corta e le vegetazioni adenoidi ne complicano la funzione. La rinite nel neonato assume particolare importanza sia per la respirazione che per l'alimentazione.

Le riniti in corso di sindromi influenzali sono spesso accompagnate da sintomi generali (febbre, mialgie, malessere) e sono talora trascurate nel contesto di una

patologia più fastidiosa, ritenuta prevalente.

Esistono delle riniti in occasione di malattie specifiche come la scarlattina, la rosolia, il tifo, la meningite, la difterite, con caratteristiche sovrapponibili in gran parte alla malattia di base.

Rinosinusite frontale può essere acuta o cronica, quest'ultima si sviluppa se non è adeguatamente curata, catarrale o purulenta, favorita da condizioni anatomiche (deflessioni del setto nasale, presenza di polipi nelle fosse nasali) comporta dolore, mucosa edematosa, raramente edema del distretto facciale sopra la glabella nasale. La forma cronica segue a ripetuti episodi di flogosi acute con rinorrea mucopurulenta. La diagnosi è radiologica.

Rinosinusite mascellare è la complicanza più frequente delle flogosi nasali. Si presenta con dolore caratterizzato da riacutizzazione ad ore fisse del giorno ed edema della parte geniena. Nelle forme croniche presenta abbondante secrezione mucopurulenta posteriore, anche con croste. Il dolore emicranico è intenso.

La rinosinusite etmoidale, molto frequente, interessa le cellule (piccole concamerazioni ossee) della porzione superiore delle fosse nasali. L'edema e le secrezioni, nelle forme croniche, favoriscono la formazione di polipi etmoidali.

Rinosinusite sfenoidale interessa il seno sfenoidale, spesso in continuazione con le cellule etmoidali posteriori, caratterizzata da dolore, secrezione mucopurulenta posteriore, frequente la degenerazione polipoide della mucosa.

Un capitolo a parte è rappresentato dalla sinusite mascellare odontogena. Il secondo dente premolare e il primo molare mascellare superiore confinano con il pavimento del seno mascellare e talora la loro radice supera la sottile barriera ossea, facendo procidenza nel seno. Un granuloma dentario, una flogosi della radice possono provocare una sinusite.

La diagnosi differenziale è solo radiologica, facile la cronicizzazione, complessa la terapia per la possibile insorgenza di una fistola orosinusale in caso di estrazione non accuratamente eseguita dei denti in questione.

Le rinosinusiti allergiche: la mucosa rinosinusale rappresenta facilmente l'organo di shock in caso di allergie. Possono essere inalatorie (pollini, polveri, muffe) ed alimentari o chimiche (Nickel e additivi chimici presenti in molti articoli e sostanze commerciali). La mucosa si presenta congesta con aspetto edematoso della superficie e con aumento della permeabilità che giustificano la stenosi respiratoria e l'abbondante secrezione mucosa (naso che cola). Lo starnuto, spesso a salve, anche per 15-20 volte consecutive, avrebbe lo scopo, inutile, di allontanare la sensazione di

corpo estraneo nasale. Si tratta di una affezione cronica su base genetica, familiare con una notevole aumento della frequenza negli ultimi anni, probabilmente a causa del progressivo inquinamento generale ambientale e alimentare che facilita l'ingresso degli allergeni ed altre sostanze patologiche attraverso la mucosa nasale, orale e intestinale. Può essere periodica (di solito primaverile, con la fioritura delle piante), o aperiodica o perenne (nel caso di polveri di casa, delle sostanze alimentari e chimiche).

La sensibilizzazione aumenta nel tempo, con i contatti successivi, e si estende ad allergeni diversi (parallergia), fino ad essere scatenata da situazioni non specifiche (come il freddo, o certe condizioni psicofisiche), sconfinando nella disergia.

Facili le complicanze di poliposi nasale e sinusale più o meno diffuse.

Le complicanze delle rinosinusiti sono a carico delle strutture del cranio: osteomielite delle ossa craniche, meningite, tromboflebite del seno cavernoso, encefalite con possibile formazione di ascessi cerebrali...

Un cenno ad una flogosi degenerativa cronica della mucosa delle prime vie respiratorie: l'ozena, caratterizzata da atrofia della mucosa con interessamento anche delle strutture ossee, dalla secrezione crostosa giallo-verdastra e dal fetore delle secrezioni molto pesante e fastidioso di carne in putrefazione. Prevalente nel sesso femminile, la comparsa di solito è alla pubertà. La causa finora non è ancora sicuramente definita.

Polipo sanguinante del setto, localizzato quasi sempre nel locus Valsalvae, si manifesta con ripetuti episodi di epistassi, a volte copiose.

Altre patologie:

-l'ematoma del setto, causato da traumi accidentali, sportivi,

-l'ulcera perforante del setto, per inalazione di gas tossici o per motivi di lavoro, microtraumi ripetuti, uso di sostanze voluttuarie (cocaina e simili), spesso con lesioni del palato, della tuba di Eustachio e ossee del palato duro.

Ricordiamo le epistassi: la mucosa nasale è riccamente irrorata di sangue, ad un centimetro dalla columella (la parte esterna cutanea del setto nasale) esiste un punto, chiamato locus Valsalvae (Kiesselbaci in lingua tedesca) nel quale avviene la confluenza delle arterie sfenopalatina e della nasopalatina, arterie che si incrociano formando alcuni gavoccioli arterovenosi subito sotto la mucosa che, in quel punto, è particolarmente sottile. Esistono altri due punti particolari, nelle fosse nasali posteriori, di incontro del sistema arterioso che facilmente possono andare incontro ad epistassi nelle condizioni viste in precedenza.

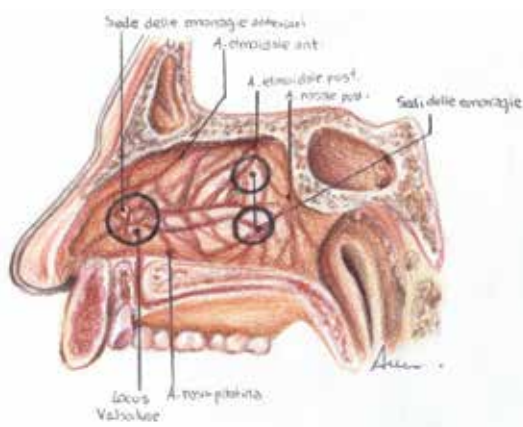


Fig. 2 Locus Valsalvae (cerchietto a sinistra) e, a destra luoghi anatomici di frequente epistassi.

Traumi, ipertensione arteriosa, vasculopatie, le stesse flogosi acute, le nefropatie, le epatopatie, le malattie del sangue, le disendocrinopatie possono essere la causa di epistassi, più o meno frequenti e copiose.

La mucosa e le strutture nasali possono presentare anche patologia neoplastica con caratteri delle strutture di origine

3) Rinofaringe: dalle coane nasali, le aperture posteriori delle fosse nasali, l'aria transita attraverso il rinofaringe, spazio grossolanamente cubico, situato posteriormente alle fosse nasali, al centro del collo, al di sotto della base cranica. Nel bambino la parete posteriore, a contatto con la colonna cervicale, è caratterizzata dalla presenza della tonsilla epifaringea o faringea, costituita da tessuto linfoepiteliale (con numerose cellule linfatiche inframezzate alle cellule di rivestimento, che hanno compiti di difesa linfatica diretta e immunitaria nei confronti di microbi e virus). Si costituisce tra il primo ed il secondo anno di vita, può dare qualche problema respiratorio e di patologia auricolare, di solito regredisce spontaneamente verso i dodici-tredici anni di età.

Interessante la parete laterale dove si trova la fossetta di Rosenmuller che delimita la porzione superiore dell'orifizio della tuba di Eustachio, stretto e sottile canalino che mette in comunicazione il rinofaringe con l'orecchio medio e serve per lo scambio d'aria (soprattutto durante le variazioni della pressione atmosferica, per una salita in montagna, un volo aereo), mantenendo la parità di pressione del cavo timpanico con il modo esterno. La tuba di Eustachio serve anche per la clearance del muco prodotto dalle cellule di rivestimento dell'orecchio medio, che ha una mucosa respiratoria.

Anche il rinofaringe è rivestito da un epitelio pseudostratificato, provvisto di ghiandole mucipare e caratterizzato dal movimento vibratile ciliare. Dall'età di 10-12 anni inizia una metaplasia dell'epitelio che, nel rinofaringe, diventa pavimentoso stratificato.

Anche la mucosa del rinofaringe presenta numerose cellule linfatiche (tonsilla faringea o epifaringea).

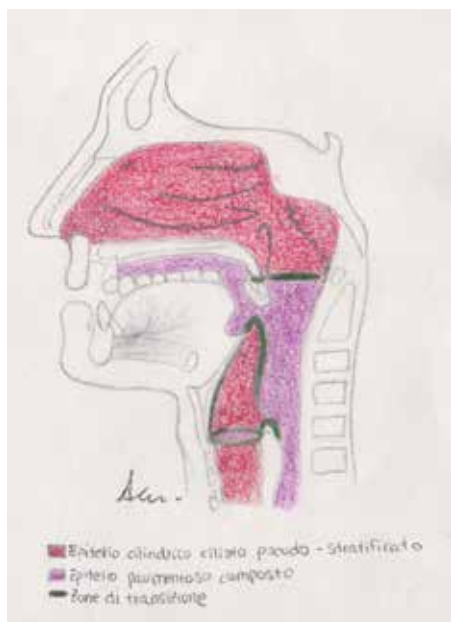


Fig. 3 Rappresentazione schematica della localizzazione anatomica della mucosa nelle prime vie aerodigestive

La fisiopatologia del rinofaringe è in stretta connessione sia anatomica che funzionale con la faringe, la vedremo insieme più avanti.

Ricordiamo la particolare struttura linfoepiteliale della mucosa faringea che, soprattutto nell'infanzia, si articola in tre punti anatomici: il rinofaringe con la tonsilla epifaringea, chiamata anche vegetazioni adenoidi, le tonsille palatine, nella sede del passaggio fra faringe e cavo orale, e la tonsilla linguale, presenza diffusa nella porzione posteriore della lingua.

Tali strutture, viste da un punto di vista anatomofunzionale, sono spesso chiamate Anello di Waldeyer, importante punto di difesa che si trova localizzato all'inizio della via respiratoria e alimentare. tra il primo ed il secondo anno di vita, può dare qualche problema respiratorio e di patologia auricolare, di solito regredisce spontaneamente verso i dodici-tredici anni di età.

Interessante la parete laterale dove si trova la fossetta di Rosenmuller che delimita la porzione superiore dell'orifizio della tuba di Eustachio, stretto e sottile canalino che mette in comunicazione il rinofaringe con l'orecchio medio e serve per lo scambio d'aria (soprattutto durante le variazioni della pressione atmosferica, per una salita in montagna, un volo aereo), mantenendo la parità di pressione del cavo timpanico con il modo esterno. La tuba di Eustachio serve anche per la clearance del muco prodotto dalle cellule di rivestimento dell'orecchio medio, che ha una mucosa respiratoria.

4) Orofaringe: canale muscolo membranoso in continuità con il rinofaringe, situato davanti della colonna vertebrale, si continua, in basso, con l'ipofaringe. Aperto al davanti, è in rapporto con la cavità orale. I confini superiori sono il palato molle, struttura muscolare che, a riposo, permette la continuità con il rinofaringe, durante la contrazione si pone come barriera e occlude la comunicazione tra i due segmenti anatomici contigui (durante la deglutizione). Al davanti, una parziale occlusione avviene con i pilastri tonsillari, anteriore e posteriore che delimitano lo spazio delle tonsille palatine che sono di dimensioni estremamente variabili, secondo l'età e le funzioni che stanno svolgendo.

Al davanti troviamo la cavità orale, delimitata in alto dal palato duro osseo e, in continuazione posteriore, dal palato molle, muscolare. Le pareti laterali sono le arcate ossee mascellari e mandibolari con i denti, le gengive e le guance, terminanti nelle labbra.

Al centro la lingua, organo squisitamente muscolare: 17 muscoli pari che hanno la caratteristica, unica rispetto agli altri muscoli, di avere solamente un capo d'inserzione in un osso (l'osso ioide), l'altro capo si articola con le varie parti della lingua, permettendo ad essa una motilità veramente notevole e variamente articolata. La mucosa del rinofaringe è cilindrica pseudostratificata con la caratteristica della presenza di numerose cellule linfatiche, talora riunite in piccoli noduli linfatici, deputati alla difesa attiva di microbi e virus ma ancora più importanti per la successiva difesa per da parte del sistema immunitario.

Sulla parete posteriore del rinofaringe, nell'infanzia, si localizza un complesso di tessuto linfatico che, pur variando da persona a persona, può aumentare di volume (ipertrofia) fino ad occupare gran parte dello spazio, provocando una stenosi respiratoria nasale ed inoltre l'occlusione parziale o totale della tuba di Eustachio localizzata nella parete laterale del rinofaringe, con importanti ripercussioni negative per l'aerazione e la funzione dell'orecchio medio.

Le faringotonsilliti acute interessano sia la mucosa della faringe che le formazioni

contenute nelle logge tonsillari, le tonsille palatine, sede di processi difensivi da parte della mucosa linfoepiteliale. Sono spesso tappe successive dello stesso processo: tonsillite follicolare (a piccoli zaffi, localizzati nelle cripte), tonsillite lacunare (con la confluenza della flogosi di più follicoli vicini) e la forma pseudomembranosa, quando un tessuto fibrinoso copre tutta la superficie tonsillare. È necessaria, in quest'ultimo caso, una diagnosi differenziale con la tonsillite difterica: lo strato di fibrina si stacca facilmente nella forma pseudomembranosa ed è tenacemente aderente alla tonsilla, mentre presenta un copioso sanguinamento se si cerca di staccarlo, nella forma difterica.

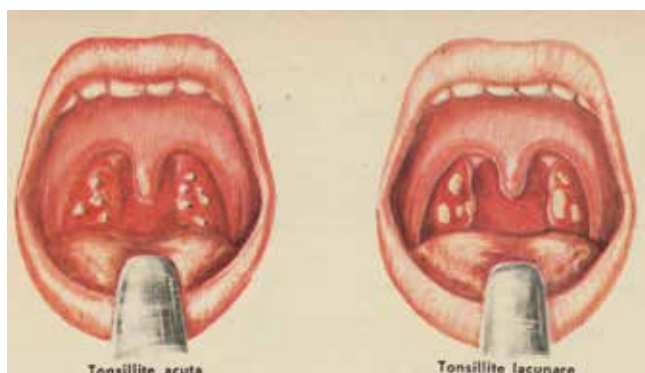


Fig. 4 Tonsiliti acute, a sinistra tonsillite follicolare, a destra tonsillite lacunare. prime vie aerodigestive

L'angina di Plaut-Vincent è una forma particolare causata da un bacillo fusiforme (di Vincent), caratterizzata da una lesione quasi sempre monolaterale, coperta da una pseudomembrana grigiasta, friabile, che, se asportata o alla caduta spontanea, evidenzia una ulcerazione non profonda che può interessare tutta la tonsilla. È poco frequente.

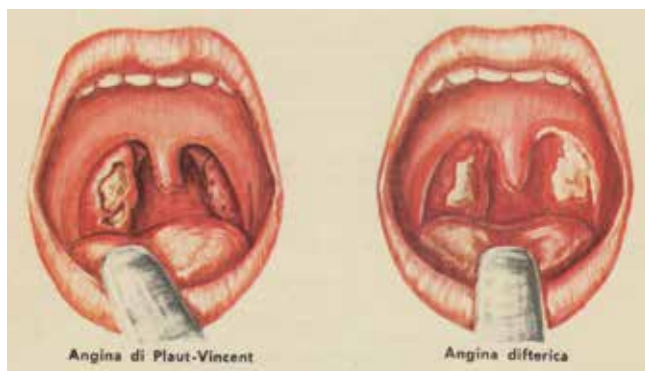


Fig. 5 Tonsiliti acute, a sinistra tonsillite follicolare, a destra tonsillite lacunare. prime vie aerodigestive

L'ascesso tonsillare è una raccolta purulenta, in forma cistica, che si forma, di solito, nelle fasce posteriori della tonsilla con edema, iperemia, medializzazione della tonsilla, febbre, odinofagia, disfagia, spesso otalgia riflessa, voce nasale.

Deve essere inciso e svuotato per il rischio, possibile, di sconfinamento con interessamento delle fasce del collo e discesa nel mediastino, situazione clinica molto grave con pericolo di morte. Situazione, quest'ultima, che comporta spesso una tracheotomia.

L'angina rossa è frequente nelle forme virali, presente spesso nelle stagioni fredde per le facili perfrigerazioni, è causata da virus e, spesso, dalla scarlattina come dal morbillo e dalla varicella. È chiamata rossa perché tutte due le tonsille e la mucosa faringea sono interessate dall'enantema per l'impegno specifico della mucosa, poco del parenchima tonsillare

Ricordiamo la tonsillite ipertrofica, spesso conseguenza di episodi successivi di flogosi tonsillari o stimoli patologici esterni (sostanze tossiche, chimiche, fumo, sostanze voluttuarie...), con sintomatologia di difficoltà respiratoria, disfagia con odinofagia, disfonia. Le tonsille si presentano voluminose con le cripte evidenti, spesso occupate da materiale caseoso (alimentare) con fiato maleodorante per i processi di fermentazione del materiale alloggiato nelle cripte.

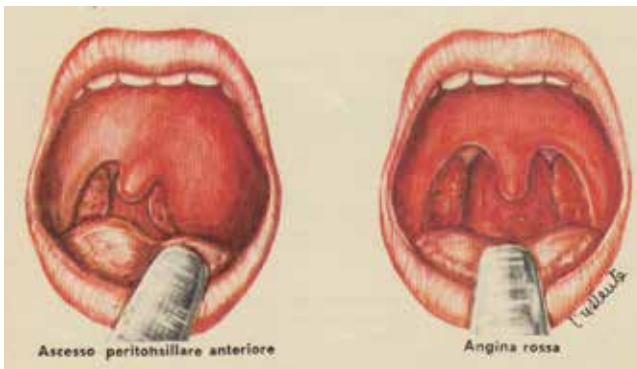


Fig. 6 Angina rossa o tonsillite rossa a destra, ascesso peritonsillare a sinistra.

Un cenno a parte merita la tonsillite focale: la già ricordata funzione di difesa immunitaria delle tonsille, nel caso di ripetuti episodi flogistici, soprattutto dopo la fine della seconda infanzia (periodo durante il quale le flogosi sono più frequenti e, talora, anche utili) si possono formare degli antigeni alterati, in parte simili alle strutture anatomiche di alcuni organi del corpo (capsule articolari, endocardio, glomeruli renali..) con l'innesco di un meccanismo di autoaggressione da parte del sistema immunitario contro se stessi, dapprima in forma lieve, asintomatica, ma

che, nel tempo, peggiora anche in modo significativo. Processo spesso facilitato dalla presenza dello Streptococco beta emolitico nella faringe e nelle tonsille, la cui capsula ha delle parti molto simili alle strutture degli organi sopra ricordati. Si chiama focale o metafocale in quanto è un piccolo focolaio, spesso asintomatico e silente che funziona da rifornimento continuo ad un processo patologico ben più importante. Focolai, causa della malattia, possono anche localizzarsi nell'appendice e nei seni paranasali.

Esistono anche altre forme di tonsillite come complicanza di malattie specifiche sia acute (difterite, emopatie della serie bianca, mononucleosi infettiva, forme erpetico bollose), sia nelle forme croniche (catarrale, granulosa). Ricordiamo anche il lupus, la tubercolosi, la sifide e le forme micotiche del cavo orale.

Le forme tumorali della faringe, della base linguale, delle tonsille, possono essere a crescita esofitica tale da rendere necessario un intervento di tracheotomia per permettere una corretta e sufficiente respirazione.

Ipofaringe: canale membranoso in continuazione con l'orofaringe che in basso termina con l'esofago cervicale, nella porzione posteriore, e con la laringe nella porzione anteriore.

Da ricordare la parete anteriore costituita, in alto, dalla base linguale provvista, soprattutto nella età giovanile, della tonsilla linguale che la rende non liscia ma variamente rugosa e nodosa. Anche la tonsilla linguale svolge, secondo le età, funzioni linfocitiche di difesa immediata e immunitaria nei confronti di microbi e virus.

Le principali affezioni morbose dell'ipofaringe e della laringe sono quasi sempre associate, le esamineremo insieme.

Laringe: la descrizione anatomica è già stata presentata nel precedente capitolo.

Le faringolaringiti sono affezioni morbose flogistiche della mucosa faringolaringea, il più spesso causate da virus ma anche supportate da eccessi di fumo, di alcolici, da inalazione di polveri, gas e tossici. La mucosa si presenta iperemica, con aumento della produzione del muco (forme catarrali) con disфонia (afonia solo nelle situazioni più gravi). Può essere accompagnata da disfagia con odinofagia e attacchi di tosse. Una forma un tempo più frequente, soprattutto nei bambini, era la laringite ipoglottica con edema, che si sviluppa in tempi brevi, della porzione sottostante la laringe tra quest'ultima e la trachea, dove la mucosa è caratterizzata da una

sottomucosa che facilmente si edematizza con imbibizione di liquido sieroso e ostruzione progressiva del canale respiratorio. Provoca dispnea ingravescente, respiro affannoso, rumoroso, intervento dei muscoli respiratori accessori. Se non adeguatamente e tempestivamente curata (cortisone) può portare alla tracheotomia. È frequente soprattutto nei bambini con tendenza essudativo-linfatica e nelle diatesi allergiche.

Altre forme di laringite acuta si possono riscontrare nel corso di numerose malattie come la difterite, il morbillo, la varicella, il tifo, l'herpes.

La laringite catarrale cronica è spesso derivata da fattori individuali o professionali, nonché dall'uso, ma più spesso dall'abuso di sostanze chimiche o voluttuarie, Sintomo caratteristico la disфонia. All'esame obiettivo: iperemia, in particolare delle corde vere, edema delle corde false, spesso ipotonia muscolare in adduzione, presenza di muco denso tra le corde vocali e sulle pliche ariepiglottiche.

Le laringiti iperplastiche sono conseguenza di fattori ambientali, lavorativi, ma anche di abusi.

I noduli cordali sono piccole formazioni biancastre, il più spesso bilaterali e simmetriche (kiss noduli), localizzate tra 1/3 anteriore e 2/3 posteriori delle corde vocali, sulla superficie mediale. Sono quasi sempre causati dall'uso non corretto della voce (errato per impostazione respiratoria e per il tono), presenti, in prevalenza, in persone che esercitano certe professioni (insegnanti, istruttori militari, cantanti, oratori), causa di disфонia più o meno accentuata.

La laringite iperplastica, chiamata spesso polipoide, consiste nella formazione di una masserella cistica localizzata sulla faccia mediale, di solito di una sola corda vocale, di dimensioni variabili, di colorito rossastro, impedisce l'adduzione cordale con disфонia più o meno grave. Causata da ipertrofia della sottomucosa con ricca presenza vascolare, causa di disфонia continua, grave. Si riscontra sia negli abusi della voce sia negli abusi di alcol, fumo, sostanze tossiche inalate sia per motivi di lavoro che a scopo voluttuario.

Un cenno a parte l'edema bilaterale delle corde vocali, definito normalmente benderelle polipose, con duplicazione del margine delle corde vocali, esteso per tutta la lunghezza delle stesse e di dimensioni variabili. Dipende quasi sempre dall'abuso del fumo di sigaretta, scompare o si riduce, in modo significativo, con l'astensione dal fumo.

Esistono anche i granulomi da intubazione, presenti nella zona interaritenoidica, di dimensioni spesso notevoli con difficoltà respiratorie e disфонia. Motivo per cui, dopo alcuni giorni di intubazione, se non prevede una precoce estubazione, è

preferibile eseguire una tracheotomia.

I noduli cordali sono piccole formazioni biancastre, il più spesso bilaterali e simmetriche (kiss noduli), localizzate tra 1/3 anteriore e 2/3 posteriori delle corde vocali, sulla superficie mediale. Sono quasi sempre causati dall'uso non corretto della voce (errato per impostazione respiratoria e per il tono), presenti, in prevalenza, in persone che esercitano certe professioni (insegnanti, istruttori militari, cantanti, oratori), causa di disfonia più o meno accentuata.

La laringite iperplastica, chiamata spesso polipoide, consiste nella formazione di una masserella cistica localizzata sulla faccia mediale, di solito di una sola corda vocale, di dimensioni variabili, di colorito rossastro, impedisce l'adduzione cordale con disfonia più o meno grave. Causata da ipertrofia della sottomucosa con ricca presenza vascolare, causa di disfonia continua, grave. Si riscontra sia negli abusi della voce sia negli abusi di alcol, fumo, sostanze tossiche inalate sia per motivi di lavoro che a scopo voluttuario.

Un cenno a parte l'edema bilaterale delle corde vocali, definito normalmente benderelle polipose, con duplicazione del margine delle corde vocali, esteso per tutta la lunghezza delle stesse e di dimensioni variabili. Dipende quasi sempre dall'abuso del fumo di sigaretta, scompare o si riduce, in modo significativo, con l'astensione dal fumo.

Esistono anche i granulomi da intubazione, presenti nella zona interaritenoidea, di dimensioni spesso notevoli con difficoltà respiratorie e disfonia. Motivo per cui, dopo alcuni giorni di intubazione, se non prevede una precoce estubazione, è preferibile eseguire una tracheotomia.

Le stenosi laringee possono essere secondarie a fenomeni cicatriziali successivi a lesioni sia traumatiche che infettive, a volte chirurgiche o neoplastiche. Il lume laringeo non è più sufficiente per una respirazione e pertanto prevedono una tracheotomia, almeno fino alla possibile soluzione del problema.

Possono essere presenti cause varie di insufficienza respiratoria come il laringocele, raccolta d'aria in diverse località della laringe, che preme sull'organo e riduce la capacità respiratoria.

Esistono lesioni da caustici ingeriti accidentalmente o a scopo suicida con lesioni e successive cicatrizzazioni anche molto estese e pesante limitazione funzionale.

La paralisi laringee possono essere monolaterali, bilaterali, parziali o complete, sia in adduzione che in abduzione favorite dal lungo percorso dei nervi ricorrenti (vedi sopra).

preferibile eseguire una tracheotomia.

I noduli cordali sono piccole formazioni biancastre, il più spesso bilaterali e simmetriche (kiss noduli), localizzate tra 1/3 anteriore e 2/3 posteriori delle corde vocali, sulla superficie mediale. Sono quasi sempre causati dall'uso non corretto della voce (errato per impostazione respiratoria e per il tono), presenti, in prevalenza, in persone che esercitano certe professioni (insegnanti, istruttori militari, cantanti, oratori), causa di disfonia più o meno accentuata.

La laringite iperplastica, chiamata spesso polipoide, consiste nella formazione di una masserella cistica localizzata sulla faccia mediale, di solito di una sola corda vocale, di dimensioni variabili, di colorito rossastro, impedisce l'adduzione cordale con disfonia più o meno grave. Causata da ipertrofia della sottomucosa con ricca presenza vascolare, causa di disfonia continua, grave. Si riscontra sia negli abusi della voce sia negli abusi di alcol, fumo, sostanze tossiche inalate sia per motivi di lavoro che a scopo voluttuario.

Un cenno a parte l'edema bilaterale delle corde vocali, definito normalmente benderelle polipose, con duplicazione del margine delle corde vocali, esteso per tutta la lunghezza delle stesse e di dimensioni variabili. Dipende quasi sempre dall'abuso del fumo di sigaretta, scompare o si riduce, in modo significativo, con l'astensione dal fumo.

Esistono anche i granulomi da intubazione, presenti nella zona interaritenoidica, di dimensioni spesso notevoli con difficoltà respiratorie e disfonia. Motivo per cui, dopo alcuni giorni di intubazione, se non prevede una precoce estubazione, è preferibile eseguire una tracheotomia.

Le stenosi laringee possono essere secondarie a fenomeni cicatriziali successivi a lesioni sia traumatiche che infettive, a volte chirurgiche o neoplastiche. Il lume laringeo non è più sufficiente per una respirazione e pertanto prevedono una tracheotomia, almeno fino alla possibile soluzione del problema.

Possono essere presenti cause varie di insufficienza respiratoria come il laringocele, raccolta d'aria in diverse località della laringe, che preme sull'organo e riduce la capacità respiratoria.

Esistono lesioni da caustici ingeriti accidentalmente o a scopo suicida con lesioni e successive cicatrizzazioni anche molto estese e pesante limitazione funzionale.

La paralisi laringee possono essere monolaterali, bilaterali, parziali o complete, sia in adduzione che in abduzione favorite dal lungo percorso dei nervi ricorrenti (vedi sopra).

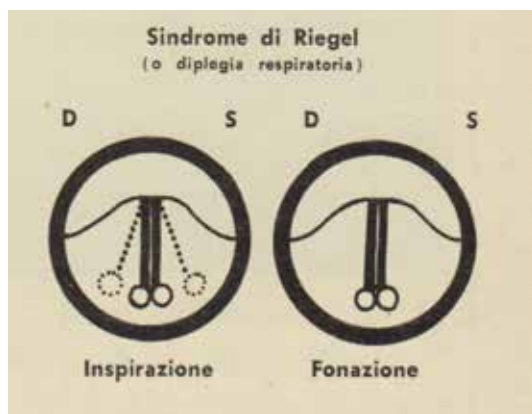


Fig. 7 Paralisi bilaterale delle corde vocali (di Riegel) le corde sono in adduzione sia nella respirazione che nella fonazione.

Nel caso di paralisi bilaterale in adduzione (sindrome di Riegel), si rende necessaria una tracheotomia fino alla soluzione, almeno in parte, chirurgica della paralisi.

Un cenno ai corpi estranei, situazioni più frequenti nei bambini, ma anche negli adulti che, se sono di dimensioni notevoli, possono occludere il lume laringeo con difficoltà respiratoria. A volte superano la rima glottica e si incuneano in un bronco. Vanno in tutti i casi rimossi con urgenza.

2.3 ANATOMIA FUNZIONALE DELL'APPARATO URINARIO



GAETANO DE RIENZO

Università degli studi di Bari – Cattedra di Urologia

L'apparato urinario ha lo scopo di depurare il sangue da tutti i prodotti tossici, frutto della degradazione e del metabolismo a livello delle cellule, e convogliarli all'esterno affinché siano espulsi.

Da un lato, quindi, i reni costituiscono il “filtro” di questa azione di depurazione e mantenimento dell'equilibrio dell'organismo. Dall'altro le vie urinarie hanno lo scopo di veicolare all'esterno le urine.

L'urina viene prodotta continuamente dai reni, e si raccoglie nella pelvi renale, che a sua volta si collega agli ureteri. Gli ureteri sono la via attraverso cui le urine arrivano in vescica.

La vescica funziona come un serbatoio di accumulo delle urine, che vengono ciclicamente espulse all'esterno grazie alla azione di contrazione della vescica stessa, associata al rilassamento dell'apparato sfinteriale, un sistema di muscoli autonomi e volontari che sono sempre in azione per impedire fughe di urina, ma in maniera molto coordinata si rilassano quando è il momento di urinare.

L'uomo è un organismo “eucariote”. Questo termine complesso e tecnico significa che consiste in una gran quantità di cellule che vivono e interagiscono fra loro creando un ambiente, appunto l'organismo, molto diverso dall'esterno. Fin qui nulla di così difficile da cogliere, perché la nostra complessità è sotto i nostri occhi ogni giorno. Vi è però un aspetto che bisogna considerare: perché il nostro organismo sia un ambiente unico ben distinto dall'esterno, e si mantenga tale, vi è da una parte la necessità di consumare energia, dall'altra serve la specializzazione dell'organismo in organi e apparati. L'apparato digerente contribuisce procurando nutrienti e altre

sostanze essenziali, il sangue – un tessuto liquido – trasporta i nutrienti e l'ossigeno che serve per utilizzarli in tutti i distretti del nostro organismo, l'apparato urinario si occupa dello smaltimento dei prodotti di “rifiuto”, ossia di degradazione di tutto il lavoro che l'organismo compie.

In quest'ottica l'apparato urinario può essere distinto in due compartimenti:

-I filtri: che sono i reni con la loro mirabile capacità di filtrare 700ml di plasma al minuto, ma che riescono a concentrare tutte le tossine e le sostanze in eccesso in appena 1-2 litri di urina nelle 24 ore. I reni sono anche molto importanti per regolare lo stato di idratazione dell'intero organismo e partecipano al controllo della pressione vascolare;

-Le vie di scarico dei rifiuti: che sono le vie urinarie.

Di fronte alla complessità del lavoro svolto dai reni il ruolo delle vie urinarie potrebbe sembrare di minore importanza. Eppure, la nostra vita quotidiana in tutte le sue sfaccettature dipende dalla continenza, cioè dal non perdere urine ed espellerle solo al momento opportuno.

Non è un eccesso di semplificazione schematizzare le vie urinarie come un sistema collettore – pelvi renale e ureteri – che conduce le urine a un serbatoio di raccolta -la vescica – da cui le urine sono periodicamente espulse all'esterno tramite l'uretra.

La produzione di urina è continua. Il plasma viene filtrato dai glomeruli, che “trattano” la preurina concentrandola, recuperando le sostanze nobili, espellendo attivamente quelle in eccesso nell'organismo. Al netto le urine formate “cadono” come gocce dalle papille renali nella pelvi renale, anche nota come bacinetto renale. Di qui le urine giungono nell'uretere e attraverso l'uretere in vescica. Non dobbiamo pensare alla pelvi renale e agli ureteri come dei tubi “passivi”, bensì come organi che si contraggono in maniera molto coordinata per far sì che l'urina percorra le vie urinarie in un'unica direzione: verso la vescica.

Reni e ureteri, data la loro importanza, sono strategicamente “protetti” nel retroperitoneo, cioè dietro l'intestino, il fegato e la milza, ma al davanti della cospicua protezione dei muscoli del tronco. La vescica, invece, si trova nella pelvi, cioè in posizione declive nel tronco. È un organo che con buona approssimazione

possiamo definire sferico, che si lascia distendere dalle urine che si accumulano senza che ciò comporti drastici aumenti di pressione nell'organo. Una pressione vescicale bassa è fondamentale per la funzione di serbatoio di quest'organo, senza che le urine risalgano nei reni con effetti deleteri sul loro funzionamento e rischi di infezione.

La vescica nella sua funzione di "continenza", cioè di contenimento delle urine, è coadiuvata da un sistema di muscoli lisci, che sono tonicamente contratti e fuori dal controllo volontario, e da muscoli striati "volontari" del pavimento pelvico, che impediscono fughe indesiderate di liquido. Questi muscoli sono organizzati fra loro con un livello di complessità tale da costituire un apparato.

Quando la vescica si svuota lo fa attivamente, contraendosi: il muscolo della vescica si chiama detrusore. Qualche attimo prima che il detrusore si contragga l'apparato sfinteriale "molla" la presa. Dall'azione coordinata di vescica e sfintere dipende una minzione completa e anche lei a pressioni relativamente basse.

Da cosa dipende questa coordinazione? Dal sistema nervoso. La vescica "comunica" al midollo sacrale il suo livello di riempimento, e da qui le informazioni salgono fino al centro pontino della minzione e all'encefalo. Quando il riempimento è adeguato e lo stimolo urinario consistente, parte un messaggio volontario di minzione che porta, attraverso una serie di circuiti, al rilassamento dell'apparato sfinteriale e alla contrazione della vescica.

Tutta questa complessità vive in noi senza in fondo che ne siamo consapevoli ... finché non compaiono le disfunzioni. Non riuscire a trattenere le urine comporta delle limitazioni in qualunque nostra attività della vita quotidiana. Ma ancora peggio "perdere" la vescica, per una neoplasia, per un trauma o per una disfunzione neurologica ci costringe ad accettare situazioni di compromesso che possano vicariare la sua tanto preziosa funzione di serbatoio. Abbiamo cercato negli anni di ricostruire la vescica con segmenti di intestino, ma siamo consapevoli che sono soluzioni che guardano da lontano alla mirabile perfezione della vescica; per fortuna le tecnologie di raccolta delle stomie sono migliorate tantissimo, ma una stomia è pur sempre una significativa alterazione dello schema corporeo. Da qui nasce la consapevolezza che prevenire le patologie che mettono a repentaglio la vescica è una strada da perseguire con tenacia, e supportare il paziente stomizzato in ogni

risolto della sua vita una necessità e un segno di rispetto verso persone che vivono una battaglia quotidiana per la normalità.



Fig. 1 Ciclo della minzione. La vescica si riempie a bassa pressione, ma si svuota con una contrazione attiva.



Fig. 2 Il rapporto fra vescica e sfintere

2.4 CENNI DI FISIOLOGIA DELL'APPARATO URINARIO



MICHELE MANICA, GIOVANNI LA CROCE, ORESTE RISI
ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo, Humanitas Gavazzeni Bergamo

Abstract

Ad oggi la neoplasia vescicale è la più frequente del tratto genito-urinario. Nell'area Associazione Italiana Registro Tumori (AIRT) sono stati diagnosticati ogni anno in media 70,7 casi di tumore della vescica ogni 100.000 uomini e 16,3 ogni 100000 donne.

Rappresenta il 3,6% del totale di decessi oncologici (4,9% uomini e 1,8% donne).

Al momento della diagnosi il 70% dei tumori vescicali non infiltra la muscolatura mentre il 30% si manifesta come malattia infiltrante.

Il principale sintomo di presentazione è un episodio di macroematuria indolore che è presente nell'85% dei pazienti. In alcuni soggetti, spesso nei casi di malattia infiltrante, può esserci l'insorgenza di sintomatologia urinaria irritativa (urgenza minzionale, bruciore associato alla minzione, necessità di mingere più frequentemente durante la giornata). Può essere presente, nei quadri più avanzati, dolore in zona pelvica.

La diagnosi iniziale si avvale di esami quali la citologia urinaria su tre campioni, l'ecografia dell'apparato urinario, la cistoscopia che consente una diagnosi rapida e definitiva di neoformazioni a carico della vescica urinaria e dell'uretra.

Importante inoltre l'URO-TC che permette la stadiazione locale e a distanza della malattia.

L'approccio terapeutico varia radicalmente in base all'infiltrazione neoplastica e, per tale motivo, si distingue sempre in tumore non muscolo invasivo e tumore muscolo invasivo. Per ottenere tale distinzione è sempre indispensabile la resezione endoscopica trans uretrale della neoformazione vescicale.

La neoplasia vescicale non infiltrante la muscolare (pTaG1 –G2 – G3; pT1 G2-G3; CIS) può essere trattata con chemioterapici endovesicali quali Mitomicina – Epirubicina – BCG (Bacillo Calmette-Guerin seguita da un stretto follow-up per evidenziare precocemente una possibile recidiva di malattia

La neoplasia vescicale infiltrante la muscolare (pT2) necessita di un trattamento chirurgico demolitivo (cistectomia radicale con derivazione urinaria).

La cistectomia radicale è il trattamento standard del tumore vescicale infiltrante o del tumore superficiale recidivo ad alto rischio di progressione. L'intervento di cistectomia radicale standard comporta un'incisione della parete addominale che si estende dalla regione sotto ombelicale sino al pube. L'intervento nell'uomo comprende l'asportazione di vescica, prostata, vescicole seminali, dotti deferenti e linfonodi otturatori ed iliaci. Nella donna si asportano invece vescica, utero, annessi, parete anteriore della vagina e linfonodi loco regionali

Recentemente sta assumendo un ruolo la chirurgia robotica, la quale consente outcomes oncologici e funzionali simili alla chirurgia open ma con un più rapido recupero del paziente e con una degenza più breve.

Indipendentemente dalla tecnica utilizzata a seconda delle caratteristiche patologiche e della presentazione clinica della malattia gli approcci chirurgici sono essenzialmente 3:

- Cistectomia radicale con derivazioni urinarie ortotopiche (e.g. neovescica): viene realizzata con un segmento di circa 40-60 cm di intestino ileale, adeguatamente configurato in modo da ottenere un serbatoio sferico a bassa pressione e quanto più possibile privo di peristalsi. La neovescica viene posizionata nello scavo pelvico. Successivamente la neovescica è ricollegata tramite una sutura all'uretra e ad essa vengono abboccati gli ureteri. Il paziente è in grado di urinare per via naturale (per uretram)
 - Cistectomia radicale con derivazioni urinarie eterotopiche (e.g. ureteroileocutaneostomia): è una tecnica utilizzata nei casi in cui la neovescica sia sconsigliata. Per questo tipo di derivazione si utilizza un segmento di 10-15 cm di intestino (ileo) a cui vengono abboccati gli ureteri. Il pezzo di ileo viene anastomizzato alla cute a livello del quadrante inferiore destro dell'addome. L'urina viene raccolta in un sacchetto in corrispondenza della stomia cutanea
- Cistectomia radicale con ureterocutaneostomia: Di fronte ad un significativo rischio operatorio che non permette una ricostruzione del tratto urinario, gli ureteri possono essere abboccati direttamente alla cute confezionando due ureterocutaneostomie ai

quadranti inferiori dell'addome. In tal caso vi è la necessità di applicare due sacchetti raccoglitori esterni in corrispondenza di ciascuna delle due stomie.

In alcuni casi è utile eseguire dei trattamenti con chemioterapie ed immunoterapie preoperatorie, volte a ridurre il volume della malattia consentendo una migliore riuscita dell'intervento chirurgico. In questi casi il caso del paziente è discusso con l'oncologo per programmare le terapie mediche e concordare il timing corretto per l'intervento chirurgico.

I reni hanno un ruolo decisivo nell'eliminazione di determinate sostanze come l'urea, la creatinina, gli acidi urici, gli ioni ammonio, le poliammine ed altri prodotti di scarto che derivano dal metabolismo. La loro perdita di funzione per cui causa l'accumulo di queste sostanze e in epoca pre-dialisi una situazione di questo tipo portava a morte.

I reni sono inoltre coinvolti nella regolazione della pressione arteriosa, nel bilancio idrosalino tramite il riassorbimento e la secrezione di elettroliti. Una insufficienza renale può anche essere causa di anemia per ridotta produzione di eritropoietina e di ipocalcemia con iperparatiroidismo secondario per una carenza nella produzione di calcitriolo (Vit D3).

In sintesi, i reni sono responsabili di:

- 1.funzione di filtro: eliminazione dal sangue ed escrezione con le urine di cataboliti (urea, creatinina, acido urico, prodotti finali degradazione emoglobina, metaboliti, ormoni) e sostanze esogene (farmaci, additivi alimentari)
- 2.funzione omeostatica: regolazione del bilancio idroelettrolitico, del bilancio acido-base e della pressione arteriosa
- 3.funzione ormonale: produzione di ormoni coinvolti nell'eritropoiesi (eritropoietina), nel metabolismo calcio-fosforo (forma attiva della vitamina D), e nella regolazione della pressione arteriosa (renina)

L'unità funzionale del rene al cui livello si esplicano le funzioni renali è detta nefrone. E' qui che avvengono 3 processi che portano alla formazione dell'urina che sono l'ultrafiltrazione che si verifica a livello glomerulare, il riassorbimento e la secrezione che invece si verificano a livello tubulare.

Una volta prodotta l'urina questa arriva alla pelvi renale e tramite gli ureteri alla vescica.

Gli ureteri sono sottili tubuli muscolari che si trovano all'interno della cavità addomino-pelvica. Così come i reni sono organi extraperitoneali che, cioè,

attraversano le pareti della cavità addominale e pelvica posteriormente al peritoneo. Gli ureteri non sono dei tubuli passivi ma hanno un ruolo attivo nel sistema urinario. Grazie alla loro peristalsi, la contrazione della muscolatura liscia, assicurano infatti il flusso unidirezionale dell'urina prodotta dai reni verso la vescica.

La vescica piena dell'urina immagazzinata schiaccia le estremità dell'uretere impedendo all'urina di ritornare ai reni, permettendo un'efficiente eliminazione degli scarti di metabolismo ed evitando infezioni batteriche causate da un eventuale reflusso di urina ai reni.

La vescica ha il ruolo di raccogliere l'urina proveniente dai reni ed espellerla all'esterno attraverso l'uretra. La maggior parte dei meccanismi che sono coinvolti nella minzione avvengono a livello inconscio.

In sintesi la minzione avviene in 4 fasi:

– Fase di riempimento: durante questa fase il detrusore (muscolatura della vescica) è rilassato, gli sfinteri interno ed esterno sono entrambi chiusi e il pavimento pelvico rilassato. A circa 200 cc di riempimento si avverte il primo stimolo minzionale: i recettori presenti a livello vescicale inviano un messaggio a livello dei centri di controllo minzionale che si trovano nel cervello che a loro volta mandano un feedback a livello vescicale facendo insorgere un desiderio minzionale che all'inizio è intermittente.

– Fase di stimolo impellente: A circa 400-600 cc lo stimolo minzionale diventa forte e continuo. Il pavimento pelvico si contrae per mantenere l'uretra compressa e gli sfinteri chiusi, evitando la fuga di urine. Il detrusore è stimolato

– Fase minzionale: la muscolatura del pavimento pelvico e gli sfinteri uretrali si rilassano permettendo, il detrusore si contrae aumentando la pressione endovescicale. Questi due fattori permettono l'espulsione dell'urina all'esterno.

– Rilassamento: gli sfinteri uretrali e la muscolatura del pavimento pelvico tornano in uno stadio di contrazione mentre il detrusore torna a rilassarsi facendo riacquisire alla vescica la sua forma piatta e permettendole di ricominciare una nuova fase di riempimento.

Insufficienza renale: classificazione delle cause

L'insufficienza renale è quella condizione in cui i reni non riescono più a svolgere la loro funzione. Può insorgere rapidamente, da poche ore a pochi giorni e in questo caso si parla di insufficienza renale acuta. Questa è una situazione potenzialmente letale ma che se riconosciuta e trattata celermente e adeguatamente può essere

reversibile.

Se invece l'insufficienza renale si sviluppa lentamente (nel corso di mesi o addirittura anni) viene definita come insufficienza renale cronica. Questa rappresenta una condizione irreversibile e i sintomi si manifestano solo nelle fasi avanzate della malattia.

L'insufficienza renale acuta può essere determinata da:

- Cause prerenali: si verifica una diminuzione della quantità di sangue che arriva al rene per cui l'apporto ematico non è sufficiente per fargli svolgere le sue funzioni.

Le situazioni in cui questo si verifica sono le seguenti:

- Emorragia
- Disidratazione e ustioni
- Insufficienza cardiaca
- Shock circolatorio in corso di infezione o di reazione allergica
- Insufficienza epatica
- Cause renali: un danno diretto al rene è responsabile del peggioramento della funzione renale come in questi casi:
 - Trombosi delle vene o delle arterie renali
 - Infiammazione in corso di malattie autoimmuni (glomerulonefriti e vasculiti)
 - Infezioni
 - Alcuni farmaci, fra i quali chemioterapici, antibiotici, farmaci antinfiammatori ecc.
 - Mieloma multiplo, una malattia del sangue
 - Tossici come metalli pesanti e droghe
- Cause post-renali: un'ostruzione delle vie urinarie impedisce all'urina prodotta dai reni di essere espulsa dall'organismo tramite la minzione:
 - Ipertrofia prostatica benigna (prostata ingrossata)
 - Calcolosi renale
 - Tumori delle vie urinarie
 - Danni ai nervi che controllano la vescica

L'insufficienza renale cronica, invece, può essere causata da:

- Diabete, sia di tipo 1 che 2
- Ipertensione arteriosa
- Depositi di colesterolo nei vasi renali (aterosclerosi)
- Glomerulonefriti e vasculiti
- Malattia policistica renale e altre malattie genetiche (ad es. Malattia di Fabry e sindrome di Alport)

- Pielonefrite, una infezione cronica del rene
- Mieloma multiplo (una malattia del sangue)
- Tossicità da farmaci (ad esempio, chemioterapici)
- Ostruzione prolungata del tratto urinario, dovuta a tumori, calcolosi renale o ipertrofia prostatica benigna
- Reflusso vescicouretrale, una condizione che causa il reflusso dell'urina all'interno dei reni

Fondamentale è eseguire una diagnosi eziologica corretta di insufficienza renale che si effettua tramite esami del sangue e delle urine, ecografia dell'apparato urinario, talvolta scintigrafia e in alcuni casi biopsia renale.

Nei casi di insufficienza renale acuta l'obiettivo terapeutico è quello di eliminare la causa scatenante, sia essa prerrenale, renale o post-renale.

Inoltre, bisogna riconoscere e trattare le complicanze dell'insufficienza renale più pericolose per il paziente come l'edema polmonare, l'acidosi e l'iperpotassiemia.

Per quanto riguarda l'insufficienza renale cronica fondamentale è rallentare il decorso della malattia, controllando una serie di fattori che si sono dimostrati responsabili di un'accelerata progressione. Tra questi:

- Controllo e terapia della malattia di base (ad esempio la glomerulonefrite)
- Controllo della glicemia nei pazienti diabetici
- Controllo della pressione arteriosa
- Controllo dell'acidosi
- Dieta ipoproteica in casi selezionati
- Controllo dei farmaci assunti dal paziente, con l'attenzione volta ad evitare i cosiddetti farmaci nefrotossici (come, ad esempio, i FANS) che possono far peggiorare la funzione renale.
- Prevenzione della nefrotossicità da mezzo di contrasto nel caso di procedure radiologiche

Nei pazienti con insufficienza renale post-renale è fondamentale l'eliminazione dell'ostruzione. Quando questa non è possibile o deve essere postposta deve essere allestita una via diversa per la fuoriuscita delle urine all'esterno e può essere quindi indicato confezionare una urostomia.

Le urostomie incontinenti e loro indicazioni

L'urostomia è l'aboccamento di un tratto dell'apparato urinario alla parete dell'addome che permette la fuoriuscita delle urine all'esterno.

Viene confezionata quando la via fisiologica non è più in grado di funzionare.

Come già detto può essere indicato il confezionamento di una stomia incontinente provvisoria nei casi di insufficienza renale post-renale, ma la maggior parte dei casi in cui è necessario riguarda affezioni della vescica o la sua asportazione.

Distingueremo:

- urostomie incontinenti provvisorie
- nefrostomia: è una procedura che consiste nella puntura guidata dall'ecografia e dalla fluoroscopia delle cavità renali attraverso la cute della regione lombare, con lo scopo di realizzare una comunicazione stabile tra le cavità renali e la superficie corporea per mezzo di un catetere che si connette ad un raccoglitore. Spesso è una derivazione provvisoria che viene rimossa agevolmente alla risoluzione del problema ostruttivo che può essere un calcolo o un'ostruzione di diversa natura dovuta ad una stenosi ureterale o ad una neoplasia della via escretrice o della vescica.
- cistostomia: è una procedura che consiste nel posizionare un catetere nella regione sottombelicale direttamente nella vescica. Può essere indicata nei casi in cui il paziente non è cateterizzabile per uretram a causa, per esempio, di stenosi dell'uretra o di iperplasia prostatica benigna.

•Urostomie incontinenti

•Ureterocutaneostomia e Ureteroileocutaneostomia che affronteremo nel dettaglio tra le derivazioni urinarie conseguenti all'intervento di cistectomia radicale.

Neoplasia vescicale

La neoplasia della vescica è la più frequente del tratto genito-urinario. Nell'area Associazione Italiana Registro Tumori (AIRT) sono stati diagnosticati ogni anno in media 70,7 casi di tumore della vescica ogni 100.000 uomini e 16,3 ogni 100000 donne. Ad oggi rappresenta il 3,6% del totale di decessi oncologici (4,9% uomini e 1,8% donne).

È più comune tra i 60 e i 70 anni e alla diagnosi è un tumore superficiale nell'85% circa dei casi mentre è infiltrante nel restante 15% dei casi.

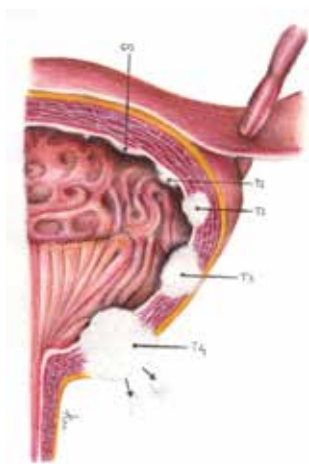


Fig. 1 Neoplasia vescicale

In Italia ci sono attualmente circa 30000 pazienti affetti da questa neoplasia.

La sopravvivenza a cinque anni, in Italia, è di circa l'80 per cento sebbene sia frequente la probabilità di recidiva – cioè della ricomparsa del problema anche a distanza di tempo.

Il principale fattore di rischio è rappresentato dal fumo di sigaretta, seguito dall'esposizione cronica alle ammine aromatiche e nitrosamine (frequente nei lavoratori dell'industria tessile, dei coloranti, della gomma e del cuoio). Eventuali radioterapie che hanno coinvolto la pelvi, l'assunzione di alcuni farmaci chemioterapici e dall'infezione da parassiti come Bilharzia e Schistosoma haematobium, diffusi in alcuni paesi del Medio Oriente (Egitto in particolare)

rappresentano un ulteriore fattore di rischio.

Esistono infine prove a favore di una componente genetica quale fattore predisponente.

Il tipo più frequente di tumore della vescica è il cosiddetto carcinoma a cellule di transizione che costituisce circa il 95 per cento dei casi.

Più rari altri tipi di cancro alla vescica come l'adenocarcinoma e il carcinoma squamoso primitivo.

I sintomi con cui si può presentare il tumore della vescica sono comuni anche ad altre malattie dell'apparato urinario. I più frequenti sono rappresentati dalla presenza di sangue nelle urine (ematuria) e la formazione di coaguli, la sensazione di bruciore alla vescica, difficoltà o dolore durante la minzione. Con la progressione della malattia questi disturbi possono diventare importanti.

Il tumore della vescica può diffondere localmente e a distanza per via linfatica, dapprima ai linfonodi e successivamente, attraverso il circolo sanguigno, ai polmoni, al fegato e alle ossa.

Nel caso di un sospetto di tumore della vescica, sulla vba si eseguono procedure diagnostiche.

Le procedure diagnostiche, nel caso vi sia un sospetto di cancro alla vescica sono rappresentate dall'ecografia e dalla cistoscopia. Quest'ultima consiste nell'introduzione di uno strumento ottico nella vescica attraverso l'uretra che permette di vedere all'interno della vescica ed identificare eventuali neoformazioni

vescicali.

Importante è anche la ricerca di cellule tumorali nel campione di urine (citologia urinaria).

La TC, la PET e la scintigrafia ossea permettono di stadiare la malattia, di valutare, cioè, se la malattia si è estesa ad altri organi a distanza.

L'approccio terapeutico varia radicalmente in base all'infiltrazione neoplastica per cui si distingue tra un tumore non muscolo-invasivo e un tumore muscolo-invasivo. Per discriminare queste due situazioni è indispensabile eseguire una resezione transuretrale di vescica (TURV). La procedura consiste nella resezione endoscopica della neoformazione vescicale e nell'invio del materiale asportato per esame istologico.

La neoplasia vescicale non infiltrante la muscolare può essere trattata con chemioterapici endovescicali come la Mitomicina, l'Epirubicina o il Bacillo Calmette-Guerin (BCG) seguito da uno stretto follow-up cistoscopico che permetta di evidenziare precocemente una possibile recidiva di malattia.

La neoplasia vescicale infiltrante la muscolare o in alcuni casi anche quella superficiale che però recidivi nonostante le instillazioni endovescicali necessita invece di un trattamento chirurgico demolitivo (cistectomia radicale con derivazione urinaria). In alcuni casi è utile eseguire dei trattamenti con chemioterapie ed immunoterapia preoperatorie, volte a ridurre il volume della malattia consentendo una migliore riuscita dell'intervento chirurgico. Alcuni farmaci, come il pembrolizumab, somministrati per via endovenosa migliorano la sopravvivenza dei pazienti favorendo una maggiore eradicazione del tumore vescicale.

In quest'evenienza il caso del paziente è discusso con l'oncologo per programmare le terapie mediche e concordare il timing corretto per l'intervento chirurgico.

Talvolta questi farmaci possono essere somministrati anche successivamente all'intervento in caso di malattia residua/recidiva.

Un aspetto fondamentale da conoscere di questa terapia innovativa sta non solo nei benefici oncologici attesi per il paziente, ma anche nei possibili effetti avversi che talvolta possono presentarsi nei pazienti trattati.

L'immunoterapia, infatti, agisce stimolando il sistema immunitario del ricevente contro le cellule tumorali. Talvolta però il sistema immunitario del paziente iperattivato dal farmaco, potrebbe facilitare l'insorgenza di possibili reazioni autoimmuni su diversi organi sani come la tiroide, il pancreas, l'intestino, lo stomaco, o anche i polmoni causando tiroiditi, pancreatiti, polmoniti, gastriti ecc. Queste reazioni possono verificarsi in circa il 40% dei pazienti ma sono per lo più

asintomatiche e senza esiti. La maggior parte delle volte infatti causano solamente un lieve rialzo degli indici di infiammazione e della temperatura corporea. I sintomi possono però insorgere anche a distanza di settimane o mesi dalla somministrazione del farmaco e quindi se i farmaci sono somministrati prima della cistectomia possono presentarsi dopo l'intervento chirurgico di cistectomia. Fondamentale in questo caso saperle riconoscere per distinguerle da un'infezione batterica postoperatoria che richiede terapia antibiotica.

Cistectomia. Gli interventi chirurgici e le diverse tecniche

L'intervento chirurgico di asportazione completa della vescica si definisce cistectomia radicale. L'indicazione principale di tale procedura è legata a problematiche di tipo oncologico. Altre indicazioni alla cistectomia sono condizioni in cui deficit funzionali di riempimento o svuotamento della vescica risultino molto invalidanti per il paziente. Alternativa alla cistectomia totale è la cistectomia parziale in cui parte della vescica viene preservata e non asportata.

Nell'uomo la cistectomia radicale include l'asportazione della vescica, della prostata e delle vescicole seminali. Qualora l'intervento venga eseguito per problematiche oncologiche si rende necessario asportare anche i linfonodi regionali, la porzione terminale degli ureteri e l'uretra prostatica in caso di sospetto coinvolgimento. L'uretra, come tratteremo più avanti, va preservata in quei pazienti il cui fine sia confezionare una neovescica, laddove sussistano le indicazioni oncologiche.

In pazienti giovani, con erezioni valide e malattie organo confinate che siano fortemente motivati a mantenere l'attività sessuale è possibile eseguire l'intervento con l'intento di preservare i nervi responsabili dell'erezione che decorrono in stretto contatto con la prostata, postero lateralmente ad essa. Tale intervento viene definito "Nerve Sparing". In alcuni casi selezionati, laddove le condizioni generali lo permettano, è possibile preservare la prostata per ridurre al minimo il rischio di disfunzione erettile.

Nonostante il risparmio dei nervi, con prospettive di ripresa valida dell'erezione, l'eiaculazione viene comunque persa.

Nella donna la cistectomia radicale include l'asportazione della vescica, cupola vaginale, utero e annessi. Analogamente all'uomo, laddove l'intervento venga eseguito per problematiche oncologiche, si rende necessario asportare anche i linfonodi regionali, la porzione terminale degli ureteri e l'uretra (in caso di sospetto coinvolgimento). L'uretra, come nell'uomo, va preservata in quelle pazienti il cui fine sia confezionare una neovesica. Anche nella donna, in casi selezionati è possibile eseguire l'intervento con risparmi dei nervi deputati alla sfera sessuale o con risparmio degli organi pelvici.

La cistectomia può essere eseguita in chirurgia mininvasiva (laparoscopica o robotica) o con la classica tecnica a cielo aperto.

La chirurgia a cielo aperto ad oggi rappresenta la tecnica più utilizzata per l'asportazione della vescica. Tuttavia, studi clinici internazionali hanno confermato le tecniche chirurgiche mininvasive, in particolare la tecnica robotica, come delle alternative valide e sicure da eseguire in centri di riferimento da chirurghi esperti. Il reale vantaggio della chirurgia mininvasiva sono le ridotte tempistiche di recupero e minor dolore postoperatorio e una riduzione dei sanguinamenti intraoperatori.

Cistectomia a cielo aperto

Il classico intervento a cielo aperto viene eseguito tramite una incisione addominale mediana ombelico-pubica. Apertura dei piani muscolo aponeurotici e accesso al Retzius (lo spazio perivescicale). Si continua eseguendo una linfoadenectomia pelvica estesa che comprende i linfonodi otturatoi, iliaci interni, esterni e comuni bilateralmente ed in alcuni casi i linfonodi presacrali.

I linfonodi sono dei piccoli organi che hanno una funzione immunitaria e di drenaggio dei liquidi e delle proteine provenienti da tutti gli organi che vengono reimmessi nel circolo sanguigno. Quando un organo si ammala di tumore i linfonodi che drenano l'organo in questione sono la prima sede esterna dove la malattia si possa localizzare.

Si procede quindi all'isolamento della vescica e clampaggio dei peduncoli vascolari vescicali con successivo isolamento degli ureteri iliaci bilateralmente che vengono liberati fino a livello prevescicale. Infine, si esegue un progressivo clampaggio emostatico e sezione dei peduncoli vescicali, prostatici o di utero e annessi, a seconda che si tratti di uomo o donna, isolamento e sezione dell'uretra fino alla

completa asportazione della vescica, della prostata o dell'utero e degli annessi. Nella donna durante l'asportazione dell'utero viene aperta la cupola vaginale che viene poi suturata.

Successivamente, come descritto successivamente, si isola una porzione di intestino, ripristinandone la continuità con un'anastomosi e si procede al confezionamento di una derivazione urinaria. Le più frequenti derivazioni urinarie sono la ureteroileocutaneostomia o la neovescica ileale con la porzione di intestino defunzionalizzata.

Cistectomia mininvasiva (Robotica/Laparoscopica)

I principi della chirurgia mininvasiva sono comuni alla robotica e alla laparoscopia. La chirurgia robotica viene eseguita dal chirurgo tramite l'ausilio di un macchinario che permette di filtrare gli spostamenti in modo più fluido e preciso dando l'opportunità di eseguire movimenti nel piccolo spazio che in chirurgia a cielo aperto o laparoscopica risulterebbero impossibili per via degli angoli di rotazione della mano umana o degli strumenti laparoscopici.

La prima parte dell'intervento consiste nella creazione dello pneumoperitoneo, introducendo all'interno della cavità addominale un gas non infiammabile, tipicamente anidride carbonica, per creare uno spazio dove lavorare con gli strumenti chirurgici robotici. Una incisione sopra-ombelicale consente di posizionare il primo trocar attraverso il quale si inserisce la telecamera. Successivamente vengono inseriti altri trocar operativi, comunemente 6, di cui 4 gestiti dal primo operatore e 2 dall'assistente, in caso di chirurgia robotica. La tecnica robotica permette una visione 3D con un ingrandimento tale da fornire al chirurgo una profondità di campo e una precisione di dettagli difficilmente ottenibile altrimenti.

Nell'uomo la prima parte dell'intervento consiste nell'isolamento delle vescicole seminali attraverso una incisione del peritoneo a livello del cavo del Douglas. Si accede quindi allo spazio pelvico dove sono localizzate la vescica e la prostata (nell'uomo).

Nella donna invece la prima parte dell'intervento è l'incisione del cavo del Douglas sino all'isolamento dei fornici vaginali.

Si procede quindi alla rimozione dei linfonodi pelvici (come precedentemente descritto nella tecnica a cielo aperto).

La tecnica robotica permette di eseguire una asportazione dei linfonodi molto estesa ed accurata.

L'intervento continua con l'isolamento degli ureteri e alla loro disconnessione dalla vescica. Successivamente, previa chiusura dei peduncoli vascolari si procede alla rimozione della vescica e della prostata (nell'uomo) oppure dell'utero, delle ovaie e di una porzione della vagina (nella donna).

Per permettere il distacco della vescica, si procede a sezionare l'uretra a livello dell'apice prostatico (o del collo vescicale nella donna) e a questo punto il pezzo operatorio, completamente liberato, viene asportato tramite ausilio di un sacchetto. Quando necessario, viene eseguito un esame istologico intraoperatorio estemporaneo per valutare la integrità dei margini chirurgici uretrali. In caso di estensione della neoplasia all'uretra, potrebbe essere indicato l'asportazione dell'uretra mediante l'uretrectomia. In questo caso, l'unica derivazione urinaria possibile sarebbe quella non continente.

Dopo l'asportazione della vescica che, come visto nei capitoli precedenti, ha una funzione di immagazzinamento e successiva espulsione delle urine, si rende necessario ristabilire il transito delle urine verso l'esterno.

Il ripristino del transito delle urine viene ristabilito tramite il confezionamento di una derivazione urinaria.

Le derivazioni urinarie si suddividono in:

- Derivazioni continenti (le urine vengono conservate in reservoir interni al corpo con successivo drenaggio esterno)
- Derivazioni incontinenti (le urine vengono direttamente drenate all'esterno senza possibilità di controllo).
- Derivazioni ortotopiche (le urine vengono drenate tramite derivazioni ricostruite nella precedente sede della vescica)
- Derivazioni eterotopiche (le urine vengono drenate tramite derivazioni ricostruiti in una sede diversa dalla precedente sede vescicale)

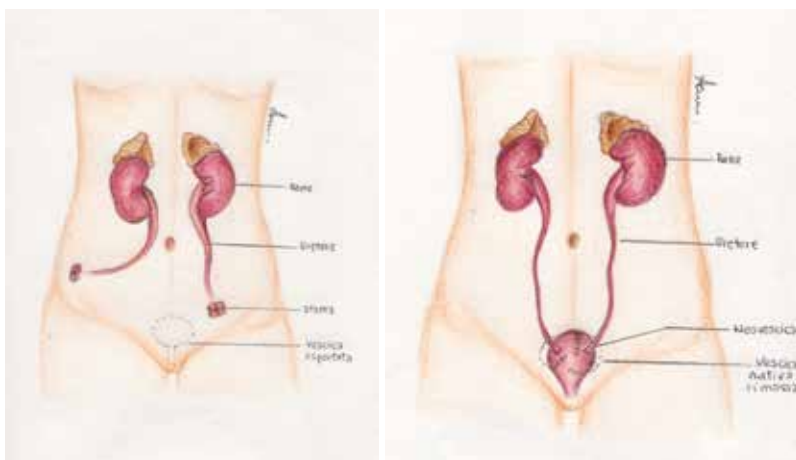


Fig. 3 Derivazioni Urinarie

Le derivazioni più comunemente utilizzate sono:

- **L'URETERO-CUTANEO-STOMIA:** in cui gli ureteri vengono direttamente anastomizzati alla cute della parete addominale. Tale derivazione può essere bilaterale in cui l'uretere destro e l'uretere sinistro sono anastomizzati direttamente alla cute della parete addominale, o monolaterale in cui gli ureteri vengono anastomizzati tra loro e abboccati alla cute a destra o a sinistra. L'urina verrà poi raccolta in due sacchetti se bilaterale, o in un sacchetto se monolaterale, sostituiti periodicamente. Viene inoltre posizionato un cateterino all'interno dell'uretere, da sostituire periodicamente, per evitare il restringimento della stomia cutanea. una funzione di immagazzinamento e successiva espulsione delle urine, si rende necessario ristabilire il transito delle urine verso l'esterno.

- **LA NEOVESCICA ILEALE/COLICA ORTOTOPICA** in cui un tratto di circa 40-60 cm di intestino tenue, a circa 20 cm dalla valvola ileo ciecale, viene defunzionizzato, detubularizzato e sfericizzato in modo da riconformare una nuova vescica utilizzata come reservoir continente che viene anastomizzato agli ureteri e all'uretra. La continuità dell'intestino tenue, per il transito del bolo alimentare, viene ripristinata. In alternativa all'intestino tenue si può utilizzare una porzione dell'intestino crasso, tipicamente il tratto sigmoideo. Analogamente l'intestino crasso viene defunzionizzato, detubularizzato e sfericizzato in modo da riconformare una nuova vescica. In questo caso l'urina defluisce continuamente

attraverso gli ureteri nella neovescica e l'espulsione delle urine avviene attraverso l'uretra. Tuttavia, la percezione dello stimolo minzionale e l'evacuazione delle urine sarà molto diversa rispetto alla condizione precedente. Le neovesciche sono dei contenitori non controllabili con la volontà come la vescica nativa. Inoltre, in alcune condizioni si possono rendere necessari periodici autocateterismi o avere una incontinenza più o meno grave.

IL CONDOTTO ILEALE: in cui un tratto di circa 10 -15 cm di intestino tenue, a circa 20 cm dalla valvola ileo ciecale, viene defunzionalizzato e utilizzato come reservoir incontinente che viene anastomizzato agli ureteri da un estremo e alla parete della parete addominale dall'estremo opposto. La continuità dell'intestino tenue, per il transito del bolo alimentare, viene ripristinata. In questo caso l'urina defluisce continuamente attraverso gli ureteri nel condotto ileale, e viene raccolta in un sacchetto applicato con adesivo in corrispondenza della stomia cutanea. Occasionalmente può essere necessario mantenere dei tutori ureterali da sostituire periodicamente.

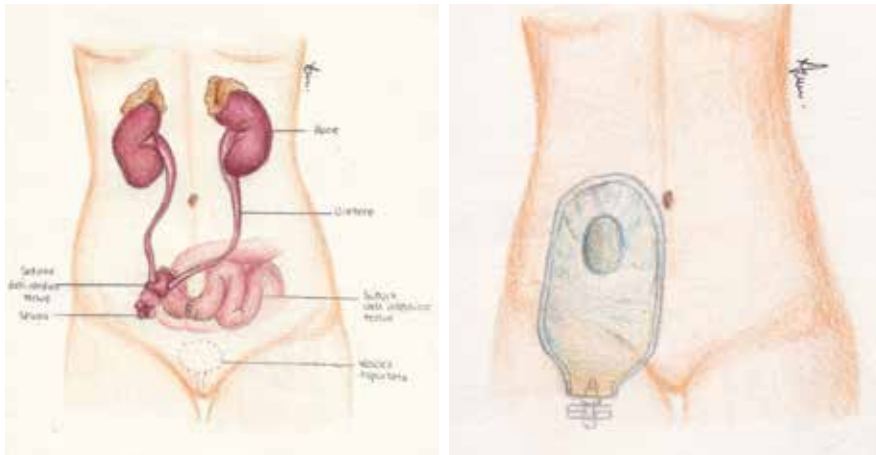


Fig. 4 Derivazioni Urinarie

DIVERSIONE URINARIA CUTANEA:

È una derivazione continenti eterotopiche.

Utilizzando il piccolo intestino e talvolta l'appendice si procede a creare un condotto, o canale, tra la superficie cutanea e una neovescica ileale posizionata in ipogastrio. La piccola apertura sulla superficie della pelle, o lo stoma, si trova tipicamente nell'ombelico o vicino all'ombelico sul lato inferiore destro dell'addome. Un cateterismo intermittente viene eseguito ogni 3-4 ore e l'urina viene scaricata all'esterno. Quando la vescica si riempie, l'aumento della pressione comprime il canale contro la parete vescicale, creando una valvola unidirezionale che impedisce la fuoriuscita di urina tra i cateterismi.

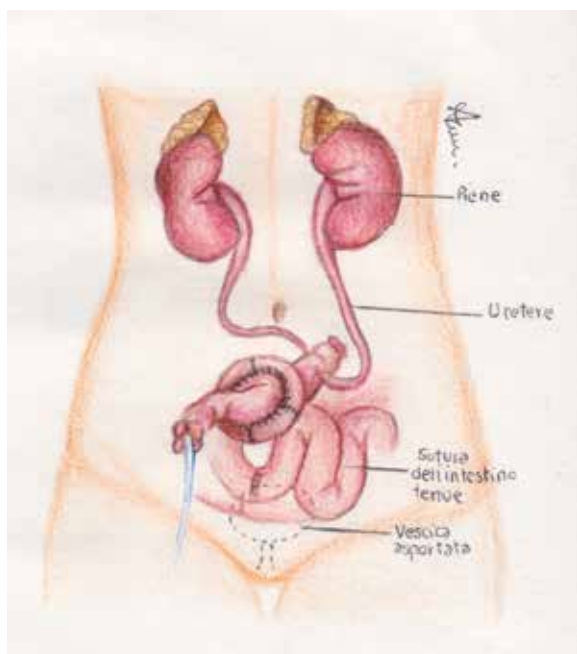


Fig. 5 Derivazioni Urinarie

2.5 STORIA NATURALE DEL TUMORE DELLA VESCICA: DALLA RESEZIONE DEI PICCOLI TUMORI AGLI APPROCCI MULTISPECIALISTICI PER GUARIRE.



FRANCESCO GIANNOCCARO
Urologia AOU Policlinico di Bari

Il tumore della vescica rappresenta una delle neoplasie urologiche più comuni, ma precisamente in cosa consiste e quanto è diffuso?

Il tumore della vescica consiste in una trasformazione in senso maligno delle cellule che rivestono l'interno della vescica.

Quanto è diffuso?

Il tumore della vescica rappresenta circa il 3 per cento di tutti i tumori e in urologia, è secondo solo al tumore della prostata.

I tumori delle vie urinarie costituiscono nel complesso l'11 per cento circa di tutte le nuove diagnosi di tumore con un numero di casi attesi ogni anno in Italia di circa 24.000 uomini e 5.700 donne, prevalentemente di età media o avanzata.

Quando viene diagnosticato un tumore viene spontaneo chiedersi quale sia stata la causa a scatenare l'insorgenza dello stesso. Tra questi il ruolo principe è da attribuire al fumo di sigaretta.

Ma le sigarette non sono l'unica causa del tumore alla vescica. Il tumore alla vescica può essere definito come una patologia "lavoro-correlata". Alcuni pazienti presentano un rischio maggiore di ammalarsi di tumore alla vescica perché nel luogo di lavoro sono presenti determinate sostanze chimiche. Chi lavora nell'industria chimica (vernici, gomma), metallurgica, tessile e del cuoio può correre rischi.

Anche chi in passato è stato colpito da tumori in altri distretti del corpo e ha fatto uso di determinati farmaci come la ciclofosfamida può correre maggiori rischi di ammalarsi di tumore alla vescica. Anche chi è stato sottoposto a radioterapia all'addome o alla zona pelvica è a rischio.

“Ma come si manifesta una neoplasia vescicale?”

Il tumore alla vescica può causare uno o più dei seguenti sintomi tra cui la presenza di sangue nelle urine. Altri sintomi presenti nel tumore sono: il bisogno urgente di urinare, il bisogno di urinare più frequentemente del solito (la cosiddetta pollachiuria), la sensazione di non riuscire a svuotare la vescica pur avvertendone la necessità, una sensazione di tensione o sforzo durante la minzione e un dolore durante la stessa.

Questi sintomi possono essere causati da un tumore alla vescica, ma anche da altre patologie. La sensazione di bruciore mentre si urina o la necessità di dover mingere in più tempi e più volte durante l'arco della giornata è fortunatamente il più delle volte correlato ad infezioni delle vie urinarie e non ad un processo tumorale. La stessa sensazione di non aver svuotato la vescica del tutto può essere attribuita ad un processo infettivo o ad un aumento di volume della ghiandola prostatica nel sesso maschile. Quindi i sintomi prima elencati sono molto frequenti nella popolazione italiana e quindi sottovalutati, ma ahimè dietro questi potrebbe esserci qualcosa di potenzialmente mortale.

La diagnosi di tumore vescicale di solito prevede la uretrocistoscopia. Si tratta di un esame in cui uno strumento molto sottile e flessibile (cistoscopio) viene delicatamente inserito all'interno dell'uretra e guidato fino alla vescica, per esaminarne l'interno.

Dopo la cistoscopia, accertata la presenza di una neoplasia, si procede alla “resezione endoscopica della neoplasia vescicale, spesso chiamata con l'acronimo TURBT. In anestesia (di solito parziale), introducendo uno speciale cistoscopio nell'uretra, si rimuove la lesione che viene raccolta per essere sottoposta ad esame istologico. Della malattia si indicano lo stadio (cioè l'entità della penetrazione nello spessore della vescica) e il grado, cioè quanto le cellule si allontanano dalle caratteristiche tipiche di una cellula normale.

Come mai è importante stabilire il grado di un tumore? I tumori di grado maggiore tendono a crescere più velocemente di quelli con gradi minori e hanno anche una maggior probabilità di creare metastasi. Oltre al grado, altro parametro importantissimo nella stadiazione di un tumore vescicale è la cosiddetta “estensione” dello stesso.

Questa è riassunta nella classificazione TNM:

T- Tumore primario	
Tx	Materiale non sufficiente
T0	Non evidenza di malattia
Tis	Carcinoma in situ: tumore piatto
Ta	Non infiltrante la tonaca sottomucosa
T1	Infiltrante la tonaca sottomucosa
T2a	Infiltrante la prima metà della tonaca muscolare
T2b	Infiltrante la seconda metà della tonaca muscolare
T3a	Infiltrazione microscopica del grasso peri-vescicale
T3b	Infiltrazione macroscopica del grasso peri-vescicale
T4a	Infiltrazione organi vicini: prostata, vescicole seminali, utero, vagina
T4b	Infiltrazione parete pelvica e/o addominale
N-Linfonodi	
Nx	Linfonodi non valutabili
N0	Assenza di metastasi nei linfonodi regionali
N1	Metastasi in un singolo linfonodo di una stazione endopelvica (otturatori, iliaci interni, iliaci esterni, presacrali)
N2	Metastasi multiple di stazioni endopelviche
N3	Metastasi multiple di stazioni endopelviche
M- Metastasi a distanza	
Mx	Metastasi a distanza non valutabili
M0	Assenza di metastasi a distanza
M1	Presenza di metastasi a distanza

Cosa si intende per T-N-M?

T sta per "Tumor" ovvero ci indica quanto il tumore si sia approfondito nella parete vescicale o se abbia o meno colpito strutture adiacenti. Per esempio, un T1 indica che la neoplasia ha intaccato la mucosa e la sottomucosa senza infiltrare la tonaca muscolare. Se quest'ultima è interessata si parla di T2.

Riassumendo Gli stadi del tumore alla vescica sono cinque:

T0: le cellule tumorali si trovano solo sulla superficie della parete interna della vescica. Il termine specialistico è carcinoma in situ o carcinoma intraepiteliale (CIS).

T1. Il tumore inizia a svilupparsi nella parete interna della vescica, ma non ha ancora invaso lo strato muscolare.

T2. Il tumore invade lo strato muscolare della vescica.

T3. Il tumore si sviluppa anche oltre lo strato muscolare e va a raggiungere i tessuti che circondano la vescica (la prostata, l'utero o la vagina).

T4. Il tumore invade la parete pelvica o addominale, ma non colpisce i linfonodi. In alternativa le cellule tumorali raggiungono almeno un linfonodo oppure parti del

corpo distanti dalla vescica, ad esempio il fegato, i polmoni o le ossa.

Una volta fatta la stadiazione è quindi possibile suddividere i tumori della vescica in NMIBC (tumori della vescica non muscolo invasivi) e MIBC (tumori della vescica muscolo invasivi). Ovviamente ci sono delle differenze per quel che riguarda gli approcci terapeutici e la percentuale di sopravvivenza del paziente. Fortunatamente la sopravvivenza a 5 anni di un tumore di vescica è dell'80 %. Questa percentuale sicuramente non irrisoria è data dall'associazione tra terapia farmacologica e trattamento chirurgico.

La scelta della terapia dipende soprattutto da alcuni fattori: la zona della vescica interessata dal tumore (cupola, collo, trigono ecc.), l'eventuale diffusione del tumore nella parete muscolare o nei tessuti esterni alla vescica, l'eventuale diffusione del tumore in altre parti dell'organismo, il grado del tumore, l'età e lo stato di salute generale del paziente.

Le strategie di terapia vengono discusse in un "team multidisciplinare", cioè una 'squadra di diversi specialisti (urologo, oncologo, radiologo, radioterapista, anatomopatologo) al servizio che stabilisce per un dato paziente la migliore combinazione di terapie. Come abbiamo accennato prima, l'incidenza dei tumori urologici, risulta in costante crescita e spesso si tratta di casi gravi di carcinoma della vescica. Si è dunque arrivati al pensiero comune che sia necessario affrontarli con un approccio multidisciplinare, perché questo consente di ottimizzare l'uso delle risorse umane; quindi, l'esperienza personale dei vari specialisti che ne fanno parte favorendo l'appropriatezza diagnostica e terapeutica-osservazionale, rendendo maggiormente accessibili le cure disponibili e migliorando la qualità di vita e la compliance dei pazienti alle terapie e al follow-up". Ciò è particolarmente vero quando si considera anche la possibilità che il paziente acceda a terapie di nuovissima generazione come la immunoterapia con "atezolizumab", una terapia che coinvolge il sistema immunitario con risultati sorprendenti ed insperati rispetto a qualche tempo fa.

Ma quali sono i vantaggi di un TMD?

Ciascuna figura professionale ha un ruolo specifico all'interno del Team e può sulla base di studi e/o della propria esperienza personale influenzare il cosiddetto piano

terapeutico per ciascun caso preso in esame. Emblematico è il riscontro che “Il 38% delle neoplasie urologiche subisce variazioni nella diagnosi o nella terapia se viene gestita da un team rispetto a quando è affrontata da un singolo di specialista”. Una volta discusso il caso il Team Multidisciplinare imposta e detta le linee e gli approcci terapeutici.

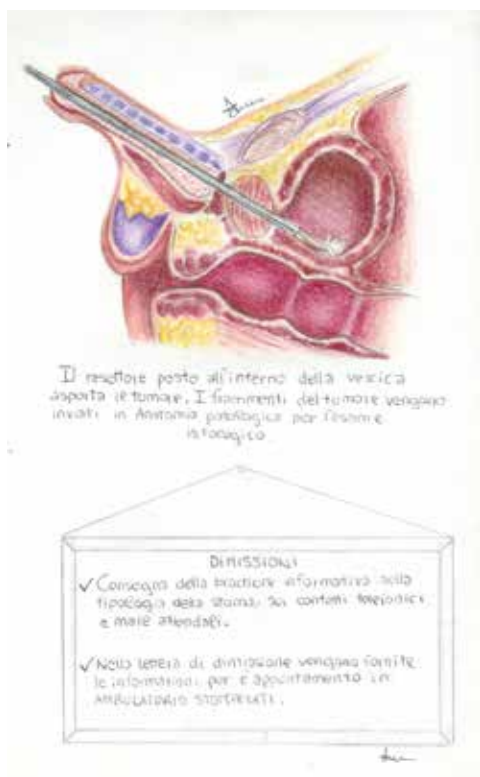
Le terapie possibili per chi è affetto da tumore alla vescica sono infatti: l'intervento chirurgico, la chemioterapia, l'immunoterapia e la radioterapia. Alle volte è necessario combinare gli approcci in modo da aumentarne l'efficacia. Ma quale terapia intraprendere? Il trattamento primario di un tumore della vescica è senza dubbio chirurgico.

In che cosa consiste il trattamento chirurgico del tumore della vescica?

L'approccio chirurgico e il tipo di intervento a cui il paziente deve essere sottoposto dipendono dalla stadiazione della neoplasia stessa. Diverso è infatti l'approccio in caso di tumore muscolo invasivo (MIBC) rispetto al tumore non muscolo invasivo (NMIBC). Se si tratta di tumore non invasivo la chirurgia del cancro della vescica prevede in prima istanza l'asportazione del tumore dalla parete vescicale per via endoscopica (TUR-V). La TUR-V (o TURBT) è una procedura sia terapeutica che diagnostica. Terapeutica in quanto va ad eliminare la neoformazione e diagnostico in quanto il materiale eliminato viene inviato ad un anatomopatologo che farà diagnosi segnalando un eventuale grado di malignità e un grado di estensione (interessamento degli strati superficiali o eventuale interessamento della tonaca muscolare). Si tratta di una procedura endoscopica trans-uretrale (cioè attraverso l'uretra). Dopo l'anestesia, solitamente loco regionale, il paziente viene posto in posizione litotomica. Si introduce quindi in vescica sotto visione diretta un cistoresettore, per asportare la lesione tumorale (FIG.1-2).



Fig. 1-2



Una volta terminata la resezione e completata l'emostasi del letto chirurgico di resezione, il tessuto viene estratto dalla vescica ed inviato presso il reparto di Anatomia Patologica per l'esame istologico. Se si tratta di una prima diagnosi e se l'estensione tumorale non è estesa potrà essere eseguita una instillazione endovescicale di una sostanza chemioterapica, la Mitomicina-c, che possa agire immediatamente sulla mucosa vescicale in maniera tale da ridurre il rischio di recidiva della malattia tumorale.

Purtroppo, nonostante la terapia chirurgica e chemioterapica, il tumore della vescica tende a recidivare; quindi, capita di dover essere sottoposti a una nuova procedura a distanza di pochi mesi.

Una volta avuto l'esito istologico, si procede al cosiddetto follow-up urologico. Questo consiste in una sorveglianza mediante controllo cistoscopico periodico. Dopo un intervento endoscopico di TURV o TURBT di vescica è necessario eseguire una prima cistoscopia a 3 mesi e successivamente ogni 3 o 6 mesi. Queste procedure dovrebbero essere accompagnate da un controllo citologico delle urine, un esame chimico e colturale delle stesse e, a discrezione dello specialista, una diagnostica dell'alto apparato escretore (un'ecografia dell'apparato urinario, una urografia, TAC ecc.).

L'approccio chirurgico di un MIBC, cioè un tumore che abbia infiltrato notevolmente i tessuti della vescica è ovviamente diverso.

Come si cura un MIBC?

L'approccio primario è anche in questo caso di tipo chirurgico. Si parla di cistectomia radicale, che consiste nella rimozione della vescica e dei linfonodi che questa drenano.

Abbiamo parlato dell'approccio chirurgico nella gestione delle NMIBC e delle MIBC, ma questo non è il solo approccio terapeutico. Esistono altri trattamenti farmacologici, radioterapici o immunoterapici che permettono una più facile gestione chirurgica della malattia. Quando le condizioni del paziente lo consentono, l'operazione chirurgica viene preceduta da chemioterapia a base di cisplatino per ridurre le dimensioni del tumore e facilitarne l'asportazione. Purtroppo, però solo circa il 20% dei pazienti riceve il trattamento farmacologico: Perché questo?

Circa la metà dei pazienti non può sostenerlo a causa delle condizioni di salute preesistenti, e la restante parte si rifiuta di assumerlo a causa dei forti effetti collaterali che lo accompagnano.

In cosa consiste la chemioterapia e quali effetti collaterali può provocare?

La chemioterapia consiste nell'impiego di farmaci, che, attraverso il circolo sanguigno, possono raggiungere le cellule tumorali in ogni parte dell'organismo. Sono somministrati tipicamente per via endovenosa e in alcuni casi per via orale. La loro somministrazione avviene attraverso cicli di trattamento. I chemioterapici più utilizzati per il trattamento del carcinoma della vescica sono prevalentemente methotrexate, vimblastina, etoposide e cisplatino.

Quando possono essere somministrati i chemioterapici?

- Prima dell'intervento chirurgico con l'obiettivo di ridurre il diametro tumorale e il rischio di recidiva. Questo tipo di chemioterapia si definisce neoadiuvante;
- Dopo l'intervento chirurgico. Questo avviene quando c'è il rischio che possano essere sfuggite alcune cellule tumorali troppo piccole per essere visualizzate dal chirurgo. Questo tipo di chemioterapia che si definisce adiuvante ha lo scopo di ridurre il rischio di recidiva e migliorare le prospettive di vita a lungo termine del paziente.

Negli anni, o sola, o in associazione con la chemioterapia, in modo da potenziarne l'efficacia, sta prendendo piede l'utilizzo della radioterapia. La radioterapia consiste nell'uso di radiazioni ad alta energia per provocare la morte delle cellule tumorali, cercando al tempo stesso di danneggiare il meno possibile le cellule normali. Nel trattamento del tumore muscolo-invasivo ancora confinato alla vescica, la radioterapia può essere utilizzata in combinazione con la chemioterapia (chemioradioterapia) allo scopo di guarire la malattia in casi molto selezionati; nelle forme avanzate è in genere utilizzata per ridurre le dimensioni del tumore o per alleviare il dolore provocato sia dal tumore che dalle metastasi.

Di nuovo utilizzo e per questo definita innovativa nella battaglia al tumore della vescica, l'immunoterapia sta nell'ultimo periodo prendendo sempre più piede.

È la cosiddetta “terapia biologica” che consiste nella somministrazione endovenosa di sostanze prodotte dal nostro stesso organismo o sintetiche che hanno lo scopo di potenziare il nostro sistema immunitario in modo da contrastare il tumore. Solitamente l'immunoterapia viene utilizzata lì dove la chemioterapia abbia fallito, nel caso di tumori con metastasi o per ridurre le dimensioni del tumore stesso. Le sostanze attualmente più utilizzate per l'immunoterapia del cancro della vescica sono prevalentemente rappresentate da anticorpi monoclonali appartenenti alla classe dei cosiddetti inibitori dei checkpoint immunitari.

Ma precisamente di cosa si tratta?

Sono una famiglia di proteine che fungono da freno alla risposta immunitaria. La loro inibizione potenzia l'attività antitumorale da parte delle cellule del sistema immunitario. I due inibitori dei checkpoint immunitari attualmente più utilizzati sono Atezolizumab e Pembrolizumab.

Atezolizumab: questo farmaco si lega alla proteina PD-L1. Questa proteina è presente sulle cellule tumorali e sulle cellule immunitarie infiltranti il tumore. Legandosi a questa proteina ne blocca le interazioni con i recettori. In questo modo può contribuire a ridurre le dimensioni della massa tumorale o a rallentarne la crescita. Solitamente è un trattamento ben tollerato dal paziente e trova indicazione nei carcinomi della vescica in fase avanzata.

Pembrolizumab: questo farmaco si lega alla proteina PD-1, che si esprime sulla superficie delle cellule T del sistema immunitario. Il meccanismo è simile all'Atezolimumab in quanto impedisce il legame tra PD-1 e il recettore. In questo modo, stimola l'azione del sistema immunitario contro le cellule tumorali, contribuendo in tal modo a ridurre le dimensioni della massa tumorale o a bloccarne la crescita.

Nella somministrazione di farmaci, siano essi chemioterapici, radioterapici o biologici, lo specialista urologo ha “bisogno” dell'aiuto di altre figure professionali quali l'oncologo, il radiologo ecc. e sempre in questo contesto rientra il concetto prima accennato di Team Multidisciplinare e della sua importanza. Lo sviluppo e la rapida espansione di trattamenti potenzialmente efficaci, complessi e somministrabili da specialisti appartenenti a differenti aree sanitarie ha reso necessario l'approccio da parte di un Team Multidisciplinare (TMD) a tutte le neoplasie, compresa quella della vescica. Si è deciso quindi o almeno si è cercato di intraprendere un processo culturale e clinico-organizzativo che possa offrire gli strumenti idonei per dare un pensiero scientifico uniforme. In che modo? Adottando linee guida universalmente accettate come espressione dell'evidenza clinica e sulla definizione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA). Questo deve essere clinicamente accettato, formalizzato e condiviso da tutti. Questo processo è stato limitato in questi anni dalle numerose barriere culturali, professionali e funzionali, oltre che da difficoltà logistiche ed economiche. Questo ha portato una limitazione concreta allo sviluppo e all'aumento del numero dei TMD nei diversi paesi europei con la conseguenza che, ad oggi, l'impatto dei TMD nella gestione delle neoplasie rimane ancora limitato così come limitata è l'evidenza attuale di una sua reale efficacia. Non vi è dubbio, tuttavia, che l'approccio multidisciplinare sia in grado di esprimere al meglio le sue potenzialità soprattutto nella gestione di casi clinici complessi in cui la definizione della tipologia e del timing del trattamento può essere decisamente difficoltosa per la presenza di più opzioni terapeutiche.

Concludendo, il fine unico a cui si vuole e si deve arrivare è aiutare il paziente colpito dal carcinoma della vescica, garantendogli minori effetti collaterali delle terapie, una maggiore sopravvivenza, una minore frequenza delle recidive e di conseguenza una migliore “qualità della vita”. Tutto ruota attorno al malato e tutto deve essere fatto per lui.

2.6 FISIOLOGIA DELL'APPARATO DIGERENTE



FILIPPO LA TORRE

Già Professore di ruolo di Chirurgia Generale Università "Sapienza" – Past President Aistom - Roma

Avviando la presentazione delle derivazioni o stomi riteniamo opportuno sintetizzare, nel capitolo iniziale di questo volume, il significato insieme anatomico e fisiologico dell'apparato digerente.

Troverete quindi legati insieme, in modo sintetico, la descrizione dell'organo e la sua funzione in maniera tale che essa non sia disgiunta dal significato fisiopatologico della sua esclusione, della sua ablazione e della sua confezione all'esterno.

Le procedure chirurgiche si intrecciano strettamente a tali meccanismi e la scelta del chirurgo, a nostro personale giudizio, avrà l'obiettivo di danneggiare al minimo, con il dovuto rispetto della radicalità, la fisiologia d'apparato, in funzione della qualità di vita del paziente.

Il tubo digerente (con i suoi annessi e connessi dai denti all'ano ha una lunghezza, nell'uomo adulto, di circa 8-10 metri ed è diviso nelle seguenti sezioni anatomiche:

L'apparato digerente e gli organi annessi

1-Cavo Oro-Faringeo + Ghiandole Salivari

2-Esofago

3-Stomaco

4-Duodeno + Fegato e Vie Biliari + Pancreas

5-Digiuno

6-Ileo

7-Colon

8-Retto

9-Ano

La funzione dell'apparato digerente è quella della assunzione, del trasporto, dell'assorbimento e dell'eliminazione del materiale ingerito (cibo e acqua). Ogni distretto anatomico è strutturato per assolvere in maniera parcellare una parte di funzione.

Il processo di digestione è composto fondamentalmente da due azioni, meccanica e chimica, messe in atto dall'apparato digerente nel suo complesso: l'azione meccanica è costituita dal mescolamento del cibo durante il trasporto e l'azione chimica è invece a carico dei secreti ai più diversi livelli.

Il processo inizia con l'azione di tritramento effettuata dai denti e continua con l'azione degli enzimi proteolitici contenuti nella saliva, secreta dalle ghiandole salivari; l'azione degli enzimi proteolitici continua per tutto il transito esofageo sul bolo alimentare e ad essa fa seguito la magnifica azione, insieme chimica e fisica, che avviene a livello gastrico, Durante la stazione del bolo in questo importantissimo distretto, infatti, si esplica un lungo rimescolamento che favorisce l'azione protratta di enzimi, vitamine ed acidi.

Il passaggio in duodeno si accompagna all'azione della bile e dei secreti pancreatici. A livello del tenue all'azione di transito, si aggiunge la funzione di assorbimento di molte sostanze fondamentali contenute nei cibi mentre a livello del crasso vengono assorbiti l'acqua ed i sali.

Il processo si conclude con la fondamentale azione di continenza, nel retto, e la eliminazione volontaria di feci eseguita a livello del raffinato apparecchio funzionale del sistema neuro-muscolare ano-rettale.

Cavo orale

Il cavo orale rappresenta anatomicamente la via di accesso del cibo e dell'aria ai successivi distretti.

Presenta quali confini anteriori le labbra e i denti, tra i quali si trova il vestibolo; al di là dei denti troviamo la cavità orale più propriamente definita, occupata quasi completamente dalla lingua e delimitata superiormente dal palato. Nel vestibolo si trovano gli orifici dei dotti di Stenone che conducono la saliva prodotta dalla parotide, mentre al di sotto della lingua, nel pavimento, si trovano gli orifici di Wharton e

Sublinguali, rispettivamente per le ghiandole sottomandibolari e sottolinguali. Nel cavo orale troviamo, perfettamente combinate, le azioni meccanica e chimica: quella meccanica esercitata violentemente dal tritramento e dal primo mescolamento del bolo ad opera dei denti e della lingua contro il palato e quella chimica dagli enzimi salivari provenienti dalle tre ghiandole salivari, la parotide, la sottomandibolare, la sottolinguale (la secrezione salivare si aggira intorno ai 100 cc/die).

Esofago

L'esofago è un organo a forma di tubo, interposto tra il cavo oro-faringeo e lo stomaco, lungo circa 25 cm nell'adulto. La sua posizione è nel mediastino posteriore, dietro la trachea ed anteriormente alla colonna vertebrale (Fig. 2.3). È distinto anatomicamente in tre parti: esofago cervicale o superiore, esofago medio, esofago inferiore. (Abbiamo puntualizzato questa distinzione per ricordare che la parte più aggredibile chirurgicamente dell'esofago, per la costituzione dell'esofagostomia - la stomia più alta - si trova nel terzo superiore o esofago cervicale). La sua parete è formata da uno strato interno mucoso, da una sottomucosa e da una parete muscolare. Fisiologicamente l'esofago può essere inquadrato come un organo di trasporto in senso puro in quanto l'azione da esso esercitata è esclusivamente quella peristaltica. È importante ricordare l'esistenza di un organo di controllo sfinterico situato a livello del terzo inferiore dell'esofago (sfintere esofageo inferiore-LES) fondamentale nel controllo del passaggio del cibo nello stomaco e nell'impedimento del reflusso gastro-esofageo.

Ricordiamo che l'azione peristaltica svolta dalla muscolatura esofagea è tanto potente da permettere al bolo il raggiungimento dello stomaco anche con il soggetto in posizione anti-gravitaria. Ovviamente durante questa fase di trasporto del bolo alimentare continua ad essere esercitata sia l'azione di mescolamento sia quella chimica degli enzimi salivari.

Stomaco

Lo stomaco, organo sottodiaframmatico, va inteso come un ampio recipiente a forma di bisaccia compreso fra l'esofago e il duodeno e delimitato da due complessi congegni sfinteriali: quello cardiaco e quello pilorico. Le sue dimensioni sono estremamente variabili, dal bambino all'adulto, dalla femmina al maschio e da

individuo a individuo e conseguentemente anche alla sua capacità di riempimento (quella media nell'adulto si aggira intorno ai 1200 cc). Nel suo contesto si possono distinguere diverse porzioni:

- a) Cardias;
- b) Fondo;
- c) Corpo;
- d) Antro-piloro.

Le due pareti, anteriore e posteriore, sono unite sulle due curvature, la piccola e la grande. Il fondo costituisce la parte più alta dello stomaco, come una cupola, ed il suo limite inferiore è rappresentato da una linea orizzontale che passa per l'angolo inferiore del cardias. Il corpo è il tratto verticale che unisce il fondo alla zona pilorica restringendosi in basso.

La zona pilorica è a forma di cono e costituisce la parte più bassa dello stomaco. La sua porzione terminale viene chiamata piloro e si tratta di un canale cilindrico lungo circa 3 cm. Lo sfintere anulare pilorico separa lo stomaco dal duodeno.

Lo strato mucoso dello stomaco è rivestito da un epitelio cilindrico tipico che assume una importanza fisiologica fondamentale; tale epitelio è costituito da:

- 1) Le cellule principali che producono il proenzima pepsinogeno;
- 2) Le cellule parietali che producono l'acido cloridrico ed il fattore intrinseco (fondamentale per l'assorbimento della vitamina B 12 da parte dell'ileo).

Tra le cellule epiteliali si trovano le cellule secernenti muco, la glicoproteina avente la funzione di proteggere la mucosa gastrica sia dall'azione della pepsina che da quella dell'acido cloridrico.

La funzione che lo stomaco riveste è duplice: da un lato bisogna considerarne la naturale funzione di serbatoio per il cibo, dall'altro la digestione di quest'ultimo da parte delle sostanze prodotte in esso.

Il cibo giunto nello stomaco per le vie che abbiamo già descritto ha, in questa sede, un importante, unico, periodo di sosta. Tale periodo varia da individuo a individuo in condizioni anche fisiologiche ma è sempre sufficiente per l'esposizione del materiale ingerito all'azione potentissima dei "succhi" prodotti nello stomaco.

L'ambiente acido (pH=2) presente nello stomaco e l'azione proteolitica della pepsina avviano nel contesto della cavità gastrica la parte più importante del processo di digestione. È sufficiente anche soltanto la vista del cibo per stimolare la funzione gastrica di secrezione e questo coincide con la sensazione di fame così come è legata ai fenomeni fisiopatologici indotti dallo stress. Le 3-4 ore di permanenza del cibo nella cavità gastrica, il suo lento rimescolamento, il contatto con le secrezioni citate, l'appropinquarsi al piloro ed infine il passaggio in piccole quantità attraverso l'apparecchio sfinterico, che separa lo stomaco dal duodeno, sono la sequenza naturalmente fisiologica degli avvenimenti che si succedono in questo organo e che ne riassumono l'importanza.

Per concludere, c'è da ricordare l'importanza dello sfintere pilorico come meccanismo anti-reflusso del contenuto duodenale.

Intestino tenue

L'intestino tenue rappresenta la porzione intestinale più lunga (circa 7 metri) essendo compresa tra il piloro e la valvola ileo-cecale. Esso è diviso in tre parti, e con diverse funzioni: duodeno, digiuno ed ileo.

Il duodeno è la porzione iniziale dell'intestino tenue, lunga circa 30 cm; si distingue dalle restanti parti dell'intestino tenue per i suoi caratteri di fissità, è soprattutto extra-peritoneale, ed il suo calibro, nonché per il fatto che nella sua porzione discendente sfociano il coledoco ed il dotto di Wirsung, che conducono ad esso rispettivamente le secrezioni biliari e quelle pancreatiche. È composto da 3 porzioni fondamentali: parte superiore, prima porzione duodenale, che accoglie il bolo dopo il transito pilorico; parte discendente o seconda porzione duodenale, importante per i suoi rapporti con i dotti bilio-pancreatici; parte inferiore o terza porzione duodenale che comincia a somigliare per struttura e funzione al digiuno, con il quale si continua a livello della flessura duodeno-digiunale.

Il diametro nel duodeno è maggiore che non nel resto del tenue.

Il duodeno è anatomicamente fisso alla parete addominale posteriore, diversamente dalle rimanenti porzioni digiuno-ileali che sono dotate di lunghi mesenterici. La regione della seconda porzione duodenale a livello della quale sfociano congiuntamente i dotti bilio-pancreatici è costituita da una evaginazione mucosa chiamata Papilla di

Vater.

L'epitelio duodenale è dotato naturalmente sia della capacità di resistere alle secrezioni fortemente acide che superano il piloro sia a quelle tendenzialmente basiche, proteolitiche, che vengono escrete nel lume duodenale (alterazioni dell'increzione neuro-ormonale e/o l'azione fisica delle sostanze possono condurre alla frequente patologia di questo distretto – l'ulcera duodenale).

Digiuno ed ileo

Il digiuno e l'ileo insieme costituiscono il distretto intestinale più lungo, misurando fino a 6 metri. Sono dotati di notevole mobilità per i caratteristici lunghi mesenteri nei quali si trovano gli importanti collettori arteriosi, venosi e linfatici. Hanno un calibro ridotto rispetto a tutti gli altri distretti intestinali ed una muscolatura simile a quella di tutti gli altri distretti. La caratteristica anatomica fondamentale si riassume nella struttura della tonaca mucosa organizzata in sottili protuberanze, villi, in costante movimento, e profondi avvallamenti, cripte, che rendono estremamente ampia la superficie con la quale il cibo viene a contatto. Poiché il bolo alimentare impiega circa 4 ore per attraversare tutto l'intestino tenue, su di esso si continuano ad esercitare le azioni degli enzimi digestivi, ma si aggiunge la funzione fisiologica del tratto digiuno ileale, cioè quella di assorbimento delle sostanze digerite e dell'acqua. Citando soltanto l'assorbimento di alcune sostanze diremo che la vitamina B12 così come i grassi e la maggior parte dell'acqua nonché una parte dei Sali sono assorbiti nell'ileo, mentre carboidrati e proteine vengono assorbiti nel digiuno. Abbiamo voluto inizialmente citare gli ampi mesenteri ed i vasi in essi contenuti per sottolineare l'importanza del trasporto dei materiali assorbiti in questo distretto.

Fegato e vie biliari

Il fegato è un organo di ampie dimensioni, avente un peso medio di circa 1500 gr, situato nell'addome al di sotto ed a stretto contatto della cupola diaframmatica, prevalentemente a destra; è costituito da due lobi, il destro ed il sinistro. È difficile descrivere distintamente l'anatomia e la fisiologia di questo fondamentale organo, ma la nostra esigenza di sintesi ci costringe a limitarci a pochi cenni. L'azione fisiologica esercitata dalle microstrutture epatiche dà luogo, per quel che ci riguarda in particolare, alla formazione di bile; questa sostanza, inizialmente

attraversa i canalicoli biliari e viene condotta, attraverso i collettori, ai due principali dotti epatici che emergono dalla faccia inferiore del fegato (ilo epatico – anatomicamente la stessa sede ove giungono l'arteria epatica e la vena porta). I dotti epatici, destro e sinistro, si congiungono nella via biliare principale denominata, inizialmente, epatico comune e poi coledoco; quest'ultimo sfocerà, unitamente o disgiuntamente al dotto di Wirsung, nello sfintere di Oddi e poi, insieme, a livello della Papilla di Vater.

Nel punto in cui distinguiamo anatomicamente l'epatico comune dal coledoco sfocia la via biliare, detta diverticolare, costituita dalla colecisti e dal dotto cistico (Fig. 2.7).

La colecisti

È un serbatoio di forma ovoidale, che può contenere circa 100 cc di bile; quest'ultima sosta nella colecisti andando incontro al processo di concentrazione che costituisce la funzione fondamentale di quest'organo.

La bile, quindi, prodotta dal fegato nella qualità di circa un litro al giorno, passa dal dotto epatico alla colecisti, ove subisce una concentrazione, e da lì, ogni qualvolta è esercitato lo stimolo secretagogo, passa attraverso il coledoco, in duodeno.

Tra le funzioni del fegato citeremo soprattutto:

- a) Emolisi
- b) Inattivazione ormonale
- c) Normalizzazione della glicemia
- d) Sintesi proteica
- e) Attivazione della vitamina D
- f) Azione detossicante
- g) Azione di deposito per grassi, sangue, proteine, vitamine

Per quel che riguarda la colecisti, infine, oltre all'azione di concentrazione, abbiamo detto quella naturale di serbatoio. La muscolatura della colecisti reagisce, con la contrazione, all'azione dell'ormone colecistochinina-pancreozimina secreto dalla mucosa duodenale quando viene a contatto con il cibo. La bile passa nel coledoco e la medesima azione ormonale anzidetta favorisce il rilasciamento, a livello dello sfintere di Oddi, della Papilla di Vater, consentendo il passaggio della bile in duodeno. La bile che giunge in duodeno ha un pH alcalino ed è costituita da:

-Pigmenti biliari;

- Sali biliari;
- Colesterolo e lecitina.

I pigmenti biliari risultano dalla distruzione degli eritrociti e dell'emoglobina i cui ulteriori prodotti di decomposizione sono quelli che caratterizzano il tipico colore delle feci.

Pancreas

Il pancreas è un organo completamente retroperitoneale situato trasversalmente a livello della C duodenale. Ha una forma allungata con un capo più ampio, testa, che contorna il margine interno della C duodenale ed una parte più sottile, coda, che si distanzia da esso obliquamente a sinistra e verso l'alto. I materiali da esso prodotti vengono raccolti nel canale di Wirsung che lo attraversa tutto dalla coda, attraverso il corpo, alla testa, per sfociare insieme al coledoco nella Papilla di Vater.

Anche il pancreas è dotato di funzioni che non riguardano strettamente quella digestiva, o secrezione esterna; esauriremo la loro descrizione riferendo che il pancreas è dotato di una secrezione interna svolta dalle cosiddette Isole di Langerhans deputate alla produzione di insulina e glucagone, gli ormoni fondamentali nel metabolismo del glucosio: una loro alterazione, infatti, causa importanti malattie come ad esempio il Diabete Mellito.

La secrezione esterna del succo pancreatico si riassume nell'azione enzimatica delle seguenti sostanze:

- Tripsina
- Lipasi
- Amilasi

Esse sono deputate alla degradazione rispettivamente di proteine, grassi e carboidrati. Il pancreas secerne circa 1 litro di succo pancreatico nelle 24 ore. (La definizione interna (ormonale) ed esterna (enzimatica) che dobbiamo dato delle secrezioni pancreatiche si riferisce alle vie di drenaggio di tali sostanze che, per quel che riguarda la secrezione interna, è effettuato attraverso il sangue ed agisce in esso e con esso, mentre per quel che riguarda la secrezione esterna, è effettuato attraverso la via di deflusso pancreatico o Wirsung ed agisce direttamente sul cibo all'interno del duodeno).

Colon

Il colon, ultima parte del canale intestinale, ha una lunghezza media di 120 cm, ma con notevole variabilità. Dopo lo stomaco ha il calibro più ampio e può essere diviso nelle seguenti sezioni:

- Ceco-colon ascendente + appendice vermiforme;
- Colon trasverso;
- Colon discendente e sigma;
- Retto e canale anale.

La valvola di Bauhin, con la quale l'ileo sfocia nel colon, delimita il margine superiore dell'intestino ceco; solitamente a livello del suo margine inferiore, medialmente, ha inizio l'appendice vermiforme. Il ceco si trova a livello della fossa iliaca di destra ed è discretamente mobile con una discreta variabilità.

Il colon ascendente si continua direttamente dal ceco ed ha un calibro inferiore ad esso che diminuisce fino a livello della flessura colica destra, ove, iniziandosi il colon trasverso, tende ad aumentare di nuovo. Il colon ascendente è discretamente fisso alla parete addominale posteriore. Il colon trasverso è compreso tra la flessura colica destra o epatica e la flessura colica sinistra o splenica. Fra questi due estremi il colon trasverso è discretamente mobile anche in rapporto alla sua lunghezza che differisce di molto da individuo a individuo.

Dalla flessura colica sinistra ha inizio il colon discendente, modicamente fisso alla parete addominale posteriore, nella sua parte centrale, e poi decisamente intraperitoneale, con mesentere variabilmente lungo nel tratto sigmoideo, anch'esso di lunghezza variabile. A livello della pelvi il colon subisce una modificazione per ampiezza originando il largo bacinetto rettale fisso alla parete anteriore del sacro e decisamente extraperitoneale. Gli ultimi centimetri fra il retto propriamente detto e l'orificio anale esterno costituiscono il canale anale, contornato da una struttura muscolare che ne chiude il lume.

Questo rapido excursus descritto del colon ne lascia vagamente intendere la topografia ma non è sufficiente per la sua comprensione anatomica. Il colon è dotato di una robusta quanto originale struttura muscolare, la quale, oltre alla progressione peristaltica del materiale in esso contenuto, ne consente la spremitura. La parete interna è dotata di caratteristiche strutture ghiandolari, per la lubrificazione del

materiale fecale, e di strutture per l'assorbimento di acqua e Sali.

Le funzioni fondamentali del colon si riassumono quindi nel lungo periodo di stazionamento delle feci nel suo lume (12-18 ore), nell'assorbimento di acqua, Sali e vitamine, nella produzione, da parte di bacilli saprofiti in esso contenuti, di vitamina K e nella funzione di continenza sfinterica.

In particolare, per quel che riguarda quest'ultima, citeremo la funzione di serbatoio del retto e la funzione di continenza volontaria a carico delle strutture muscolari volontarie e non, che circondano, fino all'orificio esterno, il canale anale.

Da citare, in appendice, le caratteristiche fondamentali del materiale fecale alla fuoriuscita dal canale anale. Le feci sono costituite dal materiale alimentare non digerito, batteri, cellulosa, cellule di sfaldamento. La loro consistenza è misura dell'assorbimento idrico avvenuto nel colon ed è normalmente pastosa; il loro colore, variabile nelle tonalità del marrone, deriva dal contenuto in cataboliti dei pigmenti biliari.

Dall'ileo giunge al colon un contenuto liquido che necessita di essere solidificato, per il necessario assorbimento fisiologico di acqua, per evitare un transito rapido lungo il suo lume e per facilitare la sua continenza a livello anale. Si chiarisce quindi in tale maniera la funzione fisiologica del colon in rapporto alla sua costituzione anatomica.

BIOGRAFIA

1. BALBONI G.C. et al. Anatomia Umana – Vol. II. Ed. Ermes 1978
2. CHIARUGI G. Istituzioni di anatomia dell'uomo – 9a e 10° edizione, Vol. 5. Casa Editrice Dr. Francesco Vallardi – Società Editrice Librai 1968.
3. FAZZARI I. Anatomia umana sistematica – 2a edizione. UTET 1978
4. GUYTON A.G. Trattato di Fisiologia Medica. Piccin Editore 1978.
5. PERNKOPF E. Atlante di Anatomia Sistematica e Topografia dell'uomo. Piccin Editore 1963.
6. SOBOTTA, BECHER. Atlante di Anatomia dell'uomo – XVIa Edizione Italiana, Vol.2 USES – Edizioni Scientifiche 1976.
7. VANDERA A.J., SHERMAN J.H., LUCIANO D.S. Fisiologia dell'uomo: i meccanismi funzionali del corpo. Il pensiero Scientifico Editore 1980.
8. NETTER F.H. Atlante di Anatomia fisiologica e clinica. Apparato digerente. 2° ed. ital. Origgio (VA), CIBA-GEIGY Edizioni, 1990; NETT 611.9.
9. NETTER F.H. Atlante di Anatomia Umana; Tav. III. 514. Origgio (VA), Novartis Edizioni, 1998; NETT 611.9.
10. TESTUT L., JACOB O. Trattato di anatomia Topografica; 2° ed. 3 v. II v. Collo-torace-Addome. Torino, UTET, 1998; test 611.9.
11. LA TORRE F. Nuovo Trattato delle Stomie; CESI Editrice Scientifica Internazionale, 2002.

2.7 FISILOGIA INTESTINALE E DELLE STOMIE PRINCIPALI



FILIPPO LA TORRE

Già Professore di ruolo di Chirurgia Generale Università “Sapienza” – Past President Aistom - Roma

Derivazioni digestive esterne alte: esofagostomia, gastrostomia e digiunostomia

L'atresia dell'esofago di 1° tipo (sec. La classificazione di Vogt e Ladd che è dalla maggior parte degli Autori seguita e riconosciuta⁹ è caratterizzata dall'assenza di fistola tra i monconi esofagei e l'albero tracheale: il neonato si presenta, quindi all'esame radiologico “senza aria in addome”.

In questo caso i monconi esofagei sono, di regola, troppo distanti tra loro e l'esofago-esofagostomia non è tecnicamente realizzabile; è necessario, perciò, in questo tipo di atresia un intervento a stadi che permetta, cioè, di portare il bambino ad un'età e ad un peso tali da poter sostenere un intervento definitivo più complesso quale trasposizione di colon, di digiuno o di tubulizzazione gastrica sec. Gavriliu.

È necessario, pertanto, confezionare una esofagostomia cervicale sinistra ed una gastrostomia; tali procedure possono essere eseguite in un solo tempo o in momenti diversi in base alle condizioni cliniche del neonato. L'incidenza di tale condizione è dell'8.7% rispetto a tutte le varie forme di atresia esofagea.

Esofagostomia

Indicazioni: - Atresia esofagea 1° tipo
- Mediastinite da perforazione esofagea

CONFEZIONAMENTO

Attraverso un'incisione cutanea sopra-claveare sinistra, l'esofago superiore viene

riconosciuto ed isolato per via smussa fino alla sua mobilitazione. Il moncone viene fatto poi passare attraverso le fibre divaricate del muscolo sternocleidomastoideo, la sua estremità viene aperta per via trasversale abboccando l'esofago alla cute con i punti che evertano la mucosa e la accostino al margine cutaneo.

ASSISTENZA

L'esofagostomia cervicale deriva all'esterno la saliva e impedisce il refluire di questa all'interno dell'albero respiratorio: l'assistenza a questo tipo di stomia è tesa a proteggere la cute del collo dall'azione irritante delle secrezioni.

Non esistono, né sono consigliabili mezzi di contenzione fissi quali placche o altri presidi, ma si è dimostrata sufficiente una moderna e saltuaria aspirazione attraverso la stomia, associata ad una medicazione con materiale assorbente quale garza e cotone che verrà cambiata con la necessaria frequenza.

L'eventuale dermatite peristomale verrà curata con l'applicazione di pomate adsorbenti ed essiccamenti della cute mediante esposizioni all'aria.

Intestino Tenue

LA MOTILITÀ

La prima caratteristica funzionale dell'Intestino Tenue è rappresentata dalle cosiddette "onde peristaltiche", le quali consentono la progressione del chimo lungo l'intestino tenue. Esse sono più veloci nel tratto prossimale e meno veloci in quello distale o terminale ed aumentano rapidamente subito dopo il pasto sia per il sopraggiungere di nuovo chimo nel duodeno, sia per la presenza del cosiddetto riflesso gastroenterico avviato dalla prima distensione dello stomaco.

La valvola ileo-cecale, se ben funzionante, può bloccare il chimo a volte anche per parecchie ore, sino alla assunzione di nuovo cibo.

La fisiologica, prolungata permanenza del chimo nell'ileo ha lo scopo di aumentare l'assorbimento, da parte della mucosa, delle sostanze nutritive e dei Sali che consentono la corretta omeostasi dell'organismo.

SECREZIONE E ASSORBIMENTO

Il liquido secreto giornalmente dai vari apparati ghiandolari del tratto gastro-enterico ammonta in media fino a 7.5 litri; a questa quantità va aggiunto il liquido ingerito in media durante la giornata, pari solitamente a 1,5 litri; per tale motivo la massa

liquida che attraversa il tenue nell'arco delle 24 ore è di circa 9 litri.

Lo stomaco ha una quasi nulla capacità di assorbimento e di media 0.5-1 litro di materiale giunge e, quindi, passa giornalmente attraverso la valvola ileo-cecale: ne risulta che circa 8.5 litri vengono riassorbiti giornalmente attraverso il tenue.

Tale assorbimento si può schematicamente suddividere in 3 capitoli: assorbimento acqua, assorbimento ioni, assorbimento di sostanze nutritive.

Assorbimento di acqua: avviene attraverso un processo di diffusione osmotica per cui l'acqua viene riassorbita nel sangue dai villi intestinali. Questo processo è strettamente legato al riassorbimento degli ioni, in particolare a quello del sodio, e verrà discusso in seguito.

Assorbimento degli ioni: esaminiamo separatamente gli ioni più importanti.

Sodio. La secrezione intestinale produce giornalmente circa 25-30 gr. di sodio ai quali vanno aggiunti i 4-5 gr. che vengono introdotti giornalmente con una normale alimentazione.

Questa quantità (25-35 gr.) rappresenta circa 15% di tutto il sodio contenuto nell'organismo e quindi si capisce come sia importante il suo riassorbimento per l'emostasi.

Il Sodio svolge poi una funzione importante nel riassorbimento degli zuccheri e degli aminoacidi.

Il riassorbimento di questo ione avviene nel tenue attraverso un trasporto attivo che si attua all'interno della cellula epiteliale, catalizzato da enzimi presenti nella membrana della cellula stessa e con un rapido passaggio negli spazi intercellulari. Con il rapido passaggio del sodio dall'interno delle cellule negli spazi intercellulari, c'è la diminuzione della pressione osmotica all'interno della cellula da cui consegue un rapido riassorbimento di acqua dal lume intestinale. I meccanismi di riassorbimento di acqua e sodio sono perciò strettamente correlati fra di loro e si svolgono su tutta la superficie mucosa dell'ileo.

Cloro: il suo assorbimento avviene con modalità differenti nel tenue prossimale e in quello distale. Nel primo tratto del tenue il cloro viene assorbito per diffusione passiva; infatti, il trasporto di ioni sodio crea elettronegatività del chimo ed elettropositività nella cellula epiteliale.

Per ristabilire un corretto gradiente elettrico gli ioni di cloro migrano rapidamente all'interno della cellula e vengono riassorbiti.

Questo meccanismo spiega gran parte dell'assorbimento del cloro ma dobbiamo tenere presente che le cellule epiteliali dell'ileo distale e del colon hanno la caratteristica di assorbire attivamente ioni cloro: in questo caso si tratta di un trasporto attivo in quanto ogni ione cloro viene scambiato con uno ione bicarbonato. Probabilmente questo meccanismo viene innescato dai prodotti acidi di origine batterica per neutralizzare i quali sono necessarie adeguate quantità di ioni bicarbonato.

Altri ioni: gli ioni calcio vengono riassorbiti attivamente a livello della mucosa duodenale in rapporto preciso alle esigenze dell'organismo sotto il controllo dell'ormone paratiroideo.

Gli ioni ferro vengono assorbiti, per lo più in forma ferrosa (Fe^{++}), nella parte alta del tenue (duodeno) mediante un processo di trasporto attivo il cui intimo meccanismo non è ancora completamente noto.

Gli ioni potassio, magnesio, fosfato e altri vengono riassorbiti attraverso la mucosa del colon.

Assorbimento di materiali nutritivi: praticamente quasi tutti i carboidrati vengono assorbiti sotto forma di monosaccaridi; poiché è stato dimostrato che per il trasporto degli aminoacidi si ritiene che venga utilizzata l'energia spesa durante il trasporto del sodio; è facilmente intuibile quindi quanto importante sia un'omeostasi idroelettrica per mantenere un adeguato apporto calorico e proteico dell'organismo.

I grassi vengono assorbiti su tutta la mucosa dell'ileo in presenza di abbondanti acidi biliari; in loro presenza tale assorbimento raggiunge il 97% dei grassi mentre in assenza di acidi biliari ne viene riassorbito solo circa il 50%.

Sali biliari: non vengono riassorbiti nella parte prossimale del tenue per permettere

loro di trasportare gli acidi grassi e i mono gliceridi a ridosso della mucosa intestinale. Una volta terminato questo compito essi vengono riassorbiti a livello dell'ileo distale e riscreti attraverso la bile, per cui solo una piccola quota (5%) viene perduta nel corso di ogni ciclo (circolo enteroepatico) di "ricircolazione dei Sali biliari".

Colon

Le funzioni principali sono:

- 1) Assorbimento di acqua ed elettroliti,
- 2) Deposito del materiale fecale.

In base a queste due funzioni distinguiamo un colon assorbente (metà prossimale) e un colon di deposito (metà distale).

Nelle 24 ore passano attraverso la valvola ileo-cecale 450/1000 ml di chimo; di essi solo 100-200 cc di acqua vengono eliminati con le feci dopo che il colon prossimale ha espletato la sua funzione assorbente.

Assorbimento e secrezione: la mucosa del colon è in grado di assorbire attivamente il sodio ed è grazie al gradiente elettrico che con tale meccanismo vi sarà anche un abbondante assorbimento di cloro.

Inoltre, come già accennato, il colon ha la capacità di secernere attivamente ioni bicarbonato in risposta all'assorbimento del cloro e tale bicarbonato serve a neutralizzare l'acidità provocata dall'attività dei batteri presenti nel colon.

Vengono riassorbiti altri ioni: potassio, magnesio, fosfato. La ricca flora batterica del colon contribuisce a produrre sostanze come la vitamina K, la vitamina B12, la timina, la biotina, la riboflavina, molto importanti per l'omeostasi di tutto l'organismo.

Terminato questo rapido e sintetico excursus sulla fisiologia del piccolo e grosso intestino, vediamo ora, alla luce di queste nozioni, cosa accade nei pazienti con ileo o colostomia, cercando di concentrare l'attenzione sulle funzioni che vengono a mancare in relazione al tratto intestinale asportato chirurgicamente o escluso dal transito.

Ileostomia

L'ileostomia è la conseguenza dell'asportazione chirurgica di tutto il grosso intestino e della valvola ileo-cecale: la conservazione o meno dell'ampolla rettale non è importante ai fini della trattazione di questo capitolo dato che l'unica funzione svolta dal Retto è quella di Reservoir di feci già formate e, quindi, non rilevante a livello metabolico.

In presenza di una ileostomia viene a mancare la valvola ileo-cecale, la funzione assorbente del colon prossimale e quella di deposito del colon distale: conseguenza di ciò sarà l'emissione continua e purtroppo, abbondante del chimo ileale, più o meno liquido e ricco di acqua, enzimi ed elettroliti.

È stato ipotizzato che la colectomia totale modifichi i tempi di svuotamento gastrico dato che l'assenza del feedback del colon agisce come potente inibitore della motilità gastro-intestinale. Robertson (19) in uno studio su 5 pazienti ileostomizzati ha concluso che non vi è alcuna modificazione dei tempi di svuotamento gastrico per i liquidi mentre è ridotto per i solidi.

Negli ileostomizzati sono state descritte numerose e gravi complicanze metaboliche; tali osservazioni risalgono però a circa 4 decenni or sono. Oggi, con le tecniche moderne di confezione dell'ileostomia e con le recenti acquisizioni sull'equilibrio idro-elettrico, sono molto rari i casi di gravi alterazioni del contenuto di Sali ed acqua e qualora si manifestino segni di deplezione essi possono essere facilmente corretti (vedi patologie stomali).

In base al numero delle morti previste ed osservate in gruppi di ileostomizzati, si può concludere che la durata di vita di un ileostomizzato, superato il primo anno dall'intervento, diviene sovrapponibile a quella della popolazione normale.

Quantità: È necessario distinguere fra l'ileostomia nell'immediato periodo postoperatorio e quella stabilizzata; nella prima si ha un'abbondante perdita di liquidi ed elettroliti fino a raggiungere 1 o 2 litri di effluenti al dì mentre in una ileostomia stabilizzata la quantità degli effluenti varia da 400 a 600 cc nelle 24 ore: in media uno ileostomizzato stabilizzato svuota la sacca di raccolta 6-8 volte in una

giornata (17).

Hill afferma però che questo avveniva prima che si diffondesse nel mondo la tecnica di confezione della ileostomia con eversione (Brooke). Secondo Brooke, infatti, nella ileostomia convenzionale la sierosa ileale, non evertita, era spesso sede di una infiammazione purulenta che provocava una ostruzione funzionale del tenue con conseguente dilatazione intestinale e diarrea acquosa responsabile della abbondante quantità di eiezioni.

Sempre secondo questo Autore, nei primi giorni post-operatori le eiezioni sono scarse e aumentano progressivamente la loro quantità fino a raggiungere un valore massimo corrispondente a quello di una ileostomia stabilizzata; si avrà un efflusso molto maggiore solo in presenza di una complicanza (parziale ostruzione, sepsi intraddominale).

Alcuni studi hanno messo in evidenza come in una ileostomia, stabilizzata una dieta elementare, si accompagni ad una diminuzione della quantità delle eiezioni mentre una dieta ricca di grassi aumenti di circa il 20% la quantità di eiezioni rispetto ai valori normali (13).

I grassi però provocano mutamenti del transito intestinale così da spiegare l'aumento delle eiezioni per cui i meccanismi potrebbero essere o un ridotto assorbimento o una stimolazione delle secrezioni intestinali da parte dei Sali biliari (9).

Anche un aumento dell'assunzione di fibre sembra comportare un aumento delle eiezioni; è stato calcolato che con un'assunzione di 16gr. o più di crusca al dì, le eiezioni aumenteranno del 20-25% (20).

In corso di dieta ricca di fibre o grassi, parallelamente all'aumento di volume delle eiezioni dall'ileostomia, aumenta anche l'eliminazione di acqua (che contribuisce ad aumentare la massa fecale) e di nutrienti come carboidrati e le proteine; questa aumentata perdita, tuttavia, non si accompagna a disidratazione o carenze nutrizionali.

Oltre che ai fattori alimentari è stato ipotizzato che anche un aumento della secrezione degli acidi gastrici comporti un aumento delle eiezioni per cui la somministrazione

di farmaci antisecretivi (omeprazolo o simili) dovrebbe ridurre significativamente la quantità delle eiezioni.

Questo effetto è stato dimostrato però solo in pazienti con eiezioni giornaliere > di 2,5 litri ed in cui era stata eseguita la resezione di significativi tratti di piccolo intestino; in pazienti ileostomizzati con digiuno ed ileo, infatti, l'ipersecrezione gastrica non influisce sulla quantità delle eiezioni giornaliere (8).

Consistenza: viene mirabilmente definita da Goligher come “porridge freddo”; tale espressione, intraducibile nella lingua italiana, indica una consistenza che si può catalogare (scusando il gioco di parole) fra semiliquido e semisolido.

La consistenza delle eiezioni non è modificata dalla quantità di acqua bevuta dal paziente ma diventa maggiore aumentando la quantità di fibra introdotta con la dieta (21).

PH: le eiezioni di una ileostomia sono tendenzialmente alcaline (PH 7,6) grazie ai numerosi enzimi ed elettroliti secreti; gli elettroliti sono numerosi (Na, K, Cl) anche se hanno valori molto più bassi nella ileostomia stabilizzata rispetto a quella recente.

Odore: in condizioni ideali le eiezioni di una ileostomia sono inodori; questo perché, pur proliferando a livello della ultima ansa ileale numerosi batteri, essi non raggiungono mai la densità della flora batterica del colon e non riescono perciò a produrre gas di fermentazione e putrefazione in quantità tale da essere avvertiti con l'olfatto. Qualora gli effluenti di una ileostomia dovessero diventare maleodoranti bisogna sospettare la presenza di una complicanza (per lo più una stenosi) che provoca un ristagno delle eiezioni favorendo lo sviluppo di una flora batterica di tipo colico.

Prendiamo ora in esame i principali costituenti delle eiezioni di una ileostomia:

Acqua: i valori precedentemente indicati (400-600 cc) sono naturalmente indicativi in quanto la quantità del materiale emesso è variabile da individuo a individuo; ogni persona sembra avere una propria caratteristica per cui alcuni emettono un basso volume (200 cc), altri un volume più alto (600 cc).

Ciò sembra essere correlato al peso corporeo per cui i valori indicati come normali (400-600 cc) devono essere riferiti ad un soggetto di circa 70 Kg di peso corporeo. La quantità delle eiezioni è indipendente dalla quantità di acqua ingerita che non incide neppure sulla consistenza delle eiezioni (vedi paragrafo sul riassorbimento di acqua e sodio); la temperatura dei liquidi ingeriti ha invece effetto sulla velocità del transito ileale: i liquidi ghiacciati aumentano la peristalsi e provocano una accelerazione del transito, i liquidi a temperatura normale sono addirittura eliminati meno rapidamente dei solidi in quanto attivano in minor misura la peristalsi intestinale. La perdita di acqua dall'ileostomia è notevolmente influenzata dall'uso terapeutico di corticosteroidi che spesso è necessario mantenere nel post-operatorio a causa della loro precedente somministrazione. Dal punto di vista teorico con l'uso dei corticosteroidi si dovrebbe ottenere una diminuzione della quantità delle eiezioni dato il risparmio di sodio a livello renale indotto da questi farmaci: una applicazione clinica in tal senso non è però risultata soddisfacente.

Diarrea: data la variabilità della quantità delle eiezioni risulta evidente come sia difficile stabilire un limite superato per il quale sia possibile parlare di diarrea. Brooke e Hill affermano che si deve parlare di diarrea quando il volume delle eiezioni supera i 1000 cc; sembra però più corretto affermare che si debba definire come "episodio diarroico" ogni eliminazione di eiezioni in quantità superiore a quelle comunemente emesse.

Non è ozioso insistere su questo punto; normalmente in un individuo sano, una o più scariche diarroiche non provocano un grave quadro di disidratazione, ciò che può invece avvenire in un ileostomizzato in cui l'equilibrio idroelettrolitico è abbastanza instabile. È, perciò, opportuno informare adeguatamente il paziente su questo punto invitandolo a bilanciare eventuali episodi di diarrea con un maggior apporto idrico per os allo scopo di evitare sindromi da disidratazione.

Elettroliti: lo ione Na^+ viene normalmente riassorbito a livello del tenue ma una grande quantità viene riassorbita anche nella parte destra del colon (colon assorbente).

In presenza di una ileostomia, perciò, la mancanza del colon destro e l'accelerato transito attraverso il tenue, determinato dall'assenza della valvola ileo-cecale, provocano una perdita giornaliera piuttosto elevata di questo elettrolita.

È stato calcolato che un'ileostomia stabilizzata perde circa 120 mEq di Na^+ e 50 mEq di Cl^- per ogni litro di eiezioni quindi, per un'emissione giornaliera di 600-700 ml si avrà una perdita di 50-60 mEq di sodio e 35-40 mEq di cloro; tali quantità sono nettamente superiori a quelle delle feci normali.

La perdita dello ione Potassio non è strettamente correlata alla quantità di eiezioni emesse: è stato calcolato che sia le persone normali che gli ileostomizzati perdono circa 9 mEq di K^+ al giorno indipendentemente dalla quantità di feci od eiezioni emesse (21,22).

In una ileostomia recente tali perdite sono nettamente superiori potendo giungere fino a 140 mEq al di (7,18); tale valore non deve però stupire, anche se deve essere tenuto nella giusta considerazione, dato che è pressoché sovrapponibile, fa notare Goligher, alle perdite osservate nei pazienti con gravi coliti prima dell'intervento chirurgico (9/170 mEq al di). Normalmente tali deplezioni di sodio ed acqua vengono facilmente compensate da un'alimentazione regolata in maniera da non dar luogo ad evidenti sindromi cliniche di carenza; tuttavia, ricordiamo come in uno studio si dimostrò che in un gruppo di ileostomizzati, rispetto ad un gruppo di controllo, vi era in media una riduzione dell'11% dell'acqua totale e del 7% di sodio; di conseguenza in questi pazienti era significativamente ridotta anche l'escrezione urinaria di acqua e sodio (7). Questa situazione non dava comunque luogo ad una sintomatologia clinica significativa. Riassorbimento di sodio e acqua: dopo aver preso in considerazione il metabolismo del sodio e dell'acqua esaminiamo approfonditamente i due fenomeni fisiologici che si innescano negli ileostomizzati proprio allo scopo di consentire un risparmio maggiore di tali elementi; questi meccanismi ci spiegano anche perché, come detto in precedenza, l'acqua ingerita non incide in alcun modo sulla consistenza delle eiezioni. Essi si realizzano a livello dell'ultima ansa ileale attraverso due meccanismi che si possono definire indiretti.

La abbondante perdita idroelettrolitica attraverso l'ileostomia provoca una diminuzione della quantità di liquidi extra-cellulari; questa diminuzione innesca una maggiore produzione di aldosterone (ormone secreto dalle ghiandole surrenali e deputato al risparmio di acqua e sodio attraverso il rene) che agisce a livello del tubulo distale del rene e a livello dell'ileo stimolando il riassorbimento di acqua e sali (12). Questo riassorbimento determina una contrazione del flusso delle eiezioni dallo stoma. Il secondo meccanismo è spiegato dall'assenza della valvola ileo-cecale, che trattiene normalmente a lungo il chimo nell'ileo distale, comporta una rapida eliminazione del chimo stesso che si traduce in una diminuzione della pressione osmotica nel lume dell'ileo.

Tale caduta della pressione osmotica comporta una diminuzione della secrezione dell'ormone antidiuretico: conseguenza di ciò sarà una marcata poliuria con conseguente aumento della pressione extracellulare. Come risposta a questo aumento della pressione extracellulare si avrà un aumento dell'assorbimento dell'acqua attraverso la mucosa ileale e quindi una diminuzione del flusso dalla stomia. Questi due meccanismi agiscono in simbiosi dato che entrambi sono tesi all'unico scopo del riassorbimento di acqua e sali.

Potassio: la concentrazione di questo elettrolita nelle eiezioni di una ileo-stomia è molto bassa (5/15 mEq/L) a seconda dei vari periodi postoperatori. Tali concentrazioni non superano mai quelle delle feci normali e di conseguenza è molto rara la sindrome di deplezione di tale elettrolita. Qualora essa si manifesti, è generalmente secondaria alla deplezione sodica per cui il suo trattamento coincide con quello della perdita di sodio. Secondo alcuni autori (11,15,16), negli ileostomizzati esiste un cospicuo risparmio di ioni potassio come conseguenza della asportazione del colon che secerne attivamente tale catione; per impedire un aumento eccessivo della potassiemia interviene il rene con un aumento della secrezione urinaria di questo elettrolita.

Cloro: viene eliminato attraverso l'ileostomia in quantità simili a quelle delle feci normali per cui la sindrome di deplezione è piuttosto rara: solo nell'immediato periodo postoperatorio assistiamo ad un aumento dell'eliminazione di tale ione probabilmente legata all'improvvisa mancanza della superficie assorbente del colon dove, come già visto, numerosi ioni cloro vengono scambiati con ioni bicarbonato per correggere l'acidità dei prodotti di rifiuto di origine batterica.

Altri ioni: calcio e magnesio vengono secreti in una ileostomia in proporzioni simili a quelle delle feci normali. Non si osservano perciò frequentemente sindromi di deplezione di tali ioni; merita comunque di essere segnalata la sindrome da deplezione di magnesio perché caratterizzata da sintomi di difficile interpretazione quali astenia, incoordinazione, contrazioni, tremori, crampi muscolari, variabilità di carattere e d'umore con scoppi improvvisi di collera. Il sintomo più grave è rappresentato dalla tetania provocata dalla ipocalcemia secondaria al deficit di magnesio: è importante, perciò, ricordare come in questi casi debba essere somministrato magnesio e non calcio per una corretta terapia di tale quadro.

Enzimi: il chimo del tenue è ricco di enzimi, sostanze deputate alla digestione delle proteine; fra i più importanti ricordiamo tripsina, amilasi, lipasi, ribonucleasi e desossiribonucleasi. Questi enzimi possiedono una potente azione litica a tal punto che vengono per lo più secreti in forma inattiva per impedire la distruzione della mucosa del tenue. Gran parte di essi raggiungono la valvola ileocecale ancora in forma attiva per essere poi neutralizzati nel colon: sono facilmente intuibili, in caso di ileostomia, i danni che essi possono provocare sulla cute peristomale.

Alterazioni del ricambio vitaminico: Come accennato nel paragrafo introduttivo sulla fisiologia del colon, la flora batterica contribuisce a produrre sostanze come la vitamina K, la vitamina B12, la tiamina, la riboflavina, ecc. È ovvio che l'assenza del colon si manifesti nell'ileostomizzato con varie sindromi di carenza di tali sostanze: è stata dimostrata una costante ipovitaminosi del gruppo B, in percentuale molto alta entro 1 anno dall'intervento e nel 25% degli operati da più di 1 anno.

Non è chiaro se nel tempo questa diminuzione di assorbimento della vitamina B2 dia luogo ad una anemia magaloblastica ma ciò sembra improbabile perché tale deficienza è compensata dalle riserve epatiche ed è ben correggibile con un'opportuna terapia sostitutiva. L'ipovitaminosi B è maggiore nei pazienti in cui sia stato resecato anche un tratto di intestino tenue; è stato ipotizzato che ciò avvenga in conseguenza di una momentanea alterazione della flora del tenue.

Più importante sembra essere la carenza di vitamina K dimostrata attraverso valori costanti nel tempo di protrombina. Circa il 30% degli ileostomizzati sarebbero portatori di tale patologia che necessita di una adeguata terapia e di frequenti controlli per prevenire eventuali disturbi della coagulazione.

Calcolosi urinaria: È forse l'unica vera complicazione dimostrata negli ileostomizzati, Bambach afferma che tale complicanza è presente fra il 7 ed il 18% degli ileostomizzati contro solo il 3,8% della popolazione generale (2).

Si tratta ovviamente di una complicanza legata a disturbi idroelettrolitici conseguenti alle perdite attraverso l'ileostomia; si verifica per la presenza contemporanea di due situazioni metaboliche da tempo individuate, nell'individuo sano, come favorenti la formazione di calcoli delle vie urinarie: aumento della concentrazione urinaria di acido urico e iperacidità delle urine.

Come si verificano queste due situazioni? Come abbiamo già visto, gli effluenti di una ileostomia sono alcalini in quanto ricchi di sodio e bicarbonati; conseguenza di questa eliminazione di radicali alcalini sarà una costante acidosi per combattere la quale sarà necessario un continuo riassorbimento di cloro (abbiamo infatti già visto come pochi ioni Cloro vengano normalmente eliminati attraverso l'ileostomia). Per ogni ione cloro (Cl⁻) riassorbito viene eliminato uno ione idrogeno (H⁺) per via renale, sia sotto forma di ammoniaca (NH₄) sia sotto forma di ione libero (H⁺) che comporta un'iperacidità delle urine. Questo spiega il perché della iperacidità delle urine. Esaminiamo ora il meccanismo che sta a monte dell'aumentata concentrazione di acido urico nelle urine.

Abbiamo già detto, nel paragrafo riguardante l'assorbimento di acqua e sodio, che l'abbondante perdita idroelettrolitica attraverso l'ileostomia provoca una maggiore secrezione di aldosterone che deve intervenire a livello renale risparmiando acqua e sodio da riportare nei compartimenti extracellulari altrimenti troppo impoveriti.

Questa abbondante secrezione di aldosterone comporta uno stato continuo di iperaldosteronismo da cui consegue una abbondante eliminazione di acido urico attraverso le urine.

Arriviamo dunque al punto focale dell'intero discorso (Tab. 3.6): in condizioni normali l'acido urico viene eliminato attraverso le urine (che sono debolmente acide) sotto forma di urato di sodio, urato di potassio e ammoniaca; le percentuali di queste tre forme chimiche dipendono dal grado di acidità delle urine.

Nell'ileostomizzato abbiamo però visto che le urine sono iperacide e, in tali

condizioni, prevale l'acido urico libero, insolubile, che quindi precipita a formare calcoli urinari. Goligher non concorda sul rischio elevato degli ileostomizzati ad ammalare di calcolosi urinaria; basandosi su follow-up eseguiti in Inghilterra riporta percentuali di calcolosi variabili dallo 0,7 al 4,3% (7).

Quest'autore non esclude comunque tale complicanza ma si limita a segnalarla chiamando in causa fattori geografici, climatici ed alimentari per spiegare l'alta incidenza riportata da altri autori. Il trattamento e la prevenzione della calcolosi urinaria devono essere orientati ad aumentare l'escrezione urinaria giornaliera spronando il paziente a bere molta acqua durante la giornata. Solo in casi selezionati è indicato l'uso di farmaci alcalinizzanti le urine o farmaci costipanti per ridurre la quantità degli effluenti dalla ileostomia.

Calcolosi biliare: È una complicanza abbastanza frequente soprattutto in quei pazienti in cui si è dovuto per necessità ricorrere anche alla resezione di un tratto più o meno ampio di ileo terminale.

È infatti a livello dell'ileo distale che vengono riassorbiti i sali biliari ed è quindi facilmente intuibile come una resezione a questo livello comporti una alterazione importante del circolo enteroepatico con un significativo aumento della quantità di acidi biliari eliminati nelle feci rispetto alla popolazione normale (4); la quantità di acidi biliari emessa è legata anche al tipo di dieta, ad esempio una dieta ricca di crusca di avena aumenta notevolmente l'eliminazione di acidi biliari (14). Hill, in uno studio colecistografico condotto in un gruppo di ileostomizzati dimostrò la presenza di una calcolosi della colecisti nel 25% dei casi; tale incidenza risultò 3 volte maggiore a quella riscontrata in un gruppo di controllo sovrapponibile per sesso ed età. La frequenza della calcolosi aumentava in maniera significativa nei pazienti che avevano avuto una ampia resezione ileale ma non in quelli in cui erano stati resecati meno di 10 cm di ileo (6,7).

I sali biliari derivano dalla salificazione degli acidi biliari per cui potrebbe sembrare logico la somministrazione per os di tali acidi (oggi facilmente reperibili in commercio) per normalizzare il circolo di riassorbimento enteroepatico.

Tuttavia, anche se aumentiamo nel lume intestinale la presenza di tali sali, sempre ugualmente ridotto sarà il loro riassorbimento per la mancanza del tratto di tenue

deputato a questa funzione; inoltre, la somministrazione di acidi biliari può causare diarrea fastidiosa ed invalidante a causa dell'ileostomia e ciò comporterebbe un'aumentata perdita idroelettrolitica con gli effluenti. Per tali ragioni a tutt'oggi è sconsigliabile somministrare acidi biliari allo scopo di prevenire la formazione di calcolosi della colecisti.

Un recente studio sembra contraddire questo aumentato rischio di calcolosi biliare in quanto in una casistica di 10 pazienti è stato dimostrato che la bile dei pazienti con ileostomia dopo colectomia totale ha una normale percentuale di lipidi e una normale concentrazione di colesterolo ed acidi biliari (1).

Colostomia

Dal punto di vista metabolico una colostomia non comporta grossi squilibri in quanto rimangono inalterate le funzioni fisiologiche svolte dal colon quali l'assorbimento di acqua e sali, la sintesi di vitamina K, ecc. Ovviamente più una colostomia è distale meno influirà su queste funzioni; l'unica delle colostomie che potrebbe portare a scompensi metabolici è la cecostomia le cui eiezioni sono pressoché sovrapponibili a quelle di una ileostomia.

Dobbiamo però ricordare che questo tipo di stomia ha sempre o un carattere temporaneo (occlusioni intestinali, protezione di anastomosi coliche) o un carattere estremamente palliativo quando la gravità della malattia o delle condizioni generali controindicano anche la confezione di una colostomia sinistra. In entrambi i casi quindi il tempo in cui il paziente è portatore della cecostomia è limitato a pochi mesi e quindi non si instaurano quegli scompensi metabolici descritti precedentemente per l'ileostomia.

Dobbiamo inoltre fare altre 2 importanti considerazioni;

1) come descritto in un altro capitolo la cecostomia è una colostomia "tangenziale", questo significa che non tutto il materiale proveniente dall'ileo viene deviato verso l'esterno ma una parte di esso proseguirà il suo tragitto verso la flessura epatica del colon dove potranno avvenire i normali processi di assorbimento di acqua e sali. Se poi, a valle, è presente un ostacolo meccanico che impedisce il passaggio del materiale fecale, esso tornerà indietro per essere espulso dalla cecostomia.

2) L'altra considerazione importante da fare è che in caso di cecostomia è comunque

preservata la valvola ileo-cecale e ovviamente l'ileo distale. Si compiranno, cioè, in maniera fisiologica tutte le funzioni di assorbimento e secrezione dell'intestino tenue, senza accelerazioni di transito o modificazioni idroelettrolitiche importanti.

Gli altri tipi di colostomie (trasversostomia, sigmoidostomia, colostomia sinistra) possono essere accomunati perché solo poche decine di centimetri separano fra loro i segmenti colici da cui traggono il nome e questi pochi centimetri non sono in grado di modificare i caratteri delle feci. Le caratteristiche delle feci emesse da una colostomia (Tab. 3.7) non si discostano da quelle delle feci normali: PH alcalino (8,3), ioni potassio e bicarbonato, enzimi, batteri in grande quantità. Gli elettroliti eliminati non provocano alterazioni del metabolismo generale perché hanno già svolto tutti gli scambi fisiologici nel tratto colico, gli enzimi vengono eliminati in forma inattiva perché hanno già espletato le loro funzioni a livello ileale. Per estrema precisione, le feci di una trasversostomia saranno più poltacee rispetto a quelle di una sigmoidostomia; comunque, questo non comporta alterazioni metaboliche. Una colostomia inizia a funzionare in 3a-4a giornata post-operatoria e all'inizio si tratterà di feci molto liquide con scariche frequenti; questo accade perché improvvisamente viene accorciato il tempo di transito del materiale fecale per cui non vi è il tempo di compiere tutte le funzioni di assorbimento idroelettrolitico.

Le feci diverranno comunque poltacee entro il 1° mese, semiliquide nel 2°-3° mese per divenire feci normali dopo tale scadenza.

L'odore sarà maleodorante in relazione ai normali processi di fermentazione e putrefazione della flora batterica normale. Le abitudini dell'alvo, anche se non più controllabile con la volontà, rimarranno identiche a quelle prima dell'intervento e lo stesso accadrà per quanto riguarda i riflessi dell'alimentazione sull'alvo stesso.

Anche in base a questa considerazione, dettata soprattutto dall'esperienza, riteniamo più giusto non costringere i colostomizzati a diete rigide e schematiche. Dopo alcuni mesi di adattamento, egli saprà da solo quali cibi evitare perché provocano emissioni frequenti di feci o particolari quantità di gas, anche maleodoranti, e provvederà ad eliminarli dalla dieta abituale.

Conclusioni

A conclusione di questa lunga e, a volte, complessa trattazione, ci sembra importante ricordare come una stomia può essere definita fisiologica se risponde a queste tre importanti caratteristiche:

- buona funzionalità,
- buona apparecchiabilità,
- facile gestione,
- cute peristomale integra.

Le prime due caratteristiche dipendono soprattutto da una corretta confezione chirurgica e dalla assenza di complicanze, le altre dipendono da una accurata igiene dello stoma che deve essere insegnata attraverso una completa riabilitazione fisica e psichica. Se infatti ci sono difetti di tecnica chirurgica o il paziente viene lasciato a sé stesso e non adeguatamente istruito, la sua stomia non potrà mai essere fisiologica (23).

BIOGRAFIA

1. ABCARIAN H. stoma complications. In: Current trends in colon and rectal surgery Del Genio A, Landolfi V. Ravo B. ed. De Nicola Maggio 1999.
2. ABDU R.A. Repair of paracolostomy hernias with marlex mesh. Dis. Colon Rectum 1982; 25: 529-531.
3. ABRAMS B.L., ALSKAFI F.H., WATERMAN N.G. Colostomy: a new look at morbidity and mortality – Am. Surg. 1979; 45: 462-464.
4. ABRAHAMSSON M, et al. Excretion of aminoacid residues from diets based on low-fibre wheat or high-fibre rye bread in human subjects with ileostomies. Eur J Clin Nutr 1995 Aug; 49(8): 589-95
5. ADSON M.A., FULTON R.E. The ileal stoma and portal hypertension: An uncommon site of variceal bleeding. Arch. Surg. 1977; 112: 501-504.
6. ALEXANDER-WILLIAMS J, AMERY A.H., DEULIN H.B. et al. Magnetic continent colostomy device. Br. Med. J. 1977; 1: 1269-1270.
7. AMAN P, et al. Starch and dietary fiber components are excreted and degraded to variable extents in ileostomy subjects consuming mixed diets with wheat- or oat-bran bread. J Nutr 1995 Sep; 125 (9): 2341-7.
8. ANDERSON E., CAREY L.C., COOPERMAN M. Colostomy Closure: A simple procedure? Dis. Colon Rectum 1979; 22: 466-468.
9. BATTISTINI G., LA TORRE F., CIGARINI L., MESSINETTI S. Analisi dei risultati clinici di 14 interventi di colostomie magnetiche continenti dopo amputazione addomino perineale del retto -11 progresso Medico, Vol. XXXIV, N. 8,30.4.1978.
10. BAKER F.S. The “Rodless” loop colostomy. Dis. Colon rectum 1975; 18.
11. Bingham S, CUMMINGS JH, McNEIL NI. Diet and health of people with an ileostomy. Dietary assessment. Br J Nutr 1982 May; 47(3): 399-406.
12. BLAKE D.P., SCHEITHAUER B.W., VAN HEERDEN J.A. Metastasis to a Brooke ileostomy. An unusual cause of stomal dysfunction. Dis. Colon rectum 1981; 24: 644-646.
13. BOSTON A., LITMAN L., RUSH A. et al. controlling colostomy odor. Am. J. Nurs 1977;77: 444.

14. BOSAEUS I, et al. Effect of wheat bran and pectin on bile acid and cholesterol excretion in ileostomy patients. *Hum Nutr* 1986 Nov; 40(6): 429-40.
15. BOZZETTI F, NAVA M, BUFALINO R. et al. Early local complications following colostomy closure in cancer patients. *Dis. colon rectum* 1983; 26: 25-29. *Chirurgia Urologica*, Ed. UTET 1981.
16. BRACCI U. Urinary diversion by the heitz – boyer – havelaquet procedure – *Urol. Inter.* 23, 63, 1968.
17. BURTON R, MANNINEN V. Influence of a psyllium-based fibre preparation on faecal and serum parameters. *Acta Med Scand Suppl* 1982; 668: 91-4.
18. CARLSTEDT A, FASTH S, HULTEN L, NORDGREN S, PAKELIUS I. Long-term stoma complications in patients with ulcerative colitis and Crohns disease. *Int J Colorectal Dis* 1987; 2: 22-5.
19. CORMAN M.L., VEIDENHMEIMER M.C., COLLIER J.A. An appliance for management of the diverting loop colostomy. *Arch. Surg.* 1974; 108: 742-743.
20. CORMAN M.L., VEIDNHEIMER M.C., COLLIER J.A. Ileostomy complications: prevention and treatment. *Contemp. Surg.* 1976; 8: 36-41.
21. CORMAN M.L., VEIDENHEIMER M.C., COLLIER J.A. Loop ileostomy as an alternative to end stoma. *Gynecol. Obstet* 1979; 149: 585-586.
22. CRILE G. JR., TURNBULL R.B. Jr. The mechanism and prevention of ileostomy dysfunction. *Ann. Surg.* 1954, 140: 459-465.
23. DEMIGNE C, LEVRAT MA, RAMESY C. Effects of feeding fermentable carbohydrates on the cecal concentrations of minerals and their fluxes between the cecum and bloom plasma in the rat. *J Nutr* 1989 Nov; 119 (11): 1625-30
24. DODERNECK RC. Revision and closure of the colostomy. *Surg Clin North Am* 1991; 71: 193-201.
25. DORAN J, HARDACASTLE J.D. A controlled trial of colostomy management by natural evaluation, irrigation, and foam enema. *Br. J. Surg.* 1981; 68: 731-733.
26. *Encyclopedie Medico- Chirurgicale. Itantanes Meedicaux – Paris.*
27. FAIVRE J, et al. Chemoprevention of metachronous adenomas of the large bowel: design and interim results of a randomized trial of calcium and fibre. *ECP Colon Group Eur J Cancer Prev* 1997 Apr; 6(2): 132-138.
28. FEUSTEL H, HENNING G. Kontinent kolostomi durch magnetuerschluss. *DTSCH. Med. Wochenschr* 1975; 100: 1063-1064.
29. FINEMORE R.G. Repeated haemorrhage from a terminal colostomy due to mucocutaneous varices with coexisting hepatic metastatic rectal adecarcinoma: A case report. *Br. J. Surg.* 1979; 66: 806.
30. FLOURIE B, et al. Digestibility and bulking effect of ispaghula husks in healthy humans. *Gut* 1994 Dec; 35 (12): 1747-1752.
31. FRANCHINI A., COLA B. *Le enterostomie.* Piccin Editore, Padova 1978.
32. FRANCHINI A. *Atlante di patologia stomale.*
33. GARBER H.I, MORRIS D.M., EISENSTAT TE. et al. Factors influencing the morbidity of colostomy closure. *Dis. colon rectum* 1982; 25: 464-470.
34. GELISSEN IC., BRODIE B, EASTWOOD M.A. Effect of *Plantago ovata* (psyllium) husk and seeds on sterol metabolism: studies in normal and ileostomy sub- Jects. *Am J Clin Nutr* 1994 Feb; 59(2): 395-400.
35. GOLDSTEIN W.Z., EDOGA J, CRYSTAL R. Management of colostomal hemorrhage resulting from portal hypertension. *Dis. Colon Rectum* 1980; 23: 86-90.
36. GOLIGHER JC (1980) *Surgery of the anus*, In: *Rectum and Colon*, 4th edn (ed Golighe JC), pp. 487. Baillière Tindal, London.
37. GOLIGHER J.C., LEE P.W.R., MCMAHON Mid., POLLARD M. The erlangen magnetic colostomy control device: technique of use and results in 22 patients. *Br. J. Surg.* 1977, 64: 501-507.
38. GREEN EW. Colostomies and their complications. *Surg Gynecol Obstet* 1966; 122: 1230-2.
39. HAYDEN UL, et al. Psyllium improves fecal consistency and prevents enhanced secretory responses in jejunal tissues of piglets infected with ETEC. *Dig Dis Sci* 1998 Nov; 43(11): 2536-41

40. HEANEY R.P, WEAVER C.M. Effect of psyllium on absorption of co-ingested calcium. *J Am Geriatr Soc* 1995 Mar; 43(3): 261-3.
41. HENRY M.N. EYERETT W.G. Loop colostomy closure. *Br. J. Surg.* 1979; 66: 275-277.
42. HIGHAM S.E., READ N.W. The effect of ingestion of guar gum on ileostomy effluent. *Br J Nutr* 1992 Jan; 67(1): 115-22.
43. HINES J.R. A method of transverse loop colostomy - *Surg. Gynecol. Obstet* 1975; 141: 426-428.
44. HINES J.R., HARRIS G.D. Colostomy and colostomy closure. *Surg. Clin. North. Am.* 1983, 57: 1379-1382.
45. HOTZ J, PLEIN K. Effectiveness of plantago seed husks in comparison with wheat bran on stool frequency and manifestations of irritable colon syndrome with constipation *Med Klin* 1994 Dec 15: 89: 645-651.
46. HUNT N., CORMAN M.L. Enterostomal therapy - *Contemporary Education* 1982. April: 79-92
47. ISA S., QUAN S.H.Q. Colostomy perforation. *Dis. colon rectum* 1978; 21: 92-93.
48. ISAKSSON G., ASP N.G. Effects of dietary fiber on pancreatic enzyme activities of ileostomy evacuates and on excretion of fat and nitrogen in the rat?. *Scand J Gastroenterol* 1983 May; 18(3): 417-23.
49. JALIHAL A., KURIAN G. Ispaghula therapy in irritable bowel syndrome: improvement in overall well-being is related to reduction in bowel dissatisfaction. *J Gastroenterol Hepatol* 1990 Sep-Oct, 5(5): 507-13.
50. JENKINS D.J., et al. Digestibility of carbohydrate foods in an ileostomate: relationship to dietary fiber, *Gastroenterol* 1987 Aug, 82(8): 709-17.
51. KEIGHLEY M.R.B. Colostomy. In: *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*, 2nd edn (eds. Keighley MRB and Williams NS), pp. 258-307. WB Saunders Co., London 1997.
52. KEWENTER J. Continent colostomy with the aid of a magnetic closure system. A preliminary report. *Dis. Colon Rectum* 1978; 21: 46-51.
53. KOCK N.G., Geroulanos S, Hanuloser P. et Al. Continent colostomy. An experimental study in dogs. *Dis. Colon Rectum* 1974; 17: 727-734.
54. KRAUSE R., FREUND H.R., FISCHER J.E. A new technique for performing end enterostomies using a stapling device. *Am. J. Surg.* 1979; 138: 461-462.
55. KRETSCHMER K.P. The intestinal stomas: Indications, Operative methods, Care, Rehabilitation, 128 pp. - Philadelphia, W.B. Saunders, 1978.
56. KRONBERG O, KRAMHOFT J, BAKER O, SPRECHLER E, late complications following operations for cancer of the rectum and anus: *Dis Colon Rectum* 1974; 17: 750-3.
57. KUHbacher T vitro digestibility, and glycemic response. *Am J O*, KRAMHOFT J, BACKER O, SPRECHLER E. Late complications following Pouchitis: pathophysiology and treatment. *Int. J Colorect Dis.* 1998; 13, 196-207
58. KUMAR A., KUMAR N., VIJ J.C., SARIN S.K., ANAND B.S. Optimum dosage of ispaghula husk in patients with irritable bowel syndrome: correlation of symptom relief with whole gut transit time and stool weight. *Gut* 1987 Feb; 28(2): 150-5.
59. LA TORRE F. Nuove prospettive nella chirurgia ano-rettale Atti del corso di aggiornamento 84 AIOSS Ospedale di Stato Repubblica di San Marino, 4-6 ottobre 1984.
60. LA TORRE F, BOGLIOLO G. BUCCINO R.V., CIOLFI E, BOSCHETTO S., PICCIONE M., NICASTRO A. Influenza della tecnica irrigativa sulla motilità colica in pazienti con colostomia sinistra definitiva. Studio preliminare. Poster con colostomia sinistra definitiva. Studio preliminare. Poster al 2° Congresso Nazionale GISMAD, 7- 8 Marzo 1986, Genova.
61. LA TORRE F. DE ANNA L. PICCIONE M., NICASTRO A, MASONI La correzione chirurgica ambulatoriale delle patologie stomali: Significato riabilitativo Relazione all'XI Congresso Nazionale Società Italiana di Ricerche in Chirurgia 22-23 Novembre 1985, Como. *Il Giornale di Chirurgia* (In Press).
62. LA TORRE F, LORENZOTTI A. PERONDI E, PALAIA C. CASERTA D. VICECONTE G. Il controllo endoscopico dello stomizzato- Relazione al 1° Convegno Nazionale di Aggiornamento su "Stomaterapia oggi" Spezia, 6-8 Giugno 1983.
63. LA TORRE F, MESSINETTI S. La revisione chirurgica con metodi ambulatoriali in anestesia locale, delle patologie stomali. Relazione al Congresso dell'International College of Surgeons, Cortina d'Ampezzo (Italia), 30 gennaio - 1 Febbraio

1986 Minerva Chirurgica (In Press).

64. LA TORRE, MESSINETTI Trattato di clinica enterostomale, Cesi 1986.

65. LA TORRE F. MESSINETTI S. Rehabilitation and prosthesis in stoma patients. Relazione al 4° Simposio Internazionale di chirurgia ed endoscopia dell'Apparato digerente. 9-12 Aprile 1986, Roma.

66. LA TORRE F, MESSINETTI S., FIORAVANTI M., LAZZARI R. Risultati di un protocollo di assistenza polispecialistica al paziente colostomizzato. Chirurgia gastroenterologica, Suppl., Vol. 19, N. 4, Oct-Dec. 1985.

67. LA TORRE F, NICASTRO A., PICCIONI M., DE ANNA L. A non invasive method for the surgical correction of stomal disease. Relazione al 4° Simposio Internazionale di Chirurgia ed Endoscopia dell'Apparato Digerente. 9-12 Aprile 1986.

68. LA TORRE F, RISA L., MASONI L., MISCUSI G. Patologia stomale esperienza ambulatoriale nella correzione chirurgica - Comunicazione XI Congresso SIED 28-30 novembre 1985 - Fiera di Padova - Giorn. Ital. End. Dig., Vol. 8, N. 3, 1985.

69. LA TORRE F, SCOZZARRO A., NICOLACE F. Riabilitazione dello stomizzato: La patologia stomale ed il recupero della continenza. Atti e memorie della società medica del Lazio, Anno 2, N. 3, 1984.

70. LANGKILDE A.M., ANDERSSON H., BOSAEUS I. Sugar-beet fibre increases cholesterol and reduces bile acid excretion from the small bowel. Br J Nutr 1993 Nov, 70(3) 757-66.

71. LIA A, et al. Postprandial lipemia in relation to sterol and fat excretion in ileostomy subjects given oat-bran and wheat test meals. Am J Clin Nutr 1997 Aug; 66(2): 357-65

72. LIA A. et al. Substrates available for colonic fermentation from oat, barley and wheat bread diets. A study in ileostomy subjects. Br J Nutr 1996 Dec, 76(6): 797-808.

73. LONDONO-SCHIMMER EE, LEONG AP. PHILLIPS RK. Life table analysis of Stomal complications following colostomy. Dis Colon Rectum 1994; 37: 916-20.

74. MARKS C.G., RITCHIE J K. The complications of synchronous combined excision for adenocarcinoma of the rectum at St Marks Hospital. Br J Surg 1975; 62: 901-5.

75. MARTIN L, FOSTER Parastomal hernia. Ann R Coll Surg Engl 1996; 78: 81-4.

76. MCBURNEY M.I., THOMPSON LU, CUFF DJ., JENKINS DJ. Comparisons of ileal effluents, dietary fibers, and whole foods in predicting the physiological importance of colonic fermentation. Am J Gastroenterol 1988 May; 83(5): 536-40.

77. MEALY K., O'BROIN E DONOHUE J, TANNER A., KEANE F.B. Reversible colostomy - what is the outcome? Dis Colon Rectum 1996, 39: 1227-31.

78. MESSINETTI S., BATTISTI G. FELICIA. LA TORRE F. Le colostomie continenti magnetiche, considerazioni sulla asportazione della protesi in due casi - annali italiani di Chirurgia, Vol 21, Fasc, IV, 1979

79. MESSINETTI S. BATTISTI G. LA TORRE F. Magnetic prosthesis with a permanent colostomy - Rendic, Gastroenterol, 1977, 9. 211-217

80. MESSINETTI S., LA TORRE F. La protesi magnetica nelle colostomie Atti del 1 Corso di aggiornamento in tecniche avanzate in gastroenterologia e chirurgia digestiva la sessione: "Tecniche speciali di chirurgia". Roma 14-16 Dic. 1981. pag 209.

81. MICHELETTO G. et al. IL progetto Ostomy 2000: risultati preliminari. UCP News 1999; 3(2); 37- 38.

82. MILES RM. GREENE R.S. Review of colostomy in a community hospital. Am. Surg 1983 49, 182-186.

83. MOSESON M.D., LABOW SB. HOEXTER B. Technique for totally diverting loop Marisverse colostomy, Dis. Colon rectum 1983, 26: 195.

84. ANORDGAARD I MORTENSEN PR. ANGKILDE A M. Small intestinal malabsorption and colonic fermentation of resistant starch and resistant peptides to short chain fatty acids. Nutrition 1995 Mar-Apr, 11(2): 129-37.

85. ORTIZ H., SARA M AEMENDARIZ P DI MIGUEL M. MARTI J., CHOCARRO C. Does the frequency of paracolostomy hernias depend on the position of the colostomy in the abdominal wall? Int J Colorect Dis 1994; 9: 65-7.

86. PETERSSON D. et al. Intake of rye bread ileostomists increases ileal excretion of fiber polysaccharide components and organic acids but does not increase plasma or urine lignans and isoflavonoids. J.Nutr. 1996 Jun;126(6):1594-600 Published erratum appears in J Nutr 1996 Dec; 126 (12): 3143.

87. PRIOR A., WHORWELL P.J. Double blind study of ispaghula in irritable bowel syndrome. *Gut* 1987 Nov; 28(11): 1510-3
88. RAYMOND J.L., BECKER J.M. Ileoanal pull-through: a new surgical alternative to ileostomy and a new challenge in diet therapy. *J Am Diet Assoc* 1986 May; 86(5): 663-5,
89. RAZA S.D., PORTIN B.A., BERNHOFT W.H. Umbilical colostomy: A better intestinal stoma. *Dis. Colon Rectum* 1977; 20: 223-230.
90. ROCCA ROSSETTI S. Indication for cystectomy in: bladder tumours and other topics in urological oncology. Plenum press, New York - London 1980.
91. ROLSTAD B.S., WILSON W., ROTHENBERGER D.A. Sexual concerns in the patients with an ileostomy - *Dis. colon rectum* 1983; 26: 170-171.
92. ROSEN L., FRIEDMAN I.H. Morbidity and mortality following intraperitoneal closure of transverse loop colostomy *Dis. Colon Rectum* 1980; 23: 508-512.
93. ROSIN J.D., BONARDI R.A. Paracolostomy hernia repair with marlex mesh: A new technique. *Dis. Colon Rectum* 1977; 20: 299-302.
94. ROTHENBERGER D.A., SPENCER M.P. Ostomy takedown. In: *Intestinal Stomas: Principles, Techniques and Management* (eds. Mackeigan JM and Cataldo PA), pp. 188-97. Quality Medical Publishing, St Louis, 1993.
95. ROY PH., SAVER W.G., BEARRS O.H., FARROW GM. Experience with ileostomies: Evaluation of longterm rehabilitation in 497 patients. *Am. J. Surg.* 1970; 119: 77-86.
96. ROWAN A.M. et al. Comparison of the ileal and faecal digestibility of dietary amino acids in adult humans and evaluation of the pig as a model animal for digestion studies in man. *Br J Nutr* 1994 Jan; 71(1): 29-42.
97. SACHATELLO C.R., MAULL K.I. Rapid totally diverting loop sigmoid colostomy with noncontaminating rectal irrigation, *Am. J. Surg.* 1977; 134: 300.
98. SACKIER J.M. Fecal diversion and stoma reversal, In: *Current trends in colon and rectal surgery.* Del Genio A. Landolfi V. Ravo B. ed. De Nicola Maggio 1999.
99. SAHA S.R., RAO H., STEPHENSON S.E. Complications of colostomy. *Dis Colon Rectum* 1973; 16: 515-6.
100. SCHOFIELD P.F., CADE D., LAMBERT M. Dependent proximal loop colostomy: Does it defunction the distal colon? *Br. J. Surg.* 1980; 67: 201-202.
101. SCHWEMMLE K., KUNZE H.H., PADBERG W. Management of the colostomy. *World J. Surg.* 1982; 6: 554-559.
102. SCHWESINGER W.H. et al. Soluble dietary fiber protects against cholesterol gallstone formation, *Am J Surg* 1999 Apr; 177(4): 307-10.
103. SHELLITO P.C. Complications of abdominal stoma surgery. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1562-72.
104. SJHÖDAL A., ANDERBERG B, BOLIN T Parastomal hernia in relation to site of the abdominal stoma. *Br J Surg* 1988; 75: 339-41.
105. SMIT R., WALT A.J. The morbidity and cost of the temporary colostomy. *Dis. colon rectum* 1978; 21: 558-561.
106. STOTHERT J.C. JR, BRUBACHER L., SIMONOWITZ D.A. Complications of emergency stoma formation. *Arch Surg* 1982; 117: 307-9.
107. STRANGERS M.A.G., TAAL B.G., AARONSON N.K., VELDE A. Quality of life in colorectal cancer: stoma vs nonstoma patients. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 360-9.
108. SUGARBAKER PH. Prosthetic mesh repair of large hernias at the site of colonic stomas. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1980, 150 577-578.
109. SYKES F.R. Transcutaneous defunctioning colostomy - *Br. J. Surg.* 1979, 66: 505-506.
110. SZINICZ G. A new implantable sphincter prosthesis for artificial anus. *Int. J. Artif. Organs* 1980; 3: 358-362
111. TENNEY J.B., ENG M., GRANEY M.J. The quest for continence: A morphologic survey of approaches to a continent colostomy - *Dis. colon rectum* 1978; 21:522-533.
112. TERRANOVA O., SANDEI F, REBUFFAT C. et al. Irrigation us natural evaluation of left colostomy: A comparative study of 340 patients. *Dis. colon rectum* 1979; 22: 31-34.
113. THOMSON J.P.S. Caecostomy and colostomy. Part. 1 Surgical procedures and complication. *Clin. Gastroenterol.* 1982,

- 11: 285-296.
114. THORLAKSON R. Technique of repair of herniation associated colonic stomas. *Surg Gynecol Obstet* 1965; 120: 347-50.
115. TIDEHAG P. et al. A comparison of iron absorption from single meals and daily diets using radioFe (55Fe, 59Fe). *Br J Nutr* 1996 Feb; 75(2): 281-9.
116. TOMAS-RIDOCCI M. et al. The efficacy of Piantago ovata as a regulator of intestinal transit. A double-blind study compared to placebo. *Rev Esp Enferm Dig* 1992 Jul, 82(1): 17-22.
117. TOMLIN J., READ NW. The relation between bacterial degradation of viscous polysaccharides and stool output in human beings. *Br J Nutr* 1988 Nov; 60(3): 467-475.
118. TRINIDAD T.P, WOLEVER T.M., THOMPSON L.U. Availability of calcium for absorption in the small intestine and colon from diets containing available and unavailable carbohydrates: an in vitro assessment. *Int J Food Sci Nutr* 1996 Jan 47(1): 83-8.
119. TURNBULL R.B. Jr. Management of ileostomy. *Am. J. Surg.* 1953; 86: 617-624.
120. TURNBULL R.B. WEAKLEY FL. Atlas of Intestinal Stomas, 207 pp. St. Luis, Cv Mosby, 1967
121. WARA P, SORENSEN K., BERG V. Proximal fecal diversion: Review of ten years' experience. *Dis. Colon Rectum* 1981. 24: 114-119.
- 122 WATT R.C. Colostomy irrigation: Yes or no? *Am. J. Nurs*, 1977
123. WHITE C.A., HUNT J.C. Psychological factors in postoperative adjustment to stoma Stoma surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 1997; 79 3-7
124. WILLIAMS J.G., ETHERINGTON R. HAYWARD M.J., HUGHES L.E. Paraileo- stomy hernia: a clinical and radiological study *Br J Surg* 1990, 77: 1355-7
- 125, WILLIAMS N.S JOHNSTON D. Prospective controlled trial comparing colostomy irrigation with "Spontaneous Action" method. *Br. Med. J.* 1980; 281; 107-109.
126. WINKLER MJ. VOLPE P.A. Loop transverse colostomy. The ca against, *Dis. colon rectum* 1982: 25: 321-326.
127. WITTAKER M. GOLIGHER J.C. A comparison of the results of extrap ritoneal raperitoneal techniques for construction of terminal ili colostomies. *Dis colon rectum* 1976, 19: 342-344.
128. WOOKEY H Surgical treatment of carcinoma of the upper esophagus. *S.G.O* 1942. 75 499-306.
129. WOLEVER T.M., TER WAL P. SPADAFORA P, ROBB P. Guar but not psyllium, increases breath methane and serum acetate concentrations in human subjects. *Am J Clin Nutr* 1992 Mar 55(3): 719-722.
130. VARNELL J. PEMBERTON LB. Risk factors in colostomy closure. *Surgery*, 89: 683-686.
131. YOUNES H., DEMIGNE C., REMESY C. Acidic fermentation in the caecum increases absorption of calcium and magnesium in the large intestine of the rat. *Br J Nutr* 1996 Feb; 75(2): 301-14.
132. ZINKIN L.D., ROSIN J.D. Button colopexy for colostomy prolapse. *Surg. Gynecol. Obstet* 1981; 152: 89-90.
133. ZUMARRAGA L., LEVITT M.D., SUAREZ F. Absence of gaseous symptoms during ingestion of commercial fibre preparations. *Aliment Pharmacol Ther* 1997 Dec; 11(6): 1067-1072.
134. AKERLUND J.E., EINARSSON C. Effects of colectomy on bile composition, cholesterol saturation and cholesterol crystal formation in humans. *Int. J. Colorectal Dis.* 2000; 15 (4): 248-52
135. BAMBACH C.P, ROBERTSON W.G., PEACOCK M., HILL G.L. Effect of intestinal surgery or the risk of urinary stone formation. *GUT* 1981; 22: 257.
136. BROOKE B.N., JETER K.F., TOOD I.P. Le stomie in gastroenterologia. *Pensiero Scientifico Editore Roma* 1982.
137. BRUWER M., STERN J., STIEHL A., HERFARTH C. Changes in fecal bile acid excretion after proctocolectomy. *Z. Gastroenterol.* 1996; 34(2): 105-10.
138. FRANCHINI A., COLA B. Le enterostomie. *Piccin Editore padova* 1978.
139. GUITON A.C Trattato di fisiologia medica. *Piccin Editore padova* 1983.
140. GOLIGHER J.C. Chirurgia dell'ano, del retto e del colon. *Piccin Editore Padova* 1982.
141. JEPPESON P.B., STAUN, TJELLESEN L., MORTENSEN P.B Efectct of intravenous ranitide and omeprazole on

- intestinal absorption of water, sodium and macronutrients in patients with intestinal resection. *Gut* 1998, 43: 763-9.
142. HIGHAM S.E., READ N.W. Effect of ingestion of fat on ileostomy effluent. *GUT* 1990;31: 435-8.
143. HILL G.L. Gallstones after ileostomy and ileal resection. *GUT* 1975; 16: 932.
144. HILL G.L. Compilazioni metaboliche dell'ileostomia. In: *Le tomie in gastroenterologia*. Pensiero Scientifico Editore Roma 1982.
145. HUBER F.X., STERN J., HINZ U., WERLE E., HAACK D., KIENLE P., HEUSHEN U., AULMANN M., DECKER-BAUMANN Ch., HERFARTH Ch. Effects of restorative proctocolectomy on renal and adrenal function. *Dis. Colon Rectum* 1999; 42: 1318-24.
146. LADAS S.D., ISAACS P.E., URPHY G.M., SLADEN G.E. Fasting and post prandial ileal function in adapted ileostomates and normal subjects. *GUT* 1986; 27: 906-12.
147. LIA A., HALLMANS G., SANDBERG A.S., SUNDBERG B., AMAN P., ANDERSSON H. Oat beta-glucan increase bile acid excretion and a fiber-rich barley fraction increases cholesterol excretion in ileostomy subjects. *Am. J. Clin. Nutr.* 1995; 62(6): 1245-51.
148. MONACO G., COPPOLA M., ELEUTERI E. *Le derivazioni digestive esterne*. Casa Editrice Vallardi Milano 1975.
149. MONACO G., ELEUTERI E., COPPOLA M., LIRICI M.M. *Manuale di terapia enterostomale*. Edizioni Luigi Pozzi Roma 1983.
150. MOROWITZ D.A., KIESNER J.B. Ileostomy in U.C.: a questionnaire study of 1803 patients. *Am. J. Surg.* 1981; 141: 370-5.
151. PROYCE C. *Ileostomia terminale* Medicoroma 1974; 180.
152. ROBERTSON M.D., MATHERS J.C. Gastric emptying rate of solids is reduced in a group of ileostomy patients. *Dig. Dis. Sci.* 200, 45(7), 1285-92.
153. STEINHART A.H., JENKINS D.J.A., MITCHELL S., CUFF D., PROKIPCHUK E.J. Effect of dietary fiber on total carbohydrate losses in ileostomy effluent. *Am. J. Gastroenterol.* 1992; 87: 48-54.
154. SOYBELL D.I. Adaptation to ileal diversion. *Surgery* 2001; 12(2), 123-7.
155. TAYLOR D.G., BRANON M.E., PHILLIPS SF., KELLY K.A. Diarrhoea after continent ileostomy. *GUT* 1980; 21: 711-6.
156. LA TORRE F., MESSINETTI. *Trattato di clinica enterostomale*. Cesi 1986.
157. LA TORRE F. *Nuovo Trattato delle Stomie*; CESI Editrice Scientifica Internazionale, 2002.

2.8 IL PERCORSO DEL PAZIENTE STOMIZZATO



ARIANNA VENTURINI
Ospedale della Navicella, Chioggia

Come noi tutti ben sappiamo avere una stomia modifica la qualità della vita a causa di difficoltà sociali, psicologiche, alterazioni dell'identità, dell'immagine corporea e della sessualità.

Il confezionamento della stomia, dunque, impatta fortemente sulla qualità di vita del paziente che la riceve da un punto di vista sia fisico che emotivo.

Un'attenta gestione del paziente stomizzato permette l'esecuzione, fin da prima dell'intervento chirurgico, di un corretto percorso di cura e riabilitazione, favorendo il monitoraggio degli effetti collaterali sia fisici che psicologici per tutta la durata del percorso.

A tale scopo nella nostra, realtà aulss3 Serenissima Chioggia è da qualche anno che ci serviamo del PROTOCOLLO ERAS: Enhanced Recovery After Surgery, il quale si fonda sul concetto di un recupero ottimizzato dopo la chirurgia.

Mediante un ruolo attivo del paziente e dei suoi familiari, il protocollo ERAS ha la finalità di garantire un percorso pre-abilitativo al paziente preparandolo al meglio a un intervento di chirurgia maggiore e favorendo un recupero ottimale ed un ritorno precoce e sicuro alle normali attività quotidiane.

Il percorso di cura di un paziente che riceve una stomia viene suddiviso in 4 fasi:

- 1.fase preoperatoria;
- 2.fase intraoperatoria e post-operatoria immediata;
3. fase post-operatoria;
4. dimissione.

- Nella prima fase, la fase preoperatoria, sono fornite tutte le informazioni relative alla procedura sia ai pazienti che devono ricevere l'intervento per il posizionamento della stomia, che ai loro caregivers. In tale fase il paziente prende contatto con diverse figure che lo seguiranno nel suo percorso di cura. In particolare, viene

condotta un'anamnesi ed un esame obiettivo dell'addome, si effettua il counseling per valutare le condizioni psicofisiche del paziente e creare un rapporto tra questo e l'equipe ed in ultimo si forniscono al paziente le prime informazioni relativamente alla gestione della stomia, mostrando anche alcuni tipi di protesica per prendere visione del presidio che lo accompagnerà durante tutto il percorso. In questa fase poi si procede anche ad effettuare quello che viene definito "stoma-siting" (disegno preoperatorio) si segna, cioè, il punto in cui verrà posizionata la stomia in modo da facilitare in un secondo momento lo stomacare e prevenire qualsiasi complicanza post-operatoria dovuta al malposizionamento stomale. È considerato l'aspetto più importante nella preparazione della persona che si sottopone al confezionamento di una stomia. Potrebbe sembrare erroneamente marginale, se paragonata all'intero intervento chirurgico, eppure sarà la conseguenza più tangibile del percorso di cura e l'elemento che impatterà maggiormente sulla qualità di vita della persona assistita. Pertanto, è fondamentale che lo stoma sia localizzato nel sito più idoneo.

Queste procedure dovrebbero aiutare il paziente a prendere coscienza del percorso che sta intraprendendo e risultano utili per creare un rapporto di collaborazione tra il paziente e l'equipe che lo seguirà. Questa prima fase è naturalmente superata laddove la situazione clinica del paziente richieda elezione ad intervento in urgenza. In tale fase di rilievo è la figura della stomaterapista, che attua un'azione finalizzata ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del paziente momentaneamente in difficoltà.

Lo stomaterapista, oltre a presentarsi come persona di riferimento nel baratro che l'utente viene posto promuove atteggiamenti attivi verso soluzioni possibili della problematica, aiuta a prendere decisioni e a migliorare le relazioni interpersonali visto che il paziente subirà un cambiamento, un'alterazione della figura corporea.

Scopo fondamentale è lo sviluppo dell'autonomia dell'individuo, che rimane sempre il protagonista di questo processo e che viene messo nelle condizioni di attuare scelte dopo essere stato guidato ad esaminare la situazione da diversi punti di vista. In tal senso il paziente qualsiasi dubbio o domanda la può esporre tranquillamente allo specialista, anche criticità e paure nella gestione tecnica dello stoma.

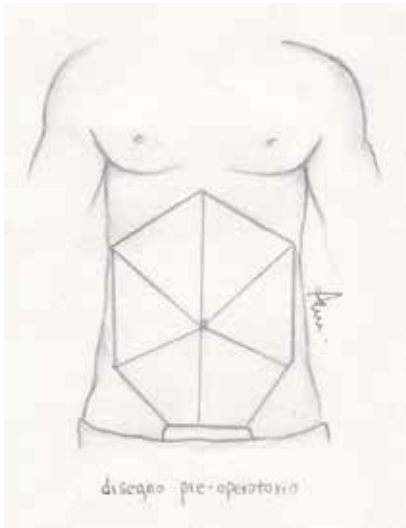


Fig. 1 Disegno pre-operatorio

- La seconda fase, la fase intraoperatoria e post-operatoria immediata, consiste nel confezionamento della stomia. In una prima fase post-operatoria è applicato un dispositivo provvisorio con delle specifiche caratteristiche quali: la presenza di una placca idrocolloidale per ridurre il rischio di traumatizzare la cute circostante la stomia, la presenza di un meccanismo a soffiato per facilitare applicazione della sacca che consentirà di limitare traumatismi al punto di inserzione e la presenza di una sacca trasparente dotata di filtro con la possibilità di coprirlo al bisogno grazie all'utilizzo di appositi strumenti come i bollini coprifiltro. Successivamente all'intervento il paziente è monitorato e soprattutto nelle prime 48 ore post-intervento si valuta l'insorgenza di eventuali complicanze, lo stato di vitalità della stomia e la presenza di eventuali perdite ematiche o di muco nonché le caratteristiche degli effluenti. Dopo le prime 48 ore il paziente entra a tutti gli effetti nella terza fase del percorso di cura.
- La fase post-operatoria. In questa fase è valutato il processo di guarigione e di ripresa della mucosa stomale, della cute peristomale e della giunzione muco-cutanea. Tale procedura è effettuata ad ogni cambio di presidio ed è fondamentale sia per il paziente che per il caregiver in quanto entrambi iniziano a prendere confidenza con la stomia e la sua gestione. In parallelo, i professionisti coinvolti nel processo di cura del paziente incominciano a fornire diverse informazioni necessarie al paziente per la cura della stomia e della cute peristomale, sulle procedure da eseguire per

mantenere le caratteristiche normotrofiche dello stoma e della cute, come utilizzare correttamente i dispositivi e gli accessori per la gestione della stomia, come facilitare l'adesività del dispositivo alla cute sino alla sua sostituzione, come riconoscere e prevenire eventuali complicanze. L'educazione terapeutica è personalizzata secondo le esigenze del paziente in modo da spronare quest'ultimo ad avere un atteggiamento attivo nel processo riabilitativo.

- L'ultima fase, la fase della dimissione, consiste nella pianificazione della dimissione dall'ospedale a cui segue in parallelo la presa di contatto con i servizi che utilizzerà il paziente per la gestione della stomia. In questa fase al paziente e al caregiver sono forniti tutti i riferimenti sia delle figure professionali che delle organizzazioni che potrebbero essere indispensabili dopo la dimissione. È importante che al momento della dimissione il paziente abbia con sé i presidi protesici che gli permettano di gestire la stomia sino all'arruolamento all'ambulatorio stomizzati. Qui dopo svariate prove sulla tipologia del presidio e sul confort di essa il paziente sceglie l'ausilio stomale.

L'enterostomista ed il medico chirurgo/urologo provvedono ad impostare il piano terapeutico personalizzato, che poi sarà spedito per l'approvvigionamento domiciliare. L'assistenza con adeguati dispositivi medici monouso (sacche, placche, cateteri, pannoloni, ecc.) è un punto molto importante per la vita del paziente, perché volta a ridurre gli inconvenienti che potrebbero derivare dal confezionamento della stomia e dal suo management siano queste relative al dispositivo come ad esempio perdite ematiche, cambiamenti delle caratteristiche della cute peristomale ed altri, che logistiche quali quelle relative al reperimento dei dispositivi che dovrebbero essere sempre adeguati alle caratteristiche del paziente sia per tipologia di dispositivo che per quantitativi. L'assistenza cosiddetta protesica serve a potenziare le abilità dell'assistito promuovendo la sua autonomia nella gestione del dispositivo. Inoltre, in tale percorso è raccomandato che i pazienti stomizzati siano seguiti, per un periodo di almeno 12 mesi nel post-operatorio dalla stomaterapista, che ha diversi compiti tra cui: gestire eventuali complicanze derivate dalla stomia, verificare l'idoneità e la tollerabilità dei dispositivi scelti, promuovere l'uso corretto degli stessi e svolgere la funzione di counseling per aiutare il paziente nell'affrontare i problemi che potrebbe avere nella ripresa delle attività quotidiane (AIOSS 2018). L'ambulatorio stomizzati fa da "trait d'union" con tutti gli altri servizi che possono essere utili all'utente.

Il confezionamento di una stomia ha un forte impatto sia fisico che emotivo per il

paziente che a seguito di tale procedura solitamente sperimenta una riduzione della qualità di vita. La qualità di vita dei soggetti tende a risentirne maggiormente se, successivamente al confezionamento di una stomia sopraggiungono degli eventi avversi quali sanguinamenti, cambiamenti nella colorazione del tessuto peristomale o altre problematiche relative alla gestione della stomia (Osborne 2022; Näsval 2017; Kald 2008), cosa che rende quanto mai necessaria la scelta da parte del paziente del giusto device.

Nella gestione di tali pazienti è dunque fondamentale la presenza della figura della stomaterapista (Pezzino 2022), anche dopo i 12 mesi.

Nel percorso di cura di tali soggetti avere un'equipe di esperti e un ambulatorio stomizzati dedicato rappresenta solo uno degli aspetti necessari per la loro completa gestione. A tal riguardo, la creazione di percorsi di cura specifici (PDTA), laddove non ancora presenti, unita alla costruzione di una rete regionale dei centri di stomaterapia potrebbe contribuire al miglioramento dell'assistenza fornita ai pazienti stomizzati. Per gli utenti è fondamentale ricevere un supporto continuativo nella gestione della stomia ma allo stesso tempo è importante per loro avere delle risposte in merito ad argomenti di varia natura che potrebbero sorgere nei mesi successivi all'intervento con il ritorno alla vita quotidiana come ad esempio informazioni relative: all'alimentazione più appropriata da seguire, alla sfera sessuale, all'attività fisica, alle strategie da adottare per evitare l'insorgenza di eventi spiacevoli quali le infiltrazioni nonché informazioni riguardanti i prodotti per gestire i dolori e i fastidi derivati dall'ipersensibilizzazione dell'epitelio peristomale, alla presenza in commercio di nuovi accessori e/o presidi per la gestione della stomia e ovviamente alla presenza di gruppi di supporto per pazienti con simili esigenze nel territorio di riferimento, per citarne alcune. ERAS si fonda in prima istanza sul principio della multidisciplinarietà e del coinvolgimento del paziente. È necessaria, infatti, l'integrazione del lavoro di tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri, OSS, fisioterapisti, dietisti, stomaterapisti, ecc.) allo scopo di ottenere una corretta gestione della persona, e la completa informazione del paziente (e dei familiari) riguardo i diversi item del protocollo, allo scopo di garantire la sua adesione e partecipazione attiva.

2.9 SIGNIFICATO ANATOMO - FUNZIONALE DELL'APPARATO DIGERENTE



GAETANO GALLO

Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma, Italia



MARTA GOGLIA

Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche e Medicina Traslazionale, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma, Italia

Introduzione

L'apparato digerente si estende dalla cavità orale sino all'ano ed è composto da diversi organi con funzioni specializzate. In generale, la sua funzione è quella di metabolizzare, ovvero processare, assorbire ed eliminare gli alimenti che vengono quotidianamente ingeriti^{1,2}.

L'interruzione del transito intestinale mediante una stomia interrompe il processo di assorbimento nel punto in cui è posizionata, modificando sia la natura dell'evacuazione sia le capacità dell'individuo di assorbire i nutrienti. Per tale, gestire l'output della stomia in modo appropriato e mantenere un'alimentazione adeguata sono due delle principali sfide per i Pazienti portatori di stomia³. Generalmente i portatori di ileostomia sono coloro che affrontano le sfide maggiori. Infatti, oltre a proteine, zuccheri e lipidi, l'ileo riassorbe anche i sali biliari e la vitamina B12. Ampie resezioni dell'intestino tenue possono quindi provocare il malassorbimento dei lipidi e della vitamina B12. Pertanto, alcuni pazienti portatori di ileostomia richiedono il monitoraggio e l'integrazione della vitamina B12. Il confezionamento di una ileostomia colpisce anche il riassorbimento di acqua ed elettroliti (come

sodio, potassio e magnesio) e può causare eccessive perdite portando infine a fenomeni di disidratazione, iponatriemia ed insufficienza renale per compenso. Il sodio nel periodo post-prandiale viene assorbito a livello ileale mediante il trasporto attivo combinato con il glucosio, è per questo motivo che le soluzioni reidratanti dei pazienti portatori di ileostomia prevedono la infusione di glucosio combinato con sodio, liquidi e vitamina b12. Analogamente, seppur in misura minore, il paziente portatore di colostomia soffre dei medesimi disturbi correlati principalmente al ridotto riassorbimento di liquidi ed elettroliti⁴.

Tuttavia, oltre ai disturbi descritti, connessi alla condizione fisiopatologica del Paziente stomizzato, esistono patologie funzionali del tratto gastrointestinale che non trovano una univoca e definita eziologia ma che hanno un notevole impatto sulla qualità della vita del paziente. Nonostante la loro natura “non-meccanica” e quindi “non-organica”, talvolta queste patologie comportano un approccio chirurgico. I disturbi anatomico-funzionali dell'apparato gastro-intestinale possono essere generalmente considerati un gruppo eterogeneo di patologie caratterizzate da una grande varietà di sintomi. La gestione clinica e diagnostica di questo spettro di anomalie della funzionalità gastrointestinale necessita di una valutazione appropriata e di indagini strumentali specializzate. Innanzitutto, l'anamnesi rappresenta il momento di indagine principe, al di là della sintomatologia più evidente. Inoltre, particolare attenzione deve essere posta sulla storia clinica, le abitudini alimentari, l'andamento dell'alvo e l'uso corrente o pregresso di terapie farmacologiche. L'esame obiettivo completo dell'apparato gastro-intestinale può fornire moltissime informazioni. In particolar modo, l'esplorazione rettale è fondamentale per valutare la funzionalità degli sfinteri anali e le pressioni anali a riposo e sotto sforzo, l'eventuale discesa perineale, la presenza di rettocele, enterocele o di altre patologie proctologiche.

La defecazione

Il processo della defecazione è uno dei più frequentemente alterati sia a causa di patologie organiche che funzionali. La defecazione può essere definita come un riflesso somato-viscerale che coinvolge una complessa attività coordinata fra differenti gruppi di muscoli, fra cui il complesso sfinterico anale, legamenti e fasce del pavimento pelvico, oltre che la compliance rettale, la consistenza ed il volume delle feci ed infine anche la funzione cognitiva.

Lo sfintere anale interno, composto da fibre della muscolatura liscia, è il principale

responsabile dell'80% del tono sfinteriale a riposo o durante i riflessi involontari in risposta ad un brusco aumento della pressione intra addominale (es. starnuto, tosse). Il restante 15-20% della pressione anale a riposo è regolato dallo sfintere anale esterno, dal puborettale e dalle emorroidi. Inoltre, lo sfintere anale esterno, composto di fibre muscolari striate ed innervato dal pudendo (S2-S4), permette la contrazione volontaria dello sfintere per ritardare la defecazione, una volta percepito lo stimolo alla defecazione e avvenuto il rilasciamento dello sfintere anale interno, dovuto all'arrivo del materiale fecale nell'ampolla rettale. Una delle strutture più importanti per la defecazione è sicuramente il muscolo pubo-rettale responsabile della formazione dell'angolo anoretale di circa 90° che alla base della "flap-valve theory" proposta da Parks. Infatti, durante la normale defecazione, grazie all'azione del puborettale l'angolo diventa più ottuso ed ampio raggiungendo i 130° e facilitando l'espulsione del materiale fecale.

La sensibilità discriminatoria, ovvero la capacità di riconoscere la qualità del contenuto rettale (aria, feci solide, feci liquide) è regolata da recettori nella zona di transizione del canale anale ed è consentita dal "sampling reflex"⁵, ovvero l'azione simultanea del riflesso inibitorio retto-anale (RIRA), indotto dal rilasciamento dello sfintere anale interno, e del riflesso eccitatorio retto-anale (RERA), indotto dalla contrazione dello sfintere anale esterno, successivo alla distensione della parete rettale causata dall'arrivo del materiale fecale. Tali recettori utili alla discriminazione del contenuto rettale sono i corpuscoli di Messner (tattili), di Krause (termici), di Golgi-Mazzoni (tensione e pressione), di Pacini (tensione e pressione) ed alcune terminazioni nervose libere (che si attivano soprattutto per stimoli algogeni). Il RIRA è regolato dal sistema nervoso enterico e viene valutato in corso di manometria per escludere la presenza della malattia di Hirschsprung o di una stipsi cronica su base neuropatica.

Sindrome dell'intestino irritabile (Irritable bowel syndrome, IBS)

Una delle patologie funzionali intestinali più comuni è la sindrome dell'intestino irritabile (Irritable bowel syndrome, IBS). L'IBS è un disturbo multifattoriale caratterizzato da dolore o fastidio addominale, spesso cronico, e modifiche dell'alvo. Già nel 1849 Cumming riportò le sue difficoltà nel riconoscere le motivazioni di una sintomatologia così varia che comprendeva in modo alterno diarrea e stipsi⁶. Si stima che nel mondo, circa il 10-20% della popolazione adulta e adolescente ne

soffra, con una predominanza nel sesso femminile.

Il dolore addominale è frequentemente descritto come crampiforme ed episodico, e si manifesta generalmente nelle ore diurne. Spesso è associato a condizioni di stress emotivo ed è esacerbato dai pasti ed alleviato dall'emissione di feci o gas. Inoltre, le alterazioni dell'alvo rappresentano una delle principali manifestazioni cliniche, in particolare la presenza di stipsi, prima episodica, ma via via ingravescente, alternata ad episodi diarroici. I pazienti lamentano la sensazione di evacuazione incompleta e lunghi periodi di stipsi con feci molto dure, dovuta probabilmente alla prolungata stasi colica con conseguente riassorbimento di acqua, interrotta da brevi periodi di diarrea. La presentazione di tale sintomatologia è talmente variabile che ha portato ad una sottodivisione dei pazienti affetti da IBS a seconda presenza di dolore o discomfort e predominante alvo stitico (IBS-C), diarrea (IBS-D), gruppo misto (IBS-M) o non classificata (IBS-U, untyped). Chiaramente, l'eterogeneità della presentazione e dell'inquadramento del quadro clinico aumentano la difficoltà medica nella scelta più corretta per la gestione ed il trattamento. La diagnosi di questa patologia è sostanzialmente clinica e l'eziologia e la fisiopatologia sono ad oggi ancora poco conosciute sebbene sia evidente un'interazione fra più fattori come il microbiota intestinale, il sistema nervoso enterico ed il sistema nervoso centrale.

Si registrano studi sulle alterazioni motorie gastro-intestinali che dimostrano un indice di motilità del colon trasverso, discendente come anche del sigma, aumentata rispetto ai soggetti sani. Tali contrazioni sono associate ad un rapido transito colico ed accompagnate dal dolore addominale.

Un altro fattore determinante la sintomatologia è l'ipersensibilità viscerale, come è stato evidenziato dal test di sensibilità eseguito con palloncino intra-rettale durante la manometria ano-rettale nei pazienti con IBS che lamentavano dolore o fastidio nonostante una pressione intra-rettale costante.

Il dolore riferito dai soggetti affetti da IBS nel periodo post-prandiale è stato associato in più del 70% dei casi all'arrivo del bolo alimentare nel cieco. Viene riconosciuta una sottoclasse di IBS post-infettiva che si verifica dopo una gastroenterite acuta e che può persistere anche per anni dopo l'evento acuto. Fattori di rischio associato sono la presenza di esotossine batteriche e la durata dell'evento acuto.

Inoltre, nella patogenesi della IBS svolge un ruolo centrale il microbioma intestinale. Basti pensare che il nostro tratto gastro-intestinale ospita fra i 10¹³ e 10¹⁴ microrganismi, ovvero 10 volte il numero delle cellule umane⁷. Quando vi è uno squilibrio microbico fra commensali e patogeni si verifica la cosiddetta “disbiosi”⁸.

In base al tipo di microrganismo predominante in seguito alla disbiosi cambia il neurotrasmettitore che viene secreto maggiormente. Ad esempio, l'aumentata produzione di istamina, da parte di batteri come *E. coli* o *Klebsiella*, comporta un aumento della permeabilità intestinale mentre quello della serotonina (5-HT) ed in particolare del suo precursore, il triptofano, prodotto da *Streptococchi*, *Enterococchi* o *Enterobacteriaceae*, può provocare anche una ipersensibilità viscerale. Altri agenti il cui livello è alterato durante la disbiosi sono il GABA, gli acidi grassi a catena corta, la vitamina B6 o gli acidi biliari.

I pazienti affetti da IBS mostrano spesso un'iperproliferazione batterica dell'intestino tenue (Small Intestinal Bacterial Overgrowth, SIBO) da parte di batteri del colon ($\geq 10^3$ unità formanti colonie per millilitro (CFU/mL) di aspirato digiunale mediante coltura⁹, con *Klebsiella*, *Escherichia coli* o *Pseudomonas Aeruginosa*. Alcune delle conseguenze sono rappresentate dall'aumento della permeabilità intestinale e dalla riduzione della peristalsi. Tale iperproliferazione può essere diagnosticata mediante l'analisi del test del respiro.

Come precedentemente sottolineato, lo stress e i fattori psicologici sono frequentemente associati alla esacerbazione della sintomatologia da IBS. Nell'80% dei pazienti vengono inoltre segnalate delle comorbidità psichiatriche come sindrome ansioso-depressiva, stati di panico o fobie sociali¹⁰. Tali alterazioni spesso persistono anche in seguito all'esclusione dei fattori psicologici come lo stress.

Infine, la sindrome si associa nel 20% dei casi con altri disturbi funzionali gastrointestinali, come dispepsia, reflusso gastro-esofageo o dissinergia del pavimento¹¹, o di pertinenza uroginecologica come disfunzioni sessuali, dolore pelvico cronico e fibromialgia¹².

La strategia di trattamento dell'IBS dipende dalla gravità della patologia. Spesso il trattamento è di competenza del medico di base senza difficoltà psicosociali.

Sicuramente una relazione medico-paziente positiva svolge un ruolo chiave nella riuscita dei trattamenti. La terapia è basata sull'educazione del paziente, le rassicurazioni in merito al fatto che, nonostante i sintomi possano sollevare preoccupazioni, la patologia in questione è totalmente benigna e non pone a rischio la vita. Inoltre, la modificazione della dieta è il primo fattore su cui agire, con un grande impatto sulla sintomatologia. Un meticoloso esame del regime alimentare seguito può portare all'individuazione di alcuni alimenti particolarmente dannosi per l'aggravamento dei sintomi (ad esempio caffè, legumi, cavoli, eccesso di fruttosio e dolcificanti artificiali). Il paziente dovrebbe quindi essere guidato nella eliminazione di tutti quegli alimenti che possano essere causa di sintomi, evitando allo stesso tempo una dieta povera di nutrienti essenziali. Una percentuale minore di pazienti presenta sintomi di intensità moderata, solitamente intermittenti e correlati ad una alterata fisiologia intestinale che si riducono con la defecazione. Agenti formanti massa possono contribuire positivamente al trattamento dell'IBS determinando un aumento della massa fecale grazie alla loro capacità di idroritenzione e di aumentare l'escrezione di batteri con le feci, incrementando anche la velocità di transito. La terapia dei casi di modesta entità comprende l'utilizzo di agenti farmacologici che agiscano sulla motilità intestinale, come antispastici ed antidiarroici e i nuovi modulatori intestinali della serotonina. Sebbene il preciso meccanismo eziologico alla base dell'IBS non sia ancora stato chiarito, la serotonina e i suoi recettori 5-HT presenti nell'apparato digerente potrebbero essere marcatamente coinvolti, giustificando infatti il ruolo degli antagonisti dei recettori 5-HT₃ nel suo trattamento. Una piccola percentuale di pazienti mantiene sintomi gravi e refrattari a qualsiasi trattamento. Tali soggetti sono generalmente gestiti in centri specialistici e frequentemente accusano dolore costante e difficoltà psicosociali. Questo gruppo giova maggiormente di farmaci antidepressivi e altre terapie psicologiche^{2,13}.

Sindrome da Resezione Anteriore del Retto

Il termine “Sindrome da resezione anteriore del retto” (**Low anterior resection syndrome, LARS**) descrive una “alterazione dell'alvo in seguito ad una resezione del retto che porta ad un peggioramento della qualità della vita”. Nonostante possa risultare pragmatica, questa definizione riesce a comprendere un vasto spettro di sintomi associati a tale patologia¹⁴.

Il trattamento di prima linea del cancro del retto attualmente prevede, grazie anche all'utilizzo di terapie neoadiuvanti, una resezione chirurgica mininvasiva (laparoscopica o robotica) o laparotomica che preservi il complesso sfinteriale anale, garantendo comunque la radicalità oncologica, con confezionamento o meno di una ileostomia di protezione. Tuttavia, tra il 50 ed il 90% dei pazienti che si sottopongono a questo tipo di intervento chirurgico, riferisce l'insorgenza più o meno grave di sintomi ascrivibili alla LARS con un impatto sulla qualità della vita talmente severo da sollevare sovente perplessità sulla scelta di eseguire una anastomosi colo-anale, spesso molto bassa che preserva la continuità intestinale ma spesso non rappresenta un beneficio per paziente. Infatti, alcuni di questi pazienti richiedono nel lungo termine il posizionamento di una colostomia terminale. Attualmente non vi sono definite indicazioni in merito ad una strategia efficace di prevenzione. Nello spettro dei sintomi che vengono riferiti rientrano l'incontinenza fecale, la stipsi, la diarrea, la ipersensibilità viscerale, la defecazione ostruita, il tenesmo, l'urgenza defecatoria, l'aumento della frequenza delle evacuazioni, il senso di defecazione incompleta, il soiling, il dolore addominale o pelvico. La Sindrome comprende uno o più di questi sintomi ed un riferito impatto negativo sulla qualità della vita, che include non solo l'attività intestinale ma anche quella sociale e sessuale. Nella maggior parte dei casi, i disturbi funzionali vengono recuperati nel primo anno dall'intervento, ma comunque si stima che una quota considerevole di pazienti, circa il 40%, continui a presentare la sintomatologia anche oltre 10 anni¹⁵.

Tra i principali fattori di rischio della LARS troviamo le terapie adjuvanti e neoadiuvanti, le resezioni rettali basse o intersfinteriche che possono creare un danno organico, l'asportazione totale del mesoretto, eventuali complicanze chirurgiche come ascessi o deiscenza anastomotica ed infine la creazione di una stomia di protezione, specie in caso di ritardata ricanalizzazione. È descritta infatti in Letteratura una Sindrome da diversione, ovvero una modifica morfologica e funzionale della parete intestinale a valle di una stomia che può causare delle sequele permanenti o difficilmente recuperabili. I segmenti intestinali a valle di una stomia di protezione sono caratterizzati dalla presenza di una disbiosi con conseguente stato infiammatorio causato dall'alterazione delle funzioni di secrezione e assorbimento della mucosa ed atrofia parietale, ipotonicità della muscolatura sfinteriale e da alterazione dei plessi sottomucosi e mioenterici del sistema nervoso autonomo. Questi ultimi spesso sono difficilmente recuperabili. Appare evidente dai recenti studi in Letteratura che la presenza di una ileostomia di protezione rappresenti

quantomeno un importante fattore predittivo della disfunzione intestinale. I principali responsabili della LARS sono dunque riassumibili in una alterata motilità colica, la disfunzione del neoretto, e quindi la mancata sostituzione del serbatoio rettale originale una volta asportato, e la disfunzione dell'apparato sfinterico. È stato dimostrato, infatti, che i pazienti sottoposti a resezione anteriore del retto abbiano un transito intestinale accelerato a causa sia della riduzione nella lunghezza del tratto intestinale, sia della denervazione locale, ma anche della aumentata risposta riflessa post-prandiale ai riflessi gastro-colico e duodeno colico¹⁶.

È possibile, inoltre, che l'asportazione del retto ed in particolare della giunzione retto-sigma rimuova il fisiologico centro di controllo distale della funzione intestinale, eliminando di fatto i fattori di inibizione afferenti. Circa un 18% dei pazienti che sono sottoposti a resezione anteriore del retto con anastomosi secondo Knight-Griffen possono riportare danni sfinteriali anche a distanza di un anno per lesioni dell'innervazione pelvica, dei muscoli sfinteriali o per sequele tardive della radioterapia che possono compromettere l'attività di continenza dell'apparato sfinterico¹⁵. La diagnosi di LARS è principalmente clinica ma alcuni esami strumentali possono essere utilizzati per valutare la risposta ai trattamenti, quali la manometria anorettale/colica, studi neurofisiologici per confermare fenomeni di denervazione, l'ecografia per dimostrare danni sfinteriali evidenti e studi radiologici o endoscopici per dimostrare alterazioni morfologiche. Alcune misure di prevenzione vengono proposte attualmente anche se non esiste alcuna evidenza di alto grado.

La riabilitazione del pavimento pelvico prima della chiusura di stomia e l'irrigazione trans-ale (TAI) eseguita sia in via profilattica sia all'esordio dei sintomi della LARS hanno dimostrato promettenti risultati funzionali^{17,18}. I trattamenti applicabili a questa condizione vanno dai più conservativi metodi di modifica dello stile di vita e della dieta, fino all'approccio chirurgico di realizzazione di una stomia terminale. Le tecniche di sostituzione sfinteriale o ricostruzione anorettale non trovano oggi largo impiego a causa delle indicazioni limitate. Attualmente esiste un programma di riabilitazione del pavimento pelvico e gestione della LARS chiamato BOREAL Programme (Bowel Rehabilitation Programme, Programma di Riabilitazione Intestinale)¹⁹ che consiste in una strategia proattiva di correzione e trattamento dei sintomi relativi alla LARS. Tale programma consiste in cinque tentativi terapeutici sequenziali, dal più conservativo alla chirurgia. Il primo tentativo prevede la gestione medica della patologia che può comprendere l'utilizzo di farmaci comunemente

utilizzati per il controllo dei sintomi da disturbo della continenza, ad esempio la loperamide. Il secondo tentativo comprende la riabilitazione del pavimento pelvico, il biofeedback e le tecniche di irrigazione colica. Nonostante gli studi in merito siano ancora limitati dalla numerosità dei pazienti arruolati, i risultati ottenuti finora sono incoraggianti; viene riportato un miglioramento della frequenza defecatoria e della severità degli episodi con un conseguente miglioramento della qualità della vita sia dopo biofeedback che dopo fisiochinesi terapia ed esercizi muscolari. La riabilitazione del pavimento pelvico è uno strumento efficace quando l'anomalia riguarda il complesso sfinteriale, mentre per i pazienti la cui problematica nasce da una disfunzione motoria colica, questi trattamenti sono insufficienti. Qui trova indicazione invece l'impiego della TAI. Il terzo tentativo proposto dal BOREAL Programme è quello che riguarda la neuromodulazione sacrale che ha dimostrato miglioramenti nella continenza fecale e nell'abilità di ritardare la defecazione in pazienti con disturbi di incontinenza o urgenza con sfinteri normali o danneggiati e scarsi risultati nella stipsi. Il quarto tentativo terapeutico è rappresentato dalla ciecostomia percutanea per via endoscopica o dalla appendicostomia secondo Malone che rimangono gli ultimi approcci percorribili prima di ricorrere ad una colostomia terminale definitiva, quinto tentativo. Complessivamente si può dire che un corretto trattamento della LARS non può prescindere da una complessiva conoscenza dei meccanismi fisiopatologici alla base della sintomatologia.

Stipsi cronica^{20,22}

Studi epidemiologici hanno mostrato che l'incidenza della stipsi cronica, definita da più di 6 mesi di sintomatologia, varia tra il 2% e il 27%, colpisce maggiormente la popolazione femminile e la sua frequenza aumenta nella popolazione anziana. Si stima ad esempio che nel solo Regno Unito i medici di medicina generale svolgano circa 0.5 milioni di visite per sintomatologia attribuibile alla stipsi cronica per anno. Nonostante l'elevata incidenza di tale disturbo funzionale, la percentuale di popolazione sintomatica che giunge all'attenzione di un centro di secondo o terzo livello viene stimata intorno allo 0.4%. Inoltre, benché soltanto una limitata porzione di pazienti con stipsi si rivolga ad un centro di secondo livello, la maggior parte di essi utilizzano abitualmente farmaci prescritti o da banco al fine di lenire la sintomatologia, ma con scarsi benefici; circa l'80% dei pazienti che giungono ad un centro specialistico riferisce che le terapie a base di lassativi non mostrano efficacia e sono insoddisfacenti. Negli Stati Uniti si stima ad esempio che centinaia di milioni

vengano spesi soltanto in farmaci lassativi ogni anno con evidente aggravio dei costi sanitari.

La stipsi cronica rientra nello spettro di patologie che tendono ad avere un grave impatto sulla qualità della vita del paziente che tuttavia, come deducibile dagli studi riportati, preferisce non rivolgersi a centri specializzati per motivi legati alla riservatezza ed alla disinformazione. Nell'ambito della stipsi cronica possiamo indentificare alcune sottocategorie come la stipsi da lento transito o il prolasso rettale associato alla sindrome da defecazione ostruita.

Stipsi da rallentato transito

La stipsi da rallentato transito (Slow transit constipation, STC) è una condizione rara predominante nelle donne adulte e caratterizzata da stipsi cronica che causa sintomi addominali quali gonfiore, meteorismo ed alvo irregolare. Tale condizione si verifica in genere a causa di una diminuzione dell'attività motoria complessiva del colon, una ridotta risposta ai riflessi gastro-colici, la disfunzione dell'attività della muscolatura liscia involontaria del colon, dei neurotrasmettitori e dell'attività delle cellule pacemaker intestinali²³.

La gestione del paziente inizia da un'anamnesi completa che includa una valutazione dei disturbi neurologici, psichiatrici ed endocrini. Una informazione fondamentale riguarda l'assunzione di farmaci al momento della visita. Inoltre, è essenziale instaurare un rapporto di fiducia e confidenza fin da subito con il paziente per poter ottenere informazioni senza sentimenti di vergogna o riservatezza. Infatti, è importante porre domande specifiche e dirette riguardanti le abitudini intestinali includendo la qualità, la quantità e la frequenza delle feci; cambiamenti nella capacità di evacuare se le feci sono dure o molli; sensazione di evacuazione incompleta, se è necessario uno sforzo per finalizzare la defecazione; la capacità di evacuare in presenza dello stimolo; il tempo necessario di evacuazione; l'uso di lassativi; la presenza di dolore o sanguinamento con la defecazione; la necessità di assistenza digitale e la presenza di eventuali masse che sporgono dall'ano. Durante la valutazione iniziale, deve essere eseguito un esame obiettivo completo, comprendente quello addominale per valutare il dolore, le masse palpabili e la presenza di un'ernia. Un esame del perineo, un esame rettale digitale e potenzialmente una proctoscopia forniscono informazioni in merito ad una eventuale problematica funzionale anale

come la contrazione paradossa del muscolo puborettale, la presenza di prolasso rettale o vaginale, la stenosi anale o la presenza di una massa. Una valutazione strumentale del transito colico fornisce informazioni utili per quanto riguarda la funzione motoria intestinale^{24,25}.

È ragionevole procedere ad un primo tentativo medico di correzione del disturbo con la sola anamnesi ed esame obiettivo. Quando le potenziali cause di stipsi cronica sono state eliminate e la terapia medica non ha portato alla risoluzione della problematica, il medico deve prendere in considerazione la possibilità di eseguire test fisiologici.

Ad esempio, uno dei possibili test è la radiografia dei tempi di transito dove il paziente tipicamente ingerisce una capsula contenente 24 marcatori radiopachi e 5 giorni dopo viene eseguita una radiografia dell'addome per valutare la progressione intestinale dei marcatori. Il risultato si considera nello spettro delle anomalie se nel colon vengono mantenuti più di cinque (>20%) marker. Un ulteriore possibile test del transito è quello della endoscopia con capsula wireless. Tramite questo dispositivo vengono registrati i valori di pH, temperatura e pressione insieme al tempo di transito intestinale. La manometria colica invece fornisce informazioni sul profilo di motilità del colon a riposo come i cambiamenti di pressione dopo i pasti o l'assunzione di farmaci. Questo esame dovrebbe essere considerato per i pazienti che non riferiscono una risposta alla terapia medica ed anche per una migliore selezione di coloro che debbono essere indirizzati alla chirurgia²⁶. Il trattamento di prima linea resta comunque conservativo tramite la somministrazione di farmaci e l'impiego di biofeedback ed irrigazione colica. Un recente studio di Dinning et al. prende in considerazione l'impiego della stimolazione nervosa sacrale, normalmente utilizzata per il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale, per indurre la propagazione di onde pressorie pancoloniche che sembrerebbero essere efficaci nell'accelerazione del transito colico. Tale terapia necessita di ulteriori studi di conferma ma appare promettente come nei Pazienti affetti da affetti da stipsi grave²⁷. Ad ogni modo, attualmente, nei casi refrattari alla terapia conservativa la colectomia subtotale con anastomosi ileo-rettale è considerata l'operazione standard per la correzione del lento transito colico. Utilizzando criteri di selezione rigorosi, le percentuali di successo complessive sono riportate come superiori all'80%^{23,28}.

Sindrome da defecazione ostruita

Sulla base di altri studi epidemiologici, almeno il 10% delle donne adulte sperimentano sintomi che rientrano nella sindrome della defecazione ostruita (SDO), con molti pazienti che riportano sequele sociali e psicologiche ed un grande impatto sulla qualità della vita. In generale circa il 50% dei pazienti che giungono ad un centro di terzo livello per sintomatologia da stipsi cronica ricevono una diagnosi di sindrome da defecazione ostruita¹⁶.

La stipsi da SDO è solitamente parte di una condizione clinica complessa e multifattoriale, frequente nelle donne multipare e caratterizzata principalmente da una difficile evacuazione. I sintomi possono comparire in presenza di diverse condizioni cliniche (es. perineo discendente, ulcera rettale solitaria, sindrome dell'intestino irritabile, rettocele, prolasso mucoso o rettale esterno e invaginazione retto-rettale o retto-anoale). La SDO può essere dovuta a cause meccaniche o disturbi funzionali. Le cause meccaniche sono legate ad anomalie morfologiche dell'ano-retto (megaretto, prolasso rettale, invaginazione retto-rettale o retto-anoale, rettocele, enterocele, neoplasie, stenosi). Le cause funzionali sono associate a disturbi neurologici e disfunzioni dei muscoli del pavimento pelvico (dissinergia, sindrome del perineo discendente, malattia di Hirschsprung). Inoltre, vi sono molti casi in cui coesistono alterazioni sia meccaniche che funzionali che talvolta confondono la sintomatologia riferita dal paziente. Infatti, l'insorgenza di SDO è frequentemente associata al prolasso degli organi pelvici (POP) che comprende uno spettro eterogeneo di anomalie anatomiche che coinvolgono la porzione pelvica anteriore (o urinaria), media (o genitale) e posteriore (o ano-rettale), compartimenti che possono essere diversamente associati tra loro. L'eziologia del POP è multifattoriale e composta da fattori genetici congeniti e acquisiti: gravidanza, multiparità, alterazioni ormonali, miopatie, neuropatie, obesità, fumo, malattie respiratorie e costipazione sono fattori di rischio per l'indebolimento degli organi pelvici. Come dimostrato in Letteratura, alcuni di questi fattori possono alterare la composizione molecolare dei tessuti del pavimento pelvico, con effetti sulla quantità e sulla struttura del collagene, dell'elastina e dei muscoli del compartimento urogenitale. Il tessuto di supporto del pavimento pelvico mostra una ridotta quantità di collagene dando in particolare un'alterazione del rapporto collagene I a III che viene spostato verso le fibre di collagene di tipo III. Ciò si traduce in una maggiore flessibilità, elasticità e diminuzione della resistenza alla trazione, insieme a una diminuzione

dei livelli di elastina, che molto probabilmente contribuiscono alla progressione del POP. Tuttavia, circa il 30% dei pazienti con POP non presenta alcuna evidenza di tali fattori di rischio. Di conseguenza, il progressivo indebolimento e la perdita di supporto nel compartimento medio associato al POP hanno portato i chirurghi coloretali a sviluppare diverse strategie chirurgiche alla ricerca di migliori risultati funzionali.

Naturalmente, le anomalie anatomiche che coinvolgono il pavimento pelvico possono avere molte conseguenze funzionali sui tre compartimenti. Le maggiori sono il prolasso rettale, la disfunzione sessuale e l'incontinenza o ritenzione urinaria. Nel 2003 è stato introdotto il concetto di SDO come "sindrome dell'iceberg" in cui la parte sommersa, rappresentata dalle patologie occulte, potrebbe essere la causa del tasso di recidiva dopo trattamento medico o chirurgico. Infatti, i pazienti stitici vengono solitamente valutati per la classificazione dei sintomi e non per malattie associate alla sintomatologia²⁹.

Tuttavia, esistono lesioni occulte sottostanti, come la dissinergia del pavimento pelvico, che sono spesso trascurate e possono essere la causa del fallimento del trattamento chirurgico o la recidiva dei sintomi. Queste patologie occulte sono rappresentate frequentemente da rettocele, ovvero una erniazione della parete anteriore del retto sulla parete vaginale posteriore, dal prolasso rettale interno, definito come un'intussuscezione endoluminale di parte o dell'intera parete rettale, senza alcuna exteriorizzazione visibile a livello dell'ano, o dal prolasso rettale esterno. Nel caso del rettocele le feci si accumulano nella "tasca" creatasi con successiva evacuazione incompleta. Questo processo si riflette in un riferito svuotamento non soddisfacente, evacuazioni frammentarie e ripetute, soiling e la necessità di contribuire manualmente allo svuotamento fecale.

Come per le patologie funzionali trattate precedentemente, l'inquadramento della sindrome da defecazione ostruita necessita di un attento e prolungato colloquio con il/la paziente e della instaurazione di un rapporto di fiducia e confidenza medico-paziente. Infatti, l'anamnesi, la storia clinica, l'uso di farmaci, lo stile di vita e le abitudini connesse alla evacuazione sono il primo passo fondamentale per l'inquadramento della patologia. In seguito, alcune indagini strumentali hanno un ruolo altrettanto importante per la valutazione della gravità della patologia e la scelta del trattamento più appropriato. In particolare, l'ecografia endoanale, la

manometria anorettale, gli studi elettrofisiologici e l'imaging come la radiografia dei tempi di transito o lo studio funzionale dell'evacuazione tramite la defecografia o defeco-risonanza magnetica, sono gli strumenti più utilizzati.

Generalmente, la prima linea del trattamento dei disturbi funzionale prevede interventi conservativi non farmacologici, seguiti da interventi farmacologici se i precedenti falliscono o sono insufficienti. Tuttavia, non esiste un algoritmo standardizzato formale sul corretto iter terapeutico da intraprendere. Gli interventi non farmacologici consistono sostanzialmente nella modifica dello stile di vita, delle abitudini alimentari e delle abitudini correlate all'evacuazione (come il tempo o l'eccessivo sforzo con pressioni intra-addominali aumentate). Si consiglia di aumentare l'assunzione di fibre alimentari e di acqua e di aumentare l'attività fisica leggera. Si ritiene generalmente che tali modifiche abbiano pochi effetti collaterali; tuttavia, le diete ricche di fibre possono causare gonfiore addominale o flatulenza. Per quanto riguarda invece gli interventi farmacologici, questi includono farmaci quali lubrificanti, agenti formanti massa, lassativi osmotici, lassativi stimolanti, emollienti delle feci, clisteri e supposte. Le fibre medicinali come lo psillio e i polimeri sintetici, come il calcio policarbofilo o la metilcellulosa sono classificate in interventi farmacologici, mentre le fibre alimentari tra quelle non farmacologiche. La fisiochinesiterapia del pavimento pelvico ed il biofeedback, che è una tecnica volta ad insegnare ai pazienti l'autoregolazione di alcuni processi fisiologici che normalmente non rientrano nel controllo volontario, viene suggerito di consuetudine³⁰.

I pazienti refrattari al trattamento medico vengono candidati alla chirurgia. La tendenza attuale è quella di personalizzare e modellare il trattamento chirurgico sul paziente al fine di ottimizzare le indicazioni e, di conseguenza, il risultato. È per tale motivo che ad oggi non è ancora stata riconosciuta una tecnica univoca di correzione della SDO o del più frequente prolasso rettale esterno. Quattro approcci principali sono descritti in Letteratura: trans-vaginale, trans-perineale, trans- anale e trans-addominale³¹⁻³⁵.

Impatto psicologico della patologia funzionale e comunicazione Medico-Paziente

La soglia del dolore e quella sensoriale sono spesso alterate da fattori psicologici e dallo stress. Spesso la popolazione affetta da disturbi funzionali gastroenterologici

soffre anche di problematiche psicologiche quali depressione o ansia. È stata segnalata in Letteratura un'associazione tra precedenti abusi sessuali o maltrattamenti (fino al 50% della popolazione) e i disturbi funzionali dell'alvo; tuttavia, soltanto il 10% di questa popolazione tende a dichiararlo alla visita con il medico. La presenza dei disturbi psicologici sembrerebbe inoltre avere un impatto prognostico negativo sull'esito della chirurgia nei pazienti refrattari alla terapia medica. In un lavoro condotto da Milacca e colleghi tramite l'utilizzo di un test chiamato "draw the family test" ovvero "test del disegno della famiglia" emerge la necessità di introdurre la figura di un consulente psicologico nei pazienti affetti da patologia proctologica [36]. Tale figura potrebbe essere fondamentale per l'identificazione di quei pazienti che potrebbero giovare effettivamente di un approccio chirurgico e coloro che invece potrebbero presentarsi come più a rischio di recidiva a causa della tendenza a somatizzare lo stress psicologico. Il ruolo dell'impatto psicologico come fattore eziologico sulla patologia organica e funzionale gastroenterologica e proctologica è tutt'oggi argomento di ricerca e di dibattito. È infatti già dimostrato che i fattori psicologici abbiano un effetto negativo sulla funzione immunitaria sia aumentando le citochine pro infiammatorie ed i livelli di ormone adrenocorticotropo (ACTH), sia causando una depressione della risposta immunitaria e cellulare. Uno studio di Ciotti et al. suggerisce inoltre una partecipazione dello stato emotivo nella patogenesi della fistola anale, dove circa l'83% della popolazione riferiva di aver vissuto un evento psicologico negativo (divorzio, difficoltà economiche, perdita del lavoro, malattia di un familiare) nell'anno precedente la diagnosi, contro un 22% del gruppo di controllo affetto da patologia emorroidaria³⁷. Ulteriori studi in Letteratura hanno analizzato i tratti della personalità secondo il modello del Big Five³⁸ correlandolo alla patologia proctologica, in particolare nello studio caso-controllo di Paloma Luri-Prieto viene indagata la associazione tra ragade anale e i tratti della personalità. I Big Five dividono i tratti della personalità in cinque dimensioni: nevroticismo, estroversione, apertura all'esperienza, gradevolezza e coscienziosità. Lo studio dimostra che nei pazienti affetti da ragade anale il livello di nevroticismo sia maggiore mentre l'apertura all'esperienza e la coscienziosità siano manchevoli. Nonostante le limitazioni dello studio, questi risultati suggeriscono di implementare il trattamento multidisciplinare di tali patologie considerando anche la gestione psicologica del paziente³⁹.

Sfortunatamente, ancora oggi la comunicazione con il Paziente in merito alle patologie funzionali dell'apparato gastrointestinale è carente. Uno dei motivi

principi che giustificano tale realtà è la disinformazione. Il paziente, infatti, tratta con riluttanza e imbarazzo l'argomento e tende a nascondere e negarlo il più possibile. Un'anamnesi accurata dovrebbe infatti iniziare con l'instaurarsi di un rapporto di fiducia e confidenza con il paziente che dovrebbe essere accompagnato nella ricerca ed eviscerazione delle informazioni utili all'inquadramento della patologia senza barriere dovute alla vergogna o all'imbarazzo. Studi riportano che circa il 40% dei Pazienti affetti da incontinenza fecale non ha discusso della sintomatologia né con un professionista sanitario né con un familiare. Frequentemente durante la visita, il Paziente riferisce di non averne mai parlato prima per vergogna, ma anche perché non ha ritenuto che tale condizione potesse essere comune o rappresentasse una patologia⁴⁰. Sovente, le donne affette da prolasso rettale esterno tendono a non menzionare le problematiche relative alla sfera sessuale ed associate a tale patologia e, a volte, rifiutano il dialogo in sede di visita. La comunicazione e l'informazione del paziente sono pertanto essenziali. Tradizionalmente, il rapporto medico-paziente è sempre stato strutturato come un processo a senso unico in cui la conoscenza appartiene al medico e fluisce passivamente al paziente. Recentemente, il rapporto si sta modificando verso una "partecipazione reciproca" ed un libero flusso di informazioni in entrambe le direzioni.

In uno studio degli anni '90, Tickle-Degnen e Rosenthal⁴¹ hanno riportato una maggiore soddisfazione del paziente quando quest'ultimo riferiva di aver ricevuto molte informazioni e risposte alle proprie domande e ciò veniva associato a livelli più elevati di compliance al trattamento. Una comunicazione corretta medico-paziente dovrebbe essere focalizzata sulla fiducia e sulla collaborazione per raggiungere l'obiettivo reciproco di una migliore qualità della vita per il paziente.

Le patologie funzionali gastroenterologiche, di norma, godono come prima linea di trattamenti conservativi, ad esempio la riabilitazione del pavimento pelvico, una dieta modificata, la terapia orale, la neurostimolazione sacrale e l'irrigazione transanale. Tuttavia, l'efficacia di tali trattamenti è basata principalmente sulla corretta indicazione ed esecuzione e sulla compliance del Paziente. È pertanto chiaro che l'instaurarsi di un rapporto positivo e di collaborazione tra personale sanitario e paziente è un punto chiave per il successo terapeutico delle patologie funzionali⁴².

BIBLIOGRAFIA

- 1.Harrison. Principi di medicina interna - diciottesima edizione, 2014 di Dan L. Longo, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser
- 2.Anatomia umana - G.Goglià – Piccin nuova libreria, 1999
- 3.Massironi S, Cavalcoli F, Rausa E, Invernizzi P, Braga M, Vecchi M. Understanding short bowel syndrome: Current status and future perspectives. *Dig Liver Dis.* 2020 Mar;52(3):253-261. doi: 10.1016/j.dld.2019.11.013.
- 4.Burch J. Nutrition and the ostomate: input, output and absorption. *Br J Community Nurs.* 2006 Aug;11(8):349-51. doi: 10.12968/bjcn.2006.11.8.21669. PMID: 17044249.
- 5.Pucciani F, Trafeli M. Sampling reflex: pathogenic role in functional defecation disorder. *Tech Coloproctol.* 2021 May;25(5):521-530. doi: 10.1007/s10151-020-02393-5
- 6.Horwitz BJ, Fisher RS. The irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 2001; 344: 1846-1850 DOI: 10.1056/NEJM200106143442407
- 7.Dinan, T. G., & Cryan, J. F. (2012). Regulation of the stress response by the gut microbiota: Implications for psychoneuroendocrinology. *Psychoneuroendocrinology*, 37, 1369-1378.doi:10.1016/j.psyneuen.2012.03.007
- 8.Simrén M, Barbara G, Flint HJ, Spiegel BM, Spiller RC, Vanner S, Verdu EF, Whorwell PJ, Zoetendal EG; Rome Foundation Committee. Intestinal microbiota in functional bowel disorders: a Rome foundation report. *Gut.* 2013 Jan;62(1):159-76. doi: 10.1136/gutjnl-2012-302167
- 9.Pimentel M, Saad RJ, Long MD, Rao SSC. ACG Clinical Guideline: Small Intestinal Bacterial Overgrowth. *Am J Gastroenterol* (2020) 115:165–78. doi: 10.14309/ajg.0000000000000501
- 10.Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P. Irritable bowel syndrome: relations with functional, mental, and somatoform disorders. *World J Gastroenterol.* 2014 May 28;20(20):6024-30. doi: 10.3748/wjg.v20.i20.6024
- 11.Ford AC, Bercik P, Morgan DG, Bolino C, Pintos-Sanchez MI, Moayyedi P. Characteristics of functional bowel disorder patients: a cross-sectional survey using the Rome III criteria. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014 Feb;39(3):312-21. doi: 10.1111/apt.12573. Epub 2013 Dec 5. PMID: 24308816.
- 12.Whitehead WE, Palsson OS, Levy RR, Feld AD, Turner M, Von Korff M. Comorbidity in irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2007 Dec;102(12):2767-76. doi: 10.1111/j.1572-0241.2007.01540.x
- 13.Layer P. Management of irritable bowel syndrome with constipation: a flexible approach to treating a complex condition with multiple symptoms. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2013 Jul;7(5 Suppl 1):9-14. doi: 10.1586/17474124.2013.820049
- 14.Keane C, Fearnhead NS, Bordeianou L, Christensen P, Espin Basany E, Laurberg S, Mellgren A, Messick C, Orangio GR, Verjee A, Wing K, Bissett I; LARS International Collaborative Group. International consensus definition of low anterior resection syndrome. *Colorectal Dis.* 2020 Mar;22(3):331-341. doi: 10.1111/codi.14957. Epub 2020 Feb 10. PMID: 32037685.
- 15.Annicchiarico A, Martellucci J, Solari S, Scheiterle M, Bergamini C, Prosperi P. Low anterior resection syndrome: can it be prevented? *Int J Colorectal Dis.* 2021 Dec;36(12):2535-2552. doi: 10.1007/s00384-021-04008-3
- 16.Chirurgia colonproctologica e pelviperineale – a cura di Adolfo Renzi, Leonardo Lenisa, Paolo Boccasanta, Francesco Crafa – Piccin, 2018
- 17.Rosen HR, Boedecker C, Fürst A, Krämer G, Hebenstreit J, Kneist W. “Prophylactic” transanal irrigation (TAI) to prevent symptoms of low anterior resection syndrome (LARS) after rectal resection: results at 12-month follow-up of a controlled randomized multicenter trial. *Tech Coloproctol.* 2020 Dec;24(12):1247-1253. doi: 10.1007/s10151-020-02261-2
- 18.van der Heijden JAG, Kalkdijk-Dijkstra AJ, Pierie JPEN, van Westreenen HL, Broens PMA, Klarenbeek BR. Pelvic Floor Rehabilitation After Rectal Cancer Surgery: A Multicentre Randomised Clinical Trial (FORCE Trial). *Ann Surg.* 2021 Dec 28. doi: 10.1097/SLA.0000000000005353
- 19.Harji D, Fernandez B, Boissieras L, Berger A, Capdepon M, Zerbib F, Rullier E, Denost Q. A novel bowel rehabilitation programme after total mesorectal excision for rectal cancer: the BOREAL pilot study. *Colorectal Dis.* 2021 Oct;23(10):2619-2626. doi: 10.1111/codi.15812
- 20.Shafe AC, Lee S, Dalrymple JS, Whorwell PJ. The LUCK study: Laxative Usage in patients with GP-diagnosed Constipation

- in the UK, within the general population and in pregnancy. An epidemiological study using the General Practice Research Database (GPRD). *Therap Adv Gastroenterol.* 2011 Nov;4(6):343-63. doi: 10.1177/1756283X11417483
21. Varma MG, Hart SL, Brown JS, Creasman JM, Van Den Eeden SK, Thom DH. Obstructive defecation in middle-aged women. *Dig Dis Sci.* 2008 Oct;53(10):2702-9. doi: 10.1007/s10620-008-0226-x
22. Sanchez MI, Bercik P. Epidemiology and burden of chronic constipation. *Can J Gastroenterol.* 2011 Oct;25 Suppl B(Suppl B):11B-15B. doi: 10.1155/2011/974573
23. Rao SS, Rattanakit K, Patcharatrakul T. Diagnosis and management of chronic constipation in adults. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016 May;13(5):295-305. doi: 10.1038/nrgastro.2016.53
24. Tillou J, Poylin V. Functional Disorders: Slow-Transit Constipation. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017 Feb;30(1):76-86. doi: 10.1055/s-0036-1593436
25. Knowles CH, Scott SM, Lunniss PJ. Slow transit constipation: a disorder of pelvic autonomic nerves? *Dig Dis Sci.* 2001 Feb;46(2):389-401. doi: 10.1023/a:1005665218647
26. Bharucha AE, Lacy BE. Mechanisms, Evaluation, and Management of Chronic Constipation. *Gastroenterology.* 2020 Apr;158(5):1232-1249.e3. doi: 10.1053/j.gastro.2019.12.034
27. Dinning PG, Fuentelba SE, Kennedy ML, Lubowski DZ, Cook IJ. Sacral nerve stimulation induces pan-colonic propagating pressure waves and increases defecation frequency in patients with slow-transit constipation. *Colorectal Dis.* 2007 Feb;9(2):123-32. doi: 10.1111/j.1463-1318.2006.01096.x
28. Glia A, Akerlund JE, Lindberg G. Outcome of colectomy for slow-transit constipation in relation to presence of small-bowel dysmotility. *Dis Colon Rectum.* 2004 Jan;47(1):96-102. doi: 10.1007/s10350-003-0016-7
29. Pescatori M, Spyrou M, Pulvirenti d'Urso A. A prospective evaluation of occult disorders in obstructed defecation using the 'iceberg diagram'. *Colorectal Dis.* 2006 Nov;8(9):785-9. doi: 10.1111/j.1463-1318.2006.01138.x
30. Bocchini R, Chiarioni G, Corazziari E, Pucciani F, Torresan F, Alduini P, Bassotti G, Battaglia E, Ferrarini F, Galeazzi F, Londoni C, Rossitti P, Usai Satta P, Iona L, Marchi S, Milazzo G, Altomare DF, Barbera R, Bove A, Calcara C, D'Alba L, De Bona M, Goffredo F, Manfredi G, Naldini G, Neri MC, Turco L, La Torre F, D'Urso AP, Berni I, Balestri MA, Busin N, Boemo C, Bellini M. Pelvic floor rehabilitation for defecation disorders. *Tech Coloproctol.* 2019 Feb;23(2):101-115. doi: 10.1007/s10151-018-1921-z
31. Grossi U, Horrocks EJ, Mason J, Knowles CH, Williams AB; NIHR CapaCiTY working group; Pelvic floor Society. Surgery for constipation: systematic review and practice recommendations: Results IV: Recto-vaginal reinforcement procedures. *Colorectal Dis.* 2017 Sep;19 Suppl 3:73-91. doi: 10.1111/codi.13781
32. Portier G, Iovino F, Lazorthes F. Surgery for rectal prolapse: Orr-Loygue ventral rectopexy with limited dissection prevents postoperative-induced constipation without increasing recurrence. *Dis Colon Rectum.* 2006 Aug;49(8):1136-40. doi: 10.1007/s10350-006-0616-0
33. Schwandner O, Stuto A, Jayne D, Lenisa L, Pigot F, Tuech JJ, Scherer R, Nugent K, Corbisier F, Basany EE, Hetzer FH. Decision-making algorithm for the STARR procedure in obstructed defecation syndrome: position statement of the group of STARR Pioneers. *Surg Innov.* 2008 Jun;15(2):105-9. doi: 10.1177/1553350608316684
34. Emile SH, Elfeki HA, Youssef M, Farid M, Wexner SD. Abdominal rectopexy for the treatment of internal rectal prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Colorectal Dis.* 2017 Jan;19(1):O13-O24. doi: 10.1111/codi.13574
35. Gallo G, Clerico G, Realis Luc A, Trompetto M. A step-by-step approach to endorectal proctopexy (ERPP): how we do it. *Tech Coloproctol.* 2021 Jul;25(7):879-886. doi: 10.1007/s10151-021-02467-y
36. Miliacca C, Gagliardi G, Pescatori M. The 'Draw-the-Family Test' in the preoperative assessment of patients with anorectal diseases and psychological distress: a prospective controlled study. *Colorectal Dis.* 2010 Aug;12(8):792-8. doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.01985.x. Epub 2009 Jun 30. PMID: 19570066.
37. Cioli VM, Gagliardi G, Pescatori M. Psychological stress in patients with anal fistula. *Int J Colorectal Dis.* 2015 Aug;30(8):1123-9. doi: 10.1007/s00384-015-2245-3
38. McCrae RR, Costa PT Jr. Personality trait structure as a human universal. *Am Psychol.* 1997 May;52(5):509-16. doi: 10.1037//0003-066x.52.5.509

- 39.Luri-Prieto P, Candela-Gomis A, Palazón-Bru A, Navarro-Cremades F, Gil-Guillén VF, Compañ-Rosique AF. Impact of Anal Fissure on Neuroticism, Extraversion, Openness to Experience, Agreeableness, and Conscientiousness: A Case-Control Study. *Visc Med.* 2021 Mar;37(2):128-133. doi: 10.1159/000507382
- 40.Meyer I, Richter HE. Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. *Womens Health (Lond).* 2015 Mar;11(2):225-38. doi: 10.2217/whe.14.66
- 41.Tickle-Degnen L, Rosenthal R. The Nature of Rapport and its Nonverbal Correlates. *Psychological Inquiry* 1990; 1(4)285-293
- 42.Gallo G, Graziani S, Luc AR, Clerico G, Trompetto M. Teaching TransAnal Irrigation (TAI): why it is mandatory. *Tech Coloproctol.* 2018 Mar;22(3):239-241. doi: 10.1007/s10151-018-1768-3

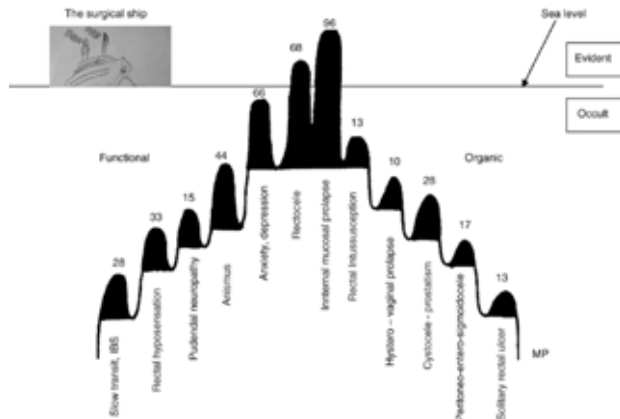


Fig. 1 Diagramma dell'Iceberg. Analisi di 100 pazienti con Sindrome da Ostruita Defecazione. Ogni paziente ha più di una patologia.

Da Pescatori M, Spyrou M, Pulvirenti d'Urso A. A prospective evaluation of occult disorders in obstructed defecation using the 'iceberg diagram'. *Colorectal Dis.* 2006 Nov;8(9):785-9. doi: 10.1111/j.1463-1318.2006.01138.x

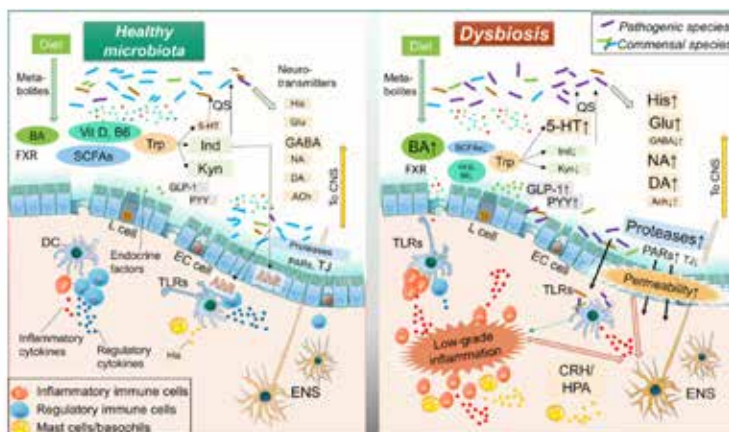


Fig. 2 Meccanismo della Disbiosi Intestinale

Da Mishima Y, Ishihara S. Molecular Mechanisms of Microbiota-Mediated Pathology in Irritable Bowel Syndrome. *Int J Mol Sci.* 2020 Nov 17;21(22):8664. doi: 10.3390/ijms21228664

Mechanisms of dysbiosis-mediated intestinal dysfunction in IBS. In dysbiosis related to IBS, both the quality and quantity of microbial metabolites (BA, SCFAs, Vit D, B6, Trp-related), neurotransmitters (His, Glu, GABA, NA, DA, ACh), compounds (TLR ligands), neuroendocrine factors (GLP-1, PYY), and proteases are significantly altered as compared with those in a healthy condition. In addition, activated 5-HT with weakened Ind and Kyn signaling can be observed in the Trp pathway. These alternations potentially increase mucosal permeability, while microbial products (TLR ligands, etc.) or antigens can easily penetrate into sub-mucosal areas and stimulate immune cells, thus inducing low-grade inflammation. Prolonged mucosal inflammation and some microbial products directly or indirectly influence ENS and CNS functions through CRH/HPA, GI motility alteration, and hypersensitivity as part of the pathogenesis of IBS. BA, bile acids; SCFA, short-chain fatty acids; Vit, vitamin; Trp, tryptophan; QS, quorum sensing; 5-HT, 5-hydroxytryptamine; Ind, indole; Kyn, kynurenine; His, histamine; Glu, glutamine; GABA, γ -aminobutyric acid; NA, noradrenaline; DA, dopamine; ACh, acetylcholine; GLP-1, glucagon-like peptide-1; PYY, Peptide YY; AhR, aryl hydrocarbon receptor; PARs, protease activated receptors; TJ, tight junction; TLRs, toll-like receptors; EC cells, enterochromaffin cells; CRH/HPA, corticotropin-releasing hormone/hypothalamic-pituitary-adrenal axis; ENS; enteric nervous system; CNS; central nervous system.

2.10 GLI INTERVENTI CHIRURGICI E LE DIVERSE TECNICHE CHE COMPORTANO L'ISTITUZIONE DI UNA STOMIA



MICHELE SIMONE - MICHELE GRASSO
ASL Bari – Ospedale “Di Venere”

Abstract

Con il termine stomia intendiamo un atto chirurgico volto a mettere in comunicazione l'apparato digerente o urinario attraverso una breccia sulla parete addominale anteriore. Spesso quest'intervento viene eseguito a scopo preventivo o di necessità. E' fondamentale ricordare che la stomia non riduce l'aspettativa di vita, anzi ne permette una rapida ripresa.

Distinguiamo le enterostomie in Colostomie, ileostomie e Pouch

Per Colostomia definiamo il confezionamento di una comunicazione tra il colon (traversostomia, sigmoidostomia e ciecostomia) con la cute, determinando una deviazione delle feci e quindi del transito intestinale. La colostomia può essere terminale o laterale.

Per terminale intendiamo un solo lume, per laterale, spesso eseguito su bacchetta rigida per evitare erniazione dello stoma, formata da due lumi uno afferente e uno efferente. Questa può essere di può temporaneo o definitivo.

L'ileostomia è quella condizione chirurgica in cui viene abboccato alla cute l'intestino tenue. Tale procedura viene eseguita al fine di evitare il transito intestinale in sede colica o quando è stato asportato tutto l'intestino colico (Esempio pazienti con retto colite ulcerosa trattati con colectomia totale).

Il contenuto intestinale delle ileostomie è molto liquido e il paziente tende a disidratarsi e ad avere alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico. Quindi spesso questi pazienti necessitano di eseguire controlli ematici seriati per evitare queste

complicanze.

Con la definizione stomia, termine di origine greca, definiamo “apertura” o “bocca” e rappresenta il risultato di un intervento chirurgico che determina “l’abboccamento” di un tratto dell’intestino o delle vie urinarie alla cute consentendone la fuoriuscita all’esterno di materiale organico feci e/o urine.

Il confezionamento di una stomia rappresenta, in molti casi, l’unico modo per sopravvivere ad una malattia o ad un incidente. Questa soluzione anche se compromette le funzioni fisiologiche, permette l’allontanamento immediato ed efficace dei problemi che gravano sullo stato di salute del paziente.

La stomia deve essere considerata come un nuovo organo annesso al corpo e come tale deve essere gestita e curata, senza traumi. La gestione della stomia se è ottimale consente una vita sociale e di relazione del tutto normale e spesso consente di riacquistare la salute.

CLASSIFICAZIONE DELLE STOMIE:

Possiamo avere diversi criteri di classificazione delle stomie considerando le funzioni; il tipo di confezionamento; la durata e lo scopo finale che si vuole ottenere.

Per funzionale si intende la possibilità o meno di escludere un tratto a valle, per consentire ad esempio la cicatrizzazione di una anastomosi, si parla di stomie di protezione.

In base al tipo di confezionamento si parla di:

Stomie terminali, il viscere viene direttamente esposto all’esterno interrompendo la continuità con la porzione del viscere a valle.

Stomie laterali o dette “a canna di fucile” il moncone afferente ed efferente vengono suturati alla cute, mentre le pareti posteriori delle anse interessate vengono fissate insieme per mantenere le due anse parallele e fisse.

In base alla durata si distinguono:

Stomie temporanee: sono quelle definite di “protezione” dove il transito verrà ripristinato dopo aver risolto la causa che l’ha imposto; è di fondamentale importanza mantenere i meccanismi di continenza funzionali integri.

Stomie Definitive: nel caso in cui il tratto intestinale o urinario non viene più

ripristinato; quindi, risulta permanente per tutta la durata vita dell'individuo.
In base allo scopo si classificano in:

Stomie palliative: Con scopo di decompressione ed evacuativo (tumori inoperabili).

Stomie di necessità: Negli interventi in cui occorre asportare il tratto terminale dell'intestino ed è quindi necessario il confezionamento di una breccia evacuativa a monte.

Stomie di protezione: il tratto intestinale a valle della stomia si protegge evitandone il transito fecale o urinario e quindi favorendone i processi di cicatrizzazione dell'anastomosi.

Possiamo classificare per grandi linee le principali condizioni cliniche nelle quali il chirurgo ha necessità di eseguire una stomia, di seguito un elenco con le principali patologie:

- Rettocolite Ulcerosa;
- Morbo Di Crohn;
- Traumi Addominali;
- Tumori Maligni Del Colon-Retto;
- Diverticolite;
- Infarto Intestinale;
- Occlusione Intestinale;
- Megacolon e Megacolon Tossico;
- Carcinosi Peritoneale;
- Incontinenza Fecale Grave.

Confezionamento chirurgico delle stomie

Confezionare e posizionare in modo chirurgico corretto una stomia, non è semplice, richiede la necessità e la capacità di rispettare alcuni principi.

Sicuramente è di fondamentale importanza capire dove eseguire la resezione rispettando la vascularizzazione del segmento intestinale coinvolto, inoltre le anse deputate a formare lo stoma non devono essere in trazione o sotto tensione alcuna quando vengono esteriorizzate, per questo è di fondamentale importanza eseguire in fase preoperatoria il disegno pre-stomale evitando le complicanze della gestione.

Confezionamento di ileostomia secondo Brooke

Il confezionamento di una ileostomia terminale sec. Brooke è senz'altro molto più complesso della realizzazione di una colostomia terminale, questo perché il contenuto ileale è molto liquido rispetto al contenuto colico e determina la necessità di realizzare una maggiore protrusione ed eversione dell'ilo al fine di evitarne alterazioni funzionali e vascolari ed eventuale irritazione peri-stomiale legata alla fuoriuscita di liquidi enterici.

Si realizza exteriorizzando il tenue eseguendo un orifizio trans-muscolare a livello del muscolo retto. Si exteriorizza l'ansa con il suo meso per circa 4-5 cm dalla superficie cutanea. Si eseguono dei punti staccati sui punti cardinali, dalla sierosa del viscere alla fascia addominale, per evitare erniazioni o incarcerationamento d'ansa e successivamente si capovolge la parete del tenue per poi fissarla alla cute a punti staccati, partendo dai punti cardinali e poi a metà tra essi.

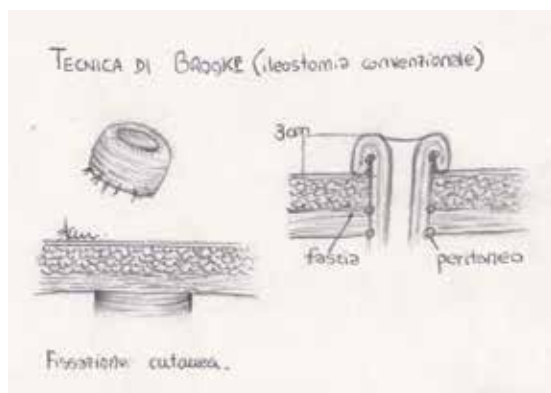


Fig. 1 Tecnica di Brook

Ileostomia laterale

Il confezionamento di una ileostomia laterale avviene senza realizzare un'interruzione effettiva della continuità intestinale, essa presenta due orifizi uno afferente e uno efferente.

Tale procedura si realizza applicando una bacchetta tra le due anse, con esclusione del moncone efferente e con un abboccamento e ribaltamento di quello a monte (afferente), questo permette di facilitare la gestione della stessa stomia.

La stomia laterale si realizza quando si vuole proteggere una anastomosi a valle, escludendo il tratto di intestino, in genere va eseguita come protezione (stomia di protezione) esempio: nella resezione del retto ultra-bassa con anastomosi colon anali o colon rettali ultra-basse.

La realizzazione di una ileostomia laterale (temporanea) permette di ottenere una deviazione del transito intestinale a monte e a valle del tratto interessato. Inoltre, la sua corretta formazione permette di ottenere uno stoma rotondeggiante che consente una migliore applicazione della placca da ileostomia, questo garantisce una maggiore tenuta del presidio che viene applicato.

Possiamo inoltre studiare il tratto a valle dello stomia in modo da valutare eventuali lesioni del viscere escluso.

La chiusura di una ileostomia laterale è molto più semplice con una piccola incisione peristomale senza eseguire una laparotomia

Occorre tenere presente che in alcuni particolari momenti per il confezionamento di un'ileostomia è importante individuare in modo corretto dove far passare la bacchetta, a livello del meso.

La bacchetta può essere posta direttamente sulla cute del paziente e non deve avere molta trazione sul meso perché potrebbe sanguinare o lesionare le anse. La rimozione va eseguita tra la XII e la XV giornata post-operatoria per evitare decubito. A volte viene posizionata nel sottocute al di sopra del muscolo obliquo esterno e va fissata ai punti cardinali e rimossa solo al momento della chiusura dello stoma.

Ricordiamo che l'apertura della parete del tenue deve essere eseguita sul margine anti-mesenterico a livello della sua metà e non sull'apice e non deve interessare più della metà dell'ansa intestinale fissandola alla parte sierosa e sulla fascia addominale ai punti cardinali.

Le ileostomie semplici, senza eversione della mucosa si devono realizzare quando risulta difficile esteriorizzarle come presenza di un mesentere corto o infiammazione ileale, negli altri casi sarebbe opportuno applicare dei punti in sede del margine ileale e fissarlo alla cute seguendo i punti cardinali.

In alcuni casi le ileostomie terminali possono trasformarsi in definitive con la chiusura dell'ansa distale in modo manuale o con suturatrice meccanica



Fig. 2 Ileostomia terminale



Fig. 3 Ileostomia su bacchetta

Colostomie

Le colostomie vengono distinte in colostomie terminali e colostomie a doppio lume.

Per Colostomia terminale intendiamo un orifizio artificiale di un tratto del colon che viene realizzato eseguendo un abboccamento del colon alla parete addominale dopo la sua sezione.

Il moncone colico a monte viene portato fuori dalla parete addominale e suturato

(vedi fig.1). Il moncone a valle, escluso dal transito intestinale, viene chiuso con sutura meccanica o sutura diretta realizzando un fondo cieco e collocato nella cavità addominale. Lo stoma colico viene ancorato alla fascia addominale e/o al sottocute ai quattro punti cardinale in modo da evitare erniazioni.

La Colostomia a doppio lume si realizza creando un ano artificiale con un doppio lume colico.

Il segmento colico interessato da tale procedura viene inciso a tutto spessore in modo da creare due lumi e suturato alla parete addominale, al fine che entrambi i monconi comunicino con l'esterno (vedi fig.2). In questo modo dal moncone a monte, via afferente, fuoriescono le feci, dal moncone inferiore a valle, tratto escluso, si evidenzierà la fuoriuscita, a volta, di muco prodotto dalla mucosa colica. Tale procedura permette un eventuale ricanalizzazione del colon molto più agevole

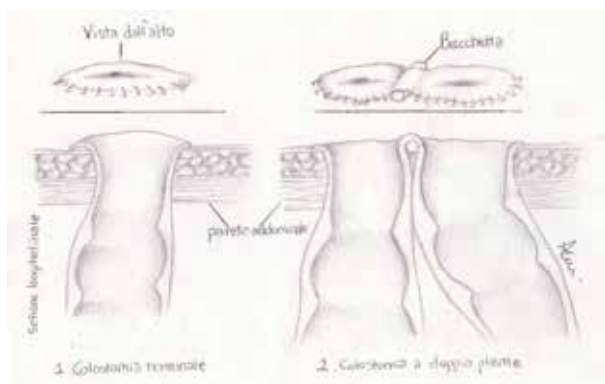


Fig. 4 Colostomia a doppio lume

Le Colostomie possono essere divise in base alla sede anatomica in: Ciecostomie, Trasversostomie e Sigmoidostomie.

Le Ciecostomie si realizzano a scopo decompressivo e di facile realizzazione collegando il cieco alla parete addominale (fossa iliaca destra) consente la derivazione parziale del materiale fecale e decomprime le anse; il materiale emesso è liquido.

La Trasversostomia rappresenta un collegamento tra colon trasverso e parete addominale (quadrante superiore sinistro) le feci sono inizialmente poltacee poi più formate e sono meno "aggressive" rispetto al materiale che fuoriesce dalle

ileostomie e dalle colostomie del colon ascendente, ma sono in genere liquide e ancora ricche di enzimi; le scariche non sono regolari. Spesso vengono realizzate su bacchetta perché temporanee.

Le Sigmoidostomie sono quelle più utilizzate si crea un collegamento tra sigma e parete addominale (quadrante inferiore sinistro) generalmente la sigmoidostomia viene abboccata in fossa iliaca sinistra; la frequenza di scariche è bassa e le feci sono quasi formate; le perdite elettrolitiche sono minime; le scariche sono inizialmente irregolari, poi si regolarizzano (una o 2 volte al giorno)

Possiamo realizzare una stomia a doppio lume detta pure “a canna di fucile” su bacchetta simile alla trasversostomia spesso temporanea o terminale quando si eseguono l'interventi di Hartman (spesso eseguito in urgenza può essere temporaneo o definitivo) o di Miles (esecuzione di amputazione addomino perineale, intervento con colostomia definitiva)

Ovviamente le colostomie possono essere confezionate in laparotomia o in laparoscopia, quest'ultima tecnica dov'è possibile permette di ridurre le complicanze con una più veloce ripresa delle funzioni del paziente

Nella realizzazione di una sigmoidostomia in laparoscopia, dopo aver ben esplorato la cavità addominale, si procede in un primo momento nella mobilitazione del colon con apertura della loggia parieto colica sinistra, in modo da poter mobilitare in modo adeguato il colon discendente ed evitare trazioni su sigma.

Si procede, in caso di colostomia terminale a legatura del meso e sezione con suturatrice meccanica (ENDO GIA) del tratto dell'intestino scelto per il confezionamento dello stoma.

Se si decide di eseguire una colostomia “a canne di fucile”, si procede eseguendo una piccola fenestrazione con la pinza bipolare sul mesocolon, nella zona dove l'intestino verrà portato all'esterno senza interruzione della continuità colica. Si procede quindi alla sezione del peritoneo parietale in prossimità del punto prescelto per la colostomia.

Il moncone prossimale che verrà sezionato è mantenuto con una pinza da presa.

Si sfrutta il principio della a trans-illuminazione per aprire la cute e la fascia e si esteriorizza il moncone prossimale mentre quello distale viene abbandonato nella pelvi.



Fig. 5 Sigmoidostomia definitiva



Fig. 6 Sigmoidostomia a doppio lume

Le complicanze

Ovviamente il confezionamento di un'ileostomia o una colostomia non è esente da complicanze che potrebbero compromettere la qualità di vita dei pazienti stomizzati. Queste complicanze si possono evidenziare nel periodo postoperatorio, durante la permanenza del ricovero o dopo la dimissione.

Possiamo distinguere problematiche psicologiche e fisiche.

Un recente studio ha evidenziato che circa il 55% dei pazienti ileostomizzati presenta problematiche della gestione dello stoma, malgrado le innovative tecniche chirurgiche e nuovi presidi utilizzati.

Le maggiori complicanze si hanno durante il primo anno dal confezionamento della stomia e solo il 20% richiede un re-intervento chirurgico.

Le complicanze maggiori evidenziate possono essere distinti in:

Difetti chirurgici

Alterazioni della parete addominale

Errori nella gestione della stomia

Questi errori possono essere corretti attraverso l'applicazione di giusti presidi per lo stoma ed educando in modo corretto il paziente. Dove questo non avviene o non è possibile ottenerlo si procede all'esecuzione di un nuovo confezionamento della stomia correggendo le possibili alterazioni evidenziate.

MALPOSIZIONAMENTO

Il confezionamento di una stomia, non ben posizionata in sede della parete addominale, è un evento usuale. È fondamentale individuare correttamente il sito nella fase preoperatorio in base alla conformazione dell'addome del paziente e alle sue caratteristiche fisiche (adipe, altezza, ecc.).

Durante il confezionamento della stomia, si deve considerare l'inevitabile spostamento che subirà mentre si chiude la laparotomia, quindi è importante considerare che il passaggio della parete addominale non determini delle curvature dell'ansa intestinale che potrebbe creare difficoltà.

Se si utilizzano questi accorgimenti si riduce sensibilmente questa possibilità di complicità.

L'OSTRUZIONE

Si realizza per la presenza di edema nella mucosa del viscere, in questo caso è una lesione temporanea reversibile. Si può presentare per occupazione da materiale fecale solido e in questo caso si risolve eseguendo clisteri evacuativi. Nelle fasi più tardive è rappresentato da una stenosi del lume stomale

L'ERNIAZIONE

Si verifica attorno allo stoma ed è denominato ernia parastomale; può essere piccola o di grandi dimensioni. Le ragioni per cui si forma sono legate al non corretto posizionamento dello stoma fuori dal muscolo retto, un'apertura della parete addominale molto ampia che causa erniazione o la rottura dei punti di ancoraggio associata a sforzi fisici eseguiti dal paziente.

Nel caso di piccole ernie si procede con educazione del paziente nei comportamenti da effettuare e nell'applicazione di una cintura di supporto alla sacca da stomia. Nei casi di ernie più voluminose si procede con l'intervento chirurgico di correzione.

L'EMORRAGIA

È rappresentata da perdite ematiche in sede stomale o del viscere stomizzato.

Si presenta o in caso di un'eccessiva exteriorizzazione dell'ansa, un'alterata emostasi dei vasi, o per la presenza di alterazione della coagulazione del paziente dovute ad assunzione di farmaci anticoagulanti o a patologie sistemiche di cui il paziente è affetto o alle conseguenze della chemioterapia e radioterapia effettuate.

Per bloccare l'emorragia peri-stomale si procede inizialmente con applicazione di impacchi freddi o medicazione compressive, interrompere eventuale terapia

anticoagulante e nel caso procedere con cauterizzazione emostatica dove le precedenti procedure hanno fallito.

ISCHEMIA E NECROSI

Questa condizione si presenta quando l'apporto di sangue allo stoma risulta insufficiente. La mucosa appare pallida e di colore viola (cianotica) o di colore scuro quasi nera.

L'ischemia o la necrosi dello stoma possono causare distacco del tessuto richiedendo un possibile approccio chirurgico.

Quando si sospetta una eventuale sofferenza della stomia è opportuno applicare sacchetti trasparenti e controllare lo stoma ogni 4 ore circa in modo da evidenziare ogni eventuale cambiamento precocemente.

L'EDEMA

Si manifesta con aumento di volume della mucosa stomale per presenza di un'eccessiva componente idrica nella zona interstiziale da probabile ostacolo venoso all'asse vascolare.

Lo stoma si presenta lucido e spesso teso. Spesso si risolve spontaneamente senza utilizzo di particolari accorgimenti. In questa fase è opportuno rimodulare le dimensioni del foro della placca stomale per evitare infiltrazioni fecali e proteggere la cute peri-stomale in modo adeguato.

PROLASSO

È una condizione rappresentata dalla fuoriuscita dell'ansa intestinale dalla breccia cutanea causando una maggiore estroflessione del lume intestinale.

Spesso questo si presenta per un inadeguato fissaggio della stomia alla fascia parietale addominale. Si può ovviare a questo inconveniente utilizzando delle sacche più voluminose in modo da far entrare anche lo stoma in eccesso. Per evitare il frazionamento tra sacchetto e stoma si può aggiungere nel sacchetto olio lubrificante (olio di mandorle uso neonati). I piccoli prolassi si possono risolvere applicando garze compresse febre in sede dello stoma in modo da ridurlo o l'applicazione di eventuali guaine contenitive. L'intervento chirurgico viene preso in considerazione solo nei casi di voluminosi prolassi e non tollerabilità da parte del paziente del prolasso.

RETRAZIONE

Si verifica quando la stomia si trova più bassa del piano cutaneo, dovuta spesso a tensione sull'ansa stomizzata. Le cause di retrazione possono essere dovute a difetti di tecnica, quali una eccessiva trazione dell'ansa stomale o all'obesità del paziente, la rimozione prematura della bacchetta o un distacco mucoso cutaneo eccessivo. Questo determina una depressione dello stoma che causa problemi legati a infiltrazione di materiale enterico. Per evitare questo inconveniente si ricorre all'utilizzo di placche convesse per la raccolta del liquido enterico ed è fortemente consigliato in questi casi l'utilizzo di un sistema a due pezzi.

STENOSI

Si manifesta quando il lume stomale si restringe in modo eccessivo formando tessuto cicatriziale.

Questo spesso è dovuta a fattori ischemici, ad infezioni o a un distacco eccessivo muco cutaneo.

Si potrebbe verificare un transito intestinale difficile con raccolta in sede peristomale di materiale fecale e la possibilità di avere lesioni ulcerative e infiammazione cutanea. Si possono utilizzare dilatatori per ridurre la stenosi e nei casi estremi è necessario un nuovo intervento chirurgico di confezionamento dello stoma.

LESIONI CUTANEE PERISTOMALI

Le lesioni peristomali cutanee rappresentano la complicanza più frequente. Uno studio condotto da Potter et.al ha dimostrato che il 43% dei pazienti ileostomizzati presentano lesioni cutanee peristomali entro un anno e che circa 2/3 dei pazienti portatori di stomia presenteranno questa problematica.

Ovviamente queste alterazioni cutanee possono essere di varia gravità.

È fondamentale considerare la sede del confezionamento della stomia, le dimensioni, la profondità ed eventuali sotto-minature e tunnelizzazioni cutanee.

Esiste una classificazione per la valutazione delle lesioni peristomali realizzata nel 1989 dalla NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) ancora oggi in uso, che utilizza la scala di Sessing linee guida integrate per le lesioni da decubito.

Le lesioni cutanee che si presentano sono rappresentate da follicoliti date dalla rimozione traumatica dei peli peristomali.

Dalla presenza di dermatiti da irritazione del liquido enterico definite dermatiti peristomali.

Possono essere distinte in dermatiti traumatiche dovuta alla placca protesica o

dermatiti da contatto legate all'intolleranza alla placca. Inoltre, abbiamo le dermatiti da contaminazione che si verificano nelle ileostomie per la presenza di ph alcalino (7.5) e ricche di enzimi digestivi molto irritative per la cute.

Altre lesioni possono essere le dermatiti dal Pioderma gangrenoso con lesioni purulenta di origine batterica spesso associata a retto-colite. Si manifesta con ulcere infette e dolorose violacee adiacenti allo stoma. Spesso si effettua un debridement autolitico e una medicazione con idrocolloidi e antibiotico terapia sistemica.

Un'altra alterazione sono le dermatiti da candida lesioni fungive spesso dovute alla candida Albicans che determinano prurito e eritema peristomale. Si manifestano per uso prolungato di antibiotici e ambiente cutaneo molto umido e nei soggetti che hanno effettuato chemioterapia. Si deve cercare di rendere la cute asciutta e detergerla spesso e in alcuni casi applicazioni di trattamenti antifungivi locali e sistemici può favorire la guarigione più rapidamente.



Fig. 7 Dermatite peri-stomale su bacchetta

Altra alterazione peristomale può essere determinata dalla presenza di tragitti fistolosi con la cute.

Si possono manifestare per presenza di raccolte ascessualizzate, processi flogistici nel sottocute o da comunicazione tra ansa stomizzata e la cute. Spesso questo determina un approccio inizialmente medico per cercare di risolvere tale lesione e nei casi dove non si ottengono benefici si procede alla chirurgia con revisione dello stoma e della cute peristomale.

Si possono evitare questi inconvenienti applicando dei film protettivi sulla cute e riempiendo eventuali avvallamenti cutanei in modo da far aderire correttamente la placca utilizzando paste riempitive o adesive.

Risulta quindi di fondamentale importanza, il giusto e corretto confezionamento della stomia e la scelta del dispositivo da adottare in base alle caratteristiche del

paziente e del tipo di stomia confezionata al fine di prevenire ed evitare questi inconvenienti.

Le immagini fotografiche riportate sono personali dell'ambulatorio di chirurgia e non riferibili ad articoli, né al web, salvo quelli segnalati come tali.

BIBLIOGRAFIA

1. AISTOM.

La riabilitazione degli stomatizzati.
Silvia Editrice. (1999).

2. Berti-Hearn L, Elliott B.Home Healthc Now

Ileostomy Care: A Guide for Home Care Clinicians.
2019 May/Jun;37(3):136-144

3. Cimmino R., R. G.

A.I.O.S.S. 20 anni di noi.
A.I.O.S.S. (2002)

4. DiGiacomo JC, Lehman M.J

The Colostomy of Duret for the High Risk Patient.
Invest Surg. 2021 Mar;34(3):257-261.

5. Doberneck RC

Revision and closure of the colostomy.
Surg Clin North Am. 1991 Feb;71(1):193-201

6. Engida A, Ayelign et al

Types and Indications of Colostomy and Determinants of Outcomes of Patients After Surgery.
J Health Sci. 2016 Mar;26(2):117-20.

7. Lyon C., Smith. A.

Abdominal stomas and their skin disorders: an atlas of diagnosis and management.
London(2001).

8. Nessar G, Wu JS

Evolution of continent ileostomy.
World J Gastroenterol. 2012 Jul 21;18(27):3479-82.

9. Pittaluga m, e. Personnettaz, Et Al

Colostomia laparoscopica: indicazioni e note di tecnica chirurgica
G Chir Vol. 26 - n. 3 - pp. 105-107 Marzo 2005

10. Porret T., A. McGrath.

La persona stomatizzata: assistenza, cura e riabilitazione
McGraw Hill. (2006).

11. Smeltzer S.C., Bare B.G.

Nursing Medico Chirurgico.
Casa editrice Ambrosiana.(2006)

12. Tsujinaka S, Tan KY, Miyakura Y, et al

Current Management of Intestinal Stomas and Their Complications.
Anus Rectum Colon. 2020 Jan 30;4(1):25-33

2.11 GLI STOMI: DEFINIZIONE, CLASSIFICAZIONE E PATOLOGIA STOMALE



FILIPPO LA TORRE

Già Professore di ruolo di Chirurgia Generale Università “Sapienza”, Roma

Abbiamo voluto, per semplicità anatomica ed anche perché da circa 30 anni, è nostra consuetudine, peraltro universalmente condivisa, chiamare le “stomie” con il loro nome che ne dà anche la definizione anatomica, ovvero con la denominazione di Derivazioni (nel nostro caso Digestive).

Derivazioni digestive esterne (D.D.E.)

Il termine di Derivazione Digestiva Esterna (D.D.E) rappresenta una definizione sia da un punto di vista anatomico che da un punto di vista fisiologico. La D.D.E costituisce una comunicazione, diversa dalla naturale, fra il canale alimentare e l'esterno, avendo come tramite la cute. Tale definizione ha assunto nella storia della medicina, a seconda delle localizzazioni del viscere estrinsecato e del suo significato, svariati nomi, anche fantasiosi, diversi da quello che anatomicamente gli compete, quali ad esempio: fistola alimentare, ano iliaco, ano artificiale, ano preternaturale, ano di scarico, stoma, stomia.

Possiamo dire che tutte le D.D.E sono degli stomi e che il termine di stomia definisce la localizzazione anatomica quando viene applicato all'organo estrinsecato (es. ileostomia).

In precedenza, discutendo di anatomia, fisiologia e patologia, ci siamo trovati di fronte alla tentazione di iniziare a parlare dell'argomento che costituisce la parte centrale della nostra trattazione. Abbiamo scelto invece di curare questa esposizione soltanto al termine di un preciso, anche se schematico, accenno all'anatomia, alla fisiologia ed alla patologia chirurgica; in tal modo risulterà più agevole la comprensione dei

mutamenti anatomico-fisiologici, del loro significato fisiopatologico ed infine del motivo della indicazione ad una D.D.E. nella pratica clinica.

Conosciamo già dall'anatomia e dalla fisiologia la posizione e la funzione degli organi che fanno parte di diritto dell'apparato digerente; conosciamo pure quali malattie lo affliggono e quale ne è il trattamento. Rimane soltanto di dare l'avvio al capitolo, pur vasto, riguardante la descrizione, la costruzione, le indicazioni, le patologie ed il trattamento delle D.D.E.

Ci sembra opportuno, già nella definizione creare una schematica differenziazione, con riferimento a quanto primo accennato, fra due tipi sostanzialmente diversi di D.D.E.

- a) D.D.E. cosiddette alte;
- b) D.D.E. cosiddette basse.

Le DDE alte (D.D.E.A.) sono rappresentate da:

- 1) Esofagostomia;
- 2) Gastrostomia;
- 3) Digiunostomia.

Le DDE basse (D.D.E.B.) sono rappresentate da:

- 1) Ileostomia;
- 2) Colostomia

Ci sembra ovvio quindi trattare in due diversi capitoli i differenti tipi di stoma.

Derivazioni digestive esterne "alte" (D.D.E.A.)

La suddivisione didattica tra le derivazioni alte e basse ha, come già detto, anche un fondamento terapeutico oltre che anatomofisiologico.

Le D.D.E.A. vengono suddivise in:

- a) Derivazioni a scopo decompressivo,
- b) Derivazioni a scopo alimentare.

Ovviamente queste derivazioni andranno incontro ad un'ulteriore interpretazione se alla loro confezione il clinico avrà dato un significato definitivo oppure palliativo. Come abbiamo già avuto modo di accennare in altri capitoli le indicazioni a questi stomi, come le loro sedi, hanno una notevole incidenza in Pediatria, mentre per quel che riguarda l'adulto le indicazioni sono date, purtroppo, in buona parte,

da situazioni neoplastiche di inoperabilità biologica e in ogni caso il loro scopo principale consiste nell'alimentazione del paziente.

ESOFAGOSTOMIA

L'esofagostomia cervicale viene confezionata nel neonato e la sua trattazione completa è contenuta nel capitolo "Le stomie digestive in età pediatrica".

GASTRONOMIA

La gastronomia consiste nel confezionamento di una fistola gastro-cutanea che viene costituita di regola, seppur con differenti tecniche, fra la parete anteriore dello stomaco e la cute in sede sopraombelicale.

Le indicazioni ad una gastronomia sono costituite, oltre a quelle per la patologia pediatrica, da:

- a) Stenosi esofagea serrata da carcinoma inoperabile,
- b) Stenosi esofagea serrata benigna non operabile (es. da caustici),
- c) Preparazione di pazienti ad intervento sull'esofago.

Il suo scopo è quello di procurare al paziente l'apporto alimentare di cui necessita attraverso una via il più possibile fisiologica: per tale motivo in base al significato fisiologico, tutte queste gastrostomie vengono definite come "alimentari" o "nutrizionali" o "per nutrizione enterale".

Nei casi a) e b) la gastrostomia assumerà un carattere "definitivo" in quanto la nutrizione per questa via proseguirà quoad vitam. Essa dovrà quindi rispettare alcune regole fondamentali dettate:

- 1) Dal suo carattere definitivo;
- 2) Dalle condizioni cliniche del paziente.

Sarà quindi necessario l'impiego di una grossa sonda per evitare ostruzioni ed anche l'esecuzione di un intervento chirurgico che abbia un significato di continenza.

Tecnica: descriveremo quindi tre tipi fondamentali, e più comunemente usati, di gastrostomia:

- a) La gastrostomia diretta o di Fontan,
- b) La gastrostomia continente di Witzel;
- c) La P.E.G. (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy).

a) La gastrostomia diretta trova indicazione in tutti i casi in cui sia necessaria l'esecuzione di una gastrostomia temporanea per la sua semplicità tecnica,

consistendo in una piccola laparotomia mediana, o pararettale, o transrettale (oppure, più semplicemente, con approccio Laparoscopico), attraverso la quale viene esteriorizzata la parete anteriore dello stomaco. Si raccomanda la confezione accurata dei due strati profondi fra la sierosa ed il peritoneo e fra la sieromuscolare e la fascia onde evitare facili retrazioni. Si pratica una borsa di tabacco sulla parte esteriorizzata ed al suo centro una gastrostomia mediante il bisturi elettrico; attraverso di essa viene portata all'interno del lume una sonda di Petzer bloccata con la chiusura della borsa di tabacco. La parete gastrica viene infine suturata alla cute, con punti staccati.

b) Per eseguire una gastrostomia continente, rimanendo uguale l'accesso, si procederà, dopo la confezione di una gastronomia con l'introduzione e fissaggio di una sonda di Petzer, a costituire un tunnel siero-muscolare che si allontana 4-5 cm. dalla gastrostomia inglobante la sonda. Il punto del tunnel, dal quale la sonda emerge, viene fissato accuratamente, a punti staccati, alla parete addominale previa fissazione del tratto tunnelizzato al peritoneo. Questa seconda tecnica risulta ovviamente più indaginosa della prima e la sua confezione sarà quindi superflua negli interventi considerati temporanei.

c) La P.E.G. (Gastrostomia Endoscopica Percutanea) è una procedura tecnica molto semplice e di bassissimo rischio. Si esegue in anestesia locale per contatto come la gastroscopia diagnostica. Esplorato lo stomaco, viene valutata la condizione della parete idonea a ricevere la gastrostomia e si insuffla il viscere. Aderito quest'ultimo alla parete addominale si individua per transilluminazione il punto ove confezionare lo stoma. Praticata una piccola incisione (1cm), si introduce, fin dentro lo stomaco, una agocannula attraverso la quale si inserisce un filo-guida che viene portato tramite l'endoscopio all'esterno. Il filo guida consentirà poi di condurre fino allo stomaco il bottone gastrostomico che farà aderire la parete gastrica a quella addominale fissandola alla parte di bottone esterno alla cute che completa la gastrostomia.

Complicanze: la gastrostomia va sottoposta ad un trattamento accurato (regola che non ci stancheremo di ripetere per tutti gli stomi di cui ci soffermeremo a parlare), poiché può andare incontro a patologie stomali gravi causate essenzialmente da errori tecnici e/o scarsa cura. Le principali complicanze che vengono riscontrate nelle gastrostomie sono:

- 1) Ostruzione della sonda;
- 2) Retrazione dello stoma;
- 3) Peritoniti.

1) A nostro parere l'ostruzione della sonda si verifica soltanto quando essa è sottoposta a solleciti e continui controlli e non mediante normali lavaggi oppure segue all'introduzione di materiale alimentare non adeguato.

2) La retrazione stomale consegue ad errori di tecnica chirurgica per inadeguata fissazione dello stomaco alla parete addominale nei diversi strati.

3) Le peritoniti conseguono alla fuoriuscita del contenuto gastrico (ricco di enzimi e acido cloridrico) dal lume e sono più frequenti nelle gastrostomie dirette. Sono causate frequentemente dalla scarsa tenuta della borsa di tabacco o da difetti nella manutenzione. Purtroppo, accade di frequente, in particolare in gastrostomie "vecchie", di trovare aree anche vaste di macerazione cutanea peristomale che conseguono sempre ad una scarsa o non idonea assistenza.

4) Terapia stomale: viene consigliato il lavaggio quotidiano della gastrostomia e della cute circostante con soluzione fisiologica. Più opportuna sarebbe l'applicazione di una barriera di protezione cutanea. Altro accorgimento consiste nel lavaggio della sonda al termine di ogni nutrizione. Con tali sistemi, in una gastrostomia ben confezionata, verranno evitate la maggior parte delle complicanze, almeno per un periodo più lungo.

DIGIUNOSTOMIA

La Nutrizione Clinica Enterale e Parenterale negli ultimi 40 anni sono andate incontro ad uno sviluppo notevolissimo in considerazione della notevole utilità che presentano, da un punto di vista chirurgico, nella preparazione del paziente all'intervento ed anche, da un punto di vista clinico generale, nella alimentazione del paziente critico. La Nutrizione Enterale a sua volta ha dimostrato di possedere, nei confronti della Nutrizione Parenterale Totale, i seguenti vantaggi:

- a) Minore costo;
- b) Maggiore maneggevolezza;
- c) I materiali utilizzati sono più vicini a quelli impiegati nella nutrizione ordinaria;
- d) La via utilizzata è maggiormente fisiologica
- e) Minore numero di complicanze legate a:
 - Patologie locali;
 - Durata della nutrizione.

È ormai universalmente riconosciuta e messa in atto dai principali esperti del mondo l'esecuzione di enterostomie a scopo nutrizionale soprattutto per via digiunale. Sono

infatti da considerare obsolete a tale scopo le esofagostomie, mentre le gastrostomie, come già esposto in precedenza, presentano un numero più limitato di esecuzioni. La digiunostomia, pur rappresentando infatti uguali difficoltà tecniche della gastrostomia, può essere sicuramente applicata in un numero maggiore di condizioni quali:

- a) Tutte le condizioni della gastrostomia;
- b) Neoplasie stenosanti ed inoperabili dello stomaco;
- c) Interventi chirurgici intestinali prossimali.

Tecnica chirurgica: è sovrapponibile per caratteristiche ed esecuzione, alla confezione di una gastrostomia continente presentando però, rispetto a quest'ultima, un minore numero di difficoltà per la maggiore mobilità del tratto intestinale adoperato (a 20-25 cm. dal Treitz), minori complicanze legate al calibro del lume intestinale, al suo contenuto, al tipo di sonda che è possibile adoperare (anche se attualmente, con l'affinamento delle tecniche, il numero e la qualità delle complicanze si può dire siano sovrapponibili per le due enterostomie).

L'assistenza ad una digiunostomia riveste caratteristiche identiche a quella della gastrostomia sia dal punto di vista della prevenzione sia da quello del trattamento delle complicanze.

Derivazioni digestive esterne “basse” (D.D.E.B)

DEFINIZIONE

La nostra differenziazione del tutto teorica tra derivazioni digestive “alte e “basse”, come già visto, si basa su concetti di praticità per la suddivisione in capitoli didatticamente (illustrativamente) precisi, essendo le “alte” sempre “derivative” del transito intestinale, mentre le “basse” sono ulteriormente suscettibili di classificazione.

I termini adoperati tra virgolette servono per una più precisa definizione fisiopatologica della nostra classificazione. Sotto il vasto gruppo dello D.D.E.B. intendiamo schematicamente tutti gli stomi eseguiti: per ovviare ad un ostacolo “a valle”, per proteggere un'anastomosi, in seguito ad amputazione dell'anoretto o a proctocolectomia totale.

Si è già parlato in generale delle patologie di questa parte dell'intestino; parleremo, d'ora in avanti, per ulteriore chiarimento e per ogni singolo tipo di stoma, dei quadri patologici che ne indicano l'istituzione.

Derivazioni digestive esterne “basse” laterali (D.D.E.B.)

Avevamo anticipato una ulteriore suddivisione delle D.D.E.B. e nello schema è possibile vedere come ciò sia stato fatto nel rispetto del significato fisiopatologico che essi hanno, ovvero differenziazione in stomi laterali in senso “derivativo” e stomi terminali, per definizione “definitivi”.

Le indicazioni alle D.D.E.B.L. sono di norma costituite da:

- a) Presenza di una stenosi meccanica del colon di tipo neoplastico, giudicata biologicamente inoperabile, in tal caso è ritenuto opportuno deviare il contenuto intestinale per evitare un'occlusione – palliativo.
- b) Presenza di una perforazione o di una occlusione acuta; in tal caso è ritenuto opportuno deviare le feci per avere la possibilità di eseguire più comodamente, in un tempo successivo, un intervento completo – d'urgenza.
- c) Dopo l'esecuzione di una anastomosi, a sua protezione viene confezionata una derivazione “a monte”, per evitare problemi connessi alla distensione o alla sua tenuta (deiscenza) – di prudenza.

- a) Gli stomi palliativi possono essere eseguiti (e vengono eseguiti) a qualsiasi livello, dall'ileo terminale al colon sigmoideo, a secondo dell'altezza dell'occlusione; bisogna sempre tenere presente un aspetto spesso mal considerato e cioè che in questi pazienti lo stoma assume un significato definitivo (ad vitam), per cui sarebbe opportuno confezionarlo in maniera accurata, per renderne confortevole la gestione.
- b) Gli stomi derivativi eseguiti d'urgenza sono compresi nella maggior parte dei casi tra l'ileo terminale ed il colon trasverso.
- c) Gli stomi detti “di prudenza”, eseguiti a monte dell'anastomosi eseguita, sono quelli che conservano un significato fisiopatologico di provvisorietà.

Nella nostra trattazione noi faremo menzione dei seguenti tipi di stomi laterali o derivativi:

- 1) Ileostomia laterale;
- 2) Cecostomia;
- 3) Trasversostomia.

Per ognuno di questi delineeremo le indicazioni, le caratteristiche anatomico-funzionali, le patologie, la terapia stomale (ove questa differisca in maniera sostanziale nel trattamento degli stomi laterali e di quelli definitivi) tracciando, in conclusione, un discorso di prospettiva anche in rapporto con le principali e moderne esperienze nazionali ed internazionali.

1) Ileostomia derivativa (laterale)

Le indicazioni alla istituzione di una ileostomia derivativa derivativa hanno trovato, in questi decenni, detrattori o sostenitori a seconda della diffusione di certi tipi di interventi. Fu, per esempio, considerato per un breve periodo da Lahey e dalla scuola americana a quell'epoca (1950), possibile trattamento per la colite ulcerosa; altri autori, detrattori della cecostomia a tutti i costi la propongono al posto di quella; viene adottata presso quei centri chirurgici ove sono di regola eseguite le ileorettoanastomosi.

Noi siamo dell'opinione che quest'ultima sia la sua indicazione più seria, trattandosi negli altri casi di mode o abitudini.

Tecnica: dopo la escissione di un disco di cute, si esteriorizza l'ansa e viene apposto un ponte; si procede poi all'apertura del lume, alla eversione ed alla fissazione con punti muco-sottocutanei. Lo stoma è lasciato "maturare" ed il ponte può essere asportato dopo la 7° giornata.

2) Cecostomia

La cecostomia è l'intervento che più risponde, da un punto di vista anatomico-fisiologico, alla definizione di colostomia "laterale"; il ceco infatti viene fatto affiorare alla parete addominale solo in una sua parte. Tale caratteristica agevola l'esecuzione materiale dell'intervento ma contraddice il suo fondamento fisiologico. Come abbiamo avuto modo di dire, infatti, l'indicazione ad uno stoma derivativo è la totale diversione del contenuto intestinale e la cecostomia, per definizione, non è uno stoma totalmente derivativo.

Quest'ultima considerazione ha fatto sì che la cecostomia venisse sostituita da altri interventi maggiormente rispondenti all'indicazione, quali la ileostomia e soprattutto la trasversostomia.

Altre ragioni a sfavore della cecostomia sono considerate la facile tendenza alla retrazione ed il fatto di essere difficile da apparecchiare e gestire. Le motivazioni portate a favore di questa tecnica nella trattatistica tradizionale sono contestate nella moderna chirurgia coloretale, la pretesa facilità di esecuzione induce alla istituzione di ani molto mal confezionati (abbiamo già sostenuto la tesi che val la pena di curare la confezione dello stoma per evitare discomfort al paziente in tutto il periodo post-operatorio, breve o lungo che esso sia); riguardo poi alla tendenza a chiudersi spontaneamente, sono riportate casistiche con elevata incidenza di

infezioni e di fistolizzazioni.

Rimane comunque ancora qualche sostenitore di questo intervento che conserva la sua indicazione, in particolare, nei tumori ostruttivi alti (prossimalmente alla flessura splenica) e sempre in “urgenza”.

Tecnica: la tecnica tradizionale per la istituzione di una cecostomia prevede, dopo un’incisione sec. Mc Burney, la esteriorizzazione del ceco, la messa a dimora in esso di una sonda di Petzer fissata con una doppia borsa di tabacco, la fissazione della sonda alla cute. L’approccio laparoscopico ci sembra sovradimensionato.

Abbiamo trovato un’altra tecnica per l’istituzione di una cecostomia, i risultati della quale sono riferiti molto positivi: essa consiste nella fissazione della parete sieromuscolare del ceco al peritoneo ed alla fascia e, dopo la sua apertura, nell’esecuzione di una sutura muco-cutanea.

Ovviamente è poi previsto un secondo intervento per smontare questa colostomia e, comunque, quest’ultima più rivelarsi sempre difficile da apparecchiare.

Assistenza post-operatoria: i sostenitori della cecostomia ritengono che una accurata igiene prevenga le possibili complicanze; purtroppo è molto difficile tenere anche una approssimativa igiene di questo tipo di stoma perché apparecchiarlo si rivela estremamente problematico. Si consiglia di sbarrare la cute peristomale dal punto d’uscita della sonda di Petzer e sulla barriera montare una sacca di tipo aperto (per il carattere liquido delle feci). Nonostante ciò, si formano frequentemente severe dermatiti ed infezioni la cui tendenza è quella di evolvere verso la formazione di fistole.

3) Trasversostomia

La colostomia sul trasverso è la tecnica chirurgica derivativa più tradizionalmente applicata per lesioni ostruttive, traumatiche, perforative del colon ed anche per la protezione di una anastomosi.

Lo scopo è quello di derivare completamente il contenuto intestinale onde evitare di “caricare”, di feci e gas il colon “a valle”, volta a volta ostruito, perforato o con anastomosi “a rischio”.

Tecnica: la tecnica per la istituzione di una trasversostomia è semplice e banale insieme, come descritto nella trattatistica, e prevede la esteriorizzazione dell'ansa previa incisione della parete addominale ed il suo successivo passaggio di un ponte a separare idealmente l'ansa afferente dell'efferente. I problemi, nella corretta interpretazione della tecnica, sono legati come sempre alla scarsa importanza che, per tradizione, è stata assegnata a codesti tempi operatori. Anche per tale procedura l'approccio laparoscopico ci sembra sovradimensionato.

Non ci stancheremo mai di soffermarci, attaccandola, su questa, per fortuna calante, tendenza a considerare “minore” una chirurgia la cui raffinatezza tecnica ed i risvolti della quale sulla qualità di vita del paziente costituiscono ormai unanimemente un aspetto qualificante della migliore chirurgia colo-rettale.

I problemi tecnici che il chirurgo incontra (e lo stomaterapista con lui) dopo la confezione di una trasversostomia “derivativa”, per la sua gestione post-operatoria ed ambulatoriale, sono legati alle seguenti scelte da compiere al momento dell'atto operatorio:

- a) Sede,
- b) Ampiezza,
- c) “Maturazione”.

a) La scelta del colon trasverso per la confezione di una colostomia derivativa prende lo spunto delle sue caratteristiche anatomofisiologiche che sono sostanzialmente la mobilità ed il contenuto in feci discretamente solide. Sia che si debba eseguire una colostomia “d'urgenza” o “di prudenza” la scelta della sua sede viene fatta solitamente ad addome aperto o, comunque, “de visu” in laparoscopia. Succede ancora di vedere trasversostomie eseguite sulla breccia mediana e sono quelle più colme di complicanze (suppurazione, prolusso, ernie peristomali, etc.) per motivi facilmente intuibili; la sede più frequente è quella paramediana dx. o sinistro. Per i rapporti anatomici che il colon trasverso contrae a livello della flessura splenica (una situazione che impedisce la formazione di prolusso stomale, la più frequente complicanza dopo la trasversostomia, è consigliabile, tutte le volte che sia tecnicamente possibile, confezionare lo stoma da questo lato. Per il medesimo motivo, e per la prevenzione anche delle ernie peristomali, si consiglia di far passare l'ansa attraverso le fibre del muscolo retto addominale, la cui fascia offrirà una maggiore protezione.

b) Le trasversostomie sono gli stomi più ampi in senso assoluto; questa caratteristica deriva dal calibro di questo tratto colico, una volta esteriorizzato, ma anche dalla scelta di eseguire tardivamente la sutura muco-cutanea. Tutto ciò conduce ad uno stoma-care già molto difficoltoso e che diventa problematico qualora si sottovaluti l'importanza di quest'ultima scelta.

c) Per tradizione, nel nostro paese in modo particolare, è stata usuale l'apertura differita, in seconda giornata solitamente, della colostomia derivativa. Con tale sistema, successivamente all'opposizione del ponte, l'ansa veniva coperta con garze grasse ed il paziente inviato al reparto. Circa 48 ore dopo, la stessa equipe, in reparto e con l'aiuto di un bisturi elettrico, apriva l'ansa con la rituale, ridondante, fuoriuscita di gas e liquami. Questo procedimento conduce a problemi legati alla emostasi, all'impossibile applicazione di protesi idonee al contenimento immediato delle feci, alla retrazione dell'ansa al momento dell'asportazione del ponte, oltre, ovviamente, allo spettacolo, spiacevole a dir poco, per il paziente.

A nostro parere, ed è convincimento dei principali autori in tutto il mondo, non esiste alcun motivo per continuare ad insistere con questa metodica, mentre ve ne sono svariati favorevoli all'apertura dello stoma al momento dell'intervento, quali i seguenti:

- 1) Nelle colostomie d'urgenza è più razionale decomprimere immediatamente l'intestino.
- 2) Permette di studiare le modalità di emissione delle feci e le loro caratteristiche.
- 3) Consente di evitare spettacoli spiacevoli oltre che "poco chirurgici" quali quello già descritto.
- 4) Rende possibile l'uso di moderne apparecchiature che possono essere montate in sede operatoria a protezione della cute ed a totale contenimento di feci e gas.

La immediata confezione di una sutura muco-cutanea (in materiali riassorbili, a punti staccati) eseguita in maniera accurata rende sicura questa colostomia, raggiungendo in particolare lo scopo della totale derivazione. Il ponte viene inoltre tolto più precocemente (e senza il pericolo della retrazione); la metodica precedentemente descritta prevedeva l'asportazione del ponte in decima-dodicesima giornata.

Assistenza post-operatoria: durante il periodo immediatamente successivo all'intervento è consigliabile l'uso di protesi fornite di barriera. Qualora sia stata adoperata in sede operatoria il Kit completo fornito da alcune Industrie e dotato di piastra, ponte e sacche per il successivo ricambio, i tempi tecnici saranno

enormemente facilitati; infatti, una volta che la piastra sia stata posta a protezione della cute, intorno all'ansa, con il ponte situato tra l'una e l'altra, sarà necessario esclusivamente il ricambio della sacca.

La piastra verrà cambiata solo dopo 3-5 giorni. Una volta asportato il ponte, la colostomia può essere trattata come una tradizionale colostomia terminale con le precauzioni riferibili alla sua ampiezza ed al carattere delle feci che, talvolta, si possono rivelare più irritanti di quelle emesse a livello del discendente-sigma. A distanza di un periodo variabilissimo (tra le poche settimane, l'anno e più) la colostomia viene chiusa, sia per la caduta dei motivi "di prudenza" che ne avevano giustificato la istituzione.

La tecnica di chiusura della colostomia prevede la incisione sul margine cutaneo della colostomia, la liberazione dell'ansa fino al peritoneo che viene aperto, la rifinitura del margine mucoso con la chiusura della breccia intestinale, il suo affondamento e la chiusura della parete.

La patologia stomale nella trasversostomia

Come già abbiamo accennato, le cosiddette complicanze degli stomi derivativi sono descritte in numero elevato e le varie casistiche da noi prese in esame riportano dati variabili tra il 20% ed il 50%.

In considerazione dell'estrema difficoltà nel descrivere dati così variabili noi abbiamo preferito adottare uno schema che può risultare d'aiuto anche da un punto di vista illustrativo. Nel nostro schema noi parleremo di:

- a) Complicanze precoci;
- b) Complicanze tardive;
- c) Complicanze legate alla chiusura della colostomia**.

a) La patologia stomale precoce è quella legata soprattutto ad una tecnica imperfetta oltre che ad un inadeguato stoma-care (vedi cap. su stoma-care e cap. su sigmoidostomia). Infatti, sono le infezioni a caratterizzare questo momento assistenziale. Frequente (10-30%) la descrizione di dermatiti e di suppurazioni (tali dati, con la metodica dell'apertura differita, raggiungono livelli elevatissimi 50-70%).

b) Le patologie stomali che possono fare la loro comparsa tardivamente sono soprattutto il prolasso e l'ernia peristomale, le quali, in tali casi raggiungono

spesso dimensioni notevoli. L'incidenza, nella maggioranza delle casistiche, si aggira intorno al 25% (intorno al 50% nei bambini). Tali incidenze sono riportate inferiori da quegli Autori che fanno uso degli accorgimenti tecnici precedentemente descritti. Altre complicanze riportate dalle casistiche in ordine di frequenza, sono la retrazione (soprattutto quando è adottata la tecnica dell'apertura differita) e la necrosi (per il trattamento vedi cap. sulla sigmoidostomia). Rimane il fatto che il numero di patologie e la loro incidenza, descritti per le colostomie laterali, rimane comunque elevato; ma, per fortuna, c'è da dire che la maggior parte dei pazienti, sui quali viene confezionata una colostomia laterale, sono portatori di tali inconvenienti per un periodo "breve".

c) Nelle carie casistiche si parla di incidenze di complicanze dopo la chiusura della colostomia intorno al 20%. Viene riportata costantemente una maggiore incidenza di complicanze quanto più precoce è la sua chiusura. Vengono riportate infatti incidenze vicine al 50% per le chiusure entro il 3° mese che tendono a portarsi al 20% per le chiusure oltre il 12° mese. Le complicanze descritte sono, in ordine di frequenza, le infezioni della ferita, i laparoceli, le deiscenze anastomotiche, le stenosi, le fistole stercoracee.

Commento: siamo del parere, insieme peraltro alla maggior parte degli Autori, che la responsabilità di una così alta morbilità a seguito di tali interventi sia attribuibile alla scarsa considerazione in cui è spesso tenuta questa chirurgia. Ciò conferma l'opinione già esposta a riguardo della chirurgia stomale. Non è comprensibile il motivo per cui tale intervento sia ritenuto di importanza minore rispetto ad una resezione intestinale quando in ambedue i casi viene aperto il peritoneo, manipolato il colon ed eseguita una sutura intestinale. Confermano tali impressioni le casistiche recentemente riportate da Autori che hanno curato la preparazione a questa chirurgia; essi riferiscono infatti percentuali di complicanze intorno all'8%.

Derivazioni digestive esterne "basse" terminali (D.D.E.B.T.):

LE ILEOSTOMIE

Le indicazioni ad una ileostomia terminale sono, nella maggior parte dei casi, costituite dalla retto-colite ulcerosa e dal Morbo di Crohn; a determinare altre indicazioni intervengono la poliposi familiare, le anomalie congenite, i traumi.

Diversamente che per la colostomia terminale (le cui indicazioni, essendo

soprattutto neoplastiche, conducono ad una insufficiente informazioni del paziente), il candidato ad una ileostomia è sempre ben informato della propria patologia e, in considerazione del proprio stato clinico, è egli stesso che spesso sollecita l'esecuzione dell'intervento. Anche l'età e le condizioni socioeconomiche sono d'aiuto ad una migliore preparazione all'intervento. Talvolta, però, a rovinare tale situazione favorevole costituisce una difettosa distribuzione di consigli post-operatori e un difettoso stoma-care. Il procedimento di preparazione all'intervento, che in molti casi è lungamente posposto, e in altri, purtroppo, è indicato d'urgenza per improvvise complicanze (emorragie, megacolon tossico, sepsi, perforazione), è completato, come per gli altri stomi, dall'accurata scelta della sede in accordo con il paziente. Per la ileostomia terminale scelta della sede è particolarmente importante per il carattere delle feci ileali, che sono liquide e irritanti, ma valgono, per lo più, le medesime considerazioni fatte per la sigmoidostomia terminale con le seguenti differenze:

- a) Lo stoma è situato a destra della linea mediana;
- b) Il diametro è compreso intorno ai 2 centimetri;
- c) Lo stoma è sporgente di circa 2 centimetri e la mucosa è eversa.

Storia: fino a circa trent'anni or sono la ileostomia terminale costituiva di per sé una patologia in quanto, sia per la scarsità dei materiali protesici che per la tecnica inadeguata, la fuoriuscita delle feci procurava danni gravissimi alla cute con fenomeni di erosioni, necrosi, sepsi e la conseguente insorgenza di complicanze sullo stesso stoma come distacchi, retrazione stenosi.

In tal modo le revisioni, i rimaneggiamenti delle ileostomie erano frequentissime e la storia clinica dell'ileostomizzato era drammatica quasi quanto quella della patologia che aveva condotto all'intervallo.

Fu con Brooke, nel 1952, che si entrò nella più moderna tecnica chirurgica di istituzione della ileostomia terminale. Questi suggerì, infatti, l'eversione della mucosa come metodo di contenimento parziale delle feci onde evitare l'immediato e continuo contatto con la cute.

Da allora, anche se non ci sono state ulteriori modifiche nella chirurgia tradizionale, sono invece state messe a punto e costruite apparecchiature di protezione (barriere) e protesi che hanno portato le complicanze della ileostomia a livelli molto più bassi.

Tutte quante queste considerazioni porterebbero ad un livello ideale la chirurgia e l'assistenza dell'ileostomizzato se non avessimo a che fare con una realtà costituita dai seguenti fatti:

- 1) Interventi eseguiti d'urgenza ed in condizioni cliniche sfavorevoli fanno sì che, in sala operatoria, venga posta poca cura nella confezione dell'ileostomia;
- 2) Scarsa confidenza del Chirurgo Generale con una tecnica che viene attuata 1-2 volte l'anno, nel migliore dei casi;
- 3) Scarsa assistenza post-operatoria e non idoneo stoma-care.

Tecnica: la confezione corretta di una ileostomia terminale tradizionale prevede, dopo la scelta della sede:

- a) La esteriorizzazione dell'ansa ileale ben mobilizzata per circa 5 cm. Oltre un orificio cutaneo in corrispondenza del margine laterale del muscolo retto addominale;
- b) La legatura del mesentere e la sua resezione a livello della cute (la irrorazione è conservata per circa 6 cm. Dopo la sezione dei vasi mesenterici, per via dei vasi sottomucosi);
- c) Passaggio di 3-4 punti tra il sottocute, la parete siero-muscolare a livello dell'orificio cutaneo e la parte terminale dello stoma coinvolgendo la parete a tutto spessore;
- d) Sutura muco-cutanea in Catgut-cromico sottile o sintetico riassorbimento a punti staccati;
- e) Sacca trasparente a fondo aperto con barriera protettiva (vedi descrizione dei materiali);
- f) Successiva assistenza presso "centri" specializzati.

Il rispetto di tutti questi tempi tecnici ha contribuito a ridurre l'insorgenza delle più varie patologie stomali ed i conseguenti reinterventi da circa il 100% a percentuali variabili, nelle casistiche più attendibili, tra il 15% ed il 25%.

Non bisogna dimenticare altri problemi connessi all'istituzione di una ileostomia (già affrontati nel capitolo sulla fisiopatologia) quali i disturbi metabolici e la nefrolitiasi; così come bisogna considerare come instabili le situazioni psicologica e sessuale in pazienti la cui precarietà, da questo punto di vista, era rilevante anche nel periodo preoperatorio per patologie quali la retto-colite ulcerosa ed il Morbo di Crohn. La corretta assistenza post-operatoria in centri specializzati e l'associazione in Clubs contribuisce alla risoluzione di alcuni di questi problemi.

Patologia stomale nella ileostomia

Abbiamo già detto che una buona osservanza della tecnica chirurgica ed un adeguato stoma-care sono la migliore arma per la prevenzione della patologia stomale; rimane però il fatto che, sia recrudescenze della patologia di base e sia la difficoltà intrinseche nella autogestione dell'ileostomia, possono indurre la formazione (sono due ragioni in più dell'incremento percentuale di patologie stomali nei confronti del colostomizzato).

Tra le patologie stomali noi non perderemo in considerazione i disordini metabolici, quali le alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico e vitaminico e la nefrolitiasi (già trattate nel capitolo su "Fisiopatologia dell'ileostomizzato"). Illustreremo ogni singola patologia dell'elenco ma, così come per la patologia del colostomizzato, i capitoli vanno considerati univocamente per un criterio di maggiore completezza anche se indici diversi di frequenza e moventi eziopatogenetici o fisiopatologici contrastanti ci hanno indotto a trattarli in momenti diversi. In ordine di frequenza le patologie dell'ileostomia sono:

- 1) Dermatiti;
- 2) Stomiti;
- 3) Stenosi;
- 4) Retrazione;
- 5) Fistole;
- 6) Prolasso;
- 7) Emorragie;
- 8) Ischemia – necrosi;
- 9) Ernia peristomale;
- 10) Suppurazione peristomale.

1) Dermatiti: è nel capitolo delle ileostomie che sono stati riscontrati quadri di patologia cutanea tra i più severi. Il potere estremamente irritante delle feci ileali provoca lesioni cutanee anche molto profonde sin dal primo contatto (erosioni, ulcerazioni) consentendo poi l'impianto di germi e/o miceti. Bisogna immediatamente ricercare la causa che può risiedere in:

- 1) Uso scorretto dei materiali;
- 2) Stoma retratto;
- 3) Sede eretta.

Terapia: nel primo caso l'avvio ad un impiego ottimale dei materiali, che devono

essere costituiti sempre da sacche aperte fornite di barriera protettiva (vedi), risolvono le dermatiti.

Nel secondo e nel terzo caso si può provare, nel tentativo di differire una revisione chirurgica, a costruire uno sbarramento all'efflusso delle feci facendo uso dei più moderni materiali a disposizione degli specialisti.

2) Stomiti: si manifestano con mucositi di vario livello ed importanza, segno o di una incongrua dieta oppure, più spesso, di una recrudescenza della malattia di base (nella maggior parte dei casi del Morbo di Crohn) (Fig. 8.15).

Terapia: l'avvio accurato iter diagnostico, contemporaneamente alla istituzione di una alimentazione parentale totale, può risolvere, con la messa a punto della terapia medica idonea, il quadro clinico che, se trascurato, può preludere all'insorgenza successiva di perforazione o fistole.

3) Stenosi: è la più frequente patologia dell'ileostomizzato, incidendo per circa il 30% nella maggior parte delle casistiche, ed è spesso descritta in associazione con la retrazione.

Le cause risiedono comunemente in un'applicazione non corretta della tecnica, in modo particolare in un orificio stomale troppo ristretto. Altre cause che possono condurre a retrazione e stenosi sono l'ischemia e la necrosi per insufficiente irrorazione dell'ansa.

Terapia: il trattamento è sempre chirurgico ed il paziente deve essere messo nelle condizioni di riceverlo nei migliori dei modi. E' sempre opportuna l'istituzione di una alimentazione parentale totale insieme ad una terapia antinfiammatoria prima di revisionare e riposizionare lo stoma in maniera adeguata. E' consigliabile durante questo procedimento la mobilitazione di un tratto intestinale per evitare la recidiva della patologia.

4) Retrazione: per questa patologia vale il medesimo discorso fatto per la stenosi con l'aggiunta che una cattiva cura dello stoma può condurre ad un distacco muco-cutaneo e questo con l'evoluzione che gli è propria (vedi patologia del colostomizzato) conduce alla retrazione e poi alla stenosi.

5) Fistole: approssimativamente il 15% degli ileostomizzati viene sottoposto ad un trattamento chirurgico di revisione stomale per l'insorgenza di una fistola. La causa, il più delle volte, è da ricercarsi nella recrudescenza della patologia di base (del Morbo di Crohn in particolare).

Terapia: per le ragioni anzidette risulta evidente che la chirurgia si rivela di per sé insufficiente a trattare questa patologia stomale. Come consigliato a proposito delle stomiti (vedi) si deve avviare una terapia medica mirata insieme con la istituzione di una Nutrizione Parentale Totale (N.P.T) e soltanto in ultima analisi, con la remissione della malattia, prendere in esame il trattamento chirurgico che deve sempre essere radicale prevedendo il più delle volte la resezione di un tratto ileale ed il riconfezionamento dello stoma.

6)Prolasso: bisogna stare bene attenti a distinguere ileostomie realmente prolassate, da ileostomie create troppo lunghe in sede chirurgica. Questa osservazione ha la sua importanza ovviamente in quanto la seconda non è da considerarsi una vera e propria patologia e poiché è differente l'eventuale trattamento chirurgico.

Il prolasso stomale incide in percentuali descritte intorno al 10% e si verifica per una inadeguata fissazione dell'ansa alla parete addominale.

Terapia: nel prolasso vero bisogna procedere all'apertura del peritoneo dopo liberazione completa dell'ansa efferente e quindi, dopo un'accurata fissazione al peritoneo parietale, riconfezionare la ileostomia con tecnica corretta.

Nelle ileostomie troppo lunghe il procedimento è identico a quello del prolasso stomale nel colostomizzato ove non è prevista l'apertura del peritoneo.

7-10) Altre patologie: sono molto rare qualora sia adeguata la tecnica applicata nella confezione dello stoma e si possono verificare per coesistenti patologie (emorragie). Sono comunque valide le argomentazioni svolte nel capitolo sulle patologie del colostomizzato.

LA COLOSTOMIA SINISTRA

In senso assoluto la colostomia sinistra è lo stoma addominale più frequente. Come già riferito in precedenti capitoli (vedi), essa consegue sempre all'ablazione completa del tratto intestinale a valle ed è caratteristicamente secondaria, per modalità di esecuzione, per indicazioni, per frequenza, alla resezione addomino-perineale del retto sec. Miles per neoplasia del tratto retto-ale.

Esistono invero altri tipi (per il loro significato) di colostomie terminali (ad.es. in

interventi urologici – vedi – e nell'intervento di Hartmann – nel quale la colostomia è sì terminale ma può acquisire significato definitivo soltanto per scelta chirurgica post-operatoria). Noi parleremo, in questo capitolo, essenzialmente della colostomia terminale, di significato definitivo, conseguente all' A.P.R per tumore.

La colostomia consiste nell'estrinsecazione del tratto intestinale terminale, appunto il colon sigmoideo o il discendente, alla superficie addominale. Già nelle note di anatomia (vedi) si è detto della tipica mobilità di questo tratto intestinale e, nei capitoli di fisiologia e fisiopatologia, delle sue caratteristiche (vedi) che ne fanno una sede ideale, dal punto di vista anatomo-fisiologico, per la confezione di una derivazione intestinale definitiva. Nonostante questo, vengono descritte un 50% circa di complicanze chirurgiche a breve e lungo termine nei pazienti portatori di questo tipo di stoma (Whittaker – Goligher).

Da un punto di vista tecnico la confezione di una colostomia è considerato un intervento di facile esecuzione. Nella performaces di molti chirurghi abbiamo però notato svariate interpretazioni; ciò deriva soprattutto da considerazioni dopo l'osservazione a distanza di pazienti, (seppur rara da parte del chirurgo generale), dalla messa in atto di esperienze chirurgiche tramandate o riferite, ma, in particolare, da una superficiale o assente conoscenza del futuro dello stomizzato.

Effettivamente, dalla lettura dei trattati, dalla frequentazione dei congressi, dalla pubblicazione di casistiche, dalla nostra esperienza ambulatoria, abbiamo constatata la più ampia variabilità nella tecnica di confezione di una colostomia.

Le caratteristiche di una tecnica chirurgica alla base della confezione di una colostomia prevedevano tradizionalmente le seguenti scelte:

- 1) Sede,
- 2) Diametro,
- 3) Decorso,
- 4) Lunghezza,
- 5) Modalità di fissazione,
- 6) Materiali di sutura.

1) Nella maggior parte dei casi la scelta della sede cade all'interno di un triangolo compreso tra l'ombelico, la sinfisi pubica e la spina iliaca anteriore-superiore e viene scelta al tavolo operatorio al termine dell'intervento.

La scelta della sede, a nostro giudizio, è un momento fondamentale e deve essere considerato un tempo chirurgico di particolare importanza, va eseguito prima dell'intervento, d'accordo con il paziente e studiandone l'ubicazione nelle più

diverse posizioni. Vanno accuratamente evitate le cicatrici cutanee, la scabrosità e le pieghe. Va chiesto al paziente se fa uso di cintura e la sua sede preferita. Va posta ad una distanza di sicurezza dalla breccia mediana.

2) Il diametro nella maggior parte dei casi è compreso tra 15 cm e 3 cm. Senza nessun esplicito motivo ma soltanto in base all'esperienza ed all'abitudine dei chirurghi. A nostro parere si tratta di un eccesso di variabilità ed il margine non dovrebbe discostarsi di oltre il 10% dai 2,5 cm. di diametro.

3) La scelta del decorso è per tradizione legata a quella della sede; una sede laterale ha per lo più un decorso obliquo dell'ansa mentre una sede paramediana ha un decorso perpendicolare alla parete. Non è sempre così, ovviamente, differendo i risultati anche in base alla qualità della preparazione chirurgica (anatomica) della ansa da esteriorizzare; ma tra queste diverse modalità, noi verremmo suggerire che riteniamo la scelta migliore da un punto di vista funzionale e cioè una sede parameridiana, a livello del margine esterno del muscolo retto addominale, con l'ansa che attraversi le fibre di quest'ultimo con decorso perfettamente perpendicolare.

4) Persino la scelta della lunghezza dell'ansa è densa di variazioni e di interpretazioni personali da parte di molti chirurghi. Per fortuna i più confezionano ormai colostomie piane, avendo avuto peraltro cura di eseguire una sufficiente mobilizzazione dell'ansa esteriorizzata. Qualcuno ritiene ancora che la colostomia vada incontro ad una cospicua retrazione post-operatoria e per tale motivo confeziona colostomie procidenti. La retrazione dell'ansa, come avremo modo di dire più avanti nel capitolo sulle patologie (vedi), si verifica a seguito di scarsa mobilizzazione dell'ansa e/o per la sua scarsa e/o errata fissazione ai piani parietali.

5) Le modalità di fissazione dell'ansa ai piani parietali costituiscono un altro controverso termine della questione. L'ansa può essere fissata su quattro livelli:

- a) Al peritoneo;
- b) Alla fascia;
- c) Al sottocutaneo;
- d) Alla cute.

Nella maggior parte dei casi i piani più rispettati sono a) e d) con il c) in sott'ordine ma anch'essi in maniera variabile per la diversa cura che può essere dedicata alla loro definizione.

A nostro avviso vanno rispettati sempre ed in maniera accurata i piani a), b) e d) nonché il piano c) nei pazienti obesi.

6) La scelta dei materiali di sutura è stata oggetto di una quantità quasi infinita di esibizioni: suture in materiali riassorbibili e no, in continua o a punti staccati e via

improvvisando.

Riteniamo che materiali riassorbibili montati, usati correttamente in suture a punti staccati diano sempre un buon risultato.

LA COLOSTOMIA SINISTRA IDEALE

Vorremmo noi, una volta per tutte, tracciare le linee e le modalità per il confezionamento tradizionale, alla luce delle complicanze osservate per scelte chirurgiche errate o per facilitare le pratiche riabilitative (vedi) o semplicemente per rendere più confortevole l'uso delle protesi adesive.

Come abbiamo già accennato, la scelta della sede va effettuata in accordo con la costituzione fisica, la conformazione anatomica e le abitudini di vita del paziente. Deve essere perfettamente circolare ed avere un diametro ai 2,5 cm. (+- 10%). L'ansa esteriozzata deve inoltre avere un decorso perfettamente perpendicolare al piano cutaneo avendo avuto cura di mobilizzarla in maniera sufficiente (indicativamente essa deve sovrabbondare la cute dopo un'accurata fissazione al peritoneo parietale). Avendo scelto di far passare l'ansa tra le fibre del muscolo retto addominale bisogna curare che l'apertura sulla fascia sia conforme al calibro intestinale (attraverso l'incisione devono comodamente passare due dita dal chirurgo). Come già accennato riteniamo indispensabile la fissazione dell'ansa al peritoneo, alla fascia ed alla cute (anche al sottocute nei pazienti obesi); la fissazione deve essere accurata ed eseguita con materiali riassorbibili (noi preferiamo i sintetici usando lo stesso calibro per tutti i livelli), a punti staccati.

Raccomandiamo sempre una cura particolare per il piano fasciale. La sutura muco-cutanea deve risultare del tutto pianeggiante (eliminare l'eventuale tratto sovrabbondante).

LA PATOLOGIA STOMALE NELLA COLOSTOMIA SINISTRA TERMINALE

Nel discutere dello stato di un paziente portatore di una colostomia si può parlare delle conseguenze (vedi fisiopatologie) e delle complicanze.

C'è da dire che alcune di queste ultime derivano dalla scarsa considerazione che delle prime s'è fatta al momento delle scelte chirurgiche già descritte e quindi, spesso, possiamo dire che molte tradizionali conseguenze sono soltanto l'esito di complicanze altro non sono che la natura conseguenza di scelte chirurgiche errate.

Al di là di facili polemiche che, in un settore relativamente giovane come questo, possono avere molteplici punti di presa, è nostra intenzione invece definire accuratamente un capitolo che va organizzato per semplificarne i quadri e le rispettive modalità di trattamento.

Scopo di questo capitolo sarà quindi quello di:

- a) Illustrare in maniera precisa le patologie di una colostomia;
- b) Indicarne le cause;
- c) Chiarire le linee di trattamento;
- d) Tracciare le modalità di prevenzione.

1) Malposizioni: la scelta della sede costituisce uno dei momenti fondamentali “prima” della confezione di uno stoma, quale esso sia, ma in particolare quando esso deve essere definito e, soprattutto, quando si tratta di una colostomia (la cui confezione, se attuata lege-artis, previene le patologie delle quali a lungo parleremo). La scelta della sede di uno stoma va fatta pre-operatoriamente e con la collaborazione del paziente per i seguenti motivi:

- a) Per evitare cicatrici, scabrosità e pieghe cutanee che renderebbero difficoltosa l'adesione dei materiali protesici;
- b) Per studiare la posizione più confortevole per il paziente (rapporti con abiti, cinture, etc.);
- c) Far partecipare il paziente ad un tempo dell'intervallo, già così invalidante, costituisce un importante inizio della terapia di “riabilitazione” non soltanto psicologica.

Non rispettando queste regole si causano le seguenti molteplici patologie alla cui radice si colloca la malposizione per l'obiettivo difficoltà all'apparecchiamento della protesi: dermatiti, granulomi, suppurazione peristomale, ernia peristomale, fistole, stenosi, retrazione.

Terapia: correggere un difetto di sede stomale prevede sempre un reintervento correttivo che fa parte della chirurgia stomale “maggiore” (reimpianto stomale in una diversa sede con smontaggio e riconfezionamento).

Inizialmente, soprattutto in assenza di patologie concomitanti, bisogna cercare di proteggere la cute, facendo uso di barriere (vedi), curando la detersione a livello della linea muco-cutanea.

Un intervento correttivo andrebbe tentato esclusivamente su pazienti in buone condizioni fisiche, fortemente motivati psicologicamente, attuando un'accurata preparazione.

2) Dermatiti: le lesioni della cute peristomale sono di osservazione frequentissima, quasi costante; qualsiasi stomizzato riferisce della propria storia almeno un episodio rilevante di "flogosi" della cute peristomale. Ovviamente si passa da forme molto lievi a forme severe, da quadri acuti a quadri cronici, da impianti di batteri comuni a gravi micosi. Trascurate dal chirurgo, ignorate dall'infermiere, aggravate dall'impiego di materiali disinfettanti, polveri, creme, protesi non idonee, le patologie della cute peristomale hanno dato luogo a rappresentazioni obiettive drammatiche, tanto più condannabili quanto più semplice risulta invece la loro prevenzione e la loro terapia. Dermatiti banali possono essere causate dall'azione irritante delle stese feci, per la presenza di qualche catabolica peraltro evitabile, oppure dall'azione degli adesivi della protesi a causa del frequente ricambio giornaliero.

L'uso di soluzioni disinfettanti incongrue o addirittura controindicate in tali casi quali la soluzione di Dakin o l'alcool denaturato, nonché l'impiego di creme e derivati, possono essere causa di importanti stomiti oltre che di dermatiti, e favorire l'avvio di processi di selezione batterica o di impianto micotico. Sono questi i casi in cui si insatura un circolo vizioso di patologie autoalimentantesi e che culmina sempre nell'impossibilità di far uso della protesi di raccolta con l'aggravamento ulteriore delle dermatiti.

Terapia: qualora la sede sia stata idoneamente scelta e lo stoma eseguito in maniera corretta, non dovrebbero esistere problemi nella prevenzione delle lesioni della cute peristomale. Nel post-operatorio e durante la prima degenza domiciliare fino ai 30 gg. Ci consiglierà l'uso di un sistema a due pezzi trasparente. Dopo il 30° giorno post-operatorio verrà cominciato l'insegnamento della pratica della irrigazione (vedi il suo inserimento nel protocollo ideale di riabilitazione) per restituire alla colostomia una continenza, anche se passiva; in tale maniera non verranno più adoperati i tradizionali sacchetti di raccolta ma minisacche simili a cerotti il cui ricambio è funzionale al termine dell'irrigazione.

Rispettando i tempi su esposti, difficilmente si andrà incontro a processi di dermatite, costituendo quanto già detto la reale prevenzione delle dermatiti peristomali (abbiamo già detto che la corretta esecuzione delle metodiche impedisce la insorgenza delle patologie mentre la mancata osservanza delle regole ha come "naturale conseguenza" le complicanze).

Bisognerà sempre andare alla ricerca della causa della dermatite per cercare di curarla cominciando dalla sua causa. Le cause delle dermatiti possono essere tutte le altre patologie stomali, avendo esse il più delle volte come conseguenza un difficoltoso apparecchiamento e si prenderà quindi in considerazione la terapia di ogni singola patologia stomale. Talvolta si può cercare di ovviare o di differire un intervento più radicale (per esigenze particolari quali le condizioni del paziente o il rifiuto di cura) ed avviare procedimenti di protezione della cute che spesso sono veri e propri capolavori di ingegneria dal punto di vista dell'apparecchiamento stomale con l'impiego di mistici, film, barriere, etc. (per l'utilizzazione vedi cap. sui materiali).

C'è da dire che però in presenza di uno stoma corretto si possono osservare dermatiti peristomali; in tali casi bisognerà concernere l'origine in un inadatto stoma-care sia perché non ben insegnato sia perché non ben appreso o non messo in atto.

Ogni infermiere di reparto, come ogni stomizzato, dovrebbe saper detergere la cute con l'acqua e sapone, conoscere l'uso di sacche fornite di materiali dermoprotettivi e soprattutto essere informato sulla dieta più opportuna ad evitare diarrea e stipsi o sui provvedimenti più idonei per curarne l'insorgenza.

3) Stomiti: è possibile osservare flogosi della mucosa stomale quando si è in presenza di malattie infiammatorie croniche del colon oppure in presenza di diarrea protratta oppure per l'uso di disinfettanti inadatti ed infine per la presenza di un prolasso.

Qualora venga riscontrata la presenza di una malattia infiammatoria del colo (in caso di stomite bisogna sempre escludere la presenza, per evitare inutili provvedimenti terapeutici, avendo cura di eseguire un esame colonscopico) verranno messi in atto i provvedimenti terapeutici più adatti costituendo essa un'evenienza grave nello stomizzato anche se rara.

In caso di stomite bisogna sorprendere l'irrigazione ed usare una protesi a totale protezione della cute peristomale, la quale andrà comunque incontro a fenomeni di dermatite.

Terapia: esclusa la presenza di una malattia organica, si correggeranno i disordini dietetici e si cureranno le cause dell'eventuale diarrea.

4) Distacco muco-cutaneo: Quando la sutura muco-cutanea non sia stata eseguita in sede operatoria, oppure siano stati adoperati materiali di sutura inadatti si crea la possibilità di causare un distacco muco-cutaneo, che si manifesta come un'irregolarità nel contorno della linea di sutura la quale tende al successivo ampliamento verso il totale scollamento; la cute peristomale sarà sede di dermatite e si osserverà

l'insorgenza di una infiltrazione infiammatoria del sottocutaneo con tendenza progressiva alla suppurazione, alla retrazione, alla fistolizzazione, alla stenosi.

Terapia: abbiamo già detto che un'accurata tecnica chirurgica previene ed impedisce l'insorgenza di questa patologia; una volta insorta bisognerà impedire la sua evoluzione verso una delle complicanze ulteriori, ben più gravi, già citate. Quando venga notata una irregolarità della linea muco-cutanea si deve immediatamente favorirne la detersione ed il drenaggio proteggendo la cute peristomale e, nell'eventualità che tale procedimento non ne blocchi l'evoluzione, scollare la colostomia e riconfezionarla. In quest'ultimo caso si provvederà ad un migliore mobilizzazione dell'ansa.

5) Ischemia- Necrosi. Talvolta quello che appare come un distacco muco-cutaneo non è che l'iniziale segno di necrosi della colostomia. L'ischemia e la necrosi sono causate da un'inadeguata irrorazione e l'inadeguatezza si può verificare quando:

- a) La branca ascendente dell'arteria colica sinistra non sia stata risparmiata;
- b) È insufficiente l'apporto della circolazione collaterale dei vasi colici medi;
- c) È troppo stretto l'orificio fasciale.

L'osservazione di una mucosa stomale dal colorito blu scuro dopo l'intervento (in particolare quando questo si sia presentato con qualche difficoltà di ordine tecnico!) dovrebbe mettere in sospetto il chirurgo; quando ciò avviene si assisterà alla tipica evoluzione del quadro dell'ischemia verso quello della necrosi con il progressivo distacco della colostomia e la retrazione, con la formazione di una fistola stercoracea (nella migliore delle eventualità), con la insorgenza del quadro della peritonite.

Terapia: la diagnosi in una fase precoce di tale patologia rende salvi dalle drammatiche fasi evolutive descritte, tramite il rapido invio del paziente alla sala operatoria, il controllo della situazione ad addome aperto e la confezione di una nuova colostomia. L'eventualità descritta al punto c) può verificarsi un poco tardivamente, e la terapia consiste nell'ampliamento dell'orificio fasciale senza l'apertura del peritoneo.

6) Granulomi: una patologia tardiva negli stomizzati è rappresentata dalla comparsa sulla mucosa stomale o sulla linea di sutura di una o più formazioni granulomatose. Si può trattare di formazioni biancastre sulla mucosa (1mm. Circa) la cui comparsa è decisamente più frequente nelle ileostomie che nelle colostomie. Si tratta di nubi fibro-produttivi prospicenza dello stoma (compare anche nelle colostomie quando siano prolassate) (Fig. 8.26, 8.27 A e B).

Solitamente non sono causa di alcuna sintomatologia ma possono preoccupare quando non se ne conosca la natura istologica. Per tale motivo vengono

frequentemente asportati o diatermocoagulati.

Quando insorgono sulla linea di sutura sono conseguenti a reazioni da “punto”; bisognerà quindi attendere o favorirne l'espulsione.

Terapia: come già detto il trattamento è costituito in particolare dalla diatermocoagulazione dei noduli fibroproduttivi e dalla “toilette” per i granulomi da punto. I pazienti che fanno uso dell'irrigazione dovrebbero presentare una minore incidenza di tali lesioni.

7) Suppurazione peristomale: oltre alle patologie precedentemente trattate che possono causare l'insorgenza (malposizioni, distacco, ischemia-necrosi), altre cause possono essere ricercate nella retrazione (vedi) oppure in manovre incongrue di manipolazione della colostomia, durante l'irrigazione, in malati mentali, in alcolisti, che possono causare perforazione dell'ansa nel suo decorso intramurale. È frequente nelle colostomie eseguite sulla (o successivamente in vicinanza) ferita mediana (questo spiega anche l'alta incidenza di questa patologia nelle trasversostomie).

La presenza di feci a livello del piano sottocutaneo induce un rapido fenomeno di flogosi suppurativa che si estende solitamente alla ferita mediana dando luogo alla formazione di fistole.

Terapia: siamo del parere, insieme alla maggior parte degli Autori, che tale patologia avrebbe un'incidenza quasi nulla per gli stomi correttamente piazzati, accuratamente confezionati ed assistiti in maniera idonea.

Una volta che la suppurazione abbia fatto la sua comparsa possiamo sottoporre l'eventuale ascesso pericolostomico all'immediata terapia di drenaggio, avendo cura di instaurare un'alimentazione parentale.

Tale trattamento può avere successo se attuata con tutti i canoni della chirurgia. Molti chirurghi preferiscono comunque riconfezionare la colostomia insieme ad una adeguata revisione chirurgica.

8) Retrazione: uno stoma tende alla retrazione per le seguenti cause:

- a) Moncone corto;
- b) Sequele di suppurazione peristomale;
- c) Postumi evolutivi di ischemia-necrosi;
- d) Distacco muco-cutaneo (Fig. 88.28).

Ciascuna delle già menzionate cause ha le sue radici in un inconveniente tecnico. Una maggiore attenzione (non ci stancheremo mai di attardarci su questo aspetto) ha dimostrato, in molte casistiche, la caduta della incidenza di tali complicanze. Uno

stoma retratto viene apparecchiato con difficoltà e sono favorite le infezioni della cute peristomale. La naturale evoluzione della retrazione è verso la stenosi.

Terapia: di norma il reintervento comportante una migliore mobilitazione dell'ansa (senza apertura del peritoneo) e la sua accurata fissazione ad un orificio cutaneo idoneo risolvono questo quadro patologico.

9) Stenosi: come per la retrazione, anche per questa patologia la causa va ricercata in una inadeguata condotta chirurgica. L'insufficiente diametro di un orificio cutaneo è comunque la causa più frequente della stenosi (Fig. 8.28, 8.29).

Terapia: la stenosi rappresenta la prima causa di revisione nelle ileostomie con percentuali intorno al 20%; nelle colostomie si può tentare con successo una dilatazione prudente eseguita personalmente dal chirurgo con estrema accuratezza. Qualora questo procedimento, che si può protrarre anche per mesi (dopo idonea preparazione del paziente), non dia risultati sperati si dovrà procedere alla revisione della colostomia, all'allargamento dell'orificio cutaneo, previa mobilitazione dell'ansa e nuova confezione della sutura muco-cutanea.

10) Prolasso: dopo le infezioni e le ernie, il prolasso rappresenta la patologia propria dello stoma di più frequente osservazione (5-10%)

La sua frequenza è molto più elevata nelle colostomie derivative, a causa dell'insufficienza fissazione sui tre piani (peritoneale, fasciale, cutaneo), ed in particolare nelle trasversostomie.

Si possono distinguere i cosiddetti prolassi mucosi, nei quali è essenzialmente la mucosa che protrude dal lume stomale, dai prolassi totali tipici delle colostomie derivative. Si può associare all'ernia peristomale. Altra frequente causa del prolasso stomale è l'uso di apparecchi protesici rigidi dotati di cintura e le pancere con orificio per la sacca. Tali condizioni patogenetiche ci fanno comprendere quanto è mutata l'assistenza allo stomizzato se si pensa che le apparecchiature descritte erano state studiate e costruite per l'arcaico "stomacare", ed oggi sono invece assolutamente bandite.

Si può invece far uso, talvolta, mai in maniera stabile, di protesi dotate di cinture (si tratta di protesi morbide con cinture accuratamente calibrate). Il prolasso stomale è causa di difficoltoso stoma-care anche se, pur in presenza, è possibile eseguire una normale irrigazione ed adoperare protesi normali.

Terapia: i prolassi causa di maggiori problemi sono quelli associati ad ernia peristomale (vedi) per i quali l'apparecchiamento delle protesi e la pratica irrigativa

diventano impossibili. In queste condizioni bisogna procedere ad un intervento di revisione che consiste, per il prolasso semplice, nella liberazione accurata dell'ansa fino al peritoneo, nella resezione del tratto eccedente, nella sutura muco-cutanea.

11) **Ernia peristomale:** è la più frequente patologia stomale (15-20%) e la sua incidenza è maggiore (oltre che negli stomi derivativi come già osservato per il prolasso stomale) quando lo stoma non attraversa il muscolo retto addominale. Altre cause, oltre questa, sono la confezione sulla stessa ferita mediana oppure orificio eccessivamente ampio oltre ovviamente a difetti di fissazione a livello fasciale.

Terapia: il trattamento è sempre chirurgico e la scelta dell'intervento dipende dalle dimensioni dell'ernia. Essendo tale revisione dell'ernia peristomale gravata da recidive occorre che l'intervento sia eseguito in maniera molto accurata.

Per ernie di notevoli dimensioni in pazienti obesi alcuni suggeriscono l'impianto di materiali sintetici ma, a nostro parere, in tal modo si può avere un'aumentata incidenza di suppurazioni e quindi di recidive.

In tali casi sarebbe semmai preferibile, eventualmente, nei casi clinici che lo permettono, un reimpianto delle colostomie su una sede diversa (possibilmente attraverso le fibre del muscolo retto addominale). Le ernie di piccole e discrete dimensioni possono essere correttamente trattate con suture diretta.

12) **Emorragia:** assai poco frequenti ma estremamente gravi sono le emorragie della mucosa stomale. Una concomitante ipertensione portale o l'associazione con ripetizioni epatiche multiple rendono la mucosa dello stoma (per la presenza di varici) esposta a fenomeni di sanguinamento anche molto cospicui, talvolta infrenabili, fanno risultare impossibile, anzi controindicato, l'apparecchiamento della protesi.

Terapia: una recente revisione della letteratura ha messo in risalto la frequente inefficacia di misure di controllo locale del sanguinamento e consiglia, ove possibile, l'esecuzione di shunts porto-sintetici. L'intervento locale proposto da alcuni, peraltro molto indaginoso e spesso infruttuoso, prevede la liberazione dell'ansa fino al livello peritoneale con legature vascolari accurate. È interessante l'improvvisazione di sbarramenti e l'uso di protesi senza adesivi.

13) **Fistole:** molto più frequenti nelle ileostomie, a causa delle caratteristiche stesse di questo tipo di stoma e delle patologie che ne hanno causato l'istituzione, si possono verificare nelle colostomie come conseguenza di altre patologie stomali mal trattate (vedi suppurazione, retrazione, necrosi). Esse sono state descritte a seconda del tipo

di decorso, individuabile tramite specillazione (Fig. 8.34): possono inoltre attraversare l'ansa senza prendere rapporti con la cute (trans-stomiali), essere a partenza della mucosa stomale terminando sulla cute peristomale (peristomiali), avere lo sbocco sulla cute ma essere a partenza profonda (viscero-cutanee).

Terapia: quale che sia il decorso, il trattamento delle fistole peristomiali è sempre il chirurgo, prevedendo la loro escissione completa. Nelle fistole del terzo tipo descritto (frequenti nelle ileostomie) spesso è conveniente attendere dopo l'attuazione dell'alimentazione parentale totale e la terapia della malattia di base (Crohn).

A conclusione del vasto capitolo sulla patologia stomale risulta manifestamente evidente quanto sia possibile fare nel capitolo della prevenzione. In primo luogo, la prevenzione delle patologie stomali è chirurgica risiedendo nelle norme di volta esposte di accuratezza tecnica, preparazione e tempestività.

In secondo luogo, la prevenzione ha la sua sede nella delicata fase dell'addestramento del paziente da parte sia del chirurgo che dell'infermiere stomaterapista. In ambedue i casi vogliamo mettere in risalto la crescente importanza di quest'ultimo settore specialistico che copre un rilevante ruolo nella moderna chirurgia ano-rettale. La messa in atto di studi, ricerche, sperimentazioni ha rivoluzionato questo capitolo nelle mani di chirurghi che hanno specificamente indirizzato la loro competenza nel campo di una chirurgia, pur vasta e soprattutto modernissima, quale quella ano-rettale.

Noi non consideriamo ulteriore complicanza su colostomie l'insorgenza di una recidiva neoplastica a distanza di tempo dall'intervento resettivo.

Si tratta di evenienza eccezionale che la nostra esperienza ci è comunque accaduto di riscontrare e che quindi descriviamo.

BIOGRAFIA

1. BACON H.E., GUTTIEREZ R.R. Cancer du rectum e du colon. 2402 cas. Dis. Colon rectum, 1976, 10-61.
2. BATTISTI G., LA TORRE F. Il cancro del retto-sigma: considerazioni su una casistica di 129 casi. "Recentia Medica" Vol. XVI, N5-6, Mag-Giu 1997.
3. BELSEY R. Traitement Chirurgical Des Stenoses Benignes Fibreuses De l'Oesophage. Lyon Chir. 1969, 65 (6): 832-841.
4. GALLONE G. PATOLOGIA Chirurgica. Vol. 1-2, CEA 1976.
5. GIUDICELI R., DUMON J.F., FUENTES P., OTTOMANI R., REBOUD E. Les stenoses Peptiques Severes de l'Oesophage – Attitude Therapeutique et Resultats. Ann. Gastroenterol. 1979, 3, 171-176.
6. HEIMLICH H.J. Carcinoma of the Cervical Esophagus. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1970, 59, 309-313.
7. MAILLET P., BOULEZ J., BAULIEUX J., PEIX J., DONNER R. STENOSE Peptique ou Cancer de l'Oesophage. Chirurgie, 1980, 106, 719-721.
8. MARCOZZI G. Patologia e Clinica Chirurgica. 2° Edizione, Vol 1-2, Minerva Medica 1980.
9. SKINNER D.B. Le Traitement des Stenoses benignes de l'oesophage. Ann. Chir., 1980, 34 (5): 376-377.
10. KEIGHLEY M.R.B. Colostomy. In: Surgery of the Anus, Rectum and Colon, 2nd edn (eds. Keighley MRB and Williams NS) (1997), pp. 258-307. WB Saunders Co.
11. STRANGERS M.A.G., TAAL BG, AARONSON NK, VELDE A. Quality of life in colorectal cancer: stoma vs nonstoma patients. Dis. Colon Rectum 1995; 38:360-9.
12. WARA P., SORENSEN K., BERG V. Proximal faecal diversion: review of ten years' experience. Dis. Colon Rectum 1981; 24:114-9.
13. LA TORRE F, MESSINETTI. Trattato di clinica enterostomale. Cesi 1986.
14. LA TORRE F. Nuovo Trattato delle Stomie; CESI Casa Editrice Scientifica Internazionale, 2002.

2.12 STOMIE DIGESTIVE IN ETÀ PEDIATRICA, STOMIE NUTRIZIONALI E DERIVATIVE



MIRIAM DUCI

*Dottoranda e specialista in Chirurgia Pediatrica
UOC Chirurgia Pediatrica - Azienda Ospedale Università Padova*



ANDREA VOLPE

*Dirigente medico
UOC Chirurgia Pediatrica - Azienda Ospedale Università Padova*



PIERGIORGIO GAMBA

*Prof. ordinario di Chirurgia Pediatrica - Università di Padova
UOC Chirurgia Pediatrica - Azienda Ospedale Università Padova*

Una stomia digestiva è una comunicazione artificiale creata chirurgicamente, tra un organo cavo del tratto digerente e la superficie della pancia contro cui quell'organo si proietta.

Una stomia può svolgere due funzioni principali: drenare all'esterno il contenuto del viscere su cui è stata creata (stomia derivativa) o infondere al suo interno, direttamente attraverso la parete della pancia, farmaci, acqua o nutrimento (stomia nutrizionale). La necessità di posizionare una stomia in un viscere del tratto digerente

nasce quando la via naturale di svuotamento, o di riempimento, di quel viscere non è funzionante. In età pediatrica le cause di questo tipo malfunzionamento possono essere varie e interessare età anche molto diverse, dal periodo neonatale all'adolescenza. Ne sono alcuni esempi le malformazioni congenite del tratto gastro-intestinale, l'enterocolite necrotizzante del neonato, le malattie infiammatorie croniche intestinali, le patologie neuro-muscolari che conducono alla perdita della deglutizione, le malattie metaboliche e l'insufficienza renale. Il confezionamento di una stomia avviene sempre in sala operatoria in anestesia e richiede un ricovero ospedaliero per il monitoraggio dopo l'intervento. Possono essere utilizzate tecniche diverse, come quella endoscopica, laparoscopica o laparotomica. Ogni stomia richiede una gestione a casa che viene seguita in parte dalla famiglia, ed in parte da operatori specializzati in regime ambulatoriale. Questa gestione prevede l'igiene dello stoma, la sostituzione del dispositivo di raccolta ed il suo svuotamento, nonché il monitoraggio del corretto funzionamento dello stoma per la prevenzione o il rapido riconoscimento delle possibili complicanze.

INTRODUZIONE

Il sistema digerente è un insieme di organi che, tutti insieme in modo coordinato, lavorano per svolgere le seguenti funzioni:

- 1.introduzione degli alimenti all'interno del nostro corpo attraverso i pasti;
- 2.digestione degli alimenti in piccole parti;
- 3.assorbimento delle sostanze nutrienti inclusa l'acqua;
- 4.espulsione del materiale di scarto sotto forma di feci solide.

Tutti gli organi del sistema digerente sono collegati, svolgono in una sequenza ordinata la loro funzione e si contraggono per far muovere in avanti il loro contenuto (succo gastrico, alimenti digeriti, bile o feci) una volta terminato il loro contributo.

Per lo scopo di questo testo è importante conoscere solo alcuni organi principali del sistema digerente (fig1)

1. la bocca, che attraverso la masticazione ci permette di ingerire gli alimenti;
- 2.l'esofago, che è come un tubo morbido e attraversa il torace, con lo scopo di portare nella pancia il boccone che abbiamo appena mandato giù;
3. lo stomaco, che si trova nella parte più alta della pancia, e, come un contenitore morbido raccoglie dall'esofago il cibo masticato e inizia la digestione sciogliendolo e separandolo in piccole parti, grazie anche alla produzione di acido;

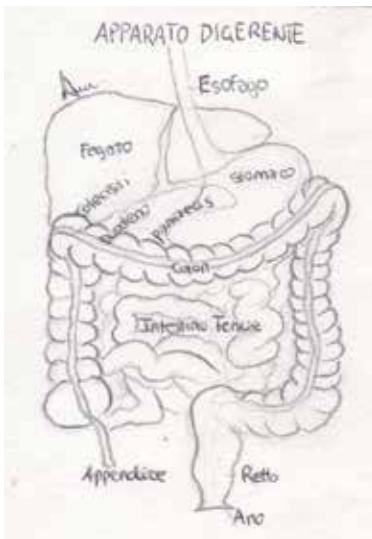


Fig. 1 Anatomia apparato digerente

4. l'intestino, che è quell'organo cavo che si trova all'interno della pancia e si estende come un lungo tubo ripiegato, dallo stomaco fino all'ano. Nell'intestino si distinguono due parti principali:

- il piccolo intestino riceve il materiale digerito proveniente dallo stomaco e svolge la funzione di assorbimento nutritivo.
- il colon riceve il materiale residuo dal precedente assorbimento e lo trasforma in feci riassorbendo l'acqua e spingendolo in direzione dell'ano.

Una stomia digestiva è una comunicazione artificiale, creata chirurgicamente, tra un organo cavo del tratto digerente e la superficie della pancia contro cui quell'organo si proietta.

Una stomia può svolgere due funzioni principali:

1. infondere all'interno di un organo, direttamente attraverso la superficie della pancia, farmaci, acqua o nutrimento (stomie nutrizionali);
2. svuotare il contenuto di un organo direttamente all'esterno della pancia (stomia derivativa).

Un intervento chirurgico per il posizionamento di una stomia si rende necessario in età pediatrica quando a causa di una malattia o di una malformazione congenita, uno o più degli organi del sistema digerente che abbiamo descritto non può svolgere la sua funzione. La stomia si sostituisce a questa funzione mancante permettendo la nutrizione o lo svuotamento artificiale.

L'intervento chirurgico può rendersi necessario in urgenza o essere pianificato e programmato dopo una decisione presa dai medici curanti ed un consulto chirurgico. A seconda dell'età, delle condizioni del bambino e della patologia che richiede il posizionamento di una stomia, il chirurgo decide quale tecnica utilizzare.

Oltre alle tecniche di chirurgia tradizionale esistono infatti anche tecniche di chirurgia mininvasiva come la laparoscopia o l'endoscopia.

- La laparoscopia utilizza piccole incisioni di 5-10 mm per inserire dentro la pancia una telecamera e dei piccoli strumenti che possono essere manovrati dal chirurgo dall'esterno sotto la guida delle immagini proiettate dalla telecamera su uno schermo.

- L'endoscopia utilizza strumenti chiamati endoscopi, che hanno l'aspetto di un tubo flessibile con una telecamera montata sulla punta. L'endoscopio viene introdotto attraverso un'apertura naturale del sistema digerente, come ad esempio la bocca, ed il chirurgo sotto la guida delle immagini proiettate dalla telecamera su di uno schermo può avanzare lo strumento fino all'interno degli organi addominali, come ad esempio lo stomaco. Utilizzando le immagini e piccoli strumenti che possono scorrere all'interno dell'endoscopio possono essere eseguite procedure diagnostiche e chirurgiche come il posizionamento di una stomia nello stomaco.

Tutte le tecniche prevedono l'utilizzo di strumenti pediatrici progettati per le dimensioni dei bambini, anche quelli molto piccoli, e si svolgono in una sala operatoria attrezzata. Tutti questi interventi chirurgici vengono svolti in anestesia ed anche questa può essere di diverso tipo a seconda delle caratteristiche della procedura e del paziente.

Il bambino riceve l'assistenza di un'anestesista specializzato in pazienti pediatriche che lo addormenta e somministra i farmaci necessari perché non senta dolore. L'anestesista monitora le funzioni vitali del bambino e procede al risveglio quando la procedura è terminata.

Dopo l'intervento il bambino viene monitorato nel reparto pediatrico più adatto

in base sia al tipo di intervento effettuato che alle condizioni del piccolo paziente. Il ricovero dura per alcuni giorni e la durata complessiva dipende dalla procedura e dalle condizioni del paziente.

Stomie nutrizionali

TERAPIA NUTRIZIONALE E NUTRIZIONE ENTERALE

La terapia nutrizionale è la somministrazione artificiale di sostanze nutrienti e viene utilizzata nei bambini quando viene a mancare, in tutto o in parte, la loro capacità di alimentarsi adeguatamente per bocca, oppure di digerire o assorbire i pasti, o di svuotare adeguatamente l'intestino.

La nutrizione enterale è una modalità di terapia nutrizionale che prevede la somministrazione di sostanze nutrienti direttamente nello stomaco o nella prima parte dell'intestino immediatamente dopo lo stomaco. Le sostanze nutrienti vengono fornite sotto forma di formula nutrizionale, ovvero una miscela liquida di facile assorbimento che non richiede una digestione completa.

La nutrizione enterale può essere effettuata attraverso diversi presidi, a seconda della durata prevista del trattamento:

- Breve durata (fino a 6-8 settimane): sondino per alimentazione (sondino nasogastrico/sondino naso-digiunale)
- Lunga durata (più di 6-8 settimane): stomia nutrizionale (gastrostomia, gastrodigiunostomia).

I sondini per alimentazione sono tubi sottili che vengono inseriti manualmente nel naso e scendono lungo l'esofago fino allo stomaco o alla prima parte dell'intestino, chiamata digiuno. Sono dei presidi temporanei che non richiedono procedure chirurgiche o anestesia. Per lo scopo di questo testo ci focalizzeremo sui presidi a lunga durata, ovvero le stomie nutrizionali.

INDICAZIONI

I bambini possono aver bisogno di terapia nutrizionale per motivi e con tempi diversi. Le malattie neurologiche come la paralisi cerebrale infantile, le malformazioni cerebrali congenite, le sindromi epilettiche e le distrofie muscolari possono indebolire la loro capacità di utilizzare i muscoli della bocca e della lingua rendendoli non in grado di masticare o mandare giù nello stomaco il boccone masticato.

Questo si traduce spesso in un'alimentazione scarsa ed insufficiente per la crescita, oltre che a sintomi importanti come vomito, rigurgito e tosse durante i pasti, dovuta al mancato controllo dei muscoli della bocca e al passaggio involontario di cibo nelle vie aeree e nei polmoni.

Altri bambini possono nascere con malformazioni congenite dell'esofago che richiedono una ricostruzione chirurgica complessa, come l'atresia dell'esofago. In alcuni casi prima che l'esofago sia completamente funzionante è necessaria una stomia nello stomaco per permettere al bambino di assumere il latte necessario per crescere fino a che l'esofago non viene ristabilito chirurgicamente.

Alcuni bambini sono affetti da malattie metaboliche o renali che richiedono la somministrazione di grandi quantità di farmaci o liquidi per bocca. In questi casi, pur essendo conservata la loro capacità di mangiare e bere, può essere difficile per le famiglie far sì che il bambino prenda da solo una grande quantità di medicine, che sono tuttavia salvavita e devono essere prese nelle quantità esatte. Una stomia nello stomaco in queste situazioni è un mezzo sicuro per dare al bambino i farmaci necessari con la regolarità richiesta.

GASTROSTOMIA

La gastrostomia è una comunicazione artificiale tra la cavità dello stomaco e la superficie dell'addome, che consente di far arrivare direttamente nello stomaco liquidi, farmaci o nutrienti, senza utilizzare la prima parte del tratto digestivo composta dalla bocca e dall'esofago (fig. 2)

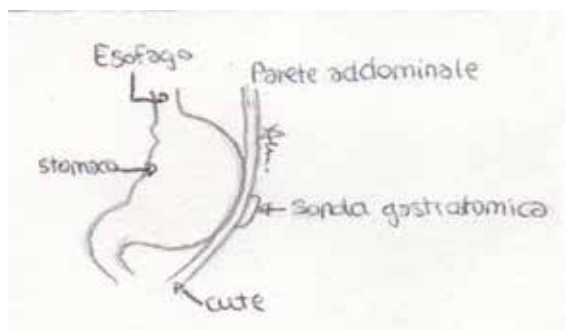


Fig. 2 Gastrostomia

La gastrostomia si associa sempre ad una sonda gastrostomica, ovvero uno speciale tubo morbido e sottile che entra nello stomaco attraverso la parete dell'addome, dove resta a dimora per consentire la somministrazione di formula nutrizionale, acqua o farmaci.

TECNICA CHIRURGICA

La gastrostomia può essere posizionata con tecnica endoscopica (ovvero senza incisioni chirurgiche) (fig 3,4), con tecnica laparoscopica (utilizzando piccole incisioni da 5-10 mm) o con tecnica chirurgica tradizionale, attraverso una incisione di alcuni cm nella parte alta della pancia. Il chirurgo decide la tecnica più adatta al bambino tenendo conto delle sue condizioni e dei rischi chirurgici ed anestesiológicos.

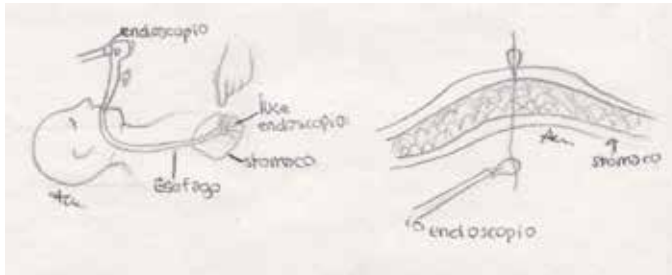


Fig.3 - 4: Posizionamento Gastrostomia per via endoscopica

SONDE GASTROSTOMICHE

Esistono tre tipi principali di sonde gastrostomiche, tutte hanno degli elementi in comune che sono:

- la presenza di un tubo morbido che attraversa la parete dell'addome passando dentro lo stoma;
- un'estremità del tubo dedicata a stare dentro lo stomaco, che presenta un dispositivo di ancoraggio interno, con lo scopo di impedire al tubo di fuoriuscire; questo dispositivo può essere rigido o collabibile a palloncino;
- la presenza di un dispositivo di ancoraggio esterno, che impedisce al tubo di scivolare dentro lo stomaco e che in genere è un disco o una barra (chiamati flangia), che avvolge il tubo e lo blocca a livello della pelle;
- la presenza di una estremità esterna del tubo, dove sono presenti uno o più raccordi per siringa o pompa per nutrizione enterale
- la disponibilità di diametri diversi a seconda delle dimensioni dello stoma e del bambino

1. PEG (“Percutaneous Endoscopic Gastrostomy”), è la sonda che si utilizza nel posizionamento con tecnica endoscopica, è caratterizzata da un dispositivo di ancoraggio interno fatto a forma di disco rigido, chiamato “bumper”, le dimensioni del disco eccedono quelle dello stoma impedendo alla sonda di fuoriuscire dallo stomaco, anche se trazionata. Questo tipo di sonda nei bambini viene posizionata con un’endoscopia e rimossa quando la stomia si è ben cicatrizzata, mediante una seconda endoscopia, in genere a questo punto viene inserita una sonda gastrostomica con palloncino.

2. Sonda gastrostomica con palloncino (fig 5) è la sonda utilizzata per il confezionamento con tecnica laparoscopica o chirurgica tradizionale. Il dispositivo di ancoraggio interno è un palloncino morbido che si trova all’estremità interna della sonda. Il palloncino si può gonfiare e sgonfiare dall’estremità esterna, con dell’acqua attraverso un apposito raccordo per siringa. Quando sgonfio il palloncino si appiattisce e mantiene l’estremità interna della sonda sottile, così che si possa infilare con facilità nello stomaco; una volta inserita la sonda nello stomaco il palloncino può essere gonfiato, questo aumenta il diametro della punta della sonda e le impedisce di uscire.

In questo caso l’estremità esterna della sonda oltre ai raccordi per la nutrizione presenterà un raccordo per gonfiare e sgonfiare il palloncino. Il tubo conterrà al suo interno due vie, una che raggiunge la cavità dello stomaco per la somministrazione di farmaci e nutrizione ed uno più sottile che raggiunge il palloncino per gonfiarlo o sgonfiarlo.



Fig. 5 Sonda con palloncino

3) sonda a basso profilo o “bottone (fig. 6): presenta le stesse caratteristiche di una sonda con palloncino, il tubo tuttavia è molto corto e si ferma a livello della pelle.

-Per essere utilizzato deve essere collegato ad una prolunga con un apposito raccordo. Una volta terminato l'utilizzo la prolunga può essere scollegata e il bottone si chiude, rimanendo invisibile sotto i vestiti. Il vantaggio della sonda a basso profilo è proprio nello scarso ingombro dato dal tubo molto corto. È necessario, tuttavia, avere sempre la prolunga a disposizione per poter utilizzare la sonda. Esistono due tipi di prolunga:

-con connettore ad angolo retto: per l'alimentazione continua o a bolo

-con connettore dritto: per l'alimentazione a bolo con siringa e per permettere la fuoriuscita di gas o materiale gastrico.



Fig. 6 Bottone gastrostomico

4) sonda gastrodigiunostomica: è una sonda più lunga progettata in modo che l'estremità interna prosegua dallo stomaco fino alla prima parte dell'intestino, chiamata digiuno, così che la nutrizione sia somministrata evitando il riempimento dello stomaco.

Vengono prodotte nelle stesse varianti delle sonde gastrostomiche: con bumper rigido o PEGJ (Percutaneous Endoscopic GastroJejunostomy), con palloncino e a basso profilo.

Le sonde gastrodigiunali hanno quindi due vie per la somministrazione di farmaci o nutrizione enterale con due raccordi distinti:

- la via gastrica che si apre nello stomaco
- la via digiunale che apre nell'intestino

La principale indicazione al posizionamento di una gastrodigiunostomia è la mancata tolleranza all'alimentazione per via gastrica.

Gestione

ALIMENTAZIONE ENTERALE

-Per la somministrazione della formula nutrizionale ci sono diverse modalità, quella più appropriata viene stabilita dal medico curante insieme allo specialista in nutrizione clinica che segue il bambino. Infusione continua: si intende la somministrazione del nutrimento nel corso di diverse ore o dell'intera giornata, tramite l'utilizzo di una pompa apposita ("nutripompa"). Bisogna sempre ricordarsi al termine della nutrizione di lavare la sonda con acqua per evitare incrostazioni.

- Alimentazione a boli/intermittente: si intende la somministrazione frazionata dei pasti durante la giornata con periodi di sospensione, secondo uno schema nutrizionale personale. Tale somministrazione può essere eseguita tramite siringa o nutripompa programmando volumi e velocità di infusione. L'alimentazione a boli rispecchia maggiormente i ritmi fisiologici e favorisce anche un'interazione fra genitori e figli durante il momento del pasto ed è di solito quella preferita se non ci sono problemi di tolleranza.

La scelta dell'una o dell'altra dipende dalle condizioni cliniche del bambino, dalle caratteristiche anatomiche e funzionali del tratto gastro-intestinale e dalla tolleranza dell'alimentazione enterale. Le miscele nutritive devono essere somministrate a temperatura ambiente, conservate lontano dalla luce e fonti di calore. Nella nutrizione in pompa continua il paziente deve almeno tenere il capo sollevato durante l'infusione mentre nella nutrizione a bolo deve stare in posizione seduta o semi seduta e mantenere tale posizione per almeno 1 ora dopo la somministrazione del pasto. Nel caso sia necessario mantenere una posizione sdraiata, è importante assicurare almeno il decubito laterale destro che favorisce lo svuotamento gastrico. L'acqua supplementare per idratare il bambino può essere somministrata tramite siringa o nutripompa tra un pasto e l'altro, secondo lo schema nutrizionale impostato.

PULIZIA E MEDICAZIONE DELLO STOMA

La cute circostante lo stoma deve essere quotidianamente controllata e pulita. In genere è preferibile usare solo soluzione fisiologica in quest'area, questo non toglie che il bambino possa fare il bagnetto o la doccia con acqua e sapone neutro una volta che lo stoma si sia ben cicatrizzato.

È importante sempre asciugare la zona dopo il lavaggio per evitare l'umidità che favorisce la proliferazione di batteri o funghi con rischio di infezione locale.

È possibile utilizzare una garza o una medicazione soffice antidecubito (metallina, o altri prodotti specifici) per ridurre la pressione della sonda sulla pelle.

È raccomandato ruotare la sonda e trazionarla delicatamente ad ogni medicazione, per verificare che sia ben mobile all'interno dello stoma, e per evitare eccessiva pressione, arrossamenti ed ulcere da decubito.

Per le sonde con palloncino è importante almeno una volta ogni 7-10 giorni, verificare che la quantità di acqua presente nel palloncino sia costante e nella quantità indicata nelle istruzioni della sonda, che di solito è stampata sul raccordo esterno nella via per il palloncino. L'acqua, infatti, tende ad evaporare causando nel tempo l'appiattimento del palloncino e la fuoriuscita della sonda dallo stomaco. Nel caso al controllo la quantità d'acqua sia inferiore a quella attesa, basterà aggiungere quella mancante. A questo scopo è importante utilizzare acqua distillata e non soluzione fisiologica, questa infatti contiene in soluzione sale, che può cristallizzare nel palloncino, ostruendolo e rendendo la sonda inutilizzabile.

SOSTITUZIONE DELLA SONDA GASTROSTOMICA

Tutte le sonde gastrostomiche devono essere sostituite periodicamente, in genere dopo almeno 3-6 mesi di utilizzo, questo perché l'acido prodotto dallo stomaco e l'utilizzo ripetuto deteriorano il materiale con il rischio di rottura o malfunzionamento. Ad eccezione della sonda tipo PEG che richiede una sostituzione in anestesia, le sonde con palloncino possono essere sostituite ambulatorialmente, da medici o infermieri specializzati.

Complicanze

Rottura

La sonda può rompersi in qualunque punto, in genere questo è causato dall'usura per utilizzo. Si vedrà la formula nutrizionale o i farmaci somministrati fuoriuscire da una piccola fessura a livello del tubo o dei raccordi. In questi casi la sonda va sostituita

-Rimozione accidentale della sonda

Si verifica quando il palloncino è rotto o sgonfio, quando il tubo si rompe completamente e si separa dalla parte interna o quando la sonda viene accidentalmente trazionata con molta forza. In questi casi è importante riposizionare una nuova sonda il prima possibile, questo perché lo stoma, in assenza di una sonda al suo interno, tende a chiudersi rapidamente nel corso di poche ore. Per le sonde con palloncino è possibile riposizionare la stessa sonda e fissarla con del cerotto nell'attesa di farla

sostituire il prima possibile se non funzionante. Per le sonde tipo PEG è invece importante portare il bambino il prima possibile presso il centro di riferimento per il riposizionamento, che potrebbe richiedere una nuova endoscopia.

- Granuloma e dermatite peristomale

Il granuloma è una formazione di tessuto friabile, di colore rosso che si localizza intorno allo stoma. È il risultato di una infiammazione cronica secondaria alla presenza della sonda, che viene riconosciuta come un corpo estraneo dai tessuti circostanti. Talvolta il granuloma può sanguinare.

In molti casi un trattamento caustico locale con matita al nitrato d'argento favorisce la cicatrizzazione del granuloma ed è possibile effettuarlo ambulatorialmente presso il centro di riferimento.

Può succedere inoltre che la cute intorno allo stoma possa arrossarsi perché irritata dal reflusso dei succhi gastrici acidi verso l'esterno. In tal caso, oltre a mantenere la cute asciutta e pulita è consigliabile applicare polveri tipo sulcrafato che assorbono l'acido ed evitano che irriti la cute. Un'altra causa più rara di arrossamento della pelle è l'infezione da funghi, questa può esser confermata con un tampone e trattata con terapia antimicotica locale o sistemica.

Nel caso in cui la sonda gastrostomica sia troppo corta o il dispositivo di fissazione esterna troppo stretto, questo può esercitare una pressione eccessiva sulla pelle causando arrossamento o vere e proprie ulcere da decubito.

- Prolasso della mucosa gastrica

Raramente la mucosa che riveste la parete interna dello stomaco può uscire attraverso lo stoma. L'aspetto è quello di un tessuto rosso e friabile che avvolge tutto intorno la sonda, un piccolo prolasso può essere molto simile ad un granuloma. Spesso il prolasso si associa ad altri sintomi come perdite abbondanti dallo stoma ed arrossamento della cute circostante, si tratta di una situazione che richiede una valutazione specialistica presso il centro di riferimento e che in alcuni casi per essere risolta necessita di un reintervento.

- Buried Bumper Syndrome

È una complicanza che si verifica nelle sonde tipo PEG, quando vengono fissate troppo strette sulla pelle. Il disco di fissazione interna chiamato bumper per effetto della troppa pressione affonda prima nella parete dello stomaco e poi nella parete dell'addome fino ad uscire dalla pelle. Il problema si rende evidente perché l'estremità interna della sonda, in questo modo, esce dalla cavità gastrica e la sonda stessa non funziona più. L'utilizzo causa dolore al bambino perché la formula enterale si spande nei tessuti della parete dell'addome, sottopelle, causando infiammazione.

Questa è una complicanza importante che richiede una valutazione specialistica urgente nel centro di riferimento e il riposizionamento in anestesia della sonda.

- Perdita di materiale dallo stomaco attraverso la stomia (leakage)

La gastrostomia indipendentemente dal tipo di sonda è studiata per essere a tenuta e permettere di far fuoriuscire il contenuto dello stomaco solo attraverso la sonda. Può succedere in alcuni pazienti che si abbiano perdite abbondanti di succo gastrico o formula nutrizionale dallo stoma, intorno alla sonda. Questo può succedere per diversi motivi, ad esempio un'alimentazione a velocità troppo elevata che sovradistende lo stomaco o un non sufficiente riempimento del palloncino. In altri casi la dermatite peristomale determina una infiammazione anche dei tessuti più profondi della parete addominale con allargamento dello stoma che perde tenuta. Una valutazione specialistica può individuare il problema e mettere in atto la soluzione più adeguata.

Stomie di derivazione intestinale

DEFINIZIONE E DIVERSI TIPI DI STOMIE INTESTINALI

Una stomia di derivazione intestinale è una comunicazione artificiale, creata chirurgicamente, tra l'intestino tenue o il colon e la superficie addominale.

Durante l'intervento chirurgico le pareti dell'intestino vengono incise, aperte, fatte passare attraverso i muscoli addominali ed abboccate alla pelle attraverso dei punti di sutura.

La stomia permette in questo modo al contenuto dell'intestino di svuotarsi all'esterno e raccogliersi in un sacchetto che può essere facilmente svuotato.

Si chiama ileostomia una stomia posizionata a livello dell'ultima parte dell'intestino tenue, l'ileo (Fig7). Si chiama colonstomia, una stomia posizionata nel colon (Fig 8).

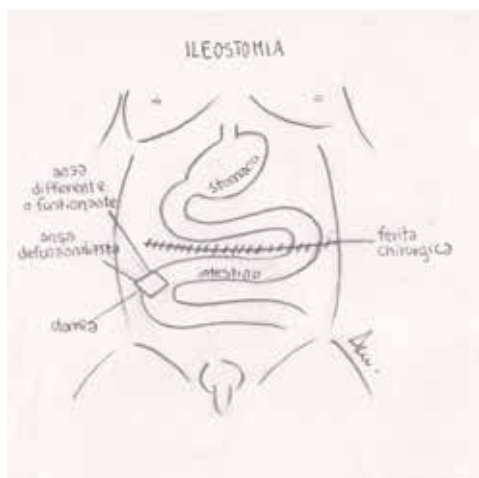


Fig. 7 Ileostomia

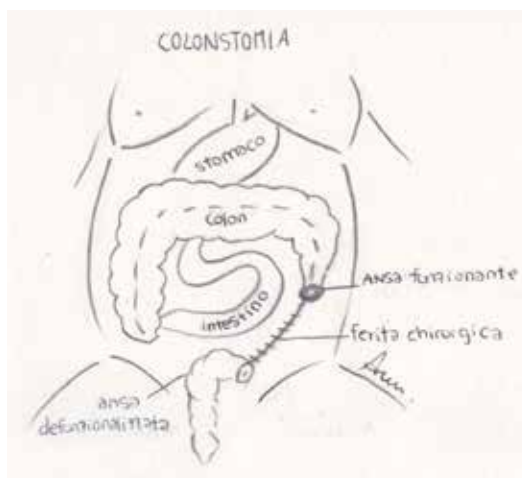


Fig. 8 Colostomie

Immaginando l'intestino come un tubo morbido, nel momento in cui questo viene inciso e diviso chirurgicamente, si creano due estremità, ciascuna con un'apertura o "bocca".

Un'estremità sarà in comunicazione con quella parte di intestino che risale fino allo stomaco, sarà quella che verrà rifornita di materiale intestinale e che consentirà il funzionamento della stomia. Questa viene chiamata ansa afferente o funzionante. L'altra estremità sarà quella in continuità con l'intestino che raggiunge invece l'ano. Questa rimarrà esclusa dal contenuto intestinale che viene drenato attraverso l'ansa funzionante nel sacchetto di raccolta, viene chiamata ansa efferente o defunzionata. (Fig.9)

È possibile che una stomia contenga solo l'ansa funzionante, mentre l'ansa defunzionata, una volta chiusa, rimarrà dentro l'addome.

Spesso in età pediatrica si inseriscono in un unico stoma, cioè in un'unica apertura sulla pancia, entrambe le anse, o "bocche", della stomia, sia quella funzionante che quella defunzionata, che si troveranno l'una al di sopra o al fianco dell'altra.

Portare sulla pancia l'ansa defunzionata rende possibile l'accesso dall'esterno a quella parte di intestino che viene esclusa dal transito delle feci, all'interno di essa possono essere inseriti dei tubi in poliuretano morbidi e sottili, che consentono ad esempio di fare dei lavaggi con soluzione fisiologica o di infondere del mezzo di contrasto radiologico, una sostanza che permette di evidenziare la forma e

le dimensioni dell'intestino durante l'esecuzione di una radiografia. Queste due procedure risultano molto utili nel caso di interventi ricostruttivi complessi che si svolgono in più tempi e richiedono una pianificazione accurata.

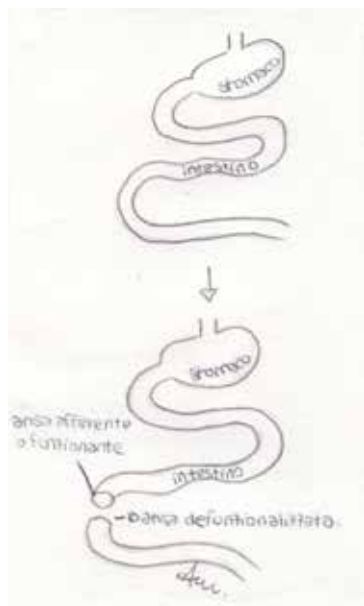


Fig. 9 Ansa afferente-funzionante e ansa efferente-defunzionizzata

Le due anse, o “bocche”, della stomia possono anche essere posizionate sulla parete addominale in due aperture separate, in questo caso la stomia viene definita ad “anse separate”. Questa soluzione viene utilizzata quando si preferisce che le due anse siano completamente indipendenti, per gestire con più facilità l'ansa defunzionizzata, ed accedervi senza dover rimuovere il sacchetto di raccolta. Questo è quello che succede ad esempio nei bambini con malformazione anorettale.

Nei bambini piccoli il posizionamento di una stomia è in generale una procedura di chirurgia tradizionale che prevede un'incisione della parete addominale o laparotomia. Negli adolescenti, in casi selezionati, si può utilizzare anche la tecnica laparoscopica. Le stomie dell'ileo vengono in genere collocate a destra e in basso rispetto all'ombelico. Mentre le colonstomie vengono in genere posizionate a sinistra.

INDICAZIONI

Una stomia di derivazione si rende necessaria quando una o più parti dell'intestino non sono in grado di svolgere la loro funzione a causa di una patologia, che nel bambino può essere principalmente di tipo malformativo o infiammatorio.

Alcuni bambini nascono con malformazioni a carico dell'intestino, che non si sviluppa correttamente ma in uno o più punti è chiuso o non si contrae correttamente, senza permettere il suo svuotamento o il passaggio delle feci dall'ano.

Esempi di queste malformazioni sono l'atresia intestinale, la malformazione anorettale o la malattia di Hirschsprung. Queste condizioni richiedono interventi chirurgici complessi in bambini appena nati ed è possibile che sia necessario in questi casi posizionare una stomia a livello dell'intestino tenue o del colon per permettere all'intestino di svuotarsi dalle feci e al bambino di alimentarsi con il latte e crescere fino a che non sia sufficientemente grande per poter completare la ricostruzione chirurgica.

Altri bambini vengono colpiti da infiammazioni gravi dell'intestino, che possono causare danni importanti fino alla perforazione dell'intestino stesso. Ne sono un esempio l'enterocolite necrotizzante del neonato e le malattie infiammatorie croniche nei bambini più grandi e negli adolescenti. In queste situazioni può rendersi necessaria una stomia per mettere a riposo il tratto di intestino infiammato, evitando che questo venga contaminato dalle feci, per ridurre il grado di infiammazione e favorirne la guarigione.

Nella maggior parte dei casi una stomia in età pediatrica è temporanea, viene mantenuta fino a che l'intestino sede di malformazione è stato ricostruito o l'infiammazione si è risolta. Per rimuovere una stomia di derivazione intestinale è necessario un ulteriore intervento chirurgico in cui la parete dell'intestino che era stata aperta e collegata alla superficie della pancia, viene staccata e richiusa, ristabilendo la continuità.

FUNZIONAMENTO E GESTIONE

Per raccogliere il contenuto dell'intestino la stomia viene coperta da un apposito sacchetto, questo aderisce alla pelle intorno allo stoma mediante un adesivo e può essere svuotato o sostituito quando è pieno. Oltre alle feci si raccoglie nel sacchetto anche l'aria. L'intestino a livello della stomia si svuota durante la giornata in continuo, senza controllo da parte del paziente.

Esistono diversi sacchetti di diversa misura, a seconda delle dimensioni dello stoma e del bambino. Il sacchetto è composto di due parti una placca e una sacca di raccolta. La placca contiene la parte adesiva che si attacca alla pelle che circonda lo stoma e può essere ritagliata al suo interno in modo che si adatti perfettamente alla forma dello stoma. Il sacchetto circonda e aderisce alla placca, nei sacchetti da ileostomia, essendo il contenuto più liquido, è presente una apertura che permette di svuotarne il contenuto.

La placca e la sacca di raccolta sono disponibili come singolo dispositivo (monopezzo) o come due dispositivi separati (bipezzo), questo consente di cambiare solo la sacca quando piena senza dover staccare necessariamente l'adesivo dalla pelle (Fig10).

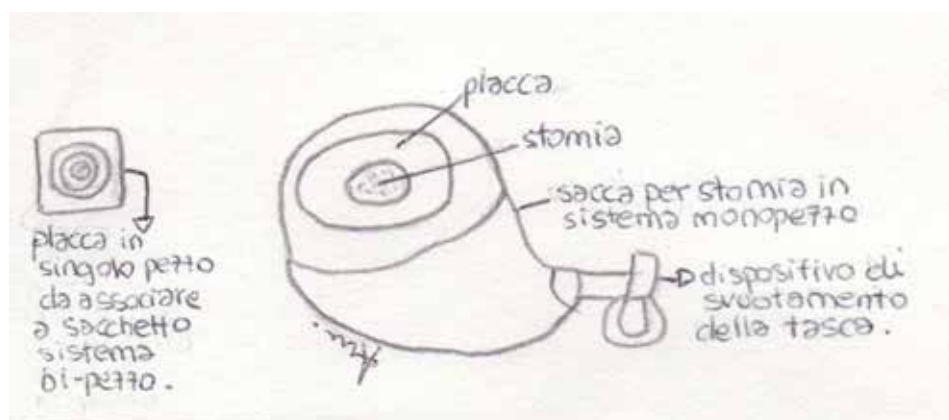


Fig. 10 Placca e sacca di raccolta

La sostituzione del sacchetto prevede per prima la rimozione della placca, esistono prodotti dedicati che aiutano a sciogliere l'adesivo e rendere meno traumatico per il bambino il distacco dalla pelle. A seguire è necessario pulire la cute intorno allo stoma dai residui di adesivo, dalle secrezioni della mucosa della stomia o dalle feci che possono fuoriuscire durante il cambio. La pulizia va fatta con soluzione fisiologica per non irritare la pelle, a seguire la zona va asciugata delicatamente per permettere l'adesione della nuova placca.

Per i bambini che sono portatori di stomia ad anse separate spesso non è possibile includere entrambe le stomie all'interno di una sola placca. La stomia defunzionalizzata, tuttavia, non produce nulla e non necessita di un sacchetto di raccolta, può essere mantenuta libera o coperta dalla placca della stomia funzionante. Il lavaggio della stomia defunzionalizzata si effettua mediante un apposito

sondinomorbido in poliuretano a punta tonda, questo viene inserito con delicatezza solo per pochi cm nello stoma e collegato con una siringa contenente pochi ml di soluzione fisiologica, che viene iniettata per lavaggio.

COMPLICANZE

La gestione di una stomia in età pediatrica, richiede sempre che i genitori o il paziente stesso in caso sia sufficientemente grande, vengano istruiti ed imparino tutti i passaggi di una corretta cura della stomia già durante il ricovero che segue l'intervento. L'autonomia nel cambio dei sacchetti e nella pulizia è infatti necessaria per mantenere in buone condizioni lo stoma e la pelle che lo circonda. Al ricovero segue sempre una serie di controlli ambulatoriali dove medici o infermieri specializzati sono a disposizione della famiglia per dubbi o problemi e per verificare che non siano presenti segni di complicanze.

Alcune complicanze richiedono solo accorgimenti di gestione e controlli ambulatoriali, altre possono compromettere il funzionamento della stomia e le condizioni del bambino e richiedono un riconoscimento rapido con una valutazione chirurgica urgente e talvolta un intervento chirurgico.

- Dermatite peristomale

È un'infiammazione della pelle che circonda lo stoma e può essere dovuta a diversi fattori, l'esposizione alle secrezioni intestinali che contengono agenti irritanti, abrasione dovuta al cambio frequente del sacchetto, infezione da funghi dovuta all'indebolimento delle difese di barriera della pelle al di sotto della placca.

L'infiammazione si manifesta con comparsa di arrossamento della pelle che può estendersi anche oltre la placca ed essere associato a lesioni rilevate. Nelle forme più gravi la pelle può ulcerarsi e sanguinare.

Esistono diversi prodotti che permettono di ridurre al minimo l'esposizione della pelle al contenuto intestinale, aumentando il grado di adesione della placca e riducendo la superficie di contatto. Si tratta di paste adesive o polveri assorbenti che possono essere applicate attorno allo stoma, per adattare la superficie della pelle a quella della placca quando sono presenti delle irregolarità, o mantenere asciutta la pelle.

Nei casi di infezione può essere necessaria una terapia con appositi prodotti antimicotici a livello locale o sistemico.

In caso di feci molto liquide che tendono ad infiltrare la placca e irritare la pelle sottostante esistono dei prodotti sotto forma di sfere che possono essere inseriti nel sacchetto ed assorbono la parte liquida delle feci trasformandosi in un gel inerte che

riduce le probabilità di infiltrare la placca.

- Prolasso

Si verifica quando l'intestino che drena nella stomia fuoriesce attraverso la parete addominale utilizzando come passaggio lo stoma stesso, che rappresenta un punto di debolezza nella parete addominale, in quanto in quel punto i muscoli addominali e le loro fasce sono stati divisi.

Si manifesta come un salsicciotto coperto di mucosa che fuoriesce dalla stomia ed è più frequente nei bambini piccoli che hanno portato la stomia per molti mesi. Può essere completamente asintomatico e risolversi spontaneamente o rappresentare una situazione potenzialmente pericolosa nel caso in cui l'intestino resti bloccato e non rientrare all'interno dell'addome. In questo caso il bambino può manifestare dolore o irritabilità e la stomia può smettere di funzionare non producendo più feci.

Il colore della mucosa dell'intestino prolassato può in questi casi diventare da roseo a bluastro oppure nero, segno che il flusso di sangue in quella parte di intestino è compromesso ed è necessaria una valutazione urgente del bambino per ridurre il prolasso manualmente o, se non possibile, attraverso un intervento chirurgico.

- Occlusione intestinale

L'occlusione intestinale è una condizione patologica in cui l'intestino non ha la possibilità svuotarsi dalle feci o dall'aria che contiene. In un bambino con stomia questo si manifesta con una riduzione importante, o assenza completa, della presenza di feci ed aria nel sacchetto. Si associano in genere anche una distensione dell'addome, dolore addominale e vomito.

Nei bambini che hanno subito interventi chirurgici questo può essere conseguenza di un blocco meccanico, dovuto al tessuto cicatriziale che si forma dentro la pancia, intorno all'intestino dopo la chirurgia e che può "pinzare", "angolare", o restringere l'intestino senza lasciare spazio per il movimento verso la stomia delle feci. Questa condizione richiede una valutazione chirurgica urgente per essere riconosciuta e interventi medici e chirurgici immediati per essere risolta.

- Stenosi

Per stenosi si intende un restringimento della stomia che può essere dovuto a tessuto cicatriziale della pelle che la circonda o dei muscoli addominali attraverso cui l'intestino raggiunge la pelle della parete addominale. Questo restringimento può essere tale da rendere la stomia così piccola da non far passare più le feci, causando dolore e distensione dell'addome, una condizione descritta come occlusione intestinale.

La stenosi può essere progressiva e consolidarsi nel corso di settimane o mesi,

per riconoscerla è sufficiente osservare le dimensioni della stomia. Una volta riconosciuta, è possibile intervenire mediante delle dilatazioni, fatte con appositi strumenti in anestesia, o, se queste non fossero efficaci, con un intervento chirurgico.

- Sanguinamento

Una stomia può sanguinare per diversi motivi, alle volte è dovuto alla patologia di base del bambino che si manifesta con la presenza di sangue nelle feci. Altre volte è possibile che si formino delle piccole ulcerazioni sanguinanti sulla mucosa della stomia. Questa è nei bambini molto fragile e può ulcerarsi con il non corretto posizionamento delle placche e dei sacchetti, che possono avere in alcuni punti dei margini non delicati. Una volta riconosciute e prevenute con una gestione adeguata queste ulcerazioni tendono a guarire spontaneamente.

3. LA TERAPIA

3.1 GLI INTERVENTI CHIRURGICI ORL: LE DIVERSE TECNICHE E LE TERAPIE ADIUVANTI



ROBERTO VIVIAN
Otorinolaringoiatra Vicenza

Tracheotomia è una procedura chirurgica che comporta la creazione di una comunicazione temporanea delle vie respiratorie, con la cute del collo, cioè con l'ambiente esterno, intervento che si rende necessario in occasione di un blocco, una ostruzione, un grave problema di insufficienza respiratoria con rischio di soffocamento. L'intervento consente il passaggio dell'aria per la respirazione polmonare.

È una incisione chirurgica del collo e della trachea con apposizione di una cannula, per un tempo limitato, fino alla soluzione del problema. Si tratta, di solito, di un intervento d'urgenza o previsto e programmato nelle situazioni nelle quali l'esperienza clinica presume che possa avvenire un blocco o una grave difficoltà respiratoria (in occasione di interventi parziali sulla laringe o sulle vie respiratorie, in caso di edema, emorragia...) con la previsione della rimozione della cannula e la chiusura della stomia al termine dell'evento che l'ha resa necessaria.

Tracheostomia è una procedura chirurgica che consiste nella creazione di una comunicazione permanente o per una durata a lungo termine, delle vie aeree, della trachea, con la cute del collo per permettere la respirazione polmonare tramite l'apposizione di una cannula.

È programmata quando è prevista una situazione che non presenti tempi di soluzione brevi, come una neoplasia invasiva della laringe, o delle vie respiratorie, una paralisi in adduzione (sindrome di Riegel), un ictus, una SLA e in alcune gravi patologie delle vie aeree inferiori.

Indicazioni alla tracheotomia

Ostruzioni respiratorie, atresie tracheali (malformazioni congenite), traumi sia esterni sia interni, corpi estranei laringotracheali, inalazione o ingestione di vapori o liquidi corrosivi per errore o a scopo suicida, ascessi e flemmoni del collo o laringei con compressione, neoplasie della laringe, della lingua, della tiroide, della trachea, stenosi per esiti di interventi chirurgici o intubazioni orotracheali prolungate, edemi acuti, paralisi bilaterale delle corde vocali sia per esiti di interventi (tiroide) sia per da fenomeni degenerativi.

Tecniche chirurgiche della tracheotomia

In caso di estrema necessità, in situazioni a volte drammatiche, può essere sufficiente la puntura della membrana cricotiroidea, con qualsiasi mezzo a disposizione (si tratta di un punto superficiale senza importanti vasi sanguigni e senza evenienza di danneggiare fibre nervose).

La cricotirotomia, detta anche minitracheotomia, si esegue di solito sulla membrana cricotiroidea, dopo incisione con bisturi e apposizione di una cannula con calibro ridotto (circa 4 mm, sufficiente per la ventilazione polmonare). È indicata principalmente per rimuovere le abbondanti secrezioni tracheo bronchiali e ovviare alle infezioni polmonari da ritenzione delle secrezioni. Può anche rappresentare una scelta di sicurezza

nel caso d'interventi che, pur raramente, prevedono complicanze (emorragie, edemi).

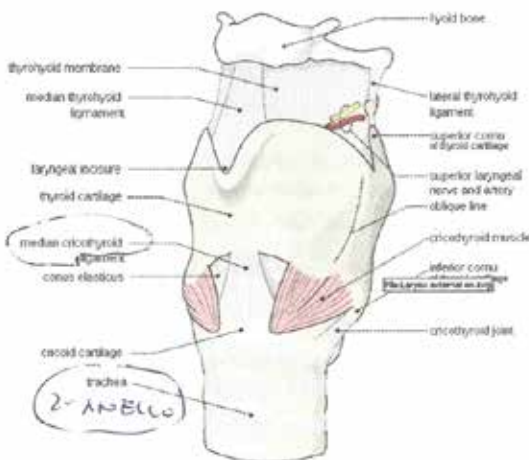


Fig. 1 Schema delle zone anatomiche del collo dove eseguire una tracheotomia: membrana cricotiroidea per la minitracheotomia, il secondo anello tracheale per la tracheotomia.

La tracheotomia prevede un intervento chirurgico da eseguire su pazienti consenzienti, avvertiti dell'intervento e delle sue sequele (sempre che la persona sia cosciente e in grado di esprimere il suo consenso).

È preferibile eseguirlo in sedazione dopo intubazione orotracheale o nasotracheale, con l'assistenza di un anestesista. In caso d'intubazione impedita o in assenza del Collega, si esegue in anestesia locale, dopo disinfezione del campo operatorio e dopo aver praticato anestesia locale per infiltrazione.

Indicata prima dell'intervento, una laringoscopia o videolaringoscopia per appurare la medialità della laringe e trachea nel collo (possono essere spostate lateralmente in caso di gozzo voluminoso o per ascessi o flemmoni).

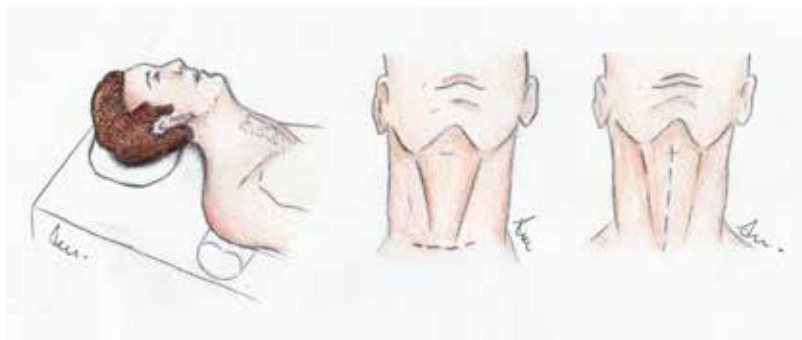


Fig. 2 Posizione del paziente e tipi principali di incisione della tracheotomia.

La persona deve essere distesa a letto, con il collo in iperestensione (è sufficiente un cuscino sotto le spalle). L'incisione può essere verticale (preferibile) o orizzontale, di alcuni centimetri (è preferibile essere leggermente abbondanti nell'incisione per avere un campo operatorio più accessibile e facile), si esegue lo spostamento dei muscoli del collo fino a evidenziare la trachea. Prima di proseguire è necessario essere certi di operare sulla trachea, con un ago e siringa si saggia se, pungendo, si aspira aria.

L'incisione della trachea avviene tra il secondo e il terzo anello tracheale, asportandone una parte. Molto importante agganciare con più punti di sutura la parete tracheale alla cute del collo (per evitare la possibile introduzione della cannula, anche in tempi successivi, durante le medicazioni, nello spazio tra cute e trachea).

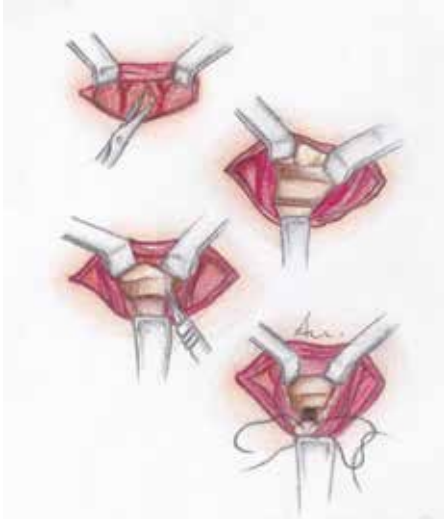


Fig. 3 Tecnica di esecuzione della tracheotomia.

Dopo emostasi e apposizione della cannula, per i primi giorni, è indicato gonfiare la cuffia per evitare l'ingestione nelle vie respiratorie di sangue o secrezioni.



Fig. 4 Cannula tracheotomica cuffiata con il mandrino. La cuffia esterna, con cui si gonfia quella interna, conferma la presenza d'aria nella cuffia).



Fig. 5 Cannula tracheotomica cuffiata, controcannula, di diametro inferiore e mandrino.

Neoplasie della laringe

Esiste una categoria di tumori benigni, dall'adenoma pleomorfo agli angiomi, ai neurofibromi, lipomi, condromi, rabdomiomi, papillomi, parangiomi che, se di dimensioni notevoli, possono comportare la necessità di una tracheotomia soprattutto nei casi in cui, per le condizioni generali di salute non permissive, non possono essere asportati con intervento chirurgico.

Esiste poi una situazione della patologia laringea, la precancerosi, si tratta di un processo lento durante il quale l'epitelio della laringe subisce delle trasformazioni in senso maligno, con diversi gradi di malignità.

La cheratosi è un aumento della cheratina sulla superficie dell'epitelio, con diversi gradi: lieve ipercheratosi, moderata, severa. Esiste poi la displasia con sovvertimento della struttura cellulare, anch'essa di grado diverso, progressivo, lieve, moderata, severa, quest'ultima chiamata anche "carcinoma in situ", tutto lo spessore cellulare è sovvertito con pleomorfismo nucleare, numerose mitosi in tutto lo spessore.

I tumori o neoplasie maligne della laringe sono il 5%, in Italia, di tutti i tumori maligni. Nel 97% si tratta di epitelomi, carcinomi squamosi o epidermoidi (di derivazione epiteliale), solamente il 3% sono di origine connettivale.

La sintomatologia è precoce e varia con la localizzazione: sovraglottico, interessa la porzione che si trova sopra il ventricolo di Morgagni, ma soprattutto sulla pagina laringea dell'epiglottide. Caratteristica l'odinofagia con disfagia. Raramente otalgia, per presenza di fibre del nervo vago. La localizzazione glottica prevede la lesione sul bordo libero o superiore delle corde vocali. Sintomi principali sono raucedine e disfonia, voce dura, legnosa.

Nella forma sottoglottica la lesione è localizzata sulla superficie inferiore delle corde vocali. Presenta sintomi tardivi che sfociano nella dispnea.

La classificazione internazionale prevede tre suddivisioni T: prende in considerazione l'estensione del tumore nella sua localizzazione primitiva in quattro stadi successivi di aggravamento.

N: considera la presenza di linfonodi laterocervicali interessati dalla neoplasia, con otto gradi successivi.

M: se esiste presenza di ripetizione di malattia a distanza o metastasi, con tre gradi successivi.

La terapia d'elezione è chirurgica, ma anche la radioterapia o la chemioterapia, se l'estensione e la localizzazione, oltre che il tipo istologico, lo possano consigliare, ma soprattutto se le condizioni generali di salute non sono permissive per la chirurgia.

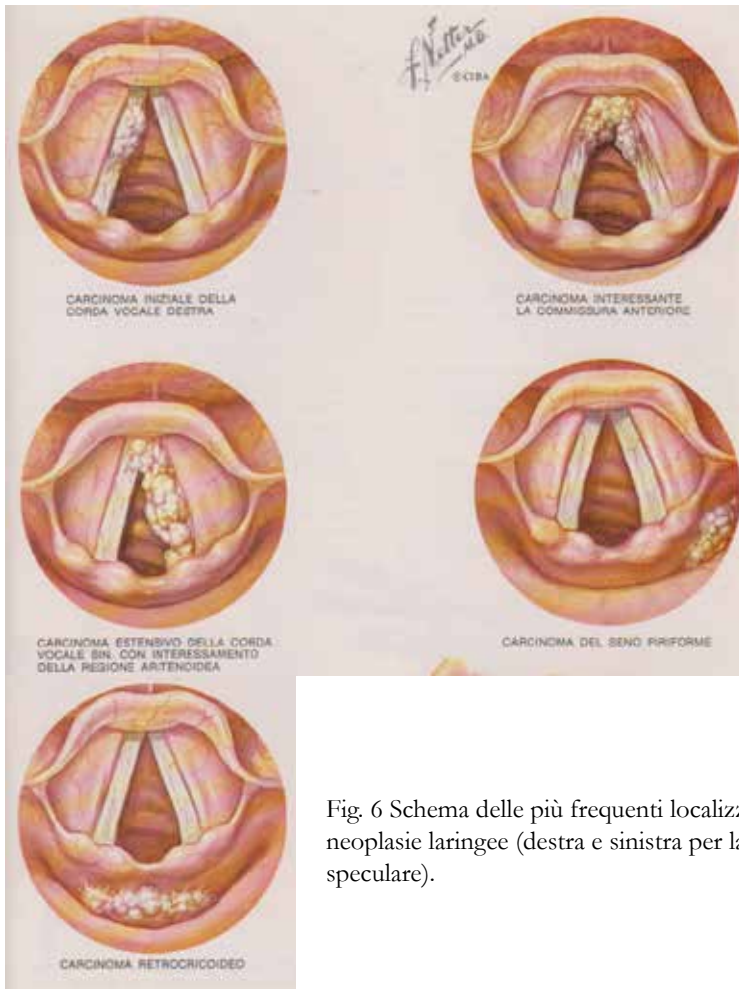


Fig. 6 Schema delle più frequenti localizzazione delle neoplasie laringee (destra e sinistra per la visione speculare).

Interventi chirurgici sulla laringe

Diversi interventi chirurgici delle prime vie respiratorie possono comportare una tracheotomia o una tracheostomia, anche se in molti di essi si tratta di una tracheotomia preventiva, una scelta di sicurezza in previsione di possibili complicanze (emorragie, edemi) che possono provocare una insufficienza respiratoria.

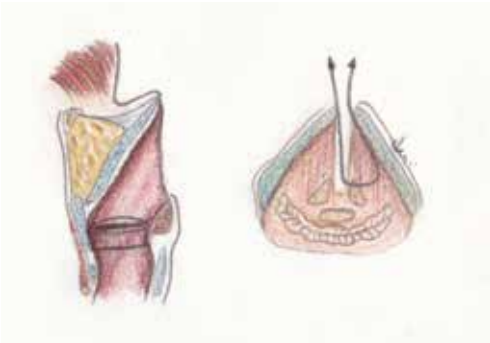


Fig. 7 Intervento di cordectomia, si asporta la corda vocale destra.

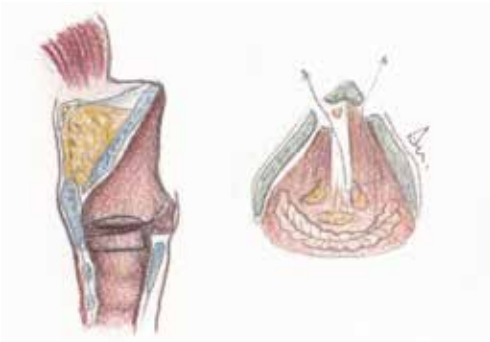


Fig. 8 Intervento di laringectomia frontolaterale destra (oltre alla corda vocale destra viene asportata la commissura anteriore).

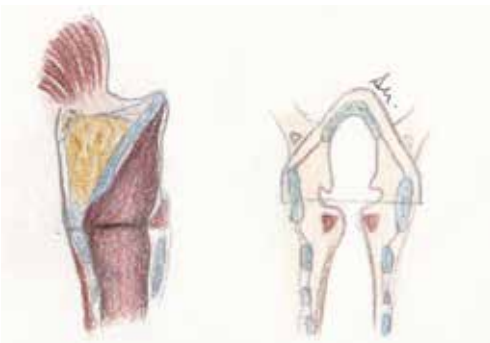


Fig. 9 Laringectomia sopraglottica (viene asportata la parte superiore del ventricolo di Morgagni, le corde false e l'epiglottide).



Fig. 10 Laringectomia totale (comprende la cartilagine cricoide, corde vere e false e l'epiglottide).

Per gli interventi schematici sopra riportati, la tracheostomia è prevista e sempre necessaria solamente per la laringectomia totale. Negli altri è prevista una tracheotomia (a volte anche non necessaria), per tempi più o meno lunghi. Altri interventi di laringectomia possono essere programmati secondo l'estensione della lesione, la sua malignità, l'invasività e l'asportazione chirurgica sarà più o meno estesa: in questi casi la tracheotomia comporta tempi più o meno lunghi in merito al recupero funzionale della capacità respiratoria e deglutitoria autonome per vie naturali da parte del paziente operato.

Lesioni e complicanze da tracheotomia

La presenza di una cannula tracheotomica provoca sempre una sovrabbondanza di secrezioni bronchiali che non sempre riescono a essere eliminate con la tosse (soprattutto nei primi giorni dopo l'intervento).

Questa evenienza può facilmente causare flogosi polmonari pesanti, in particolare nelle persone anziane oppure se gli operati avevano in precedenza problemi alle prime vie respiratorie (fumatori, BPCO..).

È necessaria una continua assistenza con un aspiratore e sondini di misura adeguata. Una complicanza successiva sono le piaghe da decubito delle pareti tracheali per sfregamento della cannula sulle pareti. Con le medicazioni frequenti si può ovviare a questa situazione sostituendo la cannula con una più consona, per evitare erosioni che facilmente possono esitare in stenosi.

Le assidue medicazioni con il controllo della situazione, anche utilizzando sistemi ottici per la diagnosi, comportano la riduzione delle complicanze.

Nursing nelle tracheotomie

La cannulazione tracheale comprende anche l'intubazione orotracheale e la minitracheotomia.

Ovvie le precauzioni prima dell'intervento: se programmato: il digiuno da almeno sei ore per evitare possibili rigurgiti, far togliere protesi dentarie mobili che possono intralciare durante le manovre chirurgiche o essere deglutite.

Disporre alcune cannule di misura diversa secondo i diametri della trachea dove devono essere inserite.

Preparare le garze che si appoggiano tra la testa della cannula e la cute del collo, inoltre altre che servono per ritenzione della cannula, una volta inserita, per fissarla intorno al collo. Utile una garza davanti alla cannula per evitare l'ingresso di polvere o altro.

Necessari sondini sterili per aspirare l'eccesso di secrezioni bronchiali che si presenta sempre dopo una tracheotomia, con un aspiratore.

I sondini vanno inseriti attraverso il foro della cannula e fatti avanzare, con estrema delicatezza per non ledere la mucosa, di alcuni centimetri, poi si estraggono, lentamente, continuando l'aspirazione.

L'aspirazione molte volte deve essere eseguita anche nelle vie digestive, bocca e faringe, per l'eccesso di muco.

Si consiglia che l'ambiente di vita della persona operata non sia troppo secco, troppo freddo e polveroso per la mancanza dell'opera di depurazione, riscaldamento e umidificazione dell'aria, funzioni eseguite dalle strutture nasali, quindi vivere possibilmente ambienti climatizzati e umidificati.

La cannula tracheotomica se di materiale plastico, va sostituita frequentemente, se è metallica si pulisce attraverso la rimozione della controcanula, che è preferibile sia sterilizzata.

Controllare che la cannula sia inserita in trachea e che non faccia movimenti laterali o frontali che possono irritare la mucosa o causare lesioni e piaghe da decubito.

Se si rende necessaria la sostituzione della cannula, la manovra deve essere eseguita da un medico, preferibilmente da uno specialista.



Fig. 11 Posizionamento della cannula tracheale.

BIBLIOGRAFIA

(PER SAPERNE DI PIÙ)

- AA.VV. (a cura di PASSALI D.) : Otorinolaringoiatria Pratica. C.I.C. Edizioni internazionali. Roma 2000.
- AA.VV. : Tavole di Anatomia umana. Giunti, Bemporad, Marzocco. 1962.
- BALLANTYNE J. : Trattato di Otorinolaringoiatria. Piccin Padova, 1983.
- BRAGA P. C. : La tosse. Raven Press. 1988.
- CORNUT G. : La mécanique respiratoire dans la parole e le chant. Press Universitaire France. Paris 1959.
- FERGUSON C. F. : Congenital abnormalities of the infant larynx. In Otolaryngologic Clinics of North America. 1970.
- FINK B. R. : The Human Larynx: A functional Study. New York Raven Press. 1975.
- KELEMAN G. , PRESSMAN J. : Physiology of the larynx. Physiological Review, 1955.
- KLEINSASSER O. : Microlaryngoscopy and endolaryngeal microsurgery: technique and topical finding. University Park Press. Baltimore, 1979.
- NETTAR F. : Simposi clinici: la laringe. CIBA, Milano, 1969.
- PATTERSON R. : Allergic diseases. Diagnosis and management. Lippicot Philadelphia and Toronto. 1972.
- PERNKOPF E. : Atlante di anatomia sistematica e topografica. Piccin Editore, Padova 1964.
- SALA O. : Otorinolaringoiatria. Abstracts of Trattato Italiano di Patologia Chirurgica di G. Ceccarelli. Piccin Editore, Padova 1973.
- SCHINDLER O. : Breviario di fisiopatologia della comunicazione. Vol. 1, Omega Torino, 1980.
- SEGATTO G. (a cura di) : La cannulazione tracheale. Atti del Congresso d'Estate. Motta di Livenza. SGE Servizi Editoriali grafici. 1993.
- WILLIAMS C. E., STEVENS K. N. : Emotion and speech. Some acoustical correlates. J. Acoust. Soc. Amer. 1969.
- WILLIAMS R. G. : Idiopathic recurrent laryngeal nerve paralysis. J. Laryngol. Otol, 1959.

3.2 LE DERIVAZIONI URINARIE: LE STOMIE E LE DERIVAZIONI URINARIE CONTINENTI



ANTONELLA MARTIRE - GAETANO DE RIENZO

Urologia universitaria Policlinico di Bari

Quando bisogna asportare la vescica – cosa che con netta prevalenza accade per colpa di una neoplasia – ovviamente si pone il problema di derivare all'esterno le urine.

La vescica è un organo unico nelle sue caratteristiche, che ad oggi non è stato possibile replicare. La possibilità di rigenerare la vescica affascina il mondo scientifico fin dagli anni novanta, ma ad oggi i progressi in questo senso sono ancora decisamente pochi. Il paziente, pertanto, si trova a dover affrontare una situazione di compromesso, che non potrà mai essere paragonabile alla condizione di prima dell'intervento, adattarsi alla quale non è né semplice né scontato.

Esistono due tipi principali di derivazioni urinarie: quelle continenti e quelle non continenti

Le derivazioni urinarie continenti si caratterizzano perché permettono l'accumulo intracorporeo (cioè, all'interno dell'organismo) di urine, che vengono periodicamente espulse all'esterno.

Le derivazioni urinarie non continenti espellono le urine all'esterno in modo continuo.

Le derivazioni urinarie continenti: la vescica nativa ha la peculiarità di immagazzinare

urina e di espellerla ad intervalli regolari, riesce ad inviare informazioni al sistema nervoso centrale circa il suo livello di riempimento e possiede un tessuto muscolare autonomo, il detrusore, che si contrae attivamente per svuotarsi al nostro comando.

Tutto questo non è riproducibile da un urologo che ha rimosso la vescica e vuole creare una derivazione urinaria continente. Egli può però costruire un serbatoio in cui le urine si accumulano, da svuotare periodicamente.

Il tentativo di costruire un serbatoio urinario continente data dagli inizi del secolo scorso. L'apparato digerente è stato individuato subito come il candidato ideale per questo scopo. Dopo vari tentativi con lo stomaco e il colon, possiamo dire che la quasi totalità delle derivazioni urinarie continenti oggi viene realizzata mediante l'utilizzo dell'ileo, l'ultima porzione dell'intestino tenue. L'ileo è ben vascolarizzato, e la sua irrorazione vascolare è da un lato solo, per cui può essere inciso di lungo sul versante opposto antimesenterico e risagomato per raggiungere la forma di una sfera.

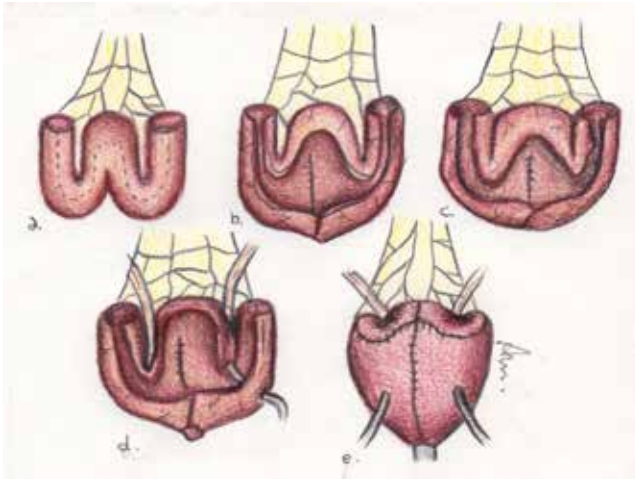


Fig. 1 Tipologie di derivazioni urinarie

La forma sferica di una derivazione urinaria continente meglio si presta rispetto a qualunque altra geometria alla funzione di immagazzinamento di urine. Alla derivazione urinaria, poi, si dà una “polarità”, cioè da un versante arrivano gli ureteri a portare urina, dall'altro versante vi è l'espulsione delle stesse ad intervalli regolari. Se il serbatoio è collegato all'uretra l'espulsione di urine avverrà attraverso quest'organo e si parlerà di derivazione urinaria “ortotopica”. Se il serbatoio è

collegato alla cute dell'addome e viene svuotato ad intervalli mediante cateterismo si parlerà di derivazione eterotopica.

L'ileo ha la funzione di assorbimento di nutrienti e ha una attività contrattile propria (la peristalsi), che sono due aspetti da tenere in debita considerazione nel caso delle derivazioni urinarie continenti.

La capacità di assorbire attivamente o farsi "attraversare" da varie molecole rende l'ileo "semipermeabile": ne deriva che durante lo stazionamento nella neovescica vengono riassorbiti prodotti di degradazione che l'organismo appunto espelle mediante le urine. Ciò è controproducente per l'equilibrio del nostro organismo, e se non si prendono le dovute contromisure si può realizzare una condizione di scompenso nota come "acidosi metabolica". Quali sono le contromisure? Il paziente deve rispettare la "disciplina" di bere adeguatamente per diluire le urine (e dunque le concentrazioni dei tossici), di svuotare ad intervalli regolari la vescica e di assicurarsi che non vi sia ritenzione per ridurre il tempo di contatto dell'urina con l'ileo (una minzione con la neovescica può anche durare 2-3 minuti e può necessitare di urinare da seduti). L'ileo, inoltre, è abituato a un contatto con sostanze basiche, mentre l'urina è tendenzialmente acida, e reagisce a questa "anomalia" aumentando la sua produzione di muco. Il muco può infettarsi o provocare ritenzione urinaria acuta, ed è molto importante bene adeguatamente per diluire i mucchi.

La peristalsi è una capacità di contrarsi dell'intestino in maniera "riflessa": quando il contenuto intestinale distende un segmento di intestino la sua parete si contrae e ciò permette la sua progressione nell'apparato digerente. Per confezionare una neovescica l'ileo viene inciso di lungo e riconformato, ma non perde la sua capacità peristaltica, che sarà attivata dall'arrivo dell'urina. Ne consegue che durante il riempimento della neovescica l'ileo si contrae, aumentando le pressioni del serbatoio, e queste da un lato possono provocare incontinenza, dall'altro possono riverberarsi sulle alte vie urinarie e sui reni provocando nel lungo termine deterioramento della funzione renale. Esiste invero un processo di "maturazione" della neovescica, di durata variabile ma in genere non inferiore a 6 mesi, in cui le contrazioni diventano progressivamente meno frequenti.

Le derivazioni urinarie continenti sono quanto di meglio l'ingegno umano abbia saputo concepire per sostituire la vescica nativa, ma si tratta di una soluzione

subottimale. Il paziente non ha più lo stimolo, al limite può accorgersi del riempimento del serbatoio perché percepisce una sensazione di gonfiore ai quadranti addominali inferiori, e questa di solito corrisponde ad una eccessiva distensione della neovescica che può compromettere la funzione renale. Inoltre, il paziente può essere incontinente per via di una debolezza dell'apparato sfinteriale, per l'attività peristaltica della neovescica o per entrambe le condizioni. È possibile anche il problema opposto della ritenzione urinaria che costringe il paziente alla cateterizzazione a intermittenza e lo espone allo scompenso da acidosi metabolica. Le abitudini del paziente sono fondamentali per contrastare queste eventualità, e ne consegue che la derivazione urinaria continente non può essere proposta a tutti. Essa necessita che:

- Il paziente l'accetti, e la gestisca nella maniera corretta;
- Il medico spieghi in tutti i dettagli cosa significa avere una neovescica;
- Esista un supporto infermieristico e medico dopo l'intervento che guidi il paziente nella corretta gestione della neovescica;
- Esista anche un adeguato supporto psicologico professionale per una persona impegnata sia sul fronte della lotta alla malattia neoplastica, sia ad assorbire lo shock di una importante alterazione degli schemi corporei.

Le derivazioni urinarie non continenti: l'urina può essere portata all'esterno attraverso una "stomia", cioè un abboccamento degli ureteri alla cute dell'addome, direttamente (ureterocutaneostomia) o tramite l'interposizione di un segmento di ileo (uretero-ileo-cutaneostomia secondo Bricker).

Nell'ureterocutaneostomia, come il termine stesso lascia intuire, gli ureteri sono abboccati direttamente alla cute. Purtroppo, la stomia frequentemente tende ad andare in stenosi, cioè a restringersi. Pertanto, gli ureteri necessitano di un catetere o tutore costantemente inserito nel loro lume, che va sostituito periodicamente. Sono frequenti le infezioni che possono arrivare anche a coinvolgere il rene e che nel lungo periodo possono deteriorare la funzione renale. Per queste ragioni l'ureterocutaneostomia è di solito destinata a paziente con un performance status scadente.

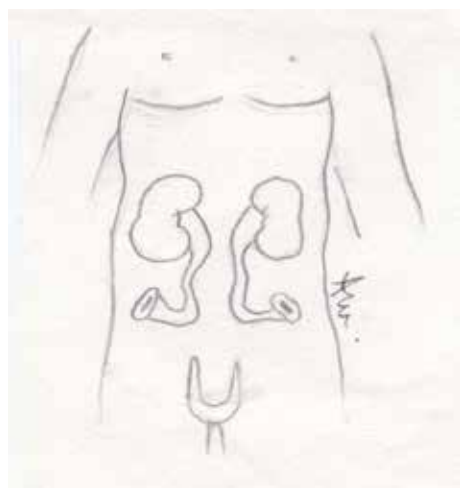


Fig. 2 Ureterocutaneostomia

La derivazione urinaria secondo Bricker prevede l'interposizione di un segmento di ileo di circa 20cm. In altri termini gli ureteri vengono anastomizzati a questa ansa ileale che, a sua volta, costituisce la stomia esterna.

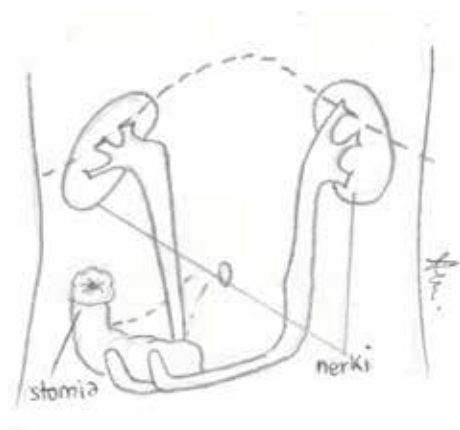


Fig. 3 Bricker

Il paziente con la derivazione secondo Bricker ha una sola stomia anziché due, il deterioramento renale è meno probabile o comunque più lento, e se il segmento ileale è sufficientemente lungo si evitano reflussi di urina che possono favorire le infezioni.

3.3 LA PATOLOGIA CHIRURGICA DELL'APPARATO DIGERENTE E LE INDICAZIONI CHIRURGICHE ALLA STOMIA



FILIPPO LA TORRE

Già Professore di ruolo di Chirurgia Generale Università "Sapienza", Roma

Sono elencate in questo capitolo quelle patologie, chiaramente di interesse chirurgico, che comportano la confezione di uno stoma digestivo.

Per dovere di sintesi esse saranno suddivise in patologie "alte" (esofago e stomaco) e "basse" (ileo, colon, retto e ano) in quanto nelle prime le derivazioni avranno il significato di alimentare il paziente, mentre nelle seconde quelle di derivare il contenuto all'esterno (Tab. 6.1).

Tab. 6.1 - Patologie dell'apparato digerente "alto"

- a) Anomalie congenite (cap. Stomie digestive in età pediatrica)
- b) Lesioni traumatiche dell'esofago
- c) Stenosi esofagea da caustici
- d) Stenosi neoplastica (inoperabile) dell'esofago
- e) Stenosi neoplastica (inoperabile) dello stomaco

Nei primi tre casi si tratta di patologie severe ma benigne per prognosi quod vitam e le derivazioni eseguite avranno, quindi, carattere il più delle volte soltanto provvisorio.

Le altre sono, per definizione, patologie a prognosi decisamente infausta e le derivazioni hanno carattere definitivo.

Alle lesioni traumatiche dell'esofago, siano esse causate da eventi accidentali o altri, consegue in brevissimo tempo una mediastinite e si comprenderà bene quindi, il significato che assume l'esofagostomia "di protezione".

A scopo alimentare sarà necessario confezionare una gastrostomia o una digiunostomia.

Per quel che riguarda la stenosi esofagea da caustici (sindrome conseguente

l'ingestione accidentale o a scopo suicida di acidi o basi forti), non correndosi il pericolo della mediastinite, ed ove non sia possibile eseguire una terapia dilatativa, si praticherà una derivazione di tipo alimentare a valle.

La stenosi neoplastiche dell'esofago, considerate anatomicamente e biologicamente inoperabili sia per impossibilità di eseguire una exeresi sia per la presenza di ripetizioni metastatiche, impongono l'esecuzione di interventi derivativi a scopo alimentare (gastronomie, digiunostomie).

I tumori dello stomaco, purtroppo assai frequentemente diagnosticati in condizioni di inoperabilità biologica, possono causare stenosi del lume in particolare quando si trovano in vicinanza del cardias o del piloro. In tali casi è necessario confezionare una derivazione a scopo alimentare (digiunostomie). Ci soffermeremo più a lungo sulle patologie che conducono alla istituzione di uno stoma intestinale (cosiddetto basso) – ileostomie e colostomie – sia esso permanente che temporaneo in quanto sono i tipi che per un periodo più lungo di tempo necessitano dell'assistenza di personale specializzato.

Le patologie che conducono alla confezione di una ileostomia sono:

- a) La retto-colite ulcerosa;
- b) La poliposi familiare diffusa;
- c) Il morbo di Crohn;
- d) Altre, costituite fondamentalmente da traumi, ileostomie di necessità, derivazioni per anastomosi a valle.

Molto si è discusso sulla possibilità di conversione dell'apparecchiatura sfinterica anale nel trattamento chirurgico delle patologie indicanti la confezione di una ileostomia definitiva (vedi Tecniche Chirurgiche). Per quel che riguarda ad esempio la retto-colite ulcerosa scendono in campo tutte le possibili considerazioni cliniche che possono essere fatte per le malattie croniche invalidanti che interessano individui di giovane età. Si tratta infatti di una affezione che ha le prime manifestazioni sintomatologiche già sotto il 20° anno di età senza preferenza di sesso. Il suo quadro clinico complesso, le cui cause sono sconosciute, coinvolge la sfera psicologica e quella fisica, esitando in disturbi comportamentali e, nelle fasi di acuzie recidivanti, in gravi alterazioni del tratto colo-rettale.

Com'è possibile vedere nella Tab. 6.2, la molteplicità dei sintomi, la loro gravità, il loro perdurare e ripetersi in associazione alla compromissione psicologica costituiscono

spesso l'indicazione all'intervento demolitivo (procto-colectomia totale), quando sono direttamente alcune sue complicanze a causare l'intervento d'urgenza.

Tab. 6.2 – Quadro clinico della colite ulcerosa

SINTOMI PSICOFISICI

- Dolori addominali
- Diarrea muco-sanguinolenta
- Dimagrimento
- Anemia
- Irritabilità
- Disadattamento

COMPLICANZE

- Perforazione
- Fistole
- Cancro

Per il M. di Crohn possono essere ripetute le medesime considerazioni di cui sopra per quanto riguarda l'eziopatogenesi, l'età e la compromissione della sfera psicologica; differenze riguardano soprattutto la localizzazione, potendo questa malattia interessare ogni tratto del tubo digerente, ed il tipo di alterazioni causate. Quando l'interessamento è localizzato, anche se in maniera segmentaria, al colo, esso diventa causa del quadro clinico descritto (Tab. 6.3).

Tab. 6.3 – Quadro clinico del morbo di Crohn

SINTOMI PSICO-FISICI

- Dolori addominali
- Febbre
- Diarrea
- Diarrea muco-sanguinolenta
- Perdita di peso
- Irritabilità
- Disadattamento

COMPLICANZE

- Sub-occlusione intestinale
- Occlusione intestinale

- Perforazioni
- Ascessi
- Fistole
- Cancro

Similmente alla malattia precedente descritta costituisce indicazione alla procto-colectomia totale.

La Poliposi Familiare Diffusa, come dice lo stesso nome, è una malattia caratterizzata da un numero considerevole di formazioni polipose nel tubo digerente, in particolare nel tratto colo-rettale, avente una particolare frequenza nel contesto di taluni ceppi familiari. E' definita come una lesione ad alto rischio per il cancro (ciò vale solo per i polipi adenomatosi). Il suo quadro sindromico, quando è manifesto, si può sovrapporre a quelli precedenti. Anche per questa malattia è tradizionalmente indicato l'intervento di procto-colectomia totale.

Le indicazioni a colostomie provvisorie o palliative mutano spesso a seconda dell'esperienza e delle abitudini del chirurgo, così come anche particolari di tecnica (vedi tecniche chirurgiche particolari e stomi intestinali); fra le principali indicazioni ci limiteremo a citare:

- a)Traumi;
- b)Perforazioni;
- c)Ostruzioni neoplastiche
- d)Fistole
- e)Ascessi
- f)Protezioni di anastomosi

Le principali patologie che inducono invece il Chirurgo alla confezione di una colostomia definitiva sono:

- a)Anomalie congenite
- b)Traumi
- c)Lesioni da radioterapia
- d)Cancro del retto e dell'ano.

Per quel che riguarda le anomalie congenite si è già detto nel Capitolo sulla stomie digestive nell'età pediatrica (vedi).

È ovvio, parlando di trauma, che, qualora questo sia stato causa di una lesione

completa ed irradiabile dell'apparecchiatura di continenza sfinterica, comporti la confezione di una colostomia definitiva. Analoga considerazione deve essere fatta per le lesioni da radioterapia, spesso utilizzata nelle donne per il cancro uterino.

Considerazioni particolari valgono per il cancro del retto: si tratta infatti di una patologia frequente, con maggior incidenza su una popolazione di età superiore ai 40 anni, con una lievissima predilezione per il sesso maschile. Rappresenta la più frequente causa di confezione di uno stoma addominale definitivo e per tale motivo ci sembra opportuno soffermarci più a lungo intorno alle recenti acquisizioni. Il retto misura circa 15 cm. E i $\frac{3}{4}$ circa di tutti i tumori che lo interessano si localizzano nella porzione intraperitoneale mentre i rimanenti nella porzione sottoperitoneale.

Com'è possibile nella Tab. 6.4, abbiamo voluto distinguere nettamente quei sintomi che, ad una corretta anamnesi, possono far risaltare la diagnosi tempestiva del tumore e quelli che invece spesso sono tardivi (causa frequente di inoperabilità). Un tumore del retto riscontrato in uno stato di sufficiente precocità. Dal medico scrupoloso (il quale ha peraltro a disposizione i più moderni ed efficaci mezzi diagnostici), potrebbe consentire al chirurgo l'esecuzione di un intervento conservativo almeno nel 90% di tutti i cancri del retto. La possibilità di un procedimento chirurgico conservativo per neoplasie localizzate nel retto costituisce ormai un'acquisizione definitiva desunta dalla messa a punto delle moderne tecniche e dall'impiego corretto di nuovi materiali (vie di accesso – sature sintetiche – suturatrici meccaniche). Le percentuali citate riguardo la possibilità di una tecnica di conservazione sfinterica si appoggia anche su metodiche di protezione (stomie derivate o escludenti di significato provvisorio) rigorosamente aumentate in eguale misura e che quindi non diminuiscono il numero totale degli stomi confezionati. La disamina ha l'obiettivo di far comprendere che l'aumento di incidenza del cancro colo-rettale non ha prodotto un aumento delle colostomie definitive per il favorevole avvento delle metodiche di conservazione sfinterica ed anzi una sua radicale riduzione; l'applicazione di queste ultime però conduce, quasi di regola, alla confezione di stomi cosiddetti provvisori (dalla letteratura internazionale recente si ricava però una percentuale di colostomie non chiuse intorno al 25%).

Tab. 6.4 – Quadro sindromico del cancro retto

- 1° sintomo
- rettorragia

- tenesmo
- alvo alternante
- mucorrea
- modificazione della forma delle feci

SINTOMI TARDIVI

- dimagrimento
- anemia
- subocclusione – occlusione intestinale
- fistole
- perforazione

L'auspicio che vorremmo trarre in conclusione vuole essere molto realistico e si basa sulla speranza di diagnosi sempre più precoci effettuate tramite uno screening avviato rapidamente e correttamente eseguito dopo una accurata raccolta anamnestica (Tab. 6.5, 6.6, 6.7).

Tab. 6.5 – Semeiotica dell'apparato digerente

- 1) corretta interpretazione dei sintomi
- 2) valutazione dei dati anamnestici
- 3) esame obiettivo accurato distrettuale e generale
- 4) esami strumentali
 - a) Radiologici
 - Esami diretti
 - Esami contrastografici
 - Esami a doppio contrasto
 - Ecografia distrettuale
 - TC distrettuale
 - RMN distrettuale
 - b) Endoscopici
 - Esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS)
 - Rettosigmoidoscopia
 - Rettoscopia
 - Anoscopia

Tab. 6.6 – Semeiotica strumentale dell'apparato digerente alto

- 1) Esami radiologici
 - Rx torace
 - Diretta addome
 - Esofagogramma
 - Rx digerente alto
 - Parietografia gastrica
 - Ecografia epatica e pancreatica
 - TC addominale
 - RMN
- 2) Esami Endoscopici
 - EGDS

Tab. 6.7 – Semeiotica strumentale dell'apparato digerente basso

- 1) Esami radiografici
 - Diretta addome
 - Clisma addome
 - Clisma del tenue (cosiddetto)
 - Clisma opaco a doppio contrasto
 - TC
 - RMN
 - Colonscopia
- 2) Esami Endoscopici
 - Anoscopia
 - Rettoscopia
 - Rettosigmoidoscopia
 - Colonscopia totale

Tecniche chirurgiche (Appendice)

Come detto in precedenza l'obiettivo di questi capitoli iniziali è quello di introdurre la trattazione più specifica degli stomi; per tale motivo non saranno descritte le tecniche chirurgiche di ablazione d'organo, ma quelle di confezione degli stomi.

Sono riportate, in disegno, le Tabelle riassuntive di:

- 1) Proctocolectomia totale; esita in una ileostomia;
- 2) Resezione anteriore del retto: esita in una colostomia derivativa provvisoria (chiusura dopo 3-12 mesi);

- 3) Amputazione addomino-perineale del retto secondo Miles: esita una colostomia definitiva;
- 4) Intervento di Hartmann: esita in una colostomia terminale (può essere suscettibile di un intervento successivo ricostituente la continuità intestinale).

BIBLIOGRAFIA

1. BACON H.E., GUTTIEREZ R.R. Cancer du rectum e du colon. 2402 cas. Dis. Colon rectum, 1976, 10-61.
2. BATTISTI G., LA TORRE F. Il cancro del retto-sigma: considerazioni su una casistica di 129 casi. "Recentia Medica" Vol. XVI, N5-6, Mag-Giu 1997.
3. BELSEY R. Traitement Chirurgical Des Stenoses Benignes Fibreuses De l'Oesophage. Lyon Chir. 1969, 65 (6): 832-841.
4. GALLONE G. PATOLOGIA Chirurgica. Vol. 1-2, CEA 1976.
5. GIUDICELI R., DUMON J.F., FUENTES P., OTTOMANI R., REBOUD E. Les stenoses Peptiques Severes de l'Oesophage – Attitude Therapeutique et Resultats. Ann. Gastroenterol. 1979, 3, 171-176.
6. HEIMLICH H.J. Carcinoma of the Cervical Esophagus. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1970, 59, 309-313.
7. MAILLET P., BOULEZ J., BAULIEUX J., PEIX J., DONNER R. STENOSE Peptique ou Cancer de l'Oesophage. Chirurgie, 1980, 106, 719-721.
8. MARCOZZI G. Patologia e Clinica Chirurgica. 2° Edizione, Vol 1-2, Minerva Medica 1980.
9. SKINNER D.B. Le Traitement des Stenoses benignes de l'Oesophage. Ann. Chir., 1980, 34 (5): 376-377.
10. KEIGHLEY M.R.B. Colostomy. In: Surgery of the Anus, Rectum and Colon, 2nd edn (eds. Keighley MRB and Williams NS) (1997), pp. 258-307. WB Saunders Co.
11. STRANGERS M.A.G., TAAL BG, AARONSON NK, VELDE A. Quality of life in colorectal cancer: stoma vs nonstoma patients. Dis. Colon Rectum 1995; 38:360-9.
12. WARA P., SORENSEN K., BERG V. Proximal faecal diversion: review of ten years' experience. Dis. Colon Rectum 1981; 24:114-9.
13. LA TORRE F, MESSINETTI. Trattato di clinica enterostomale. Cesi 1986.
14. LA TORRE F. Nuovo Trattato delle Stomie; CESI Casa Editrice Scientifica Internazionale, 2002.

3.4 LE ENTEROSTOMIE CONTINENTI



MARCO LA TORRE

Responsabile UCP, Unità di Colonproctologia, Centro di Alta Specializzazione e Training, Società Italiana di Chirurgia Coloretale, SICCR - Roma

Una delle esigenze e desideri principali del paziente portatore di enterostomia è quella di raggiungere un qualche livello di continenza, che gli permetta di gestire più efficacemente la produzione fecale al fine di migliorare la propria qualità di vita. Miglioramento della qualità della vita che è alla base di un corretto reinserimento del paziente portatore di enterostomia nella propria attività sociale e professionale. La larga estensione dell'irrigazione retrograda della colostomia ha avuto proprio come motivazione il controllo dell'attività enterica, nel concetto di ridurre l'output fecale quotidiano o controllarne la fuoriuscita in momenti dedicati della giornata/settimana, migliorando sensibilmente la qualità di vita del Paziente. Purtroppo, anche qualora l'irrigazione retrograda della stomia sia eseguita alla perfezione ed il paziente ben educato alla stessa, il raggiungimento del completo livello di continenza è impossibile, ed il paziente può sempre presentare attività fecale all'interno del proprio sistema di raccolta. Peraltro, l'irrigazione retrograda è pertinenza esclusiva dei pazienti portatori di colostomia, e da questo trattamento vengono esclusi tutti i pazienti portatori di ileostomia.

Tutte le tipologie di enterostomie, in effetti, ileostomie o colostomie, sono per definizione incontinenti. Ciò determina l'impossibilità da parte del paziente di controllarne il deflusso enterico.

È a partire da queste considerazioni che negli ultimi 50 anni chirurghi di tutto il mondo si sono spesi nel tentativo di creare delle stomie con strutture intestinali abili nel fornire al paziente un livello di continenza.

Esistono due diversi tipi di enterostomie continenti: le ileostomie continenti le colostomie continenti.

Le Ileostomie continenti

La tipologia maggiormente frequente e studiata in letteratura è sicuramente l'ileostomia continente secondo Kock. Altre tipologie di ileostomie continenti sono la Barnett e la T-pouch.

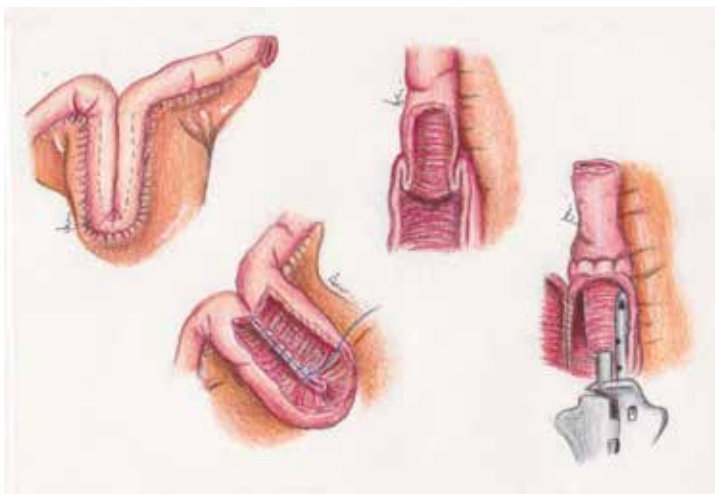


Fig. 1. Ileostomia continente sec. Kock. (Colorectal Dis. 2021 Sep;23(9):2286-2299. Long-term outcome and quality of life after continent ileostomy for ulcerative colitis: A systematic review. Mohammed Deputy et al).

L'ileostomia continente secondo Kock, prevede la costituzione di un reservoir ileale e la confezione di una valvola attraverso l'intussuscezione dell'ansa ileale efferente verso la cute. Nella Barnett al contrario della Kock si aggiunge anche una ulteriore valvola costituita da un giro di ileo intorno all'ansa efferente. Infine, nella T-pouch viene utilizzata un'ansa ileale defunzionalizzata di circa 15 cm che viene avvolta dalla pouch ileale al fine di determinarne la continenza.



Fig. 2 Ileostomia continente sec. Barnett. (Colorectal Dis. 2021 Sep;23(9):2286-2299. Long-term outcome and quality of life after continent ileostomy for ulcerative colitis: A systematic review. Mohammed Deputy et al).

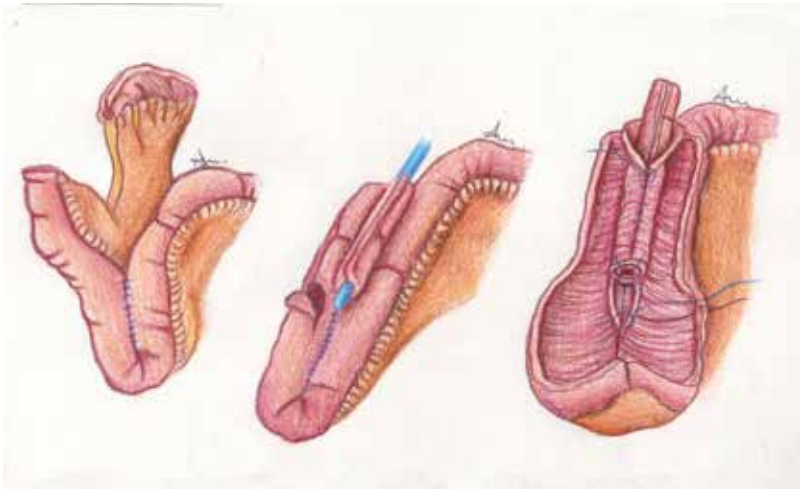


Fig. 3 Ileostomia continente con T-Pouch. (Colorectal Dis. 2021 Sep;23(9):2286-2299. Long-term outcome and quality of life after continent ileostomy for ulcerative colitis: A systematic review. Mohammed Deputy et al).

Se da un lato l'ileostomia continente migliora la qualità di vita del paziente, dall'altro l'intervento per confezionarla è tuttavia associato ad un gran numero di complicanze post-operatorie. E' pertanto necessario valutare in maniera equilibrata il rapporto rischio/beneficio tra la costituzione di una ileostomia continente e le sue potenziali complicanze per poterne giudicare la larga estensione nonché la sua applicabilità sistematica.

Le complicanze principali dopo questo tipo di intervento oltre alle complicanze comuni, riconosciute dopo confezionamento di ileostomia, sono: la necrosi dell'ansa, la fistola enterica o entero-cutanea, l'incontinenza, la deiscenza anastomotica, la stenosi dell'ileostomia, e come conseguenza di tutte le precedenti condizioni, anche la rimozione della stessa ileostomia continente.

Una recente revisione della letteratura descrive con particolare efficacia, i tassi di complicanze dopo la confezione di ileostomie continenti. Il maggior numero di studi riguarda l'ileostomia continente secondo Kock, mentre minori dati sono a disposizione per quanto riguarda l'ileostomia di Barnett e la T-Pouch (Colorectal Dis. 2021 Sep;23(9):2286-2299. Long-term outcome and quality of life after continent ileostomy for ulcerative colitis: A systematic review. Mohammed Deputy et al).

I tassi deiscenza anatomica associati al confezionamento di ileostomia secondo Kock arrivano fino del 9% dei casi, mentre dopo ileostomia di Barnett sino al 2% dei casi; per ultimo, il tasso di deiscenza massimo dopo confezione di T-Pouch è del 12%.

I tassi di fistola enterica e fistola entero-cutanea variano da un minimo del 3% fino a un massimo del 20% dei casi e che nella maggioranza dei casi richiedono un trattamento chirurgico.

Non trascurabile neppure il dato riguardante la stenosi dell'ileostomia e della necrosi della stessa. Nella ileostomia di Kock il tasso di stenosi e di necrosi arriva fino al 20%, nella ileostomia di Barnett arriva sino al 8%, ed al 10% nella ileostomia con T-Pouch.

L'elevato tasso di complicanze post-operatorie comporta in ultimo, anche la possibilità di una rimozione della ileostomia continente con confezionamento di ileostomia tradizionale terminale.

Da questa recente revisione della letteratura 37 risulta che la Kock sia associata a

una percentuale di rimozione della ileostomia continente sino al 30%, mentre per quanto riguarda la Barnett e la T-Pouch i tassi di conversione ad una ileostomia tradizionali solo fino al 6-7%.

Vengono descritti inoltre dagli Autori in Letteratura, risultati riguardanti una non completa continenza delle valvole con fenomeni di perdita fecale nonostante i meccanismi di continenza adottati; la letteratura dimostra infatti, come nell'ileostomia sec. Kock il tasso di incontinenza arrivi sino al 20%, mentre nella ileostomia sec. Barnett addirittura fino al 30%, con una media di quasi un paziente su tre che presenta incontinenza della ileostomia nonostante la valvola confezionata. Migliori tassi di efficacia si riscontrano nella ileostomia con T-Pouch, ove gli autori descrivono tassi di incontinenza sino all' 8%.

Non è inoltre trascurabile la mortalità dopo intervento di confezionamento di ileostomia continente. Infatti, l'ileostomia continente di Kock sono descritti tassi di mortalità post-operatoria fino al 4%.

Risultati contrastanti si osservano anche per quanto riguarda l'analisi della qualità di vita dei pazienti sottoposti a confezionamento di ileostomia continente.

Alcuni studi dimostrano che, se si confronta la qualità di vita di pazienti con ileostomia continente e pazienti con ileo-ano anastomosi i risultati non siano così radicalmente differenti; a significare pertanto che entrambe le procedure comportano comunque una modifica profonda della qualità di vita del paziente.

La maggioranza degli studi, tuttavia, dimostra come la qualità di vita del paziente prima e dopo Ileostomia continente, migliori sensibilmente se si analizzano infatti i vari punteggi delle scale internazionali che valutano la qualità di vita. Gli stessi dati si osservano per tutte le tipologie di ileostomia continente.

Un recente studio in letteratura ha pubblicato i risultati di uno studio comparativo tra pazienti sottoposti a ileostomia continente e popolazione normale in termini di qualità di vita. Lo studio ha dimostrato che rispetto alla popolazione normale i pazienti portatori di una ileostomia continente hanno uno Score di qualità di vita inferiore alla popolazione normale solo per quanto riguarda la propria percezione di fisicità, mentre per ciò che riguarda gli altri parametri (ambientali, sociali, ecc), le due popolazioni sono assolutamente sovrapponibili (BJS Open. 2021 Sep 6;5(5):

zrab095. Continent ileostomy: short- and long-term outcomes of a forgotten procedure. Nils Karl Josef Ecker et al.).

In conclusione, l'ileostomia continente offre certamente vantaggi in termini di gestione e qualità di vita del paziente rispetto ad una ileostomia tradizionale o una ileo-ano anastomosi; tuttavia, i tassi non trascurabili di complicanze post-operatorie devono spingere all'esecuzione di interventi del genere solo per pazienti accuratamente selezionati, ed in centri altamente qualificati, al fine di ridurre i tassi di conversione e mortalità ed aumentare la qualità di vita del paziente.

Le Colostomie continenti

Tra gli anni 70 e gli anni 80 molteplici sono stati tentativi di confezionare delle colostomie che avessero la capacità di continenza nei confronti di gas e feci.

Questi tentativi hanno visto, all'inizio, il tentativo di creare delle valvole continenti attraverso l'interposizione di tessuto autologo. Successivamente si è tentato di costituire dei meccanismi di continenza attraverso degli ausili meccanici.

Nel primo caso, i tentativi più conosciuti sono stati quelli presentati da valenti Chirurghi coloretali come Kock e Schmidt.

Nel caso della colostomia continente secondo Kock, similmente alla ileostomia continente, il sistema di continenza prevedeva di confezionare un serbatoio di raccolta associato ad una valvola costituita da un sistema di intussuscezione dell'ultima parte del colon. Nel caso, invece, della colostomia continente secondo Schmidt, l'idea era quella di costruire una valvola attraverso l'interposizione di muscolo liscio prelevato dalla parete intestinale del colon da estroflettere.

Entrambi i casi, tuttavia, sia in modelli sperimentali, che nei primi modelli umani, riscontravano come principale complicazione quella di fenomeni sub-occlusivi determinati dalla costituzione di fecalomi colici. Come conseguenza, i pazienti venivano ri-sottoposti ad intervento chirurgico, con la conversione della valvola continente in una colostomia terminale tradizionale.

Gli insuccessi di queste tecniche hanno portato successivamente alla sperimentazione

di meccanismi a valvola che utilizzavano sistemi meccanici. Il più sperimentato fu, negli anni 80, la colostomia magnetica, la quale prevedeva l'inserimento di una componente metallica circolare all'interno dell'addome intorno alla colostomia, e di una componente magnetica all'esterno della colostomia in maniera da controllare la fuoriuscita del materiale fecale. Un ulteriore tentativo fu quello di Prager, il quale provò a confezionare una colostomia continente attraverso l'utilizzo di un sistema a palloncino cuffiabile, gonfiabile fino a un contenuto di 30 ml., fissato all'esterno della colostomia attraverso un anello in silicone.

In entrambi i casi, purtroppo l'elevato tasso di complicanze post-operatorie, come il decubito delle protesi sulla parete intestinale e sulla parete addominale, nonché di insuccessi dovuti ad una anomala gestione della valvola, portarono ad un progressivo abbandono di entrambe le tecniche.

Ad oggi purtroppo non esiste alcun sistema capace di dare al paziente portatore di colostomia un qualche livello di continenza attivo, o passivo. L'unico strumento che il paziente ha per gestire la fuoriuscita del materiale fecale dalla colostomia è e rimane l'utilizzo della irrigazione retrograda.

BIBLIOGRAFIA

1. Kock NG. Intra-abdominal 'Reservoir' in patients with permanent ileostomy: preliminary observations on a procedure resulting in fecal 'Continence' in five ileostomy patients. *JAMA Surg.* 1969;99:223-31.
2. Parks AG, Nicholls RJ. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *Br Med J.* 1978;2:85-8.
3. Spencer MM, Barnett WO. The continent ileal reservoir (Kock pouch): a new approach. *J Enterostomal Ther.* 1982;9:8-13.
4. Stein JP, Lieskovsky G, Ginsberg DA, Bochner BH, Skinner DG. The T pouch: an orthotopic ileal neobladder incorporating a serosal lined ileal antireflux technique. *J Urol.* 1998;159:1836-42.
5. Strigård K, Öresland T, Rutegård J, Gunnarsson U. Transcutaneous implant evacuation system: a new approach to continent stoma construction. *Colorectal Dis.* 2011;13:e379-e382.
6. CHECKLIST FOR COHORT STUDIES Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews.
7. Leijonmarck C-E, Liljeqvist L, Poppen B, Hellers G. Surgery after colectomy for ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum.* 1992;35:495-502.
8. Handelsman JC, Fishbein RH. Ileostomy options. Asking the right questions. *Dis Colon Rectum.* 1982;25:802-4.
9. Litle VR, Barbour S, Schrock TR, Welton ML. The continent ileostomy: long-term durability and patient satisfaction. *J Gastrointest Surg.* 1999;3:625-32.
10. Lepistö AH, Järvinen HJ. Durability of Kock continent ileostomy. *Dis Colon Rectum.* 2003;46:925-8.
11. Berndtsson IEK, Lindholm E, Öresland T, Hultén L. Health-related quality of life and pouch function in continent ileostomy patients: a 30-year perspective. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:2131-7.
12. Borjesson L, Oresland T, Hultén L. The failed pelvic pouch: conversion to a continent ileostomy. *Tech Coloproctol.* 2004;8:102-5.

13. Nessar G, Fazio VW, Tekkis P, Connor J, Wu J, Bast J, et al. Longterm outcome and quality of life after continent ileostomy. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:336–44.
14. Castillo E, Thomassie LM, Whitlow CB, Margolin DA, Malcolm J, Beck DE, et al. Continent ileostomy: current experience. *Dis Colon Rectum*. 2005;48:1263–8.
15. Hoekstra LT, de Zwart F, Guijt M, Bakx R, Gerhards MF. Morbidity and quality of life after continent ileostomy in the Netherlands. *Color Dis*. 2009;11:719–25.
16. Wasmuth HH, Myrvold HE. Durability of ileal pouch-anal anastomosis and continent ileostomy. *Dis Colon Rectum*. 2009;52:1285–9.
17. Aytac E, Dietz DW, Ashburn J, Remzi FH. Is conversion of a failed IPAA to a continent ileostomy a risk factor for long-term failure? *Dis Colon Rectum*. 2019;62:217–22.
18. Denoya PI, Schluender SJ, Bub DS, Gorfine SR, Bauer JJ. Delayed Kock pouch nipple valve failure: is revision indicated? *Dis Colon Rectum*. 2008;51:1544–7.
19. Risto A, Hallböök O, Andersson P, Sjö Dahl R, Myrelid P. Long-term follow-up, patient satisfaction and quality of life for patients with Kock's continent ileostomy. *Dis Colon Rectum*. 2021;64:420–8 Publish Ah. Epub ahead of print 1 December 2020. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001823>
20. Mullen P, Behrens D, Chalmers T, Berkey C, Paris M, Wynn M, et al. Barnett continent intestinal reservoir. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:573–82.
21. Behrens DT, Paris M, Luttrell JN. Conversion of failed ileal pouchanal anastomosis to continent ileostomy. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:490–5.
22. Parc Y, Klouche M, Bennis M, Lefèvre JH, Shields C, Turet E, et al. The continent ileostomy: An alternative to end ileostomy? Short and long-term results of a single institution series. *Dig Liver Dis*. 2011;43:779–83.
23. Mukewar S, Wu X, Lopez R, Shen BO. Comparison of long-term outcomes of S and J pouches and continent ileostomies in ulcerative colitis patients with restorative proctocolectomy-experience in subspecialty pouch center. *J Crohns Colitis*. 2014;8:1227–36.
24. Kaiser AM. T-pouch: results of the first 10 years with a nonintussuscepting continent ileostomy. *Dis Colon Rectum*. 2012;55:155–62.
25. Berndtsson I, Lindholm E, Ekman I. Thirty years of experience living with a continent ileostomy: bad restrooms - not my reservoir - decide my life. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2005;32:321–8.
26. Handelsman JC, Gottlieb LM, Hamilton SR. Crohn's disease as a contraindication to Kock pouch (continent ileostomy). *Dis Colon Rectum*. 1993;36:840–3.
27. Wasmuth HH, Svinsås M, Tranø G, Rydning A, Endreseth BH, Wibe A, et al. Surgical load and long-term outcome for patients with Kock continent ileostomy. *Colorectal Dis*. 2007;9:713–7.
28. Lian L, Fazio VW, Remzi FH, Shen BO, Dietz D, Kiran RP, et al. Outcomes for patients undergoing continent ileostomy after a failed ileal pouch-anal anastomosis. *Dis Colon Rectum*. 2009;52:1409–14.
29. Berndtsson I, Lindholm E, Ekman I. Thirty years of experience living with a continent ileostomy: bad restrooms—not my reservoir—decide my life. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2005;32:321–8.
30. Aytac E, Ashburn J, Dietz DW. Is there still a role for continent ileostomy in the surgical treatment of inflammatory bowel disease? *Inflamm Bowel Dis*. 2014;20:2519–25.
31. Murken DR, Bleier JIS. Ostomy-related complications. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019;32:176–82.
32. Oresland T, Faerden AE. The transcutaneous implant evacuation system, the TIES device. *Colorectal Dis*. 2019;21:723–724.
33. Fazio VW, Tjandra JJ. Technique for nipple valve fixation to prevent valve slippage in continent ileostomy. *Dis Colon Rectum*. 1992;35:1177–9.
34. Kaiser AM, Stein JP, Beart RWJ. T-pouch: a new valve design for a continent ileostomy. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:411–5.
35. E Prager. The continent colostomy. *Dis Colon Rectum*. 1984 Apr;27(4):235-7. doi: 10.1007/BF02553791.
36. Schmidt E. The continent colostomy. *World J Surg*. 1982 Nov;6(6):805-9. doi: 10.1007/BF01655382.
37. Mohammed Deputy. Long-term outcome and quality of life after continent ileostomy for ulcerative colitis: A systematic review. *Colorectal Dis*. 2021 Sep;23(9):2286-2299.
38. Nils Karl Josef Ecker. Continent ileostomy: short- and long-term outcomes of a forgotten procedure. *BJS Open*. 2021 Sep 6;5(5):zrab095.

3.5 RICOSTRUZIONE ANORETTALE DOPO RESEZIONE ADDOMINOPERINEALE. GRACILOPLASTICA DINAMICA ELETTROSTIMOLATA, SFINTERE ANALE ARTIFICIALE (ABS)

ENRICO MELEGA

Azienda Ospedaliera di Padova – Chirurgia Generale 3

Nelle ultime decadi del secolo scorso, diversi Autori si sono impegnati nel ricostruire l'apparato sfinteriale anale perché assente, nelle malformazioni congenite, perché deficitario, nelle incontinenze sfinteriche post-traumatiche o idiopatiche, perché demolito dopo resezione addomino-perineale del retto.

Le prime tecniche di ricostruzione prevedevano l'utilizzo di un muscolo scheletrico, il Grande Gluteo o il Gracile. Il muscolo Gracile, posto nel compartimento mediale della coscia, si rivelò duttile in quanto dotato di un lungo tendine, un ventre muscolare sottile ed allungato e soprattutto di un peduncolo vascolo-nervoso, alla radice della coscia, che ne consentiva la trasposizione dalla coscia al perineo. Parte del ventre muscolare ed il tendine venivano posizionati a circondare l'ano a guisa di cerchiaggio. La peculiarità di usare un muscolo con il proprio tendine, cioè un tessuto dotato di una elasticità intrinseca, consentiva un certo grado di occlusione, per favorire la continenza, e di cedevolezza, per consentire l'evacuazione.

Le prime esperienze mostrarono subito il limite di questa ricostruzione: il muscolo scheletrico, il Gracile in particolare, è controllato dalla nostra volontà, cioè si contrae quando si decide di eseguire il movimento per il quale è destinato, l'adduzione della coscia. A riposo il muscolo non ha attività muscolare, si trova in stato di riposo, fermo, a differenza dagli sfinteri anali che mantengono, anche a riposo uno stato di contrazione.

Si rese palese l'esigenza che per ricostruire un apparato sfinterico occorresse un muscolo in stato di contrazione continua. L'evoluzione tecnologica portò, nell'arco di qualche anno, all'applicazione, prima di uno stimolatore esterno, poi, dopo studi di elettrofisiologia, all'applicazione di sistemi di stimolazione completamente

impiantabili, simili al pacemaker cardiaco. Lo stimolo veniva applicato in corrispondenza del peduncolo vascolo-nervoso principale, posto come abbiamo detto alla radice della coscia, e da questo si propagava a tutto il muscolo.

Le ulteriori ricerche della fisiologia del muscolo scheletrico consentirono, grazie a particolari programmi di stimolazione, la trasformazione delle fibre muscolari, cioè da fibre dotate di attività fasica, rapida contrazione sostenuta per brevi periodi, suscettibili all'affaticamento, a fibre dotate di attività tonica, resistenti alla fatica per mantenere una contrazione meno intensa ma prolungata nel tempo evitando la tetania. Con un apposito strumento di controllo, la frequenza ed i cicli di stimolazione vengono periodicamente modificati fino ad ottenere un muscolo in grado di sopportare una stimolazione continua. Il paziente è dotato di un telecomando con cui può attivare o spegnere la stimolazione: quando c'è la necessità di evacuare, lo stimolatore viene disattivato, il muscolo si rilascia, la tensione del neosfintere anale si riduce ed il paziente può evacuare. Al termine dell'evacuazione lo stimolatore viene attivato, il muscolo si contrae determinando la chiusura dell'ano.

Analogamente alla graciloplastica elettrostimolata, si sviluppò e si perfezionò lo sfintere anale artificiale (ABS o Acticon neosphincter). Si trattò di una evoluzione dello sfintere urinario artificiale, adattandolo alle dimensioni della nuova sede di impianto. Le indicazioni di impianto dello sfintere anale artificiale sono le medesime della graciloplastica elettrostimolata: pazienti con grave incontinenza fecale, di varia eziologia.

Lo Sfintere Anale Artificiale è un dispositivo costruito in silicone. È formato da un componente gonfiabile, chiamato cuffia (il vero e proprio neosfintere gonfiabile), un serbatoio e una pompa, tutti collegati da tubi ripieni di liquido. La cuffia viene posizionata attorno agli sfinteri anali deficitari, nel caso della terapia dell'incontinenza fecale, o attorno al condotto colico della colostomia perineale, in caso di resezione addomino-perineale. Il serbatoio è posizionato nello spazio preperitoneale dietro al pube. La pompa è posizionata nel grande labbro, nella donna, nello scroto, nell'uomo. Questi componenti sono collegati da tubi resistenti alla deformazione o all'ostruzione. La pompa è collocata in una sede accessibile dal paziente, che è in grado di controllare lo stato di riempimento della cuffia. Quando si voglia consentire la defecazione, il paziente comprimendo la pompa, determina lo spostamento del liquido dalla cuffia al serbatoio. La cuffia, in questo modo si svuota, la pressione attorno all'ano si riduce, l'ano si apre ed il paziente può evacuare. Dal serbatoio, dotato di una certa intrinseca elasticità, il liquido lentamente torna a riempire la

cuffia. Se il tempo non è stato sufficiente a consentire l'evacuazione, il paziente aziona nuovamente la pompa fino al completamento dell'evacuazione.

L'analisi delle casistiche riportate in letteratura mettevano in evidenza un tasso di complicanze tutt'altro che trascurabile, soprattutto per lo sfintere anale artificiale. Le complicanze infettive e i difetti di guarigione della ferita perineale erano le complicanze che si verificavano precocemente o nel breve periodo post-operatorio. Talvolta la soluzione richiesta era l'espianto di parte o di tutti i componenti dell'impianto. Nelle complicanze (a lungo termine) tardive, invece, erano prevalenti problemi di malfunzionamento elettrico e meccanico. Ad esempio la mancata trasmissione dell'impulso elettrico, l'esaurimento della batteria dello stimolatore nel caso della graciloplastica elettrostimolata, o la mancata circolazione del fluido, per avaria di qualche componente, nel caso dello sfintere anale artificiale. Sempre tra le complicanze o eventi avversi, descritti nel lungo termine, sono da tenere in particolare considerazione, il dolore cronico e gli scarsi risultati funzionali, intesi sia come persistenza di forme più lievi di incontinenza, ma anche di difficoltà di evacuazione o di svuotamento dell'ampolla, aspetti questi che risultavano condizionare quotidianamente la qualità della vita dei pazienti.

A seguito delle complicanze precoci o tardive, al pari degli scarsi risultati funzionali, meno del 50% dei pazienti impiantati presenta a 5 anni un impianto ancora attivo e funzionante.

Negli ultimi anni il trattamento del cancro del retto si è evoluto grazie ai programmi di screening, alle conoscenze acquisite nel campo biomedico, ai progressi compiuti nel campo della diagnostica per immagini, all'approccio terapeutico multidisciplinare. Nel rispetto dei principi di cura della malattia neoplastica, una parte dei pazienti affetti da cancro del retto può giovare di un trattamento che non prevede il sacrificio dell'apparato sfinterico. Tuttavia, la resezione addomino-perineale del retto è tuttora un caposaldo del trattamento curativo del cancro del retto.

I tentativi di rendere migliore la qualità di vita, evitando l'istituzione di un ano preternaturale e di conseguenza il cambio del proprio schema corporeo, portarono all'applicazione degli interventi sopra riportati alla ricostruzione sfinteriale anale dopo resezione del retto addomino-perineale.

Tra la fine dello scorso millennio e i primi anni 2000, sono state pubblicate diverse esperienze, numericamente limitate a poche decine di casi, riguardanti i risultati oncologici e funzionali delle serie di pazienti sottoposti a resezione addomino-

perineale del retto con istituzione di colostomia perineale e ricostruzione di un apparato sfinterico con graciloplastica elettrostimolata o impianto di sfintere anale artificiale. In queste serie di pazienti si fa esplicito riferimento alla volontà del paziente di evitare una colostomia definitiva. In casi particolari e selezionati, nel rispetto dei principi oncologici di cura, alla demolizione del retto e dell'ano, si associava, talvolta in un unico tempo, più spesso in tempi differiti, l'istituzione di una colostomia perineale con la ricostruzione sfinteriale anale. Per consentire un'efficace guarigione delle ferite perineali ed un adeguato assestamento dei componenti impiantati e la conversione delle fibre muscolari del m gracile, temporaneamente veniva istituita una ileostomia.

Come già detto le serie pubblicate sono numericamente esigue e con un tempo di follow-up breve, raramente si arriva a qualche anno. L'elevato tasso di complicanze ed eventi avversi riduce ulteriormente il numero di pazienti su cui eseguire l'analisi della funzione sfinterica e della qualità di vita.

C'è uniformità nel riportare e analizzare i risultati. Nessuna critica all'adeguatezza oncologica del tipo di intervento. È altrettanto condivisa l'interpretazione che, rispetto agli stessi interventi eseguiti per incontinenza, ad influenzare negativamente l'esito funzionale è la perdita non solo dell'ano e dei suoi sfinteri ma anche del retto, della sua funzione di serbatoio, della sua propria sensibilità e motilità per favorire l'espulsione delle feci. Infatti, il maggior problema riferito è la difficoltà di una evacuazione completa, molto spesso frazionata in un arco di tempo poco compatibile con una vita attiva, seguito dalla perdita involontaria di piccole quantità di feci.

Come detto, i risultati riportati si riferiscono a serie numericamente limitate e con follow-up di breve e medio termine.

Tenuto conto dell'elevato tasso di complicanze e dei risultati funzionali subottimali, non prescindendo dall'obiettivo di cura, talvolta può valere la pena di considerare la volontà e la capacità del paziente di affrontare rischi, avversità e capacità di adattamento ad un nuovo assetto della funzione sfinteriale.

Riportiamo, infatti, la storia di un giovane paziente, che seguiamo ormai da 20 anni. Poco più di ventenne, agli inizi del 2000, si ritrovò a vivere ed affrontare la pesante diagnosi di un cancro del retto, in stadio ancora favorevole per una prognosi buona quoad vitam a scapito di un intervento demolitivo: l'amputazione addomino-perineale. Cercò attivamente la possibilità di evitare una colostomia permanente e si rivolse al reparto di Clinica Chirurgica di Padova, dove gli fu proposta, prima un programma di radio e chemioterapia preoperatoria, poi un intervento in tempi

successivi: amputazione addomino-perineale con colostomia perineale e ileostomia di protezione; graciloplastica elettrostimolata; programma di conversione delle fibre muscolari; ricanalizzazione con chiusura della ileostomia. Frequenti visite di controllo alla ricerca dei migliori parametri di stimolazione elettrica e di controllo della carica della batteria associate ed intervallate alle visite di follow-up oncologico. Sono passati molti anni e più volte abbiamo ripercorso assieme la sua vita, affettiva, familiare, lavorativa, senza che emergessero rimpianti o recriminazioni, con la coscienza e consapevolezza di aver superato avversità e cambiamenti. Sposato con prole, un rapporto nato e sviluppatosi dopo l'esperienza oncologica e la menomazione subita; ha proseguito con successo la propria esperienza professionale. Dal lontano 2000, ricordo di un altro caso analogo, meno fortunato dal punto di vista oncologico, ma che nel corso degli anni ha mantenuto un impianto di graciloplastica elettrostimolata attivo dopo resezione addomino-perineale del retto.

Casi isolati non possono essere presi ad esempio per poterli considerare applicabili ad un più ampio ambito, in considerazione dell'analisi sin qui condotte. Tuttavia, quello che dall'analisi delle statistiche sfugge sono gli aspetti intimi del singolo paziente come la personalità, la volontà, la determinazione ed il vissuto fatto di aspettative, paure, illusioni e disillusioni. Compito di ogni professionista coinvolto nella "cura" di un paziente è di guidarlo in base alla propria esperienza e conoscenza. Come già detto, grazie ai progressi della terapia oncologica multidisciplinare, l'occasione di proporre questo tipo di ricostruzioni è diventata via via più rara. Inoltre, vanno considerati altri aspetti. Innanzitutto, il costo, cioè la spesa per l'acquisto della tecnologia, non possiamo oggi trascurare il costo delle apparecchiature e soprattutto che l'impegno di spesa non viene ammortizzato da tangibili benefici nei "grandi numeri". L'impiego di questo tipo di tecnologia, anche se facilmente accessibile, richiede una competenza e conoscenza che non può essere acquisita con pochi casi o con il solo aiuto degli "specialists" messi a disposizione dall'industria. Sono interventi da eseguirsi solo in reparti ed ambienti, con adeguata esperienza e cultura ad affrontare problematiche oncologiche e funzionali.

BIBLIOGRAFIA

1. Ho K S, Seow-Choen F (2005) Dynamic graciloplasty for total anorectal reconstruction after abdominoperineal resection for rectal tumour. *Int J Colorectal Dis*, 20:38-41.
2. Violi V, Boselli AS, De Bernardinis M, Costi R, Nervi G, Bertelè A, Franzè A, Roncoroni L (2004) Surgical results and functional outcome after total anorectal reconstruction by double graciloplasty supported by external-source electrostimulation and/or implantable pulse generators: an 8-year experience. *Int J Colorectal Dis*, 19: 219-27.
3. Romano G, La Torre F, Cutini G, Bianco F, Esposito P, Montori A (2003) Total anorectal reconstruction with the Artificial Bowel Sphincter: Report of Eight Cases. A Quality-of-Life Assessment *Dis Colon Rectum* 46:730-734.

3.6 L'ESPERTO SULLA PROTEZIONE DELLA CUTE ESPOSTA DA INCONTINENZA URINARIA E FECALE



ANTONIO CASADEI
Stomaterapista ASL Roma 1

L'incontinenza, semplificando il concetto, colpisce sostanzialmente due frazioni di popolazione: la prima è quella delle incontinenze urinaria e fecale dalle vie naturali che è maggiormente nota; poi c'è l'incontinenza dei portatori di stomia, una sottopopolazione meno nota e meno visibile ma assai presente nella nostra società.

Per dare dei numeri, si dà a 5 milioni il numero di incontinenti in Italia con patologia più o meno grave; di questi, tre quarti donne. Si stima prossimo a 70 mila il numero delle persone portatrici di stomia. 131 mln di euro il costo per la STOMIA, 72 mln per i cateteri, 500 mln per gli ausili per l'incontinenza fino ad un totale di 3 mld di euro come costi della filiera distributiva a carico della cittadinanza, tutto incluso (fonte FINCOPP).

Approssimativamente, per avere una dimensione tangibile del problema, il costo pro-capite è prossimo ai 1000 euro a persona e questi numeri non contemplano i costi indiretti e quelli intangibili.

L'incontinenza, semplificando il concetto, colpisce sostanzialmente due frazioni di popolazione: la prima è quella delle incontinenze urinaria e fecale dalle vie naturali che è maggiormente nota; poi c'è l'incontinenza dei portatori di stomia, una sottopopolazione meno nota e meno visibile ma assai presente nella nostra società.

Per dare dei numeri, si dà a 5 milioni il numero di incontinenti in Italia con patologia più o meno grave; di questi, tre quarti donne. Si stima prossimo a 70 mila il numero delle persone portatrici di stomia. 131 mln di euro il costo per la STOMIA, 72 mln per i cateteri, 500 mln per gli ausili per l'incontinenza fino ad un totale di 3 mld di

euro come costi della filiera distributiva a carico della cittadinanza, tutto incluso (fonte FINCOPP).

Approssimativamente, per avere una dimensione tangibile del problema, il costo pro-capite è prossimo ai 1000 euro a persona e questi numeri non contemplano i costi indiretti e quelli intangibili.

È dunque necessario tenere sempre accesa la luce dei riflettori su questo argomento poiché, sottostimarlo, significa perdere ineluttabilmente l'occasione per preservare sia la qualità di vita delle persone interessate e delle loro famiglie, sia ingenti risorse economiche per l'intuibile ricaduta sulla spesa sanitaria e sociale.

A questo fine nel mondo dell'industria e della farmaceutica, si stanno sviluppando prodotti sempre più sofisticati ed efficaci, basandosi su studi ed evidenze scientifiche aggiornati.

L'esperienza di assistenza in corsia ha dato notevole contributo nel selezionare e suggerire prodotti efficaci ed innovativi con sempre grande attenzione all'appropriatezza di utilizzo, soprattutto se quotidiano; ne sperimenta effetti pro e contro sui costi diretti, indiretti e intangibili.

Tra gli utilizzatori di questi prodotti, gli infermieri impegnati nell'assistenza diretta.

Gli infermieri hanno anche, purtroppo, la percezione reale della perdita dei benefici, sui tre tipi di costi (indiretti e quelli intangibili), inflitta dai tempi a cui le amministrazioni sono obbligate nell'impegno a reperire ed integrare in prontuario, prodotti che da subito potrebbero contribuire a risparmiare, se fossero immediatamente disponibili.

Una soluzione che vale la pena segnalare è il "film protettivo ad elevata protezione".

Le persone incontinenti, stomizzate e chi li assiste, conoscono l'importanza dei film protettivi; da essi dipende l'integrità della cute sempre esposta ad agenti irritanti e al rischio di macerazione che possono portare a dermatite associata ad incontinenza, dermatite peristomale, a lesioni da sfregamento e a lesioni associate ai medicali adesivi (ad es.: cerotti). Per gli stomizzati, l'integrità della cute rappresenta anche

la tenuta del sistema di raccolta da cui dipende la loro autonomia, qualità di vita e presenza in società.

Per conoscere meglio queste risorse possiamo dire che esistono film protettivi composti da soluzione a base siliconica e indicati alla protezione di cute esclusivamente integra; la base in acrilato per cute sana e non, principalmente indicati nella fase di prevenzione e poi, film protettivi avanzati composti da un sistema di polimeri-cianoacrilato con forte indicazione nella fase di trattamento ovvero quando la cute è danneggiata. Quest'ultima linea di protezione ha caratteristiche innovative, tra gli altri film protettivi.

A molti il cianoacrilato è già noto come componente principale, ormai famoso, della “super colla”.

Cosa curiosa da pensare per i non addetti ai lavori ma, il cianoacrilato, è usato già da tempo in chirurgia, nei pronto soccorso e non solo, per accostare e far cicatrizzare piccoli lembi di cute in alternativa motivata alla sutura chirurgica; il sistema polimeri-cianoacrilato permette la formazione di una barriera elastomerica capace di conformarsi alla cute e allo stesso tempo aderire e proteggere la cute lesa. Per la protezione della cute, sana o lesa, il film protettivo avanzato è disponibile sotto forma di applicatore monouso con spugnetta (foam) all'estremità per la distribuzione sulla superficie cutanea che si vuole trattare: questo è il **FILM PROTETTIVO ad ELEVATA PROTEZIONE**.

Chi lo usa resta piacevolmente colpito dall'efficacia descritta in dettaglio di seguito:

- Su cute sana protezione e impermeabilità, una volta applicato protegge dall'aggressione di urina e feci e garantisce la normale traspirabilità che è elemento essenziale per l'adesione dei sistemi di raccolta per portatori di stomia.
- Sollievo anche immediato di eventuale dolore proveniente da superficie cutanea lesa, ad es. dermatite associata a incontinenza (IAD). Evita, arresta e/o risolve gli effetti di tale dermatite.
- Rapidissima asciugatura con immediata possibilità di coprire la parte trattata anche con cerotti, assorbenti (pannoloni), placche per stomia, placche idrocolloidali antidecubito etc.
- In presenza di dermatite peristomale il film barriera viene applicato a protezione della cute lesa e permette l'adesione dei dispositivi di raccolta.

- Protegge aree di cute esposte ad attrito o con lesioni già in atto dovute a biancheria da letto, indumenti, scarpe o qualsiasi altro materiale che potrebbe creare frizione sulla cute; ne permette o la guarigione o pone le condizioni perché avvenga.
- Protegge a lungo; per applicazioni su dermatite associata ad incontinenza sono consigliate 2 applicazioni a settimana, mentre per l'applicazione su dermatite peristomale il protettivo dovrà essere applicato ad ogni cambio del dispositivo di raccolta.
- Protegge ma permette la detersione igienica della parte trattata, senza cessare prima del tempo previsto la sua funzione di protettore cutaneo.
- Non necessita di rimozione ma, in caso lo si desideri, viene via con un normale REMOVER, cioè il prodotto per la rimozione di adesivi contenente esametildisilossano (HMDS).

Chi lo usa deve sapere anche quando non va usato.

Non deve essere usato:

- Come medicazione per ferite a profondità totale
- Negli occhi e nella zona peri-oculare
- Su lesioni cutanee (ferite) infette

Esiste in applicatori monodose da 0,7 ml per superfici piccole e da 2,7 ml per superfici maggiori.

Per le incontinenze da vie naturali, tra le varie autorevoli linee guida che lo raccomandano, una lo fa consigliando l'utilizzo del prodotto per tutte le forme di quelle che noi addetti ai lavori chiamiamo MASD, ovvero danno cutaneo da macerazione (umidità, urina, feci, etc) (Fletcher J, Beeckman D, Boyles A et al (2020) International Best Practice Recommendations: Prevention and management of moisture-associated skin damage (MASD). Wounds International. Available online at www.woundsinternational.com).

Uno studio sulle IAD pubblicato NEL 2016, ha dimostrato risultati in termini di guarigione e miglioramento di lesioni cutanee associate ad incontinenza, oltre che alla riduzione del dolore associato, a seguito dell'implementazione del film barriera avanzato . (Mary R. Brennan, Catherine T. Milne, Marie Agrell-Kann, Bruce P. Ekholm, Clinical Evaluation of a Skin Protectant for the Management of Incontinence-Associated Dermatitis An Open-Label, Nonrandomized, Prospective Study J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017;44(2):172-180)

3.7 IL RUOLO DI UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE NELLA RIABILITAZIONE DEL SOGGETTO STOMIZZATO



DANIELA METRO

Dirigente Medico Nutrizionista Policlinico Universitario di Messina

L'assistenza nutrizionale per l'enterostomizzato, intesa come educazione alimentare, monitoraggio dello stato nutrizionale ed individualizzazione di particolari esigenze alimentari, rappresenta uno dei momenti fondamentali per la sua riabilitazione e può avere notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sul suo stato di nutrizione, in quanto l'intervento di enterostomia determina un cambiamento delle abitudini e del comportamento alimentare, condizionando anche la scelta degli alimenti.

Molto spesso il paziente portatore di stomia si sente dire dopo la convalescenza, in seguito all'intervento chirurgico, che può e deve riprendere una vita normale, mangiando un po' di tutto, senza particolari restrizioni e rinunce. Questo in parte potrebbe essere vero, però, senza la guida di un nutrizionista si può rischiare di commettere errori grossolani che, più che nuocere alla salute, possono peggiorare la qualità della vita. Molte altre volte i pazienti terrorizzati dalla presenza di un nuovo organo non controllabile, lo stoma, rifiutano il cibo rischiando la malnutrizione. Pertanto, è importante, in base al tipo di stomia confezionata, fare una scelta degli alimenti per evitare l'insorgenza di disturbi che possono condizionare la vita quotidiana creando situazioni imbarazzanti.

Un altro problema è rappresentato dal fatto che gli enterostomizzati possono andare incontro a disbiosi in quanto la flora batterica dell'ileo è diversa da quella del colon, con conseguente ipovitaminosi che può, insieme alla ipoprotidemia, favorire l'insorgenza di lesioni cutanee nella regione peristomale.

Allo scopo di prevenire i vari problemi evidenziati e specialmente le possibili complicanze metaboliche, come la calcolosi biliare, frequente quando è stata asportata l'ultima ansa ileale, le disvitaminosi (vitamine A, C, E), la malnutrizione proteico-calorica (a cui contribuisce, quando presente, la chemioterapia), si rivela importante la scelta degli alimenti e specialmente l'apporto proteico, attraverso la

consultazione di vere e proprie liste di alimenti “consentiti” e “non consentiti”. Il trattamento dietetico nella colostomia sinistra è mirato a modificare le abitudini alimentari, se scorrette o irrazionali, ad evitare la stitichezza (mediante il consumo di fibre insolubili, ad esempio cereali integrali, legumi, frutta secca, frutta fresca, alcune verdure ed ortaggi), ad evitare alimenti che producono feci troppo abbondanti, gas in quantità eccessive, cattivi odori. I soggetti portatori di colostomia sinistra devono introdurre gli alimenti secondo i normali standard dettati dai LARN (Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana), modificare le proprie abitudini alimentari, solo se irrazionali o scorrette, variare la dieta, in modo da effettuare una personale e limitata lista di esclusione, ed introdurre quantità adeguate di fibre alimentari insolubili. Infatti, una dieta povera in scorie favorisce non soltanto la stipsi, ma anche il “ristagno” che a sua volta può determinare richiamo di acqua per effetto osmotico, con conseguenti squilibri idroelettrolitici e possibile diarrea, metabolizzazione di sostanze organiche non assorbite, irritazione della mucosa, assorbimento di metaboliti tossici.

Nelle ileostomie, invece, prevalgono i problemi legati alla perdita di liquidi e sali, in quanto l'ileo, nonostante la capacità di adattamento, non può assicurare tutto l'assorbimento idrico deputato al colon.

Il trattamento dietetico nelle ileostomie è, quindi, mirato a rallentare il transito duodeno-digiunale e modulare l'assorbimento di nutrienti (mediante il consumo di fibre solubili: es. pectine, presenti in fagioli, piselli, mele, carote, patate, avena, segale, orzo), a ridurre i grassi che stimolano la secrezione di bile, ad equilibrare il bilancio idrico mediante l'incremento dell'introito di acqua, elettroliti e vitamine, soprattutto A e C, per prevenire eventuali disvitaminosi, ad escludere cibi che possono provocare disturbi (test individuale di esclusione: in pratica il paziente si accorge che un determinato cibo gli causa problemi e lo elimina).

Un consiglio utile per gli ileostomizzati è non soltanto quello di distribuire la razione alimentare in un maggior numero di pasti ma anche quello di rafforzare la prima colazione rispetto alla cena.

Per rendere più facile e più gestibile la dieta spesso si ricorre agli utilissimi opuscoli, spesso forniti dalle aziende produttrici dei dispositivi di raccolta, che sottolineano l'importanza dell'esclusione di alcuni alimenti per migliorare la qualità di vita dei pazienti.

In sintesi, è chiaro che un paziente che ha problemi di stipsi non consumerà in eccesso banane, mele senza buccia, troppo pane e pasta realizzati con farine

bianche, formaggi, farinacei e patate, mentre un paziente che ha problemi di diarree ricorrenti non consumerà mele con la buccia, prugne, legumi, alimenti stagionati, succo d'uva o peperoncini.

Altra cosa su cui si può agire è la formazione di gas ed eventuali cattivi odori ad essa connessi. Evitare dunque un consumo elevato di pesce, uova, aglio, cipolle e asparagi e prediligere ad esempio lo yogurt ed il succo di mirtillo. In particolare, tendono a formare gas: legumi, verdure, frutta, latte e latticini, gelati, cereali, bevande gassate, frittiture e cibi grassi.

Nei pazienti urostomizzati si deve fare una differenza tra soggetti portatori di uretero-cutaneo-stomia e soggetti portatori di uretero-ileo-cutaneo-stomia.

Nei primi la dermatite peristomale può essere un fattore di rischio per le infezioni urinarie ascendenti e può causare complicanze correlate alla irritazione cutanea e/o alle infezioni urinarie.

Nei pazienti portatori di uretero-ileo-cutaneo-stomia, invece, la stasi urinaria è causa di un cambiamento della flora batterica con un aumento del numero di microrganismi e una predominanza di microrganismi anaerobi comparati col normale ileo. Inoltre, studi clinici e sperimentali hanno messo in evidenza che la costante esposizione all'urina determina cambiamenti adattativi della mucosa del reservoir (neoserbatoio di raccolta) causando modificazioni morfologiche ed istochimiche, con diminuzione dell'altezza dei villi e segni di un aumento del turnover epiteliale.

Per prevenire il rischio di infezioni urinarie, per ridurre le complicanze correlate all'irritazione cutanea e per limitare gli effetti della stasi urinaria, sono stati valutati, soprattutto in pazienti portatori di uretero-cutaneo-stomia, gli effetti benefici dell'assunzione abbondante di acqua oligominerale e di un regime dietetico prevalentemente iperproteico e iperlipidico, ovviamente per brevi periodi, in modo di acidificare le urine, sia per inibire lo sviluppo dei germi sia per favorire l'azione dei farmaci assunti.

In conclusione, la riabilitazione nutrizionale degli stomizzati passa per un primo difficile periodo, in cui si creano degli adattamenti vicarianti ed affiorano, spesso, problemi strettamente individuali. Successivamente l'alimentazione si deve avvicinare moltissimo ai normali standard, dettati dai LARN, incrementando gli introiti di acqua, di elettroliti e di vitamine, escludendo contemporaneamente una serie di cibi "inadatti", per evitare che un'alimentazione incongrua si possa ripercuotere

negativamente sullo stato di nutrizione e sulla qualità di vita dei pazienti.

La scelta di uno stile di vita poco sedentario, compatibilmente con le condizioni generali del paziente, può ulteriormente aiutare lo stomizzato a riacquistare il proprio equilibrio psico-fisico (vedi Piramide Alimentare).

Esempio dieta in soggetti portatori di colostomie sinistre

COLAZIONE

- latte parzialmente scremato ml 150
- fette biscottate integrali n. 3
- marmellata o miele g 20

SPUNTINO

- crackers un pacchetto

PRANZO

- pasta al pomodoro fresco g. 100
 - carni magre g 120 (preferire le carni bianche)
- oppure
- pesce g 140
 - verdura (cotta o cruda) g 150
 - pane integrale g 60
 - olio di oliva extravergine 2 cucchiaini da tavola
 - frutta fresca g 100

MERENDA

- frutta g 100

CENA

- carni magre g 120 (preferire le carni bianche)
- oppure
- pesce g 140
- oppure
- formaggio fresco g 70
- oppure
- prosciutto magro o bresaola g 60
 - verdura (cotta o cruda) g 150
 - pane integrale g 60
 - olio di oliva extravergine 2 cucchiaini da tavola
 - frutta g 100

Acqua acqua minerale naturale 1-1,5 litri al giorno

Esempio dieta in soggetti portatori di ileostomie

COLAZIONE

- latte parzialmente scremato ml 150
- fette biscottate n. 3
- marmellata o miele g 20

SPUNTINO

- crackers di riso un pacchetto

PRANZO

- pasta al pomodoro fresco g. 100
- carni magre g 120 (preferire le carni bianche)
- oppure
- pesce g 140
- verdura (cotta o cruda) g 150
- pane g 60
- olio di oliva extravergine 2 cucchiaini da tavola
- frutta fresca g 100

MERENDA

- frutta g 100

CENA

- carni magre g 120 (preferire le carni bianche)
- oppure
- pesce g 140
- oppure
- formaggio fresco g 70
- oppure
- prosciutto magro o bresaola g 60
- verdura (cotta o cruda) g 150
- pane g 60
- olio di oliva extravergine 2 cucchiaini da tavola
- frutta g 100

Acqua acqua minerale naturale 1,5 – 2 litri al giorno

NOTE

- Gli alimenti devono essere pesati. I pesi si intendono per alimenti crudi ed al netto degli scarti.
- È consigliabile rispettare la suddivisione dei pasti indicata nello schema dietetico.
- Variare la dieta ed evitare di mangiare lo stesso alimento per più giorni consecutivi.
- Cucinare senza grassi e con poco sale.
- Verdure cotte in acqua, a vapore o al forno.

* I FORMAGGI ED I LATTICINI DEVONO ESSERE CONSUMATI NON PIU' DI 2 VOLTE LA SETTIMANA
BERE ALMENO 1 – 1,5 LITRI DI ACQUA AL GIORNO



Nuova Piramide alimentare

BIBLIOGRAFIA

1. Broccio M, Della Rovere F, Granata A, Zirilli A, Artemisia A, Pirrone A, Broccio G. Vitamins A and E in neoplastic disease: Simultaneous serum assay by high pressure liquid chromatography. *Oncology Reports* 1997; 4: 779-785.
2. Metro D, De Leo S, Lucibello L, Fedele N, Manasseri L. Food, nutrients and the risk of colorectal cancer. *Eurostoma* 1998; 23: 10-11. Nutrition and stoma patients. Wood S. *Nurs Times*. 1998 Dec 2-8;94(48):65-7.
3. Metro D, Lucibello L, Manasseri. (1999). Comportamento alimentare e stato di nutrizione in pazienti enterostomizzati. In: Riunione congiunta ADI-SINU. vol. 1, p. 6-7
4. Metro D, Lucibello L, Manasseri L. (2000). Effect of an acidifying diet in urostoma patients. In: 13th Biennial Congress Of The World Council Of Enterostomal Therapists, Singapore. Vol. 1, p. 14, 2-6 luglio
5. Metro D, Lucibello L., Manasseri, L. (2000). Comportamento alimentare e stato di nutrizione in pazienti enterostomizzati. *Giornale Italiano Di Nutrizione Clinica E Preventiva*, vol. 9, p. 103, ISSN: 1122-2239
6. Metro D, Lucibello L, Manasseri L, Muraca U. (2003). Comportamento alimentare e stato di nutrizione in pazienti enterostomizzati per neoplasia. *ADI MAGAZINE*, vol. 7/2, p. 156-158, ISSN: 2280-6830
7. Metro D, Lucibello L, Manasseri L, Muraca U, Celi D. (2005). Comparison between acidifying and alkalizing diet in urostomy patients. *Ospedali D'italia. Chirurgia*, vol. 11, p. 330-333, ISSN: 0030-6266
8. Metro D, Salomone R.M, Carbonaro R, Muraca U, Lucibello L. (2005). Scelta degli alimenti ed apporto proteico nei pazienti portatori di ileo/colo e urostomia. In: XI Corso Nazionale ADI. vol. 9 n.4, p. 656, -
9. Metro D., Salomone R. M, Carbonaro R, Muraca U, Lucibello L. (2006). Scelta degli alimenti ed apporto proteico nei pazienti portatori di ileo/colo e urostomia. *ADI Magazine*, vol. 10/1, p. 40-41, ISSN: 2280-6830
10. Fulham J, Br J. Providing dietary advice for the individual with a stoma. *Nurs*. 2008 Jan 24-Feb 13;17(2):S22-7. doi: 10.12968/bjon.2008.17.Sup1.28146
11. Metro D, Manasseri L, Celi D, Lucibello L. (2012). Incidenza della malnutrizione calorico-proteica in soggetti ileo- e colostomizzati per patologia neoplastica ed infiammatoria. In: XX Congresso Nazionale ADI. p. 133, Firenze, 8 - 10 Novembre 2012
12. LARN-Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana IV Revisione 2014
13. Linee Guida per una sana Alimentazione. Revisione 2018. CREA Reischl S, Wilhelm DF, Neumann PA, Friess H, Martignoni ME. [Peri- and postoperative nutrition in colorectal cancer patients]. *Ther Umsch*. 2018;75(10):642-648.
14. Oliveira AL, Boroni Moreira AP, Pereira Netto M, A Cross-sectional Study of Nutritional Status, Diet, and Dietary Restrictions Among Persons With an Ileostomy or Colostomy. *Gonçalves Leite IC. Ostomy Wound Manage*. 2018 May;64(5):18-29
15. Mitchell A, England C, Perry R, Lander T, Shingler E, Searle A, Atkinson C Dietary management for people with an ileostomy: a scoping review. *JBI Evid Synth*. 2021 Sep;19(9):2188-2306
16. Gasche R, Br J. Diet and stoma care. *Community Nurs*. 2022 Sep 2;27(9):444-448.

3.8 LA DIETA NEI PAZIENTI CON STOMIA DIGESTIVA



MARIA BRITTA

MMG per ATS BG EST. Centro medico Politerapica per l'alimentazione, l'endocrinologia e l'omeopatia

Abstract

Il termine enterostomia, che deriva dal greco Stoma= bocca, apertura, indica le derivazioni intestinali, l'aboccamento alla parete dell'addome mediante un intervento chirurgico, di un tratto dell'intestino:

Ileostomia e colostomia a seconda del tratto intestinale aboccato, per creare una nuova via di transito al materiale fecale.

Questo genere di intervento si pone in caso di malattie infiammatorie dell'intestino, Rettocolite ulcerosa e Morbo di Crohn, o di patologie oncologiche.

Una condizione che richiede l'assunzione di una dieta adeguata sia nell'immediato post-operatorio, sia nel mantenimento.

Deve essere valutata a fondo l'anamnesi e lo stato di salute attuale del paziente. Devono essere esaminati i disturbi in corso e valutati alla luce degli effetti lenitivi o peggiorativi dei vari elementi nutritivi, per un adattamento continuo, dettato dall'evoluzione clinica ed emotiva del paziente

Il riferimento è , come ormai universalmente accettato nel mondo accademico, la Dieta Mediterranea che risulta adeguata e necessaria in alcuni casi di stomia digestiva ma che purtroppo non può essere applicata a tutti ,a seconda del tipo di stomia (ileostomia o colonstomia) e del periodo considerato (post operatorio o mantenimento)

Per comprendere di quale tipo di alimentazione necessita un paziente stomizzato bisogna avere un'idea abbastanza precisa dei vari tipi di stomie. La funzione del

tratto intestinale stomizzato e/o di quello bypassato, infatti, è importante per stabilire quali cibi consigliare e quali evitare.

L'intestino, dal piloro all'ano, è lungo circa 7.5 m. ed è distinto in due tratti: il PICCOLO intestino ed il GROSSO intestino o intestino Crasso o Colon.

Il piccolo intestino, lungo circa 5-6 m, va dal piloro alla valvola ileocecale e si getta nel grosso intestino. È distinto in DUODENO e intestino TENUE MESENTERIALE (DIGIUNO e ILEO). Ha tre funzioni: digestiva, motoria e di assorbimento attraverso i villi intestinali.

Il grosso intestino, il COLON, ha funzione di assorbimento e di secrezione.

Le patologie che possono portare a dovere creare chirurgicamente una stomia sono:

1- Malattie Infiammatorie intestinali, quali:

- a. Rettocolite ulcerosa
- b. Morbo di Chron

2- Malattie Neoplastiche, quali:

- a. Carcinoma del colon retto
- b. Poliposi del colon

Esistono poi situazioni che necessitano di stomie temporanee:

- 1- Peritonite da perforazione di un diverticolo del colon
- 2- Traumi del grosso intestino
- 3- Colite ischemica
- 4- Megacolon congenito
- 5- Fistole anali complesse
- 6- Fistole retto-vaginali

Precisiamo che il termine STOMIA deriva da greco Stoma = bocca, apertura. L'espressione enterostomia indica poi l'abboccamento alla parete dell'addome di un segmento dell'intestino:

- ILEOSTOMIA se si tratta del piccolo intestino
- COLONSTOMIA se si tratta del colon.

Le Ileostomie si suddividono in permanenti e temporanee e si ottengono con diverse tecniche chirurgiche (intervento di Brooke, Kock, ecc.). Con questi interventi viene a mancare il riassorbimento di liquidi e sali minerali da parte del colon che viene bypassato ma non si verificano meccanismi di compensazione renale

che aumentano il riassorbimento di acqua da parte dell'ultima ansa ileale. Risulta però alterata la diuresi verificandosi urine concentrate e rapporto Na/k basso. Con rischio di urolitiasi. Si può riscontrare inoltre un malassorbimento lipidico, soprattutto di acidi biliari, con conseguente litiasi biliare (calcolosi della colecisti), malassorbimento di vitamine del gruppo B, B12 in particolare che si manifesta con anemie megaloblastiche e ipoprotrombinemia.

La colostomia può essere terminale o laterale (o a doppia canna), temporanea o definitiva. Inoltre, è ulteriormente suddivisa in palliativa o di necessità o di protezione.

Le colonstomie si suddividono in:

- 1- Cecostomie
- 2- Colostomia sull'ascendente
- 3- Trasversostomia
- 4- Colostomia sul discendente 5- Sigmoidostomia

a seconda del tratto intestinale interessato e sempre con diverse tecniche chirurgiche (intervento di Hartman, di Milis, ecc.).

L'alimentazione in corso di stomia

Se per la popolazione generale è importante adottare corrette abitudini alimentari, per le persone enterostomizzate lo è in modo particolare, soprattutto per quanto riguarda una corretta distribuzione dei pasti durante la giornata ed una oculata scelta dei cibi introdotti. La corretta alimentazione permette di trovare un equilibrio che facilita la ripresa postchirurgica e il miglioramento della qualità della vita.

In base agli studi effettuati si evince che le persone stomizzate - come del resto tutte le persone che seguono una dieta sana ed equilibrata - devono evitare cibi fritti, cibi con le pelli, gusci, buccia, semi ed alimenti che producono gas. Determinati alimenti alterano il funzionamento intestinale con un aumento o una riduzione del materiale fecale dalla stomia, della produzione di gas intestinali e di odori. Inoltre, si possono verificare blocchi intestinali da piccoli alimenti indigeriti, diarrea, stipsi, crampi o dolori addominali, flatulenza, disidratazione e sbilancio elettrolitico.

Un paziente stomizzato deve avere una buona alimentazione, sana ed equilibrata in

cui sono presenti tutti i gruppi alimentari:

1. Carboidrati
2. Proteine
3. Grassi
4. Sali minerali
5. Acqua
6. Vitamine

nutrienti deve essere così suddiviso:

- 60 % glucidi (carboidrati)
- 15 % proteine
- 25 % lipidi

E gli stomizzati devono adottare comportamenti corretti al fine di prevenire e curare eventuali problematiche di stipsi, diarrea, flatulenza, blocco intestinale e disidratazione.

Prendiamo in considerazione alcuni di questi effetti collaterali:

- La stipsi

Premettendo che gli stomizzati si scaricano da tre volte al giorno a tre volte la settimana, secondo alcuni studi, la stipsi può essere causata da:

- 1- Una dieta a basso contenuto di fibre
- 2- Pochi liquidi assunti con l'alimentazione
- 3- Immobilità
- 4- Malattia concomitante
- 5- Sindrome del colon irritabile
- 6- Effetti collaterali di farmaci

-La diarrea

Colpisce il 50% degli stomizzati

Nelle persone con intestino integro entrano nell'intestino 9-10 litri di liquidi, di cui 6 vengono riassorbiti nel digiuno e 2.5 litri nell'ileo. 1.5 litri entrano nel colon e vengono riassorbiti per il 90%. Solo lo 0.1 litri entrano nella formazione delle feci. Di solito nel post-operatorio, dopo una stomia, i pazienti hanno una considerevole escrezione di acqua e sodio che diminuisce nei giorni seguenti. A volte però il fenomeno persiste per 1 o 2 mesi dopo l'intervento, soprattutto nei pazienti che

hanno subito una resezione di più di 50 cm di ileo terminale perché si tratta di un tratto intestinale assorbente.

Si definisce diarrea quando vengono emesse feci liquide o non formate con numero di scariche pari o superiori a 6. Le cause possono essere:

- 1- La proliferazione batterica
- 2- Enterite infettiva
- 3- Infezioni intraddominali
- 3- Ostruzione addominale
- 4- Recidiva di M. di Chron

- La flatulenza

I gas intestinali vengono prodotti dai batteri intestinali simbiotici e dai lieviti, per circa 500-750 ml di aria/die, liberati attraverso il retto tra le 10-20 volte con il controllo volontario. La perdita del controllo volontario nell'emissione di gas crea negli stomizzati grave disagio psicologico e timore nelle relazioni sociali.

Le cause:

A- Ingestione di determinati alimenti quali:

1. Fagioli
2. Cipolle
3. Cavoli
4. Broccoli
5. Latte
6. Formaggi

B- Ingestione di aria attraverso il naso o la bocca

- 1- Parlare mentre si mangia
- 2- Usare gomma da masticare
- 3- Bere attraverso la cannuccia
- 4- Fumare

B- Infezioni intestinali

C- Patologie concomitanti

- 1- problematiche di stipsi
- 2- diarrea
- 3- blocco intestinale
- 4- disidratazione.

Nella fase post-operatoria, dopo i primi tre giorni, in cui è consigliata una dieta liquida, si passa ad una dieta povera di fibre e grassi, di circa 2400- 3000 kcal.

Cibi morbidi, magri, sgrassati, cereali di formato piccolo, cotti al dente, carni magre, private del grasso visibile, preferibilmente tritate, cotte ai ferri, al vapore, al cartoccio, lessate o alla griglia, con olio Extra Vergine di Oliva aggiunto crudo, a fine cottura. Anche pesce magro, pesce azzurro, calamari, merluzzo, orata, rombo, aringhe, seppie, sogliole, trote, etc. Come contorno, verdure tenere e poco fibrose: patate, carote, zucchine, spinaci teneri, fagiolini, pomodori senza buccia. Pane comune tostato, crackers, grissini, fette biscottate.

In questo periodo, infatti, l'intestino è edematoso e si rischia il blocco intestinale per circa 6-8 settimane. Superata questa fase, si può riprendere una dieta regolare basandosi sulla dieta mediterranea, come ormai è comunemente accettato dal mondo accademico dell'alimentazione. Ad essa, si aggiungono consigli generali adatti agli stomizzati:

- Mangiare lentamente e masticare molto bene
- Assumere almeno 1.5-2 L di liquidi al dì, lontano dai pasti. Bibite non gassate e non ghiacciate
- Preferire grassi vegetali e crudi
- Adottare metodi di cottura semplici e consumare alimenti ben cotti ove non diversamente specificato
- Effettuare pasti regolari ad orari costanti per favorire un ritmo di evacuazione regolare. Il digiuno facilita la formazione di gas intestinali pertanto non è consigliato
- Fare pasti piccoli e frequenti per favorire la digestione
- Controllare il peso. Questo può influire sulle caratteristiche anatomiche della stomia
- Costatare l'effetto di un cibo nuovo sulla stomia ed eventualmente eliminarlo temporaneamente se negativo e reintrodurlo successivamente

Porre attenzione ai cibi ricchi di fibre per il rischio di un blocco intestinale negli ileostomizzati

Evitare gomme da masticare

- Non usare cannuce per bere
- Masticare con la bocca chiusa per non ingerire aria

Negli stomizzati è importantissimo l'equilibrio idroelettrolitico in quanto è il colon (che è stato asportato) a riassorbire liquidi. Questi pazienti devono quindi saper riconoscere i sintomi della disidratazione: aumento della sete, pelle e bocca asciutte, ridotta produzione di urine, che si presentano scure, astenia, respiro corto, nausea

e dolori addominali. In tali casi sono d'aiuto bibite contenenti sali minerali, come quelle per gli sportivi e 1.5- 2 L di liquidi/die sotto forma di acqua, tè, caffè, etc.

Nel caso sia il sodio a mancare, i sintomi sono: perdita dell'appetito, sonnolenza, cefalea, crampi addominali e agli arti inferiori, lipotimie in ortostatismo, sensazione di freddo agli arti.

Si può ovviare al problema assumendo brodo, burro, minestre anche in scatola, verdure in scatola, formaggi, succo di pomodoro, bibite con sali minerali.

In caso di mancanza di potassio, invece, i sintomi sono: affaticamento, debolezza muscolare, gas, gonfiore, dispnea, diminuzione della sensibilità agli arti. I cibi utili sono: banane, fagiolini, brodo, pollo, pesce, arance, fagioli, patate, uva passa, pomodoro, zuppa di verdure, carne di vitello, anguria, yogurt, bibite con sali minerali.

Va inoltre tenuto presente che ci sono cibi che possono procurare problemi:

-Alimenti che possono facilitare un blocco intestinale

ananas, carni dure, gamberetti, aragoste, fagiolini, frutta cruda, frutta con semi, funghi, cavolo, lattuga, mais, noci, arachidi, noci di cocco, piselli, pomodori, sedano.

-Alimenti che aumentano la produzione di feci

birra, broccoli, cavolo, fagioli, spezie, frutta fresca, latte, spinaci, succo di mela e succo di prugne

-Alimenti che riducono la produzione di feci

banane, tapioca, burro di arachidi, formaggio, mele, pane tostato, riso bollito, salatini, yogurt

-Alimenti che aumentano la formazione di gas

broccoli, cavolini, cavolo, cavolfiore, cipolla, aglio, porri, asparagi, fagioli, cibi piccanti, birra, latte, bevande gassate, cibi ricchi di fibre, crusca, alcool, gomma da masticare, noccioline, funghi e mais

mentre li riducono:

prezzemolo, spinaci, olio di menta, yogurt, latte condensato.

-Alimenti che incrementano odori:

pesce, cipolle, aglio, uova, formaggio, asparagi, fagioli, broccoli, olio di fegato di merluzzo, cetrioli, burro di arachidi

mentre li riducono:

finocchio, latte condensato, yogurt, menta piperita, anice, banane molto mature.

-Alimenti che cambiano il colore delle feci:

asparagi, barbabietole, cibi colorati, compresse di ferro, liquirizia, spinaci, salsa di pomodoro, fragole.

-Alimenti ricchi di fibre sconsigliati negli ileostomizzati:

legumi secchi, verdure e ortaggi, frutta fresca, frutta secca, cereali e derivati

Indicazioni dietetiche per l'ileostomia e colostomia destra

-Preferire alimenti poveri di scorie (frutta senza buccia o centrifugata) e le verdure poco fibrose (patate, carote, zucchine, spinaci teneri, fagiolini, pomodori senza buccia) che non aumentano la formazione di gas e cattivi odori.

-Evitare alimenti integrali, frutta secca e legumi.

-Preferire grassi vegetali e non fritti.

-Evitare formaggi, uova, frattaglie, salumi, carni e pesci grassi (oca, anatra, agnello, capitone, anguilla, aringa, salmone, sgombro, sardina)

-Consumare centrifugati di frutta e verdura o spremute filtrate

-Evitare cibi ricchi di acido urico e ossalati: frattaglie, maiale, sardine, acciughe, crostacei, peperoni, spinaci, zucca, bietole, uva, mirtilli, cioccolato, tè concentrato.

-Per quanto riguarda i liquidi ricordare che vino e caffè accelerano il transito intestinale

-E' possibile consumare dolci semplici a base di riso, semolino, miele, gelatina di frutta, o ciambella casalinga o biscotti secchi

Indicazioni dietetiche per colostomia sinistra

-Evitare cibi fermentati e particolarmente aromatici

-Aumentare i liquidi giornalieri, l'apporto di frutta, verdure e alimenti integrali e olio Extra Vergine di Oliva.

-Consumare alimenti acidificanti per prevenire incrostazioni di muco intorno alla stomia: carni, pesci, uova, cereali, mirtilli, susine, prugne.

-Limitare il latte, la crema di latte, la frutta secca, frutta e verdura.

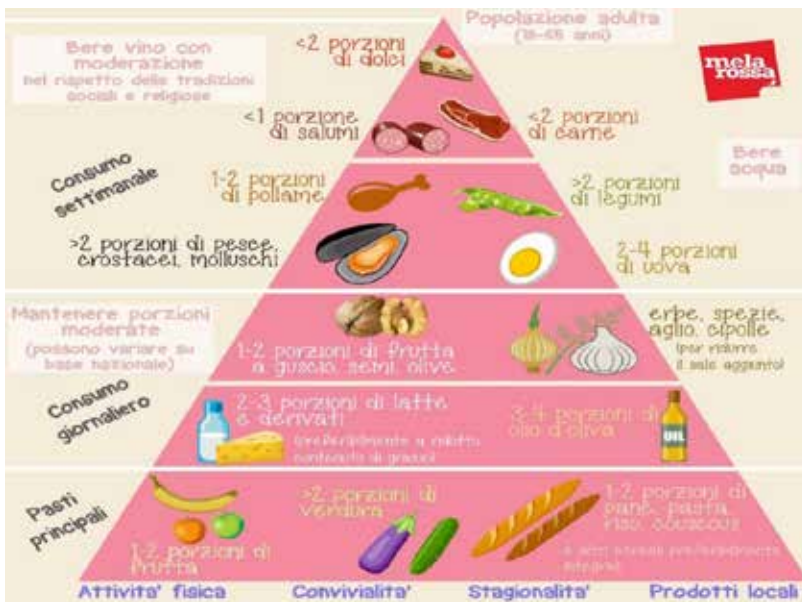
-Evitare asparagi, cipolla, aglio, cavolfiore, spezie e alimenti fritti.

In conclusione, esistono consigli alimentari precisi per ogni tipo di stomia e per le eventuali situazioni patologiche in cui un paziente stomizzato può venirsi a trovare. La base resta però la DIETA MEDITERRANEA con la particolare predilezione,

ove possibile negli stomizzati, per consumo di cereali integrali, frutta, verdura, frutta secca, pesce, olio Extra Vergine di Oliva e per un consumo limitato di carne, latte e suoi derivati, legumi, uova, salumi e dolci.

Importantissimo il consumo di acqua (1.5-2 L al giorno)

Non bisogna poi dimenticare che Dieta Mediterranea vuol dire anche esercizio fisico, convivialità, stagionalità e prodotti locali.



BIBLIOGRAFIA

1. Lucia Viola “Vivere con la stomia. Comprendere i problemi dei pazienti enterostomizzati relativi all’alimentazione ed alla cura: quali bisogni di assistenza ed educativi?”
2. Chiara Mossali ” L’alimentazione nel paziente con stomia”
3. Sara Michela Lualdi ” Dieta per colostomia: cosa mangiare per stare bene”

3.9 LE PROBLEMATICHE DELLE STOMIE. LA LUNGA GUERRA DEI PRESIDII E DELLE FORNITURE



ANGELA CIPRIANI - GAETANO DE RIENZO

Urologia universitaria Policlinico di Bari

INTRODUZIONE

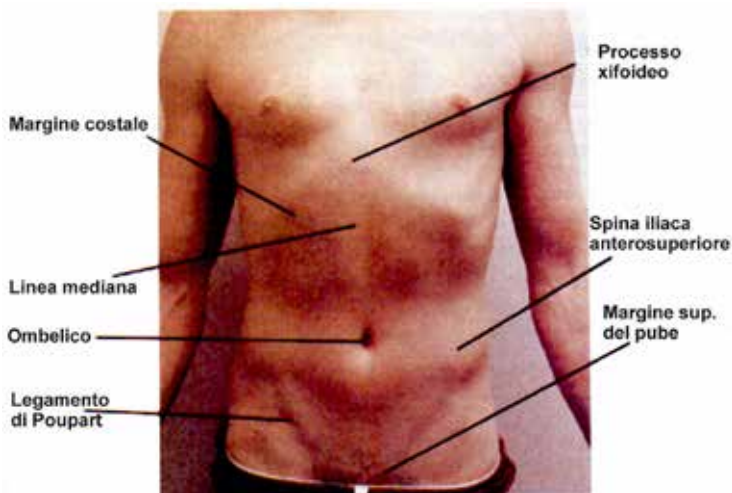
La gestione delle stomie è cosa complessa, spesso sottovalutata, e necessita di una organizzazione attorno al paziente che lo accompagni sin dalle fasi preoperatorie, per poi proseguire nel postoperatorio.

Fase preoperatoria

La fase preoperatoria si basa sulla definizione degli obiettivi assistenziali tenendo conto delle aspettative e delle risorse della persona assistita e della famiglia.

È molto importante in fase di pianificazione delle stomie:

- valutare l'ideale posizionamento della stomia;
- creare un'intesa tra ammalato e operatori al fine di instaurare un rapporto diretto e di fiducia;
- valutare il grado di autosufficienza del paziente per pianificare il programma riabilitativo sino alla dimissione;
- valutare la comprensione che il paziente ha della propria malattia e della prognosi;
- prevedere l'impatto che la stomia avrà sulla vita di relazione e sessuale del paziente e valutarne il grado di accettabilità.



Il rapporto di fiducia che si instaura fra operatore e paziente ha un'importanza fondamentale nel periodo preoperatorio, per una corretta informazione su quelle che saranno le modifiche di una funzione naturale quali la minzione e l'alvo.

Fase post-operatoria

Questa fase si caratterizza per la creazione di un vero e proprio progetto di riabilitazione che deve focalizzare l'attenzione:

- sul tipo di stomia ed il suo funzionamento;
- sul controllo della diuresi da un punto di vista sia quantitativo che qualitativo in caso di urostomie;
- sul corretto uso dei presidi più idonei;
- sullo svuotamento della sacca;
- sul controllo della stomia e della cute peristomale per l'insorgenza di eventuali complicanze;
- sull'addestramento al corretto stoma-care;
- sulla verifica della dimestichezza del paziente con la sua stomia.

In questa fase, psicologicamente molto delicata, gli infermieri che si occupano di stomia promuovono l'autonomia della persona ad effettuare l'igiene della stomia e la sostituzione del sistema di raccolta in base a:

- confezionamento e posizionamento dello stoma;

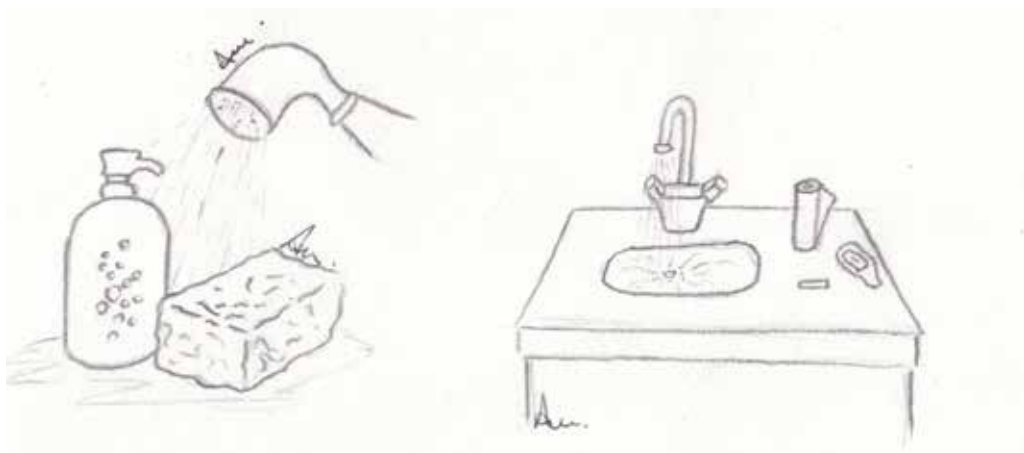
- destrismo del paziente e sua preferenza (mono o due pezzi);
- igiene della zona peristomale con utilizzo di acqua e sapone neutro;
- cambio periodico del dispositivo di raccolta.

In altri termini il paziente viene supportato nel suo percorso di accettazione di questa condizione assolutamente inedita.

Stoma care

Lo stoma care è la cura dello stoma intesa come gestione completa della stomia: igiene, apparecchiatura, prevenzione e controllo delle eventuali complicanze. L'integrità della cute peristomale è fondamentale per la prevenzione delle lesioni e per una riabilitazione efficace.

L'igiene del complesso stomale rappresenta l'insieme di tutte quelle norme utili alla pulizia dello stoma e della cute peristomale. che deve essere accuratamente deterso utilizzando acqua potabile e soluzioni prive di sostanze irritanti e istiolesive.



La corretta gestione della stomia eviterà momenti di disagio e renderà più accettabile la nuova condizione.

Un corretto stoma care eviterà l'insorgere di complicanze stomali che ancora oggi costituiscono un problema di grande rilievo, soprattutto per l'entità dei disturbi fisici e psichici che influenzano notevolmente la qualità di vita del paziente stomizzato.

I problemi della pelle si possono generalmente ricondurre alle seguenti cause:

- mancanza di pulizia;
- urine o feci lasciate a contatto con la pelle;

- pulizia troppo (zelante) con eccessivo strofinio;
- sostituzione maldestra della sacca, oppure ricambio troppo frequente della stessa;
- reazione allergica momentanea o improvvisa ad un particolare tipo di solvente o adesivi;
- infezioni.

La scelta del dispositivo di raccolta è influenzata da vari fattori:

- sede della stomia;
- predisposizione della pelle ad irritazione;
- sensibilità agli adesivi;
- destrismo del paziente.

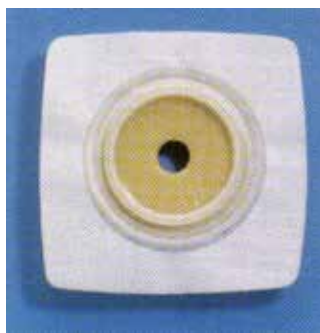
Il paziente sarà in grado di gestire la propria stomia quando le proprie condizioni generali nel post operatorio glielo consentiranno.

Caratteristiche generali della sacca

La scelta e la valutazione dell'appropriatezza del dispositivo di raccolta è un momento essenziale della riabilitazione del paziente; una sacca personalizzata alle esigenze del singolo permetterà una migliore qualità di vita e un risparmio in termine di costo.

La sacca di raccolta deve:

- essere tollerata dal paziente;
- assicurare un contatto perfetto con la cute per evitare infiltrazioni;
- proteggere la pelle dal contatto con il suo contenuto;
- essere discreta e silenziosa;
- essere maneggevole e facile da applicare;
- essere facile da rimuovere o svuotare.



Le complicanze stomali

Alcune complicanze legate a un rapporto conflittuale fra stomia e sistema di raccolta.

Malposizionamento

Posizione dello stoma in una sede tale, da rendere, difficile e a volte impossibile le manovre di gestione. Le complicanze in questo caso, da mal posizionamento, si presentano precocemente e sono legate alle difficoltà a far aderire il sacchetto in modo ottimale.



Le conseguenze saranno la mancata adesione del sacchetto con fuoriuscita di urine dal sacchetto di raccolta e danneggiamento della cute. Sarà necessario, quindi, la scelta del presidio più idoneo con l'ausilio di accessori per stomie e molta inventiva.

Dermatiti

Si tratta di alterazioni del normale trofismo della cute. Si manifesta con una infiammazione superficiale della cute che può comparire da subito o pochi giorni dopo il confezionamento della stomia.



Si evidenzierà un arrossamento o escoriazione della cute, produzione di essudato sieroso e talora sanguinamento. Se persiste questo quadro si avrà la comparsa di vere e proprie ulcerazioni. Tali fenomeni infiammatori cronici a carico della cute peristomale, possono comportare lichenizzazione (ispessimento della cute). Il trattamento stoma terapeutico si baserà sulla scelta di materiale protesico più idoneo; abolizione dell'utilizzo di sostanze istolesive (alcool, etere, trielina, benzine); utilizzo di paste, placche dermoprotettive e

film protettivi.

Retrazione

Livellamento dello stoma al di sotto del piano cutaneo.

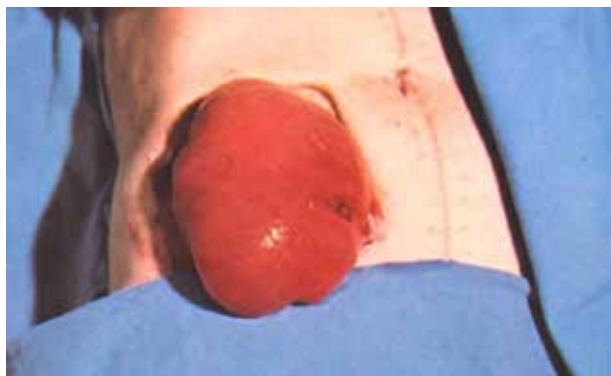


Le conseguenze di tale situazione potrebbero essere stenosi (restringimento) della stomia e/o dermatiti. Il trattamento si baserà sull'utilizzo di paste livellatrici del piano cutaneo e placche convesse.

Complicanze peristomali tardive

Prolasso

Si parla di prolasso stomale quando vi è una protrusione del tratto intestinale che costituisce lo stoma. Se il prolasso stomale è lieve, è sufficiente adeguare un presidio di raccolta ad hoc; se, invece, il prolasso dello stoma è marcato, bisogna intervenire chirurgicamente.



Ernia peristomale

L'ernia è la fuoriuscita di un viscere-, o di una parte di esso, dalla cavità addominale dov'è normalmente contenuto. L'erniazione si fa strada attraverso un orifizio preformato od un'area di debolezza della parete di rivestimento. La presenza dell'ernia può rendere difficoltosa la gestione della stomia stessa. Sebbene raramente le anse intestinali erniate possono incarcerarsi e/o strozzarsi.

Sarà necessario utilizzare dispositivi medici di raccolta, concavi, adatti a tali eventi.



Stenosi

Nei pazienti affetti da stenosi, la stomia potrebbe ridursi e restringersi.

Può essere causata da fattori come la tecnica chirurgica, l'infiammazione, le aderenze e molto altro. Si presenta con restringimento del lume stomale a livello cutaneo, secondario ad altre complicanze.

La stenosi non è necessariamente un'urgenza medica a meno che la stomia non funzioni, il paziente non abbia dolore o vomito. In alcuni casi, la stomia potrebbe richiedere dilatazione

digitale o con dilatatori o correzione chirurgica. In caso di problemi, il paziente deve

essere valutato dall'enterostomista e, ove necessario, dal medico.



Granulomi

I granulomi sono lesioni o noduli arrossati visibili sulla superficie di una stomia o dove l'intestino tocca la pelle. Queste lesioni possono causare un notevole disagio al paziente e talvolta possono provocare sanguinamenti o una scarsa adesione del sistema di raccolta.

In alcuni casi, i granulomi si formano nei punti di attrito con un dispositivo, una cintura o un indumento.

I granulomi possono essere dolorosi, sanguinare facilmente e causare perdite dal sistema di raccolta. In alcuni casi, può essere appropriato usare una sacca morbida e flessibile.

Assicurarsi di ridurre le aree di maggiore attrito con la sacca. I pazienti che provano dolore o disagio causato da granulomi devono essere valutati dal personale sanitario.



Dimissione e prescrizione dei presidi protesici

Quando si rientra a domicilio è possibile richiedere la fornitura, tramite il S.S.R., dei dispositivi di raccolta, presentando all'ASL di residenza o di domicilio la documentazione sanitaria attestante la patologia specifica e l'intervento subito, il piano riabilitativo redatto da specialista prescrittore autorizzato, la tessera sanitaria e il codice fiscale. I presidi protesici ed eventuali accessori prescritti e necessari per la gestione della stomia sono forniti senza oneri economici da parte del paziente in base al DPCM 12/gennaio/2017 che ne stabilisce quantità e qualità prescrivibili in corrispondenza alla patologia.

L'assistenza protesica/integrativa consta di un processo complesso che necessita di essere monitorato costantemente; essa persegue l'obiettivo di prevenire, correggere o compensare una menomazione o una disabilità, potenziando le abilità residue dell'assistito, nonché promuovendone l'autonomia.

Sulla base dei requisiti appena considerati, al fine di garantire alla persona con stomia, un presidio che assicuri Sicurezza, Protezione, Autonomia e Confort, risulta opportuno che la definizione del piano terapeutico (includente numero e tipologia dei presidi e accessori per la gestione della stomia) sia redatta da un professionista sanitario esperto (Stomaterapista, Chirurgo, Urologo, ...) in possesso di specifiche

conoscenze su:

- caratteristiche di tutti i presidi e accessori disponibili sul mercato;
 - bisogni assistenziali dell'assistito e della famiglia;
 - leggi regionali e nazionali ad hoc, Livelli Essenziali Assistenza
- nel rispetto del nomenclatore tariffario in essere DPCM 12 gennaio 2017 specificandone:
- codice ISO nomenclatore tariffario (es. 09.18.04.003, 09.18.07.006, ecc.);
 - nome del prodotto, Codice e Ditta Commerciale;
 - quantitativi mensili.

Non di rado il paziente, e quindi il prescrittore, trova enorme difficoltà nell'approvvigionamento da parte della ASL dei presidi prescritti. Ciò succede per vari motivi

A tal proposito, per fugare ogni dubbio, il Ministero della Salute con circolare del 23/06/2017 n.0006960 chiarisce, in maniera inequivocabile, tali aspetti. La predetta circolare dice che” ...la condizione di avente diritto alle prestazioni è certificata dal medico specialista del SSN, dipendente o convenzionato,” peraltro, il successivo comma 2 dispone che “Le prestazioni sono erogate su prescrizione dello specialista...”. Da ciò emerge, senza ombra di dubbio, che è sufficiente la prescrizione dello specialista e non è requisito necessario e fondamentale il riconoscimento dell'invalidità civile.

Per quanto concerne, invece, i tempi di erogazione dei dispositivi, se è pur vero che è stato omesso il termine dei cinque giorni per l'erogazione degli stessi, in quanto le relative modalità attengono all'organizzazione sanitaria territoriale, si invitano le stesse a voler assumere ogni iniziativa ritenuta utile al fine di poter contenere i tempi di erogazione nei tempi precedentemente previsti e garantire in tal modo le prestazioni sanitarie nei confronti di tali pazienti, senza arrecare pregiudizio e disagio a tutela del diritto della salute.

Ultimo punto, ma per questo non meno importante, è il rispetto delle quantità prescritte da erogare. Non di rado il paziente si trova a doversi “accontentare” di un anticipo dei dispositivi in questione ponendo lo stesso in uno stato di ansia e difficoltà per la gestione della patologia di base.

3.10 PATOLOGIA STOMALE/COMPLICANZE. TRATTAMENTO MEDICO, CHIRURGICO



ANTONIO D'ELIA

*Direttore UOS Chirurgia Generale e Coloproctologia ASST
Ovest Milanese - Legnano*

Abstract

Il confezionamento di una stomia è una procedura comunemente eseguita nella chirurgia del colon-retto e urologica come parte delle operazioni eseguite per patologie neoplastiche e infiammatorie intestinali. Di per sé, pur essendo una procedura semplice, ma non banale, se eseguita in modo non adeguato, può essere all'origine di complicanze, che meglio possono essere definite come patologie stomali, ovvero correlate alla presenza della stomia quale nuovo organo.

Dalla revisione della letteratura si evidenziano tassi di complicanze del 21-70%.

Le complicanze stomali possono essere classificate come precoci o tardive. Le complicazioni precoci, come le alterazioni della cute peristomale, le emorragie, i distacchi muco-cutanei e gli ascessi peristomali, sono generalmente trattate in modo conservativo. Tuttavia, le complicanze tardive come il prollasso dello stoma e l'ernia parastomale, la stenosi possono essere gestite in modo conservativo o chirurgico.

Il trattamento conservativo è di competenza generalmente dello stomaterapista, mentre il trattamento chirurgico, laddove necessario, può risultare complesso.

La presenza di patologie stomali, oltre che a rendere più difficoltosa la gestione dello stomacare, incide naturalmente sulla qualità di vita ed il senso di benessere della persona stomizzata.

Il presente capitolo analizza la definizione, la classificazione, l'inquadramento diagnostico ed i trattamenti delle suddette patologie stomali.

Il confezionamento di una stomia è ancora oggi, nonostante il progresso nel trattamento delle patologie colo-rettali ed urologiche, una procedura frequentemente eseguita come parte degli interventi chirurgici effettuati sia per patologie neoplastiche che per patologie infiammatorie. Semplice, ma non banale, tale procedura, se non eseguita in modo adeguato, può essere all'origine di complicanze. Queste possono essere meglio definite come patologie stomali, cioè, correlate alla presenza della stomia quale nuovo organo.

Al di là del cambiamento dell'immagine corporea e delle normali funzioni di svuotamento e di continenza, che incidono prevalentemente sulla componente psicologica e comportamentale, l'insorgenza e la presenza di tali condizioni morbose rappresentano gli elementi che più incidono sul benessere psicofisico e di conseguenza sulla qualità di vita^{1,2,3}.

In letteratura l'incidenza delle patologie stomali varia fra il 21 ed il 70%; in particolare, in letteratura l'incidenza delle patologie stomali varia fra il 21 ed il 70%; in particolare, risulta maggiore nelle colostomie rispetto alle ileostomie e nelle stomie terminali rispetto alle laterali. Nonostante il rischio di insorgenza permanga per tutta la vita, la loro incidenza è maggiore nei primi 5 anni dall'intervento in cui la stomia è stata confezionata^{3,4,5,6,7,8}.

Secondo un criterio temporale le patologie o complicanze stomali possono essere distinte in base all'insorgenza nell'immediato decorso postoperatorio (spesso di natura tecnica), entro un mese dall'intervento e pertanto definite precoci (solitamente correlate ad un posizionamento non ottimale della sede della stomia) o successivamente e per questo definite tardive (più frequentemente insorgenti nella sede di stomie permanenti).

Considerazioni generali e prevenzione delle patologie stomali

Considerazioni generali e prevenzione delle patologie stomali

Il processo di prevenzione e di trattamento delle patologie stomali deve iniziare ancor prima dell'atto chirurgico di confezionamento di una stomia. L'individuazione del sito ottimale in cui confezionare la stomia, la tecnica chirurgica adeguata e la gestione perioperatoria della stomia rappresentano i capisaldi della prevenzione delle complicanze stomali. È ormai ampiamente dimostrato in letteratura che il

posizionamento preoperatorio del sito ottimale dove confezionare la stomia riduce la frequenza delle complicanze stomali. Al contrario un cattivo posizionamento è la causa principale delle stesse^{9,10,11,12,13,14,15}. La sede ideale di confezionamento di una stomia deve rispettare criteri ben precisi: deve essere in corrispondenza di una parte piana dell'addome, che permetta una adeguata adesione del presidio di raccolta; deve essere distante dalle salienze ossee (arcate costali, creste iliache), da pliche cutanee addominali, da cicatrici di precedenti interventi e dalla sede delle ferite previste per l'intervento chirurgico, sia esso laparotomico che laparoscopico; deve essere in posizione tale da non creare disagio con gli indumenti indossati e soprattutto deve essere ben visibile al paziente in modo da garantirne l'autonomia nella successiva gestione. La ricerca del sito ideale deve essere effettuata dal chirurgo o da uno stomaterapista (infermiere esperto, qualificato e certificato nell'assistenza alla persona stomizzata), mediante una mappatura o disegno preoperatorio in cui l'addome viene valutato sia in posizione eretta, che seduta, che supina, con il coinvolgimento del paziente nella conferma dell'adeguata visibilità della sede individuata^{9,10,11,12,13}.

Il posizionamento preoperatorio, unitamente all'informazione ed all'educazione sulla futura gestione della stomia, devono avvenire già in fase preoperatoria con un adeguato counseling effettuato sia dal chirurgo che dall'infermiere stomaterapista. Questo riduce non solo l'incidenza di complicanze ma migliora anche i risultati funzionali a distanza e l'adattamento psicologico alla nuova condizione^{9,12,12,16}. Lo sviluppo di nuove tecniche mininvasive (laparoscopia, robotica) e l'applicazione di protocolli di rapido recupero funzionale postoperatorio (ERAS), hanno ridotto notevolmente la durata dell'ospedalizzazione. Per tale motivo risulta necessario un precoce e più intensivo intervento dello specialista stomaterapista nel processo di educazione e riabilitazione della persona stomizzata¹⁴.

In letteratura, oltre al posizionamento non ottimale della stomia, vengono individuati come ulteriori fattori di rischio di complicanze stomali: l'esecuzione dell'intervento in urgenza, l'esperienza e la specializzazione del chirurgo, l'obesità, il fumo, il diabete e le malattie infiammatorie intestinali^{17,18,19}. Un recente studio retrospettivo²⁰ ha dimostrato inoltre come la presenza di un deficit dello stato nutrizionale rappresenti un rischio indipendente di insorgenza di lesioni cutanee peristomali.

Per quanto riguarda gli aspetti tecnici dell'atto chirurgico la prevenzione delle

complicanze è data dall'adeguata tecnica di confezionamento di una stomia. È indispensabile un'adeguata mobilizzazione dell'ansa stomale, che eviti trazioni sulla stessa ed i conseguenti distacchi della sutura muco-cutanea, l'ischemia e le successive retrazioni e stenosi. Il calibro adeguato del tragitto dell'ansa stomale attraverso la parete addominale, dal piano fasciale, fino alla cute, è fondamentale nella prevenzione di complicanze come le ernie peristomali e le stenosi. La scarsa procidenza del margine della stomia (<1 cm) comporta invece un aumento del rischio di lesioni della cute peristomale, il maggior rischio di distacco del presidio di raccolta ed una maggiore difficoltà nell'autogestione della stomia²¹. Naturalmente per poter evitare l'ischemia e la necrosi è indispensabile il mantenimento di un'adeguata vascolarizzazione dell'ansa stomale, di cui devono essere evitate l'eccessiva scheletrizzazione della porzione terminale e l'interruzione delle arcate vascolari nel corso della mobilizzazione. È da considerare però che questi principi di tecnica chirurgica possono risultare di difficile attuazione in presenza di rilevante spessore del pannicolo adiposo cutaneo in soggetti obesi o se i mesi si presentano spessi, corti o retratti^{22,23}. In questi casi l'atto chirurgico può richiedere l'attuazione di espedienti e richiedere soluzioni da adattare alla situazione contingente³.

L'ernia parastomale

L'ernia o, meglio, il laparocèle parastomale si definisce come un'ernia che si sviluppa attraverso il difetto della parete addominale nel sito dello stoma. Molti la ritengono una conseguenza inevitabile del confezionamento di una stomia^{4,55}. L'incidenza clinicamente significativa in corrispondenza di una colostomia è riportata fino al 39%, mentre l'incidenza di ernia parastomale asintomatica, rilevata incidentalmente con l'imaging radiologico della sezione trasversale della parete addominale, è quasi dell'80%²¹. Le colostomie terminali hanno la più alta incidenza di laparoceli parastomali. L'incidenza è rara nel primo periodo postoperatorio e, sebbene la maggior parte dei laparoceli parastomali si verifichi nei primi 2 anni dopo l'intervento chirurgico, è stato segnalato che si possano sviluppare fino a 10 anni dopo. I fattori di rischio specifici sono simili a quelli del prolasso stomale e comprendono obesità, lassità della parete addominale o anomalie del collagene, uso di steroidi, infezioni postoperatorie della ferita o sepsi addominale, un'ampia apertura fasciale (>3 cm) e condizioni che sono associate ad un aumento della pressione intra-addominale come tosse cronica, ascite o stipsi^{56,57}.

Sebbene le ernie parastomali siano frequentemente asintomatiche, quando sintomatiche, anche se spesso tollerate, possono determinare sintomi come: dolore addominale, ostruzione intestinale e irritazioni cutanee peristomali, a causa delle difficoltà di apparecchiatura della stomia. La loro presenza e l'evidenza della tumefazione può essere fonte di imbarazzo e di problemi psicologici. Questi sintomi possono avere un impatto negativo significativo sulla qualità della vita dei pazienti. L'ostruzione o lo strangolamento del contenuto del laparocèle parastomale può comportare la necessità di un nuovo intervento a causa del rischio di gravi complicanze quali l'occlusione intestinale, l'ischemia e la necrosi del contenuto erniario.

Numerosi sono gli studi sugli aspetti tecnici chirurgici per ridurre l'incidenza di ernie parastomali. La dimensione preferita dell'apertura dello stoma è stata ampiamente dibattuta. Sebbene non ci siano dati sufficienti per supportare una dimensione ideale, è riportato che un'apertura > 3 cm è associata a una maggiore incidenza di laparoceli parastomali radiologicamente evidenti⁵⁷.

Riguardo alla posizione della stomia rispetto ai muscoli retti dell'addome, solo uno studio ha dimostrato in modo convincente un beneficio significativo nel posizionare gli stomi attraverso il muscolo retto, mentre molti altri studi non sono riusciti a identificare un'associazione tra l'incidenza di ernie parastomali e la posizione della stomia rispetto ai muscoli retti^{4,28,58}. Non esistono evidenze che il posizionamento dello stoma attraverso il muscolo retto sia associato a una ridotta incidenza di ernie parastomali, nonostante ciò, questa tecnica è ancora preferita perché risulta migliore l'apparechiatura della stomia³.

Uno studio ha dimostrato che l'estrazione del colon resecato dal sito dello stoma è associata a un aumentato rischio di ernia parastomale, ma non alla necessità di ulteriori interventi chirurgici, e questa tecnica è quindi ancora un'opzione ragionevole nei pazienti che richiedono stomia temporanea⁵⁹.

La tunnellizzazione extraperitoneale dell'ansa stomale, una tecnica alternativa per la creazione di stomi descritta per la prima volta da Goligher nel 1958, ha dimostrato di essere associata a un tasso più basso di formazione di ernie parastomali, in particolare nei pazienti sottoposti a resezione addominoperineale laparoscopica con colostomia terminale^{14,57,60,61}. Sono però necessari ulteriori studi prospettici randomizzati per

definire meglio quale sottogruppo di pazienti possa beneficiare maggiormente di questa tecnica, dati l'aumento del tempo operatorio e le complicanze postoperatorie associate ad essa⁴.

Per prevenire la formazione di ernie peristomali, nonché nel trattamento di quelle paucisintomatiche, è diffuso l'uso di sistemi di contenzione come ventriere con foro per la stomia. Non esistono evidenze della loro efficacia ma in letteratura ne è descritto il loro utilizzo^{62,63}.

Quando l'ernia parastomale sintomatica richiede una riparazione, l'utilizzo della rete durante la riparazione è associato a tassi di recidiva inferiori rispetto alla riparazione fasciale primaria locale o alla trasposizione della stomia^{28,64,65}. Molteplici studi hanno per questo sperimentato il posizionamento della protesi a scopo profilattico durante il confezionamento iniziale della stomia, al fine di ridurre l'incidenza di ernie parastomali. I risultati di questi studi supportano l'uso del posizionamento profilattico della rete preperitoneale sia per ileostomie che per colostomie. Nonostante le preoccupazioni sull'uso della rete permanente nell'ambito di un intervento chirurgico contaminato, le complicanze legate alla rete come erosione, infezione e fistolizzazione risultano poco frequenti^{66,67,68}. Recenti metanalisi hanno confermato questi risultati in pazienti ad alto rischio, tuttavia, mancano ancora dati significativi che ne consiglino l'uso routinario in tutti i pazienti.

3.11 ENTEROSTOMIA ANTEROGRADA



ANTONIO D'ELIA

*Direttore UOS Chirurgia Generale e Coloproctologia ASST
Ovest Milanese - Legnano*

Abstract

La stomia anterograda rappresenta una comunicazione di minima cateterizzabile fra la cute ed il cieco, l'appendice o una neo-appendice ileale. Questo particolare tipo di stomia permette l'esecuzione di clismi antigradi ed il conseguente svuotamento meccanico del colon e del retto. Trova la sua applicazione nelle stipsi intrattabili e nell'incontinenza fecale.

Questa tecnica ha dimostrato essere efficace prevalentemente in pazienti pediatrici o con concomitanti patologie neurologiche quali spina bifida, lesioni midollari o cerebrali post-traumatiche, m. di Hirschsprung. Un netto miglioramento della qualità della vita è stato inoltre dimostrato nei pazienti con concomitante incontinenza fecale

In letteratura è stata inoltre dimostrata essere efficace in pazienti adulti con stipsi da rallentato transito.

Il grado di successo o soddisfazione di questa procedura risulta essere però molto variabile nei vari studi (50-100% con media del 74%) e vengono descritte dagli stessi percentuali di complicanze correlate al confezionamento della stomia ed all'esecuzione dei clismi antigradi che variano fra l'8 ed il 50%.

La necessità di un'adeguata compliance al trattamento impone un preliminare adeguato counselling al fine di una corretta indicazione.

Il presente capitolo analizza le tipologie di confezionamento delle stomie antigrade, le modalità di gestione, le indicazioni all'utilizzo, i risultati funzionali e le complicanze relative.

Le stomie anterograde rappresentano una modalità di accesso al colon tali da poter eseguire, appunto, irrigazioni anterograde dello stesso. L'irrigazione colica anterograda (ACE) fu descritta per la prima volta da Malone¹ nel 1990. L'indicazione

iniziale era rappresentata dalle disfunzioni neurogene della defecazione^{2,3}, quindi soprattutto in età pediatrica, ma successivamente è stata utilizzata nel trattamento chirurgico dell'incontinenza fecale e della stipsi anche negli adulti^{4,5}.

Un periodico svuotamento del colon può essere ottenuto mediante l'irrigazione, effettuata attraverso una stomia di minima intubabile con un catetere connesso ad una sacca per clismi.

La procedura primariamente descritta da Malone prevedeva la creazione di una fistola mediante l'esteriorizzazione dell'appendice ciecale in sede ombelicale o in fossa iliaca destra, effettuata per via laparotomica. Successivamente, alla tecnica iniziale si sono aggiunte le procedure, effettuabili anche per via laparoscopica, che prevedono la creazione di una neoappendicostomia, mediante l'esteriorizzazione dell'ultima ansa ileale rimodellata con contestuale anastomosi ileo-colica tra l'ansa ileale sezionata ed il colon ascendente. Anche a livello del colon sinistro è stata proposta la creazione di un neocondotto con l'utilizzo di un tratto di sigma escluso e tubulizzato, che permette l'irrigazione anterograda del colon⁶. Un'ulteriore possibile procedura descritta prevede la creazione di una ciecostomia percutanea per via endoscopica⁷, simile tecnicamente a quella eseguita per il confezionamento delle gastrostomie endoscopiche percutanee (PEG).

In ognuna di queste possibili opzioni di confezionamento di fistola o stomia di minima, comunque si voglia definirla, la procedura di irrigazione prevede la cateterizzazione di questa e la successiva introduzione di quantità variabili di acqua o soluzioni (soluzione fisiologica o altre soluzioni saline) con il conseguente svuotamento del contenuto colico. La quantità di liquidi introdotti, la velocità di infusione, la durata della procedura e la frequenza della stessa risultano essere variabili. In particolare, la quantità media di liquidi introdotta risulta essere di circa 800 ml, la velocità di infusione di circa 12 minuti, la durata della permanenza alla toilette di circa 52 minuti con una frequenza di 3-5 volte alla settimana⁸. Tale procedura, oltre a favorire l'evacuazione delle feci in caso di stipsi ostinata, evita perdite involontarie delle stesse nell'intervallo fra un'irrigazione e la successiva in caso di incontinenza fecale. I vantaggi dell'ACE rispetto all'irrigazione colica retrograda, effettuata per via transanale (TAI), sono rappresentati dal ricorso ad un minor volume di acqua da introdurre e da una maggiore rapidità di esecuzione. A fronte di ciò la tecnica prevede però un intervento chirurgico, anche se poco invasivo, e determina, come qualsiasi stomia, un cambiamento dell'immagine corporea^{9,10}.

Nonostante gli studi presenti in letteratura siano prevalentemente retrospettivi ed

eterogenei negli obiettivi e nei metodi, recenti revisioni della letteratura e linee guida hanno evidenziato come tale procedura abbia un impatto positivo sulla qualità di vita, pur rappresentando le complicanze correlate alla stomia un elemento di discussione^{8,11,12}.

In particolare, da una metanalisi di 17 studi osservazionali, di cui soltanto 3 risultavano prospettici, su un totale di 426 pazienti affetti da incontinenza fecale o stipsi da rallentato transito, ad un follow-up medio di 39 mesi si è evidenziato che il 45% circa dei casi era associato a morbilità o complicanze, di cui le più comuni risultavano essere l'infezione e la stenosi della stomia, con un tasso di reinterventi maggiore del 25%⁸. Un maggior tasso di complicanze è riportato per le ciecostomie rispetto alle appendicostomie e minori tassi di complicanza sono evidenziati per le appendicostomie rispetto alle neoappendicostomie¹⁰. Una riduzione dei tassi di stenosi e un miglior confort possono essere ottenuti mediante l'utilizzo di cateteri a basso profilo con palloncino di ancoraggio endoluminale mantenuti costantemente in sede della stomia¹³.

I risultati funzionali riportati in letteratura dimostrano che in circa due terzi dei casi l'irrigazione colica anterograda risulta essere efficace. La procedura viene definita efficace se essa è utilizzata in modo continuativo al follow-up o se risolve la sintomatologia^{8,14,15}. In particolare, da una specifica metanalisi⁸ si evidenzia che la percentuale totale di successo della metodica risulta essere del 74,3 %, con una differenza fra pazienti affetti da incontinenza (83,6%) e da stipsi cronica (67,7%).

Come dimostrato dalla suddetta metanalisi⁸, la morbilità correlata al confezionamento di stomie continenti per l'esecuzione di irrigazioni coliche anterograde è del 45% circa. Le complicanze più frequenti risultano essere l'infezione di ferita (15,8-29,7 %) e la stenosi della stomia (12,2-21,6 %), mentre la necessità di un reintervento si verifica con una frequenza elevata (11-40,8 %) in assenza di mortalità postoperatoria. Durante la procedura di irrigazione i più frequenti possibili disturbi sono il dolore all'inserzione del catetere, la sensazione di malessere, la nausea e le alterazioni della cute peristomale.

L'interruzione delle irrigazioni e la chiusura della fistola è possibile in caso di regressione della sintomatologia e di ripresa di un'adeguata funzione intestinale, come evidenziato nella letteratura pediatrica in circa il 21% dei casi¹⁶.

Attualmente le linee guida italiane (SICCR – AGOI) sul trattamento della stipsi indicano per questa procedura un grado di evidenza V con un grado di raccomandazione C17.

Le recenti linee guida giapponesi sull'incontinenza¹⁸ consigliano l'utilizzo delle

irrigazioni coliche anterograde con un grado di raccomandazione C, preferendolo alle irrigazioni coliche per via transanale per la minor durata della procedura ed il minor volume di fluidi introdotti.

L'indicazione al trattamento dei disturbi della defecazione con le irrigazioni coliche anterograde è da valutarsi comunque con attenzione. Per esse, infatti, è richiesta l'esecuzione di un intervento chirurgico, che, anche se poco invasivo, presenta rischi e complicanze ad esso correlati e comporta un cambiamento dell'immagine corporea con le conseguenti inevitabili ripercussioni psicologiche. Proprio per questo, e per la necessità di un'adeguata compliance al trattamento, risulta indispensabile un preliminare adeguato counselling per definirne la corretta indicazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Malone PS, Ransley PG, Kiely EM. Preliminary report: the antegrade continence enema. *Lancet*. 1990 Nov 17;336(8725):1217-8. doi: 10.1016/0140-6736(90)92834-5. PMID: 1978072.
2. Hutson JM, McNamara J, Gibb S, Shin YM. Slow transit constipation in children. *J Paediatr Child Health* 2001; 37: 426-30.
3. King SK, Sutcliffe JR, Southwell BR, Chait PG, Hutson JM. The antegrade continence enema successfully treats idiopathic slow-transit constipation. *J Pediatr Surg* 2005;40:1935-40.
4. Krogh K, Laurberg S. Malone antegrade continence enema for faecal incontinence and constipation in adults. *Br J Surg* 1998; 85: 974-77.
5. Gerharz EW, Vik V, Webb G, Leaver R, Shah PJ, Woodhouse CR. The value of the MACE (Malone antegrade colonic enema) procedure in adult patients. *J Am Coll Surg* 1997; 185: 544-47.
6. Kim, Hyun-Young et al. "Is the outcome of the left colon antegrade continence enema better than that of the right colon antegrade continence enema?" *Journal of pediatric surgery* 44 4 (2009): 783-7 .
7. Ponsky JL, Aszodi A, Perse D. Percutaneous endoscopic cecostomy: a new approach to nonobstructive colonic dilation. *Gastrointest Endosc*. 1986 Apr;32(2):108-11. doi: 10.1016/s0016-5107(86)71770-7. PMID: 3710089
8. D.S.Y. Chan "Meta-analysis of antegrade continence enema in adults with faecal incontinence and constipation" *Br. Journal of Surgery* 2016 Mar;103(4):322-7. <http://do.org/10.1002/bjs.10051>
9. Kelly MS. Malone Antegrade Continence Enemas vs. Cecostomy vs. Transanal Irrigation-What Is New and How Do We Counsel Our Patients? *Curr Urol Rep*. 2019 Jun 10;20(8):41. doi: 10.1007/s11934-019-0909-1. PMID: 31183573.
10. D.R. Alleran et al "A comparison of Malone appendicostomy and cecostomy for antegrade access as adjuncts to a bowel management program for (patients with functional constipation or fecal incontinence" *Journal of Pediatric Surgery* volume 54, issue 1, P123-128, October 23, 2018 • DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2018.10.008.
11. H.A. Abildgard et al "Ileal neoappendicostomy for antegrade colonic enema (ACE) in the treatment of fecal incontinence and chronic constipation: a systematic review" *Tech Coloproctol*. 2021 Aug;25(8):915-921. <https://doi.org/10.1007/s10151-021-02434-7>
12. K. Maeda et al "Japanese Practice Guidelines for Fecal Incontinence Part 3 -Surgical Treatment for Fecal Incontinence, Fecal Incontinence in a Special Conditions- English Version" *J Anus Rectum Colon* 2021; 5(1): 84-99. <https://doi.org/10.23922/jarc.2020-075>
13. Grabski DF, Hu Y, Rasmussen SK, McGahren ED, Gander JW. Laparoscopic Appendicostomy Low-Profile Balloon Button for Antegrade Enemas in Children. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2018 Mar;28(3):354-358. doi: 10.1089/

lap.2017.0282.

14. Imai, K., Shiroyanagi, Y., Kim, W. et al. Satisfaction after the Malone antegrade continence enema procedure in patients with spina bifida. *Spinal Cord* 52, 54–57 (2014). <https://doi.org/10.1038/sc.2013.111>
15. Patel AS, Saratzis A, Arasaradnam R, Harmston C. Use of Antegrade Continence Enema for the Treatment of Fecal Incontinence and Functional Constipation in Adults: A Systematic Review. *Dis Colon Rectum*. 2015 Oct;58(10):999-1013. doi: 10.1097/DCR.0000000000000428. PMID: 26347973.
16. Peeraully R, Langley J, Hayes N, Storry K, Richardson L, Burrige D, More B. Transition and reversal: long-term experience of the MACE procedure in children. *Pediatr Surg Int*. 2022 Apr 8. doi: 10.1007/s00383-022-05122-1.
17. Bove A, Bellini M, Battaglia E, Bocchini R, Gambaccini D, Bove V, Pucciani F, Altomare DF, Dodi G, Sciaudone G, Falletto E, Piloni V. Consensus statement AIGO/SICCR diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation (part II: treatment). *World J Gastroenterol*. 2012 Sep 28;18(36):4994-5013. doi: 10.3748/wjg.v18.i36.4994.
18. Maeda, K., Katsuno, H., Tsunoda, A., Seki, M., Takao, Y., Mimura, T., Yamana, T., Yoshioka, K., & Fecal Incontinence Guideline Preparation Committee (2021). Japanese Practice Guidelines for Fecal Incontinence Part 3 -Surgical Treatment for Fecal Incontinence, Fecal Incontinence in a Special Conditions- English Version. *Journal of the anus, rectum and colon*, 5(1), 84–99. <https://doi.org/10.23922/jarc.2020-075>

3.12 INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO E TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE



ANTONIO D'ELIA

*Direttore UOS Chirurgia Generale e Coloproctologia ASST
Ovest Milanese - Legnano*

Vengono ora in modo sistematico analizzate le patologie o complicanze stomali, partendo da quelle a possibile insorgenza precoce, fino a quelle che si possono sviluppare tardivamente, anche ad anni di distanza dall'intervento chirurgico.

Il sanguinamento della stomia può insorgere sia precocemente che in tempi successivi al suo confezionamento. Il sanguinamento precoce solitamente dipende da un'emostasi non adeguata intraoperatoria, dalla caduta di un'escara o ad un traumatismo locale nelle prime fasi dello stomacare, a seguito del quale si possono verificare piccole lesioni a carico della mucosa o della sutura muco-cutanea, ad esempio, nell'apparecchiatura o nella sostituzione dei presidi di raccolta. In genere il trattamento può essere limitato ad un'emostasi locale per compressione o con la cauterizzazione locale della mucosa; in alcuni casi deve invece essere effettuato con punti di sutura emostatici³.

La necrosi della stomia nell'immediato postoperatorio si verifica in circa il 20% dei casi^{1,3}. L'entità della stessa risulta però variabile, da un interessamento settoriale limitato alla mucosa, fino a casi in cui la necrosi ischemica si estende a tutto lo spessore dell'ansa fino al cavo peritoneale. Soprattutto in presenza di fattori di rischio, la sua presenza deve essere valutata prima del termine dell'intervento chirurgico e l'ansa sede della stomia deve essere preparata il più possibile precocemente in modo da dare sufficiente tempo per un'eventuale demarcazione del tratto ischemico, prima del confezionamento della stomia. L'eventuale riscontro di una franca ischemia deve richiedere di necessità la resezione del tratto ischemico ed il riconfezionamento della stomia^{1,3,4,5}. Nel postoperatorio è fondamentale un'adeguata valutazione dell'entità ed estensione di un'eventuale necrosi. Per questo può essere necessaria un'esplorazione sia digitale che con un proctoscopio pediatrico o con un endoscopio flessibile. Nel caso la necrosi si estenda al di sotto del piano fasciale è mandatario un immediato reintervento con riconfezionamento della stomia. Nel caso in cui

la necrosi sia viceversa limitata al tratto di ansa fra la fascia e la cute, può essere sufficiente un atteggiamento conservativo con la toilette del tessuto necrotico e un adeguato stomacare, rivolto al mantenimento della canalizzazione ed alla progressiva maturazione della stomia. In tali casi però si assiste in breve tempo allo sviluppo di ulteriori complicanze tardive quali la retrazione o la stenosi, che richiederanno successivi trattamenti^{3,4,5}.

Il distacco muco-cutaneo del margine stomale può determinarsi in modo settoriale o coinvolgere l'intera circonferenza della stomia. La sua incidenza è del 3,7-9,7%. Le cause, oltre all'ischemia ed alla necrosi, sono rappresentate da infezioni diabeto, terapie steroidee, stati di malnutrizione e la trazione eccessiva dell'ansa stomale^{1,19}. La terapia consiste in un locale trattamento della ferita mediante irrigazione della stessa con soluzione fisiologica e con l'utilizzo di medicazioni con zaffaggio con garze, alginati o idrofibre, atto a riempire e livellare la ferita, favorendone la cicatrizzazione per seconda intenzione dal fondo alla superficie, permettendo il drenaggio delle secrezioni e riducendone la contaminazione con gli effluenti della stomia. L'utilizzo di polvere o prodotti di barriera cutanea, insieme alla copertura con l'idrocolloide della placca del sistema di raccolta, possono ulteriormente favorire il trattamento. L'osservazione ed il monitoraggio della progressiva risoluzione del distacco risultano necessari al fine di individuare l'eventuale sviluppo di stenosi e retrazioni della stomia^{1,15,19}.

La retrazione stomale consiste nell'invaginazione nella parete addominale della giunzione muco-cutanea di una stomia terminale o nell'affondamento dello sperone di una stomia laterale. Come conseguenza può determinare una scarsa adesività dei presidi di continenza con infiltrazioni degli effluenti al di sotto degli stessi o in caso di stomie laterali, la mancata necessaria esclusione dell'ansa efferente. La sua incidenza è del 2,9-5,4% ed è maggiore in soggetti con elevato indice di massa corporea in quanto il meccanismo patogenetico è legato alla scarsa possibilità di mobilitazione ed esteriorizzazione dell'ansa stomale^{22,23,24}. Nonostante sia in largo uso l'utilizzo di una bacchetta per sostenere all'esterno del piano cutaneo le stomie laterali fino alla loro maturazione, recenti studi hanno dimostrato che tali presidi non prevengono la retrazione delle stomie laterali e che al contrario in loro presenza sia più elevata l'incidenza di dermatiti peristomali e di necrosi stomali^{24,25}. Per tale motivo le più recenti linee guida non consigliano l'uso routinario delle bacchette per mantenere esteriorizzate le stomie laterali^{11,12}. Per la gestione delle retrazioni,

sistemi di raccolta con superficie di adesione convessa possono esse utili nel ridurre le infiltrazioni degli effluenti al di sotto della placca del presidio stomale e le lesioni cutanee conseguenti. Laddove tale trattamento conservativo non fosse sufficiente si rende però necessario il rimodellamento o il riconfezionamento della stomia^{1,26,27}.

Squilibri idro-elettrolitici, in presenza di ileostomie, sono possibili sia nel periodo postoperatorio che come complicanze tardive. Un'ileostomia appena confezionata solitamente inizia ad essere canalizzata dopo circa 24 ore dall'intervento e produce mediamente una quantità giornaliera di circa 1200 ml di feci liquide^{1,28,29}. Nonostante un meccanismo di compensazione mediato dall'incremento dell'incrizione di aldosterone, il rischio di disidratazione e di squilibri elettrolitici risulta elevato, soprattutto nei casi in cui si verifichi una ridotta introduzione di acqua ed elettroliti, come nell'immediato postoperatorio o quando aumenti la portata dell'ileostomia. Il prolungato iperaldosteronismo determina altresì sia ipokaliemia che ipomagnesemia²⁸. La disidratazione rappresenta la maggior causa di reospedalizzazione nei pazienti stomizzati. Quando una stomia ha una portata superiore a 1000 ml al dì viene definita stomia ad alta portata; questo avviene in circa il 16% delle ileostomie^{1,29,30}. L'insorgenza dipende da fattori coesistenti quali: la subocclusione intestinale, sepsi intraddominali, l'uso di farmaci procinetici, la rapida sospensione di steroidi o di oppioidi, le enteriti. Il diabete mellito e le terapie con diuretici rappresentano fattori di rischio^{1,29,30}. Per la prevenzione di questa complicanza è fondamentale il monitoraggio attento del peso corporeo, il bilancio idrico con la quantificazione dei liquidi assunti e delle perdite, nonché l'esecuzione periodica di esami ematochimici di controllo della funzione renale e degli elettroliti plasmatici. Il ripristino dell'equilibrio idro-elettrolitico deve avvenire mediante infusioni per via parenterale, riduzione dell'assunzione di liquidi, soprattutto bevande ipotoniche, somministrazione di farmaci antidiarroici, antiperistaltici, codeina, inibitori della pompa protonica, colestiramina o analoghi della somatostatina^{29,30}. Uno studio pilota, con un programma di sorveglianza intensiva con controlli clinici, ematochimici e mediante interviste telefoniche periodiche programmate, ha evidenziato una significativa riduzione delle reospedalizzazioni e dei costi³¹. Le dermatiti o, come meglio definite, le lesioni cutanee peristomali sono la più frequente patologia stomale, avendo un'incidenza superiore al 43%. Possono derivare da vari fattori, tra cui lesioni chimiche dovute al contatto degli effluenti dallo stoma con la cute peristomale, distacchi della giunzione muco-cutanea della stomia, traumi e lesioni meccaniche dovute alla rimozione del presidio di raccolta stomale

(manovre scorrette o frequenti sostituzioni), dermatiti da contatto o allergiche, infezioni, pioderma gangrenoso. Si riscontrano frequentemente in presenza di ulteriori patologie stomali come: prolapsi, retrazioni ed ernie parastomali o, molto spesso, in conseguenza di un posizionamento non adeguato della stomia. Oltre ad un inquadramento delle cause, nella gestione delle lesioni cutanee peristomali va definita la tipologia e l'entità delle stesse. Per tale motivo sono state sviluppate delle classificazioni che rappresentano uno strumento di lavoro per il monitoraggio dell'efficacia dei trattamenti effettuati. Dalla revisione della letteratura le scale di classificazione più citate sono: la SACS (Scale for the Classification of Peristomal Skin Disorders)^{32,33,34}, la SACS 2.0^{35,36}, l'OST (Ostomy Skin Tool)^{34,37,38}, l' ABCD Stoma³⁹, l' LSD score⁴⁰; lo Stoma Care Ostomy Research Index⁴¹ e il CPS (Classification of Peristomal Skin)⁴². In Italia le scale più frequentemente utilizzate sono la SACS e la SACS 2.0. Recentemente è stato sviluppato e validato un nuovo strumento classificativo, il PLS (Peristomal Lesion Scale), che in uno studio comparativo con la SACS si è dimostrato essere più efficace nella valutazione della gravità delle lesioni in virtù di una maggiore completezza, un migliore dettaglio descrittivo e della standardizzazione della terminologia utilizzata⁴³. Le lesioni cutanee peristomali vengono generalmente gestite dallo stomaterapista. Le misure conservative prevedono l'utilizzo di sistemi di barriera cutanea per proteggere e livellare la superficie di adesione dei presidi di raccolta stomale, per migliorarne l'adesione e ridurre l'infiltrazione degli effluenti fra la cute ed il presidio⁴⁴. Una terapia topica o farmacologica sulla base di esami colturali e con l'eventuale consulto di specialisti, infettivologo o dermatologo, può rendersi necessaria per proteggere la pelle e favorirne la guarigione^{45,46,47}. L'utilizzo di presidi di raccolta con superficie di adesione convessa e l'eventuale utilizzo aggiuntivo di cinture di ancoraggio dei presidi risultano utili per migliorare la procidenza dello stoma e migliorare la tenuta del presidio di raccolta^{44,12}. Le lesioni cutanee peristomali generalmente non vengono portate all'attenzione del chirurgo e pertanto possono essere sottostimate; il loro impatto economico è tuttavia elevato. Uno studio a riguardo ha evidenziato che le spese sanitarie sono nettamente più elevate nei pazienti che hanno complicanze cutanee peristomali⁴⁸. La cosa più importante che il chirurgo può fare per ridurre al minimo queste complicanze è creare un'ileostomia o un condotto ileale procidenti di 2 - 3 cm dal piano cutaneo, in modo da ridurre al minimo il contatto diretto degli effluenti con la cute. Anche le colostomie dovrebbero essere procidenti, in quanto quelle di altezza inferiore a 1 cm, nell'immediato postoperatorio, presentano un'incidenza del 35% di complicanze peristomali^{11,49,50}. Quando persistono complicazioni cutanee

peristomali, non risolvibili con lo stomacare, a causa soprattutto della cattiva localizzazione della stomia, del non adeguato confezionamento o della sua non ottimale maturazione, deve essere presa in considerazione l'indicazione chirurgica con la ricanalizzazione delle stomie temporanee e la revisione e il riconfezionamento delle stomie definitive^{11,17,49}.

La stenosi, che abbia una significatività clinica, si verifica in percentuale fra il 2 ed il 15%, con una prevalenza nelle colostomie terminali. La riduzione del calibro della stomia, per effluenti più liquidi, come nel caso di uro o ileostomie risulta, infatti, meno frequentemente condizionante l'ostacolo alla fuoriuscita degli stessi. La sua insorgenza dell'immediato postoperatorio è spesso conseguente ad un calibro ridotto del tragitto creato nella parete addominale per exteriorizzare l'ansa stomale ed al coesistente transitorio edema dell'ansa. In questi casi può essere spesso gestita con l'utilizzo di sonde e cateteri di ampio calibro, introdotti attraverso lo stoma, che permettano la decompressione dell'ansa prestomale fino alla progressiva risoluzione della transitoria substenosi^{3,4}. Le stenosi tardive, che invece sono spesso la conseguenza di ischemie, ascessi ed infezioni peristomali, distacchi muco-cutanei, riacutizzazioni di malattie infiammatorie croniche intestinali o recidive neoplastiche, se condizionanti una scarsa canalizzazione della stomia, richiedono un trattamento chirurgico di rimodellamento, di riconfezionamento o di trasposizione della stomia^{3,4,51}. La dilatazione stomale, seppure eseguita in modo cauto e progressivo, solitamente non comporta una risoluzione definitiva della stenosi ma addirittura ne può provocare il progressivo peggioramento⁵².

Il prolasso stomale è determinato dalla protrusione dell'ansa stomale attraverso la stomia. La sua frequenza, pur potendosi verificare in tutti i tipi di stomia, è maggiore nelle colostomie rispetto alle ileostomie ed in particolare nelle stomie laterali sul trasverso ha un'incidenza compresa fra il 7 ed il 26%. L'ansa efferente è più spesso coinvolta nel prolasso di una stomia laterale. Il prolasso è una complicanza tardiva ed i fattori di rischio che sono stati individuati sono rappresentati da: età avanzata del paziente, obesità, lassità della parete addominale, eccessiva ampiezza dell'incisione fasciale per l'esteriorizzazione dell'ansa, presenza di uno stato occlusivo intestinale al momento dell'intervento chirurgico, ridondanza o marcata mobilità dell'ansa prossimale o distale alla stomia e condizioni che determinano un aumento della pressione endoaddominale (ascite, persistenti accessi di tosse, stipsi)^{3,28,53}. Sono state descritte tecniche chirurgiche alternative per evitare l'insorgenza di prolassi stomali,

ma non esistono evidenze elevate che supportino tali indicazioni⁵³. Ulteriori studi non hanno dimostrato che la fissazione del mesentere o dell'ansa alla fascia possano determinare una riduzione d'incidenza dei prolassi^{3,14}.

In caso di prolassi di entità moderata sussiste generalmente una difficoltà nell'applicazione e l'adesione dei presidi di raccolta stomale con conseguenti locali perdite di materiale fecale e ripercussioni psicologiche. Il prolasso insorto in forma acuta può essere ridotto con caute manovre in posizione supina ed eventualmente con l'utilizzo di agenti osmotici quali il glucosio, che riducono l'edema della parete^{3,54}. Nei casi più gravi, in cui si verifichi l'incarceramento o lo strangolamento dell'ansa prolassata con conseguente locale ischemia o in casi di frequenti episodi di difficoltosa riduzione, si rende necessaria una correzione chirurgica mediante una revisione, una resezione o la trasposizione della stomia. Naturalmente nei casi di stomia temporanea la ricanalizzazione risulta il trattamento più indicato^{3,4}.

La correzione chirurgica dei laparoceli peristomali si rende necessaria nel caso questi siano sintomatici, per la presenza di dolore, per difficoltà di canalizzazione della stomia o episodi occlusivi e per difficoltà di adesione del presidio di raccolta stomale e impossibilità di poter effettuare un adeguato stomacare con le conseguenti alterazioni della cute peristomale. In particolare, in caso di strozzamento del laparocele si impone un intervento in urgenza.

Le possibili opzioni chirurgiche sono rappresentate dalla riparazione diretta, dal riposizionamento della stomia e dalla riparazione del difetto di parete mediante l'utilizzo di reti protesiche⁶⁹. La riparazione primaria prevede la riduzione dell'ernia, l'escissione del sacco erniario e il riavvicinamento della fascia sana con una sutura. Questa tecnica è stata in gran parte abbandonata a causa di tassi inaccettabilmente elevati sia di recidiva (50-100%) che di infezione del sito chirurgico (12%)^{70,71,72,73,74,75}. Anche la trasposizione della stomia è stata progressivamente abbandonata in quanto la creazione di una stomia in una nuova sede è associata allo stesso alto rischio di formazione di un'ernia parastomale primaria nella nuova sede della stomia^{70,71}. Inoltre, l'intervento stesso presenta una morbilità con tasso di complicanze dell'88%^{73,75} e con il rischio di sviluppare un'ernia incisionale nel sito della stomia precedente.

Per questo motivo attualmente l'indicazione prevalente è rappresentata dalla

riparazione dell'ernia con l'utilizzo di protesi. Questo è del resto quanto avviene comunemente per tutta la chirurgia dei difetti della parete addominale. L'uso di protesi ha ridotto notevolmente il tasso di recidiva, che comunque si attesta ancora fra il 7 ed il 13%. È da rilevare però che a fronte di questo miglioramento rispetto alle recidive, con l'utilizzo di reti sono possibili complicanze come infezioni croniche e fistole. Queste non si verificano con la riparazione diretta ed hanno un impatto negativo sul recupero funzionale e sulla qualità di vita dei pazienti⁶⁹.

La riparazione protesica prevede differenti possibili opzioni sia per quanto riguarda la scelta della protesi, sia nell'allocazione della stessa, sia nell'utilizzo di tecniche chirurgiche open o laparoscopiche.

Le protesi utilizzabili possono essere di materiale sintetico, biologico o ibrido. Le protesi sintetiche, in particolare quelle di polipropilene, sono state storicamente le prime ad essere utilizzate ed hanno come vantaggi la tenuta tensile, la morbidezza, la leggerezza e la capacità di stimolare la creazione di tessuto cicatriziale tra le sue maglie⁶⁹. Presentano però come svantaggi la possibilità di essere causa del mantenimento di cronicizzazioni di eventuali infezioni insorte nella loro sede, l'elevata possibilità di creare adesioni alle anse intestinali, se poste a contatto con esse, con conseguente sviluppo di erosioni delle anse e creazioni di fistole. Le più recenti reti in PTFE presentano una struttura microporosa che riduce la possibilità di crescita di tessuto cicatriziale nel suo contesto. Per questo sono ancor più suscettibili alle infezioni e, a causa della minor adesività, risultano più a rischio di recidive⁶⁹. Di contro questo tipo di rete presenta una maggiore morbidezza, è meglio tollerato nella parete addominale e determina in minor misura erosioni a carico delle anse stomali. Le reti ibride o composte sono costituite dall'associazione di reti di polipropilene e di reti di PTFE. Le superfici di polipropilene aderiscono alla parete addominale e determinano una reazione infiammatorio-cicatriziale che ne migliora l'adesione e la tenuta, mentre la superficie dello strato di PTFE, viene mantenuta verso l'interno del cavo peritoneale, data la scarsa capacità di adesione alle anse intestinali. Reti di questo tipo non sono comunque prive di problemi potenziali. In letteratura è riportata infatti una riduzione delle aderenze a breve termine ma non nei controlli a lungo termine. È ampiamente dimostrato anche come la rimozione delle reti, necessaria in caso di complicanze, risulta essere una procedura con elevata morbilità e che l'erosione che le protesi producono a carico di anse intestinali determina fistole entero-cutanee e sepsi ad esse conseguenti⁷⁷. Per questi motivi deve essere presa in modo estremamente cauto la decisione di

impiantare una rete interamente sintetica per riparare un laparocele peristomale.

Sempre per questi motivi le reti biologiche sono diventate progressivamente una valida alternativa nel trattamento delle ernie peristomiali⁶⁹. In genere sono costituite da una matrice acellulare di collagene, che gradatamente è riassorbita e sostituita da tessuto dell'ospite. Solitamente derivano da derma o da sottomucosa umana o porcina o da pericardio bovino. Anche se le aspettative erano di una minor morbilità, con l'utilizzo di reti biologiche, studi hanno dimostrato percentuali di recidiva del 15,7% e di complicanze correlate alla ferita del 26,2%⁷⁷. In genere queste reti sono morbide, determinano per questo un minor discomfort e riducono la possibilità di erosione a carico dell'ansa stomale. Il maggior limite al loro utilizzo è dato dal costo, circa 5 volte superiore a quello delle reti sintetiche⁶⁹.

Esistono diverse opzioni per quanto riguarda il posizionamento delle reti. In particolare, queste possono essere applicate esternamente alla fascia, posteriormente ad essa o in sede intraperitoneale. Il posizionamento all'esterno del piano fasciale ha come vantaggio di essere una procedura poco invasiva e con scarsa morbilità rispetto a quelle legata a laparotomie⁶⁹. Gli svantaggi sono rappresentati dall'elevata incidenza di recidive (18,6%), dovuta alla dislocazione della rete in conseguenza della pressione intraddominale e da un aumentato rischio di infezioni^{69,79}. Le più comuni sedi di applicazione delle reti sono per questo il piano sottofasciale e la sede intraperitoneale, in quanto eseguite su un campo sterile, distante dall'orifizio stomale⁶⁹. Il supporto biomeccanico in tali sedi risulta inoltre migliore nel contrastare la pressione intraddominale. In caso di posizionamento intraperitoneale sono possibili due modalità. Nella prima la rete viene ritagliata a buco di serratura, che viene attraversato dall'ansa stomale, nel secondo caso, secondo la tecnica di Sugarbaker, l'ansa stomale viene tunnelizzata fra il peritoneo e la rete che viene posta a copertura del difetto di parete, in modo tale da non angolarla e non comprimerla, permettendo un'adeguata canalizzazione⁸⁰.

Per quanto riguarda infine l'approccio chirurgico, è cresciuto progressivamente negli anni l'uso della laparoscopia per il minore trauma chirurgico. Recenti studi ne hanno però dimostrato un utilizzo ancora ridotto (10,4% dei casi), verosimilmente in conseguenza del fatto che spesso, insieme ai laparoceli risultano concomitanti sindromi aderenziali con conseguente difficoltosa accessibilità laparoscopica al cavo peritoneale. L'approccio laparoscopico è dimostrato che comporti un minor tempo

chirurgico, una ridotta ospedalizzazione ed una minore incidenza di infezioni⁸¹.

Conclusioni

Per quanto le stomie enteriche ed urinarie siano procedure di comune esecuzione nel trattamento delle patologie intestinali ed urinarie sia infiammatorie che neoplastiche, esse sono gravate da patologie o complicanze di propria pertinenza. La prevenzione ed il trattamento di tali condizioni è basato su un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, che deve iniziare ancor prima dell'intervento chirurgico e vede interagire con il paziente un team multidisciplinare e multiprofessionale. Grazie alla messa in atto di ogni singola procedura, trattamento chirurgico o intervento terapeutico e assistenziale, secondo le indicazioni di linee guida e protocolli validati, è possibile ridurre l'incidenza e ottenere la risoluzione di queste patologie correlate alla presenza di una stomia.

BIBLIOGRAFIA

1. Tsujinaka S, Tan KY, Miyakura Y, Fukano R, Oshima M, Konishi F, Rikiyama T. Current Management of Intestinal Stomas and Their Complications. *J Anus Rectum Colon*. 2020 Jan 30;4(1):25-33. doi: 10.23922/jarc.2019-032. PMID: 32002473; PMCID: PMC6989127.
2. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society; Guideline Development Task Force. WOCN Society Clinical Guideline: Management of the Adult Patient With a Fecal or Urinary Ostomy-An Executive Summary. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2018 Jan/Feb;45(1):50-58. doi: 10.1097/WON.0000000000000396. PMID: 29300288.
3. Murken DR, Bleier JIS. Ostomy-Related Complications. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019 May;32(3):176-182. doi: 10.1055/s-0038-1676995. Epub 2019 Apr 2. PMID: 31061647; PMCID: PMC6494607.
4. Krishnamurthy DM, Blatnik J, Mutch M. Stoma Complications. *Clin Colon Rectal Surg*. 2017 Jul;30(3):193-200. doi: 10.1055/s-0037-1598160. Epub 2017 May 22. PMID: 28684937; PMCID: PMC5498161.
5. Carlsson E, Fingren J, Hallén AM, Petersén C, Lindholm E. The Prevalence of Ostomy-related Complications 1 Year After Ostomy Surgery: A Prospective, Descriptive, Clinical Study. *Ostomy Wound Manage*. 2016 Oct;62(10):34-48. PMID: 27768579.
6. Malik T, Lee MJ, Hari Krishnan AB. The incidence of stoma related morbidity - a systematic review of randomised controlled trials. *Ann R Coll Surg Engl*. 2018 Sep;100(7):501-508. doi: 10.1308/rcsann.2018.0126. Epub 2018 Aug 16. PMID: 30112948; PMCID: PMC6214073.
7. Leong AP, Londono-Schimmer EE, Phillips RK. Life-table analysis of stomal complications following ileostomy. *Br J Surg*. 1994 May;81(5):727-9. doi: 10.1002/bjs.1800810536. PMID: 8044564.
8. Sarkut P, Dundar HZ, Tirnova I, Ozturk E, Yilmazlar T. Is stoma care effective in terms of morbidity in complicated ileostomies? *Int J Gen Med*. 2015 Aug 18;8:243-6. doi: 10.2147/IJGM.S79224. PMID: 26316798; PMCID: PMC4547692.
9. Bass EM, Del Pino A, Tan A, Pearl RK, Orsay CP, Abcarian H. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum*. 1997 Apr;40(4):440-2. doi: 10.1007/BF02258389. PMID: 9106693.
10. Roveron G, De Toma G, Barbierato M. Italian Society of Surgery and Association of Stoma Care Nurses Joint Position Statement on Preoperative Stoma Siting. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016 Mar-Apr;43(2):165-9. doi: 10.1097/WON.0000000000000204. PMID: 26938165.
11. Ferrara F, Parini D, Bondurri A, Veltri M, Barbierato M, Pata F, Cattaneo F, Tafuri A, Forni C, Roveron G, Rizzo G;

- Multidisciplinary Italian Study group for STOMas (MISSTO). Italian guidelines for the surgical management of enteral stomas in adults. *Tech Coloproctol*. 2019 Nov;23(11):1037-1056. doi: 10.1007/s10151-019-02099-3. Epub 2019 Oct 12. PMID: 31606801.
- 12.Roveron G, Barbierato M, Rizzo G, Parini D, Bondurri A, Veltri M, Pata F, Cattaneo F, Tafuri A, Forni C, Ferrara F; Multidisciplinary Italian Study Group for STOMas (MISSTO). Italian Guidelines for the Nursing Management of Enteral and Urinary Stomas in Adults: An Executive Summary. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2021 Mar-Apr 01;48(2):137-147. doi: 10.1097/WON.0000000000000745. PMID: 33690248.
- 13.Wound, Ostomy and Continence Nurses Society; Guideline Development Task Force. WOCN Society Clinical Guideline: Management of the Adult Patient With a Fecal or Urinary Ostomy-An Executive Summary. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2018 Jan/Feb;45(1):50-58. doi: 10.1097/WON.0000000000000396. PMID: 29300288.
- 14.Kwiatt M, Kawata M. Avoidance and management of stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg*. 2013 Jun;26(2):112-21. doi: 10.1055/s-0033-1348050. PMID: 24436659; PMCID: PMC3709920.
- 15.Koc U, Karaman K, Gomceli I, Dalgic T, Ozer I, Ulas M, Ercan M, Bostanci E, Akoglu M. A Retrospective Analysis of Factors Affecting Early Stoma Complications. *Ostomy Wound Manage*. 2017 Jan;63(1):28-32. PMID: 28112647.
- 16.Lyons AS. Ileostomy and colostomy support groups. *Mt Sinai J Med*. 2001 Mar;68(2):110-2. PMID: 11268150.
- 17.Murken DR, Bleier JIS. Ostomy-Related Complications. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019 May;32(3):176-182. doi: 10.1055/s-0038-1676995. Epub 2019 Apr 2. PMID: 31061647; PMCID: PMC6494607.
- 18.Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J, Carr ND. A prospective audit of stomas--analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Dis*. 2003 Jan;5(1):49-52. doi: 10.1046/j.1463-1318.2003.00403.x. PMID: 12780927.
- 19.Zorcolo L, Covotta L, Carlomagno N, Bartolo DC. Toward lowering morbidity, mortality, and stoma formation in emergency colorectal surgery: the role of specialization. *Dis Colon Rectum*. 2003 Nov;46(11):1461-7; discussion 1467-8. doi: 10.1007/s10350-004-6793-9. PMID: 14605562.
- 20.Shiraishi T, Ogawa H, Katayama C, Osone K, Okada T, Katoh R, Sano A, Sakai M, Sohma M, Shirabe K, Saeki H. The presurgical controlling nutritional status (CONUT) score is independently associated with severe peristomal skin disorders: a single-center retrospective cohort study. *Sci Rep*. 2021 Sep 22;11(1):18857. doi: 10.1038/s41598-021-98369-y. PMID: 34552173; PMCID: PMC8458467.
- 21.Whitehead A, Cataldo PA. Technical Considerations in Stoma Creation. *Clin Colon Rectal Surg*. 2017 Jul;30(3):162-171. doi: 10.1055/s-0037-1598156. Epub 2017 May 22. PMID: 28684933; PMCID: PMC5498162.
- 22.Cataldo PA. Technical tips for stoma creation in the challenging patient. *Clin Colon Rectal Surg*. 2008 Feb;21(1):17-22. doi: 10.1055/s-2008-1055317. PMID: 20011392; PMCID: PMC2780186.
- 23.Beck SJ. Stoma issues in the obese patient. *Clin Colon Rectal Surg*. 2011 Dec;24(4):259-62. doi: 10.1055/s-0031-1295689. PMID: 23204941; PMCID: PMC3311493.
- 24.Miyo M, Takemasa I, Ikeda M, Tujie M, Hasegawa J, Ohue M, Kato T, Mizushima T, Doki Y, Mori M. The influence of specific technical maneuvers utilized in the creation of diverting loop-ileostomies on stoma-related morbidity. *Surg Today*. 2017 Aug;47(8):940-950. doi: 10.1007/s00595-017-1481-2. Epub 2017 Mar 9. PMID: 28280983.
- 25.Mohan HM, Pasquali A, O'Neill B, Collins D, Winter DC. Stoma rods in abdominal surgery: a systematic review and metaanalyses. *Tech Coloproctol*. 2019 Mar;23(3):201-206. doi: 10.1007/s10151-019-01935-w. Epub 2019 Feb 26. PMID: 30806842.
- 26.Güenaga KF, Lustosa SA, Saad SS, Saconato H, Matos D. Ileostomy or colostomy for temporary decompression of colorectal anastomosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;2007(1):CD004647. doi: 10.1002/14651858.CD004647.pub2. PMID: 17253517; PMCID: PMC8842962.
- 27.Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J, Carr ND. A prospective audit of stomas--analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Dis*. 2003 Jan;5(1):49-52. doi: 10.1046/j.1463-1318.2003.00403.x. PMID: 12780927.
- 28.Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Dis*. 2010 Oct;12(10):958-64. doi:

- 10.1111/j.1463-1318.2009.02006.x. PMID: 19604288.
29. Baker ML, Williams RN, Nightingale JM. Causes and management of a high-output stoma. *Colorectal Dis.* 2011 Feb;13(2):191-7. doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.02107.x. PMID: 19888956.
30. Justiniano CF, Temple LK, Swanger AA, Xu Z, Speranza JR, Cellini C, Salloum RM, Fleming FJ. Readmissions With Dehydration After Ileostomy Creation: Rethinking Risk Factors. *Dis Colon Rectum.* 2018 Nov;61(11):1297-1305. doi: 10.1097/DCR.0000000000001137. PMID: 30239391; PMCID: PMC6172143.
31. Shaffer VO, Owi T, Kumarusamy MA, Sullivan PS, Srinivasan JK, Maithel SK, Staley CA, Sweeney JF, Esper G. Decreasing Hospital Readmission in Ileostomy Patients: Results of Novel Pilot Program. *J Am Coll Surg.* 2017 Apr;224(4):425-430. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.12.030. Epub 2017 Feb 20. PMID: 28232058.
32. Bosio G, Pisani F, Lucibello L, Fonti A, Scrocca A, Morandell C, Anselmi L, Antonini M, Militello G, Mastronicola D, Gasperini S. A proposal for classifying peristomal skin disorders: results of a multicenter observational study. *Ostomy Wound Manage.* 2007 Sep;53(9):38-43. PMID: 17893429.
33. Beitz J, Gerlach M, Ginsburg P, Ho M, McCann E, Schafer V, Scott V, Stallings B, Turnbull G. Content validation of a standardized algorithm for ostomy care. *Ostomy Wound Manage.* 2010 Oct;56(10):22-38. PMID: 21030726.
34. Ay A, Bulut H. Assessing the Validity and Reliability of the Peristomal Skin Lesion Assessment Instrument Adapted for Use in Turkey. *Ostomy Wound Manage.* 2015 Aug;61(8):26-34. PMID: 26291898.
35. Antonini M, Militello G, Manfreda S, Arena R, Veraldi S, Gasperini S. A revised version of the original SACS Scale for Peristomal Skin Disorders Classification. *WCET J.* 2016;36:22-29.
36. Antonini M, Militello G, Manfreda S, Arena R, Veraldi S, Gasperini S. SACS 2.0: a proposal for the classification of peristomal skin disorders. Results of a multicenter observational study. *Acta Vulnol.* 2016;14:140-151.
37. Jemec GB, Martins L, Claessens I, Ayello EA, Hansen AS, Poulsen LH, Sibbald RG. Assessing peristomal skin changes in ostomy patients: validation of the Ostomy Skin Tool. *Br J Dermatol.* 2011 Feb;164(2):330-5. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.10093.x. PMID: 20973766.
38. Martins L, Ayello EA, Claessens I, Steen Hansen A, Hentze Poulsen L, Sibbald RG, Jemec GB. The ostomy skin tool: tracking peristomal skin changes. *Br J Nurs.* 2010 Aug 12-Sep 8;19(15):960, 932-4. doi: 10.12968/bjon.2010.19.15.77691. PMID: 20966862.
39. Anonymous. Self-care method for a stoma that you have to understand. Causes of, and dealing with skin problems. *Stoma Life.* 2016;2017:1.
40. Runkel N, Droste W, Reith B, Jehle EC, Benz S, Birk M, Staib G, Romankiewicz J, Hartkopf F, Jooß M. LSD-Score. Ein neues Klassifikationssystem für peristomale Hautläsionen [LSD score. A new classification system for peristomal skin lesions]. *Chirurg.* 2016 Feb;87(2):144-50. German. doi: 10.1007/s00104-015-0044-6. PMID: 26127020.
41. Williams J, Gwilliam B, Sutherland N, Matten J, Hemmingway J, Ilsey H, Somerville M, Vujnovich A, Day S, Redmond C, Cowin C, Fox K, Parker T. Evaluating skin care problems in people with stomas. *Br J Nurs.* 2010 Sep 23-Oct 13;19(17):S6-S15. doi: 10.12968/bjon.2010.19.Sup7.78569. PMID: 20871505.
42. Borglund E, Nordström G, Nyman CR. Classification of peristomal skin changes in patients with urostomy. *J Am Acad Dermatol.* 1988 Oct;19(4):623-8. doi: 10.1016/s0190-9622(88)70215-7. PMID: 3053801.
43. Menin G, Roveron G, Barbierato M, Peghetti A, Zanotti R. Design and validation of a "Peristomal Lesion Scale" for peristomal skin assessment. *Int Wound J.* 2019 Apr;16(2):433-441. doi: 10.1111/iwj.13052. Epub 2018 Dec 13. PMID: 30548924; PMCID: PMC7949408.
44. Stelton S. CE: Stoma and Peristomal Skin Care: A Clinical Review. *Am J Nurs.* 2019 Jun;119(6):38-45. doi: 10.1097/01.NAJ.0000559781.86311.64. PMID: 31135430.
45. Morss-Walton PC, Yi JZ, Gunning ME, McGee JS. Ostomy 101 for dermatologists: Managing peristomal skin diseases. *Dermatol Ther.* 2021 Sep;34(5):e15069. doi: 10.1111/dth.15069. Epub 2021 Aug 4. PMID: 34309140.
46. Nybaek H, Jemec GB. Skin problems in stoma patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010 Mar;24(3):249-57. doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03566.x. PMID: 20465716.
47. Almutairi D, LeBlanc K, Alavi A. Peristomal skin complications: what dermatologists need to know. *Int J Dermatol.* 2018

- Mar;57(3):257-264. doi: 10.1111/ijd.13710. Epub 2017 Aug 22. PMID: 28833037.
- 48.Taneja C, Netsch D, Rolstad BS, Inglese G, Eaves D, Oster G. Risk and Economic Burden of Peristomal Skin Complications Following Ostomy Surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2019 Mar/Apr;46(2):143-149. doi: 10.1097/WON.0000000000000509. PMID: 30844870; PMCID: PMC6519780.
- 49.Shellito PC. Complications of abdominal stoma surgery. *Dis Colon Rectum.* 1998 Dec;41(12):1562-72. doi: 10.1007/BF02237308. PMID: 9860339.
- 50.Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis.* 2007 Nov;9(9):834-8. doi: 10.1111/j.1463-1318.2007.01213.x. Epub 2007 Aug 2. PMID: 17672873.
- 51.Suwanabol, Pasithorn A. M.D., M.S.; Hardiman, Karin M. M.D., Ph.D. Prevention and Management of Colostomy Complications: Retraction and Stenosis, Diseases of the Colon & Rectum: December 2018 - Volume 61 - Issue 12 - p 1344-1347 doi: 10.1097/DCR.0000000000001246
- 52.Bloom DA, Grossman HB, Konnak JW. Stomal construction and reconstruction. *Urol Clin North Am.* 1986 May;13(2):275-83. PMID: 3515725.
- 53.Maeda K, Maruta M, Utsumi T, Sato H, Masumori K, Aoyama H. Pathophysiology and prevention of loop stomal prolapse in the transverse colon. *Tech Coloproctol.* 2003 Jul;7(2):108-11. doi: 10.1007/s10151-003-0020-x. PMID: 14605931.
- 54.Fligelstone LJ, Wanendeya N, Palmer BV. Osmotic therapy for acute irreducible stoma prolapse. *Br J Surg.* 1997 Mar;84(3):390. doi: 10.1046/j.1365-2168.1997.02594.x. PMID: 9117319.
- 55.Patel SV, Zhang L, Chadi SA, Wexner SD. Prophylactic mesh to prevent parastomal hernia: a meta-analysis of randomized controlled studies. *Tech Coloproctol* 2017;21(01):5–13
- 56.Correa Martinez A, Erestam S, Haglund E, Ekelund J, Angeräs U, Rosenberg J, Helgstrand F, Angenete E. Stoma-Const--the technical aspects of stoma construction: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2014 Jun 27;15:254. doi: 10.1186/1745-6215-15-254. PMID: 24970570; PMCID: PMC4094442.
- 57.Etherington RJ, Williams JG, Hayward MW, Hughes LE. Demonstration of para-ileostomy herniation using computed tomography. *Clin Radiol.* 1990 May;41(5):333-6. doi: 10.1016/s0009-9260(05)81696-4. PMID: 2354601.
- 58.Sjödahl R, Anderberg B, Bolin T. Parastomal hernia in relation to site of the abdominal stoma. *Br J Surg.* 1988 Apr;75(4):339-41. doi: 10.1002/bjs.1800750414. PMID: 2965951.
- 59.Li W, Benlice C, Stocchi L, Kessler H, Gorgun E, Costedio M. Does stoma site specimen extraction increase postoperative ileostomy complication rates? *Surg Endosc.* 2017 Sep;31(9):3552-3558. doi: 10.1007/s00464-016-5384-x. Epub 2017 Jan 11. PMID: 28078466.
- 60.Hamada M, Ozaki K, Muraoka G, Kawakita N, Nishioka Y. Permanent end-sigmoid colostomy through the extraperitoneal route prevents parastomal hernia after laparoscopic abdominoperineal resection. *Dis Colon Rectum.* 2012 Sep;55(9):963-9. doi: 10.1097/DCR.0b013e31825fb5ff. PMID: 22874603.
- 61.Lian L, Wu XR, He XS, Zou YF, Wu XJ, Lan P, Wang JP. Extraperitoneal vs. intraperitoneal route for permanent colostomy: a meta-analysis of 1,071 patients. *Int J Colorectal Dis.* 2012 Jan;27(1):59-64. doi: 10.1007/s00384-011-1293-6. Epub 2011 Sep 3. PMID: 21892608.
- 62.Xie HF, Feng M, Cao SM, Jia YY, Gao P, Wang SH. Evidence summary for nonsurgical prevention and management of parastomal hernia in patients with enterostomy. *Am J Transl Res.* 2021 Nov 15;13(11):13173-13182. PMID: 34956538; PMCID: PMC8661159.
- 63.North J, Osborne W. ASCN UK Guideline: parastomal hernias. *Br J Nurs.* 2017 Dec 14;26(22):S6-S13. doi: 10.12968/bjon.2017.26.22.S6. PMID: 29240486.
- 64.Aquina CT, Iannuzzi JC, Probst CP, Kelly KN, Noyes K, Fleming FJ, Monson JR. Parastomal hernia: a growing problem with new solutions. *Dig Surg.* 2014;31(4-5):366-76. doi: 10.1159/000369279. Epub 2014 Dec 13. PMID: 25531238.
- 65.Allen-Mersh TG, Thomson JP. Surgical treatment of colostomy complications. *Br J Surg.* 1988 May;75(5):416-8. doi: 10.1002/bjs.1800750507. PMID: 3390668.
- 66.Jänes A, Cengiz Y, Israelsson LA. Randomized clinical trial of the use of a prosthetic mesh to prevent parastomal hernia.

- Br J Surg. 2004 Mar;91(3):280-2. doi: 10.1002/bjs.4417. PMID: 14991626.
- 67.Brandsma HT, Hansson BM, V-Haaren-de Haan H, Aufenacker TJ, Rosman C, Bleichrodt RP. PREVENTion of a parastomal hernia with a prosthetic mesh in patients undergoing permanent end-colostomy; the PREVENT-trial: study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Trials*. 2012 Nov 27;13:226. doi: 10.1186/1745-6215-13-226. PMID: 23186083; PMCID: PMC3576295.
- 68.Brandsma HT, Hansson BM, V-Haaren-de Haan H, Aufenacker TJ, Rosman C, Bleichrodt RP. PREVENTion of a parastomal hernia with a prosthetic mesh in patients undergoing permanent end-colostomy; the PREVENT-trial: study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Trials*. 2012 Nov 27;13:226. doi: 10.1186/1745-6215-13-226. PMID: 23186083; PMCID: PMC3576295.
- 69.Gillern S, Bleier JI. Parastomal hernia repair and reinforcement: the role of biologic and synthetic materials. *Clin Colon Rectal Surg*. 2014;27(4):162-171. doi:10.1055/s-0034-1394090
- 70.Cheung MT, Chia NH, Chiu WY. Surgical treatment of parastomal hernia complicating sigmoid colostomies. *Dis Colon Rectum*. 2001 Feb;44(2):266-70. doi: 10.1007/BF02234303. PMID: 11227945.
- 71.Rubin MS, Schoetz DJ Jr, Matthews JB. Parastomal hernia. Is stoma relocation superior to fascial repair? *Arch Surg*. 1994 Apr;129(4):413-8; discussion 418-9. doi: 10.1001/archsurg.1994.01420280091011. PMID: 8154967.
- 72.Carne PW, Frye JN, Robertson GM, Frizelle FA. Parastomal hernia following minimally invasive stoma formation. *ANZ J Surg*. 2003 Oct;73(10):843-5. doi: 10.1046/j.1445-2197.2003.02779.x. PMID: 14525580.
- 73.Rieger N, Moore J, Hewett P, Lee S, Stephens J. Parastomal hernia repair. *Colorectal Dis*. 2004 May;6(3):203-5. doi: 10.1111/j.1463-1318.2004.00587.x. PMID: 15109388.
- 74.Riansuwan W, Hull TL, Millan MM, Hammel JP. Surgery of recurrent parastomal hernia: direct repair or relocation? *Colorectal Dis*. 2010 Jul;12(7):681-6. doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.01868.x. Epub 2009 Apr 10. PMID: 19486097.
- 75.Tekkis PP, Kocher HM, Payne JG. Parastomal hernia repair: modified thorlakson technique, reinforced by polypropylene mesh. *Dis Colon Rectum* 1999;42(11):1505-1508
- 76.Cassar K, Munro A. Surgical treatment of incisional hernia. *Br J Surg*. 2002 May;89(5):534-45. doi: 10.1046/j.1365-2168.2002.02083.x. PMID: 11972542.
- 77.Schreinemacher MH, Emans PJ, Gijbels MJ, Greve JW, Beets GL, Bouvy ND. Degradation of mesh coatings and intraperitoneal adhesion formation in an experimental model. *Br J Surg*. 2009 Mar;96(3):305-13. doi: 10.1002/bjs.6446. PMID: 19224521.
- 78.Slater NJ, Hansson BM, Buyne OR, Hendriks T, Bleichrodt RP. Repair of parastomal hernias with biologic grafts: a systematic review. *J Gastrointest Surg*. 2011 Jul;15(7):1252-8. doi: 10.1007/s11605-011-1435-8. Epub 2011 Mar 1. PMID: 21360207; PMCID: PMC3116129.
- 79.Hansson BM, Slater NJ, van der Velden AS, et al. Surgical techniques for parastomal hernia repair: a systematic review of the literature. *Ann Surg* 2012;255(4):685-695
- 80.Sugarbaker PH. Peritoneal approach to prosthetic mesh repair of paraostomy hernias. *Ann Surg* 1985;201(3):344-346
- 81.Halabi WJ, Jafari MD, Carmichael JC, et al. Laparoscopic versus open repair of parastomal hernias: an ACS-NSQIP analysis of short-term outcomes. *Surg Endosc* 2013;27(11):4067-4072

3.13 ALTERAZIONI CUTANEE PERISTOMALI: UNA NUOVA TERAPIA



STEFANO GASPERINI

Medical Advisor - Pisa

Le alterazioni cutanee peristomali

Le alterazioni cutanee peristomali sono fra le complicanze più frequenti in pazienti sottoposti ad enterostomia, con un'incidenza riportata in letteratura che va dal 36.35 al 73.4% (Doctor K et al, 2017); la variabilità del dato dipende dal fatto che non esiste ancora un sistema riconosciuto che consenta una classificazione oggettiva e standardizzata di queste alterazioni la cui severità varia da un lieve eritema ad ulcerazioni con perdita di sostanza. A partire dal 2007 in Italia è stato introdotto il sistema di classificazione delle alterazioni peristomali SACS 2.0, basato sull'aspetto clinico dell'alterazione e la sua localizzazione (tab. 1; Antonini M et al, 2016). Sarebbe auspicabile un'adozione diffusa di tale classificazione che consentirebbe un confronto dei protocolli di trattamento e lo studio delle terapie più appropriate associate alle varie classi di alterazioni.

Di solito le alterazioni peristomali si verificano entro le prime due settimane dalla creazione dello stoma, ma possono anche presentarsi come complicazioni tardive, mesi o addirittura anni dopo l'intervento iniziale. Rappresentano una sfida importante per la maggior parte delle persone stomizzate. Infatti, possono avere un enorme impatto negativo sulla qualità di vita del paziente perché compromettono la capacità di gestire la stomia e di mantenere un sistema di ancoraggio della sacca degli affluenti sicuro. Inoltre, l'onere per gli operatori sanitari è elevato dato che i problemi cutanei peristomali rappresentano circa il 40% di tutte le visite al personale infermieristico addetto alla cura della stomia ed i costi sanitari associati aumentano quando le alterazioni peristomali diventano più gravi (Meisner S et al, 2012): la prevenzione e la gestione adeguata di queste complicanze sono fondamentali.

L'approccio terapeutico va dall'utilizzo di diversi sistemi di ancoraggio della sacca di raccolta, ai farmaci topici, sistemici e alla chirurgia, e deve essere scelto in base alla causa sottostante la complicanza. Una delle principali limitazioni nel trattamento

delle complicanze cutanee peristomali è la mancanza di terapie topiche adeguate, poiché i farmaci topici disponibili sono principi attivi somministrati sotto forma di crema, pomata o unguento che limitano l'adesione del sistema di ancoraggio della sacca di raccolta alla cute. In questo contesto la Fotobiomodulazione può rappresentare un'opzione terapeutica appropriata in quanto non a contatto con il paziente e minimamente invasiva.

Tabella 1_ Alterazioni peristomali: classificazione SACS 2.0

L1	Lesione eritematosa (eritema peristomale senza perdita di sostanza)
L2	Lesione erosiva con perdita di sostanza fino alla membrana basale e non oltre.
L3	Lesione ulcerativa oltre la membrana basale
L4	Lesione ulcerosa fibrinosa/necrotica
L5	Lesione ulcerativa che coinvolge i piani oltre la fascia muscolare (con o senza fibrina, necrosi, pus o fistola)
Lx	Lesione proliferativa (neoplasia, granulomi, deposito di ossalato)

Fonte: Antonini M et al, 2016

La Fotobiomodulazione con luce blu

L'avvento dei lasers negli anni 60 e più recentemente dei LED ha permesso di studiare gli effetti dell'irraggiamento con diverse lunghezze d'onda sul tessuto cutaneo. Oggi esiste un'ampia letteratura a supporto dell'evidenza che specifiche lunghezze d'onda della luce, nello spettro del visibile e dell'infrarosso, emesse da laser a bassa potenza o da sorgenti LED, sono in grado di stimolare la riparazione del tessuto cutaneo. Tale effetto terapeutico è dovuto all'assorbimento da parte di alcune molecole (cromofori endogeni) dell'energia luminosa che viene utilizzata dal tessuto per promuovere reazioni chimiche a diverse scale biologiche (effetto fotochimico; Anders JJ et al, 2015). In particolare, la luce blu (410-430nm) ha suscitato un crescente interesse per il suo potenziale come terapia di guarigione delle lesioni cutanee. Le sperimentazioni in vitro ed in vivo sugli effetti della Luce Blu hanno dimostrato che tale trattamento ha un impatto positivo sul processo di guarigione delle ferite agendo direttamente a livello cellulare e subcellulare su tipologie cellulari presenti fisiologicamente in ogni ferita e coinvolte nella riparazione

tissutale. Le ferite trattate con luce blu hanno dimostrato una fase infiammatoria più breve rispetto al controllo, testimoniata dall'arrivo anticipato nel letto della ferita delle cellule coinvolte (infiltrato infiammatorio) e dall'anticipazione dello switch fenotipico dei macrofagi (da M1 a M2) che segna il passaggio alla fase proliferativa. Inoltre, la ferita sul dorso degli animali si è rimarginata completamente in tempi più rapidi nei trattati rispetto che nei controlli presentando una distribuzione del collagene depresso simile alla cute integra, a dimostrazione del fatto che una più rapida guarigione non inficiava la qualità della stessa ma bensì ne favoriva un migliore esito cicatriziale (Cicchi R et al, 2016). Ulteriori indagini in vitro hanno dimostrato che una co-cultura di cheratinociti e fibroblasti, sottoposta a "scratch test" (classico test in vitro di modello di ferita) migra più velocemente se irraggiata con luce blu rispetto al controllo (Rossi F et al, 2021). La luce blu, inoltre, ha dimostrato di essere assorbita da parte del Citocromo C, modulandone lo stato ossidativo, e, dunque, influenzando in tal maniera il processo di respirazione cellulare, più che mai essenziale nelle cellule coinvolte nella riparazione tissutale (Rossi F et al, 2021). Infine, la luce blu è capace di stimolare la produzione cellulare di ROS (Reactive Oxygen Species), i quali, in condizioni fisiologiche, sono importanti mediatori di segnale nel processo di riparazione tissutale soprattutto nel superamento della fase infiammatoria e nella promozione di angiogenesi (Zhang D et al, 2023).

Evidenze cliniche

Significative evidenze cliniche degli effetti della luce blu sono date dallo studio B.L.U.R. (Fraccalvieri M et al, 2022) che ha dimostrato l'efficacia del trattamento con luce blu nella cura di ulcere vascolari presenti da almeno 8 settimane senza limite di dimensione, tempistiche e comorbidità; l'analisi delle immagini ha dimostrato una media dell'area lesionata residua alla decima settimana significativamente minore nelle lesioni trattate rispetto alle lesioni di controllo (48% di area residua in meno; $p < 0,016$), una tendenza della probabilità di guarigione alla decima settimana maggiore del 41% nelle ferite trattate e una significativa riduzione del dolore ($p = 2 \cdot 10^{-7}$) già dalla quarta settimana di trattamento. Ulteriori studi e osservazioni cliniche pubblicate riportano che il trattamento con luce Blu ha riattivato il processo di guarigione di ferite acute e croniche in pazienti dove la terapia convenzionale non mostrava progressi (Zhang D et al, 2023).

In Antonini et al (2023) è riportata una serie di casi di pazienti stomizzati con alterazioni cutanee peristomali di tipo L2, L3, L4, L5, LX (classificazione SACS 2.0) trattati con luce blu. Gli 11 pazienti selezionati non avevano registrato un

miglioramento nelle 4 settimane di terapia convenzionale precedenti all'inizio del trattamento con luce blu. I pazienti sono stati trattati con Luce Blu in aggiunta alla terapia convenzionale, due volte a settimana per quattro settimane consecutive. L'efficacia terapeutica è stata valutata attraverso il Wound Bed Score (WBS) e la riduzione del dolore. Alla fine del periodo di trattamento tutti gli 11 pazienti arruolati hanno risposto al trattamento con la luce blu con un miglioramento medio del WBS di 8.3 punti e una riduzione significativa del dolore. Inoltre, la Fotobiomodulazione con luce blu è stata decisiva per attivare il processo di guarigione in tre pazienti con piodermite gangrenoso (fig.1).

Alla luce di quanto riportato la Fotobiomodulazione con luce blu può essere un'appropriate opzione terapeutica per le alterazioni peristomali, in quanto efficace nel promuovere la riparazione del tessuto cutaneo, minimamente invasiva, non a contatto e sicura e in grado di agevolare la gestione dell'ancoraggio della sacca di raccolta.



BIBLIOGRAFIA

- 1.Anders JJ, Lanzafame RJ, Arany PR. Low-level light/laser therapy versus photobiomodulation therapy. *Photomed Laser Surg.* 2015 Apr;33(4):183-4.
- 2.Antonini M, Militello G, Manfredda S et al. et al A revised version of the original SACS Scale for Peristomal Skin Disorders Classification. *WCET Journal*, Volume 36 Number 3. July/September 2016, (22-29).
- 3.Antonini M, Gasperini S. Blue Light Photobiomodulation as treatment for peristomal skin disorders: case series. (2023) *infermieristica journal* 2(1):5-10. DOI: 10.36253/if-2070.
- 4.Cicchi R, Rossi F, Alfieri D et al. Observation of an improved healing process in superficial skin wounds after irradiation with a blue-LED haemostatic device. *J Biophotonics.* 2016 Jun;9(6):645-55.
- 5.Doctor K, Colibaseanu DT. Peristomal skin complications: causes, effects, and treatments. *Chronic Wound Care Management and Research.* 2017;4:1-6.

6. Fraccalvieri M, Amadeo G, Bortolotti P et al. Effectiveness of Blue light photobiomodulation therapy in the treatment of chronic wounds. Results of the Blue Light for Ulcer Reduction (B.L.U.R.) Study. *Ital J Dermatol Venerol.* 2022 Apr;157(2):187-194.
7. Magni G, Tatini F, Siena G et al. Blue-LED-Light Photobiomodulation of Inflammatory Responses and New Tissue Formation in Mouse-Skin Wounds. *Life (Basel).* 2022 Oct 9;12(10):1564.
8. Meisner S, Lehur P-A, Moran B et al. Peristomal skin complications are common, expensive and difficult to manage: a population-based cost modeling study. *PLoS ONE* 2012; 7(5): e37813.
9. Rossi F, Magni G, Tatini F et al. Photobiomodulation of Human Fibroblasts and Keratinocytes with Blue Light: Implications in Wound Healing. *Biomedicines.* 2021 Jan 5;9(1):41.
10. Zhang D, Leong ASW, McMullin G. Blue light therapy in the management of chronic wounds: a narrative review of its physiological basis and clinical evidence. *Wounds.* 2023 May;35(5):91-98. doi: 10.25270/wnds/22097.

3.14 IL MICROBIOTA NEI PAZIENTI CON STOMIA



ANTONIO MOSCHETTA

Professore Ordinario di Medicina Interna, Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari

Il microbiota umano rappresenta l'insieme dei microrganismi residenti nell'uomo ed è costituito da centinaia di trilioni tra batteri, funghi, virus, parassiti e archea, di cui i batteri costituiscono la parte numericamente più importante. Il microbioma umano rappresenta, invece, l'insieme dei geni che tali microrganismi posseggono ed è 150 volte più grande del genoma umano¹. La maggior parte di questi microrganismi risiede nell'intestino, ma essi possono colonizzare anche altri siti del corpo come la pelle, la mucosa orale e quella urogenitale. Moltissime ricerche scientifiche dal 2001 - anno in cui Joshua Lederberg ha coniato il termine "microbioma" - ad oggi hanno dimostrato che il microbiota intestinale svolge fondamentali funzioni benefiche per l'organismo umano e che, quando è caratterizzato da una più ampia diversità di specie batteriche è più in salute. Tra le sue funzioni più importanti, ricordiamo la difesa nei confronti di organismi dannosi, la digestione di alcuni alimenti come le fibre, la regolazione della sensazione di fame e sazietà e dei livelli di glucosio nel sangue, la protezione dell'apparato cardiocircolatorio, respiratorio e renale, il potenziamento del sistema immunitario, l'eliminazione di tossine e la produzione di alcune vitamine e in particolare la vitamina B12.

La colonizzazione microbica del tratto gastrointestinale inizia già a partire dalla nascita ed è influenzata dalla modalità del parto, cesareo o vaginale, e dal tipo di allattamento, con latte materno o artificiale. La colonizzazione continua, poi, nei primi anni di vita e la diversità microbica aumenta in modo significativo nel tempo a seconda del tipo di alimentazione a cui il bambino è esposto. L'intestino favorisce principalmente la crescita di batteri appartenenti a sette phyla predominanti (Firmicutes, Bacteroidetes, Actinobacteria, Fusobacteria, Proteobacteria, Verrucomicrobia e Cyanobacteria) e, tra essi, i Bacteroidetes e i Firmicutes costituiscono più del 90% della popolazione totale². Tale composizione può, tuttavia, essere modificata

da diversi fattori, fra cui l'età, le variazioni genetiche individuali e alcuni fattori ambientali, di cui il più importante è l'alimentazione, ma anche l'utilizzo di alcuni farmaci, come gli antibiotici. Il microbiota intestinale è capace di digerire molte sostanze introdotte con la dieta portando alla produzione di varie molecole con diversi effetti sull'organismo, come per esempio le fibre alimentari (es. amidi, inulina, cellulosa, etc.), lunghe catene zuccherine presenti in diversi cibi di origine vegetale che l'organismo umano non è in grado di digerire. Dalla digestione delle fibre, il microbiota intestinale produce, tra le altre cose, delle molecole chiamate acidi grassi a catena corta che hanno molteplici effetti benefici e sono in grado di raggiungere, attraverso il circolo sanguigno, tutti i distretti corporei, incluso il cervello, creando molteplici connessioni tra l'intestino e altri organi come il cervello, il fegato, il cuore, i polmoni e i reni. Gli acidi grassi a catena corta hanno un'azione antinfiammatoria e sono in grado di interagire con il sistema immunitario e di preservare l'integrità delle mucose³. Le scoperte sulle molteplici funzioni fisiologiche svolte dai microrganismi residenti nel nostro intestino e dai composti da essi prodotti hanno permesso di comprendere come variazioni della composizione del microbiota possano avere un ruolo nell'insorgenza e progressione di diverse patologie, fra cui l'obesità, il diabete di tipo 2 e vari tipi di tumore. Ad esempio, si è osservato come il cambiamento sfavorevole della composizione batterica intestinale, noto anche come disbiosi, abbia un ruolo nella patogenesi del cancro del colon-retto⁴. Inoltre, è stato osservato come la composizione del microbiota intestinale sia in grado di influenzare anche la risposta dell'organismo alle terapie oncologiche^{5,6}.

Con il termine stomia o stoma (dal greco “στόμα”= bocca) si intende una procedura chirurgica che crea un'apertura dell'intestino attraverso la parete addominale anteriore. Tale operazione rappresenta un salvavita standard nella chirurgia viscerale nei casi in cui, a causa di un tumore, di una malattia infiammatoria cronica intestinale o di un trauma, sia necessario rimuovere un tratto di intestino⁷. A seconda della patologia del paziente, come per esempio il cancro del colon-retto o le malattie infiammatorie intestinali, e la localizzazione della patologia, lo stoma può localizzarsi a livello dell'intestino tenue distale (ileostomia) oppure prossimalmente o distalmente lungo l'intestino crasso o colon (colostomia). L'interruzione della continuità intestinale provoca inevitabilmente dei cambiamenti nella fisiologia intestinale e nella composizione del microbiota intestinale. Recentemente, la ricerca scientifica si è focalizzata sull'analisi dei cambiamenti del microbiota intestinale nei pazienti con stomia. È stato confrontato il microbiota fecale di pazienti con cancro del colon-

retto con e senza stomia dimostrando che la presenza della stomia modificava la composizione e, conseguentemente, le funzioni svolte dal microbiota. In particolare, sono stati arruolati 119 pazienti con cancro del colon-retto al IV stadio di cui 21 presentavano ileo- o colostomia mentre 98 pazienti non avevano subito alcuna stomia. A seguito del sequenziamento del microbiota fecale è stato osservato che i pazienti con stomia presentavano una riduzione delle specie batteriche anaerobiche - che sono in grado di vivere a concentrazioni di ossigeno molto basse - a favore di batteri aerobi e anaerobi facoltativi, molto probabilmente perché le feci dei soggetti con stomia transitano meno verso la regione distale del colon, meno ricca di ossigeno. I ricercatori hanno dimostrato come una minore diversità del microbiota fecale nei pazienti con stomia determini una minore efficacia dell'immunoterapia contro il tumore. È stata, inoltre, osservata una ridotta presenza del genere batterico *Alistipes*, noto per la sua capacità di aumentare l'efficacia dell'immunoterapia nel cancro del colon-retto⁸. Le differenze riscontrate nella composizione batterica dei pazienti stomizzati rispetto ai pazienti non stomizzati riguardavano anche la minore presenza di specie batteriche in grado di produrre acidi grassi a catena corta, noti per essere coinvolti nell'immunomodulazione dell'ospite e quindi nel facilitare la risposta all'immunoterapia. Inoltre, è stato osservato un aumento di batteri quali *Pseudomonas*, *Acinetobacter* ed *Enterococcus* nelle feci dei pazienti stomizzati determinando un'augmentata probabilità di sviluppare infezioni peristomiali.

In un altro studio è stata analizzata la composizione del microbiota intestinale residente nell'intestino tenue di pazienti stomizzati guariti dal tumore nel colon distale. La novità di questo studio è rappresentata dal fatto che a differenza di ciò che accade normalmente, i medici e i ricercatori hanno avuto la possibilità di analizzare il microbiota residente nell'ileo, normalmente inaccessibile a meno di procedure molto invasive. In questi pazienti, inoltre, la composizione del microbiota è stata messa in relazione anche all'alimentazione⁹. In particolare, sono stati analizzati 141 campioni provenienti da 79 pazienti stomizzati con differenti localizzazioni di stomia (38% ileostomia, 10% colostomia destra e 52% colostomia sinistra). I principali risultati di questa analisi hanno innanzitutto confermato i risultati ottenuti in precedenti studi¹⁰ in cui era stata evidenziata la minore varietà batterica presente nei campioni dei pazienti ileostomizzati rispetto ai colostomizzati. Ma la novità più interessante emersa da questo studio riguarda l'estrema plasticità del microbiota ileale in pazienti stomizzati in relazione all'alimentazione. In particolare, dopo il digiuno notturno, ed in seguito ad una colazione standardizzata dai ricercatori, questi

pazienti mostravano sia un aumento del numero totale dei microrganismi presenti nei campioni analizzati che una variazione della loro composizione batterica. Si è, poi, osservato che una volta che i nutrienti introdotti venivano man mano digeriti e assorbiti, si tornava gradualmente alla situazione originaria. Questo dimostra che, nonostante la nota stabilità della composizione microbica dei soggetti adulti, l'esposizione al cibo influenza la composizione batterica attraverso dei meccanismi caratterizzati da una dinamica estremamente rapida; e secondo i ricercatori, questa plasticità potrebbe estendersi anche al microbiota residente nel colon.

Questi dati indicano che l'alimentazione nei soggetti a cui è stato diagnosticato il cancro del colon-retto, o affetti da patologie croniche infiammatorie dell'intestino, e che sono stati sottoposti a una stomia, è di fondamentale importanza per promuovere una corretta composizione batterica ricca di specie diverse, in equilibrio tra di loro e in grado di produrre una corretta quantità di metaboliti benefici come gli acidi grassi a catena corta. Le linee guida della sana alimentazione, basate sul modello della Dieta Mediterranea, indirizzano tutta la popolazione, inclusi i soggetti con patologie oncologiche e infiammatorie, verso il consumo di frutta, verdura e cereali e consigliano di limitare il più possibile la quantità di carni rosse e processate, di zuccheri semplici, alcool e sale. Nei pazienti stomizzati, una volta guariti dall'intervento chirurgico, è necessario un approccio personalizzato in grado di guidarli verso una alimentazione sana, varia e bilanciata, in modo da prevenire le recidive o complicanze a lungo termine e promuovere la salute sia del paziente stesso che del suo microbiota intestinale. Le stomie causano alcune alterazioni metaboliche che possono influenzare le esigenze macro e micro-nutrizionali del paziente sia perché, soprattutto subito dopo l'intervento cambia il modo in cui il paziente si alimenta, sia perché esse possono influenzare il modo in cui il corpo tollera determinati cibi e utilizza i nutrienti. Questo può generare alcuni disturbi intestinali conducendo il paziente verso una strada nutrizionale sbilanciata che a sua volta non lo aiuta a riprendersi. Inoltre, lo sbilanciamento dell'alimentazione ha delle ricadute pesanti sull'equilibrio del microbiota intestinale, con conseguenze che si ripercuotono su tutto l'organismo. Dunque, durante le prime 4-6 settimane dall'intervento chirurgico, in cui il paziente spesso mostra una riduzione dell'appetito, potrebbe essere necessario integrare l'alimentazione con proteine e bevande energetiche. Passato questo lasso di tempo, bisognerà pian piano sartorializzare la dieta, testando i vari cibi in piccole quantità per imparare a riconoscerne gli effetti sul materiale in uscita dallo stoma. Sia i pazienti ileostomizzati che i pazienti colostomizzati non dovranno praticare una dieta restrittiva, ma solo

seguire alcune accortezze utili a favorire una evacuazione controllata e che gli consentano di re-integrare le sostanze che in misura maggiore saranno perse con le feci, come acqua, sali minerali e vitamine. Per quanto riguarda l'introito di fibre alimentari, carburante del microbiota intestinale - derivanti da cereali, legumi, frutta e verdura - da sempre alimenti controversi nell'alimentazione degli stomizzati, le evidenze scientifiche indicano che è di fondamentale importanza includerle nella propria dieta, con le giuste porzioni e frequenze e alcuni accorgimenti utili a "pre-digerirle" prima dell'ingestione. La buccia di alcuni frutti e verdure risulta essere molto dura; quindi, potrebbe essere meglio sbucciare tali alimenti, passare verdura e legumi al passaverdure e preparare frullati e centrifugati di frutta e verdura. L'obiettivo auspicabile per tutti i pazienti sarebbe quello di assumere i giusti alimenti e distribuirli in maniera precisa durante la giornata. Fondamentalmente, ogni paziente deve pian piano imparare a conoscersi meglio, individuando i cibi più adatti alla propria alimentazione e soprattutto compatibili col tipo di stomia di cui si è portatori. Seguendo alcune semplici indicazioni personalizzate e le esigenze del proprio organismo sarà possibile riscoprire il piacere della buona tavola e la convivialità, aspetti alla base della dieta mediterranea. Inoltre, di fondamentale importanza sarà condire i piatti con olio extravergine di oliva, ricco di polifenoli, sostanze antinfiammatorie e antiossidanti; e ridurre considerevolmente l'utilizzo di cibi altamente processati ed industrializzati. Altro suggerimento utile è quello di non affaticare il sistema gastrointestinale e non mangiare porzioni troppo abbondanti. Meglio mangiare poco e spesso, distribuendo i pasti durante tutto l'arco della giornata, evitando piatti troppo elaborati, ricchi di condimenti pesanti, bevande alcoliche e gassate. Data l'eterogeneità dei sintomi di ogni paziente, non esistono ad oggi delle linee guida nutrizionali per i diversi tipi di pazienti stomizzati. E' invece cruciale sottolineare l'importanza della multidisciplinarietà delle figure professionali da affiancare a questi pazienti in modo che i vari esperti possano associare le evidenze scientifiche alle specifiche necessità nutrizionali di ogni paziente in maniera da fornirgli conoscenze utili a promuovere lo stato di salute dell'intero organismo e del microbiota intestinale.

BIBLIOGRAFIA

1. Turnbaugh, P. J. et al. The human microbiome project. *Nature* 449, 804-810, doi:10.1038/nature06244 (2007).
2. Adak, A. & Khan, M. R. An insight into gut microbiota and its functionalities. *Cell Mol Life Sci* 76, 473-493, doi:10.1007/s00018-018-2943-4 (2019).
3. Parada Venegas, D. et al. Short Chain Fatty Acids (SCFAs)-Mediated Gut Epithelial and Immune Regulation and Its Relevance for Inflammatory Bowel Diseases. *Front Immunol* 10, 277, doi:10.3389/fimmu.2019.00277 (2019).

4. Ternes, D. et al. Microbiome in Colorectal Cancer: How to Get from Meta-omics to Mechanism? *Trends Microbiol* 28, 401-423, doi:10.1016/j.tim.2020.01.001 (2020).
5. Gopalakrishnan, V. et al. Gut microbiome modulates response to anti-PD-1 immunotherapy in melanoma patients. *Science* 359, 97-103, doi:10.1126/science.aan4236 (2018).
6. Routy, B. et al. Gut microbiome influences efficacy of PD-1-based immunotherapy against epithelial tumors. *Science* 359, 91-97, doi:10.1126/science.aan3706 (2018).
7. Martin, S. T. & Vogel, J. D. Intestinal stomas: indications, management, and complications. *Adv Surg* 46, 19-49, doi:10.1016/j.yasu.2012.04.005 (2012).
8. Sakai, S. A. et al. Fecal microbiota in patients with a stoma decreases anaerobic bacteria and alters taxonomic and functional diversities. *Front Cell Infect Microbiol* 12, 925444, doi:10.3389/fcimb.2022.925444 (2022).
9. Yilmaz, B. et al. Plasticity of the adult human small intestinal stoma microbiota. *Cell Host Microbe* 30, 1773-1787 e1776, doi:10.1016/j.chom.2022.10.002 (2022).
10. Donaldson, G. P., Lee, S. M. & Mazmanian, S. K. Gut biogeography of the bacterial microbiota. *Nat Rev Microbiol* 14, 20-32, doi:10.1038/nrmicro3552 (2016).

3.15 PATOLOGIA STOMALE: COMPLICANZE PRECOCI E TARDIVE



MATTIA ZAMPROGNO
Presidente AIOSS

La persona stomizzata è una persona che, a seguito di un intervento chirurgico che ha portato al confezionamento di una stomia, subisce una ferita sia fisica sia psicologica, portando a un cambiamento dell'immagine corporea.

La persona stomizzata può andare incontro a delle complicanze precoci o tardive a seconda del tempo di insorgenza. Si parla di complicanze del complesso stomale quando si manifestano degli eventi sfavorevoli a livello dello stoma, della giunzione mucocutanea o dell'area peristomale rendendo più complessa la gestione dello stoma stesso o creando nuovi problemi di salute.

L'infermiere, ma anche la persona stomizzata stessa o il caregiver, deve conoscere le complicanze più ricorrenti in modo che possano essere prevenute e, al loro manifestarsi, riconosciute ed affrontate più facilmente e rapidamente.

Le complicazioni del complesso stomale possono comparire precocemente (entro 30 giorni dal confezionamento dello stoma) o tardivamente e la loro presenza è spesso favorita da alcuni fattori di rischio come l'obesità, il regime d'urgenza dell'intervento e la mancanza della scelta del sito stomale preoperatoria.

L'alterazione della cute peristomale e, più in generale, tutte le complicanze determinano nella persona stomizzata un marcato peggioramento della qualità della vita e dell'autonomia. Esse minano la capacità di adattamento della persona alla nuova condizione di vita e la gestione della stomia sarà più difficoltosa. Questo impedisce la ripresa dell'attività lavorativa e soprattutto della vita sociale, perché la persona avrà la paura e l'ansia che l'evento del distacco della placca, con conseguente perdita degli effluenti, si presenti senza preavviso e soprattutto in ambiti poco idonei, provocando imbarazzo, isolamento, fino ad arrivare alla depressione, con conseguente aumento dei costi sanitari per la gestione della stomia.

Nello specifico, una cute alterata impedisce la capacità di adesione del presidio di raccolta, provocando un distacco precoce del presidio in uso per contenere le deiezioni, con conseguente perdita di materiale fecale o urinario, che va a contatto con la cute danneggiandola; circolo vizioso che, se non interrotto, può evolvere in problemi cutanei più gravi.

Le complicanze sono generalmente le stesse per tutte le stomie anche se, come ogni stomia ha le sue caratteristiche, anche le complicanze ad essa associate si modificano in prevalenza ed incidenza. Ecco che, mentre le complicanze precoci interessano indifferentemente tutti i tipi di stomie allo stesso modo, le complicanze tardive a volte non si manifestano perché la stomia viene chiusa anticipatamente o in tempi brevi.

Prima di procedere con l'elenco delle complicanze e di una panoramica sulla loro gestione è necessario precisare come la letteratura sia assolutamente concorde nell'affermare che lo stoma non solo deve essere monitorato nel periodo post operatorio stretto (prime 48h) in termini di trofismo, funzionalità e progresso di guarigione/stabilizzazione ma soprattutto un regolare follow-up è importante sia nei primi mesi dall'intervento (rappresenta il periodo in cui più facilmente compaiono soprattutto le complicanze cutanee peristomali dovute alle modificazioni dello stoma e della conformazione addominale) sia nei mesi successivi per rilevare le complicanze tardive, che spesso le persone non sono consapevoli di aver sviluppato come dimostrato dalle indagini di Herlufsen e coll. (2006) e di Williams e coll. (2010).

Le principali Complicanze Precoci

Mal-posizionamento e Difetti Tecnici

Gli studi sulla qualità della vita hanno stabilito una correlazione tra la funzione della stomia e la soddisfazione del paziente. Ciò sottolinea l'importanza della pianificazione preoperatoria e dell'attenzione ai dettagli tecnici nella costruzione di una stomia di alta qualità per ridurre l'incidenza di complicanze legate alla stomia.

La scelta di un sito di stomia adeguato dovrebbe essere eseguita prima dell'intervento, quando possibile, Per identificare eventuali problemi legati alla conformazione corporea della persona. Ad eseguire questa procedura dovrebbe essere uno stomaterapista ma più in generale un operatore sanitario che conosca la procedura stessa, perché lo scopo ultimo è la prevenzione delle complicanze a breve e lungo termine.

L'addome deve essere esaminato mentre il soggetto è sdraiato supino, seduto e

in piedi. Anche le preferenze o le disabilità del paziente dovrebbero essere prese in considerazione quando si contrassegna un sito di stomia. Quando possibile, il sito dello stoma previsto dovrebbe essere lontano da protuberanze ossee, incisioni pianificate, vecchie incisioni e pieghe cutanee. Un'area circostante di 2 cm di pelle sana aiuta a garantire un'adeguata tenuta del presidio. I siti di stomia dovrebbero essere posizionati all'apice di un cumulo di grasso, ove possibile. Nel paziente obeso, nel paziente con cute difficile (precedenti cicatrici), e soprattutto quando i progetti operatori non sono certi, devono essere contrassegnate più sedi.

Sebbene la creazione di uno stoma ben vascolarizzato, privo di tensioni e ampiamente pervio di lunghezza adeguata possa essere semplice, il chirurgo deve essere preparato per circostanze più difficili, tra cui la chirurgia d'emergenza e il paziente obeso con una parete addominale spessa o un mesentere ispessito.



Ischemia e Necrosi

L'ischemia, ossia il mancato apporto necessario di sangue a un plesso corporeo, organo o distretto con conseguente sofferenza cellulare è strettamente legato alla necrosi in quanto lo stadio appena descritto prelude al secondo che è definito come la morte cellulare dovuta appunto dal mancato apporto sanguigno.

È stato riportato che la necrosi stomale si verifica fino al 20% degli stomi nell'immediato periodo postoperatorio. Fattori di rischio specifici per la necrosi dello stoma includono intervento chirurgico emergente, mobilitazione inadeguata dell'intestino, eccessiva resezione mesenterica con conseguente inadeguato apporto di sangue arterioso o drenaggio venoso dall'intestino e costrizione della parete addominale dovuta ad aperture eccessivamente piccole nella fascia. È importante sottolineare che il paziente obeso ha una probabilità sette volte maggiore di sperimentare la necrosi dello stoma rispetto al paziente non obeso. La necrosi dello stoma è molto meno comune per le stomie laterali dato il doppio apporto di sangue

sia agli arti afferenti che a quelli efferenti. La valutazione di una possibile ischemia deve sempre aver luogo prima di lasciare la sala operatoria e, in caso di allerta, lo stoma deve essere rivisto nuovamente chirurgicamente. Per impedire l'ischemia e di conseguenza la necrosi, il segmento intestinale da utilizzare per la formazione dello stoma dovrebbe essere preparato il più presto possibile durante il periodo di sala operatoria per consentire il tempo massimo affinché qualsiasi segno di ischemia si manifesti. Dovrebbe essere evitato un taglio eccessivo del grasso peri-intestinale e



del mesentere. Nonostante l'attenzione a questi dettagli in sala operatoria, le stomie possono spesso apparire scure nell'immediato periodo postoperatorio. Bisogna distinguere se questo aspetto è sulla base della congestione venosa, che di solito migliora con la scomparsa dell'edema postoperatorio, o dell'insufficienza arteriosa. Se c'è il sospetto di necrosi stomale secondaria a inadeguato apporto di sangue arterioso,

è imperativo delineare l'estensione con un endoscopio pediatrico flessibile, un proctoscopio o anche una provetta trasparente. Se la necrosi si estende al di sotto del livello della fascia della parete addominale, è necessaria una revisione chirurgica immediata con una laparotomia. Se la necrosi è limitata all'intestino distale rispetto alla fascia della parete addominale, si può tranquillamente prendere in considerazione l'osservazione con un delicato debridement o una gestione di attesa, sebbene questa strategia di gestione possa alla fine portare a complicazioni a lungo termine come retrazione o stenosi. Tuttavia, la revisione dello stoma è spesso tecnicamente molto più facile qualche mese dopo l'operazione, quando le prime aderenze infiammatorie e l'edema intestinale/mesenterico si sono attenuati.

Emorragia

L'incidenza del sanguinamento stomale non è nota, in particolare perché questa complicanza può verificarsi immediatamente, precocemente o tardi dopo la formazione dello stoma.

Una lieve emorragia, appena dopo l'intervento può essere considerata anche normale, tenendo in considerazione il tipo di paziente o le sue patologie concomitanti, o la terapia che assume (o assumeva). Generalmente questa situazione è transitoria e

non dura più di una giornata post-operatoria. Il monitoraggio stretto nelle prime 48 h dall'intervento risulta quindi la strategia vincente rispetto a questa complicanza.

Più comunemente il sanguinamento acuto nella persona stomizzata deriva da un trauma abrasivo allo stoma, solitamente secondario a un presidio troppo stretto che si adatta in modo inadeguato alla grandezza dello stoma. Questo tipo di sanguinamento può essere gestito con pressione diretta, crioterapia, cauterizzazione della mucosa o sutura di vasi identificabili. Un sanguinamento stomale più significativo può essere osservato nel contesto delle varici peristomali. Queste si sviluppano in pazienti con ipertensione portale di qualsiasi natura. Sebbene l'emorragia possa inizialmente essere gestita con pressione diretta o legatura di sutura, la riduzione delle pressioni portali con la terapia medica o lo shunt portosistemico intraepatico trans giugulare è fondamentale per ridurre il rischio di emorragie ricorrenti. Nei casi di emergenza di gravi emorragie da varici, la disconnessione dello stoma e la re-anastomosi possono fornire una soluzione temporanea.

Distacco Muco-cutaneo

La separazione mucocutanea, la dissociazione della stomia dalla cute peristomale circostante, ha incidenze fino al 28% nell'immediato periodo postoperatorio. È spesso una complicazione tecnica secondaria a una tensione eccessiva, sebbene possa anche derivare da infezioni o fattori che compromettono la guarigione delle ferite come l'uso eccessivo di cauterizzazione sulla pelle o sulla mucosa intestinale, l'immunosoppressione o il diabete. L'entità della separazione e della conseguente strategia di gestione varia; piccole separazioni possono essere gestite con materiali di riempimento assorbenti come polvere barriera cutanea, alginati, idrofibre e copertura con pasta e poi con la placca del presidio per stomia. La diagnosi precoce e la cura attenta della lesione sono vitali.



Il distacco muco-cutaneo più ampio o circonferenziale, anche detto completo, può richiedere una revisione operatoria per prevenire complicanze a lungo termine come retrazione o stenosi. È importante far notare che in alcuni scenari clinici, come nel paziente con obesità patologica la costruzione stomale subottimale può essere inevitabile. Finché la stomia rimane vitale al di sopra del livello fasciale, la revisione chirurgica viene spesso rinviata e tenuta come ultima chance.

Retrazione

La retrazione stomale, comunemente definita come uno stoma che termina al di sotto della superficie cutanea di $> 0,5$ cm entro 6 settimane dalla formazione, si verifica nel 14% delle nuove stomie già dall'inizio del periodo postoperatorio.

La retrazione è spesso associata a ulteriori complicazioni, tra cui la separazione mucocutanea, l'ascesso peristomale e non si può non citare la fuoriuscita degli effluenti dal presidio che si stacca e la conseguente irritazione cutanea peristomale.

La causa più comune della retrazione è l'eccessiva tensione sullo stoma, solitamente secondaria a una mobilizzazione inadeguata dell'intestino. Pertanto, i primi tentativi di revisione locale sono spesso inutili. Essi, infatti, si prendono in considerazione dopo un periodo di tempo significativo, spesso da 3 a 6 mesi o più. Ulteriori fattori di rischio per la retrazione includono l'obesità, l'aumento di peso postoperatorio, la malattia di Crohn, l'altezza dello stoma iniziale < 1 cm, la malnutrizione o immunosoppressione.



In molti casi, questa complicanza può essere prevenuta prestando attenzione alla costruzione tecnica della stomia, compresa un'adeguata mobilizzazione del mesentere e la creazione di un'apertura fasciale di dimensioni adeguate. Nella costruzione delle stomie a "canna di fucile", o laterali, molti chirurghi utilizzano un pezzetto di sostegno, meglio conosciuto come baguette, o bacchetta, per ridurre l'incidenza della retrazione. Sebbene sia una pratica abbastanza onnipresente, spesso la letteratura non ha riportato differenze nel tasso di retrazione tra i pazienti con baguette o senza, ma anzi hanno riscontrato un rischio significativamente aumentato di necrosi dello stoma associato alla presenza della bacchetta.

Gli stomi retratti con una giunzione mucocutanea intatta possono essere inizialmente

gestiti con sistemi convessi che appiattiscono la pelle peristomale per aumentare la superficie dell'interfaccia tra il presidio e la cute. È inoltre possibile utilizzare accessori per stomia aggiuntivi, tra cui le cinture. Se le perdite e i problemi di igiene persistono nonostante queste misure, o se c'è una stenosi concomitante, deve essere presa in considerazione la revisione chirurgica.

Dermatiti

L'incidenza riportata di irritazione cutanea peristomale varia dal 3 al 42%. Il grado di irritazione può variare da quello di un lieve dermatite peristomale a necrosi e ulcerazione della pelle a tutto spessore. La maggior parte di questi casi è dovuta semplicemente alla negligenza nello stomacare, al mal-posizionamento o mancata adesività del presidio, con conseguente distacco precoce. Spesso, al momento della dimissione dall'ospedale, il paziente non è completamente a suo agio nel prendersi cura della stomia in modo indipendente. Dovrebbe essere compiuto ogni sforzo per garantire che l'insegnamento appropriato prima della dimissione da parte di un infermiere stomaterapista sia sufficiente per prevenirlo.

Nella maggior parte dei casi, l'irritazione cutanea peristomale è il risultato diretto di dermatite



chimica dovuta all'esposizione all'effluente della stomia e alla desquamazione della pelle peristomale dovuta a frequenti cambi del presidio di raccolta. Spesso, la perdita della placca e l'irritazione locale della pelle comportano la necessità di cambi più frequenti, avviando un circolo vizioso. Idealmente, il sistema di raccolta dovrebbe prevenire completamente ed efficacemente il contatto degli effluenti con la pelle. L'applicazione di creme e unguenti antinfiammatori sulla pelle peristomale irritata è difficile perché impediscono alla placca di aderire alla cute, consentono la continua fuoriuscita di contenuto enterico e potenziano l'irritazione della cute.

La dermatite irritativa da contatto è più frequente nelle ileostomie (ma presente anche nelle colostomie e urostomie) a causa della natura più liquida e caustica del contenuto biliare del piccolo intestino. La prevenzione si concentra sulla selezione meticolosa del sito dello stoma al momento dell'intervento chirurgico, nonché

sull'attenzione postoperatoria diligente per l'adattamento e la sostituzione del presidio a intervalli appropriati.

Uno stoma che è posizionato correttamente e ha un'altezza di almeno 1 cm può solitamente essere gestito con un cambio della sacca ogni 2-3 giorni. Al contrario, i pazienti con uno stoma a livello della cute o quelli con retrazione, o in una piega cutanea di solito richiedono cambi più frequenti, spesso quotidianamente o più volte al giorno, esacerbando a volte l'irritazione cutanea locale. In queste circostanze, laddove la tenuta del presidio non sia assolutamente possibile, dovrebbe essere fortemente considerata la revisione dello stoma.

La prima cosa da affrontare per arginare adeguatamente l'irritazione cutanea è variare adeguatamente la dimensione dell'apertura del presidio; le dimensioni dello stoma possono cambiare con la diminuzione dell'edema postoperatorio e l'allargamento addominale che accompagna l'aumento di peso. L'educazione del paziente incentrata sulla cura e il mantenimento di una zona peristomale sana è essenziale. L'indicazione è che l'apertura della placca sia il più aderente possibile alla forma della stomia con uno scarto di pochi mm in più. Non dovrebbe esserci cute esposta visibile tra la giunzione mucocutanea e il bordo tagliato della placca. Se questo non è possibile, è possibile utilizzare la pasta adesiva stomale di idrocolloide per riempire gli spazi vuoti e quindi prevenire perdite. Al contrario, un'apertura del sistema di raccolta troppo piccola taglierà lo stoma e creerà altri problemi, come sanguinamento e ulcerazione.



Un altro tipo di dermatite è quella di natura allergica, reazione dovuta alla sensibilità alle barriere cutanee, agli adesivi, ai vari eccipienti dei sistemi di raccolta e agli accessori. Tutte queste situazioni sono abbastanza comuni e si manifestano però generalmente tardivamente. In questo caso è necessario immediatamente rilevare quale presidio crei l'irritazione e rimuoverlo, sostituendolo con un altro di simile ma con componenti diversi.

Granulomi

I granulomi sono lesioni nodulari rosse, umide, sollevate rispetto al livello mucocutaneo. Spesso sono il risultato di suture trattenute o altro materiale estraneo, nonché di abrasione tra il sistema di raccolta e la giunzione mucocutanea o la mucosa stessa della stomia. I Granulomi sanguinano facilmente, possono essere estremamente fragili, ed essi si ulcerano e si infettano. Questa complicanza è estremamente dolorosa in alcuni casi e complica di gran lunga lo stoma care e l'utilizzo degli ausili.

Il trattamento dei granulomi consiste nell'esaminare e rimuovere qualsiasi materiale estraneo e successivamente se permane il problema utilizzare il nitrato d'argento,



utilizzato attraverso applicatori locali, per rimuovere il tessuto interessato. Per raggiungere un buon risultato potrebbero essere necessari diversi trattamenti. Un ulteriore trattamento inoltre potrebbe essere la rimozione chirurgica con pratiche di microchirurgia locale. Laddove

ci fosse invece una mancata guarigione delle lesioni o il frequente ripetersi, il paziente deve essere valutato anche per la diagnosi differenziale con altre patologie.

Le principali Complicanze Tardive

Infezioni della Cute Parastomale

Le principali infezioni della cute peristomale sono le follicoliti, le infezioni da fungo, il pioderma gangrenoso e quelle associate alle incrostazioni nelle urostomie.

Le principali infezioni della cute peristomale sono le follicoliti, le infezioni da fungo, il pioderma gangrenoso e quelle associate alle incrostazioni nelle urostomie.

La follicolite comporta l'infiammazione e spesso l'infezione di un follicolo pilifero superficiale preceduto da irritazione chimica o lesioni fisiche, come la rimozione traumatica e ricorrente dei peli assieme alla placca. I segni e i sintomi della follicolite variano a seconda del tipo di infezione; se superficiale comunemente si tratta di infezione da *Staphylococcus aureus* che produce pustole follicolari confluenti insieme e impetiginizzazione. Poiché l'eruzione cutanea può assumere un aspetto simile alla candidosi, le colture possono fornire la



diagnosi differenziale definitiva. Se lasciata non trattata, l'estensione dell'infezione può dar adito a problemi più gravi.

I trattamenti della follicolite comprendono lozioni antibatteriche topiche che hanno una base o gel di tipo alcolico, e attualmente clindamicina da sola o in combinazione con perossidi di benzoile. Una possibile alternativa è l'uso di particelle di argento ionico in una polvere di alginato. È stato dimostrato in precedenti studi in vivo che l'argento ionico agisce come efficace agente antimicrobico contro un ampio spettro di batteri e funghi. I pazienti che non rispondono al trattamento topico potrebbero beneficiare di antibiotici per via orale per i microrganismi gram-positivi (*Staphylococcus* e *Streptococcus*), come una prima generazione cefalosporina o cloxacillina. Con una crescente incidenza di batteri multiresistenti, è necessario ottenere un tampone batterico per determinare la sensibilità agli antibiotici e selezionare la terapia appropriata. Le lesioni infette possono produrre una maggiore quantità di essudato che richiede cambi più frequenti dell'apparecchio o l'uso di materiale assorbente, come l'alginato di calcio. Per ridurre al minimo le recidive di follicolite, i peli in eccesso dovrebbero essere rasati con un rasoio elettrico o rifilati con le forbici. In alternativa, i peli possono essere rimossi mediante depilazione chimica, ma a rischio di irritazione cutanea o reazioni allergiche. Tecniche come l'elettrolisi o la rimozione laser sono più costose e dovrebbero essere eseguite da un professionista qualificato.



Le infezioni fungine sono generalmente causate da funghi simili a muffe (dermatofiti, che causano infezioni da tinea) e simili a lieviti, come la *Candida*. Nelle aree delle pieghe cutanee e peristomali la pelle fornisce un ambiente umido e caldo ideale per la proliferazione di funghi. L'eccesso di umidità può essere il risultato della traspirazione sotto presidi occlusivi o la fuoriuscita del materiale dalla sacca o dalla barriera cutanea. A un attento esame, una pelle l'eruzione cutanea è spesso notata e caratterizzata da pustole sulla base eritematosa che evolvono in chiazze erose, pollicicliche, nettamente delimitate con piccole papule satelliti periferiche e il ridimensionamento marginale (Figura 3).¹⁷ Oltre al tipico lesioni rosse in rilievo con lesioni satelliti che si estendono intorno al stoma, il paziente può lamentare bruciore e prurito. Dopo la valutazione clinica, i raschiamenti cutanei e la coltura dovrebbero essere ottenuti per confermare l'infezione fungina. Alcuni individui con condizioni

coesistenti che colpiscono il sistema immunitario, come diabete mellito, malattie renali ed epatite C e l'assunzione di farmaci immunosoppressori per il trattamento della malattia infiammatoria intestinale sono più suscettibili a infezioni funginee. Inoltre, l'uso di antibiotici può compromettere il normale status della flora cutanea, consentendo la crescita eccessiva dei funghi. Come opzione di cura, la Candida può essere trattata efficacemente con nistatina, un agente antimicotico polienico ottenuto da *Streptomyces noursei*. La nistatina è sia fungistatica che fungicida contro un'ampia varietà di lieviti e funghi simili a lieviti, tra cui *Candida albicans*. Sebbene la crema e l'unguento alla nistatina siano formulati a base (o frazione) grassa, il che può compromettere la corretta adesione dei presidi, La nistatina è l'opzione preferita, magari in formato polvere che può essere spruzzata intorno alla pelle peristomale sotto le placche.

Per il trattamento di infezioni legate a dermatofiti o tinea, terbinafina, un'allilamina, ha dimostrato di essere la cura più efficace. Le placche vengono talvolta utilizzate sopra la polvere antimicotica per prevenire ulteriori problemi di umidità. La crema di clotrimazolo (un azolo) è efficace solo dal 70% all'80% di infezioni legate ai dermatofiti, ma possiede anche proprietà antinfiammatorie e antibatteriche. Undecilenico la polvere acida mostra una bassa efficacia contro i dermatofiti.

Nei casi recalcitranti e gravi, le opzioni di trattamento possono includere agenti sistemici con fluconazolo per candidosi e terbinafina orale per tinea.

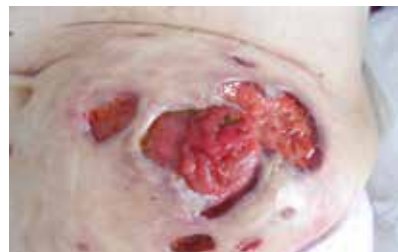
Altra situazione che rientra in questo gruppo di complicanze sono le incrostazioni dell'urostomia. Esse colpiscono circa il 20% delle persone ce l'hanno. Le incrostazioni sono precipitazioni o cristalli di fosfati e acido urico causati da accumulo (ristagno) di urina, urina alcalina e infezioni. Questi depositi bruno-rossastri e granulosi producono un cambiamento infiammatorio localizzato che assomiglia clinicamente al virus della verruca e viene indicato come false lesioni simili a verruche (lesioni pseudoverrucose). Altri segni e sintomi possono includere dolore localizzato, eritema o perdita dell'epidermide superficiale. Questa condizione è principalmente causata da un presidio inadeguato con un'apertura troppo grande per lo stoma, con conseguente perdita di urina intorno alla cute peristomale.

Il trattamento è diretto al problema specifico e prevede l'adattamento del foro allo stoma e alla morfologia della cute e la modifica del ph urinario se, esaminandolo, si

ritiene necessario.

Un'ulteriore situazione che si avvicina concettualmente all'infezione della cute peristomale è il Pioderma Gangrenoso (PG). Essa è una malattia cutanea ad eziologia sconosciuta che si manifesta con lesioni di tipo ulcerativo. Ancor più raro è il Pioderma Gangrenoso Peristomale (PGP) che si sviluppa vicino ad una stomia addominale, rappresenta il 15% dei casi di PG, ed interessa circa lo 0,5-1,5% della popolazione con stoma. Questa bassa incidenza rende difficile definire gli approcci diagnostici e terapeutici.

Dal punto di vista clinico, la malattia esordisce con pustole che progrediscono rapidamente ed evolvono in ulcere necrotiche molto dolorose, di profondità e grandezza variabili, dai bordi violacei o bluastri sottominati, irregolari e spesso rilevati, circondate da eritema ed edema con essudato sieroso-corpusco. Le ulcere possono essere singole o multiple separate da ponti cutanei apparentemente intatti. In prevalenza è associato a malattie sistemiche sottostanti, come le malattie infiammatorie croniche intestinali (Inflammatory Bowel Disease - IBD), le malattie reumatologiche o ematologiche e gli stati di immunodeficienza. Si manifesta preferibilmente nelle zone in cui si verificano dei microtraumi (da cui deriva una rapida evoluzione nota come patergia, ad eziologia sconosciuta) causati da rimozione frequente dell'ausilio stomale, l'uso di sistemi convessi, l'ernia parastomale, l'utilizzo di una cintura di sostegno o il contatto frequente con le deiezioni. In prevalenza affligge i pazienti portatori di ileostomia e si verifica maggiormente con l'aumentare dell'età nel genere femminile. Il BMI > 30 è un altro fattore di rischio riconosciuto.



Il trattamento del Pioderma Gangrenoso Peristomale (PGP) prevede una valutazione specialistica per impostare un'adeguata terapia farmacologica, per valutare l'utilità di eseguire delle biopsie peristomali, per un'adeguata terapia antalgica e l'utilizzo di medicazioni assorbenti.

Stenosi

La stenosi stomale clinicamente significativa si verifica con un'incidenza dal 2 al 15% ed è più comunemente osservata nella colostomia terminale. La stenosi

nell'immediato periodo postoperatorio si verifica spesso secondaria a piccole dimensioni del gettone di cute asportato per far passare l'intestino o all'edema intestinale stesso che spesso può essere gestito con la decompressione con cateteri di gomma di grosso diametro. La stenosi tardiva può derivare da diverse cause, tra cui una tecnica chirurgica scadente che provoca una stenosi ischemica, un ascesso peristomiale, una malattia ricorrente (morbo di Crohn) o un tumore maligno. La separazione mucocutanea e la retrazione, se avvengono precocemente, spesso provocano stenosi stomiale a causa degli effetti della guarigione e della contrattura della ferita secondaria. Mentre la stenosi lieve può spesso essere gestita con una delicata dilatazione seriale, è necessaria una revisione locale con la creazione di una nuova stomia priva di tensioni con stenosi più gravi e quelle associate a malattie infiammatorie intestinali o ischemia.



Fistole e Suppurazione Peristomiale

In medicina, la Fistola è una soluzione di continuo, congenita o acquisita, non tendente a guarigione spontanea, che mette in comunicazione una cavità naturale o patologica con l'esterno o due cavità naturali fra di loro. Nel caso delle stomie la cavità da cui la fistola proviene potrebbe essere un ascesso isolato, e la fistola si definirebbe nel caso peristomiale, oppure il materiale della fistola potrebbe essere lo stesso della stomia e la comunicazione diretta tra la stomia stessa e un'altra zona di cute, o la ferita chirurgica, allora in questo caso la fistola si definirebbe transtomiale.

Le fistole e gli ascessi sono generalmente causati dalla patologia primaria, trauma, suppurazione da uno o più punti di sutura o anche dal mal confezionamento della stomia stessa.

Le fistole complicano la gestione della stomia attraverso una serie di complicazioni: possono favorire la formazione di ascessi, possono evolvere in peritonite, possono causare difficoltà dell'apprecchiare la stomia con il sistema di raccolta, possono

portare ad alterazioni cutanee (legate all'aspetto infettivo e/o di pH degli effluenti) e il loro evolversi produce spesso stenosi e esiti cicatriziali.

Il trattamento di questa complicanza vede innanzitutto la facilitazione del drenaggio delle secrezioni al fine di preservare l'adesività della placca, l'utilizzo di medicazioni avanzate in base alla lesione presente, l'utilizzo di un presidio 2 pezzi e l'utilizzo di accessori.

In alcuni contesti potrebbe essere necessario l'utilizzo della VAC, l'escissione della fistola ma anche il riconfezionamento della stomia.

Prolasso

Il classico prolasso stomale è una fuoriuscita a tutto spessore dell'intestino attraverso uno stoma. Sebbene ciò possa verificarsi con qualsiasi tipo di stomia, è più comune nelle colostomie rispetto alle ileostomie e, in particolare, nelle trasversostomie dove si verifica con un'incidenza dal 7 al 26%, inoltre, in uno stoma a canna di fucile l'ansa efferente è quella più spesso coinvolta nel prolasso.

Il prolasso della stomia è una complicanza tardiva. I fattori di rischio per la formazione del prolasso includono l'età avanzata, l'obesità, la lassità della parete addominale, un'ampia apertura fasciale, l'ostruzione intestinale al momento della creazione dello stoma, l'intestino ridondante o mobile prossimale allo stoma e tutte quelle condizioni che aumentano la pressione intra-addominale come tosse cronica, ascite o costipazione. Alcuni studi presenti in letteratura hanno descritto tecniche alternative per la costruzione di stomia per prevenire il prolasso, ma non ci sono dati di alto livello a supporto di questi approcci. Altri studi, inoltre, non sono riusciti a dimostrare una riduzione dell'incidenza di prolasso con fissazione mesenterica o fasciale al momento della creazione dello stoma.

Nelle forme lievi, il prolasso può causare problemi con il posizionamento del presidio e la qualità della tenuta dello stesso, con conseguenti perdite o stress psicologico. Il prolasso acuto può spesso essere gestito con una leggera riduzione al letto del paziente, o in ambito domiciliare, spesso con l'aiuto di agenti osmotici come lo zucchero da tavola per ridurre l'edema della parete intestinale. Alcuni accessori come le panciere possono aiutare a prevenire il prolasso ricorrente dell'intestino ridotto o in alternativa è possibile perseguire la riparazione chirurgica elettiva. Un prolasso più grave o cronico può essere associato a incarcerazione e strangolamento dell'intestino con conseguenti alterazioni ischemiche che richiedono resezione e

revisione o ricollocazione dello stoma. Fortunatamente, questo è un evento raro. Va sottolineato che, quando appropriato, l'inversione di una stomia temporanea con ripristino della continuità intestinale è l'opzione chirurgica ideale per il prollasso della stomia e la maggior parte delle altre complicanze legate alla stomia.

Ernia Parastomale

L'ernia parastomale è definita come un'ernia incisionale che si sviluppa attraverso il difetto della parete addominale nel sito dello stoma che molti ritengono una conseguenza inevitabile della formazione dello stoma. L'incidenza dell'ernia su stomia clinicamente significativa nella colostomia è riportata fino al 39%, mentre l'incidenza di ernia parastomale asintomatica rilevata incidentalmente con l'imaging della sezione trasversale è quasi dell'80%.



Le colostomie terminali hanno la più alta incidenza di ernia parastomale. Le ernie parastomali sono rare nel primo periodo postoperatorio e, sebbene la maggior parte delle ernie parastomali si manifesti nei primi 2 anni dopo la creazione dello stoma, è stato segnalato che si verificano fino a 10 anni dopo la formazione dello stoma. I fattori di rischio specifici per la formazione di ernia parastomale sono simili a quelli per il prollasso dello stoma e comprendono obesità, lassità della parete addominale o anomalie del collagene, uso di steroidi, infezioni della ferita postoperatoria o sepsi addominale, un'ampia apertura fasciale (>3 cm) e condizioni associate all'aumento della pressione intra-addominale come tosse cronica, ascite o costipazione.

Sebbene le ernie parastomali siano frequentemente asintomatiche, e quando sintomatiche spesso ben tollerate, possono essere associate a sintomi quali dolore addominale, ostruzione intestinale e irritazione cutanea dovuta a difficoltà nell'applicare il presidio di raccolta. Il loro aspetto può essere fonte di stress psicosociale e imbarazzo. Questi sintomi possono avere un impatto negativo significativo sulla qualità della vita dei pazienti. L'ostruzione o lo strangolamento del contenuto dell'ernia parastomale può essere associato alla necessità di un nuovo intervento e ad altre complicazioni pericolose per la vita.

Ci sono numerosi studi che hanno studiato le tecniche che possono essere utilizzate per ridurre l'incidenza della formazione di ernie parastomali. La dimensione preferita dell'apertura dello stoma è stata ampiamente dibattuta. Sebbene non ci siano dati sufficienti per supportare una dimensione ideale, alcuni studiosi hanno riportato che un'apertura > 3 cm è associata a una maggiore incidenza di ernie parastomali radiologicamente evidenti.

È dibattuto se la posizione dello stoma lateralmente al muscolo retto sia associata ad un aumentato rischio di formazione di ernia parastomale. Solo uno studio ha dimostrato in modo convincente un beneficio significativo nel posizionare le stomie attraverso il muscolo retto, mentre molti altri studi non sono riusciti a identificare un'associazione tra l'incidenza della formazione di ernia parastomale e la posizione dello stoma rispetto al muscolo retto. Anche senza prove convincenti, la tecnica di posizionare lo stoma attraverso il muscolo retto è comunque preferita per la sua associazione a una tenuta maggiore del presidio di raccolta esterno.



Nel caso in cui l'ernia parastomale sintomatica richieda una riparazione, l'utilizzo della rete/protesi durante la riparazione è associato a tassi di recidiva inferiori rispetto alla sola riparazione fasciale primaria locale o al solo spostamento dello stoma. Di conseguenza, i chirurghi hanno sperimentato il posizionamento della rete profilattica durante la creazione iniziale dello stoma nel tentativo di ridurre l'incidenza della formazione di ernie parastomali. I risultati di numerosi piccoli studi supportano l'uso del posizionamento profilattico della rete preperitoneale sia per ileostomie che per colostomie nel ridurre l'incidenza dell'ernia parastomale. Nonostante le preoccupazioni sull'utilizzo di una rete permanente in ambienti chirurgici non sempre puliti, complicanze legate alla rete come erosione, infezione e fistolizzazione erano rare. Sfortunatamente, questi studi sono limitati a piccole dimensioni del campione, popolazioni di pazienti eterogenee e follow-up a termine variabile.

BIBLIOGRAFIA

- 1.Arte e scienza dell'assistenza infermieristica in stomaterapia: curare, prendersi cura, educare - a cura di Saracco Carla, edito da AIOSS, 2021, ISBN- 13: 9788894987096
- 2.PIC -Piano Integrato di Cura- del paziente stomizzato, AIOSS, 2018
- 3.Harilingam M, Sebastian J, Twum-Barima C, Boshnaq M, Mangam S, Khushal A, Marzouk D, Tsavellas G. Patient-related factors influence the risk of developing intestinal stoma complications in early post-operative period. ANZ J Surg. 2017;87(10):E116-E120.
- 4.Nybaek H, Bang Knudsen D, Norgaard Laursen T, Karlsmark T, Jemec GB. Skin problems in ostomy patients: a case-control study of risk factors. Acta Derm Venereol. 2009;89(1):64-7.
- 5.Nastro P, Knowles CH, McGrath A, Heyman B, Porrett TR, Lunniss PJ. Complications of intestinal stomas. Br J Surg. 2010;97(12):1885-9
- 6.Hammond KL. Ostomy Hemorrhage: Diagnosis and Current Therapeutic Options. Semin Colon Rectal Surg 2012; 23:17-19.
- 7.Kann BR. Early Stomal Complications. Clin Colon Rectal Surg 2008; 21:23–30.
- 8.Butler DL. Early Postoperative Complications Following Ostomy Surgery. A Review. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2009;36(5):513-19.
- 9.Krishnamurthy DM, Blatnik J, Mutch M. Stoma Complications. Clin Colon Rectal Surg 2017; 30:193–200.
- 10.Kwiat M, Kawata M. Avoidance and Management of Stomal Complications. Clin Colon Rectal Surg 2013; 26:112–21.
- 11.Lindholm E, Persson E, Carlsson E, Hallén AM, Fingren J, Berndtsson I. Ostomy-Related Complications After Emergent Abdominal Surgery. A 2-Year Follow-up Study. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013;40(6):603-10.
- 12.Ndlovu S. The complication of mucocutaneous separation after stoma surgery. Gastrointestinal Nursing 2015; 13(2): 23–30.
- 13.Steinhausen E, Colwell J, Cannon LM. Intestinal Stomas—Postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications. Clin Colon Rectal Surg 2017; 30:184–192.
- 14.Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. (2014). Stoma Complications: Best Practice for Clinicians. Mt. Laurel: NJ. Author.
- 15.Burch J. Prolapse and retraction. 2015; Website: www.colostomyassociation.org.uk .
- 16.Colwell JC, Fichera A. Care of the Obese Patient With an Ostomy. J WOCN 2005; 23(6) : 378-83.
- 17.Kim JT, Kumar RR. Reoperation for Stoma-Related Complications. Clin Colon Rectal Surg 2006;
- 18.Schiergens TS, Hoffmann V, Schobel TN, Englert GH, Kreis ME, Thasler WE et al. Long-term Quality of Life of Patients With Permanent End Ileostomy: Results of a Nationwide Cross- Sectional Survey.
- 19.Ambe PC, Kurz NR, Nitschke C, Odeh SF, Möslein G, Zirngibl H. Intestinal ostomy— classification, indications, ostomy care and complication management. Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 182–7.
- 20.Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. Guideline for Management of the Adult Patient With a Fecal or Urinary Ostomy—An Executive Summary. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2018;45(1):50-8.
- 21.Colwell JC, Ratliff CR, Goldberg M, Baharestani MM, Bliss DZ, Gray M et al. MASD PART 3: peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: a consensus. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2011;38(5):541-53.
- 22.Hanley J. Effective management of peristomal pyoderma gangrenosum. British Journal of Nursing, 2011; 20(7) (Stoma Care Supplement): S12-S17.
- 23.Afifi L, Sanchez IM, Wallace MM, Braswell SF, Ortega-Loayza AG, Shinkai K. Diagnosis and management of peristomal pyoderma gangrenosum: A systematic review. J Am Acad Dermatol. 2018;78(6):1195-1204.

3.16 LE TERAPIE ADIUVANTI E LE LORO POSSIBILI INTERFERENZE CON LE STOMIE URINARIE. RISULTATI ONCOLOGICI E FUNZIONALI



ORESTE RISI - MICHELE MANICA - GIOVANNI LA CROCE

Urologia - Humanitas Gavezzoni, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo

Ad oggi la letteratura e le linee guida internazionali mostrano come la cistectomia radicale sia in grado di aumentare significativamente la sopravvivenza dei pazienti con neoplasia vescicale e di ridurre il tasso di progressione di malattia.

A cinque anni dall'intervento, infatti, più del 50% dei pazienti sottoposti ad intervento non mostra recidiva di malattia locale o a distanza. La sopravvivenza a 10 anni varia in base all'interessamento da malattia dei linfonodi pelvici e si aggira intorno al 40%. Nel dettaglio la sopravvivenza cancro-specifica (legata quindi alla neoplasia vescicale a 5 anni è di circa il 90% nei pazienti con malattia iniziale ma è molto più bassa nei pazienti con linfonodi positivi per localizzazione di malattia.

Da un punto di vista funzionale paziente sottoposti a qualsiasi tipo di derivazione urinaria meritano un follow-up che vada ad individuare complicanze di questo tipo. Infatti, circa il 45% dei pazienti durante i primi cinque anni sviluppano questo tipo di complicanze. Questa percentuale arriva fino al 54% a 15 anni dall'intervento. In centri ad alto volume i risultati a lungo termine sono migliori.

Le problematiche funzionali sono diverse ed includono: deficit di vitamina B12, acidosi metabolica, peggioramento della funzionalità renale, infezioni urinarie, urolitiasi, stenosi dell'anastomosi uretero-intestinale, complicazioni a livello della stomia nei pazienti con condotto ileale come ernie peristomali, infezioni, deiscenze

muco-cutanea o più tardivamente stenosi o prolapsi stomali e problemi di continenza urinaria o al contrario disfunzioni dello svuotamento nei pazienti con neovescica ortotopica.

Circa il 20% dei pazienti sviluppano una stenosi dell'anastomosi uretero-intestinale che può richiedere il posizionamento di stent ureterali monoJ o doppio j o un intervento di reimpianto ureterale.

Le donne sottoposte a confezionamento di neovescica ortotopica sviluppano più spesso una ritenzione urinaria cronica per cui circa 2/3 delle pazienti necessitano di cateterizzare la neovescica e circa il 45% delle pazienti non urinano affatto spontaneamente-

A causa dell'acidosi metabolica cronica e della conseguenziale perdita ossea i pazienti sottoposti a cistectomia hanno

Altro importante aspetto da considerare è la possibile compromissione sessuale sia per gli uomini che per le donne dopo un intervento di cistectomia radicale.

Sia negli uomini che nelle donne la presenza di una stomia influenza la percezione che si ha di stessi e può rappresentare un ostacolo per i rapporti sessuali.

Negli uomini il pene può apparire di dimensioni inferiori rispetto a prima della cistectomia. Potranno essere danneggiati i nervi deputati al controllo dell'erezione con un conseguente deficit erettile. Le più moderne tecniche chirurgiche e la chirurgia mininvasiva permettono un migliore risparmio dei nervi ma spesso è comunque necessaria l'utilizzo di una terapia farmacologica con farmaci per bocca o per iniezione intracavernosa. Possono essere proposti dispositivi come la pompa vacuum che richiama sangue nel pene o addirittura il posizionamento di protesi peniene.

Nelle donne in corso di cistectomia radicale viene asportato l'utero e parte della vagina. Dopo l'intervento ci potranno essere problemi di riduzione del desiderio sessuale, ridotta lubrificazione e dolore durante i rapporti (dispareunia).

REFERENCES

- 1.Campbell Walsh Wein Urology - 12th Edition - Elsevier
- 2.EAU informazioni per i pazienti – malattie tumorali- cistectomia (patients.uroweb.org/it)
- 3.EAU 2022 muscle invasive bladder cancer (uroweb.org)

3.17 LE TERAPIE ADIUVANTI E LE POSSIBILI INTERFERENZE CON LE ENTEROSTOMIE



GIUSEPPE DODI

*Già Professore di Chirurgia Generale Università di Padova
Past President Aistom – Centro Pelvi Padova*

L'interazione tra l'enterostomia e il trattamento con chemio-radioterapia in operazioni combinate con resezione e protezione stomale nei pazienti affetti da carcinoma del retto localmente avanzato, continua ad essere oggetto di studi ed è di grande interesse sia per la gestione della stomia che per la qualità di vita dei pazienti.

Ovviamente le variabili sono numerosissime e quindi gli studi che affrontano questo argomento devono considerare aspetti particolari legati al tipo di stomia e al tipo di chemioterapia. Ma anche a parità di questi parametri, per la valutazione dei risultati e quindi per trarre delle conclusioni che servano a decidere il da farsi nei singoli casi, molto dipende dalla situazione immunitaria del paziente, dalle sue condizioni generali, dal tipo di neoplasia, che in tali casi è comunque localmente avanzato, e dalla concomitanza di numerosi altri fattori quali le comorbidità, le possibili complicanze intervenute o anche solo temute, le terapie concomitanti, ecc.

I pazienti a rischio di recidiva dopo un intervento chirurgico curativo per il cancro del retto di solito ricevono una chemioterapia detta adiuvante (ossia postoperatoria, quando ormai si conosce bene lo stadio della malattia per aver studiato a fondo tutti i reperti istologici). Il recupero postoperatorio dopo resezione anteriore bassa (LAR) per il cancro del retto può essere effettivamente migliorato mediante il posizionamento di una stomia escludente (di deviazione, per ridurre il rischio di deiscenze, ossia rottura, dell'anastomosi con perdite di feci in addome e conseguenti infezioni) e quindi per precludere interventi chirurgici secondari.

Tuttavia in questi pazienti non sempre è chiaro in che modo la stomia possa poi influire sulla somministrazione della chemioterapia adiuvante. Si è visto ad esempio che sono state somministrate più dosi di farmaci antitumorali nel primo periodo postoperatorio (0-2 mesi dopo l'intervento) nei pazienti

senza stomia, mentre un numero maggiore di dosi di chemioterapico venivano somministrate nel gruppo con chiusura tardiva (7-12 mesi dopo l'intervento) rispetto al gruppo con chiusura anticipata (≤ 6 mesi) e senza chiusura della stomia stessa. In questi casi si è concluso che la presenza di una stomia temporanea non influenza il dosaggio di chemioterapia adiuvante somministrata entro 12 mesi dopo l'operazione, ma potrebbe ritardare l'inizio della cura e i pazienti con chiusura tardiva finiscono per ricevere un numero maggiore di dosi nell'arco di 12 mesi.

Anche la chirurgia citoriduttiva con chemioterapia intraperitoneale in ipertermia, nei casi avanzati con un carico elevato di malattia e uno stato funzionale scarso, spesso include la istituzione di una enterostomia. Ci sono studi che valutano le indicazioni, la morbilità e le complicanze più gravi associate alla creazione e alla chiusura della stomia dopo questi trattamenti. La chiusura dello stoma si fa peraltro di rado perché è associata ad una significativamente maggiore morbilità. Pertanto la consulenza preoperatoria per coloro che hanno un elevato carico di malattia e uno stato funzionale scadente dovrebbe sempre preferibilmente includere l'indicazione ad una stomia permanente.

In caso di tumore avanzato con il tratto intestinale ostruito la colostomia può ridurre la pressione e contribuire molto ad ottenere un beneficio significativo dalla chemioradioterapia preoperatoria. Dopodiché l'ileostomia proteggerà l'anastomosi dalle possibili deiscenze specie in caso di anastomosi molto basse eseguite nel tentativo di preservazione dello sfintere.

Per valutare le complicanze correlate alla stomia nei pazienti con cancro del colon-retto sottoposti ad intervento chirurgico con intento curativo che hanno ricevuto chemioterapia adiuvante rispetto a quelli sottoposti a solo intervento chirurgico, sono stati studiati i casi con formazione di diversi tipi di stomia ossia ileostomia terminale, ileostomia ad ansa, colostomia terminale [Oliphant, J Wound Ostomy Continence Nurs. 2015]. Esclusi i pazienti sottoposti a chemioterapia neo-adiuvante (cioè preoperatoria), il 34% dei pazienti costituiva il gruppo chemioterapico e il 66% il gruppo solo chirurgico. Veniva assegnato un punteggio composito della funzione della stomia dopo la valutazione delle complicanze correlate alla stomia stessa. Il punteggio complessivo includeva un giudizio globale sulla qualità della stomia

(retrazione dello stoma, prolasso, stenosi, ernia parastomale, alterazioni cutanee) e della funzione della stomia come veniva riferita dal paziente (perdite, sporcizia, svuotamento notturno, odore). E' risultato che a 3 mesi il punteggio medio della funzione della stomia ileale ad ansa era più scarso nel gruppo chemioterapico rispetto al gruppo solo chirurgico. Non venivano riscontrate differenze quando i punteggi relativi alla funzione della colostomia o dell'ileostomia terminale venivano confrontati a 3 mesi, concludendo così che i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico curativo per cancro del colon-retto con conseguente ileostomia ad ansa e chemioterapia adiuvante hanno complicanze della stomia più elevati a 3 mesi rispetto a quelli sottoposti a intervento chirurgico senza chemioterapia. Questa differenza non è invece stata osservata nei pazienti con colostomie o ileostomie terminali. I pazienti, gli infermieri stomaterapisti e il personale medico devono dunque essere attenti al potenziale aumento delle complicanze correlate all'ileostomia ad ansa con la chemioterapia adiuvante. Il consenso del paziente pienamente informato, unito ad un supporto e a consigli tempestivi può ridurre la morbilità correlata alla stomia e migliorare la qualità della vita di tali pazienti.

Dopo la resezione del tumore, la creazione di un'ileostomia preventiva ad ansa per deviazione è dunque una procedura chirurgica di routine per prevenire perdite anastomotiche e infezioni e per precludere interventi chirurgici secondari. Nonostante i suoi benefici, vediamo però che diversi studi ne evidenziano anche le possibili complicanze che estendono il decorso della malattia compromettendo la fattibilità della chemioterapia adiuvante stessa. Inoltre per l'ileostomia temporanea non è a volte chiaro quale sia il momento migliore per la sua chiusura in relazione alla fattibilità di un trattamento adiuvante, soprattutto considerando gli esiti riportati dai pazienti e i costi del sistema sanitario; vari studi hanno confrontato una strategia di chiusura precoce rispetto a quella tardiva nei pazienti con indicazione alla chemioterapia adiuvante dopo resezione per cancro del retto con risultati non sempre chiari. Insomma, un quadro tutt'altro che univoco dove, in attesa della Rivelazione della neodivinità chiamata Intelligenza Artificiale il povero chirurgo deve arrabattarsi tra scienza, coscienza e consulenza oncologica.

Va infine ricordato il tema dell'assorbimento dei farmaci in generale nei pazienti con ileostomia. L'Association of Stoma Care Nurses UK (2013) ha sottolineato che è compito dell'infermiere per la cura della stomia fornire istruzione a pazienti, assistenti, prescrittori e altri infermieri. Garantire che i pazienti con ileostomia

ricevano i loro farmaci in una forma che possono assorbire è importante per ogni infermiere stomaterapista. La prescrizione per i pazienti con stomia richiede cure affatto speciali: per ogni paziente con ileostomia è necessaria una valutazione del proprio regime terapeutico allo scopo di identificare potenziali problemi di assorbimento. Tuttavia la letteratura pubblicata su questo argomento è molto scarsa.

Come si vede c'è sempre molto lavoro da fare e soprattutto molta attenzione da dedicare ai pazienti.

3.18 ASSISTENZA ALLA PERSONA DIABETICA CON STOMIA INTESTINALE



DANILA MARIA DAVÌ

*Infermiera stomaterapista, esperta in wound care – AOU
Cagliari*

SABRINA CASANO

*Infermiera specialista in wound care e referente Nucleo wound
care e lesioni difficili, ospedale Asti*

In questo articolo vengono descritti gli aspetti assistenziali specifici di una persona diabetica adulta sottoposta a stomia intestinale. Esso è il risultato di tesi della Scuola Nazionale A.I.Stom. per Infermieri in Stomaterapia, anno accademico 2022/23.

L'elaborato, di tipo descrittivo, analizza la dimensione del problema relativa al binomio diabete mellito e stomia, problematica spesso presente ma poco conosciuta. Secondo i dati ISTAT 2020, la prevalenza del diabete diagnosticato in Italia è di circa il 5,9% (5,9% negli uomini, 5,9% nelle donne) pari a oltre 3,5 milioni di persone, con un trend in lento aumento negli ultimi anni. La prevalenza è più alta nel Sud e nelle Isole, con un valore del 6,5%, seguita dal Centro con il 5,7% e dal Nord con il 4,7%.

La Regione Sardegna detiene il triste Primato di incidenza del Diabete di tipo I con oltre 12.000 adulti, più di 1500 under 18 e circa 120 nuovi casi di diabete di tipo I diagnosticati nella fascia di età 0-14. Inoltre, la Sardegna, si posiziona a livello Mondiale seconda solo alla Finlandia; è quindi la maggiore Regione Italiana con la maggiore incidenza del Diabete di tipo I, e tra le maggiori per il Diabete di tipo II (Ministero della salute: Relazione al Parlamento 2021 sul diabete mellito, data pubblicazione: 16 maggio 2022).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la prevalenza del diabete mellito è in costante aumento negli ultimi decenni. Cresce soprattutto il diabete di tipo 2, che rappresenta circa il 90% dei casi, fortemente legato all'eccesso ponderale, a sua volta riferibile a iperalimentazione e a scarsa attività fisica ma anche alla struttura stessa della società.

Le complicanze del diabete possono essere estremamente invalidanti e

compromettere la funzionalità di organi essenziali, tuttavia, se ben controllato e non complicato, è una condizione di vita e non una malattia nel senso comune della parola, seppure con alcuni aspetti “fastidiosi” da considerare (autocontrolli della glicemia, esami di routine, alimentazione, terapia insulinica ecc.), in quanto vivere con il diabete non sempre è così facile.

Anche il paziente diabetico, può andare incontro a patologie intestinali (tumore colon retto, MICI, diverticolite, occlusione intestinale, morbo di Crohn ecc) che portano al confezionamento di una stomia digestiva.

Dall'analisi della letteratura (1 solo studio scientifico) e della documentazione individuata sulle principali banche dati (PDTA, Linee guida nazionali ed internazionali, documenti di posizionamento, articoli riviste, siti di indirizzo) è emerso che:

- Il 10% dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico ha il diabete e questa percentuale è destinata ad aumentare;
- la persona diabetica sottoposta ad intervento chirurgico, soprattutto per quanto riguarda la chirurgia addominale, ha probabilità maggiori di andare incontro a complicanze infettive del sito chirurgico e complicanze legate alla stomia;
- i pazienti ospedalizzati con iperglicemia, indipendentemente da una precedente diagnosi di diabete, raggiungono una percentuale complessiva del 32- 38%, fino all'80% nei pazienti dopo chirurgia cardiaca;
- nei pazienti chirurgici con diabete la durata media della degenza risulta superiore a quella dei pazienti chirurgici non diabetici;
- è riportata nei diabetici una mortalità perioperatoria del 50% superiore rispetto alla popolazione non diabetica;
- il controllo glicemico influenza significativamente il rischio di infezioni postoperatorie (deiscenze ferite chirurgiche, complicanze della stomia);
- l'intervento di un team diabetologico può ridurre la degenza media dei ricoveri di pazienti chirurgici in elezione;
- le problematiche legate alla corretta alimentazione nella persona diabetica con stomia, riguardano principalmente pazienti a cui è stata confezionata un'ileostomia. Un attento controllo medico già nel prericovero e in tutte le fasi del ricovero, è utile al fine di ottenere dei buoni risultati con una glicemia stabile;
- l'ansia e lo stress provocati dalla malattia possono raggiungere livelli così elevati da ostacolare il raggiungimento di buoni valori glicemici e di un'autogestione adeguata;
- si assiste ad una situazione di “malattia nella malattia”, (gestione del diabete e della stomia), dove sono indispensabili piani di cura personalizzati e di educazione al self

care management efficaci.

Tuttavia, occorre sottolineare che il paziente diabetico stomizzato, proprio per le caratteristiche intrinseche della patologia cronica da cui è affetto e il rischio di complicanze a cui va incontro, deve essere a maggior ragione informato e formato sul modo ottimale di gestire la propria stomia e dovrà eseguire più frequentemente i controlli glicemici.

Dovrà essere invitato a rispettare gli appuntamenti con i singoli specialisti: oncologo, diabetologo, nutrizionista e psicologo ove necessario.

Nell'immediato post-operatorio occorre prestare una maggior cura della cute peristomale, più fragile, anche una nuova rieducazione alimentare fino a che la stomia si sia stabilizzata e che vi sia un giusto compromesso tra le esigenze di mantenimento di una glicemia stabile e l'evitare di ostacolare la guarigione e la stabilizzazione della stomia.

Non meno importanti saranno il supporto psicologico e la formazione adeguata del caregiver.

BIBLIOGRAFI

Appunti Corso AiStom Stomaterapia 2022/23

- AIOSS.it – anno 30 – n.04/22 – L'intervento nutrizionale nel paziente con stomia e diabete
- Ministero della salute: Relazione al Parlamento 2021 sul diabete mellito, data pubblicazione: 16 maggio 2022
- La legge 16 marzo 1987, n. 115: Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito
- Documento della regione Emilia-Romagna "Il percorso assistenziale del paziente diabetico in Ospedale: gestione intraospedaliera e dimissione protetta"
- Linee di Indirizzo Della Regione Toscana: "Percorso di Cura e Riabilitazione alla Persona con Enterostomia e Urostomia" Integrazioni 2020, Allegato A
- Linee di indirizzo regionali per la gestione dei pazienti adulti con colonstomie, ileostomie e urostomie, anno 2017
- Linee guida RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario). Supporting adults who anticipate or live with an ostomy. 2nd ed. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2019
- NHS Diabetes - Management of adults with diabetes undergoing surgery and elective procedures: improving standards, NHS aprile 2011
- Cook CB, Kongable GL, Potter DJ et al, Inpatient glucose control: a glycemic survey of 126 U.S. hospitals - Journal of Hospital Medicine, 2009.
- Schmeltz LR, DeSantis AJ, Thiagarajan V et al, Reduction of surgical mortality and morbidity in diabetic patients undergoing cardiac surgery with a combined intravenous and subcutaneous insulin glucose management strategy - Diabetes Care, 2007
- Moghissi ES, Korytkowski MT, di Nardo M et al, American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association Consensus Statement on Inpatient Glycemic Control, Diabetes Care, 2009.
- Frisch A, Chandra P, Smiley D et al, Prevalence and clinical outcome of hyperglycemia in the perioperative period in noncardiac surgery - Diabetes Care, 2010.

- Flanagan D, Ellis J, Baggott A, Grimschl K and English P, Care Delivery Diabetes management of elective hospital admissions - Diabetic Medicine, 2010.

SITOGRAFIA

- WWW. ISTAT.it
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA', l'Epicentro, l'epidemiologia per la sanità pubblica
- www.siditalia.it -Conoscere il Diabete: Definizioni
- www.diabete.com
- <https://www.airc.it> – Diabete e Cancro un rapporto stretto
- <https://www.fondazioneveronesi.it> -Depressione effetto collaterale diffuso nei diabetici

4. LA GESTIONE DELLE STOMIE

4.1 DAL PROFILO CORPOREO PERISTOMALE ALLA CORRETTA SCELTA DEL DISPOSITIVO DI RACCOLTA



NICOLA SANNICANDRO
Chirurgia Generale e Urologia OO.RR. Foggia

Introduzione

Il primo oggetto che il bambino percepisce è il proprio corpo ed è il mezzo dell'azione, della conoscenza e della relazione. La costruzione dello schema corporeo, ossia l'organizzazione delle sensazioni relative al proprio corpo, esercita una funzione fondamentale per lo sviluppo e la maturazione nervosa.

Lo schema corporeo, quindi, è la rappresentazione mentale del nostro corpo. Nell'ambito psicomotorio, lo schema corporeo viene definito come l'organizzazione delle sensazioni relative al proprio corpo. La conoscenza delle varie parti del corpo, e della loro percezione, determina il controllo di sé. La sua rappresentazione ha un ruolo fondamentale fra l'Io e il mondo esterno. Quindi, la percezione, conoscenza e rappresentazione determinano la costruzione dello schema corporeo, cioè la persona.

L'individuo si forma un concetto di sé in base all'immagine che gli altri si fanno di lui. Ciò dipende dal ruolo o, meglio, dalla posizione che l'individuo assume e che l'ambiente circostante gli attribuisce.

La maggior parte delle persone limita l'idea di immagine corporea all'apparenza fisica, alla bellezza e all'essere attraenti. In realtà è la rappresentazione mentale di noi stessi, come vediamo noi stessi, come il nostro corpo appare ai nostri occhi interni.

la perdita di una parte del corpo porta sempre ad uno stato depressivo con tutte

le sue preoccupazioni. La stomia altera lo schema corporeo, e quindi l'immagine corporea. Lo stomizzato sente che il proprio corpo non è più intero, questo lo porta a pensare di essere diventato una persona "debole" la stomia viene vissuta come una ferita o come un corpo estraneo. In quanto corpo estraneo, non-parte-di-sé, la psiche tende a rifiutarlo. E spesso rifiuta non solo la stomia, ma proprio tutta un'intera parte del corpo, non riconoscendola come propria.

Il profilo corporeo peristomale

Perché parlare quindi di profili corporei peristomali? E cosa sono i profili peristomali? Nel 2010 un'azienda di settore ha condotto una ricerca di mercato che lo dimostra, 6 anni dopo la dimissione, che il 74% delle persone con una stomia ha riferito almeno un episodio mensile di infiltrazioni al di sotto del dispositivo. Quindi, problemi di infiltrazioni nelle persone utilizzatrici di prodotti per stomia erano ancora irrisolti. Come mai? Forse perché era difficile trovare i giusti prodotti per stomia che si adattassero in modo ottimale ad organismi diversi con esigenze diverse. Era necessario un linguaggio comune, ed in collaborazione con gli Stomaterapisti del COF (Coloplast Ostomy Forum) è "nata" la terminologia di "profilo corporeo peristomale".

Seguendo le definizioni della terminologia stabilita, il profilo corporeo peristomale può essere descritto come:

- Regolare
- Rientrante
- Sporgente

A partire dal 2010, sono stati condotti 2 importanti studi, Ostomy Life Studies, uno nel 2014 e il più recente nel 2016 che ha coinvolto più di 4000 persone portatrici di stomia. Quest'ultimo studio approfondisce l'argomento su ciò che caratterizza individui con diversi profili corporei peristomali, sia in termini di complicanze che di scelta dei dispositivi di raccolta.

Dai risultati, sembra chiaro che le persone con un profilo corporeo peristomale "complesso", cioè quelli classificati rientranti o sporgenti, mostrano diverse analogie nella gestione. Risulta chiaro che un approccio standardizzato per tutte le persone non è certo sufficiente né percorribile.

Tra i principali risultati dello studio, relativamente ai diversi profili addominali peristomali, è emerso che:

- Per le persone con profilo addominale sporgente o rientrante vi è una percentuale più alta di infiltrazione “giornaliera o settimanale” e le persone sono preoccupate circa un rischio di infiltrazioni ad un livello elevato o molto elevato
- Per le persone con un profilo addominale regolare e sporgente i vengono utilizzati principalmente placche piane, mentre quando si incontra un profilo addominale rientrante si utilizzano prevalentemente placche convesse
- Le infiltrazioni e la preoccupazione da esse causate portano ad una minore attività fisica che talvolta possono essere associate con problemi di peso corporeo
- Profili corporei peristomali, sia rientranti che sporgenti, sono molto rappresentati tra gli obesi persone in sovrappeso persone, fattore che può aumentare la difficoltà nella corretta scelta del dispositivo di raccolta.

La valutazione olistica

La determinazione del profilo corporeo peristomale unitamente ad una valutazione completa circa le esigenze del paziente, e della stomia, in ogni fase dei periodi postoperatori: periodo postoperatorio immediato (giorni 0-8), periodo postoperatorio (giorni 9-30) e fase di transizione (giorno 31-6 mesi) e dovrebbe includere:

- Tipo di stomia
- Caratteristiche della stomia
- Effluente dello stoma: tipo e volume
- Profilo del corpo peristomale del paziente
- Topografia dell'area intorno allo stoma valutata in posizione seduta, in piedi e supina (potrebbe essere necessario prendere in considerazione la possibilità di sdraiarsi sulla schiena e di lato)
- Condizione della cute peristomale
- La capacità del paziente di autogestire il dispositivo di raccolta
- Livelli di attività fisica del paziente

La corretta scelta del dispositivo di raccolta

Partendo da queste considerazioni e dalle numerose variabili da prendere in considerazione, risulta evidente che la scelta del dispositivo di raccolta più adeguato

è fondamentale per ridurre il rischio di insorgenza delle complicanze, come anche per gestirle, facendo sì che la persona portatrice di stomia possa riacquistare l'autonomia, la sicurezza e la serenità psicologica che lo possano far ritornare alla vita sociale di tutti i giorni. Pertanto, è essenziale che gli stomaterapisti attuino tutte le metodiche, la conoscenza e gli strumenti, atti ad individuare il dispositivo di raccolta ottimale, sin dall'immediata fase post-operatoria. Per molti anni ci si è posti domande sull'utilizzo del convesso, nel periodo postoperatorio. Un gruppo di stomaterapisti e chirurghi che esercitano negli Stati Uniti, con esperienza e competenza nella cura della stomia, hanno raggiunto un consenso sul fatto che la convessità può essere utilizzata in qualsiasi momento.

Conclusioni

In questo scenario possiamo affermare che non c'è alcun dubbio circa i benefici che i dispositivi convessi e concavi hanno apportato nella gestione delle stomie problematiche. Rispetto al passato questi dispositivi sono molto presenti nella dotazione degli ospedali e degli ambulatori dedicati; tuttavia, sarà la presenza di una gamma completa e la scelta del giusto dispositivo che potrà permettere all'operatore sanitario di poter scegliere quello più indicato e favorire una migliore QoL alle persone portatrici di stomia riducendo la possibilità che si sviluppino precocemente delle alterazioni della cute peristomale.

BIBLIOGRAFIA

- 1.Coloplast Ostomy Life Study, 2016, Data on file; Claessens et al., 2015, GIN
- 2.Voegeli D, Karlsmark T, Eddes EH, Hansen HD, Zeeberg R, Håkan-Bloch J, et al. Factors influencing the incidence of peristomal skin complications: evidence from a multinational survey on living with a stoma. *Gastrointestinal Nursing*. 2020 May 1;18(Sup4): S31–8.
- 3.Janice C. Colwell, Kimberly A. Bain, Anne Steen Hansen, Werner Droste, Grethe Vendelbo, Sarah James-Reid. Development of Practice Guidelines for Assessment of Peristomal Body and Stoma Profiles, Patient Engagement, and Patient Follow-up. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2019;46(6):497-504
- 4.Goldberg MT, eds. *Wound Ostomy and Continence Nurses Society Core Curriculum: Ostomy Management*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2016: 120 - 130.
- 5.Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2008; 35 (5): 493 - 503.
- 6.Persson E, Gustavsson B, Hellstrom A, Lappas G, Hulten L. Ostomy patient's perception of quality of care. *J Adv Nurs* . 2005; 32 (1): 33 - 37.
- 7.Richbourg L, Thorpe JM, Rapp CG. Difficulties experienced by the ostomates after hospital discharge. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2007; 34 (1): 70 - 79.
- 8.Salvadarena G. The incidence of stoma and peristomal complications during the first 3 months after ostomy creation. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013; 40 (4): 400 - 406.
- 9.Taneja C, Netsch D, Rolstad BS, Inglese G, Eaves D, Oster G. Risk and Economic Burden of Peristomal Skin Complications Following Ostomy Surgery. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2019 Mar;46(2):143–9.
- 10.Bosio G, Russo M. Stomie intestinali: gestione del paziente. *Quesiti Clinico-Assistenziali*. 2017 Feb;8(1).

4.2 LA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI STOMA, VALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ E DELLA QUALITÀ DI VITA, IL TRATTAMENTO INTERDISCIPLINARE



EDOARDO GIORATO

Ambulatorio Stomizzati Azienda Ospedale-Università Padova

Il confezionamento di una stomia è considerato una procedura chirurgica salvavita, tuttavia, dal punto di vista della persona stomizzata, tale evento può rappresentare un drammatico cambiamento della sua vita. Oltre a costituire un'esperienza di malattia, implica la convivenza con un nuovo dispositivo, che lo coinvolgerà in maniera determinante e lo obbligherà a riorganizzare la propria vita, assicurando il senso di controllo su di essa. Sarà un nuovo modo di gestire la propria salute.

I problemi legati alla presenza di uno stoma sono di tipo fisico, psichico e sociale. La persona stomizzata si trova a dover affrontare un profondo cambiamento della propria immagine corporea e della propria sessualità; deve modificare alcuni comportamenti quali: l'eliminazione, l'alimentazione, lo stile dell'abbigliamento, il modo di viaggiare e di fare dello sport. Talvolta si determinano ripercussioni sul lavoro o sulla ricerca di un lavoro. La perdita del controllo degli sfinteri può indebolire l'autostima e suscitare sensazioni di disagio, imbarazzo, umiliazione e far regredire fino alla dipendenza.

Il danno all'immagine corporea, al concetto di sé, è tale che la maggior parte delle persone sperimenta debolezza, fragilità, mancanza di capacità attrattiva e sensazione di avere un segno, un marchio, uno stigma. Tutto ciò suscita sentimenti di alienazione dal proprio corpo, si ha meno rispetto per se stessi e si è meno fiduciosi; nei casi estremi si può arrivare al completo isolamento sociale.

Un fattore particolarmente importante sembra essere l'età in quanto i problemi psico-sociali determinati dalla presenza dello stoma sono amplificati dal processo di invecchiamento che comporta decadenza della personalità ed una perdita progressiva delle funzioni psichiche di adattamento alle mutate condizioni fisiche ed ambientali. Dopo un evento stressante come il confezionamento di uno stoma subentra una

fase di adattamento mentale che può protrarsi nel tempo: le strategie personali, variabili da individuo ad individuo, per contrastare questa situazione e fronteggiarla, possono essere le più diverse, più o meno efficaci. Non è ancora chiaro perché alcune persone si adattino meglio di altre ai cambiamenti; comunque è dimostrato che con il passare del tempo, dopo l'intervento chirurgico, la persona stomizzata presenta una miglior convivenza con la nuova conformazione addominale e quindi anche una miglior gestione comportamentale. È proprio nella fase della riabilitazione che il personale sanitario può avere un ruolo fondamentale.

Paul Schilder nel lontano 1935 introdusse il concetto astratto di immagine corporea e lo definì come "l'immagine che ci formiamo nella mente del nostro corpo, cioè il modo in cui il nostro corpo ci appare". È la rappresentazione mentale di noi stessi e costituisce una parte importante della vita di tutti i giorni.

Price nel 1990 individuò tre fattori che interagiscono tra loro e determinano questo costrutto: la realtà del corpo (il modo in cui lo percepiamo), la rappresentazione del corpo (il modo in cui lo controlliamo e lo presentiamo al resto del mondo) e il corpo ideale (l'immagine che abbiamo del corpo ideale e che usiamo come criterio interiore per mettere a confronto e giudicare il corpo reale e la sua rappresentazione). Il corpo ideale inizia a prendere forma molto precocemente ed è profondamente influenzato dalla famiglia e dalla società. La società occidentale ha sviluppato un ideale corporeo basato sulla giovinezza, salute e movimento.

L'immagine corporea è influenzata e rafforzata dai fattori ambientali, dai comportamenti sociali, dalle attitudini e dall'educazione ricevuta. Si tratta infatti di un concetto dinamico che cambia costantemente a seconda delle esperienze di vita, il sistema di valori, le credenze, emozioni e dal modo in cui sentiamo se siamo accettati o respinti dagli altri. Queste sensazioni possono portare alla riduzione dell'autostima, alla depressione o ad alterazioni psicologiche.

L'ansia e l'imbarazzo provocati dalla paura di perdere dal presidio o dal rigonfiamento della sacca, in caso di uscita di gas, o la presenza di cattivi odori possono portare a cambiamenti nello stile di vita inclusa la perdita di spontaneità nei rapporti con la famiglia, gli amici e nell'ambiente di lavoro. Nei casi estremi si arriva al completo isolamento sociale se l'individuo si sente insicuro e perde la fiducia in se stesso.

La sessualità è strettamente connessa con l'immagine corporea e molte persone sono convinte di essere meno attraenti con uno stoma. La presenza di una derivazione fecale o urinaria altera la vita sessuale rendendo più problematici i rapporti con il partner o iniziare nuovi legami sentimentali.

Qualsiasi cambiamento che interviene nella vita di una persona richiede una fase di

adattamento mentale. L'efficacia del coping (sforzo cognitivo e comportamentale sempre nuovo per gestire specifiche richieste esterne e/o interne che mettono a dura prova le risorse della persona – Lazarus, 1985) è influenzata da diversi fattori (numero, durata e intensità dello stress, esperienze precedenti, sistema di supporto e personalità dell'individuo) ed è tanto più efficace se si mantiene il concetto di sé, se si hanno dei rapporti soddisfacenti con gli altri, se si conserva un buon equilibrio emozionale.

Nelle persone stomizzate vengono a essere modificati tutti questi fattori che richiedono quindi, da parte dell'interessato, una grande forza di volontà.

Ecco che entra in gioco la multidisciplinarietà del personale sanitario che si occupa di assistenza al paziente stomizzato. Infatti, il personale infermieristico, il medico, lo stomaterapista, la dietista, lo psicologo e tutte le figure sanitarie che intervengono per “curare” la persona stomizzata possono avere una grande influenza sul processo di coping e possono promuoverlo:

1. educando il paziente allo stomacare (migliorare l'abilità nel self-care migliora la qualità di vita e incoraggia la maturazione e la costanza nello sforzo) rendendolo consapevole, responsabile e abile nella gestione e nella cura della stomia affinché lui stesso si responsabilizzi e abbia un ruolo attivo;
2. offrendo un supporto psicologico che aiuti ad accettare i cambiamenti permanenti dell'immagine corporea;
3. favorendo il supporto sociale;
4. coinvolgendo la famiglia o il partner nell'educazione allo stomacare (si favorisce l'accettazione di questa nuova realtà al paziente);
5. iniziando l'educazione infermieristica già nel periodo preoperatorio (si inizia con la spiegazione della necessità dello stoma, si anticipano cose che riguardano la vita sessuale e i cambiamenti fisici);
6. continuando l'educazione infermieristica nel periodo post-operatorio (è importante motivare il paziente a partecipare attivamente alla gestione dello stoma); l'enterostomista dovrebbe essere pronto a cogliere le reazioni del paziente verso lo stoma e mantenere un atteggiamento positivo mentre si prende cura di questo nuovo organo per favorire l'accettazione e aumentare l'autostima e non vanificare gli sforzi che il paziente compie per adattarsi alla nuova situazione;
7. favorendo la continenza attraverso la dieta o l'irrigazione del colon (in casi selezionati);
8. aggiornandosi sui presidi disponibili in commercio in modo da ridurre o eliminare alcuni problemi di cui il paziente si può lamentare (scarsa adesività del presidio alla

cute, perdita di gas, cattivi odori, eccessivo ingombro);

9. rendendo più semplice possibile l'acquisizione dei presidi stomali (in questo sono facilitati dalla legislazione nazionale e regionale corrente);

10. dimostrando di essere sempre disponibili in caso di necessità e di eventuali complicanze che mettono a dura prova l'adattamento e la qualità della vita della persona stomizzata.

La interconnessione tra le varie discipline è fondamentale per il conseguimento degli obiettivi che mirano a migliorare la salute della persona stomizzata. Gli specialisti in argomento sono dunque chiamati a "fare squadra". Non c'è dubbio che la loro collaborazione permetterà di ottenere le soluzioni più proprie e idonee ai problemi dei pazienti. Pertanto, i contributi dei singoli, opportunamente amalgamati, sortiranno proficui risultati clinici.

Resta infine da considerare il beneficio psicologico che ne deriva al medesimo paziente, che può contare su un gruppo di specialisti che si occupano della cura della persona nella sua totalità. Così procedendo i risultati saranno sicuramente fecondi, gratificanti e "multifunzionali".

Ideale sarebbe la designazione di un coordinatore delle attività interdisciplinari. Tale figura di riferimento esplicherebbe funzioni propositive e attuative a beneficio dello stomizzato.

Da quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito, nel 1946, la salute non solo come assenza di malattia o infermità ma anche uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, non è più stato sufficiente definire il risultato di una terapia in termini di sopravvivenza, tasso di complicanze o intervallo libero da malattia.

La misurazione della qualità di vita permette di valutare l'impatto di una malattia cronica e l'efficacia dei trattamenti proposti sul benessere del paziente soprattutto se comportano la presenza di sequele invalidanti. Può essere un parametro da prendere in considerazione per decidere ad esempio tra ospedalizzazione o trattamento domiciliare, la necessità di un supporto psicologico, la valutazione di un trattamento farmacologico e quali trattamenti proporre al paziente.

La qualità di vita può essere utile come misura dello stato di salute del paziente. Nel campo medico si parla di "qualità di vita in relazione alla salute": si tratta di un concetto astratto ma che descrive un fenomeno dinamico e altamente soggettivo che viene influenzato da valori, credenze ed esperienze personali. Molti autori hanno cercato di darne una definizione ma certamente la più completa e la più usata è quella data dalla OMS nel 1996 e che la definisce "la percezione individuale della

propria posizione nella vita nel contesto culturale e sistema di valori in cui si vive e in relazione alle proprie aspettative, obiettivi, standard e interessi”.

Il giudizio sulla propria qualità di vita non può essere che personale ed è influenzato da un'ampia varietà di situazioni che influiscono sulla salute fisica, sullo stato psicologico, sul livello di indipendenza, sulle relazioni sociali e sulle caratteristiche ambientali.

La malattia contribuisce a creare una situazione per cui le persone tendono a modificare le loro aspettative a seconda della salute e stato funzionale. Questo riaggiustamento serve a mantenere la qualità di vita percepita a livelli accettabili. Quindi è un processo adattativo sempre in divenire.

L'adattamento quindi alla nuova condizione di vita richiede competenze e abilità che permettano alla persona stomizzata di essere attiva nella gestione della propria salute: l'autocura come priorità nel fronteggiare il controllo della nuova conformazione fisica per poter anche ridurre le complicanze. Numerosi studi evidenziano che il self-care (autocura) è il modo migliore per poter convivere con condizioni croniche riducendo ospedalizzazioni e complicanze in generale. Rappresenta quindi un fattore positivo che può migliorare i risultati di salute.

I cambiamenti dopo il confezionamento della stomia non riguardano solo il soggetto interessato all'intervento chirurgico ma anche spesso la vita familiare e sociale di questa persona. I familiari e gli amici, infatti, giocano un ruolo importantissimo nell'agire positivamente nell'adattamento della persona stomizzata allo stoma. Non devono però sostituire la persona stomizzata negli adempimenti. Hanno il compito di essere di stimolo e di ausilio nello svolgere compiti di autogestione, nel prendere decisioni e nel far fronte a situazioni di stress.

BIBLIOGRAFIA

1. Autori vari. Arte e scienza dell'assistenza infermieristica in stomaterapia: curare, prendersi cura, educare. Saracco C, curatore. 2021.
2. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol.* 1982;37(2):122-47. Scarpa M, Barollo M, Polese L, Keighley MRB. Quality of life in patients with a ileostomy. *Minerva Chir* 2004; 59: 23-29.
3. Canova C, Giorato E, Roveron G, Turrini P, Zanotti R. Validation of a stoma-specific quality of life questionnaire in a sample of patients with colostomy or ileostomy. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel.* novembre 2013;15(11):e 692-698.
4. Carpenito IJ. *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica.* Milano: Sorbona, 1996;
5. Claessens I, Probert R, Tielemans C, Steen A, Nilsson C, Andersen BD, et al. The Ostomy Life Study: the everyday challenges faced by people living with a stoma in a snapshot. *Gastrointest Nurs.* 2 giugno 2015;13(5):18-25.
6. Hu A, Pan Y, Zhang M, Zhang J, Zheng M, Huang M, et al. Factors Influencing Adjustment to a Colostomy in Chinese Patients: A Cross-sectional Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* Ottobre 2014;41(5):455-9.
7. Giordano V, Nicolotti M, Corvese F, Vellone E, Alvaro R, Villa G. Describing self-care and its associated variables in ostomy patients. *J Adv Nurs.* Novembre 2020;76(11):2982-92.

8. Infermieristica C di E per la R. Self-care nel paziente stomizzato [Internet]. Centro di Eccellenza per la Ricerca Infermieristica. [citato 18 agosto 2021]. Disponibile su: <https://centrodiexcellenza.eu/ricerca/progetti/self-care-nel-paziente-stomizzato/>
9. Licciardello A, Bonetti L, Cappellini S. Vissute e percezioni delle persone portatrici di colostomia da lungo tempo: uno studio fenomenologico. *Recenti Prog Med*. 1 marzo 2020;111(3):149–53.
10. Recalla S, English K, Nazarali R, Mayo S, Miller D, Gray M. Ostomy Care and Management: A Systematic Review. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. ottobre 2013;40(5):489–500.
11. Villa G, Mannarini M, Giovanna GD, Marzo E, Manara DF, Vellone E. A literature review about self-care on ostomy patients and their caregivers. *Int J Urol Nurs*. 2019;13(2):75–80.
12. Villa G, Vellone E, Sciara S, Stievano A, Proietti MG, Manara DF, et al. Two new tools for self-care in ostomy patients and their informal caregivers: Psychosocial, clinical, and operative aspects. *Int J Urol Nurs*. 2019;13(1):23–30.
13. Villa G, Manara DF, Brancato T, Rocco G, Stievano A, Vellone E, et al. Life with a urostomy: A phenomenological study. *Appl Nurs Res*. febbraio 2018;39:46–52.
14. Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden MEM, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res*. 2016;25:125–33.
15. Zhang Y, Xian H, Yang Y, Zhang X, Wang X. Relationship between psychosocial adaptation and health-related quality of life of patients with stoma: A descriptive, cross-sectional study. *J Clin Nurs*. agosto 2019;28(15–16):2880–8.

4.3 L'IRRIGAZIONE, METODI DI CONTINENZA



EDOARDO GIORATO

Ambulatorio Stomizzati Azienda Ospedale-Università Padova

L'irrigazione della colostomia è un'alternativa efficace per ottenere la continenza della colostomia e risulta una pratica foriera di risultati positivi sulla Qualità di vita (QOL) in quanto riduce le complicanze.

Riattivare il controllo dell'evacuazione intestinale, grazie all'irrigazione, influisce positivamente sul morale, fa diminuire l'ansia e riduce l'alterazione dell'immagine corporea. Per ottenere buoni risultati sono necessarie corretta informazione, buona volontà e adeguate capacità di autogestione.

L'irrigazione intestinale transtomale è una tecnica che ha come obiettivo principale il recupero della continenza, in quanto regola le evacuazioni. Viene anche definita continenza passiva e viene considerata una vera e propria procedura di riabilitazione alla continenza in un "impianto", la stomia, che non è munito di sfinteri in grado di regolare a piacimento la fuoriuscita delle feci.

L'irrigazione, consigliata a pazienti con colostomia sinistra, consiste nell'introduzione attraverso lo stoma di 800-1000cc di acqua tiepida potabile (36°-37° C) o eventualmente particolari soluzioni saline. L'inserimento dell'acqua nel colon stimola la peristalsi, favorisce lo svuotamento intestinale basandosi su un'azione meccanica, che provoca evacuazione abbondante ed immediata; aiuta quindi a controllare l'evacuazione, riduce la necessità di indossare dei presidi stomali, dà un senso di sicurezza e di comfort (perché evita le perdite causate dal distacco dell'ausilio e riduce la flatulenza). Migliora pertanto la condizione psicologica e abbassa le complicanze legate ad eventuali dermatiti da contatto. Se eseguita di routine questa tecnica garantisce la libertà da feci tra un intervallo di irrigazione e l'altro, fornendo ai pazienti il raggiungimento di un certo grado di continenza. Deve essere eseguita in maniera regolare e sistematica.

La persona colostomizzata che pratica l'irrigazione deve essere resa edotta del fatto che la pratica è molto vantaggiosa, per le motivazioni appena descritte, ma che essa comporta dei tempi di esecuzione variabili tra i 40-50 minuti, e che bisogna essere

particolarmente puntuali, rispettando gli orari di espletamento. Sarà opportuno avere la disponibilità di un bagno per circa un'ora, che è il tempo mediamente necessario all'espletamento dell'intera procedura, prevedendo che talvolta lo stile di vita precedente possa risultare modificato.

I soggetti più idonei ad adottare la pratica dell'irrigazione sono quelli con stomia confezionata a livello del colon discendente e del sigma perché questo tratto di colon può immagazzinare feci fino a 24-48 ore.

Non è invece suggerita alle persone che soffrono di intestino irritabile, di diverticolite (per il rischio di perforazione), di malattia di Crohn (per il rischio di formazione di fistole), di ernia parastomale (per il rischio di difficoltà nella introduzione e fuoriuscita dei fluidi), di enterite attinica o che non posseggano le abilità manuali necessarie. Per le persone anziane cardiopatiche o che soffrono di insufficienza renale l'uso della irrigazione può comportare il rischio di sovraccarico di liquidi dovuto all'assorbimento da parte del colon. È quindi necessario che il medico, che conosce la situazione clinica della persona colostomizzata, dia l'assenso all'esecuzione di questa forma di riabilitazione intestinale. L'educazione all'esecuzione della tecnica irrigativa va rivolta quindi da personale esperto alle persone che non abbiano controindicazioni e che acconsentano a praticarla.

L'apprendimento della tecnica in tempi sufficientemente rapidi dopo il confezionamento dello stoma comporta una riduzione dello stress psicologico e una maggiore accettazione della propria derivazione intestinale. La data di inizio di questa tecnica può dunque variare, ma verosimilmente sarà possibile effettuarla dopo circa un mese dal confezionamento chirurgico dello stoma, quando cioè la stomia si sarà ben consolidata e lo stomizzato avrà raggiunto una migliore efficienza fisica, purtroppo sempre compromessa dopo un intervento chirurgico. A quel tempo si suppone che sarà anche stato raggiunto un livello psicologico di accettazione che permetta di apprezzare scopi e vantaggi di questa procedura.

Inoltre, la pratica deve essere attuata dopo la risoluzione di eventuali complicanze post-operatorie (edema della mucosa, distacco mucocutaneo, ecc.) e dopo la regolarizzazione dell'alvo e della consistenza delle feci (normoformate).

L'irrigazione risulta oggi pressoché sicura (la perforazione è un evento raro) perché c'è stato nel tempo un miglioramento della conformazione degli ausili e dei materiali utilizzati (uso di coni corti e morbidi). Si è inoltre incrementata la possibilità di controllare la quantità e la velocità di entrata dei liquidi.

Non è esclusa la comparsa di altre complicanze connesse all'irrigazione, che possono essere un leggero sanguinamento, incompleta fuoriuscita dell'acqua o crampi: questi

ultimi si possono prevenire utilizzando dell'acqua tiepida e introducendola nel condotto più lentamente.

La quantità e la tipologia di liquidi con cui irrigare il colon è oggetto di discussione scientifica.

Per quanto riguarda la frequenza con cui praticare questa tecnica e il momento in cui eseguirla ci sono opinioni diverse; la maggior parte delle persone colostomizzate che la praticano la eseguono ogni due giorni. A volte, a seguito di una peristalsi più lenta, condizione naturalmente molto soggettiva, si può arrivare ad eseguirla anche ogni tre giorni. Ci sono situazioni in cui, al contrario, la peristalsi è molto attiva, per cui la tecnica si esegue quotidianamente. L'impegno di tempo limitato è uno dei vantaggi più evidenti di questa procedura.

Di solito la persona che la pratica esegue la manovra al mattino, ma può essere appropriato qualsiasi momento della giornata, l'importante è che vengano rispettati i tempi di esecuzione. L'intestino va educato a svuotarsi regolarmente con l'irrigazione, fornendogli ritmi precisi. È provato che nella maggior parte delle persone che praticano l'irrigazione nell'intervallo tra l'una e l'altra non vi è produzione di feci.

L'approccio educativo comprende tre sessioni: nella prima fase si fanno conoscere al paziente gli ausili necessari e la procedura di utilizzo, nella fase successiva il paziente ripete la procedura suggerita con la supervisione del personale sanitario, nella terza e ultima fase esegue l'irrigazione in modo autonomo, ma sotto controllo anche per percepire eventuali suggerimenti operativi.

La procedura di esecuzione della tecnica di irrigazione abbisogna di materiale specifico, prescrivibile, quale:

- una sacca graduata munita di un deflussore in grado di regolare il flusso e visualizzare la velocità di entrata del liquido nel colon; alcune sacche sono provviste di termometro perché la temperatura del liquido medesimo deve essere tiepida, costantemente tra i 36°-37° C;
- un cono atraumatico opportunamente lubrificato, da inserire all'interno dello stoma, a sua volta collegato al deflussore della sacca graduata di irrigazione;
- una sacca di scarico specifica che può essere convogliata direttamente al water.

Per praticare l'irrigazione bisogna:

- assumere una postura seduta o semiseduta, alcune persone scelgono invece posizione eretta; la sacca deve essere a una distanza di circa 50 cm verticalmente, in alto rispetto allo stoma;
- introdurre in maniera delicata il cono, opportunamente lubrificato, all'interno

della colostomia nella direzione che si è individuata esplorando l'ansa stomale introducendo un dito lubrificato; questa esplorazione permette anche di accertarsi sulla presenza di eventuali fecalomi che potrebbero impedire il passaggio del liquido all'interno dell'intestino;

- dare inizio al passaggio del fluido, regolato dal deflussore, in maniera graduale. Una introduzione lenta permette di non sovradistendere l'addome con conseguenti crampi. Il tempo stimato per introdurre 800cc-1000cc di acqua deve essere di circa 5/10 minuti;
- sospendere la procedura per eventualmente riprenderla in un secondo momento se provoca dolore, sudorazione o qualsiasi altra forma di complicanza;
- favorire la fase di evacuazione, dopo l'inserimento del liquido, con iniziale fuoriuscita liquida poi seguita da feci; di norma il tempo di svuotamento avviene in circa 35-40 minuti;
- utilizzare delle sacche più piccole, una volta completata la procedura, rispetto a quelle che si usano quando non si adotta la tecnica dell'irrigazione.

In ultima analisi si può concludere che l'approccio al trattamento dell'irrigazione può essere problematico, ma in seguito i vantaggi che ne derivano sono tali da superare di gran lunga perplessità e timori iniziali. L'assuefazione a questa metodologia comporterà il raggiungimento di significativi vantaggi, inizialmente impensabili. I beneficiari di questa pratica non potranno alla lunga che essere soddisfatti dei risultati conseguiti.

BIBLIOGRAFIA

1. Autori vari. Arte e scienza dell'assistenza infermieristica in stomaterapia: curare, prendersi cura, educare. Saracco C, 1. Autori vari. Arte e scienza dell'assistenza infermieristica in stomaterapia: curare, prendersi cura, educare. Saracco C, curatore. 2021.
2. Boutry E, et al. Quality of life in colostomy patients practicing colonic irrigation: An observational study. Burch, J. Constipation and flatulence management for stoma patients. British Journal of Community Nursing 2007; 12(10):449-52.
3. Christensen P, N. Olsen†, K. Krogh and S. Laurberg. Scintigraphic assessment of colostomy irrigation. Colorectal Disease 2002; 4: 326–31.
4. Journal of Visceral Surgery 2020. Doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2020.07.003.
5. Karadağ A, Menteş BB, Ayaz S. Colostomy irrigation: results of 25 cases with particular reference to quality of life. Journal of Clinical Nursing 2005;14: 479–85 420
6. Kent DJ, Long MA, Bauer C. Does colostomy irrigation affect functional outcomes and quality of life in persons with a colostomy? J Wound Ostomy Continence Nurs. 2015;42(2):155-61.
7. Kent DJ, Long MA, Bauer C. Revisiting colostomy irrigation. A viable option for persons with permanent descending and sigmoid colostomies. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2015;42(2):162-64.
8. Lizarondo L, Gyi AA, Schultz T. Fluid regimens for colostomy irrigation: a systematic review. Int J Evid Based Healthc. 2008; 6: 303–10.
9. O'Bichere P, Sibbons P, Green D, Philips R. Experimental study of faecal continence and colostomy irrigation. British Journal of Surgery 2000;87: 902-8.
10. Saracco e altri autori, Clinica infermieristica in stoma terapia, dalle evidenze agli strumenti operativi. 2007;
11. Varma S. Issues in irrigation for people with a permanent colostomy: a review. Br J Nurs. 2009; 18(4):S15-8. Doi: 10.12968/bjon.2009.18.Sup1.39633.

5. I CONTROLLI E LE EMOZIONI

5.1 IL FOLLOW-UP ONCOLOGICO DEL PAZIENTE OPERATO ALLA VESCICA



ORESTE RISÌ - MICHELE MANICA - GIOVANNI LA CROCE

Urologia - Humanitas Gavezzani, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo

Il percorso di controlli che verrà suggerito al paziente si baserà sulla necessità di identificare eventuali recidive di malattia (locali o sistemiche) e di valutare eventuali problematiche funzionali (alterazione della funzionalità renale, comparsa di idronefrosi, alterazione dell'equilibrio acido-base, infezioni delle vie urinarie).

È noto il dato secondo il quale le recidive locali (riportate dal 5% al 15% dei pazienti) si sviluppano in larga parte nel corso dei primi due anni dall'intervento. Le recidive sistemiche (secondarismi linfonodali, polmonari, epatici ed ossei) compaiono prevalentemente nei primi tre anni dall'intervento, e nella metà circa dei casi si evidenziano solo quando sintomatiche (indipendentemente dall'esecuzione di follow-up clinico/strumentale).

Lo stadio patologico di partenza ha, di fatto, una incidenza rilevante sulla probabilità di sviluppare una recidiva locale o sistemica (il rischio infatti è aumentato in pazienti con malattia extravesicale e/o metastasi linfonodale alla diagnosi).

La comparsa di una nuova malattia uroteliale (a carico di uretra, uretere o dell'alto apparato escretore) è riportata con percentuali che variano dal 1,5% al 6% dei casi. La comparsa, inoltre, di una ripresa di malattia riduce sensibilmente la sopravvivenza cancro-specifica. Tuttavia, l'impatto sulla prognosi in caso di diagnosi precoce delle recidive è tutt'ora molto discusso.

Per tutte le ragioni elencate, non esiste al momento consenso sul miglior iter di follow-up oncologico da seguire e pertanto le linee guida non si esprimono in maniera conclusiva né sulle modalità né sul timing dei controlli. Il paziente secondo

le linee guida necessita invece di un follow-up funzionale, idealmente fino a 15 anni dall'intervento.

Primo controllo post-operatorio a circa 4 mesi dall'intervento secondo appuntamento fornito alla dimissione (unico controllo prenotato direttamente dalla uoc urologia) allegando: (recare con se impegnative per le prestazioni)

- emocromo, creatinina, elettroliti, emogas venoso
- tc torace e addome cmc

successivo follow-up oncologico/funzionale urologico ambulatoriale (da prenotare di volta in volta dal paziente)

semestrale per i primi tre anni ovvero:

12 mesi dall'intervento:

- tac torace ed addome con mdc
- emocromo, creatinina, elettroliti, emogas venoso
- citologia da lavaggio uretrale (se paziente uomo)
- esame citologico urine su 3 campioni raccolte da urostomia per 3 giorni consecutivi

18 mesi dall'intervento:

- ecografia addome completo
- emocromo, creatinina, elettroliti, emogas venoso
- citologia da lavaggio uretrale (se paziente uomo)
- esame citologico urine su 3 campioni raccolte da urostomia

24 mesi dall'intervento:

- tac torace ed addome con mdc
- emocromo, creatinina, elettroliti, emogas venoso
- citologia da lavaggio uretrale (se paziente uomo)
- esame citologico urine su 3 campioni raccolte da urostomia per 3 giorni consecutivi

36 mesi dall'intervento:

- tac torace ed addome con mdc
- emocromo, creatinina, elettroliti, emogas venoso
- citologia da lavaggio uretrale (se paziente uomo)

-esame citologico urine su 3 campioni raccolte da urostomia per 3 giorni consecutivi

Al termine dei tre anni di follow-up negativo prosegue unicamente follow-up funzionale annuale con Medico Curante mediante:

-Ecografia addome completo

-Emocromo, creatinina, elettroliti, emogas venoso

-Esame citologico urine su 3 campioni raccolte da urostomia per 3 giorni consecutivi

-Visita Nefrologica specialistica in caso di evidenza di peggioramento della funzionalità renale.

-Visita Oncologica specialistica in caso di evidenza di comparsa di sospetti secondarismi, in particolare nei pazienti ad “alto” profilo di rischio.

Ulteriori precisazioni:

-In caso di allergia al mdc della TC e/o insufficienza renale il Paziente andrà sottoposto a RMN addome cmc (in sostituzione alla TC addome) + TC torace smc.

5.2 LA PERSONA CHE INDOSSA UNA UROSTOMIA, PERCORSO E QUALITÀ DI VITA



ROSINA CECCARELLI
Presidente AIURO - Roma



ROSA LAGRECA
Uroriabilitatrice - Bari

Il concetto di qualità di vita risulta essere complesso e per alcuni aspetti si potrebbe definire astratto; si riferisce ad una percezione che potrebbe essere esclusivamente soggettiva che, purtroppo, si colloca in determinato e preciso momento della vita di ogni persona. La percezione che si può avere oggi non potrebbe coincidere con quella che si avrebbe a distanza di tempo perché la vita di ognuno di noi è in continua evoluzione e, si può modificare, a causa delle variabili indipendenti (ambiente, società, relazioni).

Ci sono sistemi di misurazione per valutare la qualità della vita con la finalità di poter erogare un'assistenza mirata agli aspetti fondamentali della persona quali, ad esempio, l'autostima, la percezione dell'immagine corporea, la sensazione di benessere, le relazioni sociali. Il ruolo e la funzione dell'infermiere coincidono in parte, con l'individuazione di punti di forza e di debolezza della persona stomizzata con la finalità di agire, attraverso le cosiddette leve motivazionali, ed inserire lo stesso in un percorso che possa essere di facile utilizzo, riproducibile e standardizzato.

L'urostomia viene praticata quando la funzione dei reni e della vescica è compromessa

a tal punto che l'urina non può più essere evacuata in modo naturale attraverso la vescica e l'uretra. Questo può accadere a causa di lesioni o malattie come il cancro.

Parliamo di 24/25 mila pazienti in Italia delle quali sono circa 5000 nuovi casi/anno. Dati presunti in quanto, fino ad oggi, non esiste un osservatorio sociosanitario.

Il confezionamento della stomia che deriva da un intervento chirurgico altamente demolitivo, comporta alterazione della qualità della vita dal punto di vista sociale, dal punto di vista sessuale, psicologico come abbiamo ricordato in precedenza; tutto questo, può essere semplicemente riassunto in un' 'unica parola che prende il nome di ASSISTENZA intesa come una serie di misure preventive e curative atte a migliorare la presenza dei cosiddetti sentimenti negativi (insicurezza, bassa autostima, ansia e paura).

L' infermiere, inserito in un percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale (PDTA) si occupa della presa in carico del paziente sostituendo il concetto di to cure in to care quindi personalizzando l'assistenza (PAI) ed implementandola ad un progetto in parallelo già standardizzato. Il tutto va armonizzato, condiviso e consolidato con le associazioni di categoria e di volontariato che si spendono da anni sul territorio regionale e nazionale e che attraverso giornate dedicate, brochure o eventi formative rivolti agli stomizzati, alle loro famiglie e non solo.

L' insegnamento, l'educazione sanitaria non è finalizzata ed esclusiva solo per il paziente (prevenzione primaria) ma anche per figure di supporto (caregiver) o per i famigliari; di questo aspetto di fondamentale importanza e di formazione avviene al momento della dimissione, dove persona stomizzata e famiglia possono esprimere la maggiore debolezza, inadeguatezza e senso di impotenza di poter riammettere il proprio caro a domicilio e successivamente nel tessuto sociale. Infatti, il ritorno alla vita quotidiana non vuol dire abbandonare le proprie abitudini semmai significa' modificare i propri stili di vita rendendoli più consoni ed adeguati con la nuova situazione; ci sarà un maggiore stato di accettazione da parte del paziente se comunque il percorso verrà preparato in maniera attenta ed adeguata sia dall'infermiere (stomaterapista) che dal medico chirurgo che avrà eseguito il confezionamento della stomia. A completamento di questo iter assistenziale sarà fondamentale la scelta del presidio in base ad alcune caratteristiche di compatibilità che dovrà avere con il paziente quali ad esempio un sistema di raccolta a tenuta, sicuro, confortevole, discreto, che mantenga l'integrità' della cute peristomale

(stomacare) ma, che soprattutto, sia compliant con la persona stessa.

Ci sono in essere proposte per migliorare la realtà attuale quali, ad esempio, l'attivazione dei PDTA

(percorso diagnostico terapeutico assistenziale), la costituzione di una rete di centri di 1°, 2°, 3°, livello per la prevenzione, la diagnosi e la cura in ogni regione e il rafforzamento delle campagne di comunicazione dedicate al tema.

Il PDTA per il paziente urostomizzato costituisce uno strumento efficace per la presa in carico della persona assistita assicurando interventi clinico/assistenziali mirati ed integrati in una logica di continuità delle cure, appropriatezza ed efficienza nell'uso delle risorse. Infatti, la possibilità di pianificare per il paziente il giusto percorso di assistenza permette di monitorare gli esiti dello stato di salute nel tempo e, eventualmente, di adottare correttivi necessari in base all'evoluzione delle condizioni cliniche. Nell'ambito di un sistema integrato di cure, l'ambulatorio di stomaterapia offre un servizio di presa in carico della persona globale mirato alla corretta gestione del complesso stomale con particolare attenzione alla riabilitazione e alla Rieducazione. In sintesi, attraverso il PDTA; l'assistenza è centrata sui reali bisogni del paziente che aumenta il grado di Customer Satisfaction, minimizzando la frammentazione delle cure, attraverso una fusione dei risultati clinici ed economici, riducendo la durata del ricovero, il rischio di ospedalizzazione e le potenziali complicanze.

La costituzione di una rete di centri di primo, secondo, e terzo livello permette di dedicare degli ambulatori specifici con specialisti nell'ambito delle urostomie che devono essere collocati sul territorio "in prossimità delle esigenze del cittadino", secondo il livello di riferimento saranno presenti, le competenze di diverse figure professionali che provvederanno ad un approccio multidisciplinare integrato. Per le persone che accedono alla rete i vantaggi di questo genere di impostazione dovrebbero essere molteplici quali una razionalizzazione organizzativa con abbattimento dei costi ed elevamento degli standard, l'orientamento degli utenti verso un percorso di cura in base alla gravità della situazione e un'unica cartella clinica del paziente che verrà condivisa tra i centri della rete. Il DM 71, ridisegna di fatto il decreto precedente DM 70 del 2015, e ridisegna di fatto gli standard della salute e dell'assistenza che dovranno essere rispettate dalle regioni, l'Agenas dovrà verificare l'attuazione con una relazione semestrale. L'architettura del progetto,

come anticipato, riguarda la centralità delle case di comunità, all'interno del distretto sanitario, mentre resteranno funzionanti gli studi dei medici di famiglia collegati tra di loro per garantire un'apertura di 12 ore per sei giorni su sette alla settimana. Il nuovo assetto della sanità territoriale valorizza il ruolo dell'infermiere, in particolare quello di famiglia, che sarà centrale in molte nuove strutture sanitarie definite dal decreto al vaglio della conferenza Stato-Regioni.

In conclusione, la qualità della vita fa parte di un percorso, di un processo articolato che ha come finalità non solo quella di gestire una patologia, una criticità e un presidio ma quella di considerare la persona come essere umano al fine di poterlo reinserire in quel cerchio che è chiamato VITA.

Realizzare la diagnosi, la terapia e l'assistenza più adeguate ad una specifica situazione patologica, su un territorio scientificamente pronto ad accogliere la persona con un handicap è l'obiettivo di un PDTA e della persona che indossa una urostomia.

5.3 IL FOLLOW-UP ONCOLOGICO NEL PAZIENTE OPERATO PER CANCRO DEL RETTO CON O SENZA STOMIA



GIULIA CAPELLI - GAYA SPOLVERATO

Dipartimento di Scienze Chirurgiche Oncologiche e Gastroenterologiche, Università di Padova, Padova

Abstract

Il cancro del retto costituisce un'importante causa di morbidità e mortalità nella popolazione generale, con 15.000 nuovi casi diagnosticati in Italia nel quinquennio 2010-20151. La prognosi dipende strettamente dallo stadio di malattia. Per questo motivo, la gestione dei pazienti con cancro del retto prevede un approccio multidisciplinare, atto ad identificare la migliore strategia di trattamento, tenendo in considerazione sia fattori legati al tumore, quali le caratteristiche istologiche, lo stadio e la risposta all'eventuale trattamento neoadiuvante, sia caratteristiche proprie del singolo individuo, quali l'età, la storia clinica e le aspettative personali sulla propria qualità di vita.

La resezione anteriore di retto, con o senza confezionamento di ileostomia di protezione, costituisce il trattamento di scelta ("gold standard") per il trattamento del cancro del retto a partire dallo stadio II. Un trattamento chemio-radioterapico neoadiuvante, in preparazione all'intervento chirurgico radicale, è previsto nei casi localmente avanzati (stadio III), allo scopo di ridurre i tassi di recidiva locale e di prolungare la sopravvivenza².

Nei pazienti con cancro del retto in stadio iniziale (stadio I) e in quelli che rispondono in maniera completa o pressoché completa al trattamento neoadiuvante, è proponibile una gestione conservativa, costituita dal solo follow-up (strategia "watch and wait") o dall'escissione locale della malattia. Tuttavia, questi trattamenti

in pazienti che rispondono in maniera completa o maggiore al trattamento radio-chemioterapico neoadiuvante sono tutt'ora considerati sperimentali e attuabili solo all'interno di protocolli di studio presso centri di riferimento³.

Infine, nei pazienti con tumori del retto basso che interessano gli sfinteri anali, e nei casi in cui la neoplasia coinvolga estesamente gli organi circostanti, può essere necessario ricorrere ad interventi di chirurgia pelvica complessa, quali l'amputazione addominoperineale sec. Miles e l'exenteratio pelvica, che prevedono il confezionamento di una colostomia definitiva.

Un trattamento chemioterapico adiuvante, successivo all'intervento chirurgico, è previsto nei pazienti con tumore in stadio localmente avanzato e in quelli a particolare rischio di recidiva, in base all'esito dell'esame istologico definitivo sul pezzo operatorio.

Il follow-up nei pazienti sottoposti a chirurgia radicale per cancro del retto ha il duplice scopo di identificare precocemente le recidive e trattare le problematiche funzionali legate all'intervento chirurgico e/o alla chemio-radioterapia. Inoltre, i pazienti già trattati per tumore del retto hanno un rischio aumentato di sviluppare un secondo tumore, per cui dovrebbero rientrare nei programmi di screening già attivi sul territorio nazionale.

Secondo le più recenti linee guida nazionali, i controlli sono previsti ogni 4-6 mesi per i primi 3 anni, e successivamente ogni 6 mesi per una durata complessiva di almeno 5 anni⁴. La visita di follow-up dovrebbe comprendere l'esame obiettivo e l'esplorazione digitale, oltre che il dosaggio dei marcatori di malattia (antigene carcino-embriionario, CEA), l'endoscopia (rettosigmoidoscopia a intervalli regolari, e colonscopia a 1 anno dalla diagnosi) e la TAC torace e addome con mezzo di contrasto da ripetersi con cadenza almeno annuale. Inoltre, nei pazienti sottoposti a resezione di retto con confezionamento di ileostomia temporanea, un clisma opaco (o un esame equivalente) dovrebbe essere eseguito ad almeno 3 settimane dall'intervento di ricanalizzazione, con lo scopo di verificare la pervietà dell'anastomosi.

Nei pazienti gestiti con preservazione del retto dopo risposta completa o maggiore a seguito di terapia neoadiuvante, l'ultima consensus conference internazionale consiglia l'esecuzione di un'endoscopia e ad una RMN pelvica ogni 3-4 mesi per 2 anni, e successivamente ogni 6 mesi sino a completare 5 anni di follow-up, e ad una TAC torace e addome con mezzo di contrasto annuale⁵. In alcuni casi, la necessità

di sottoporsi ad uno stretto regime di follow-up, unitamente all'apprensione legata al rischio di recidiva, possono avere un notevole impatto psicologico sui pazienti, con ricadute negative sulla loro qualità di vita⁶. Per questo motivo la gestione del paziente oncologico colo-rettale non deve solamente riguardare la prevenzione della recidiva e quindi la sopravvivenza libera da malattia, ma la qualità della vita in senso più ampio.

Nonostante la riduzione dell'incidenza e della mortalità registrata negli ultimi anni grazie all'introduzione di sistematiche metodiche di screening, il cancro del retto rimane tutt'ora un'importante causa di morbilità e mortalità nella popolazione generale, con 15.000 nuovi casi registrati in Italia nel quinquennio 2010-2015¹⁻⁵.

Il trattamento di questa patologia richiede un approccio multidisciplinare e il coinvolgimento di molteplici figure professionali; oltre al chirurgo, al radioterapista e all'oncologo, anche endoscopisti, patologi dedicati, infermieri stomaterapisti e psicologi sono coinvolti nel processo di cura. La gestione multidisciplinare del paziente, nell'ambito di un centro di riferimento, consente di identificare la migliore strategia terapeutica, tenendo in considerazione sia fattori legati al tumore, quali le caratteristiche istologiche, lo stadio e la risposta all'eventuale trattamento neoadiuvante, sia caratteristiche proprie del singolo individuo, quali l'età, la storia clinica e le aspettative personali sulla propria qualità di vita⁶⁻⁸.

L'approccio terapeutico iniziale al paziente con cancro del retto è fortemente influenzato dallo stadio di malattia, stabilito secondo il sistema internazionale TNM ("tumore-nodo-metastasi"), a cura dell' American Joint Committee on Cancer (AJCC)⁹, e che a sua volta influenza la prognosi a lungo termine. In generale, i pazienti con malattia in stadio iniziale vengono distinti dai pazienti con malattia in stadio localmente avanzato e dai pazienti con malattia metastatica alla diagnosi. Man mano che lo stadio aumenta, la sopravvivenza globale a 5 anni diminuisce da più del 90% (I stadio) a meno del 10% (IV stadio)¹⁰.

La resezione anteriore di retto, con o senza confezionamento di ileostomia di protezione, costituisce il trattamento di scelta ("gold standard") per il cancro del retto a partire dallo stadio II. La tecnica chirurgica prevede l'asportazione del retto en-bloc con il tessuto adiposo circostante, nella cosiddetta Total Mesorectal Excision (TME), e la ricostituzione della continuità intestinale tramite anastomosi colo-rettale. Un trattamento chemio-radioterapico neoadiuvante, in preparazione

all'intervento chirurgico radicale, è previsto nei casi localmente avanzati allo scopo di ridurre i tassi di recidiva locale e di prolungare la sopravvivenza^{11,12}. Nei pazienti sottoposti a resezione anteriore di retto, il confezionamento di una stomia è temporaneo e finalizzato alla protezione dell'anastomosi colo-rettale. Al contrario, nei pazienti con tumori del retto basso che interessano gli sfinteri anali, e nei casi in cui la neoplasia coinvolga estesamente gli organi circostanti, può essere necessario ricorrere ad interventi di chirurgia pelvica complessa, quali l'amputazione addominoperineale sec. Miles e l'exenteratio pelvica, che prevedono il confezionamento di una colostomia definitiva¹³⁻¹⁵. Un trattamento chemioterapico adiuvante, successivo all'intervento chirurgico, è previsto nei pazienti con tumore in stadio localmente avanzato e in quelli a particolare rischio di recidiva locale o a distanza, in base all'esito dell'esame istologico definitivo sul pezzo operatorio².

A conclusione dell'iter terapeutico per carcinoma del retto, i pazienti devono seguire un programma di follow-up, con l'intento di identificare precocemente le recidive, locali e a distanza, in una fase in cui queste possano ancora essere passibili di trattamento ad intento curativo⁸. Inoltre, i pazienti già trattati per tumore del retto hanno un rischio aumentato di sviluppare un secondo tumore del grosso intestino, con un rischio cumulativo crescente del 3% ogni 6 anni¹⁶, per cui dovrebbero rientrare nei programmi di screening già attivi sul territorio nazionale¹⁷. Infine, scopo del follow-up è l'individuazione e il trattamento delle problematiche funzionali legate all'intervento chirurgico e/o alla chemio-radioterapia, che possono condizionare in modo importante la qualità di vita dei pazienti^{2,18}. Il retto svolge infatti funzioni peculiari e non vicariabili, quali la funzione di "serbatoio" e il mantenimento della continenza, per cui la sua rimozione, anche parziale, può avere altissimo impatto sulla qualità di vita^{19,20}. Nei pazienti portatori di stomia, temporanea o definitiva, la presa in carico delle problematiche funzionali passa anche per un adeguato programma di educazione e "training" postoperatorio¹⁸.

La tipologia di esami da programmare, la frequenza degli stessi e la durata ottimale del follow-up sono tutt'ora oggetto di dibattito, dal momento che gli studi effettuati in tale ambito sono piuttosto eterogenei. Per ovviare a tale carenza di evidenze, le strategie di follow-up vengono definite da linee guida nazionali ed internazionali, sulla base della letteratura esistente e dell'opinione di esperti del settore ("consensus conference"). La scelta delle indagini e delle tempistiche di follow-up sono fortemente influenzate dalla possibilità di identificare precocemente le recidive,

ottenendo così un vantaggio in termini di sopravvivenza a lungo termine. Dal momento che l'80% delle recidive si osservano entro i primi tre anni e il 95% entro i primi cinque anni, le più recenti linee guida dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) definiscono la cadenza dei controlli ogni 4-6 mesi per i primi 3 anni, e successivamente ogni 6 mesi per una durata complessiva di almeno 5 anni^{21,22}. Questo approccio è supportato anche da un'analisi retrospettiva su 20000 pazienti che ha messo in evidenza come l'aspettativa di vita dei pazienti trattati per carcinoma del colon-retto non metastatico e in assenza di recidiva si avvicini a quella della popolazione generale dopo 3 anni, fino a diventare completamente sovrapponibile a distanza di 5 anni²³.

La visita di follow-up dovrebbe comprendere l'esame obiettivo, l'esplorazione rettale digitale (DRE), il dosaggio dei marcatori di malattia (CEA, antigene carcino-embriionario), l'endoscopia e la TC torace e addome con mezzo di contrasto.

Il dosaggio sierico del CEA (antigene carcino-embriionario) al momento della diagnosi è fondamentale per ottenere un valore basale da poter confrontare con valori successivi. L'ulteriore dosaggio del marcatore è raccomandato subito dopo l'intervento chirurgico, per confermarne la radicalità, e a cadenza regolare durante il follow-up al fine di individuare precocemente eventuali recidive^{18,24-27}.

Per quanto riguarda il follow-up endoscopico, è indicata l'esecuzione della rettosigmoidoscopia ad intervalli regolari, e della colonscopia a distanza di almeno 1 anno dall'intervento, quindi dopo 3 anni e dopo 5 anni. Se non effettuata al momento della stadiazione, ad esempio a causa di una lesione stenotomica, la colonscopia dovrebbe essere anticipata a distanza di 3-6 mesi dall'intervento chirurgico¹⁸. Qualora i controlli endoscopici identifichino la presenza di adenomi a rischio (polipo villosi, polipo >1 cm o displasia di alto grado), è invece indicato il controllo ad 1 anno².

Secondo le linee guida nazionali, la TC torace-addome con mezzo di contrasto andrebbe richiesta con cadenza almeno annuale. Al contrario, la PET-TC non è indicata nel follow-up dei pazienti con cancro del retto, a meno che non sia accertata la presenza di una recidiva, al fine di individuare altre localizzazioni di malattia^{8,28-30}. Le più recenti linee guida della Società Europea di Oncologia Medica (European Society for Medical Oncology, ESMO) sottolineano come il valore nel follow-up delle indagini di laboratorio e radiologiche rimanga sconosciuto; tuttavia,

confermano l'indicazione ad eseguire un'indagine radiologica finalizzata alla ricerca di secondarismi epatici e/o polmonari a distanza di 1 anno e 3 anni dall'intervento⁸.

Le strategie di follow-up sono anche influenzate dallo stadio del tumore alla diagnosi. Per i pazienti in stadio I trattati con chirurgia radicale, è indicato attuare una sorveglianza con i soli esami endoscopici alla luce del basso rischio di recidiva (oltre il 95% guarisce con la sola chirurgia)^{2,18}.

Viceversa, per i pazienti con carcinoma del retto in stadio II-III trattati con chirurgia radicale è indicato un follow-up intensivo, che consente di ottenere una riduzione della mortalità del 20-33% con un beneficio assoluto in sopravvivenza a 5 anni del 7-13% rispetto al follow-up minimo (con approfondimenti diagnostici previsti solo in caso di sintomi sospetti per recidiva)³¹⁻³³. Il follow-up intensivo è inoltre fortemente raccomandato nei pazienti che hanno subito un intervento radicale per carcinoma del retto basso, non radio-trattato: in questo caso, una proctosigmoidoscopia flessibile dovrebbe essere programmata ogni sei mesi per i primi 2 anni³⁴. Secondo le più recenti linee guida NCCN, la TAC torace-addome con mezzo di contrasto dovrebbe essere eseguita ogni 6-12 mesi per 5 anni negli stadi II e III e ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni e quindi ogni 6-12 mesi fino ai 5 anni nei pazienti con malattia metastatica (IV stadio)¹⁸.

Infine, alcune indagini sono finalizzate allo studio del colon residuo e dell'anastomosi colo-rettale in vista di un intervento di chiusura di ileostomia (o "ricanalizzazione"). Nei pazienti sottoposti a resezione di retto con confezionamento di ileostomia temporanea, un clisma opaco (o un esame equivalente) dovrebbe essere eseguito ad almeno 3 settimane dall'intervento di ricanalizzazione, con lo scopo di verificare la pervietà dell'anastomosi².

Un caso particolare per quanto riguarda la gestione al follow-up è rappresentato dai pazienti trattati con metodiche "rectal sparing" (o di preservazione del retto), che prevedono unicamente uno stretto programma di follow-up del tumore primitivo (strategia "watch and wait") oppure l'escissione locale della malattia. Questi approcci sono proponibili, all'interno di studi clinici condotti in centri di riferimento, per pazienti con cancro del retto in stadio iniziale o in pazienti con tumore localmente avanzato che rispondono in maniera completa o pressoché completa al trattamento neoadiuvante, e porta con sé indubbi vantaggi, riducendo la morbilità legata alla chirurgia e migliorando la qualità di vita^{35,36}.

L'intensità e la durata del follow-up clinico, radiologico e patologico successivo ad una gestione “rectal-sparing” del tumore del retto rimangono oggetto di dibattito. L'ultima consensus conference internazionale consiglia, nel follow-up di questi pazienti, l'esecuzione di un'endoscopia ed una RMN pelvica ogni 3-4 mesi per i primi 2 anni, e successivamente ogni 6 mesi sino a completare i 5 anni, e ad una TC torace-addome con mezzo di contrasto annuale³⁷.

Per quanto riguarda il follow-up funzionale, nei pazienti sottoposti a trattamento radicale è molto importante monitorare le sequele tardive delle terapie chirurgiche e sistemiche, che possono esitare in disfunzioni multiple a carico della sfera intestinale, che vanno sotto il nome di Low Anterior Resection Syndrome (LARS)^{18,38}. I pazienti possono lamentare una defecazione frazionata e percepita come incompleta; episodi di “soiling”, perdita notturna di feci e urgenza alla defecazione; incapacità di discriminazione tra aria, feci solide e feci liquide^{19,20,39,40}. Inoltre, la lesione dei nervi ipogastrici secondaria al trattamento chirurgico e radioterapico può causare disturbi genito-urinari quali disfunzione erettile, eiaculazione retrograda e secchezza vaginale^{41,42}.

Per la gestione della sintomatologia intestinale, le linee guida consigliano l'utilizzo di agenti anti-diarroici, formanti massa, modificazioni della dieta, esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico e l'utilizzo di indumenti intimi protettivi¹⁸. In alcuni casi, tuttavia, la sintomatologia può risultare talmente fastidiosa ed invalidante da dover ricorrere al confezionamento di una stomia definitiva, evenienza che si presenta più frequentemente entro i primi 5 anni ma che può occorrere anche oltre i 10 anni dall'intervento^{43,44}. Per quanto riguarda la gestione dei pazienti stomizzati, è indicato l'inserimento del paziente all'interno di gruppi di supporto e la formazione sulla corretta gestione della stomia da parte di infermieri specializzati¹⁸.

Nella gestione delle complicanze è fondamentale, ancora una volta, la collaborazione tra diverse figure professionali come il chirurgo, l'urologo e il ginecologo ma anche un'integrazione tra lo specialista e il medico di medicina generale che seguirà il paziente nel lungo termine^{18,41,42,45}. Per una migliore integrazione tra queste figure, nel mondo anglosassone sono stati ideati dei programmi detti “survivorship care plan” con lo scopo di fronteggiare al meglio le necessità che il paziente sviluppa dopo il trattamento della neoplasia^{46,47}.

Un ulteriore aspetto che rientra all'interno del follow-up del paziente con cancro del retto è sicuramente l'educazione circa gli stili di vita disfunzionali: è necessario,

infatti, rimuovere i fattori di rischio modificando le abitudini alimentari ed implementando l'attività fisica⁴⁸⁻⁵⁰. È stato infatti dimostrato come l'obesità, ed in particolare un BMI > 35 kg/m², correli con una peggiore prognosi in pazienti con cancro del colon-retto, e che l'attività fisica determini una netta riduzione delle recidive e della mortalità⁵¹⁻⁵⁴.

Infine, nella definizione delle strategie di follow-up dei pazienti con cancro del retto è necessario tenere conto dell'impatto psicologico, non solo delle terapie mediche e chirurgiche e delle modificazioni dell'immagine corporea, ma anche delle numerose indagini cliniche e radiologiche necessarie negli anni successivi al trattamento del tumore. Si è osservato come, in alcuni casi, la necessità di sottoporsi ad uno stretto regime di follow-up, unitamente all'apprensione legata al rischio di recidiva, possano avere un notevole impatto sul benessere psicologico sui pazienti, che rende pertanto necessario il coinvolgimento di figure professionali ad hoc⁵⁵.

Per concludere, l'approccio al paziente oncologico, sia durante il trattamento primario della patologia sia durante la sorveglianza dovrebbe essere olistico ed avere come primario obiettivo il mantenimento del benessere psico-fisico del soggetto, massimizzando le sue possibilità di sopravvivenza. Il follow-up dei pazienti con cancro del retto, dunque, non può limitarsi al riconoscimento precoce delle recidive, ma deve comprendere una presa in carico dell'aspetto funzionale ed essere orientato al supporto psicologico ed al miglioramento della qualità di vita in senso più ampio.

BIBLIOGRAFIA

1. Pinto C, A., Colon e Retto. I numeri del cancro in Italia 2020. 2020, Intermedia Editore: Brescia.
2. AIOM. Neoplasie del Retto e Ano. 2020; Available from: <https://www.aiom.it/linee-guida-aiom-2020-neoplasie-del-retto-e-ano/>.
3. Mandel, J.S., et al., Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med*, 1993. 328(19): p. 1365-71.
4. Hardcastle, J.D., et al., Randomised, controlled trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. Results for first 107,349 subjects. *Lancet*, 1989. 1(8648): p. 1160-4.
5. Atkin, W.S., et al., Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, 2010. 375(9726): p. 1624-33.
6. Richardson, B., et al., The effect of multidisciplinary teams for rectal cancer on delivery of care and patient outcome: has the use of multidisciplinary teams for rectal cancer affected the utilization of available resources, proportion of patients meeting the standard of care, and does this translate into changes in patient outcome? *Am J Surg*, 2016. 211(1): p. 46-52.
7. Keller, D.S., et al., The multidisciplinary management of rectal cancer. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2020. 17(7): p. 414-429.
8. Glynne-Jones, R., et al., Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, 2017. 28(suppl_4): p. iv22-iv40.

9. Edge, S.B. and C.C. Compton, The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Ann Surg Oncol*, 2010. 17(6): p. 1471-4.
10. O'Connell, J.B., M.A. Maggard, and C.Y. Ko, Colon cancer survival rates with the new American Joint Committee on Cancer sixth edition staging. *J Natl Cancer Inst*, 2004. 96(19): p. 1420-5.
11. D'Alimonte, L., et al., Long-Term Outcomes of Local Excision Following Neoadjuvant Chemoradiotherapy for Locally Advanced Rectal Cancer. *Ann Surg Oncol*, 2020.
12. Knol, J. and D.S. Keller, Total Mesorectal Excision Technique-Past, Present, and Future. *Clin Colon Rectal Surg*, 2020. 33(3): p. 134-143.
13. Hawkins, A.T., et al., Abdominoperineal Resection for Rectal Cancer in the Twenty-First Century: Indications, Techniques, and Outcomes. *J Gastrointest Surg*, 2018. 22(8): p. 1477-1487.
14. Lopez, M.J., S.B. Standiford, and J.L. Skibba, Total pelvic exenteration. A 50-year experience at the Ellis Fischel Cancer Center. *Arch Surg*, 1994. 129(4): p. 390-5; discussion 395-6.
15. Mathis, K.L., et al., Unresectable colorectal cancer can be cured with multimodality therapy. *Ann Surg*, 2008. 248(4): p. 592-8.
16. Renehan, A.G., et al., Impact on survival of intensive follow up after curative resection for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*, 2002. 324(7341): p. 813.
17. Sturiale, A., et al., Long-term functional follow-up after anterior rectal resection for cancer. *Int J Colorectal Dis*, 2017. 32(1): p. 83-88.
18. (NCCN), N.C.C.N., Rectal Cancer. 2022, Available from: <https://www.nccn.org/home>.
19. Al Rashid, F., et al., The impact of bowel dysfunction on health-related quality of life after rectal cancer surgery: a systematic review. *Tech Coloproctol*, 2022.
20. Croese, A.D., et al., A meta-analysis of the prevalence of Low Anterior Resection Syndrome and systematic review of risk factors. *Int J Surg*, 2018. 56: p. 234-241.
21. Guyot, F., et al., Time trends in the treatment and survival of recurrences from colorectal cancer. *Ann Oncol*, 2005. 16(5): p. 756-61.
22. Seo, S.I., et al., Comparison of recurrence patterns between ≤ 5 years and > 5 years after curative operations in colorectal cancer patients. *J Surg Oncol*, 2013. 108(1): p. 9-13.
23. Renfro, L.A., et al., Survival following early-stage colon cancer: an ACCENT-based comparison of patients versus a matched international general population†. *Ann Oncol*, 2015. 26(5): p. 950-958.
24. Harrison, L.E., et al., Preoperative carcinoembryonic antigen predicts outcomes in node-negative colon cancer patients: a multivariate analysis of 572 patients. *J Am Coll Surg*, 1997. 185(1): p. 55-9.
25. Wiggers, T., J.W. Arends, and A. Volovics, Regression analysis of prognostic factors in colorectal cancer after curative resections. *Dis Colon Rectum*, 1988. 31(1): p. 33-41.
26. Wolmark, N., et al., The prognostic significance of preoperative carcinoembryonic antigen levels in colorectal cancer. Results from NSABP (National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project) clinical trials. *Ann Surg*, 1984. 199(4): p. 375-82.
27. Slentz, K., et al., Can preoperative and postoperative CEA predict survival after colon cancer resection? *Am Surg*, 1994. 60(7): p. 528-31; discussion 531-2.
28. Brush, J., et al., The value of FDG positron emission tomography/computerised tomography (PET/CT) in pre-operative staging of colorectal cancer: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*, 2011. 15(35): p. 1-192, iii-iv.
29. Chan, K., et al., Evidence-based guideline recommendations on the use of positron emission tomography imaging in colorectal cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*, 2012. 24(4): p. 232-49.
30. Sobhani, I., et al., Early detection of recurrence by 18FDG-PET in the follow-up of patients with colorectal cancer. *Br J Cancer*, 2008. 98(5): p. 875-80.
31. Pita-Fernández, S., et al., Intensive follow-up strategies improve outcomes in nonmetastatic colorectal cancer patients after curative surgery: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol*, 2015. 26(4): p. 644-656.
32. Jeffery, M., et al., Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. 11: p. CD002200.
33. Meyerhardt, J.A., et al., Follow-up care, surveillance protocol, and secondary prevention measures for survivors of colorectal cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline endorsement. *J Clin Oncol*, 2013. 31(35):

p. 4465-70.

34. Tsikitis, V.L., et al., Postoperative surveillance recommendations for early stage colon cancer based on results from the clinical outcomes of surgical therapy trial. *J Clin Oncol*, 2009. 27(22): p. 3671-6.
35. São Julião, G.P., et al., New Strategies in Rectal Cancer. *Surg Clin North Am*, 2017. 97(3): p. 587-604.
36. Capelli, G., et al., Non-Operative Management Versus Total Mesorectal Excision for Locally Advanced Rectal Cancer with Clinical Complete Response After Neoadjuvant Chemoradiotherapy: a GRADE Approach by the Rectal Cancer Guidelines Writing Group of the Italian Association of Medical Oncology (AIOM). *J Gastrointest Surg*, 2020. 24(9): p. 2150-2159.
37. Fokas, E., et al., International consensus recommendations on key outcome measures for organ preservation after (chemo)radiotherapy in patients with rectal cancer. *Nat Rev Clin Oncol*, 2021.
38. Resendiz, A., et al., The Italian version of the LARS score: cross-cultural adaptation and validation. An Italian Society of Surgical Oncology-Colorectal Cancer Network (SICO-CCN) collaborative study. *Int J Colorectal Dis*, 2021. 36(8): p. 1805-1810.
39. Schneider, E.C., et al., Surviving colorectal cancer : patient-reported symptoms 4 years after diagnosis. *Cancer*, 2007. 110(9): p. 2075-82.
40. Desnoo, L. and S. Faithfull, A qualitative study of anterior resection syndrome: the experiences of cancer survivors who have undergone resection surgery. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2006. 15(3): p. 244-51.
41. Lange, M.M., et al., Risk factors for sexual dysfunction after rectal cancer treatment. *Eur J Cancer*, 2009. 45(9): p. 1578-88.
42. Lange, M.M., et al., Urinary dysfunction after rectal cancer treatment is mainly caused by surgery. *Br J Surg*, 2008. 95(8): p. 1020-8.
43. Gadan, S., et al., What is the risk of permanent stoma beyond 5 years after low anterior resection for rectal cancer? A 15-year follow-up of a randomized trial. *Colorectal Dis*, 2020. 22(12): p. 2098-2104.
44. Sprangers, M.A., et al., Quality of life in colorectal cancer. Stoma vs. nonstoma patients. *Dis Colon Rectum*, 1995. 38(4): p. 361-9.
45. Downing, A., et al., Health-related quality of life after colorectal cancer in England: a patient-reported outcomes study of individuals 12 to 36 months after diagnosis. *J Clin Oncol*, 2015. 33(6): p. 616-24.
46. Jansen, L., et al., Health-related quality of life during the 10 years after diagnosis of colorectal cancer: a population-based study. *J Clin Oncol*, 2011. 29(24): p. 3263-9.
47. Houlihan, N.G., Transitioning to cancer survivorship: plans of care. *Oncology (Williston Park)*, 2009. 23(8 Suppl): p. 42-8.
48. Clinton, S.K., E.L. Giovannucci, and S.D. Hursting, The World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research Third Expert Report on Diet, Nutrition, Physical Activity, and Cancer: Impact and Future Directions. *J Nutr*, 2020. 150(4): p. 663-671.
49. Wei, E.K., et al., Comparison of risk factors for colon and rectal cancer. *Int J Cancer*, 2004. 108(3): p. 433-42.
50. Kushi, L.H., et al., American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin*, 2012. 62(1): p. 30-67.
51. Patterson, R.E., et al., Changes in diet, physical activity, and supplement use among adults diagnosed with cancer. *J Am Diet Assoc*, 2003. 103(3): p. 323-8.
52. Courneya, K.S., et al., The Colon Health and Life-Long Exercise Change trial: a randomized trial of the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. *Curr Oncol*, 2008. 15(6): p. 279-85.
53. Vijayvergia, N. and C.S. Denlinger, Lifestyle Factors in Cancer Survivorship: Where We Are and Where We Are Headed. *J Pers Med*, 2015. 5(3): p. 243-63.
54. Faul, L.A., et al., Improving survivorship care for patients with colorectal cancer. *Cancer Control*, 2010. 17(1): p. 35-43.
55. Pennings, A.J., et al., Burden of disease experienced by patients following a watch-and-wait policy for locally advanced rectal cancer: A qualitative study. *Colorectal Dis*, 2021.

5.4 FOLLOW-UP DELLE ENTEROSTOMIE IN PAZIENTI CON MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI



GIANLUCA RIZZO

U.O.C. Chirurgia Digestiva e del Colon-Retto Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina - Gemelli Isola, Roma



LUCA EMANUELE AMODIO

Medico in formazione specialistica in Chirurgia Generale U.O.C. Chirurgia Digestiva e del Colon-Retto Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina - Gemelli Isola, Roma



FILOMENA MISURIELLO

Medico in formazione specialistica in Chirurgia Generale U.O.C. Chirurgia Generale 2 - Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma

Abstract

Il confezionamento di una enterostomia rappresenta una delle procedure chirurgiche più utilizzate nel trattamento chirurgico delle malattie infiammatorie croniche intestinali (IBD) e delle sue complicanze, sebbene gli obiettivi ed il ruolo della chirurgia nel trattamento del Morbo di Crohn (CD) e colite ulcerosa (UC) siano differenti. Tuttavia, il confezionamento di un'enterostomia, in particolar modo nei pazienti affetti da CD, non è scevro da complicanze che possono coinvolgere direttamente il complesso stomale (cute peristomale e tratto di intestino stomizzato) che, pertanto, necessita di una stretta sorveglianza clinica sia da parte dei curanti che dei care-givers. Obiettivo di questo capitolo è quello di analizzare e quantificare

le complicanze stoma-relate nell'ambito dei pazienti affetti da IBD, identificarne i principali fattori di rischio e valutare le principali modalità clinico-diagnostiche per la sorveglianza clinica ed il follow-up a breve e a lungo termine al fine di ottimizzarne al meglio le procedure terapeutiche sia mediche che chirurgiche.

Introduzione

L'acronimo inglese IBD, inflammatory bowel disease, raggruppa l'insieme di malattie infiammatorie croniche e idiopatiche dell'apparato digerente, caratterizzate da decorso recidivante e remittente e da un progressivo e ingravescente danno anatomo-fisiopatologico, di cui il morbo di Crohn (CD) e la colite ulcerosa (UC) ne rappresentano i maggiori esponenti [1].

Sebbene negli ultimi anni, l'introduzione delle terapie con farmaci biologici e l'adozione di un approccio terapeutico "treat-to-target" abbiano determinato una riduzione, o quantomeno un posticipo temporale, della necessità di trattare chirurgicamente le IBD, un numero significativo (fino all'80%) di pazienti con IBD, soprattutto in caso di CD, necessita di almeno un trattamento chirurgico nel corso della loro storia di malattia [2,3]. In caso di trattamento chirurgico di una IBD, sebbene nella maggior parte dei casi è possibile il confezionamento di un'anastomosi intestinale, ovvero è possibile ricostruire la continuità intestinale e preservare il complesso sfinterico, il ricorso al confezionamento di una enterostomia rimane un valido approccio chirurgico soprattutto in caso di IBD clinicamente severe [4].

In caso di IBD, il confezionamento di un'enterostomia può rendersi necessario in diverse situazioni cliniche. In un contesto elettivo, un'enterostomia può essere confezionata al fine di proteggere un'anastomosi "a rischio deiscenza" ed in questo caso, generalmente, si tratta di una stomia laterale (loop-stoma) e temporanea. In caso di CD, un'enterostomia (ileo- o digiunostomia) viene confezionata a protezione di un'anastomosi (generalmente ileo-colica) "a rischio", secondaria ad un intervento di resezione intestinale (tenuale o colica), soprattutto in pazienti che vengono operati in condizioni di malnutrizione, sepsi intra-addominale e/o in seguito a lunghi periodi di terapia con corticosteroidi o con farmaci biologici immunosoppressori. Nei pazienti affetti da UC, invece, un'ileostomia (laterale) temporanea viene quasi sempre confezionata per proteggere l'anastomosi tra la pouch ileale e l'ano, in seguito ad intervento chirurgico di proctocolectomia restaurativa. In caso di proctocolectomia restaurativa in più tempi chirurgici, un'enterostomia (ileostomia) può essere confezionata in seguito ad intervento di colectomia totale,

in attesa di proctectomia e confezionamento di j-pouch ileale in un secondo tempo chirurgico. In questo caso si confeziona una ileostomia terminale ma pur sempre, verosimilmente, temporanea. Un'enterostomia (ileo- o colostomia) può essere confezionata, in quanto ano preternaturale, dopo resezione del retto in pazienti con complesso sfinterico anale non preservabile chirurgicamente (in quanto sede di malattia o deficitario funzionalmente); in questo caso si confeziona generalmente un'enterostomia terminale e definitiva. Condizioni che richiedono questa tipologia di derivazione sono, ad esempio, i pazienti con CD ano-rettale complicato e/o refrattario alla terapia medica (colostomia), i pazienti affetti da UC che necessitano di una proctocolectomia ma presentano un complesso sfinterico non provvisto di una funzionalità adeguata a ottenere un risultato funzionale sufficiente della pouch ileale oppure i pazienti affetti da UC, già sottoposti a proctocolectomia restaurativa, ma nei quali viene riscontrato un fallimento clinico della pouch ileale stessa, in seguito a pouchite, cuffite cronica refrattaria alla terapia medica, CD della pouch o severa incontinenza post-operatoria (ileostomia). Nel caso specifico dei pazienti con UC che non presentano una funzione sfinterica adeguata ad una J-pouch, è stata descritta anche l'ileostomia continente sec. Kock (Kock pouch) in alternativa all'ileostomia terminale, al fine di ottenere un numero più accettabile di riempimenti del sistema di raccolta con conseguente migliore qualità di vita per il paziente.

In un contesto di IBD particolarmente severa da richiedere un intervento chirurgico in regime di urgenza, invece, il confezionamento di una stomia è secondario alla necessità di escludere il tratto malato dal transito fecale, oppure perché il quadro flogistico riscontrato, ma asportato chirurgicamente, e/o lo stato nutrizionale e/o la storia di terapia cronica con immunosoppressori, non consentono il confezionamento di un'anastomosi intestinale "in sicurezza" durante lo stesso tempo chirurgico della resezione. In questo caso l'enterostomia (generalmente una ileostomia) viene confezionata come terminale ma, generalmente, è temporanea.

Incidenza e classificazione delle complicanze stomali nei pazienti affetti da IBD

Sebbene nell'ambito delle IBD il confezionamento di un'enterostomia rappresenti il più delle volte un atto chirurgico necessario e "salva-vita", al fine di prevenire le complicanze settiche della malattia infiammatoria stessa o del suo trattamento chirurgico resettivo e ricostruttivo (come nel caso di una deiscenza anastomotica),

essa può essere esposta ad un rischio variabile di complicanze. L'incidenza delle complicanze stoma-relate nella popolazione generale è variabile tra il 15-20% ma, nei pazienti sottoposti a chirurgia per IBD sono significativamente più alte e variano tra il 20% ed il 70%⁵⁻⁷; si distinguono in precoci e tardive, e l'incidenza appare significativamente maggiore nei pazienti affetti da CD^{5,8}.

Le complicanze stoma-relate riscontrabili nei pazienti affetti da IBD si possono sostanzialmente classificare in tre categorie:

- complicanze dell'ansa stomale non eziologicamente correlate all'IBD sottostante (precoci o tardive);
- complicanze della cute peristomale (precoci o tardive);
- complicanze dell'ansa stomizzata causata dalla recidiva o dall'insorgenza de novo del processo flogistico cronico intestinale (generalmente tardive);

Complicanze dell'ansa stomale non eziologicamente correlata all'IBD sottostante

A questo gruppo appartengono quelle complicanze che teoricamente sono evitabili e prevenibili attraverso un meticoloso rispetto della tecnica chirurgica, della preparazione preoperatoria e del corretto follow-up post-operatoria. Per quel che riguarda i fattori di rischio preoperatori, diversi studi e linee-guida hanno dimostrato il valore preventivo dell'educazione e della preparazione preoperatoria del paziente alla stomia da parte di personale medico e/o infermieristico specializzato, sottolineando la fondamentale importanza del disegno preoperatorio della sede stomale nel prevenire la comparsa di complicanze stoma-relate a breve e a lungo termine⁹⁻¹⁴. Altrettanto importante, al fine di migliorare la qualità di vita dei pazienti stomizzati e supportare i relativi care-givers nell'affrontare e gestire nella maniera adeguata le eventuali complicanze stomali, è il follow-up post-operatorio infermieristico (da parte di infermieri specializzati in stomaterapia), psicologico e nutrizionale. Esistono poi fattori di rischio per lo sviluppo di complicanze stomali che dipendono esclusivamente dalle caratteristiche del paziente o dalla tecnica chirurgica in senso stretto^{9, 15-17}.

Tra le principali complicanze stoma-relate non IBD-relate ad insorgenza precoce ci sono:

- **Separazione muco-cutanea** – Distacco parziale o a tutta circonferenza della mucosa dell'ansa intestinale dalla cute peristomale. Può essere superficiale o

profonda, in relazione alla profondità degli strati della parete addominale in cui si manifesta il distacco, e presenta un'incidenza variabile tra il 3.7% ed il 9.7%. Rappresenta una complicanza particolarmente fastidiosa per il paziente in seguito alla non completa adesione dei dispositivi di raccolta alla pelle ed allo sviluppo di conseguenti lesioni a carico della pelle peristomale. Il trattamento è generalmente conservativo con medicazioni frequenti della regione stomale al fine di trattare eventuali sovra-infezioni batteriche e prevenire l'evoluzione di un distacco parziale in un distacco completo a tutta circonferenza. Solo raramente, in caso di distacco su un piano profondo ed intra-peritoneale, è necessario il trattamento chirurgico^{18,19}.

• **Retrazione stomale** – Con tale termine si intende una situazione clinica in cui il livello dell'orifizio stomale è al di sotto (almeno 0.5 cm) del piano della cute peristomale. Ha un'incidenza variabile tra il 2.9% ed il 5.4% ed è più frequente nelle ileostomie (3-17%). Tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza della retrazione stomale si riscontra una tensione e trazione eccessiva del mesentere sulla cute peristomale, obesità ed un'errata sede di confezionamento della stomia stessa. Anche in questo caso il trattamento iniziale è conservativo, atto soprattutto a ridurre il disagio di una non perfetta adesione dei dispositivi di raccolta, e richiede un reintervento solo in caso di retrazione profonda con contaminazione della cavità addominale¹⁹⁻²².

• **Ischemia e necrosi stomale** – La sofferenza ischemica dell'ansa stomizzata si verifica con un'incidenza variabile tra l'1.6% ed il 13%. I principali fattori di rischio per un inadeguato apporto vascolare all'ansa stomizzata sono l'inadeguata mobilizzazione dell'ansa stessa e l'eccessiva trazione e tensione sul mesentere. Tale situazione necessita di un accurato follow-up clinico soprattutto al fine di escludere un'estensione della necrosi conseguente all'ischemia superiore a 1-2 cm che necessita di un trattamento chirurgico urgente²²⁻²⁵.

Le complicanze sopracitate sono molto spesso il risultato di una eccessiva tensione del mesentere, di un'eccessiva trazione sul mesentere, di una compromissione vascolare o di un difetto fasciale-cutaneo inadeguato (troppo stretto). Il riscontro di tali complicanze necessita un rapido trattamento e risoluzione al fine di evitare la comparsa tardiva di una stenosi, verosimile conseguenza di una sofferenza ischemica cronica o di ricorrenti e prolungati fenomeni cicatriziali. Sebbene non siano strettamente correlate alla IBD sottostante, l'incidenza di tali complicanze sembra essere significativamente superiore nei pazienti affetti da CD^{4,26}.

• **Alterazioni idro-elettrolitiche** – La disidratazione ed il conseguente squilibrio

idro-elettrolitico costituiscono una frequente (incidenza superiore al 25%) e temibile complicanza nei pazienti portatori di ileostomia che si possono verificare precocemente (più frequentemente) o dopo diverse settimane dal confezionamento dell'ileostomia stessa. È la conseguenza del fatto che l'output medio giornaliero di una ileostomia è pari a 500-2000 ml di feci liquide nelle fasi iniziali (successivamente si adatta a 300-700 mL/die). La disidratazione può risultare clinicamente significativa in circa il 20% dei pazienti ileostomizzanti ed è più frequente nei pazienti affetti da CD in relazione al loro rischio significativo di essere affetti da una sindrome da intestino corto. La gestione di tale complicanza è multidisciplinare, necessita di una valutazione da parte di un nutrizionista, e deve essere mirato alla gestione dell'elevato output (ad es., farmaci antidiarroici o antiperistaltici, evitare assunzione di bevande ipotoniche) correzione del conseguente squilibrio idro-elettrolitico (abbondante idratazione, eventuale integrazione di liquidi per via endovenosa, monitoraggio ed integrazione degli elettroliti, soprattutto potassio, magnesio e sodio)^{20,26,27}.

Tra le principali complicanze stoma-relate non IBD-relate ad insorgenza tardiva ci sono:

- **Ernia parastomale** – Con tale termine si intende la protrusione di parte del contenuto addominale attraverso il difetto della parete addominale creato per il confezionamento della stomia. Rappresenta una complicanza tardiva, presenta un'incidenza superiore al 50% e la sua incidenza aumenta all'aumentare del tempo intercorso dal confezionamento della stomia (50% di incidenza entro i 2 anni dal confezionamento della stomia). Le ileostomie terminali (1.8-28.3%), le colostomie laterali (0-30.8%) e le colostomie terminali (4-48.1%) rappresentano le conformazioni di stomia più coinvolte da questo tipo di complicanza. Si manifesta generalmente con un aumento di volume del complesso stomale e dell'area peristomale, difficoltà nell'applicazione dei dispositivi di raccolta ed episodi subocclusivi. Il trattamento chirurgico, che si rende necessario nei pazienti sintomatici e con fenomeni subocclusivi ricorrenti, presenta una complessità variabile (in relazione al paziente ed al difetto erniario) e richiede generalmente l'utilizzo di reti protesiche a correzione del difetto di parete^{22,28,29}.
- **Prolasso stomale** – È la protrusione a tutto spessore dell'intestino attraverso il sito stomale. La sua incidenza varia dal 2-3% delle ileostomie al 2-10% delle colostomie ma raggiunge un'incidenza anche superiore al 40% nel caso delle colostomie laterali su colon trasverso. Nell'ambito dei pazienti stomizzati per IBD rappresenta una complicanza piuttosto rara in relazione alla scarsa indicazione ad eseguire una

stomia laterale su colon trasverso. Fattori di rischio sono l'età avanzata, l'obesità, l'aumento della pressione endoaddominale, patologie bronco-pneumopatiche a carattere ostruttivo, la presenza di un intestino ridondante (ad es. dolico-colon) e la debolezza della fascia addominale. Il trattamento è generalmente conservativo (riduzione manuale, modifica dei dispositivi di raccolta) ma si richiede uno stretto monitoraggio clinico al fine di evitare complicanze severe quali lo strangolamento e la necrosi ischemica che richiedono l'immediato trattamento chirurgico^{17,22,28,30}.

• **Stenosi stomale** – È l'evoluzione cronica della sofferenza ischemica o della retrazione dell'ansa stomale e dei fenomeni riparativi secondari alla separazione muco-cutanea. La sua incidenza è dell'1-9% e la gestione è prevalentemente conservativa (dilatazioni, dieta povera di scorie, cateterizzazione) e necessita di revisione chirurgica solo in caso di fenomeni occlusivi ricorrenti^{25,31}.

Complicanze della cute peristomale

L'infiammazione della cute peristomale costituisce la complicanza stomale più frequente sia nella popolazione generale che nei pazienti stomizzati affetti da IBD con un tasso d'incidenza che raggiunge il 50%³²⁻³⁴. Si riscontra più frequentemente nei pazienti portatori di ileostomia, e per tale motivo è maggiormente frequente nei pazienti affetti da IBD, e spesso è associata ad altre complicanze stoma-relate (ad es. separazione mucocutanea). Da un punto di vista eziologico, l'irritazione della cute peristomale può essere determinata dall'azione irritativa chimica da parte degli effluenti della stomia, effetto significativamente maggiore nel caso delle digiuno-ileostomie, dal trauma meccanico secondario ad una frequente sostituzione dei dispositivi di raccolta, da una dermatite da contatto o da sovrainfezioni batteriche o fungine a carico della cute peristomale. Il rischio di un processo flogistico della cute peristomale può essere sensibilmente ridotto con il confezionamento di una stomia protrudente almeno 2-3 cm al di sopra del piano cutaneo. Da un punto di vista clinico si manifesta con eritema, dolore ed ulcerazioni cutanee secondarie ad una dermatite chimica, provocata dagli effluenti della stomia stessa, e desquamazioni cutanee provocate dal frequente cambio dei dispositivi di raccolta. Il trattamento, quasi esclusivamente conservativo, si basa sulla protezione e sull'isolamento delle lesioni cutanee dal flusso fecale nonché dal trattamento locale delle lesioni cutanee. Solo in caso di complicanze croniche e di difficile gestione si prende in considerazione il trattamento chirurgico (revisione, riposizionamento o chiusura della stomia, se possibile).

L'infiammazione della cute peristomale rappresenta generalmente una complicanza precoce, ma che può cronicizzarsi se non adeguatamente trattata.

Altre complicanze della cute peristomale, ad insorgenza prevalentemente tardiva, sono:

- **Ulcera peristomale** – Per ulcera peristomale si intende un difetto della cute peristomale con flogosi adiacente delle dimensioni di almeno 1.5 cm di diametro. Fattori meccanici o fenomeni flogistico-infettivi a livello della sede stomale ne sono i principali agenti eziopatogenici. Clinicamente si manifesta con dolore e con la non perfetta impermeabilità dello spazio tra la cute e la placca stomale (con conseguente non perfetta adesione del sistema di raccolta alla cute). Le ulcere peristomali compaiono generalmente entro tre settimane dal confezionamento della stomia, talvolta evoluzione di un ematoma infetto, e può associarsi ad una fistola sottostante. L'ulcera peristomale associata ad un tramite fistoloso, soprattutto se refrattario a trattamento topico, può essere manifestazione di un CD. Il trattamento è soprattutto medico-conservativo ma gli effetti della terapia medica sistemica sull'ulcera peristomale non sono chiari e spesso è necessario ricorrere al trattamento chirurgico³⁵⁻³⁷.

- **Pyoderma gangrenoso peristomale** – Il pioderma gangrenoso (PG) è una malattia infiammatoria cutanea a pattern ulcerativo, caratterizzata da ulcerazioni cutanee croniche, ricorrenti e dolorose. Nella popolazione generale ha un'incidenza dello 0.5-1.5% e può verificarsi in qualsiasi segmento intestinale stomizzato ma l'ileostomia terminale è quella in cui si verifica più di frequente. L'eziopatogenesi del PG non è del tutto chiara sebbene siano stati descritti fattori meccanici, ischemici, infettivi e autoimmuni. Da un punto di vista clinico inizialmente si manifesta come una pustola che evolve rapidamente in un'ulcera superficiale dolorosa con bordi serpiginosi ed eritematosi ben definiti; le ulcere possono essere singole o multiple, separate da tessuto sano. La diagnosi è di esclusione e si basa essenzialmente sull'esame clinico comprensivo di biopsie e tipizzazione istologica della lesione (diagnosi differenziale con ulcerazioni neoplastiche). Il trattamento è multidisciplinare e si basa sulla terapia medica a base di corticosteroidi, immunosoppressori (tacrolimus) e farmaci biologici per il controllo dell'attività di malattia e sull'utilizzo di medicazioni assorbenti per facilitarne la guarigione e ridurre il disagio per il paziente. Sebbene la prognosi a lungo termine del PG sia accettabile, la diagnosi e il trattamento precoce sono fattori determinanti per una rapida guarigione. Nei pazienti stomizzati affetti da

IBD l'incidenza del PG varia dall'1% al 5% rendendolo una delle più frequenti complicanze stomali in questa categoria di pazienti. Se concomitante ad una IBD, la presenza e la refrattarietà del PG alla terapia medica è direttamente correlata alla malattia infiammatoria intestinale nel 50% dei casi³⁸⁻⁴².

• **Eritema nodoso** - L'eritema nodoso (EN) è un processo reattivo cutaneo caratterizzato dalla comparsa di noduli multipli, di colore rosso intenso o violaceo, dolenti, non associati a suppurazione, ulcerazioni o cicatrici, che col tempo evolvono andando incontro a scolorimento quasi a diventare giallastre e somigliare ad un livido profondo. L'EN è frequentemente associato ad un'IBD in fase attiva (prevalenza variabile dall'8% al 45%, maggiormente frequente nel CD e nelle donne) ma il coinvolgimento della cute peristomale, sembra piuttosto raro. Tuttavia, il riscontro di un EN peristomale, con o senza lesioni concomitanti in altre parti del corpo, ed il suo grado di severità sembrano essere strettamente correlato con la presenza di malattia a livello dell'ansa stomizzata. Tale associazione è supportata ulteriormente dal fatto che l'EN associata ad una IBD si risolve generalmente con un adeguato controllo del processo infiammatorio intestinale attivo e si può ripresentare in caso di malattia recidiva⁴³⁻⁴⁸.

• **Psoriasi peristomale** – La psoriasi peristomale è una complicanza infiammatoria immuno-mediata della cute peristomale caratterizzata dalla comparsa di placche eritematose che presentano un'abbondante desquamazione. Si presenta generalmente nei pazienti portatori di ileostomia e può essere espressione di una malattia psoriasica a livello sistemico. La frequente desquamazione delle lesioni cutanee rende difficoltosa l'adesione dei dispositivi di raccolta della stomia con conseguente disconfort per il paziente. Il trattamento, che richiede una valutazione specialistica dermatologica per la conferma diagnostica, si basa sul trattamento topico a base di corticosteroidi^{19,40}.

Complicanze dell'ansa stomizzata causata dalla recidiva o dall'insorgenza de novo del processo flogistico cronico intestinale

Nei pazienti sottoposti a trattamento chirurgico resettivo e portatori di ileostomia per una IBD, si può sviluppare, a carico dell'ansa stomizzata, un processo flogistico che, comunque, non è necessariamente indicativo di una IBD. Infatti, il riscontro di un processo infiammatorio tipo IBD a carico dell'ansa stomizzata, soprattutto se interessa i 10-15 cm più distali dell'ansa stessa, necessita sempre di una diagnosi differenziale con una sofferenza ischemica cronica dell'ansa, con l'uso cronico di

farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) o con granulomi della giunzione muco-cutanea (esito di processo flogistico cronico tipo granuloma a carico dei punti di sutura tra la mucosa intestinale e la cute), che, tuttavia, si manifestano entro 3-6 mesi dalla creazione della stomia [Wang].

Le manifestazioni di una IBD a livello dell'ansa stomizzata sono riconducibili ad una enterite di Crohn o ad una sindrome enteritica aspecifica. L'enterite di Crohn può coinvolgere l'ansa stomizzata in quanto malattia recidiva o in quanto malattia di nuova insorgenza.

- **Recidiva di CD a carico dell'ansa stomizzata** – La recidiva stomale di malattia di Crohn, coinvolgente la porzione extraperitoneale (al di sopra della fascia addominale) dell'ansa stomizzata, interessa generalmente il tratto distale dell'ansa. La sua incidenza a 1, 5 e 10 anni (dal confezionamento della stomia) non è affatto trascurabile e si attesta rispettivamente in un range del 4-8%, 27-35% e 37-41%; tale incidenza è comunque inferiori all'incidenza di una recidiva anastomotica di CD in pazienti non stomizzati (dopo resezione ileo-colica ed anastomosi ileo-colica o colo-rettale). Inoltre, a differenza della recidiva anastomotica in pazienti non stomizzati, nel caso di recidiva stomale di CD la lunghezza del tratto intestinale sede di malattia recidiva non è direttamente correlata alla lunghezza del tratto malato precedentemente asportato^{4,49-52}.

- **CD de novo dell'ansa stomizzata** – Quadri di CD o simil-CD di nuova insorgenza si possono verificare a carico dell'ansa stomizzata nei pazienti sottoposti a trattamento chirurgico con confezionamento di stomia per CD ma con piccolo intestino normale ed esente da flogosi pre-operatoriamente. È questo il caso di pazienti in cui è stato necessario confezionare una stomia, in seguito ad una colite, una proctite o una malattia di Crohn in sede perianale, e che possono sviluppare la malattia di Crohn a livello dell'ansa stomizzata stessa. Tuttavia, non è ancora chiaro quali siano i fattori eziopatogenici che contribuiscono al verificarsi di tale evenienza⁴.

- **CD o flogosi simil-CD dell'ansa stomizzata dopo proctocolectomia totale e/o pouch ileale** – Nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di proctocolectomia (con o senza pouch ileale) con ileostomia terminale si può sviluppare un processo flogistico a carico dell'ansa stomizzata, espressione di una flogosi tipo CD o simil-CD di nuova insorgenza. Tale evenienza, tuttavia, è piuttosto rara se la proctocolectomia è stata effettuata per UC, la cui diagnosi preoperatoria

è stata confermata dall'esame istologico definitivo. Assai più frequente è invece l'incidenza di CD sull'ansa stomizzata nei pazienti sottoposti a proctocolectomia, con o senza pouch, in cui l'esame istologico definitivo non ha confermato la diagnosi di UC, o nei pazienti in cui si è osservato un fallimento clinico-funzionale della pouch, sia per l'insorgenza di CD che per altre complicazioni⁴.

In tutte e tre le situazioni sopracitate il sospetto clinico di CD deve essere confermato necessariamente dall'esistenza di criteri diagnostici (clinici, endoscopici, istologici e radiologici) ben precisi tra cui:

- la presenza di granulomi mucinosi non-caseosi a carico dell'ansa stomizzata o del tratto intestinale a monte della stessa;
- la presenza di ulcere e stenosi entro i 10-15 cm dall'orifizio stomale, in assenza di uso cronico di FANS;
- la presenza di fistole entero-enteriche o entero-cutanee.

Tra i fattori di rischio correlati con l'insorgenza di una recidiva stomale da CD sono stati descritti l'età precoce alla diagnosi di CD, la necessità di effettuare terapie preoperatorie con farmaci biologici (anti-TNF), la presenza di una malattia ileale preesistente ed un fenotipo di malattia penetrante³⁰. Come già accennato in precedenza, i pazienti portatori di ileostomia in seguito ad un pouch failure presentano un rischio di sviluppare una CD a livello dell'enterostomia significativamente maggiore rispetto ai pazienti portatori di ileostomia in seguito a proctocolectomia per UC [30]. Altri fattori di rischio descritti per lo sviluppo di CD a livello dell'enterostomia sono una storia familiare di IBD ed una condizione di malnutrizione preoperatorio³⁰.

Per quel che concerne la terapia della recidiva di CD a carico dell'enterostomia, il trattamento della malattia endoluminale è generalmente medico (corticosteroidi, farmaci biologici, immunosoppressori) mentre l'evoluzione della malattia in senso stenotico (esito fibrotico dei processi riparativi di fenomeni ulcerativi ricorrenti) e/o fistolizzante costituiscono un'indicazione al trattamento chirurgico con resezione del tratto malato e riconfezionamento della stomia⁴.

Nei pazienti sottoposti a colectomia per IBD (CD o UC) e portatori di ileostomia si può verificare un quadro patologico infiammatorio, caratterizzato da un'inflammatione ileale idiopatica, denominato sindrome enteritica aspecifica post-colectomia, ma conosciuto anche con i termini "*ileite post-colectomia*", "*ileite pre-stomale*", "*ileite post-ileostomia*" o "*enterite regionale*", ed il cui meccanismo eziopatogenico non

è noto⁵³⁻⁵⁶. Le manifestazioni cliniche di tale condizione sono aspecifiche (dolore e distensione addominale associati ad abbondante output stomale) ed il quadro anatomo-patologico è caratterizzato da un processo flogistico-ulcerativo che può coinvolgere il piccolo intestino dal duodeno alla stomia (che può anche essere non coinvolto dal processo flogistico). Tale condizione clinica sembra giovare del trattamento con immunosoppressori ma le evidenze scientifiche sono piuttosto scarse a causa della non specificità di tale quadro patologico.

Rischio neoplastico

L'incidenza di un adenocarcinoma sul sito dell'ileostomia è riportata essere di 2-4 casi ogni 1000 ileostomie, con un'incidenza che, nell'ambito delle IBD, è maggiore nei pazienti affetti da UC (in relazione alla maggior incidenza di ileostomie). Si verificano medimente a circa 26-30 anni di distanza dall'intervento chirurgico di confezionamento della stomia. Nei pazienti affetti da CD portatori di ileostomia, l'incidenza è ancora più rara. Diverse ipotesi eziopatogeniche sono state menzionate tra cui l'iperproliferazione epiteliale provocata dallo stimolo irritativo cronico a livello della giunzione muco-cutanea, il trauma fisico o l'irritazione cronica da agenti chimici (come i materiali adesivi per stomia) e le ileiti croniche da traslocazione batterica.

L'esame istologico su biopsia è necessario per confermare la diagnosi di adenocarcinoma peristomale e per escludere la natura infiammatoria di una tumefazione peristomale (significativamente più frequente rispetto a quelle neoplastiche) o per la diagnosi differenziali con processi infiammatori della cute peristomale. L'assenza di risposta alla terapia con corticosteroidi costituisce un criterio utile nella diagnosi differenziale tra un processo eteroformativo neoplastico e le dermatosi peristomali più comuni (dermatite da contatto, la psoriasi e PG), generalmente tutte responders alla terapia steroidea.

Indipendentemente dagli anni intercorsi tra confezionamento e comparsa di neoplasia peristomale nei casi descritti in letteratura, un regolare follow-up e screening oncologico a lungo termine è strettamente consigliato nei pazienti stomizzati affetti da IBD⁵⁷⁻⁶¹.

Ileostomia continente sec. Kock (Kock pouch)

L'ileostomia continente sec. Kock è stata applicata alla chirurgia addominale delle IBD a fine anni '60, al fine di creare un serbatoio provvisto di valvola (da qui il termine "continente") tra il piccolo intestino e l'orifizio dell'ileostomia al fine di trovare una soluzione efficace all'elevato output delle ileostomie (nei pazienti sottoposti a proctocolectomia) e migliorare quindi la qualità di vita dei pazienti ileostomizzati. L'introduzione della proctocolectomia restaurativa con J-pouch ileale nei primi anni '80 e l'elevata incidenza di complicanze riportate nelle casistiche di ileostomie continenti, ha fatto sì che tale procedura fosse messa in secondo piano. Tuttavia, negli ultimi anni, il miglioramento delle tecniche e delle metodiche terapeutiche (approccio multidisciplinare) ha favorito l'incremento di ileostomie continenti come scelta terapeutica in pazienti con pouch failure o nei quali non è possibile confezionare la pouch. Nei pazienti affetti da IBD, le complicanze più frequenti riscontrate dopo ileostomia continente sono:

- **Occlusione** – Rappresenta una complicanza assai frequente (>25%) ed è dovuta al dislocamento parziale (sub-occlusione) o totale (occlusione) della porzione efferente e della valvola della ileostomia di Koch. Il quadro acuto è risolvibile mediante esame endoscopico e decompressione della pouch ma spesso è necessaria la revisione chirurgica per impedire la recidiva della complicanza occlusiva/sub-occlusiva.
- **Incontinenza** – Può essere la conseguenza di diversi fattori, tra cui lo spostamento o il deconfezionamento della valvola o la formazione di una fistola su base ischemica a livello della valvola stessa. Il riscontro di tali evenienze, la cui frequenza è assai elevata (35-50%), necessita generalmente di revisione chirurgica della pouch; nell'ambito di pazienti affetti da CD e presenza di fistola, è necessario la diagnosi differenziale con una recidiva di malattia.
- **Flogosi** – Processi flogistici a carico della Kock pouch sono stati descritti con un'incidenza variabile del 10-30% e sono secondari ad una microbiosi da stasi all'interno del reservoir ileale. Da un punto di vista clinico si manifestano con distensione addominale, dolori addominali e feci maleodoranti. Il trattamento è medico e si basa su antibiotico-terapia per almeno due settimane. Nell'ambito di pazienti con IBD il riscontro di un processo flogistico non responders alla terapia antibiotica necessita di tipizzazione istologica e diagnosi differenziale con una recidiva o insorgenza de novo di CD o con un'enterite aspecifica post-colectomia.
- **Sanguinamento** – Il sanguinamento può essere secondario ad un processo

flogistico cronico della pouch a pattern ulcerativo (pouchite) oppure ad un danno iatrogeno secondario all'utilizzo di cateteri per favorire lo svuotamento della pouch. La diagnosi differenziale si effettua mediante esame endoscopico e biopsie; la pouchoscopia ne consente anche il trattamento.

Nei pazienti affetti da CD, la Kock pouch si associa ad un'elevata incidenza (vicina al 50%) di failure, dovuto ad un'elevata incidenza di pouchite, fistolizzazioni ed incontinenza. [62]

Follow-up dei pazienti stomizzati con cd

Nei pazienti in cui è stata confezionata una stomia, il regolare follow-up è necessario per la diagnosi precoce di eventuali complicanze stoma-relate, indipendentemente dalla malattia sottostante. Nel caso delle IBD, la complessità clinica di tale categoria di pazienti e le caratteristiche intrinseche della malattia infiammatoria cronica intestinale, rende il regolare follow-up mandatorio non solo per la prevenzione e diagnosi precoce delle complicanze prettamente stoma-relate ma anche e soprattutto per la diagnosi ed il trattamento precoce della recidiva di malattia, soprattutto nel CD, e delle complicanze stomali IBD-relate descritte nei precedenti paragrafi.

Data l'elevata incidenza di recidiva di CD e la scarsa correlazione tra la sintomatologia clinica lamentata dal paziente ed il quadro di malattia riscontrato con esami diagnostici, il solo monitoraggio clinico, basato esclusivamente sull'analisi della sintomatologia e sull'esame obiettivo, non è uno strumento di follow-up sufficiente per il FU dei pazienti stomizzati affetti da IBD.

Il regolare monitoraggio endoscopico del paziente IBD portatore di stomia costituisce uno strumento cruciale e di fondamentale importanza per la diagnosi precoce ed il trattamento di eventuali recidive o insorgenza de novo di processi infiammatori cronici a carico dell'ansa stomale. Infatti, l'esame endoscopico trans-stomia, ovvero con l'introduzione dell'endoscopio attraverso l'orifizio della stomia, grazie alla possibilità di osservare in maniera diretta e magnificata la mucosa intestinale e per la possibilità di effettuare biopsie o procedure terapeutiche, rappresenta l'esame diagnostico più efficace ed accurato per la diagnosi delle recidive da malattia o dell'insorgenza de novo di IBD; inoltre, nel caso di una stomia laterale a canna di fucile, l'esame endoscopico può controllare, oltre all'intestino a monte, anche l'intestino immediatamente a valle della stomia, al fine di escludere

patologie, quali stenosi o fistole, controindicanti la ricanalizzazione intestinale. Sebbene l'esame endoscopico rappresenti una procedura invasiva, il rischio di complicanze iatrogene (che aumenta in caso di procedure terapeutiche) è piuttosto trascurabile. Le lesioni patologiche riscontrate all'esame endoscopico assumono un ruolo predittivo sull'andamento e la progressione della malattia infiammatoria, mediante score dedicati come ad esempio il Rutgeerts'score.

Sebbene l'esame endoscopico attraverso l'orifizio stomale sia facilmente eseguibile, richiede la stretta adesione ad alcuni step procedurali:

- l'esame endoscopico trans-stomia non dovrebbe essere effettuato prima di 4 settimane dal confezionamento della stomia stessa;
- è necessario verificare preventivamente il diametro e la pervietà dell'orifizio o di entrambi gli orifizi stomali (afferente ed efferente, nel caso di una stomia laterale a canna di fucile, anche al fine di escludere danni iatrogeni in caso di una stomia laterale a canna di fucile con chiusura del moncone efferente)
- è necessaria un'ispezione accurata dell'area peristomale al fine di escludere prolapsi stomali, retrazioni, tramiti fistolosi e lesioni della cute peristomale quali ulcere e lesioni da Pyoderma gangrenosus;

Le caratteristiche endoscopiche e la sede delle lesioni flogistiche o patologiche (stenosi o fistole) sono utili da un punto di vista clinico per distinguere una eziologia infiammatoria (tipo IBD) da un'eziologia meccanica o ischemica secondaria ad un non ottimale rispetto della good practice chirurgica.

In generale, l'esame endoscopico effettuato su un paziente affetto da IBD dovrebbe indicare nel referto clinico l'esatta sede, l'estensione precisa ed il grado di severità clinica dell'eventuale recidiva o insorgenza de novo della malattia infiammatoria.

Un grande vantaggio dell'esame endoscopico è rappresentato dalla possibilità di effettuare un campionamento biptico per esame istologico che consente quindi di confermare il sospetto clinico relativo alla presenza del processo flogistico intestinale (in relazione a ben definiti caratteristiche isto-patologiche di ciascuna IBD) e di classificare il processo infiammatorio stesso in un grado di severità.

Un altro grande vantaggio di utilizzare l'esame endoscopico nel follow-up dei pazienti affetti da IBD è rappresentato dalla possibilità di trattare endoscopicamente, soprattutto nel CD, eventuali situazioni patologiche come, ad esempio, una lesione recidiva stenosante e/o fistolizzante. La dilatazione endoscopica pneumatica

(utilizzando un palloncino dilatatore, introdotto attraverso la stenosi mediante un filo guida) costituisce, allo stato attuale, una tecnica abitualmente utilizzata e dimostrata efficacia nelle stenosi infiammatorie e non, di lunghezza inferiore a 5 cm, con tasso di successo superiore al 90%, incremento dell'intervallo temporale libero da chirurgia e tasso di complicanze inferiore al 5% [B]. Sono stati descritti anche altre procedure endoscopiche utilizzate nel trattamento delle complicanze da CD, quali la stritturotomia (needle-knife stricturotomy), nel caso delle stenosi infiammatorie, o l'utilizzo di colla di fibrina e clips in caso di malattia fistolizzante.

Un ulteriore strumento a disposizione per il monitoraggio e dell'ansa stomale e della regione peri-stomale può essere effettuata mediante esami radiologici quali la TC, la RM o Rx previa somministrazione di gastrografin. Tali esami possono essere particolarmente utili per valutare l'estensione della complicanza stomale soprattutto in presenza di un processo flogistico stenosante, fistolizzante o la concomitante presenza di aree ascessuali^{4,63-74}.

Conclusioni

Nei pazienti affetti da IBD in cui è stato necessario confezionare un'enterostomia, è necessario tener ben presente il rischio di complicanze stoma-relate, precoci o tardive, la cui eziopatogenesi può dipendere sia dal confezionamento di una stomia in sé, ma anche e soprattutto dalla malattia infiammatoria sottostante e dalle complicanze che essa ha determinato sullo stato di salute del paziente.

Così come nella popolazione generale, a maggior ragione nei pazienti stomizzati affetti da IBD è necessario un monitoraggio costante ed una gestione multidisciplinare e multi-specialistica del paziente in grado di gestire, controllare ed eventualmente trattare sia le complicanze generali che quelle IBD-relate.

La gestione ed il follow-up del paziente con IBD portatore di stomia deve necessariamente basarsi su un'attenta valutazione clinica, che deve essere frequente soprattutto nell'immediato post-operatorio ma deve protrarsi per tutta la durata della malattia, e deve essere coadiuvata dal follow-up endoscopico e strumentale adeguato al fine di diagnosticare e trattare precocemente eventuali riprese di malattia al fine di scongiurare il più possibile il rischio di ricorrere ad un nuovo intervento chirurgico ed il temibile rischio di sindrome da intestino corto.

BIBLIOGRAFIA

- 1.Panés J, O'Connor M, Peyrin-Biroulet L, Irving P, Petersson J, Colombel JF. Improving quality of care in inflammatory bowel disease: what changes can be made today? *J Crohns Colitis*. 2014; 8(9): 919-26. doi: 10.1016/j.crohns.2014.02.022.
- 2.Grucela A, Steinhagen RM. Current surgical management of ulcerative colitis. *Mt Sinai J Med* 2009; 76(6): 606-12. doi: 10.1002/msj.20152.
- 3.Peyrin-Biroulet L, Loftus EV Jr, Colombel JF, Sandborn WJ. The natural history of adult Crohn's disease in population-based cohorts. *Am J Gastroenterol* 2010; 105(2): 289-97. doi: 10.1038/ajg.2009.579.
- 4.Wang X, Shen B. Management of Crohn's Disease and Complications in Patients With Ostomies. *Inflamm Bowel Dis*. 2018; 24(6): 1167-1184. doi: 10.1093/ibd/izy025.
- 5.Takahashi K, Funayama Y, Fukushima K, Shibata C, Ogawa H, Kumagai E, Sasaki I. Stoma-related complications in inflammatory bowel disease. *Dig Surg* 2008; 25(1): 16–20. doi: 10.1159/000117818.
- 6.Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J, Carr ND. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Dis* 2003; 5(1): 49–52. doi: 10.1046/j.1463-1318.2003.00403.x.
- 7.Londono-Schimmer EE, Leong AP, Phillips RK. Life-table analysis of stomal complications following ileostomy. *Dis Colon Rectum* 1994; 37 (9):916-20. doi: 10.1007/BF02052598.
- 8.Carlstedt A, Fasth S, Hulten L, Nordgren S, Palselius I. Long-term ileostomy complications in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 1987; 2(1): 22–25. doi: 10.1007/BF01648993.
- 9.Ferrara F, Parini D, Bondurri A, Veltri M, Barbierato M, Pata F, Cattaneo F, Tafuri A, Forni C, Roveron G, Rizzo G. Multidisciplinary Italian Study group for STOMas (MISSTO). Italian guidelines for the surgical management of enteral stomas in adults. *Tech Coloproctol*. 2019; 23(11): 1037-1056. doi:10.1007/s10151-019-02099-3.
- 10.Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna SE, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010; 182(18): 839-842. doi:10.1503/cmaj.090449.
- 11.Cobb MD, Grant M, Tallman NJ, Wendel CS, Colwell J, McCorkle R, Krouse RS. Colostomy irrigation. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2015; 42(1): 65-70. doi:10.1097/WON.0000000000000075.
- 12.Kent DJ, Long MA, Bauer C. Does colostomy irrigation affect functional outcomes and quality of life in persons with a colostomy? *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2015; 42(2): 155-161. doi:10.1097/WON.0000000000000121.
- 13.Grant M, McMullen CK, Altschuler A, Hornbrook MC, Herrinton LJ, Wendel CS, Baldwin CM, Krouse RS. Irrigation practices in longterm survivors of colorectal cancer with colostomies. *Clin J Oncol Nurs*. 2012; 16(5): 514-519. doi:10.1188/12.CJON.514-519.
- 14.Hanley J. Effective management of peristomal pyoderma gangrenosum. *Br J Nurs*. 2011; 20(7): S12-S17. doi:10.12968/bjon.2011.20.Sup3.S12.
- 15.Harris DA, Egbear d, Jones S, Benjamin H, Woodward A, Foster ME. Complications and mortality following stoma formation. *Ann R Coll Surg Engl* 2005; 87(6): 427-31. doi: 10.1308/003588405X60713.
- 16.Parmar KL, Zammit M, Smith A, Kenyon D, Lees NP, Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Network 2011. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Colorectal Dis* 2011; 13(8): 935-8. doi: 10.1111/j.1463-1318.2010.02325.x.
- 17.Tsujinaka S, Tan KY, Miyakura Y, Fukano R, Oshima M, Konishi F, Rikiyama T. Current Management of Intestinal Stomas and Their Complications. *J Anus Rectum Colon*. 2020; 4(1): 25-33. doi: 10.23922/jarc.2019-032.
- 18.Malik T, Lee MJ, Harikrishnan AB. The incidence of stoma related morbidity - a systematic review of randomised controlled trials. *Ann R Coll Surg Engl* 2018; 100(7): 501-508. doi: 10.1308/rcsann.2018.0126.
- 19.Roveron G, Barbierato M, Rizzo G, Parini D, Bondurri A, Veltri M, Pata F, Cattaneo F, Tafuri A, Forni C, Ferrara F; Multidisciplinary Italian Study Group for STOMas (MISSTO). Italian Guidelines for the Nursing Management of Enteral and Urinary Stomas in Adults: An Executive Summary. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2021; 48(2): 137-147. doi: 10.1097/WON.0000000000000745.
- 20.Shellito PC. Complications of abdominal stoma surgery. *Dis Colon Rectum*. 1998; 41(12): 1562-72. doi: 10.1007/BF02237308.
- 21.Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3

- weeks of surgery. *Colorectal Dis.* 2007; 9(9): 834-8. doi: 10.1111/j.1463-1318.2007.01213.x.
22. Krishnamurthy DM, Blatnik J, Mutch M. Stoma Complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017; 30(3): 193-200. doi: 10.1055/s-0037-1598160.
23. Kwiatt M, Kawata M. Avoidance and management of stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2013; 26(2): 112-21. doi: 10.1055/s-0033-1348050.
24. Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J, Carr ND. A prospective audit of stomas - analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Dis.* 2003; 5(1): 49-52. doi: 10.1046/j.1463-1318.2003.00403.x.
25. Harris DA, Egbeare D, Jones S, Benjamin H, Woodward A, Foster ME. Complications and mortality following stoma formation. *Ann R Coll Surg Engl.* 2005; 87(6): 427-31. doi: 10.1308/003588405X60713.
26. Estrada DML, Benghi LM, Kotze PG. Practical insights into stomas in inflammatory bowel disease: what every healthcare provider needs to know. *Curr Opin Gastroenterol* 2021; 37(4): 320-327. doi: 10.1097/MOG.0000000000000737.
27. Stewart DB, Messaris E. Early experience with single-site laparoscopic surgery for complicated ileocolic Crohn's disease at a tertiary-referral center. *Surg Endosc.* 2012; 26(3): 777-82. doi: 10.1007/s00464-011-1951-3.
28. Murken DR, Bleier JS. Ostomy-Related Complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2019; 32(3): 176-182. doi: 10.1055/s-0038-1676995.
29. Patel SV, Zhang L, Chadi SA, Wexner SD. Prophylactic mesh to prevent parastomal hernia: a meta-analysis of randomized controlled studies. *Tech Coloproctol* 2017; 21(1): 5-13. doi: 10.1007/s10151-016-1559-7.
30. Aboulian A. Ostomy Complications in Crohn's Disease. *Clin Colon Rectal Surg.* 2019 Jul;32(4):314-322. doi: 10.1055/s-0039-1683924.
31. Bafford AC, Lirani JL. Management and complications of stomas. *Surg Clin North Am* 2013; 93(1): 145-66. doi: 10.1016/j.suc.2012.09.015.
32. Carlstedt A, Fash S, Hultén L, Nordgren S, Palselius I. Long-term ileostomy complications in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 1987; 2(1): 22-5. doi: 10.1007/BF01648993.
33. Park JJ, Del Pino A, Orsay CP, Nelson RL, Pearl RK, Cintron JR, Abcarian H. Stoma complications: the Cook County Hospital experience. *Dis Colon Rectum* 1999; 42(12): 1575-80. doi: 10.1007/BF02236210.
34. Park J, Gessler B, Block M, Angenete E. Complications and Morbidity associated with Loop Ileostomies in Patients with Ulcerative Colitis. *Scand J Surg.* 2018; 107(1): 38-42. doi: 10.1177/1457496917705995.
35. Last M, Fazio V, Lavery I, et al. Conservative management of paraileostomy ulcers in patients with Crohn's disease. *Dis Colon Rectum.* 1984; 27(12): 779-786. doi: 10.1007/BF02553939.
36. Hellman J, Lago CP. Dermatologic complications in colostomy and ileostomy patients. *Int J Dermatol* 1990; 29(2): 129-133. doi: 10.1111/j.1365-4362.1990.tb04085.x.
37. Yeo H, Abir F, Longo WE. Management of parastomal ulcers. *World J Gastroenterol.* 2006; 12(20): 3133-3137. doi: 10.3748/wjg.v12.i20.3133.
38. Funayama Y, Kumagai E, Takahashi K, Fukushima K, Sasaki I. Early diagnosis and early corticosteroid administration improves healing of peristomal pyoderma gangrenosum in inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum.* 2009; 52(2): 311-314. doi: 10.1007/DCR.0b013e31819acc6.
39. Wu XR, Mukewar S, Kiran RP, Remzi FH, Hammel J, Shen B. Risk factors for peristomal pyoderma gangrenosum complicating inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2013; 7(5): e171-7. doi: 10.1016/j.crohns.2012.08.001.
40. Uchino M, Ikeuchi H, Matsuoka H, Bando T, Takahashi Y, Takesue Y, Matsumoto T, Tomita N. Clinical features and management of parastomal pyoderma gangrenosum in inflammatory bowel disease. *Digestion* 2012; 85(4): 295-301. doi: 10.1159/000336719.
41. McGarity WC, Robertson DB, McKeown PP, Amerson JR, Darden WA. Pyoderma gangrenosum at the parastomal site in patients with Crohn's disease. *Arch Surg.* 1984; 119: 1186-1188. doi: 10.1001/archsurg.1984.01390220064014.
42. Sheldon DG, Sawchuk LL, Kozarek RA, Thirlby RC. Twenty cases of peristomal pyoderma gangrenosum: diagnostic implications and management. *Arch Surg.* 2000; 135(5):564-8; discussion 568-9. doi: 10.1001/archsurg.135.5.564.
43. Freeman HJ. Erythema nodosum and pyoderma gangrenosum in 50 patients with Crohn's disease. *Can J Gastroenterol.* 2005; 19 (10): 603-606. doi: 10.1155/2005/323914.
44. Nguyen GC, Torres EA, Regueiro ML, Bromfield G, Bitton A, Stempak J, Dassopoulos T, Schumm P, Gregory FJ, Griffiths AM, Hanauer SB, Hanson J, Harris ML, Kane SV, Orkwis HK, Lahaie R, Oliva-Hemker M, Pare P, Wild GE, Rioux JD, Yang

- H, Duerr RH, Cho JH, Steinhart AH, Brant SR, Silverberg MS. Inflammatory bowel disease characteristics among African Americans, Hispanics, and non-Hispanic whites: characterization of a large North American cohort. *Am J Gastroenterol*. 2006; 101(5): 1012–1023. doi: 10.1111/j.1572-0241.2006.00504.x.
45. Goudet P, Dozois RR, Kelly KA, Ilstrup DM, Phillips SF. Characteristics and evolution of extraintestinal manifestations associated with ulcerative colitis after proctocolectomy. *Dig Surg* 2001; 18(1): 51–55. doi: 10.1159/000050097.
46. Trikudanathan G, Venkatesh PG, Navaneethan U. Diagnosis and therapeutic management of extra-intestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Drugs* 2012; 72 (18): 2333–2349. doi: 10.2165/11638120-000000000-00000.
47. Mana J, Marcoval J. Erythema nodosum. *Clin Dermatol*. 2007; 25(3): 288–94. doi: 10.1016/j.clindermatol.2007.03.006.
48. Timani S, Mutasim DF. Skin manifestations of inflammatory bowel disease. *Clin Dermatol* 2008; 26(3): 265–273. doi: 10.1016/j.clindermatol.2007.10.018.
49. Lopez J, Konijeti GG, Nguyen DD, Sauk J, Yajnik V, Ananthkrishnan AN. Natural history of Crohn's disease following total colectomy and end ileostomy. *Inflamm Bowel Dis*. 2014; 20(7): 1236–1241. doi: 10.1097/MIB.0000000000000072.
50. Amiot A, Gornet JM, Baudry C, Munoz-Bongrand N, Auger M, Simon M, Allez M, Cattan P, Sarfati E, Lémann M. Crohn's disease recurrence after total proctocolectomy with definitive ileostomy. *Dig Liver Dis*. 2011; 43(9): 698–702. doi: 10.1016/j.dld.2011.02.017.
51. Fumery M, Dulai PS, Meirick P, Farrell AM, Ramamoorthy S, Sandborn WJ, Singh S. Systematic review with meta-analysis: recurrence of Crohn's disease after total colectomy with permanent ileostomy. *Aliment Pharmacol Ther*. 2017; 45(3): 381–390. doi: 10.1111/apt.13886.
52. D'Haens GR, Gasparaitis AE, Hanauer SB. Duration of recurrent ileitis after ileocolonic resection correlates with presurgical extent of Crohn's disease. *Gut*. 1995; 36(5): 715–717. doi: 10.1136/gut.36.5.715.
53. Korelitz BI, Present DH, Alpert LI, et al. Recurrent regional ileitis after ileostomy and colectomy for granulomatous colitis. *N Engl J Med* 1972; 287(3): 110–5. doi: 10.1056/NEJM197207202870302.
54. Mayo HW Jr, Duggan JJ. Postcolectomy enteritis: survival after extensive small bowel resection complicated by magnesium deficiency—case report. *Ann Surg*. 1963; 157: 92–96. doi: 10.1097/0000658-196301000-00011.
55. Turnbull RB Jr, Weakley FL, Farmer RG. Ileitis after colectomy and ileostomy for nonspecific ulcerative colitis: report of 35 cases. *Dis Colon Rectum*. 1964; 7: 427–435. doi: 10.1007/BF02616862.
56. Adson MA, Benjamin I, Dockerty MB. Postcolectomy ileitis and related disorders. *Arch Surg* 1971; 102 (4): 326–331. doi: 10.1001/archsurg.1971.01350040088017.
57. Sigler L, Jedd FL. Adenocarcinoma of the ileostomy occurring after colectomy for ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1969; 12(1): 45–48. doi: 10.1007/BF02617197.
58. Suarez V, Alexander-Williams J, O'Connor HJ, Campos A, Fuggle WJ, Thompson H, Enker WE, Greenstein AJ. Carcinoma developing in ileostomies after 25 or more years. *Gastroenterology* 1988; 95(1): 205–208. doi: 10.1016/0016-5085(88)90313-7.
59. Todd IP. Mechanical complications of ileostomy. *Clin Gastroenterol* 1982; 11(2): 268–273.
60. Liu K, Prasad MA, Lo A, Bellaguarda E, Strong S, Hanauer SB. Primary adenocarcinoma of an ileostomy in Crohn's disease. *ACG Case Reports Journal* 2016; 3(4): e112. doi: 10.14309/crj.2016.85.
61. Quah H, Samad A, Maw A. Ileostomy carcinomas a review: the latent risk after colectomy for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis. *Colorectal Dis* 2005; 7(6): 538–544. doi: 10.1111/j.1463-1318.2005.00807.x.
62. Risto A, Hallböök O, Andersson P, Sjödhall R, Myrelid P. Long-term Follow-up, Patient Satisfaction, and Quality of Life for Patients With Kock's Continent Ileostomy. *Dis Colon Rectum* 2021; 64(4): 420–428. doi: 10.1097/DCR.0000000000001823.
63. Sinh P, Shen B. Endoscopic evaluation of surgically altered bowel in patients with inflammatory bowel diseases. *Inflamm Bowel Dis*. 2015; 21(6): 1459–1471. doi: 10.1097/MIB.0000000000000357.
64. Vadlamudi N, Alkhouri N, Mahajan L, Lopez R, Shen B. Ileoscopy via stoma after diverting ileostomy: a safe and effective tool to evaluate for Crohn's recurrence of neoterminal ileum. *Dig Dis Sci* 2011; 56(3): 866–870. doi: 10.1007/s10620-010-1332-0.
65. Wu XR, Shen B. Diagnosis and management of parastomal pyoderma gangrenosum. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2013; 1(1): 1–8. doi: 10.1093/gastro/got013.
66. Murphy SJ, Kornbluth A. Double balloon enteroscopy in Crohn's disease: where are we now and where should we go? *Inflamm Bowel Dis*. 2011; 17(1): 485–490. doi: 10.1002/ibd.21373.
67. Di Nardo G, Oliva S, Aloia M, Rossi P, Casciani E, Masselli G, Ferrari F, Mallardo S, Stronati L, Cucchiara S. Usefulness

- of single-balloon enteroscopy in pediatric Crohn's disease. *Gastrointest Endosc.* 2012; 75(1): 80–86. doi: 10.1016/j.gie.2011.06.021.
68. Gill RS, Kaffes AJ. Small bowel stricture characterization and outcomes of dilatation by double-balloon enteroscopy: a single-centre experience. *Therap Adv Gastroenterol.* 2014; 7(3): 108–114. doi: 10.1177/1756283X13513995.
69. Chen M, Shen B. Comparable short- and long-term outcomes of colonoscopic balloon dilation of Crohn's disease and benign non-Crohn's disease strictures. *Inflamm Bowel Dis.* 2014; 20(10): 1739–1746. doi: 10.1097/MIB.0000000000000145.
70. Chen M, Shen B. Ileoscopic balloon dilation of Crohn's disease strictures via stoma. *Gastrointest Endosc.* 2014; 79(4): 688–693. doi: 10.1016/j.gie.2013.11.005.
71. Deepak P, Bruining DH. Radiographical evaluation of ulcerative colitis. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2014; 2(3): 169–177. doi: 10.1093/gastro/gou026.
72. Park MJ, Lim JS. Computed tomography enterography for evaluation of inflammatory bowel disease. *Clin Endosc.* 2013; 46(4): 327–366. doi: 10.5946/ce.2013.46.4.327.
73. Dykes DM, Saeed SA. Imaging for inflammatory bowel disease: the new “sounding board”. *J Pediatr* 2013; 163(3): 625–626. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.05.003.
74. Quon JS, Quon PR, Lim CS, Abdeen N, Schieda N. Magnetic resonance enterography in post-operative inflammatory bowel disease. *Abdom Imaging* 2015; 40(5): 1034–1049. doi: 10.1007/s00261-015-0392-1.

5.5 ASPETTI EMOTIVI, PSICOLOGICI E RELAZIONALI NEL PAZIENTE STOMIZZATO



VALERIA PEREGO

*Psicologa psicoterapeuta presso Consultorio Familiare Scarpellini di Bergamo;
membro del direttivo di LILT Bergamo Onlus*

Abstract

Gli aspetti emotivo-psicologici che la persona stomizzata si trova a dover affrontare sono principalmente legati al cambiamento del proprio corpo e alla difficile accettazione della nuova immagine di sé: difficoltà ad adattarsi a cambiamenti improvvisi, inaspettati e permanenti subiti e non scelti.

Oltre alla ferita fisica, quindi, se ne crea una anche psicologica che ha bisogno di essere adeguatamente elaborata e accettata per poter avere una condizione di vita soddisfacente perché con la stomia si compromette non solo la percezione del proprio aspetto fisico ma anche della propria identità.

La perdita del controllo volontario su una parte del proprio corpo può far insorgere vissuti di perdita e mutilazione che si traducono in rabbia e frustrazione. Il peso emotivo della malattia è carico di dolore e angosce al punto che i pazienti stomizzati se non adeguatamente sostenuti, possono andare incontro all'insorgere di patologie psicologiche come l'ansia o la depressione che si aggiungono al carico di quanto già presente nella loro vita.

Le difficoltà relazionali con sé stessi e il proprio corpo possono estendersi anche agli altri investendo l'ambito familiare, amicale e lavorativo. La dimensione di ritiro in solitudine è una condizione frequente che non aiuta a uscire dal circolo vizioso di ansia e depressione.

Il ruolo della famiglia è fondamentale ma spesso anch'essa viene travolta dal problema e non sa come comportarsi, ecco perché l'intervento terapeutico per essere efficace deve coinvolgere non solo l'individuo ma anche la sua famiglia tramite un lavoro integrato tra le diverse figure professionali.

Il lavoro dello psicologo deve essere orientato al supporto psicologico dell'individuo e anche della famiglia, a partire dalla fase preoperatoria, fino ad accompagnare la

persona con i suoi familiari verso le dimissioni e oltre.

Il paziente stomizzato può essere aiutato per accogliere ed elaborare il cambiamento, elaborare e superare il “lutto” corporeo, riappropriarsi della propria normalità, costruire una nuova immagine di sé, raggiungere una nuova consapevolezza, rinforzare la stima di sé, riappropriarsi della vita relazionale e sessuale.

Un altro strumento importante che si può usare in campo psicologico è il gruppo che può essere utilizzato sia con i pazienti che con le loro famiglie. Intendo approfondire anche questo aspetto, parlando dei gruppi psicoterapeutici come strumento per il sostegno psicologico ai pazienti e dei gruppi di familiari.

I gruppi hanno l'obiettivo di sostenere l'emotività, consentire un confronto sulle difficoltà affrontate, elaborare tematiche complesse come la sessualità e la disabilità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), definisce la salute come **“Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità.”** (OMS, 1948).

Il paziente stomizzato viene dunque colpito in tutte e tre le dimensioni che concorrono a definire la salute di una persona.

Innanzitutto, la stomia è l'esito di un intervento chirurgico che si è reso necessario in seguito a diverse condizioni di malattia. Spesso si tratta di una malattia oncologica. La persona, quindi, ha già su di sé il peso di una diagnosi pesante che stravolge la sua vita e quella di chi gli sta intorno. Una diagnosi di cancro cambia la vita per sempre e aggiunge una fatica che spesso le persone si portano dietro, anche quando, magari, la malattia fisica è superata. Alla diagnosi possono seguire diversi interventi terapeutici, tra cui quello chirurgico che a volte è solo uno dei tanti che segue o precede chemioterapie o radioterapie. Stiamo parlando quindi di un corpo ferito e affaticato e che soprattutto non sarà più lo stesso di prima.

Una persona stomizzata deve così affrontare il cambiamento del proprio corpo, un cambiamento che avviene in modo repentino e permanente. È un cambiamento che spesso è subito, perché il paziente non ha davvero la possibilità di scegliere: nella maggior parte dei casi se si arriva alla stomia è perché non ci sono altre strade percorribili.

È un cambiamento che avviene in modo repentino e inaspettato; quando un cambiamento implica una perdita, si crea una vera e propria ferita che ha bisogno di molto tempo per rimarginarsi e guarire.

Non solo una ferita fisica

Oltre alla ferita fisica, dunque, c'è anche una difficoltà psicologica. In ogni questione che coinvolge il corpo, è necessario considerare anche le emozioni che lo riguardano (vergogna, senso di colpa, rabbia, ansia, tristezza e depressione). La persona ha bisogno di adattarsi al cambiamento e renderlo quantomeno accettabile.

Ognuno di noi possiede dentro di sé una rappresentazione mentale del nostro corpo: lo schema corporeo. Qualsiasi intervento demolitivo comporta una variazione di questa rappresentazione mentale e va a incidere anche sulla più generale immagine che noi abbiamo di noi stessi. L'immagine mentale che ognuno di noi ha di sé si sviluppa alla nascita e continua per tutta la vita e ci riguarda da diversi punti di vista: quello emotivo, fisico, culturale, sessuale, cognitivo e perfino economico. Noi abbiamo un'idea e una sensazione di noi stessi che permane nel tempo, anche se cambia il nostro modo di vestirci, la nostra forma, il trucco o il peso.

Accettare la nuova immagine di sé è difficile, perché un corpo amputato compromette non solo la percezione del proprio aspetto fisico, ma anche della nostra stessa identità. Accettare il cambiamento è un percorso lungo che le persone non possono e non dovrebbero fare da sole.

L'intervento chirurgico serve a salvare la vita, eppure in seguito a questo tipo d'intervento spesso le persone si sentono malate ancora a lungo, a volte per sempre. Una parte malata è stata portata via, ma con quella, è stato portato via molto di più. I pazienti continuano a sentirsi malati, vivono un profondo senso d'inadeguatezza e vergogna. La loro condizione non sempre è facilmente mascherabile e questo li porta a sentirsi diversi, a vivere con imbarazzo, per paura di essere scoperti. Si può arrivare così a isolarsi sempre di più perché le difficoltà con sé stessi possono estendersi non solo all'ambito familiare ma anche a quello amicale e sociale. Il vissuto è di solitudine, d'incomprensione. I pazienti stomizzati, se non adeguatamente sostenuti, possono andare incontro all'insorgere di patologie psicologiche importanti come l'ansia o la depressione, cadendo poi in un circolo vizioso da cui diventa sempre più difficile uscire da soli.

In questa situazione il ruolo della famiglia è fondamentale, ma spesso anch'essa è travolta dalle difficoltà e non riesce a reagire o non sa come comportarsi.

Comunque, è importante che nella presa in carico del paziente, che deve essere a 360 gradi, siano coinvolti anche i familiari.

La perdita di controllo e la vergogna: i limiti sociali e culturali

Un paziente stomizzato non solo si confronta con la violazione del proprio corpo mutilato e quindi in parte percepito come disabile, ma anche con il senso di vergogna legato al giudizio sociale e culturale.

La perdita del controllo volontario su una parte del proprio corpo può far insorgere rabbia e frustrazione che possono portare alcune persone a negare la malattia stessa, le sue conseguenze, fino al punto di rifiutarsi di imparare a gestire la stomia. Pretendere che lo faccia ad esempio un familiare al posto loro, può diventare una forma di ricatto psicologico che sottende la non accettazione della situazione insieme all'invidia di chi invece è sano.

La continenza (urinaria e fecale) è una delle tappe fondamentali di crescita del bambino. È un momento in cui s'impara ad avere il controllo. La perdita di questa capacità può essere vissuta come una regressione all'infanzia o come un'accelerata verso l'età anziana, entrambe fasi della vita in cui si è dipendenti dalle cure dell'altro. Tutto questo si accompagna a un senso di vergogna e al timore appunto di non essere in grado di gestire completamente le funzioni escretive, il timore di emanare cattivo odore o di sporcarsi. Una conseguenza quasi immediata di questo stato d'animo è il cercare di evitare tutte le situazioni pubbliche. Se da una parte questo aiuta a gestire il disagio, dall'altra però crea una condizione d'isolamento sociale e conferma la paura della persona di non essere più indipendente.

Il supporto psicologico

Un paziente stomizzato dovrebbe avere la possibilità di incontrare uno psicologo fin da subito e un intervento di supporto emotivo dovrebbe esserci fin dalla fase preoperatoria per preparare la persona all'intervento e alle sue conseguenze. Se poi pensiamo che spesso si tratta di pazienti oncologici, dovremmo pensare che la presenza dello psicologo è fondamentale fin dalla comunicazione della diagnosi di tumore.

Il cambiamento psico-fisico cui una persona è sottoposta con l'intervento di stomia è così importante che lo psicologo dovrebbe continuare a essere poi una presenza costante anche dopo l'intervento, non solo a disposizione del paziente, ma anche dei suoi familiari, di chi gli è vicino e di chi si occupa di lui.

La fase di presa in carico post-operatoria, da un punto di vista psicologico non

ha delle tempistiche uguali per tutti. Il sostegno psicologico è fondamentale per accompagnare il paziente fino alle dimissioni, ma anche oltre, fino a quando la persona ne avrà bisogno e potrà trarne beneficio.

Ogni paziente, infatti, può reagire in modo diverso. In generale c'è sempre una grande difficoltà ad accettare i cambiamenti. Qualcuno può reagire negandoli, altri esprimendo una rigidità eccessiva che li porta a essere perfezionisti e rigidi, incapaci di tollerare ogni minimo difetto: sono persone che puntano tutto sull'aspetto esteriore e sull'apparenza. È un modo per esorcizzare il cambiamento e la ferita che il corpo ha subito e per tentare di gestire l'ansia.

Altri ancora subiscono sicuramente la situazione e arrivano a perdere interesse per ogni aspetto della propria esistenza, si sentono persone inutili e incapaci di realizzarsi, non hanno più interessi e progettualità per il futuro. Spesso sono persone con un tono dell'umore deflesso che soffrono anche di depressione. Spesso entrano in un circolo vizioso da cui è difficile uscire senza un aiuto perché si chiudono sempre più in se stessi e il ritiro sociale contribuisce a far peggiorare lo stato depressivo. Insieme ad un supporto psicologico e psicoterapeutico è utile, in questi casi, valutare anche il sostegno farmacologico.

Anche la mente è sfigurata

Il paziente stomizzato non si sente più come prima dell'intervento: il suo corpo è stato minacciato nella sua integrità, ne ha perso l'autonomia e il controllo, porta con sé un danno fisico permanente. Spesso sperimenta un senso di fallimento e di perdita.

Da un punto di vista prettamente psicologico ci troviamo di fronte ad un vero e proprio lutto. Si perdono, infatti, molte cose: si perde una parte del corpo, si perde l'immagine di sé, si perde il controllo sul proprio corpo e sulle sue funzioni che rappresentano una delle prime autonomie nel processo di crescita, si perdono alcune relazioni importanti e si compromette l'intimità, si perde la fiducia nella possibilità di guarire. E come ogni processo di lutto, anche quest'esperienza è caratterizzata da diverse fasi:

- Shock e stordimento: sentimento di disorientamento e incredulità per quanto accaduto, per la malattia, per l'intervento, spesso per la repentinità con cui tutto ciò accade. Non si ha, appunto, il tempo di elaborarlo.
- Negazione e rifiuto: rifiuto ad accettare quanto è accaduto.
- Rabbia: si può provarla verso se stessi o rivolgerla agli altri.

- Paura e depressione: paura del futuro in seguito al cambiamento, alla perdita.
- Tristezza e disperazione: si passa attraverso la sensazione di non essere in grado di farcela.
- Nuovi punti di vista: nuove prospettive da cui provare a osservare la situazione.
- Disinvestimento: riappropriarsi della capacità di investire in un nuovo futuro.
- Lasciar andare: non rimanere “agganciati” all’idea di essere diversi per sempre, è importante non crogiolarsi nel proprio vittimismo.
- Intraprendere una nuova strada: essere in grado di vivere una nuova quotidianità integrata nei cambiamenti che sono avvenuti.

Ognuna di queste fasi va vissuta e attraversata, senza che la persona rimanga intrappolata in una di esse, nell’impossibilità poi di procedere. Darsi tempo è importante, farsi aiutare anche! Spesso da soli è difficile, sono importanti l’aiuto e il sostegno di chi è vicino, ma anche di un professionista che accompagni lungo questo percorso.

La persona stomizzata deve riappropriarsi di una nuova immagine di sé, dopo aver accolto ed elaborato questo importante cambiamento. Tornare a una “nuova normalità” non è facile né tanto meno immediato. Oltre alla nuova immagine di sé, ci si ritrova a fare i conti con la propria autostima, con la fatica di riappropriarsi di una vita relazionale, sociale e sessuale.

Psicoterapia e percorsi di gruppo

Molti pazienti prediligono un sostegno psicologico o un percorso di psicoterapia individuale e certamente in una prima fase è importante ritagliarsi uno spazio individuale per rielaborare i propri vissuti ed emozioni. Per molti è anche utile l’esperienza di un gruppo, che può essere un’esperienza aperta sia ai pazienti sia ai loro familiari. Il gruppo rivolto ai pazienti consente un confronto che può essere facilitato dal fatto di riuscire a condividere con altre persone un’esperienza simile. Non solo gli altri hanno vissuto un’esperienza fisica e di malattia simile, ma vivono le stesse emozioni, ansie e difficoltà. Nel gruppo si accoglie l’altro e si è a propria volta accolti senza giudizio. Nell’altro ci si può rispecchiare senza timore di un giudizio. Nell’incontrare altri si riduce il rischio d’isolamento sociale e si è meno esposti al rischio di vivere la propria condizione in maniera vittimistica. Il gruppo, quindi, rappresenta una rete che sostiene e protegge, non un rifugio in cui nascondersi che impedisce di progredire.

Oltre ai gruppi di psicoterapia, condotti da un professionista qualificato, esistono anche gruppi di Auto Mutuo Aiuto (A.M.A.) spesso proposti da associazioni di pazienti, dove ognuno è protagonista attivo del gruppo nel mettere a disposizione la propria personale esperienza, al servizio di quella degli altri.

Adattarsi alla nuova situazione è complesso per tutti e spesso determina cambiamenti importanti nella quotidianità e nelle relazioni. Infatti, anche se il cambiamento della propria immagine riguarda un aspetto privato del sé, inevitabilmente i vissuti della persona si riflettono sulla sua sfera sociale, da quella più intima a quella più allargata. La fatica che le persone stomizzate incontrano nel riprendere le relazioni sociali spesso si evidenzia nell'impoverimento e peggioramento della qualità della loro vita. Anche per i familiari è importante potersi confrontare sulle proprie emozioni (come paura, impotenza o frustrazione), sulle difficoltà affrontate e sull'elaborazione di aspetti che sono ancora spesso tabù come la sessualità. I gruppi rivolti ai familiari sono allo stesso modo utili per confrontarsi sulla fatica che a volte si vive per riflesso. I familiari sono una grande risorsa per la persona che ha subito una stomia, ma per essere di aiuto e sostegno, hanno bisogno loro stessi di essere sostenuti.

Sessualità e malattia

La sessualità è una delle componenti che fanno parte dell'essere umano, della sua identità, della sua storia personale e costituisce una forte spinta alla realizzazione personale.

Il desiderio sessuale oltretutto, al contrario di come spesso si pensi, resta vivo fino a tarda età.

È un desiderio fisico ma anche emotivo. L'amore e la sessualità sono bisogni primari dell'essere umano. Desiderare ed essere a propria volta desiderati diventa ancora più importante per una persona che è stata malata e ha un intervento come la stomia.

Quando una persona sperimenta la condizione di malattia, fa esperienza di un limite, un limite fisico e corporeo che ha un impatto anche sulla sua dimensione più intima. Ognuno di noi può sperimentare diverse condizioni di limite, ma la malattia, più di tutto, amplifica questa percezione che si ripercuote non solo nella sfera personale del soggetto, ma anche nelle sue relazioni sociali, affettive e sessuali.

Questo spiega perché non di rado i rapporti affettivi in presenza o in seguito ad una malattia cambiano. Il cambiamento può essere riferito a una maggiore difficoltà nelle

relazioni, ma può anche assumere invece una connotazione positiva. Fa emergere ancora di più il senso e il valore delle relazioni che davvero contano nella vita di ognuno di noi.

La sessualità intesa come attività sessuale può subire profonde modificazioni fisiche e mentali, dove una incide sull'altra e viceversa. Il limite si amplifica se la persona era abituata a concepire la sessualità solo in termini di prestazione. In questo caso il timore di non essere più come prima, di non essere più desiderabili o accettati dall'altro prevale su ogni altra emozione. Proprio per questo è importante ampliare il concetto di sessualità e non ridurlo solo a una prestazione fisica. Non esiste nell'essere umano una sessualità biologica pura perché mente e corpo sono un tutt'uno.

La malattia stravolge la vita, le priorità cambiano, è a tutti gli effetti un trauma, sia perché spesso si parla di malattia oncologica, sia per il trauma fisico legato all'intervento chirurgico.

Le modalità e la qualità della sessualità quindi possono cambiare, ma la malattia e le conseguenze che ne derivano, come ad esempio una stomia, possono invece diventare un'occasione importante per la persona e il partner che le è accanto. Il modo di provare desiderio può cambiare ed è l'occasione, per esempio, per dare maggiore valore all'intimità intesa come momento di tenerezza, di coccola, di vicinanza fisica e mentale. Desiderio e piacere rimangono aspetti importanti da coltivare nella relazione, ma si può imparare a farlo in modo diverso che può diventare unico e diverso per ognuno, pensando che non esiste una sola modalità.

In ogni caso quando il deficit fisico ha una certa rilevanza, è sempre importante indagarne le cause che spesso possono dipendere da fattori diversi che hanno un'influenza sul desiderio e sulla sessualità. Non sempre, infatti, le cause sono solo di tipo organico. E' importante considerare anche la condizione emotiva della persona che può essere depressa, in ansia o si sente desiderabile e amata.

Per questo all'interno di una relazione di coppia è fondamentale il dialogo tra partner. E' importante riuscire a creare un luogo dove la condivisione emotiva sia al primo posto. Raccontare le proprie paure e timori e i propri desideri e fantasie è fondamentale non solo per la persona malata, ma anche per il suo partner. Quando ritagliarsi questo spazio è troppo difficile, è importante ricorrere all'aiuto di specialisti che possono essere psicologi e psicoterapeuti, ma anche infermieri e terapisti che possono aiutare da un punto di vista pratico, suggerendo modi e strategie adatte ad ogni condizione e situazione.

La sessualità nei pazienti stomizzati

Quando la patologia riguarda l'intestino-colon-retto o l'apparato genito-urinario è chiaro che sono coinvolte aree diverse legate all'igiene, al pudore e all'intimità. Aspetti tutti collegati in qualche modo alla sfera sessuale.

L'alterazione della propria immagine corporea si associa anche al tema dell'identità di genere, poiché gli organi sessuali caratterizzano l'uomo e la donna.

Un intervento sull'intestino, in specie la resezione del retto e dello sfintere, può influire sugli organi sessuali. Alcune persone possono essere colpite da disfunzioni di natura organica, anche se questo non accade sempre.

Le vie nervose del bacino inferiore, da cui dipende la potenza sessuale dell'uomo, attraversano anche la regione del retto operata o irradiata. Per questo motivo non si possono mai escludere lesioni con conseguenti effetti sulla potenza sessuale. Ciò non significa necessariamente un calo della libido, ma possono sorgere problemi di erezione ed eiaculazione, per cui a volte non si possono avere rapporti sessuali come prima. Queste conseguenze possono amplificare un senso di svalutazione nell'uomo. Bisogna però ricordare che queste difficoltà in alcuni casi possono essere occasionali o temporanee. Esistono poi interventi o ausili disponibili che possono supplire a una mancata o insufficiente erezione. È sempre importante in questo caso rivolgersi a un andrologo.

Nelle donne invece la ripresa dei rapporti può essere un'esperienza inizialmente dolorosa in seguito alla resezione di parte dell'intestino che può produrre un cambiamento di assetto degli organi interni, tra cui la vagina. Anche le terapie come radioterapia o chemioterapia possono produrre effetti collaterali temporanei a carico della vescica o creare disturbi simili a quelli della menopausa, come secchezza vaginale.

Le donne che subiscono un intervento di stomia possono essere ancora molto giovani e in età fertile. La stomia non rende impossibile una gravidanza, ma è necessario in questo caso l'intervento di professionisti medici e terapisti esperti in stomaterapia che seguano la paziente per tutto il corso della gravidanza.

Nelle donne il sentimento prevalente può essere quello dell'impoverimento della propria vita sessuale e affettiva. La paura più comune è quella di non sentirsi amata e amabile, desiderata e desiderabile.

Uomini e donne, poi, possono sperimentare il senso di colpa per la paura di non essere più in grado di soddisfare il/la partner.

La persona stomizzata si trova anche a fare i conti con le difficoltà che può suscitare nel

partner e di fronte alla sensazione di un rifiuto può arrivare a ritirarsi definitivamente dall'attività sessuale. I dispositivi necessari in seguito all'intervento possono, infatti, costituire un limite o rappresentare un blocco fino a ridurre l'attrazione. Anche per questo è utile parlare con il proprio terapeuta che potrà suggerire strategie efficaci (come dispositivi di dimensioni ridotte o modi per mimetizzare la presenza del dispositivo).

Certamente da un punto di vista medico, in seguito all'operazione si sconsigliano i rapporti sessuali fintantoché le ferite non siano completamente rimarginate. Soprattutto è importante che la persona senta che è il momento giusto. Sono diverse le ferite che devono rimarginarsi, non solo quelle fisiche. È importante scegliere cosa sia desiderabile e fattibile nella nuova situazione.

La comunicazione all'interno della coppia è dunque fondamentale per gestire bene quest'aspetto della vita relazionale. In ogni caso la sessualità è una parte fondamentale di cui avere cura nella relazione e quando riprendere i rapporti sessuali è complesso da un punto di vista fisico o psicologico è opportuno rivolgersi a un esperto insieme al proprio partner per parlarne insieme e trovare una soluzione.

E' importante non sottovalutare queste problematiche per consentire un'adeguata qualità di vita al paziente e a chi gli è vicino, soprattutto chi condivide con lui una relazione d'intimità.

Approccio integrato

In ogni caso l'approccio terapeutico ideale è quello integrato tra tutti i professionisti e le persone che si prendono cura del paziente. Va prestata una particolare cura al momento delle dimissioni e del ritorno a casa. Va preparato il paziente, così come i suoi familiari. È importante per tutti essere informati e mantenere un dialogo costante tra medico, terapeuta e psicologo. Nessuno deve sentirsi abbandonato in questo delicato momento. Con l'intervento chirurgico non è tutto finito, anzi, è tutto nuovo e inizia proprio in quel momento! È fondamentale aiutare il paziente a riprendere una vita il più normale possibile, aiutandolo a risolvere quelle difficoltà che da solo non è in grado di risolvere.

5.6 NARRARE STORIE DI VITA DELLA PERSONA CON STOMIA



VIVIANA MELIS

Ambulatorio infermieristico stomaterapia

Direzione Professioni Sanitarie e Sociali – Asst-Papa Giovanni XXIII Bergamo

La vita è qualcosa di imprevedibile, una continua sfida, una lotta per risalire sempre la china, per ripartire e imbattersi in nuove avventure sia positive che negative ma che contribuiscono alla crescita e alla maturazione.

Si vorrebbe avere un'esistenza serena e senza nuvole, paragonabile ad una giornata di sole che riesca a illuminare ogni momento buio e a dare un raggio di luce al grigiore della quotidianità, ma non sempre questo avviene, perché non sempre si riesce a vivere protetti in una campana di vetro, perché questa può essere infranta da contraccolpi imprevedibili.

Ogni giorno la mia professione di stomaterapista mi mette a contatto con persone che si devono misurare con la sofferenza e la resistenza del vivere, auguro che le loro storie da me raccolte possano essere uno sprone a lottare e a non arrendersi di fronte ai vari problemi che quotidianamente ci attanagliano.

Certo sarebbe bello far tesoro degli insegnamenti di chi ci potrebbe aiutare a trovare delle soluzioni sui quesiti riguardanti la condizione umana, ma in pratica è difficile attualizzarli perché ognuno ha un proprio vissuto e un modo diverso ad approcciarsi ai problemi.

Avere una percezione di sé e un senso per cui vivere e lottare è preponderante per acquisire lo spunto e la motivazione per andare avanti nella propria quotidianità, superando anche gli scogli insormontabili.

Ognuno è una piccola particella del “cosmos” necessaria, anche se non indispensabile, per garantire un ordine perfetto e immutabile.

Con queste premesse ognuno sarebbe in grado di contrastare i contraccolpi che si possono abbattere sulla nostra vita, avendo uno scopo da perseguire.

Magari fosse sempre così! La realtà è molto diversa, non possiamo non tener conto della fragilità e dei limiti nell'affrontare le problematiche di qualsiasi natura, soprattutto di salute.

Dinnanzi alle malattie ci sentiamo impotenti e incapaci di reagire, si può lottare senza raggiungere il traguardo e si possono vedere la sconfitta e l'impossibilità di una via d'uscita.

Quando mi sé presentata l'occasione di partecipare all'elaborazione di un capitolo del "Libro bianco sulle stomie", ho accolto subito questa bella opportunità, cercando di dare il mio contributo per poter aiutare le persone stomizzate a vivere serenamente la loro problematica, pur difficile da affrontare. Ho pensato, infatti, che sarebbe stato stimolante ed interessante raccontare le storie di vita dei miei pazienti o, meglio, delle persone con stomia.

Quando sopraggiunge una malattia di qualsiasi natura, che comporti il confezionamento di una stomia, cambia totalmente lo stile di vita della persona, poiché si vede alterata l'immagine del proprio corpo, determinando ciò la perdita dell'autostima, l'insicurezza e imbarazzo e l'ostacolo nel rapportarsi con gli altri.

Sebbene ognuno abbia sempre paura e preoccupazione quando gli viene diagnosticata una patologia grave, come il cancro, spesso definita Mostro, Alien o Intruso in alcuni racconti, non ci si deve arrendere perché la vita ci provoca ogni giorno, imponendoci quasi di accettare la sfida e di debellarla con le armi che si hanno a disposizione, fiduciosi nella vincita sul proprio nemico.

Bisogna imparare a convivere con la stomia, che a volte dinnanzi a certe malattie diviene come un' "ancora di salvezza" e a sentirla parte integrante di sé stessi senza essere condizionati nel gestirla, anche se non sempre è facile.

Benché la figura professionale dei sanitari o quella dello stomaterapista, come un direttore artistico nell'allestimento di uno spettacolo, possa avere un ruolo importante per il paziente nell'accettazione della stomia con la propria presenza e

disponibilità, dovrà essere lui in grado di diventare protagonista della realizzazione di se stesso nella nuova fase della sua vita, come attore in una rappresentazione teatrale, e propenso a vivere serenamente, considerando la stomia una propria peculiarità, senza che essa possa compromettere il suo modo di essere.

Certo per chi è coinvolto in prima persona, tutte queste considerazioni potrebbero sembrare molto lontane dalla sua difficile realtà. Infatti, capita spesso che la sofferenza non sia accettata e ci si senta vittime di un destino ostile, ponendosi dei “perché “senza risposta sulla sventura che si è abbattuta su sé stessi all’improvviso senza nessuna motivazione, cosa fare: sprofondare o reagire?

La soluzione migliore sarebbe di non soccombere, ritenendo la stomia, una sfida alle intemperie della vita, sfida che induce da una parte a non chiudersi in sé stessi, considerando proficui la solidarietà e l’affetto degli altri, dall’altra a isolarsi per riflettere sulla propria esistenza in questi momenti bui, cercando di coglierne il senso in modo da ritrovare un equilibrio interiore dopo lo smarrimento e il vuoto.

Non sempre però questo avviene, quando si ha un atteggiamento di avversione per la situazione critica in cui si è involontariamente incorsi, come un guerriero che subisce un’ingiustizia, si preferisce vivere appartati dentro una corazza che diventa come un baluardo difensivo per non mostrare le proprie fragilità e per sentirsi invulnerabili.

La scrittura in molte circostanze permette di liberare emozioni e sentimenti che con le parole spesso risultano inespressi, il trauma, cagionato da una malattia, lascia il segno, è solo il tempo che può cancellare o per lo meno lenire il dolore e dare la forza di andare avanti.

Spesso si comunica il proprio stato emotivo attraverso le pagine di un diario che palesa con il ripercorrere le varie tappe del proprio vissuto le varie sfaccettature dell’“io”: sofferenza, abbattimento, ma anche coraggio, tenacia e rassegnazione della realtà.

Ogni singolo caso di malattia è una storia di vita che deve essere ascoltata, rispettata e non potrà mai essere riprodotta in una maniera identica, nonostante possano riscontrarsi delle comunanze.

“L’arte del narrare è antica quanto l’uomo ed è attraverso le strutture narrative e i racconti che le persone riescono a costruire il proprio mondo, la propria realtà, raccontare il presente è anche uno strumento indispensabile per creare l’identità dell’uomo dal momento che narrando si organizzano e si danno forma alle conoscenze ed esperienze” (Bruner). Attraverso la medicina narrativa si vuole far conoscere, far agire, venendo a conoscenza delle esperienze vissute dagli altri.

L’approccio narrativo pone al centro delle relazioni di cura il racconto e questo consente al sanitario di costruire non solo la clinica del paziente ma anche la biografia del suo vissuto.

Quali sono i benefici della scrittura ai fini terapeutici?

La persona cambia fisicamente e spiritualmente, in quanto la patologia in atto rompe un equilibrio, modificando totalmente il suo modo di essere. Scrivere fa bene, è terapeutico, permette di focalizzare ciò che accade e rallenta il movimento del cervello.

Inoltre, si ha l’opportunità di conoscere il vissuto della persona, rilevando le reazioni emotive provate, in modo da non far emergere solo le condizioni cliniche ma anche psicologiche.

Quando giunge la malattia, non sempre si è in grado di accettare questa sfida che la vita pone: arriva la diagnosi, associata come nell’ambito giuridico “al verdetto”, quale sarà?

Attraverso i racconti si evince questo momento come critico, tutti si possono ammalare, nella cassetta degli attrezzi della vita spesso mancano quegli utensili che possono aiutare gestire questa nuova condizione ed in questa circostanza ci si rende conto che sempre di più che si ha bisogno del supporto da parte degli altri.

Encomiabile in tutti questi anni è stata la testimonianza dei miei pazienti che sono protagonisti e nello stesso tempo narratori della propria esperienza, che si sono messi a nudo per esprimere il proprio io, la propria emotività e fatica di fronte alle difficoltà che devono fronteggiare quotidianamente, mostrando una voglia di riscatto e una risolutezza ammirevoli, pur riconoscendo la propria limitatezza, un messaggio concreto volto a non demordere mai e a non abbassare la guardia dinanzi

ai colpi dell'avversario che può attaccarci a nostra insaputa, cercando di combatterlo con tutte le nostre forze, anche senza sapere l'esito.

Queste storie ne sono un esempio, l'importante è non perdere mai l'autostima, quando gli altri mostrano indifferenza o compassione, perché ognuno di noi è unico e irripetibile e con la propria autenticità ha molto da dare sia a sé stesso che alle persone care.

Grazie a loro io mi sono arricchita umanamente, con la consapevolezza dell'importanza della figura dello stomaterapista non solo dal piano professionale, ma anche psicologico, diventando un riferimento e un supporto nei momenti più critici.

La storia di Luciana

C'era una volta. Così cominciano le favole, ma questa non lo è
Ma se tutti i giorni la luna saluta il sole anche questa avrà un lieto fine.

Fine febbraio 2020; un'epidemia in Cina che destava timore, ma comunque lontana da noi come un meteorite si abbatteva sull'Italia e prendeva di mira la mia città.
Covid 19 ecco la terribile sigla per dare un nome a un virus non ben identificato ma silenzioso, contagioso, letale.

Pandemia il mondo sconvolto da quella che sembrava una nuova peste. Si combatteva alla cieca, i morti aumentavano. L'informazione bombardava i nostri pensieri, alimentava le nostre paure.

Lavorare in ospedale era diventato drammatico direi angosciante. Lavoravo con la paura del contagio, fiato corto dentro la mascherina sguardo smarrito.
Finito il turno, strade deserte, suoni continui di ambulanze,
solo gli uccellini che cantavano sugli alberi mi davano consolazione.

In quel periodo di ordinaria follia, una mattina compare il sangue sulla carta igienica e non è un caso, la cosa si ripete.

Paura sommata ad altra paura, i giorni passano che fare? Sono impotente ho il

terrore di contagiarmi, i reparti sono diventati tutti covid, ho paura di avere qualcosa di serio, la notte arrivano gli incubi.

Finalmente riaprono gli ambulatori e riesco ad avere una visita. Il medico vuole al più presto una colonscopia esame che mi ha sempre terrorizzato.

È comincia l'avventura. Ancora mi illudo che un dispettoso polipetto si sia insinuato in me, ma il referto è agghiacciante: neoplasia al retto passo successivo la Tac. Sono dall'altra parte non più operatrice sanitaria bensì paziente La Tac è negativa, comincio a respirare, ma dovrò imparare sulla mia pelle a respirare profondamente perché' mi aspetta una bella scalata, e la cima è lontana. Comincio molto impaurita il percorso di chemioterapia e mi ritrovo negli ambulatori con tante altre persone seduti ad aspettare i prelievi, le visite, infusioni.

Osservo, visi preoccupati, tristi e seri, mi sento naufraga come loro su una barca in mezzo al mare che non si sa se porterà tutti a riva.

La mia vita già stravolta dal covid senza più abbracci, cene condivise, viaggi prende una nuova routine: casa prelievi attesa nuovi prelievi visite infusioni. Dentro di me c'è un Alien che devo combattere che devo mandare via, ma lo sconforto è tanto, le domande sempre le stesse; perché' proprio a me? Regolare come un orologio, niente carne, mai problemi di emorroidi Domande senza risposta.

Passa la primavera, arriva l'estate sono sempre più stanca, il covid passa in secondo piano, sono solo concentrata su di me. Esami di controllo buoni, molto bene si riduce il "maledetto" il mio umore migliora e arriva l'autunno e comincia la radioterapia. Alla fine, sono ubriaca ma ottimista, mi faccio forza, fino qua sono arrivata, sono stata brava devo aspettare ancora un po' e poi avrò il risultato finale. E finalmente gli ultimi esami sono negativi, veramente si vede un residuo, ma la biopsia è negativa.

Ce l'ho fatta, niente intervento sono guarita MI DICO Attimi di pura felicità invadono il mio corpo, sono rinata.

Rientro al lavoro affaticata ma circondata dall'affetto dei colleghi. Tutto bene quel che finisce bene?

Nel mezzo del cammin di nostra vita mi ritrovai in una selva oscura che la diritta via era smarrita.

Rettoscopia dopo un mese: esito positiva. Prossima tappa intervento chirurgico con stomia di protezione.

Mi riposavo in un prato fiorito guardando il cielo facendo progetti di vacanze nella mia amata Sardegna.

Di nuovo il buio, la paura gli incubi. Guardo le persone sono tutte belle, sane, io mi vedo brutta e contaminata.

Al lavoro cerco di concentrarmi, divento ancora più empatica con i miei pazienti, so che c'è di peggio lo vedo quotidianamente ma non riesco a consolarmi. Dopo un mese e mezzo di ansia vengo ricoverata in chirurgia.

La stomia diventa il mio pensiero fisso quasi un'ossessione. La sera prima dell'intervento guardo a lungo il mio corpo attraverso lo specchio. Lacrime silenziose rigano il mio viso,

domani mi sveglierò diversa non sarò più una donna. E nonostante la paura di non svegliarmi più, eccomi qua nel mio letto, sveglia dolorante, tubi che escono dal mio corpo, oddio pure il sondino.

Il sacchetto non oso guardarlo, eppure fa parte di me.

Passano i giorni, malinconia e dolore e se pian piano il corpo si adatta, animo Luciana adattati anche tu, questo sacchetto ti ha salvato la vita, fa riposare una parte che guarirà. Le infermiere efficienti lo svuotano e lo cambiano poi arriva lei la stomaterapista, sostituisce il sacchetto ne applica uno più piccolo, mi supporta e mi consola.

Comincio a prendermi cura della stomia, prendo via via confidenza. Non è così scontato sporcarsi ma quando è capitato ho pianto.

Finalmente a casa circondata dall'affetto dei miei amici, che mi fanno la spesa e mi sono di aiuto, dai miei gatti che mi fanno le fusa, dai miei libri che mi portano lontano.

Mi impegno nella mia nuova toilette mattutina e dopo una settimana torno in ospedale per la visita. Che emozione tornare, va tutto bene "lei" non perde, fai la brava bella stomia le sussurro non fare troppo rumore, non mi imbarazzare.

Sono dalla stomaterapista, che bello parlare con una persona che ti supporta che ti ascolta, quanta umanità e affetto ho trovato, tutto questo dà molta forza per proseguire. Forse dovrò affrontare una nuova chemioterapia e questo mi spaventa. Poi un altro intervento e tornerà tutto come prima. Un passo alla volta, mi volto indietro, strada ne ho fatta tanta e ancora lungo il cammino e porterò un piede davanti all'altro e starò lontana dai crepacci fino ad arrivare di nuovo in cima e avrò capito che la forza e il coraggio si conquistano vivendo. Lucy.

Storia di Lorena

Quando un tumore ti cambia la vita.

È veramente strano riscoprire sé stessi, anzi riscoprirsi migliori, dopo aver combattuto varie battaglie, per poi vincere un'intera guerra contro un male che, solo il nome spaventa.

Sono stata molto fortunata perché, ho scoperto di avere qualcosa che non andava, prima che quel male si prendesse tutto di me.

Dopo qualche intervento hanno tolto il tumore, e finalmente riesce fuori il sereno.

Felice di aver sconfitto il male, mi ritrovo scaraventata in un mondo (degli stomizzati), prima provvisorio, poi definitivo.

E ora? Questa sacca cos'è? Chi ha mai sentito parlare di stomia?

Cerchi su Google, anche se hai paura di trovare le cose più drastiche e tristi, Hai mal di pancia? tra due settimane, morirai di atroci patologie, dovute al tuo più lontano antenato, oh mamma se poi cerchi qualcosa riguardo un mal di testa, la si accorcia la prospettiva di vita drasticamente.

Le pagine di Google sono infinite

Ok prendo coraggio. Cos'è una stomia?

Si apre un mondo dinanzi a me sconosciuto, vari tipi di stoma

Ileo, uro, colo, mamma mia quante sono

Ok cerco quella che dovrebbero “montarmi”, ma non ricordo come si chiama,
Un nome strano, “ileostomia”

Mi dicono che dovrò portarla provvisoriamente, per tre/sei mesi, non sono spaventata, anzi cerco di trovare i vantaggi di questa nuova cosa.
Mi risveglio dopo qualche ora d'intervento, sotto l'effetto di morfina e anestesia totalmente intontita.

Questo è uno dei vantaggi che ho provato subito, l'effetto dell'anestesia “fantastico”
Dopo qualche giorno, mi devo alzare e devo iniziare a gestire io quella “sacchetta”
Spaventata e ancora stordita inizio quella nuova vita.

Le cose non vanno come dovrebbero, i primi problemi si fanno vedere subito.
La placca si stacca, i viaggi in reparto, sono sempre più frequenti, quasi dovessi andare a visitare i musei più importanti.

Metti nuove placche, togli prova e riprova.
La pelle inizia a risentirne, le prime lacerazioni, insomma, non è facile.
Una stomia ingestibile, dovuta alla piega della pancia, si perché il tumore e gli interventi, mi hanno lasciato tanti segni, ma non mi hanno portato via neanche un kg.

Vabbè anticipiamo la ricanalizzazione, io sono felicissima, non mi piaceva quella sacca. Non abbiamo fatto amicizia.

Altro intervento, altra anestesia, evvai.
Tutto è finito bene, ora sì che sono felice.

Riprendo a lavorare, mi occupo di anziani, un lavoro che mi è sempre piaciuto
Qualcosa non va, non riesco a controllare gli stimoli, ops non arrivo in bagno, mi faccio addosso.

Sarà solo per qualche settimana, insomma ho avuto un lungo intervento, hanno tolto un pezzetto di me, ma se stava la certamente a qualcosa serviva, vabbè passerà tutto, è senza guardare Google!

Non si sa mai...Sento dei dolori poco piacevoli all'ano

Faccio qualche visita, invasiva e spiacevole, ma purtroppo necessarie.
Inizio un trattamento, per riattivare il funzionamento dei muscoli dell'ano.
Elettrostimolazioni, non so se si chiama così, mesi a prender scosse...

E anche la non bisogna abbattersi, anzi ci ridevo su, quasi quasi potevo ricaricare la batteria del telefono per quanta terapia ho fatto, ma niente, ogni cosa mangiassi, ero già seduta in bagno.

Il problema aumentava di giorno in giorno, obbligandomi a lasciare anche il lavoro. Parlando con il chirurgo mi prospetta un altro intervento, mettere una colostomia a vita

E ora? Su Google non avevo letto di cosa si trattava...
Ma questa volta mi rivolgo all'infermiere, e mi spiega di cosa si tratta.
Sarà a sinistra, è differente dall'ileostomia.

Eccomi nuovamente in questo mondo.
Beh, una sacca a vita, prendiamo i pro e i contro.

Posso mangiare senza avere un wc a fianco, posso prendere un caffè senza aver paura di farmi addosso, pensa, posso andare anche al mare, in piscina, in montagna senza dovermi nascondere dietro gli alberi.

Posso fare attività fisica, Ah no quella non la facevo neanche prima...
Ok facciamo questa cosa...
Rinasco, basta dolori, basta scariche improvvisate, finalmente vivo.
Ops un rumore strano, si la stomia fa rumore...
Mi fa morire dal ridere.

Posso scorreggiare senza dovermi scusare, questa è un'occasione da non farsi sfuggire.

La chiamerò stomy, si darle un nome rende più semplice affrontare quei momenti difficili che ogni tanto vengono.

Ora dopo quattro anni che faccio parte di questo mondo.
Ho pensato che fosse opportuno e necessario creare un'associazione.

Nasce L'AISTOM SARDEGNA, e come presidente con il mio gruppo abbiamo aperto un ambulatorio consultorio a Cagliari per dare assistenza ai portatori di stomia.

Questo progetto è nato grazie alla collaborazione di medici chirurghi urologi e psicologi, e grazie alla fiducia che mi ha dato il mio stomaterapista, ma non so perché da qualche giorno mi minaccia di bloccarmi su WhatsApp, sarà perché lo chiamo di continuo?

La storia di Beppe

La malattia quella vera quella grande quella che ora può cambiare la vita.

Ho sempre temuto la malattia, “quel farci giacere nei paraggi della morte.” come diceva il filosofo Emil Cioran filosofo rumeno morto nel '95 che elaborò quella che può essere definita una forma di letteratura terapeutica, poiché è solo grazie ad essa desistette dall'uccidersi a causa dell'insonnia. Personalmente grazie al cielo la malattia l'ho conosciuta in tarda età a più riprese con lentezza, attraverso quella dei genitori morti per cancro. Loro a vivere in un paesino delle Marche e io a Bergamo. L'ho vissuta lontano la loro malattia, ma ho avuto la fortuna di aver conosciuto la morte di mia madre in un Hospice abbracciata a me.

Mio padre qualche anno prima venne a mancare mentre ero via per lavoro. Prima di quelle morti, non sapevo nulla, di ospedali, medicine, dolori, nulla di nulla avevo un'esistenza felice Faccio il mestiere che più mi piace sono un 'attore teatrale.

Avere la possibilità di essere qualcosa o qualcuno al di fuori di sé stessi, Avere la possibilità di riuscire a non fare i conti col destino quasi avere un senso di potere e immortalità sullo scorrere della vita. Quanti viaggi intercontinentali, volare sui deserti sulle pianure sugli oceani visitando 41 paesi di 4 Continenti, Ma quali dolori, nessuno. Adesso racconto come è nato il mio rapporto con la malattia, quella vera quella grande, ho voglia di dialogare con te di raccontarti anche delle cose intime quelle che si raccontano a persone di fiducia, sarò breve non voglio impegnarti

troppo.

Ero, già come ogni anno, in India a praticare la danza indiana. Ero solo questa volta senza la presenza dei miei compagni del teatro. Mentre danzavo e all'improvviso sentii una scossa elettrica al dito della mano destra, strano mi dico, e da quel giorno piano piano il leggero tremolio che è impegnato, poi la mano lentamente in un anno è cresciuto quello che volevo negare a me stesso nascondendomi la mano destra in tasca dei pantaloni refrattario, non volevo dichiararmi ma proprio i miei compagni mi hanno costretto a una visita neurologica, morbo di Parkinson, sono allibito. Refrattario da quel momento sono stato costretto a rendere conto a me stesso di me stesso, Fare i conti con un corpo che iniziava a non seguire più gli ordini che gli vengono dati con equilibri instabili, mancanza di lucidità aumento della paura.

Qualche pillola quotidiana non basta più, e allora interviene l'amore dei miei colleghi che mi seguono mi consigliano, mi riempiono di attenzione, consigli, visita un centro di riabilitazione. per parkinsoniani. Qualche vantaggio ne traggo ho maggiore consapevolezza dei nuovi limiti del mio corpo. Ma non basta, ricordo. Allora la cultura medica millenaria dell'ayurveda. Amo le grandi tradizioni indiane artistiche mediche e culturali. L'ayurveda medicina tradizionale utilizzate in India Fin dall'antichità diffusa ancora oggi nel subcontinente più della medicina occidentale, in realtà è un sistema medico molto vasto e complesso comprendente aspetti di prevenzione, oltre che di cura che permetterebbero sia applicati rigorosamente di vivere più a lungo migliorare la propria salute e rispettare il proprio corpo. L'ayurveda è ben integrata nel sistema sanitario nazionale indiano con diversi ospedali ayurvedici presenti in tutto il paese, Negli Stati Uniti la pratica Ayurveda è sentita nell'ambito dell'esercizio delle terapie complementari? Non c'è alcuna prova scientifica che l'ayurveda si è efficace per il trattamento di una qualsiasi malattia, ma essendo tradizionale, penso che si se ne possa trarre e dare sollievo.

Parto per l'India , incontro una donna straordinaria di nome Kittra che è specializzata nella cura con massaggi ayurvedici accetta di trattarmi, un ciclo di 28 giorni di massaggi con Olii e essenze esclusivamente vegetali per cercare di ridurre l'effetto del Parkinson, non posso descrivere esattamente la terapia, se non dire che il paziente sta sdraiato su un lettino di pietra viene sparso completamente di olio e si è praticamente nudi ,e l'olio viene applicato dalla testa per curare il cervello inerte .

Kittra non parla inglese. Ci si guarda negli occhi e subito capisco cosa vuole da me. Me lo comunica anche con le dita che frugano il mio corpo fino ad arrivare a parti fino allora mai esplorato, nervo dopo nervo, muscolo dopo muscolo. Il dolore è forte ma dove c'è il dolore bisogna intervenire e approfondisce con le dita la ricerca fino alla rimozione del dolore. Torno in Italia Kittra mi ha rimesso a nuovo, mi illudo che il Parkinson sia scomparso. Il mio atteggiamento è cambiato da passivo divento attivo e mi è venuta voglia di lottare e non subire, grazie alla forza che mi ha trasmesso Kittra.

Si torna in India per un altro trattamento voglio ripetere l'esperienza, ma Kittra sta male non può curarmi. Così mi rivolgo in una clinica ufficiale dove mi ricoverano come in un ospedale. Devo rimanere chiuso 24 28 giorni. Accetto di malavoglia l'obbligo del ricovero mi sta stretto, così comincia il calvario, sono impegnato tutto il giorno, non posso uscire, i massaggiatori sono due giovani disattenti e a quel che richiede il mio corpo. I trattamenti sono gli stessi di quelli di Kittra fatti nell'anno passato ma diverse. sono le intenzioni di quei due giovani.

Kittra mi comunicava con gli occhi, questi due non ascoltano quello che il mio corpo richiede, sono impegnati col cellulare mentre mi massaggiano con fare quando fitto fitto parlano tra loro, il resto non conta, non ce la faccio a sopportare la routine e con la mancanza di interesse, dopo 15 giorni scappo dalla clinica. Non è servito a nulla, addirittura sto peggio di prima.

O Maria gli intestini? Ritorno in Italia e si comincia a soffrire. Non mangio, non vado di corpo, mi sembra che questo dolore strano non forte, ma continuo. È preoccupante mi allarmo, chiamo il mio dottore di base, mi dice che non è nulla, ma brevemente alla fine di aprile finalmente il mio dottore decide di fare una TAC.

Il medico che esegue l'esame mi consiglia di fermarmi addirittura in ospedale sembra che ci sia un blocco intestinale, così a seguire arriva la stomia. dovuta a un tumore.

Così si realizza quanto mi aspettavo da qualche anno continua nella tradizione familiare sulle prime però non me la non me la prendo neanche troppo, mi ricoverano d'urgenza sento che non sto capendo molto di quello che mi sta succedendo

Dopo qualche vicissitudine. mi ricoverano mi operano mi confezionano

un'ileostomia applicando un sacchetto che raccoglie le feci questa sì, che è proprio dura faccio fatica mi rifiuto. Non sono capace, mi sento umiliato, e non riesco ad applicarmi questo a orribile sacchetto. Lo odio.

Rientro nella mia città per la chemioterapia altra nuova prova che sopporta abbastanza bene inizia il ciclo di trattamenti, naturalmente devo condividere il tutto con la mia stomia,

Qualcuno mi dice che in ospedale c'è un ambulatorio per tenere sotto controllo la mia stomia. Lavora la stomaterapista Viviana, fisso un appuntamento con lei e quando entro nel suo ambulatorio e improvvisamente. è come se tornassi indietro al mio primo viaggio in India quando conobbi Kittra la massaggiatrice, lei donna energica, bella presenza fisica sorriso coinvolgente, è una questione personale, straordinaria, come Kittra, Viviana parla e parla mescolando le parole al sorriso e ha una lieve ironia ne sono conquistato, sdrammatizza.

Mi conquista Viviana, lei sa che quello che il malato si aspetta, consolazione, sorriso, onestà e cura del dettaglio. Il malato si aspetta qualcosa di personale che sembri, fatto solo per lui, si aspetta l'affetto che lo faccia sentire guarito. Non vorrei esagerare adesso, Viviana, non è una dea del Pantheon Greco è una persona che fa il suo mestiere con passione e dedizione, che lavora si dedica agli altri con competenza, e una missione il malato ha bisogno di sentire che lui in quel momento è la persona più importante per il dottore o per l'infermiere e che le loro attenzioni sono per lui che diventato il centro del mondo. E così ci si sente Consolati.

Ecco la consolazione, penso che sia una qualità doverosa in Chi cura gli altri. Come per il paziente, la pazienza difficile virtù da sopportare la malattia, aiutare a scacciare la paura.

Ecco un altro compito per colui che cura

Concludendo vorrei dedicare a Viviana un frammento di una poesia un po' retorica di Gabriele D'Annunzio la consolazione con affetto. Sogna, sogna, mia cara animal Tutto, tutto sarà come al tempo lontano.

Io metterò né la tua pura mano tutto il mio cuore. Nulla è ancor distrutto. Sogna, sogna! Io vivrò della tua vita.

In una vita semplice e profonda io rivivrò. La lieve ostia che monda io la riceverò

dalle tue dita. Sogna, ch  il tempo di sognare   giunto. Io parlo. Di?: l'anima tua m'intende? Vedi? Nell'aria fluttua e s'accende quasi il fantasma d'un april defunto. Storia raccontata   scritta da Beppe

La mia storia da convivente

Quando il mio compagno Sergio mi disse "forse ieri sera non dovevamo mangiare il polpo ieri sera" e mi mostr  l'esame endoscopico con evidenziato un bel polipo all'altezza del retto non apprezzai molto la battuta.

Ma lui   cos , per quanto preoccupato riesce a sdrammatizzare, ed   un grande dono.

Ai tempi mio padre era ricoverato all'hospice dopo un lungo percorso di malattia iniziata proprio con un tumore del colon e pur nella situazione drammatica, la sua esperienza ci   stata d'aiuto ci ha portato a Milano.

Sergio ha fatto l'operazione ma era un intervento complicato data la posizione ,e il risultato   stato che un margine era ancora positivo e quindi avrebbe dovuto rifare l'intervento con conseguente colostomia definitiva .Ma assolutamente non accettava la deviazione :aveva 35 anni ed allora quell'handicap per tutta la vita non lo voleva proprio .Quindi ha optato per una chemio e radioterapia pi  forte e la colostomia provvisoria con ricanalizzazione dopo 8 mesi , sono passati tanti anni ,non facili dati da una serie di blocchi intestinali e complicazioni varie , ma nonostante tutto ci siamo concessi dei bei viaggi e una bella vita tra un controllo e l'altro sembrava tutto nella normalit .

Non   stato cos  alla faccia delle statistiche, il tumore si   riformato sempre nello stesso punto Recidiva? neoformazione... a tutt'oggi non si sa, ma so che Sergio ha mostrato un coraggio e una forza incredibile e soprattutto   riuscito ad affrontare la sua pi  grande paura: la deviazione.

Dopo il terzo intervento la stomia,   stato seguito dalla stomaterapista V. che   stata bravissima a sdrammatizzare e aiutarlo a gestire la sua stomia tanto che in poco tempo non solo era autonomo ma si era organizzato alla grande!

Era novembre e dopo una lunga convivenza ci siamo sposati e durante il viaggio di

nozze.

Sergio attrezzato di muta, fascia e sacchetti faceva snorkeling con me.

Posso dire la vacanza più bella e sorprendente della mia vita.

Però si sa che la sfortuna non ha limiti, il tumore è ricomparso sopra la stomia, quindi si affronta la quarta operazione.

Immaginate lo sconforto quando alla soglia dei cinquant'anni dopo tante traversie affrontando un ennesimo intervento con la speranza che fosse asportata solo una parte del colon residuo e al risveglio scoprire di non avere più la colostomia ma avere una ileostomia. Cosa cambia?

Moltissimo per una persona che si sente ancora giovane e attiva ma soprattutto ama la buona tavola!

Temevo un crollo psicologico soprattutto davanti a tutti i Niet della nutrizionista, eppure lui prima di ricominciare un'altra serie di chemioterapie volle partire in vacanza, meno esotica per non correre rischi, ma comunque bella perché ha dimostrato che nonostante la dieta restrittiva, si può viaggiare e godere del mare e persino osare con qualche piatto gourmand.

La terapia è stata molto pesante, la stanchezza fisica ha messo a dura prova mio marito spesso si sentito molto sconfortato, senza una speranza con un senso d'impotenza di fronte al male. nelle giornate meno difficili siamo riusciti a sognare le nostre crociere che per fortuna siamo riusciti a realizzarle. oggi Sergio sta' bene e finalmente dopo la pandemia si prepara per la prossima vacanza.

Storia di Loredana

La mia storia inizia ad aprile del 2020, durante il primo lock down, eravamo chiusi in casa senza poter uscire attaccati al televisore ansiosi di sapere tutto su contagi e dinamiche riguardanti il virus.

Avevo sempre sofferto di problemi vari allo stomaco, con stitichezza cronica, curata ingerendo ogni tipo di lassativo possibile senza mai risolvere alcunché, anzi l'utilizzo

di questi farmaci non aveva fatto altro che aggravare la situazione sempre di più, visto che si era innescata una sorta di dipendenza, impossibile da interrompere.

Soffrivo anche di emorroidi che periodicamente mi davano diversi fastidi e dolori, nel 2010 avevo fatto la mia prima gastroscopia e colonscopia, avevano diagnosticato un'ernia iatale da scivolamento, una gastrite cronica quiescente e- cosa più importante-avevano scoperto un polipo, che era stato prontamente rimosso.

Da allora in poi mi sono sempre sottoposta ai controlli di routine ogni due anni e a tantissime visite specialistiche, perché i miei fastidi gastrointestinali non si erano mai acquietati anzi.

Mi venivano prescritti ogni volta farmaci diversi e ulteriori indagini diagnostiche, senza che però mi venisse indicata alcuna visita proctologica o esami specifici in tal senso Io sconoscevo perfino il termine "proctologia" e sì che di ricerche per risolvere il mio disagio ne avevo fatte! Le avevo provate tutte

Quello che mi aveva giovato veramente per un po' era stato il cambio di alimentazione, ero passata al biologico, avevo eliminato il glutine e la carne, via via ero quasi diventata vegana.

Questi regimi dietetici purtroppo, se da un lato avevano portato qualche beneficio, dall'altro avevano anche creato degli scompensi nutrizionali, insomma, nonostante i miei sforzi, non riuscivo a capire cosa in me non funzionasse.

Poi nel 2020 come una calamità naturale totalmente inaspettata arriva il Covid!

I primi mesi sono stati terribili, da ogni punto di vista, ospedali in tilt, tutto bloccato, nessuna struttura sanitaria -anche di tipo privato- accessibile, tutte le attività lavorative e assistenziali paralizzate

Proprio in questi mesi comincia il mio calvario, inizio a star male, male, mal, seriamente.

Lavoro da casa in smart working, stando tutto il giorno seduta sul divano senza muovermi, giorno dopo giorno avverto, sempre più forti, delle fitte nella zona perianale e quando vado in bagno il dolore, durante la defecazione, diventa insopportabile e quel che è peggio, gli spasmi dolorosi continuano per ore.

Non so a chi rivolgermi, nessuno può aiutarmi, non riesco a trovare un solo medico disponibile, così vado avanti con antidolorifici e piano piano smetto di mangiare, praticando intere giornate di digiuno.

La situazione va avanti fino al mese di luglio 2020, quando finalmente, finito il lock down riesco a vedere il mio medico che rileva un problema di emorroidi trombizzate prescrivendomi la terapia che porto avanti per un paio di mesi, senza nessun risultato.

Dopo aver fatto diversi consulti e mi viene diagnosticata prima una ragade, poi un ascesso ed infine una fistola perianale.

Intanto non riesco più a star seduta e, nel mese di ottobre, la situazione precipita a tal punto da non riuscire più nemmeno ad alzarmi dal letto.

Sono spaventata a morte, anche perché comincio a sentire alla palpazione una massa che prima non era evidente.

Ai primi di novembre consulto un chirurgo ad Agrigento (sì perché dimenticavo di dire che io sono siciliana), lui mi visita e con una faccia cadaverica mi prescrive una risonanza con mezzo di contrasto gli chiedo conto di quella brutta espressione e lui mi risponde preoccupato che sospetta una neoplasia.

Non riesco a credere a quelle parole, non riesco proprio a crederci, la paura diventa d'improvviso terrore

Mi metto subito alla ricerca di un ambulatorio privato per eseguire la risonanza in tempi brevi, ma con enormi difficoltà visto che il covid aveva bloccato tutte le attività, provocando lunghe liste d'attesa, impossibile peraltro trovar posto in una struttura pubblica soprattutto in quel frangente.

Nel frattempo, mi avevano parlato di un chirurgo proctologo "un luminare" che opera a Palermo, lo contatto e mi precipito da lui, ovviamente a pagamento.

Mi riceve due volte a distanza di 15 giorni e due volte mi visita, credo di non aver mai provato così tanto dolore come in quelle occasioni con delle manipolazioni manuali ed un elettrobisturi, senza alcun tipo di anestesia o sedazione, effettua delle manovre di drenaggio della fistola.

Anche lui mi prescrive una risonanza magnetica, ma senza mezzo di contrasto, mi prescrive anche una colonscopia.

Dopo aver effettuato entrambe le risonanze e la colonscopia ed aver avuto i referti ritorno a Palermo, lui visiona la documentazione e mi prescrive un antibiotico urinario da prendere per bocca, per un mese circa, in attesa di un costoso intervento chirurgico sulla fistola (10.000€ c.ca), da eseguirsi presumibilmente dopo le vacanze di Natal intorno alla metà di gennaio.

Erano già passati più di otto mesi e io intanto avevo già perso 10 kg., non potevo più stare in piedi e nemmeno sedermi, non potevo più guidare, non riuscivo più a lavorare e stavo a letto tutto il giorno sdraiata sul fianco destro, unica posizione possibile, mi imbottivo di antidolorifici dalla mattina alla sera per poter resistere e non ce la facevo più a sopportare il dolore lancinante mi sentivo morire! Come avrei potuto andare avanti in quelle condizioni per un altro mese? Disperata comincio a cercare su internet e trovo un altro chirurgo proctologo a Genova, inventore di una

tecnica mininvasiva per il trattamento delle fistole.

Lo contatto e faccio una visita tramite video-consulento, lui si dice disponibile ad operarmi il 10 dicembre, sarà un intervento che necessiterà di una notte di degenza e poi a casa io accetto immediatamente! Trovo un biglietto aereo per l'8 di dicembre, ultimo giorno utile per poter volare, prima del nuovo lock down natalizio.

Contatto mio cugino Fabrizio, infermiere che vive a Bergamo con la moglie e il piccolo Giorgio, per aiutarmi durante l'intervento ed ospitarmi la settimana dopo, in attesa della visita di controllo prima di rientrare in Sicilia.

Avevo rimosso quella parola "neoplasia" avevo volutamente cancellato dalla mia testa l'ipotesi di un eventuale tumore, semplicemente non avevo più ricontattato quel bravo chirurgo di Agrigento che forse aveva capito tutto, non avevo voluto sentire, non mi ero voluta fermare a quel responso, avevo cercato altrove, affidandomi al "luminare da strapazzo" impegnato solo a far soldi.

Arrivo a Genova l'8 dicembre, pioveva a dirotto e avrebbe piovuto ancora e ancora nei giorni successivi non solo pioggia, pioggia e lacrime.

Il 9 dicembre mi reco presso lo studio del medico e appena comincia la visita immediatamente si accorge che qualcosa non va mi dice "signora qui non si tratta di una semplice fistola, che è pur presente, ma c'è ben altro, io credo proprio che si tratti di un carcinoma squamoso dell'ano, dobbiamo immediatamente eseguire una biopsia e pulire per quanto possibile la fistola, mi consulterò con un collega chirurgo oncologo di Torino per confermare la diagnosi".

Ero arrivata da sola a Genova, nessuno poteva accompagnarmi con lo spettro del covid che aleggiava ovunque, ero da sola nello studio medico, quando il dottore mi comunicava quello che non avrei mai pensato potesse succedere ed ero uscita da sola, facendo strada in mezzo a quella pioggia battente per ritornare in albergo.

Piangevo e non riuscivo a pensare, avevo raccolto tutte le ultime forze rimaste per arrivare fino a Genova, con la speranza che quel piccolo intervento potesse risolvere il problema e che problema! Chiamai al telefono mia zia che stava a Milano e subito dopo chiamai mio cugino poi tornata in camera mi preparai alla meno peggio per quello che sarebbe accaduto l'indomani.

Fabrizio arriva, quando io ero già in clinica, mi avevano dato una stanza bellissima con un terrazzo meraviglioso, dal quale si scorgeva un panorama splendido e il campanile di una chiesa che non smettevo di guardare.

Era la prima volta che entravo in una sala operatoria, tremavo di dolore e di paura, ma tutto si conclude molto velocemente e senza problemi.

L'indomani ritorniamo a Bergamo in attesa degli esiti della biopsia che giungono,

come un macigno, dopo qualche giorno, confermando la diagnosi iniziale carcinoma squamo-cellulare del canale anale.

Vengo immediatamente indirizzata a Torino, dove il chirurgo oncologo, dopo avermi visitata mi prospetta un percorso di diversi mesi con chemioterapia e radioterapia, rassicurandomi sulla tipologia di tumore da trattare che aveva una percentuale altissima di regressione e risoluzione (75-80%), scongiurando così l'amputazione peritoneale con stomia definitiva.

“Impossibile restare qui a fare le cure” mi dicevo, un tempo così lungo senza alcun punto d'appoggio, senza sapere come il mio corpo avrebbe reagito, quali complicanze o effetti collaterali... non potevo proprio restare, si doveva trovare una soluzione fra Milano e Bergamo, dove potevo contare sull'aiuto dei miei zii e dei miei cugini.

Ed è così che ripartiamo ancora una volta con mio cugino alla volta dell'ospedale ..., a Milano, dove il 23 dicembre vengo sottoposta all'ennesima visita e mi viene comunicato molto sommariamente che avrebbero fatto di lì a poco un altro intervento chirurgico per il posizionamento del port-a-cath necessario per le infusioni dei chemioterapici, ed il confezionamento di una stomia provvisoria, al fine di rendere più agevole il protocollo radioterapico.

“Non si preoccupi signora” avevano detto “le tiriamo su un budellino, poi quando avremo finito, le rimettiamo dentro tutto” ... sembrava facile così, quasi una passeggiata nessuno mi aveva spiegato esattamente cosa volesse dire avere a che fare con una stomia, come sarebbe stato dopo, che l'intervento era una cosa seria e non una sciocchezza come mi avevano lasciato credere, non si erano nemmeno preoccupati di informarmi che la degenza sarebbe durata almeno 6/7 giorni.

Così il 26 dicembre, subito dopo Natale, vengo contattata da uno specializzando, mi comunica che l'indomani sarei stata operata e io ingenuamente chiedo “ma sarà un day hospital o mi tratterete una notte? . No signora ... più di una notte”.

Non sapevo ancora cosa sarebbe accaduto di lì a poco. Mentre i dolori continuavano imperterriti e il mio stato di salute peggiorava a vista d'occhio, anche perché da qualche tempo erano frequenti delle perdite di sangue che contribuivano a debilitarmi sempre di più.

La mattina del 27 dicembre entro in sala operatoria, mi sottopongono ad una laparoscopia esplorativa, tirano su la stomia e mi posizionano il port.

Il risveglio dopo qualche ora sembra tranquillo, ero comunque ancora sedata e piena di antidolorifici, compresa la morfina che potevo gestire in autonomia.

Il giorno dopo, durante la prima visita, mi dicono che potevo ricominciare a bere

un po' d'acqua ma nessuno me la porta ... la chiederò con insistenza più volte, sentendomi rispondere che era finita... L'acqua era finita. Trascorrerà ancora del tempo prima che un'infermiera impietosita me ne porti una bottiglietta.

Quello fu il primo di una lunga serie di episodi sconcertanti che ho vissuto nei sette giorni successivi.

Mi cambiarono stanza, posizionandomi di fronte al luogo dove si incontravano e si incrociavano infermieri ed operatori sanitari in un continuo viavai rumoroso e frastornante che non mi faceva mai riposare, decisero, non si sa chi, di togliermi tutti gli antidolorifici, già dal secondo giorno di degenza, io urlavo dal dolore ma nessuno mi dava retta, perdevo sangue e chiedevo di essere vista, ma una dottoressa mi rispose che non era necessario immediatamente visto che soffrivo già di rettorragia da un po'.

Nessuno poteva venire a visitarmi, ci vollero diversi giorni e parecchie telefonate, prima di poter ricevere un cambio pulito e alcune cose che mi necessitavano.

Non ero riuscita a mangiare nulla, prima perché non potevo e poi perché, pur avendolo detto in tutti i modi che ero intollerante al glutine, continuavano a sbagliare i pasti, e così, su consiglio del mio medico di base che mi seguiva telefonicamente, dovetti chiedere che mi facessero delle flebo di glucosio. Una sera mi lamentai al telefono con mia mamma, piangendo che avevo queste perdite di sangue continue e che nessuno se ne occupava.

Lei terrorizzata chiamò mio zio a Milano, che subito contattò l'infermeria per sapere cosa stesse accadendo... erano le 23.00 quando due infermiere spalancarono la porta della mia stanza urlando, mentre io mi contorcevo dal dolore, urlavano contro di me perché mi ero permessa di chiamare i miei parenti invece che loro, dicendo che avevo un'emorragia in corso. Erano giorni che cercavo di farmi sentire e adesso inveivano contro di me, perché avevo osato parlare con i miei.

Ancora una volta raccolsi tutte le mie forze e urlai anch'io ...come potevano permettersi un simile comportamento con un paziente in quelle condizioni? Senza un minimo di professionalità, senza alcun rispetto... urlai ancora intimandogli di uscire dalla stanza e chiesi a gran forza di parlare con un medico, che arrivò di lì a poco e constatò l'emorragia e i dolori addominali fortissimi, mi prescrisse un farmaco che nessuno mi portò fino all'indomani mattina, quando col cambio turno, arrivò altro personale. Mi avevano lasciata sporca di sangue tutta la notte.

Nei giorni seguenti furono costretti a fare delle flebo di ferro, visto che l'emoglobina si era abbassata troppo, proprio a causa di quelle perdite.

Fu un'esperienza terribile, anche perché non riuscivo a canalizzare le feci e stavo

sempre malissimo, fino a quando decisero di dimettermi, gennaio 2021 sembravo uno zombi.

Sarei dovuta tornare il quattro gennaio per fare una Tac (tomografia assiale computerizzata) e una risonanza, non mi avevano nemmeno tolto i punti metallici, che solo per caso ci accorgemmo stavano ancora lì, sotto i cerotti, prima di effettuare gli esami.

Li strapparono di fretta e furia, senza alcuna delicatezza, come fossi un animale da macello, e così conclusero le indagini.

In quei giorni pregavo di poter morire tanto era il dolore tanta la disperazione non volevo restare un minuto di più in quell'ospedale, figuriamoci iniziare un protocollo oncologico!

Avevo perso ogni fiducia in quella struttura e non vedevo l'ora di andar via da quell'inferno, così quando l'oncologa venne a dirmi, prima delle dimissioni, che occorreva iniziare la chemioterapia, le risposi di no, che sarei rientrata a Bergamo per continuare lì le cure.

Tornati a Bergamo fissammo il primo appuntamento utile col reparto di oncologia per la metà di gennaio, e nel frattempo finalmente ebbi accesso per la prima volta all'ambulatorio di stomaterapia dove incontrai Viviana che con due irrigazioni tirò fuori dal mio colon almeno due chili di feci, restituendomi la vita, perché da quel momento cominciai a star meglio, ripresi anche a mangiare e recuperai le forze necessarie per cominciare il vero combattimento.

Quello che mi aspettava fu un periodo altrettanto duro e difficile, venni ricoverata due volte per i cicli di chemioterapia e dovetti fare 32 sedute di radioterapia, interrotti due volte per le complicanze intervenute, prima a causa dei globuli bianchi troppo bassi e poi per le diverse ustioni nella zona inguinale e perianale. Era intervenuta anche una bruttissima enterite diarroica che mi aveva tormentata per giorni e giorni rendendomi la vita impossibile, ero persino arrivata a cambiare sette sacchetti al giorno.

Ma avevo comunque trovato medici e infermieri bravissimi e attenti, premurosi e gentili e così andavo avanti giorno dopo giorno, fra una medicazione e l'altra, fino alla fine.

Avevo preso una casa in affitto a Bergamo, nello stesso condominio dove vivevano i miei cugini, che mi avevano ospitato per più di un mese, ma era diventato sempre più difficile poter vivere insieme, vista la mia fragilità ed il pericolo di contagio da covid che mi imponeva di stare attentissima e prudente in ogni contatto.

Siamo a febbraio, nel mezzo del mio percorso di cure, ricevo la notizia che mia

madre, cardiopatica grave, già sottoposta a sostituzione di valvola aortica, ha una grave infezione cardiaca, una endocardite provocata da una cattiva devitalizzazione di un dente, effettuata senza alcuna terapia antibiotica di supporto.

Che fare? Io certo non potevo muovermi, e l'unica strada era ancora una volta quella di Bergamo, così con un volo assistito lei arriva qui e viene di lì a poco ricoverata, per due lunghi mesi. Grazie a Dio e ai medici e alle cure, riuscirà a guarire.

Fine marzo 2021, l'ultima seduta di radio, i risultati sembravano essere incoraggianti, la massa esterna era quasi del tutto scomparsa e i farmaci per la terapia del dolore, che avevo iniziato in ospedale, mi erano stati gradualmente ridotti, riuscivo persino a sedermi, anche se c'era sempre qualche fastidio.

Vennero riprogrammati i controlli di stadiazione per il mese di giugno, e così sperai ancora di poter scongiurare il peggio.

No, non era possibile ancora bruciore e prurito, continuo e costante. di nuovo fastidi...

Nel mese di maggio mi accorgo purtroppo che si era riformata la fistola e quando a giugno rifaccio la tac, viene evidenziata la presenza di un ascesso che impone un nuovo accertamento chirurgico, un'altra biopsia perché il sospetto è ancora lo stesso, la permanenza del tumore.

A luglio vengo sottoposta a visita chirurgica e messa in lista di attesa per un intervento di pulizia con biopsia, da eseguirsi in un altro ospedale, con tempi di attesa piuttosto lunghi e incerti, a causa dei ritardi provocati dal covid.

No, ancora una volta no, non posso aspettare così contatto l'ospedale Gemelli di Roma, dove mi reco a fine luglio per un consulto e lì un bravissimo chirurgo proctologo mi visita e mi prende in carico per effettuare l'intervento che viene eseguito l'11 agosto e i cui esiti confermano la presenza del tumore.

I giorni successivi ai risultati di questa seconda biopsia, sono stati i peggiori di tutto questo lungo cammino.

Scoprire di aver perso la battaglia intrapresa, senza alcun'altra alternativa che l'intervento amputativo è stato un duro colpo da incassare, sapere che questo avrebbe comunque cambiato definitivamente la mia vita mi aveva gettato nell'angoscia più totale. Tanto più che non potevo rimanere a Roma e che a Bergamo, ancora una volta mi avevano allargato le braccia sulla tempistica, non prima della metà di dicembre per poter operare.

Ancora dovevo muovermi, dovevo mettermi in cammino e spostarmi.

Rientro velocemente a casa e ricomincio a prendere contatti, prima con un altro ospedale di Milano, dove faccio un'altra visita chirurgica ed eseguo tac e risonanza magnetica, poi, sentito il proctologo di Genova, vengo indirizzata a Verona, dove mi precipito per

l'ennesima visita il 9 di settembre.

È fatta! Deciso! Verrò operata il 5 ottobre, previa preparazione fisico-alimentare come da protocollo Eras, nel periodo antecedente l'intervento.

Vengo ricoverata il 4 ottobre ed il giorno successivo sono già in sala operatoria, sarà con me anche Fabrizio, che ha avuto il permesso di assistere.

L'intervento durerà sei ore, con resezione del perineo (ano, retto, sigma) e confezionamento di una colostomia definitiva.

Al risveglio tanto dolore, controllato con antidolorifici dopo 24 ore mi mettono in piedi e comincia lentamente la ripresa, vengo dimessa al quinto giorno.

Il rientro a casa dura poco però, due giorni dopo interviene una febbre alta che mi costringe ad essere nuovamente ricoverata, questa volta per due settimane, nelle quali mi sottopongono a revisione chirurgica e a terapia antibiotica, i valori dell'emoglobina si erano abbassati tanto da rischiare una trasfusione, che fortunatamente non si è fatta.

Le settimane successive alle mie dimissioni non sono state facili, la gestione della ferita chirurgica è stata complicata, non riuscivo a dormire la notte e ancora una volta non potevo sedermi, l'astenia che mi accompagnava quotidianamente non mi permetteva di fare molto.

Lentamente, però, le mie condizioni sono migliorate, mentre l'esame istologico eseguito sulle porzioni amputate rilevava sì la presenza del tumore, ma anche l'assenza di metastasi o linfonodi.

Insomma, sembrava che fosse andato tutto bene, avevano tolto tutto, tutto quello che c'era da togliere per salvarmi la vita.

A dicembre di quest'anno sono rientrata in carico al reparto di oncologia dell'ospedale di Bergamo dove mi aspettano i controlli di follow up da eseguire nei prossimi mesi.

Spero e prego che non ci siano più recidive, spero e prego di poter ritrovare col tempo la mia vita, non dico quella di prima, perché adesso porto con me una stomia che devo gestire, ma una vita nuova.

Il mio viaggio, il mio peregrinare in lungo e in largo per l'Italia mi ha fatto capire quanto importanti siano i nostri affetti e le persone che incontriamo nel nostro cammino, quanto importante sia l'accoglienza e il trovare strutture sanitarie pubbliche adeguate, con bravi professionisti che vi lavorino con serietà e dedizione.

Io non sono ancora rientrata in Sicilia, la mia piccola valigia preparata con il necessario per star via qualche giorno, è diventata una casa, una città, una famiglia diversa, è diventata la storia di una migrante che ha attraversato un mare in tempesta per approdare sulla sponda di una terra nuova dove ricominciare a vivere, se Dio mi concederà ancora dell'altro tempo.

Ringrazio mio cugino Fabrizio che è diventato fratello e figlio, ringrazio sua moglie Maria Catena che è stata sorella e amica del cuore, ringrazio il piccolo Giorgio che mi ha regalato la gioia di un bimbo capace di curarmi con la tenerezza e la simpatia, ringrazio tutti i medici, gli infermieri e gli operatori sanitari che a vario titolo, mi sono stati vicini in questo anno e mezzo appena trascorso, ringrazio te Viviana che mi hai sempre incoraggiata ed ascoltata che mi hai invitata a mettere su carta questo sgangherato riassunto di vita e di morte di rinascita e di speranza.

Un ultimo pensiero ancora e una preghiera vorrei rivolgere per Carla, persona davvero unica e speciale, mia compagna di stanza durante i due cicli di chemio fatti insieme, che ci ha lasciati qualche mese fa per raggiungere il suo amato figlio Nicola, sono sicura, su in Paradiso.

La storia di Nino

In un mio post pubblicato il 29 dicembre del 2021, ho dato testimonianza del mio viaggio in terre lontane dalle quali ho rischiato di non tornare mai più. In esso esaltavo la rinascita del mio corpo al quale riconoscevo il ruolo importante che aveva avuto nel farmi riacciuffare la vita. In quel post contestavo l'affermazione del prof. Cacciari secondo cui la maggiore preoccupazione dell'uomo sembra essere "quella di aggiungere qualche anno alla propria vita", una preoccupazione intesa in senso negativo, nel senso, cioè, che predilige la quantità della vita piuttosto che la qualità. Contestavo questa impostazione sostenendo che guadagnare anni significa guadagnare il tempo che serve per migliorare la vita, e condividevo con il filosofo francese J. Luc Marion la teorizzazione dell'amore come carne che si fa "oggetto del desiderio di un altro e permette di prendere coscienza di sé stesso e di non sprofondare nel nulla". Farsi oggetto del desiderio di un altro, ecco il segreto. Oggi, a distanza di mesi da quando ho convissuto col mio tumore e l'ho sconfitto, posso dire con fierezza che, salvando il mio corpo, ho salvato la qualità della mia vita, la forza con cui ho lottato è stato il farcipe di quello che sono adesso. Ho una nuova consapevolezza che mi fa realizzare ciò che non avrei mai potuto realizzare se mi fossi arreso al mio male, ho guadagnato nuovi amici, due in particolare scaturiti proprio nella corsia dell'ospedale, ho riacciuffato, dopo ben trent'anni una amicizia che la mia stoltezza aveva sperperato, ho conosciuto una angolazione diversa del modo di intendere la vita attribuendo ad essa il giusto valore che una nuova saggezza mi impone. La sinapsi mi suggerisce una relazione con l'altro all'insegna dell'agape. Sarà quel che sarà ma non sarà mai che io non sappia cogliere gli insegnamenti che la vita alimentata dal mio corpo mi suggerirà.

6. I TERAPEUTI

6.1 LA FORMAZIONE DELLO STOMATERAPISTA



MARIA DE PASQUALE

E.T. coordinatrice PS Mater Dei Bari, responsabile della Scuola Aistom in Stomaterapia

Nel terzo millennio l'attività dell'infermiere è fondata sul "Sapere Scientifico". Il "Sapere", l'applicazione, la verifica e il confronto sono le basi deontologiche che caratterizzano la professione. L'infermiere presta la propria opera al paziente, visto nella sua totalità "Corpo e Psiche", valutando attraverso una serie di dati e strumenti, quali sono i suoi bisogni e difficoltà, enunciati e non, definendo una corretta diagnosi infermieristica, stabilendo degli obiettivi, pianificando ed attuando la prestazione e verificandone infine il risultato. Questo è il professionista che si avvicina oggi alla Scuola in Stomaterapia.

Nel corso degli anni, come si è modificata la figura dell'Infermiere, così si è evoluta la figura dello Stomaterapista, grazie anche alla Scuola nazionale in Stomaterapia, che in Italia, sin dagli esordi è stata e rimane una pietra miliare.

La storia della stomaterapia nel mondo racconta che nel 1949 l'infermiera danese Elise Sorensen, per assistere amorevolmente la sorella, colostomizzata per cancro del retto, ideò la prima sacca "artigianale" adesiva, monouso.

Nel 1957, grazie alla collaborazione tra Elise Sorensen e l'ingegnere danese Louis-Aage Hansen fu ideato e prodotto il primo sacchetto di stomia al mondo. Sacchetto che subito dopo fu acquistato e prodotto da Coloplast.

È da evidenziare che i sacchetti non esistevano e nella stomaterapia gli aspetti riabilitativi iniziarono nel 1950, negli Stati Uniti, quando il dr. Rupert Turnbull della Cleveland Clinic Ohio, iniziò a parlare di "terapia stomale", affermando e divulgando i suoi indirizzi e le pratiche riabilitative post-chirurgiche. Nello stesso anno attivò presso la stessa clinica il primo "Centro per la riabilitazione degli

stomizzati” (Dipartimento colon-retto-ano). È da precisare che negli anni '50 i pazienti stomizzati erano gestiti con i “bendaggi”.

Negli anni a seguire il dr. Rupert operò confezionando una ileostomia, la signora Norma Gill (n.d.r.: non era infermiera), persona molto attenta e sensibile alle problematiche riabilitative e post- chirurgiche, perché negli anni aveva assistito la nonna colostomizzata. Nel 1958 il dr. Rupert l'assunse nel suo Ospedale, in qualità di “esperta in stomaterapia”. In tale contesto a livello internazionale si ufficializza la figura dello “stomaterapista”, e nel 1962 presso la Cleveland Clinic Ohio il dr. Rupert e Norma Gill attivano la prima “Scuola in Stomaterapia”. Corsi che erano vitali per qualificare la figura dello “stomaterapisti”.

Nel 1951 iniziano a costituirsi nel mondo le Associazioni di pazienti stomizzati o ex stomizzati (es.: COPA – Associazione danese stomizzati), e nel 1973 anche in Italia nasce l'Associazione Italiana Stomizzati – Aistom, grazie al Prof. Marcello Pietroiusti.

I primi passi verso la “Scuola nazionale Aistom in stomaterapia”

L'Aistom era presente soprattutto nell'Istituto Tumori di Milano dove si avvertiva la necessità di assistere i pazienti sia nei reparti che a domicilio, formando gli infermieri e dando loro la qualifica di stomaterapista. Fu così nel 1976 il Prof. Marcellino Pietroiusti e il Consiglio direttivo dell'Aistom incaricarono la signora Margherita Maiorca (n.d.r.: non era né paziente, né infermiera) a recarsi negli Stati Uniti presso la Cleveland Clinic Ohio per partecipare al Corso in stomaterapia tenuto dal dr. Rupert e da Norma Gill. La Maiorca a fine corso conseguì l'attestato di stomaterapista.

La figura dello stomaterapista non vedeva ancora necessariamente ed esclusivamente l'infermiere come protagonista, ma anche una volontaria che prestava la propria opera nei reparti poteva dedicarsi con passione e amore all'assistenza della persona stomizzata.

Nel 1977 furono avviati dall'Aistom i primi Corsi settimanali in Stomaterapia, diretti dal prof. Pietroiusti, tutor la signora Margherita Maiorca.

Ma era necessario fare un salto di qualità e nel 1982 per volontà del Prof. Marcellino Pietroiusti e del Prof. Marcello Fincato, nasce a Milano la prima Scuola Nazionale in Stomaterapia (Chirurgia Generale dell'Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico). La direttrice della Scuola dal 1982 al 1996 è stata la caposala Mirella Riatti, che lavorava all'Ospedale Fatebenefratelli di Milano. All'epoca la Chirurgia generale del suo reparto era diretta dal Prof. Fincato. Da questo momento alla Scuola potranno accedere solo gli Infermieri.

In seguito alla nascita dell'AIOSS ed alle loro richieste nel Consiglio direttivo dell'Aistom, la Scuola Aistom diventa congiunta "Aistom/AIOSS" e dal 1997 per alcuni anni viene trasferita ad Asti, presso la Scuola Infermieri. La nuova direttrice è l'infermiera Carla Saracco.

Nel 1999 la Scuola Aistom/AIOSS viene sospesa e l'Aistom fa la sua Scuola a Verona. In seguito, la Scuola sarà sospesa da Aistom per alcuni anni.

Ma nel 2007, grazie ad un finanziamento della Regione Puglia la Scuola riprende la sua attività con sede a Bari, con la dottoressa in Scienze infermieristiche/Coordinatrice Maria De Pasquale quale Direttrice.

Il percorso formativo comprende due settimane di teoria e due di pratica, con un test e una tesi finale. Dal 2011, per stare al passo coi tempi la Scuola nazionale Aistom diventa "itinerante". La troviamo nel corso degli anni a: Carpi, Brescia, Napoli Lecce, Catania, Mestre, Milano, Prato, e in varie edizioni in sede a Bari.

Oggi l'Infermiere Stomaterapista è un professionista in possesso di conoscenze e competenze tecniche e comportamentali specifiche (che la Scuola provvede a somministrare) che lo abilitano a fornire prestazioni assistenziali e riabilitative alla persona a cui è stata confezionata una stomia digestiva, intestinale – urinaria, e/o affetto da incontinenza uro-fecale.

Un professionista quindi inglobato in molteplici situazioni, un consulente a 360 gradi e un riferimento per la persona stomizzata, che verrà accompagnata dal preoperatorio al post-operatorio, in tutte le sue fasi, sino all'autogestione e al reinserimento nella vita familiare e sociale. In sintesi, una vera e propria presa in carico del paziente, per attivare un percorso riabilitativo ben definito (Linee Guida

e PDTA).

Un Professionista che ancora oggi non trova un riconoscimento normativo, anche se la sua figura è presente e vitale per queste persone.

Implementare la “Rete dei Centri” e la “Rete degli Stomaterapisti” sul territorio, è oggi l’obiettivo primario della Scuola. Elementi vitali per abbattere barriere e disagi agli stomizzati, migliorandone la qualità e quantità di vita.

L' ASSISTENZA È UN'ARTE E SE DEVE ESSERE
REALIZZATA COME ARTE RICHIEDE UNA
DEVOZIONE TOTALE ED UNA DURA PREPARAZIONE,
COME PER QUALUNQUE OPERA DI PITTORE O SCULTORE.
CON LA DIFFERENZA CHE NON SI HA A CHE FARE
CON UNA TELA O UN GELIDO MARMO, MA CON IL
CORPO UMANO, IL TEMPIO DELLO SPIRITO DI DIO.
È UNA DELLE BELLE ARTI.
ANZI, LA PIU' BELLA DELLE ARTI

Florence Nightingale

6.2 L'INFERMIERE DEDICATO ALLA STOMATERAPIA



VINCENZA DELL'EDERA
Stomaterapista volontaria APS

L'infermiere stomaterapista è il professionista che, dopo aver conseguito la laurea in Infermieristica, ha continuato la formazione specializzandosi su tutto ciò che ruota intorno alle stomie, a partire dalle patologie che possono condurre al loro confezionamento.

L'infermiere stomaterapista è il professionista che, seguendo tutte le fasi del nursing, acquisisce le competenze teoriche, pratiche, comunicative, gestionali ed educative per prendere in carico il paziente con problematiche proctologiche o con disfunzioni del pavimento pelvico. La sua attività assistenziale viene attuata in base a conoscenze scientifiche, all'Evidence Based Nursing e Evidence Based Medicine. Svolge il proprio operato collaborando all'interno di un team multidisciplinare per garantire un'assistenza più adeguata.

Talvolta, le persone vivono la stomia come un tabù. Il ruolo dell'infermiere stomaterapista è fondamentale per guidare il paziente a gestire autonomamente la stomia e a riprendere, così, le redini della propria vita. E in questo, la capacità di instaurare un rapporto di fiducia ed empatia con il paziente è fondamentale. Le motivazioni che rendono necessario il confezionamento di una stomia sono le più disparate e possono riguardare individui di tutte le fasce d'età, bambini e adulti. In tutti i casi, la persona portatrice di stomia necessita di un'assistenza olistica. Il paziente stomizzato, da un momento all'altro, si trova a dover rielaborare il proprio schema corporeo e ha bisogno di supporto a 360°.

Lo stomaterapista è la figura che costruisce con il paziente una relazione di prossimità, di cura e di fiducia e ne diventa il punto di riferimento discreto e disponibile. La funzione clinica dell'infermiere stomaterapista, dunque, inizia proprio dall'azione

informativa preparatoria all'intervento chirurgico: con empatia e discrezione, l'infermiere accompagna l'assistito nella scoperta di quello che comporta il confezionamento di una stomia. Per farlo si serve del disegno preoperatorio, con il quale aiuta il paziente a visualizzare - prima su carta e poi sul corpo, con un bollino adesivo dimostrativo - la sede in cui verrà confezionata la stomia.

Al fine di ridurre l'ansia dell'assistito l'infermiere:

- spiega le motivazioni del confezionamento della stomia, correggendo eventuali informazioni inesatte che possono contribuire all'ansia della persona;
- descrive l'aspetto e la sede della stomia, in modo da attenuare l'impatto dato dalla vista della stomia stessa al termine dell'intervento chirurgico;
- incoraggia l'assistito a prendere confidenza con il materiale che servirà alla gestione della stomia (ad esempio, i sacchetti di raccolta).

Nell'immediato postoperatorio sono di responsabilità infermieristica la prima apparecchiatura della stomia, il monitoraggio della ripresa della canalizzazione e/o del mantenimento della diuresi (la specifica sacca di raccolta del postoperatorio, trasparente e priva di filtro antiodore, consente di notare il rigonfiamento del sacchetto stesso, sintomo della ripresa di motilità intestinale e canalizzazione ai gas), la rilevazione di eventuali segni e sintomi di complicanze precoci, la scelta dei dispositivi di raccolta e il proseguimento dell'intervento educativo rivolto al paziente.

La cura della stomia (o "stoma care") e la scelta dei presidi di raccolta sono di competenza dell'infermiere, il quale prima controlla le condizioni della stomia (colore, posizione rispetto al piano cutaneo, eventuali segni di altre complicanze) e poi, in base alle esigenze della persona e alla tipologia di stomia, sceglie il presidio di raccolta idoneo.

Trovare il presidio più adatto alla singola persona è fondamentale, anche ai fini della miglior accettazione della nuova condizione da parte del paziente.

A maggior ragione quando si tratta di ileostomia o colostomia, è necessario che i sistemi di raccolta delle feci siano sicuri, confortevoli e riducano la fuoriuscita di gas e odori sgradevoli.

Durante il ricovero e prima della dimissione l'infermiere educa il paziente stomizzato ad eseguire l'igiene della stomia, a scegliere i giusti presidi e a seguire il corretto stile alimentare in base alla propria condizione.

L'infermiere stomaterapista, che può lavorare in regime di dipendenza o come infermiere libero professionista, svolge le sue attività:

- nei reparti di chirurgia
- negli ambulatori ospedalieri di stomaterapia
- negli ambulatori territoriali
- negli ambulatori infermieristici
- al domicilio dell'assistito

L'infermiere stomaterapista che lavora come consulente in una chirurgia - in collaborazione con l'infermiere di reparto, il medico e il resto dell'équipe assistenziale - nell'ottica di una continuità assistenziale che sia un reale progetto organico di cure, prima della dimissione si occupa di formulare un programma di follow-up centrato sulla persona e integrato fra i vari professionisti, in modo da permettere all'assistito di tornare ad uno stato di autonomia il più vicino possibile alle condizioni originali di partenza.

BIBLIOGRAFIA

- L. Saiani-A. Brugnoli, Trattato di cure infermieristiche, Idelson-Gnocchi, Milano, 2014

6.3 PROFESSIONE STOMATERAPISTA



MATTIA ZAMPROGNO
Presidente AIOSS

Abstract

Legge 43 del 1° febbraio 2006, Legge n 2101 “disposizioni in favore dei soggetti incontinenti e stomizzati” del 2016, CCNL del personale del comparto di sanità 21 maggio 2018, Giugno 2018 - prestazioni infermieristiche in Piemonte - credo possano essere considerati come i passaggi fondamentali da analizzare e osservare per poter comprendere come lo Stomaterapista si debba e si possa finalmente definire anche dal punto di vista legislativo.

Volendo seguire un semplice sillogismo:

La maggior parte degli ambulatori italiani sono gestiti autonomamente da infermieri stomaterapisti. La maggioranza delle complicanze è gestita in autonomia dall' ET. In troppi ambulatori non esiste l'accesso ai servizi con ricetta medica in quanto manca la codifica infermieristica appropriata. Laddove esiste la dicitura “medicazione” ed è prevista una pratica collaborativa non solo si deresponsabilizza l'infermiere ma ci sarebbe la necessità anche un referto medico.

Questi sono alcuni dei punti di caduta da discutere e che saranno oggetto di attenzione negli anni a venire, assieme alla formazione dello stesso stomaterapista in ottemperanza alle leggi ora in vigore.

La professione infermieristica è stata definita “la più antica delle arti e la più giovane delle professioni” e come tale è passata attraverso numerose fasi dovute ai cambiamenti sociali e culturali del periodo storico.

Per delineare al meglio il profilo professionale dell'infermiere moderno è doveroso il riferimento alla guerra di Crimea dove, nel 1853, la nobildonna inglese Florence

Nightingale, osserverò che applicando un nuovo metodo organizzativo che garantisse, in primis, l'igiene dell'ambiente ospedaliero riuscì a far diminuire in maniera eccezionale il tasso di mortalità dei soldati feriti.

Fu tra le prime a comprendere l'importanza dell'epidemiologia e statistica medica per interpretare la correlazione sull'evoluzione di una malattia e sull'efficacia delle prestazioni fornite.

Tornata in patria da eroina nazionale, fu suo principale obiettivo, con la creazione di una scuola, trasferire le sue conoscenze e gettare le basi per creare l'identità culturale e tecnica dell'infermiere e dell'essere infermiere.

Nonostante il forte radicamento del modello vocazionale del prendersi cura dell'altro, la Nightingale gettò le basi per la costruzione del profilo della professione infermieristica moderna ponendo le fondamenta ad un rudimentale EBN (Evidence Based Nursing).

Da allora molte cose sono cambiate e certamente i contesti storici e l'evoluzione delle scienze hanno modificato radicalmente a volte la visione di coloro che si occupano di assistenza; Il processo di evoluzione che continua ad interessare gli Infermieri, infatti, ha una storia lunga e complessa, caratterizzato da numerose sanatorie e continue modifiche.

L'infermiere è il professionista che “svolge funzioni legate alla promozione e al mantenimento della salute e alla prevenzione della malattia” (OMS, 1991).

Essa richiede il possesso di complesse conoscenze specifiche conseguite con un iter di studi in sede universitaria; prevede lo svolgimento di funzioni specifiche e l'assunzione di responsabilità ad esse relative; è orientata verso il soddisfacimento di bisogni ritenuti di estrema importanza per tutta la collettività; è regolamentata da norme legislative dello stato e da un codice deontologico, ed è tutelata dagli Ordini che rappresentano la categoria.

La linea di demarcazione che getta le basi per il profilo professionale e la sua autonomia in Italia è rappresentata dal D.M. 14 settembre 1994, n. 739 dove “è individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del Diploma Universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica”.

L'infermiere diventa così un professionista sanitario e come tale acquisisce l'onere della responsabilità giuridica del proprio operato, con responsabilità che possono essere di natura penale, civile e disciplinare.

Con il DM 739/94 viene inoltre individuato il potenziale operativo dell'assistenza infermieristica: il comma 2 dell'Articolo 1, afferma che "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria."

Un altro importante aspetto del DM 739/94 è quello espresso dal comma 3 dell'Articolo 1, il quale, nell'affermare che "l'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività", in questo comma è riconosciuta la capacità esclusiva dell'infermiere di identificare i bisogni di assistenza infermieristica, da cui scaturisce poi l'identificazione di obiettivi preceduti da un'adeguata pianificazione dell'assistenza, la quale dovrà portare a dei risultati attraverso l'uso di protocolli e procedure assistenziali.

Nel terzo comma del DM 739/94 viene individuato altresì l'infermiere quale garante della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, funzione che sottolinea l'importanza della cooperazione tra la professione infermieristica e quella medica, evidenziando ancora una volta il ruolo dell'infermiere all'interno dell'équipe multidisciplinare.

Altro punto fondamentale del comma 3 del DM 739/94 riguarda la relazione dell'infermiere con il personale ausiliario e la sua autonomia professionale nel valutare la necessità di un supporto:

"per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera di personale di supporto".

Altra rivoluzionaria introduzione è rappresentata nell'individuare le aree in cui l'infermiere svolge la sua attività (strutture sanitarie pubbliche o private, assistenza domiciliare, territorio) ma soprattutto viene aperta la possibilità di aprire la partita IVA.

All'interno dell'articolo 2 del DM 739/94 viene stabilito che il diploma universitario di infermiere (oggi laurea di I° livello) è abilitante all'esercizio della professione previa iscrizione all'Albo professionale.

Il nostro collegio, una volta denominato IPASVI, dal 15 Febbraio 2018 diventato FNOPI è l'ente di diritto pubblico con personalità giuridica che rappresenta la categoria presso le istituzioni pubbliche e private. Tutela la professione e l'esercizio professionale, vigila affinché nell'esercizio della professione vengano rispettate le norme deontologiche. Gli infermieri, in quanto professionisti autonomi, hanno un codice deontologico ovvero uno strumento che stabilisce e definisce le concrete regole di condotta che devono necessariamente essere rispettate nell'esercizio della

specifica attività professionale infermieristica.

Nel corso degli anni ha subito delle modifiche e l'ultima versione disponibile risale al 2019.

Il DM 739/94 carica il ruolo dell'infermiere ad una professione intellettuale.

Altra legge, pietra miliare della nostra professione, è rappresentata dalla legge 42/1999 con funzione abrogativa del mansionario contenuto nel D.P.R. del 14 marzo 1974: essa sgancia definitivamente l'infermiere dalla definizione obsoleta di "professione sanitaria ausiliaria" a "professione sanitaria" e soprattutto avvia il percorso per il riconoscimento di un ruolo di dirigenza.

Nello stesso periodo diverse sono le leggi che si sono susseguite del corso dei decenni e che hanno portato alla riforma universitaria. Con la legge 15 febbraio 1973, n. 795, l'Italia ratifica l'accordo di Strasburgo, che risulta ad oggi la normativa più importante per la regolamentazione della formazione infermieristica. Viene infatti richiesta una scolarità di base di 10 anni, il prolungamento del corso da due a tre anni, viene fissato un programma didattico con 4600 ore di teoria e pratica. Gli infermieri italiani hanno una preparazione di base europea.

Il D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225, modifica le mansioni degli infermieri ed entrano nell'attività infermieristica la programmazione dei piani di lavoro, l'istruzione del personale, la partecipazione a riunioni di gruppo e ricerca.

Nel 1991 con la L. 341 vengono istituiti i Diplomi Universitari (1° livello), con la tabella XXXIX ter viene codificato il Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche e il relativo ordinamento didattico.

Il DM 739/94 apporta un'altra novità alla professione infermieristica, rappresentata dal comma 4 dell'articolo 1 del decreto, nel quale è stabilito che "l'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca".

Nel 1996 viene emanata una nuova Tabella, la XVIII ter, riforma degli ordinamenti didattici dell'area medica tra cui quello relativo all'infermiere. Nasce il Diploma Universitario per infermiere e contestualmente vengono soppressi tutti i corsi di formazione post base.

Infine con il Decreto Ministero Università 2 aprile 2001 – G.U.n°128 del 5.6.2001 suppl. ordinario n.136, vengono soppressi i diplomi universitari e le scuole dirette a fini speciali e vengono istituiti i nuovi percorsi universitari: L, laurea; LS, laurea specialistica; DR, dottorato di ricerca; Master di 1° livello post L e Master di 2° livello post LS; pertanto oggi in Italia abbiamo un solo canale formativo per infermiere.

All'interno delle università vengono assunti i primi Professori Infermieri di ruolo. La legge 43/2006 pone ulteriori modifiche in materia specifica al titolo di master, che verranno riportate in seguito.

Sintetizzando, il curriculum formativo dell'infermiere italiano è definito:

1. Dalla competenza tecnica e professionale che viene fornita dalla formazione di base e riconosciuta, regolamentata e normata a livello europeo.
2. Il post-base universitario, il biennio di laurea magistrale, ad indirizzo manageriale.
3. Formazione clinica avanzata opzionale, rappresentata dai master di 1° e 2° livello.

Volendo calarsi maggiormente nell'argomento oggetto di questo capitolo, possiamo affermare a questo punto come il percorso che porta alla definizione dell'infermiere Stomaterapista sia effettivamente il percorso stesso dell'infermieristica anche se, per giungere all'individuazione ufficiale di questa figura, bisognerà attendere la fine del 1800 e gli inizi del 1900, dove nomi di grandi chirurghi (Jannel, Miles, Gondier e Hartmann) rimangono nella storia della chirurgia moderna poiché perfezionarono la tecnica chirurgica, ma soprattutto da un lato incrementarono le aspettative di vita dall'altro lato, con queste migliorie, vennero a crearsi una moltitudine di problemi legati alla gestione della stomia dal punto di vista pratico e sociale.

Per sopperire a queste problematiche, nel 1953, per volere di due chirurghi, Lyons e Shrliber, nacque il primo centro per soggetti portatori di stomia.

Nel 1959 in Inghilterra il chirurgo Sir Bryan Brooke, in collaborazione con un paziente, fondò un gruppo di stomizzati che più che un centro di assistenza, aveva caratteristiche di tipo associativo.

Per una "fortunata" serie di eventi, nel 1958 il chirurgo Rupert Turnbull fondò il primo centro che si occupava di "terapia enterostomale" ovvero della cura e dell'assistenza di pazienti stomizzati.

Nello stesso anno della fondazione, la coordinatrice del centro Norma Gill, subì un confezionamento di ileostomia definitiva a causa di una malattia infiammatoria intestinale. Grazie alla sua esperienza personale e familiare, la Gill divenne la prima stomaterapista americana.

Nel 1961 negli USA, si istituì un vero e proprio corso di stomaterapia e lo stomaterapista fu riconosciuto come figura professionale dell'infermiere specializzato. Nel giro di pochi anni, nacquero diversi gruppi distrettuali che raccoglievano stomizzati e operatori sanitari; nel 1962 questi gruppi vennero unificati sotto un'unica sigla, la U.O.A (United Ostomy Association).

Negli anni '70, la domanda di stomaterapisti continuava a crescere e grazie

all'intuizione di Norma Gill si sentì la necessità di creare una rete di professionisti che avesse modo di avere un confronto attivo su temi quali: la formazione, le tecniche chirurgiche, la riabilitazione, l'utilizzo dei presidi. Nel 1975 con il 1° congresso dell'IAET e IAO si gettarono le basi per un'organizzazione internazionale, ma è con la fondazione del WCET (World Council of Enterostomal Therapists) che venne definito un programma comune di formazione sul corso di specializzazione per infermieri professionali stomaterapisti.

In Italia, nel 1972, i meriti sono da attribuire a Margherita Maiorca che arruolatasi presso l'Istituto Nazionale Tumori di Milano, insegnò ai pazienti portatori di colostomia definitiva la tecnica dell'irrigazione intestinale, appresa durante uno stage alla Cleveland Clinic grazie al Professore Ventafridda.

Nell'ambulatorio a lei affidato oltre alla tecnica di irrigazione, venivano insegnati i principi di un corretto stoma-care. Sempre grazie a lei e alla sue collaborazioni con Norma Gill, modificò il corso per infermieri professionali stomaterapisti modificando la durata del corso da 5 giorni a due settimane.

Altra figure meritevoli di menzione sono Mirella Riatti che divenne stretta collaboratrice della Maiorca e successivamente responsabile dei corsi di stomaterapia che si tenevano a Milano e menzioniamo anche Carla Saracco (ex vice presidente AIOSS, fino al 2021).

Nel 1973, il Professor Marcello Pietroiusti fonda l'AISTOM (Associazione Italiani Stomizzati) che riunisce infermieri, stomaterapisti, medici e pazienti stomizzati volontari i cui obiettivi sono:

- formazioni di infermieri competenti nell'ambito della stomaterapia
- favorire la nascita di ambulatori specialistici laddove vi è un numero considerevole di utenti
- promuovere la ricerca
- mantenere rapporti con l'IOA (Associazione Internazionale Stomizzati)

Ad affiancare AISTOM, nel 1982 si aggiunge AIOSS (Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia). Nata grazie al numero sempre più consistente di professionisti impegnati ad assistere pazienti portatori di stomie ed incontinenze, con la necessità di formalizzare l'attività quotidiana anche attraverso l'interscambio di esperienze personali a livello nazionale ed internazionale tra operatori dediti allo stesso tipo di paziente.

“Il ruolo e le funzioni dell'infermiere stomaterapista rispecchiano ovviamente quelle

già esplicitate all'interno della normativa caratterizzante la professione infermieristica (profilo professionale e codice deontologico) e dagli ordinamenti didattici della formazione infermieristica universitaria. Assume quindi una prima connotazione che è certamente di natura clinico/assistenziale. Come erogatore dell'assistenza infermieristica, lo stomaterapista si assume la responsabilità di aiutare la persona assistita a promuovere, ripristinare e mantenere la salute ed il benessere psicofisico. Il paziente viene visto come "essere unico"; nel processo assistenziale ci si rivolge, infatti, alla persona nella sua interezza" (L'infermiere esperto in stomaterapia, colonproctologia e riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico: storia, formazione e job description, AIOSS 2011).

Le funzioni dell'infermiere stomaterapista sono essenzialmente:

- prevenzione, diagnosi precoce ed educazione alla salute;
- assistenza;
- gestione;
- formazione;
- consulenza;
- ricerca.

<p>PREVENZIONE, DIAGNOSI PRECOCE E EDUCAZIONE ALLA SALUTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analizzare i problemi di salute del paziente stomizzato ed incontinente e le risposte dei servizi sanitari e socioassistenziali ai principali bisogni degli stessi - Progettare ed attuare interventi educativi rivolti al singolo e alla collettività per l'adozione di abitudini di vita sana - Valutare i risultati di interventi di promozione alla salute
<p>ASSISTENZA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valutare e rilevare criticamente l'evoluzione dei bisogni che richiedono una complessità assistenziale nel campo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo - Costruire, sulla base dell'analisi dei problemi di salute, dei bisogni di assistenza, delle risorse e dei risultati della ricerca, un sistema di standard assistenziali - Definire, realizzare, supervisionare e valutare progetti assistenziali per persone con necessità assistenziali personalizzate - Condurre incontri di informazione, di addestramento, di valutazione con gruppi di persone assistite utilizzando tecniche appropriate - Applicare e valutare l'impatto di modelli teorici dell'assistenza nell'operatività del quotidiano - Monitorare e analizzare criticamente gli aspetti etici correlati all'assistenza e ai problemi a carattere multiprofessionale e multiculturale - Prendere decisioni assistenziali in coerenza con le dimensioni legali, etiche e deontologiche che regolano l'organizzazione sanitaria e la responsabilità professionale
<p>FUNZIONE EDUCATIVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificare i bisogni educativi di gruppi di persone portatrici di stomia, tenendo conto dei problemi di salute, delle differenze di età e di cultura - Progettare e realizzare, in collaborazione con altri professionisti, interventi educativi del singolo, della famiglia e della rete di sostegno per favorire l'autogestione dei trattamenti e il controllo dei fattori di rischio

<p>FUNZIONE DI GESTIONE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definire gli obiettivi infermieristici di servizio sulla base dell'analisi delle esigenze dell'utenza, delle finalità istituzionali, delle risorse umane e materiali disponibili ed attivabili - Definire gli standard di competenza professionale applicabili alle specifiche aree assistenziali - Stimare il fabbisogno delle risorse umane e materiali in relazione alla complessità e al carico di lavoro - Negoziare, selezionare e assegnare le risorse umane in relazione agli standard di competenza professionale e ai carichi di lavoro delle specifiche aree di assistenza - Gestire e valutare i servizi assistenziali nell'ottica del miglioramento continuo della qualità professionale, economica, organizzativa, percepita - Monitorare le criticità presenti nell'organizzazione sia ospedaliera che ambulatoriale - Applicare strategie di gestione, per una migliore qualità assistenziale - Applicare sistemi di valutazione e di accreditamento professionale
<p>FUNZIONE DI FORMAZIONE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fornire consulenza professionale in ordine a casistica assistenziale e organizzativa complessa e alla supervisione dell'assistenza erogata e dall'organizzazione adottata - Coordinare gruppi di studio su specifici problemi assistenziali e organizzativi - Progettare corsi di formazione di base ed avanzato al personale infermieristico - Contribuire a definire le strategie aziendali e regionali - Attivare reti di consulenza su aree specifiche
<p>FUNZIONE DI CONSULENZA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Viene Attivato e viene richiesta la sua presenza, Come portatore di conoscenze specifiche, esecutore di pratiche di cura specifiche, educatore sanitario, facilitatore di apprendimenti poiché adotta una metodologia di lavoro per obiettivi essendogli riconosciuta la piena responsabilità e autonomia nella gestione dei problemi assistenziali e della corretta esecuzione delle prescrizioni diagnostico- terapeutiche.
<p>FUNZIONE DI RICERCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificare specifici problemi e aree di ricerca in ambito stomaterapico su aspetti di tipo clinico, organizzativo e formativo - Utilizzare i metodi e gli strumenti della ricerca nelle aree clinico assistenziali dell'organizzazione e della formazione che necessitano di valutazione e revisione - Guidare i gruppi professionali nell'interpretare e nell'applicare i risultati di ricerche per migliorare la qualità dell'assistenza del paziente stomizzato

Concludendo possiamo quindi definire lo stomaterapista o E.T. (dal termine anglosassone Enterostomal Therapist o Stoma Therapist) come l'infermiere specializzato che a seguito di un percorso di formazione (Corso di specializzazione, Master di 1 livello) ha acquisito le competenze per assicurare l'erogazione appropriata e pertinente di attività assistenziali e riabilitative alla persona stomizzata o affetta da incontinenza uro-fecale. Sostanzialmente le competenze di natura tecnica e assistenziale sono completate dalle competenze relazionali, comunicative ed empatiche, si può così affermare che professionalità, umanità e sensibilità sono gli elementi caratterizzanti di questo professionista.

Come la formazione di base dell'infermiere anche quella complementare in stomaterapia ha seguito un processo di trasformazione coerente con l'evoluzione della professione infermieristica passando dai primi Corsi di base della durata di alcune settimane ai Corsi di Specializzazione della durata di 800/1000 ore e attualmente alla formazione universitaria con il Master di 1° livello della durata di 1500 ore.

Contemporaneamente si è consolidato il ruolo dell'infermiere stomaterapista in ambito aziendale, sono stati attivati gli Ambulatori Infermieristici dove questo professionista svolge in autonomia funzioni e attività attinenti al campo d'azione specifico. L'approccio "To Care" costituisce lo zoccolo duro su cui viene strutturato e pianificato il percorso assistenziale e riabilitativo considerati i criteri del Modello Organizzativo e di Nursing adottati nello specifico contesto di lavoro.

Tutto ciò ha favorito un ulteriore riconoscimento, oggi in alcune regioni le prestazioni infermieristiche erogate in autonomia dallo stomaterapista sono formalmente riconosciute e inserite nei cataloghi delle prestazioni specialistiche regionali. Nella Tabella sottostante, ad esempio sono riportate quelle contenute nel Nomenclatore delle Prestazioni Ambulatoriali della Regione Piemonte.

Prestazioni infermieristiche stomaterapiche - Nomenclatore Prestazioni Regione Piemonte-2020

Codice branca specialistica	Numero codifica della prestazione	Descrizione della prestazione
79	93018.3	COUNSELLING STOMATERAPICO PRE O POSTOPERATORIO
09	8628.1	GESTIONE CONSERVATIVA COMPLICANZE STOMALI
09	9818.1	IRRIGAZIONE DA STOMA
79	99152.0	VALUTAZIONE CLINICA DEL COMPLESSO STOMALE E DELL' APROPRIATEZZA DEL PRESIDIO UTILIZZATO
79	9993.1	CONSULENZA STOMATERAPICA

Sappiamo come in letteratura si stressi, ormai da anni, il concetto che l'attività di diagnosi e cura debba svolgersi all'interno di percorsi multidisciplinari e condivisi, dove ogni professionista sia coinvolto per le sue specifiche competenze nella gestione della persona, la quale partecipa attivamente in questo "viaggio" circondata da specialisti e operatori che si occupano di lei a 360°.

In questo contesto ben si inserisce la figura dell'infermiere stomaterapista, garante del percorso assistenziale, terapeutico e riabilitativo del paziente portatore di stomia e con patologie proctologiche o con disfunzioni del pavimento pelvico. Esso svolge, all'interno di questi percorsi, tutto quello che è previsto nel processo di nursing, lo condivide con la persona assistita e con i suoi familiari ed effettua con perizia e competenza attività come l'assessment infermieristico, la pianificazione dell'assistenza, l'attuazione di interventi assistenziali, la valutazione dei risultati, nonché la condivisione di tutto il percorso con l'equipe multidisciplinare di cura.

Gli ambiti di competenza e le attività svolte dai professionisti in stomaterapia, colonproctologia e riabilitazione delle disfunzioni del pavimento pelvico, sono molteplici, ma possono dividersi in ambito clinico, ambito educativo, ambito di consulenza e formazione, ambito organizzativo (tutti questi racchiusi a loro volta nel codice deontologico dell'infermiere 2019)

Di seguito si riporta nella tabella l'elenco delle varie attività divise per ambito:

AMBITO	ATTIVITÀ SVOLTE
CLINICO	<ul style="list-style-type: none"> • counselling preoperatoria l'intervento e agli aspetti immediatamente successivi • STOMA SITING • prima apparecchiatura della stomia • monitoraggio della ripresa della canalizzazione e/o della funzione urinaria • gestione e rimozione del sistema di sostegno applicato alle stomie laterali • stoma care e valutazione del complesso stomale nel periodo di degenza post-operatoria e in coincidenza delle visite ambulatoriali di follow up • valutazione del dispositivo di raccolta da adottare e scelta condivisa con il paziente di quello appropriato • prevenzione e gestione conservativa delle complicanze del complesso stomale • Informazioni sui comportamenti alimentari • irrigazione colica trans stomia • accoglienza e presa in carico del paziente con patologie proctologiche • collaborazione con il medico nell'erogazione delle prestazioni proctologiche • medicazioni di ascessi fistole cisti eccetera • collaborazione con il medico specialista nella valutazione strumentale dell'incontinenza urinaria e fecale e della stipsi sia maschile che femminile • assessment infermieristico • esecuzione del pad test • esecuzione stress test • esecuzione q tip test • rilevazione del residuo post minzionale • esecuzione del testo pubococcigeo • riabilitazione del pavimento pelvico
EDUCATIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica del livello di health literacy del paziente o caregiver • definizione del progetto di insegnamento-addestramento • attivazione degli interventi educativi • verifica delle conoscenze e competenze acquisite

AMBITO	ATTIVITÀ SVOLTE
CONSULENZA E FORMAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • collaborazione nella gestione in equipe del caso • definizione delle attività assistenziali che si ritengono appropriate • corresponsabilità nelle decisioni prese in equipe nella gestione dei trattamenti terapeutici e assistenziali posti in essere e dei risultati ottenuti • contribuire alla continuità assistenziale • concorrere allo sviluppo delle conoscenze delle competenze cliniche del personale infermieristico e di supporto
ORGANIZZATIVO	<ul style="list-style-type: none"> • analizzare i bisogni degli utenti, predisporre i piani di assistenza e percorsi clinici assistenziali, coordinare le fasi applicative di quanto pianificato • promuovere il benessere dell'individuo e della famiglia • proporre e adottare azioni per migliorare gli aspetti organizzativi e le prestazioni erogate • valutare i problemi clinici e amministrativi per la dimissione del paziente • gestire i processi informativi e di comunicazione • valutare l'efficacia e l'efficienza nonché l'appropriatezza dei risultati ottenuti

BIBLIOGRAFIA

1. Arte e scienza dell'assistenza infermieristica in stomaterapia: curare, prendersi cura, educare - a cura di Saracco Carla, edito da AIOSS, 2021, ISBN- 13: 9788894987096
2. Ministero della Sanità. D.M. 14 settembre 1994, n. 739: Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 9 gennaio 1995, n. 6.
3. LEGGE 26 febbraio 1999, n. 42 : Disposizioni in materia di professioni sanitarie. (GU Serie Generale n.50 del 02-03-1999)
4. LEGGE 15 novembre 1973, n. 795 : Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1957. (GU Serie Generale n.325 del 19-12-1973)
5. DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 14 marzo 1974, n. 225 : Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici. (GU Serie Generale n.157 del 18-06-1974)
6. DECRETO 2 dicembre 1991 : Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al corso di diploma universitario in scienze infermieristiche. (GU Serie Generale n.131 del 05-06-1992)
7. DECRETO 2 aprile 2001 : Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie (GU Serie Generale n.128 del 05-06-2001 - Suppl. Ordinario n. 136)
8. Legge 1 febbraio 2006, n. 43. "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 40 del 17 febbraio 2006
9. Federazione Nazionale Ordine delle Professioni Infermieristiche (2019). Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/codice-deontologico/>

10. Colaiocco E, Durizzotto V, Fazzari N, Morandini S, Rastelli G, Saracco C, Steduto G. L'infermiere esperto in Stomaterapia, Coloproctologia e Riabilitazione delle Disfunzioni del Pavimento Pelvico: Storia, Formazione, Job Description, Edizione AIOSS; 2011.
11. Saracco C. Contesto clinico professionale umano e sociale di riferimento in colonproctologia, stomia e incontinenza. In: Zanotti R (a cura di). Coloproctologia, stomia e incontinenza. Roma: Carocci Faber; 2006. 19-33.
12. Nomenclatore delle Prestazioni Ambulatoriali della Regione Piemonte - D.D n. 417 – Allegato A, Pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte il 30 luglio 2020.
13. Paplau H. Specialization in professional nursing, *Clinical Nurse Specialist* 2003, 17 (1): 3-9
14. Skingley S. Changing Practice: the Role of the Community Stoma Nurse, in “*British Journal of Nursing*” 2004, 13 (2): 79-85.
15. AIOSS, Raccomandazioni Etiche-Deontologiche e di Rispetto della Privacy per l'Infermiere Stomaterapista. Teramo: Editpress; 2016.
16. Battaglia N, Gamberoni L, L'infermiere della riabilitazione. Milano: Edi Hermes; 2002: 205-212.
17. AIOSS-SIC, Stoma Siting: documento di posizionamento, Teramo: Editpress; 2013.
18. Albano M G. Educazione Terapeutica del Paziente: riflessioni modelli e ricerca. Milano: Edi Hermes; 2010: 3-5.
19. Gruppo di Ricerca AIOSS. Clinica Infermieristica in Stomaterapia: dalle evidenze agli Strumenti Operativi. Milano: AIOSS Hollister; 2007: (4) -211-232.
20. Ferraresi A, Gaiani, Manfredini M. Educazione Terapeutica: Metodologia e Applicazione. Roma: Edizione Carocci Faber; 2004.

***7. IL SOCIALE, LA COMUNITÀ
E LA SANITÀ: IL SISTEMA
SANITARIO PER GLI
STOMIZZATI***

7.1 I DISPOSITIVI MEDICI E I PRESIDI MEDICO CHIRURGICI



MARCELLA MARLETTA

Già Direttore Generale Ministero della Salute - Coordinatore scientifico Fondazione Cannatò – Docente UniMarconi - Presidente Aistom - Consigliera nazionale FAVO

Introduzione

Dal 1996 ho seguito le normative nazionali ed europee del settore come Dirigente e per 11 anni, fino al febbraio 2020, in qualità di Direttore Generale della Direzione dei dispositivi medici e del Servizio Farmaceutico del Ministero della salute, ho svolto il ruolo di Autorità Competente Nazionale.

Non tutti conoscono ancora oggi la differenza tra il regime regolatorio dei farmaci, che per essere immessi in commercio necessitano di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) rilasciata dall'Agenzia nazionale dei farmaci AIFA e dall'Agenzia Europea EMA e il regime dei dispositivi medici che prevede la marcatura CE, valida in tutta Europa e la certificazione da parte di Organismi Notificati autorizzati dalle Autorità Competenti Nazionali. Non è altrettanto chiaro il fatto che i prezzi dei farmaci sono stabiliti dalla Commissione Prezzi e Rimborsi dell'AIFA (CPR) mentre per i dispositivi medici esiste il libero mercato e i prezzi non possono essere stabiliti dalle Autorità degli Stati Membri.

Nel 2017 sono entrati in vigore i Regolamenti europei sui dispositivi medici (MDR) e sui dispositivi medico diagnostici in vitro (IVDR), Regolamento (UE) 2017/745 ed il Regolamento (UE) 2017/746, che abrogano rispettivamente le direttive 90/385/CEE relativa ai dispositivi medici impiantabili attivi e la Direttiva 93/42/CEE relativa ai dispositivi medici e la Direttiva 98/79/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio relativa ai dispositivi medico diagnostici in vitro.

I due nuovi Regolamenti sono direttamente applicabili in tutta Europa ed hanno un ruolo fondamentale per lo sviluppo di tecnologie innovative utili per la salute e

per l'assistenza sanitaria, riconoscono apertamente il valore delle piccole e medie imprese e mirano all'ottenimento di un alto livello di protezione della salute dei pazienti e degli utilizzatori in un settore in continua evoluzione caratterizzato dalla costante innovazione.

I regolamenti sono stati pubblicati nella Gazzetta ufficiale dell'Unione europea il 5 maggio 2017 e sono entrati in vigore 20 giorni dopo la pubblicazione ma la data di piena applicazione del Regolamento (UE) 2017/745, inizialmente prevista per il 26 maggio 2020, è stata poi spostata al 26 maggio 2021 mentre la data di applicazione dell'IVDR è il 26 maggio 2022.

Il nuovo Regolamento è diventato applicabile a maggio del 2021 ma esiste il rischio che alcuni dispositivi medici possano non essere più disponibili perché le aziende non si adeguano al nuovo Regolamento e anche a causa del meccanismo del *rollback* istituito dalle norme del 2015.

Tutti i dispositivi medici sul mercato alla data di applicazione del nuovo regolamento devono essere certificati con le nuove regole che prevedono l'implementazione degli studi clinici e maggiori dati sulla efficacia e sicurezza. Il Regolamento MDR prevede nuove prescrizioni relative alla sicurezza dei dispositivi con il sostegno di dati clinici per dimostrarne l'efficacia, ma anche il controllo e il monitoraggio rigoroso da parte delle Autorità Nazionali competenti, della Commissione europea e degli Organismi Notificati e l'estensione del concetto di dispositivo medico anche ad alcuni dispositivi che prima non erano considerati tali come, ad esempio, le lenti a contatto colorate.

Le nuove regole valgono per tutti i dispositivi che sono stati immessi sul mercato secondo la vecchia Direttiva 93/42/CEE sui dispositivi medici e 90/385/CEE sui dispositivi medici impiantabili attivi.

Alcuni esempi di dispositivi medici sono: le siringhe, i bisturi e tutti gli strumenti chirurgici che si usano in sala operatoria, le sacche per stomia, i cateteri, le protesi d'anca o di ginocchio e spalla, le valvole cardiache, i pacemaker, le lenti a contatto, le protesi per il seno ma anche tutte le apparecchiature la PET, la TAC, gli ecografi e gli strumenti di misurazione della pressione e della glicemia, ma anche i dispositivi medici a base di sostanze.

Certamente ci saranno grandi vantaggi nel nuovo quadro regolatorio perché i dispositivi medici dovranno dimostrare con studi clinici di essere efficaci nella destinazione d'uso indicata e questo sarà un vantaggio per i pazienti ma entro il 31 dicembre 2027 e 2028 bisognerà passare al nuovo sistema definitivamente e

sappiamo che gli studi clinici ad oggi espletati sono veramente pochi.

Gli adempimenti da portare a termine sono numerosi: c'è il rischio che diverse aziende e diversi prodotti rimangano fuori dal mercato e fuori dall'accesso per i pazienti!!!!

I fabbricanti hanno tempo per adeguarsi alle nuove regole e “ricertificare” i vari dispositivi medici fino alla scadenza della marcatura CE ottenuta sulla base della precedente direttiva 93/42/CEE, oltre tale data infatti i fabbricanti non potranno produrre e commercializzare i propri dispositivi medici fino all'ottenimento della nuova marcatura CE sulla base del nuovo Regolamento.

Il ritardo nelle certificazioni e il meccanismo del payback rischiano di far sparire dal mercato dispositivi medici indispensabili per il benessere dei pazienti italiani ed europei oltre a generare una turbativa di mercato anche rispetto alla concorrenza di società extra-CEE (India, America, Cina) che troverebbero corridoi privilegiati per il mercato Europeo, con risvolti negativi sulla sopravvivenza dei Fabbricanti italiani ed europei e dei tanti lavoratori impiegati presso tutta la filiera collegata al comparto (laboratori d'analisi, centri di ricerca Universitari pubblici e privati, etc.).

I DISPOSITIVI MEDICI

Rientrano nella categoria generale di dispositivo medico:

- I dispositivi medici (DM) disciplinati dal Regolamento (UE) 2017/745
- I dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD) disciplinati dal Regolamento (UE) 2017/746.

DISPOSITIVO MEDICO

Un **dispositivo medico** è qualunque strumento, apparecchio, apparecchiatura, software, impianto, reagente, materiale o altro articolo, destinato dal fabbricante a essere impiegato sull'uomo, da solo o in combinazione, per una o più delle seguenti destinazioni d'uso mediche specifiche:

- ❖ diagnosi, prevenzione, monitoraggio, previsione, prognosi, trattamento o attenuazione di malattie
- ❖ diagnosi, monitoraggio, trattamento, attenuazione o compensazione di una lesione o di una disabilità
- ❖ studio, sostituzione o modifica dell'anatomia oppure di un processo o stato fisiologico o patologico
- ❖ fornire informazioni attraverso l'esame in vitro di campioni provenienti dal corpo umano, inclusi sangue e tessuti donati

e che **non esercita nel o sul corpo umano l'azione principale cui è destinato mediante mezzi farmacologici, immunologici o metabolici**, ma la cui funzione può essere coadiuvata da tali mezzi.

DISPOSITIVO MEDICO (2)

Inoltre, si considerano dispositivi medici anche:

- i dispositivi per il controllo del concepimento o il supporto al concepimento
- i prodotti specificamente destinati alla pulizia, disinfezione o sterilizzazione di dispositivi medici
- gli accessori di dispositivi medici
- i prodotti riportati nell'Allegato XVI del regolamento (specifico elenco di prodotti che non hanno una destinazione d'uso medica)
- i dispositivi medici su misura

DISPOSITIVO MEDICO (3)

Le classi di rischio dei dispositivi medici

I dispositivi medici disciplinati dal Regolamento (UE) 2017/745 sono suddivisi in **quattro classi di rischio** (classe I, IIa, IIb e III), secondo le regole di classificazione specificate nell'allegato VIII dello stesso regolamento.

I dispositivi di classe I, sono quelli che presentano minori rischi sotto il profilo della sicurezza, i dispositivi di classe III, sono quelli che presentano un alto profilo di rischio.

Immissione sul mercato, la messa a disposizione e la messa in servizio

L'immissione sul mercato, la messa a disposizione e la messa in servizio nel territorio italiano dei dispositivi medici e medico-diagnostici in vitro è consentita per i dispositivi recanti la marcatatura CE.

La marcatatura dimostra la conformità ai requisiti applicabili del Regolamento (UE) 2017/745, per i dispositivi medici, e ai requisiti applicabili del Regolamento (UE) 2017/746, per i dispositivi medico-diagnostici in vitro.

Legacy devices

Il Regolamento (UE) 2017/745, per i dispositivi medici, e il Regolamento (UE) 2017/746, per i dispositivi medico-diagnostici in vitro, consentono, in alcuni particolari casi, di mantenere sul mercato dispositivi marcati CE ai sensi delle precedenti direttive.

Corretto utilizzo dei dispositivi medici: principio generale

«destinazione d'uso»: l'utilizzo al quale è destinato un dispositivo **secondo le indicazioni fornite dal fabbricante** sull'etichetta, nelle istruzioni per l'uso o nel materiale o nelle dichiarazioni di promozione o vendita e come specificato dal fabbricante nella valutazione clinica.

Ogni dispositivo deve essere **corredato delle informazioni necessarie a identificare il dispositivo e il fabbricante** e da tutte le informazioni in materia di **sicurezza e prestazione** pertinenti per gli utilizzatori o per altre persone, a seconda dei casi.

IL DISPOSITIVO VA UTILIZZATO SECONDO QUANTO RIPORTATO DAL
FABBRICANTE

Presidi medico-chirurgici

I **presidi medico-chirurgici**, per poter essere immessi in commercio sul mercato italiano, devono contenere **un principio attivo in revisione secondo il Regolamento (UE) 528/2012** e devono essere **preventivamente autorizzati** dal Ministero della salute ai sensi del D.P.R. 392 del 6 ottobre 1998 e del Provvedimento 5 febbraio 1999, dopo opportuna valutazione della documentazione presentata dai richiedenti.

Una volta autorizzati, i prodotti devono riportare in etichetta la dicitura: **"Presidio Medico-Chirurgico"** e **"Registrazione del Ministero della salute n."**

Possono essere autorizzati soltanto presidi medico-chirurgici contenenti sostanze attive in revisione per il tipo di prodotto specifico ai sensi del Regolamento UE n. 528/2012 e del Regolamento UE n. 1062/2014 e successive modifiche.

L'autorizzazione all'immissione in commercio di un presidio medico-chirurgico è revocata se vengono a mancare i requisiti o le condizioni in base alle quali è stata concessa ovvero il presidio si è dimostrato, nell'uso, inefficace o nocivo.

NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA - LEA

- **DPCM 12 gennaio 2017**, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15, **definisce i nuovi LEA** e sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001.
- **DPCM 12/01/2017** aggiorna gli elenchi del **Nomenclatore Tariffario degli Ausili e delle Protesi** Definito nel DM 332 del 27/8/1999

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE

- assistenza sanitaria di base;
- emergenza sanitaria territoriale;
- assistenza farmaceutica; assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale; assistenza protesica;
- assistenza termale;
- assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

ASSISTENZA INTEGRATIVA nei nuovi LEA

Per quanto riguarda l'assistenza integrativa, si segnala la traslazione in questa area dei dispositivi medici monouso (come sacche per stomie, cateteri, ausili per incontinenza e medicazioni), precedentemente contabilizzati nell'assistenza protesica.

Gli elenchi degli Ausili monouso sono contenuti nell'Allegato 2 , mentre l'Allegato 11 ne reca le modalità di erogazione.

Si segnala che, nel settore dei dispositivi medici monouso sono stati introdotti alcuni prodotti innovativi, quali le **medicazioni avanzate per le lesioni da decubito** e nuove tipologie di dispositivi monouso quali: **cannule, cateteri, ausili assorbenti per incontinenza e sacche per stomia.**

DPCM 12 gennaio 2017 ausili e presidi dell'assistenza integrativa

❖ Allegato 2

Ausili monouso per la cura e la protezione personale

- Ausili per stomie
- ausili per prevenzione e trattamento lesioni cutanee
- Medicazioni avanzate
- Cateteri vescicali ed esterni
- Raccoglitori per urine
- Ausili assorbenti urina

❖ Allegato 3

Presidi per persone affette da patologia diabetica e da malattie rare

DPCM 12 gennaio 2017 ausili e presidi dell'assistenza integrativa allegato 2

AUSILI MONOUSO		
<i>I dispositivi medici elencati devono essere conformi al d. lgs. 24 febbraio 1997, n. 46 in attuazione della direttiva 93/42/CEE</i>		
Classe 09 "Ausili per la cura e la protezione personale"		
09.15 ausili per tracheostomia		
<p>costruiti da un tubo ricurvo di forma angolata o a semicerchio, realizzato con materiali differenzi (PVC, silicone, metallo) che viene inserito nello stomia tracheale per mantenerne la pervietà; il tratto esterno (connettore) permette all'assistito il collegamento al circuito per i dispositivi di ventilazione e l'applicazione di accessori (tappi, umidificatori, ecc.). Il diametro interno (DI) deve essere indicato esplicitamente nella prescrizione dello specialista in relazione alle dimensioni dello stomia dell'utente (nell'adulto, generalmente compreso tra 9,4 e 13,8 mm) così come la lunghezza del dispositivo (in genere, compresa tra 65 e 81 mm). Devono essere acquistati compresi dalla piastrina orientabile per il collo (o fregio - forbice alla cannula o fibra di scorrere), dei nastri di fissaggio per garantire il corretto posizionamento e del tappo o sfiatore, se richiesto.</p>		
	quantità/anno	
09.15.03.003	cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fenestrata	4
09.15.03.006	cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, fenestrata	4
09.15.03.009	cannula tracheale in plastica rigida con mandrino, non fenestrata	4
09.15.03.012	cannula tracheale in plastica rigida con mandrino, fenestrata	4
09.15.03.015	cannula tracheale in metallo cromato o argentato in due o tre pezzi	2
09.15.03.019	cannula tracheale in argento 900/1000 in tre pezzi	2
09.18 ausili per stomia		
09.18.04 sacche per stomia, a un pezzo, a fondo chiuso		
<p>dispositivi (stati) di filtro antibodora, barriera protettiva autoportante in idrocolloidi e anello protettivo (in gomme naturali Karaya o diversa materiale), supporto adesivo microporoso e ipoallergenico; sul lato-corpo, rivestimento antistatico (in TNT o analogo naturale) e sul lato esposto, rivestimento in materiale spacio o trasparente.</p>		
	quantità erogabile	
09.18.04.003	sacca per colostomia a fondo chiuso	60
09.18.04.006	sacca per colostomia a fondo chiuso per stomi istroflessi (stoma a filo, retratto, situato in una stoma cutanea o in una cicatrizzata)	60

Erogazione di dispositivi medici monouso art.11 DPCM 12/1/2017

Agli assistiti tracheostomizzati, ileostomizzati, colostomizzati e urostomizzati, agli assistiti che necessitano permanentemente di cateterismo, agli assistiti affetti da grave incontinenza urinaria o fecale cronica, e agli assistiti affetti da patologia cronica grave che obbliga all'allettamento, sono garantite le prestazioni che comportano l'erogazione dei **dispositivi medici monouso** di cui al nomenclatore allegato 2 al presente decreto.

La condizione di avente diritto alle prestazioni è certificata dal medico specialista del Servizio sanitario nazionale, dipendente o convenzionato, competente per la specifica menomazione o disabilità.

Modalità di erogazione dei **dispositivi medici** **monouso** (allegato 11 DPCM 12/1/2017)

Procedura di erogazione

La prescrizione dei dispositivi, effettuata sul ricettario standardizzato del Servizio sanitario nazionale, riporta la **specificità menomazione e disabilità**, i **dispositivi necessari e appropriati** inclusi

nel nomenclatore allegato 2 al decreto e i relativi codici identificativi, nonché la **quantità** indicata per il periodo intercorrente fino alla successiva visita di controllo e comunque per un periodo non superiore ad **un anno**, ferme restando le **quantità massime mensili** indicate dal nomenclatore stesso.

Nell'indicazione del fabbisogno, la prima prescrizione tiene conto della eventuale necessità di verificare l'idoneità dello specifico dispositivo prescritto alle esigenze del paziente.

Modalità di erogazione dei **dispositivi medici** **monouso** (allegato 11 DPCM 12/1/2017)

In attesa dell'istituzione del repertorio di cui all'articolo 1, comma 292, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, dei presidi protesici ed ortesici erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale, per l'erogazione delle prestazioni che comportano la fornitura dei dispositivi monouso di cui al nomenclatore allegato 2, **le regioni e le aziende sanitarie locali stipulano contratti con i soggetti aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto espletate secondo la normativa vigente.**

Nella valutazione delle offerte le regioni e le aziende sanitarie locali adottano criteri di ponderazione che garantiscano la **qualità delle forniture, la capillarità della distribuzione e la disponibilità di una gamma di modelli idonei a soddisfare le specifiche esigenze degli assistiti.** Le regioni e le aziende sanitarie locali possono adottare modalità alternative per l'erogazione delle suddette prestazioni che, a parità di oneri, garantiscano condizioni di fornitura più favorevoli per l'azienda sanitaria locale o per gli assistiti, anche attraverso la stipula di specifici accordi con soggetti autorizzati alla vendita.

7.2 I DIRITTI DELLO STOMIZZATO



FRANCESCO DIOMEDE
Segretario Nazionale Aistom



VINCENZO REPACI
Consigliere Aistom

Introduzione

La stomia è un organo “salvavita” che fa parte di te stesso, pertanto, non può e non deve essere considerata come una “vergogna” o una croce da portarsi dietro. Avendo subito la modificazione del tuo schema corporeo potrebbe capitarti di avere un atteggiamento ostile verso amici, parenti e conoscenti, addirittura ti puoi alterare talmente tanto che il tuo comportamento dia adito a sospetti e diffidenza. Sarà invece importante che tu riprenda quanto prima la vita interrotta dall'intervento chirurgico, ritornando all'attività lavorativa, agli hobby e soprattutto frequentando le persone che ti stanno a cuore. Per tali motivazioni, noi dell'Aistom, nella fase pre e post-operatoria, suggeriamo ai chirurghi di indicare chi può fornire un “valido” supporto psicologo. Il sostegno psicologico è vitale per la persona portatrice di stomia perché agevola il percorso riabilitativo e l'inserimento nella società, oltre a fornire una “perfetta” conoscenza di quanto lo attende. Se accetterai tutto ciò scoprirai un mondo nuovo, ricco di soddisfazioni e valori, che ti ridarà fiducia e sicurezza, proprio come prima dell'intervento chirurgico.

* Questo elaborato è stato redatto soltanto in considerazione delle oggettive e primarie necessità di vita delle persone stomizzate e dei caregiver.

L'invalidità civile e i benefici economici che ne derivano

Il suo riconoscimento consente di ottenere:

- varie provvidenze economiche a seconda della percentuale di invalidità, del reddito ed età (Invalidità civile dal 74 al 99% = assegno mensile di € 313,91 - reddito annuo di € 5.391,88. Invalidità civile del 100% = assegno mensile di € 313,91 - reddito annuo di € 17.920,00. Indennità di accompagnamento = € 527,16 = senza calcolo del reddito). Le provvidenze economiche vengono annualmente riviste in virtù dell'indice ISTAT. Oltre i 65 anni è previsto soltanto l'accompagnamento;
- il riconoscimento dell'handicap con annessi vantaggi (legge n. 104/92) economici e fiscali;
- l'iscrizione in apposite liste di "categorie protette" ed eventuale collocamento al lavoro (L. n. 68/99);
- l'accompagnamento (legge n. 18/80);
- l'esenzioni ticket per patologia.



L'invalidità civile e i benefici economici che ne derivano

L'assegno mensile per invalidità civile spetta a chi ha i seguenti requisiti:

- età compresa tra i 18 anni e l'età pensionabile aggiornata in base alla speranza di vita, al momento della presentazione della domanda;
- grado di invalidità non inferiore al 74% (invalidità parziale);
- reddito entro il limite stabilito annualmente dalla legge;
- non svolge attività lavorativa o svolge attività con reddito inferiore al limite previsto dalla legge.

L'assegno mensile per invalidità civile viene pagato per 13 mensilità.

La pensione di inabilità

La pensione di inabilità spetta a chi ha i seguenti requisiti:

- età compresa tra i 18 anni e l'età pensionabile aggiornata in base alla speranza di vita, al momento della presentazione della domanda;

- inabilità al lavoro totale e permanente del 100% (invalidità totale);
 - reddito entro il limite stabilito annualmente dalla legge.
- La pensione viene pagata per 13 mensilità.

L'accompagnamento (legge n. 18/80)

- È previsto soltanto per coloro che non sono in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita ed abbisognano d'assistenza continua (il reddito è ininfluenza);
- la maggior parte delle persone stomizzate non ha diritto all'accompagnamento.

L'indennità di accompagnamento

L'indennità di accompagnamento spetta agli invalidi civili totalmente inabili, che non sono in grado di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o di svolgere gli atti quotidiani della vita e che hanno bisogno di assistenza continua. L'indennità di accompagnamento viene riconosciuta senza considerare né il reddito posseduto dall'invalido né la sua età.

L'indennità di accompagnamento non spetta agli invalidi che:

- sono ricoverati gratuitamente in istituto;
- hanno un'indennità per invalidità contratta per causa di lavoro, di guerra o di servizio; in questo caso, l'interessato può scegliere il trattamento più favorevole.

L'indennità di accompagnamento viene pagata per 12 mensilità.

L'indennità di frequenza: a chi spetta

L'indennità di frequenza è un beneficio economico che viene riconosciuto per il sostegno dell'inserimento scolastico e sociale dei ragazzi con disabilità fino al 18° anno di età, con i seguenti requisiti:

- difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età, oppure perdita uditiva superiore ai 60 decibel nell'orecchio migliore, nelle frequenze di 500, 1.000, 2.000 hertz;
- ricorso (continuo o periodico) a trattamenti riabilitativi o terapeutici, oppure frequenza di scuole pubbliche o private, di ogni ordine e grado, oppure centri di formazione/addestramento professionale;
- reddito (personale del bambino) entro il limite stabilito annualmente dalla legge.

Si ha diritto all'indennità di frequenza durante l'effettiva durata del trattamento o del corso e fino al mese successivo a quello di cessazione della frequenza (fino a un massimo di 12 mesi).

La legge n.80 del 2006

L'art.6 della legge n.80 del 2006, stabilisce che;

- malati oncologici devono essere sottoposti a visita medica entro 15 giorni lavorativi;
- i malati cronici non sono più soggetti a revisione d'invalidità civile (D.L. n. 4 del 16 gennaio 2006)

Il D.M. Sanità 2 agosto 2007 – ha individuato le patologie escluse dai controlli INPS/ASL

Infatti, se una persona ha subito l'asportazione del retto ed è costretta a vivere con una stomia definitiva, non dovrebbe più sottoporsi (n.d.r.: tranne se il quadro clinico nel tempo si modifica, ovvio) a visite mediche collegiali INPS/ASL.

Il Certificato oncologico introduttivo

In Italia tre milioni e mezzo di persone vivono con una diagnosi oncologica e circa un terzo continuano a svolgere la propria professione. Spesso sono pazienti in piena attività lavorativa ed è fondamentale poter accedere in tempi brevi alle agevolazioni previste dal riconoscimento della disabilità.

Il Certificato Oncologico Introduttivo è compilato e trasmesso all'INPS per via telematica dal medico certificatore (oncologo, chirurgo, medico di famiglia o altro specialista). L'INPS, ricevuta telematicamente la domanda di accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap, convoca a visita l'interessato, ma è anche possibile che la valutazione della condizione di disabilità più o meno grave avvenga semplicemente sulla base della documentazione sanitaria inviata. Questa prassi avviene per il cosiddetto accertamento "agli atti" introdotto nel periodo pandemico, come modalità di semplificazione dell'accertamento, senza visita diretta in presenza del paziente.

È importante che il certificato introduttivo sia compilato correttamente e che non vengano omessi elementi di valutazione rilevanti ai fini di un giusto accertamento della disabilità.

La Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO), cui Aistom è federata, in collaborazione con l'INPS, AGENAS e la Conferenza Stato Regioni, stanno portando avanti un progetto per attivare su scala nazionale

il “Certificato Oncologico Telematico Introduttivo”, una svolta epocale per la sburocratizzazione e per la nostra tutela.

VALORI ASSOLUTI INVALIDITA' CIVILE
ANNI 2015 - 2021
INCIDENZA PER PRINCIPALI PATOLOGIE ONCOLOGICHE

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Totale
Tumori	171.296	167.690	168.761	178.929	184.190	146.886	174.315	1.192.067
Mammella	24.008	22.850	23.704	25.333	26.662	20.345	23.591	166.493
Polmoni-Fleura	12.211	11.629	11.519	12.067	12.427	10.154	10.642	80.649
Colon-Retto	13.483	12.400	12.534	13.044	13.074	9.897	11.005	85.437
Prostata	6.456	5.891	6.080	6.974	7.408	5.313	6.528	44.650
Metastasi	41.142	43.776	43.764	45.698	47.858	41.457	50.365	314.060

Fonte
I.N.P.S

Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità

Con la legge n.18 del 2009, il Parlamento italiano ha ratificato la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e del relativo protocollo opzionale sottoscritta dall'Italia il 30 marzo 2007. La Convenzione rappresenta un importante risultato raggiunto dalla comunità internazionale in quanto strumento internazionale vincolante per gli Stati Parti.

In questa nuova prospettiva la Convenzione si inserisce nel più ampio contesto della tutela e della promozione dei diritti umani, definito in sede internazionale fin dalla Dichiarazione Universale dei diritti umani del 1948 e consolidatosi nel corso dei decenni, confermando in favore delle persone con disabilità i principi fondamentali in tema di riconoscimento dei diritti di pari opportunità e di non discriminazione.

La Convenzione si compone di un preambolo e di 50 articoli e lo scopo è quello di promuovere, proteggere e assicurare il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti e di tutte le libertà da parte delle persone con disabilità. A tal fine, la condizione di disabilità viene ricondotta all'esistenza di barriere di varia natura che possono essere di ostacolo a quanti, portatori di minorazioni fisiche, mentali o sensoriali a lungo termine, hanno il diritto di partecipare in modo pieno ed effettivo alla società.

Alla Convenzione si affianca un Protocollo opzionale, composto da 18 articoli, anch'esso sottoscritto e ratificato dall'Italia.

La Convenzione è stata ratificata in tutte le regioni italiane e dai comuni. Gli articoli che maggiormente ci coinvolgono come persone stomizzate, sono l'Art. 18 sulla libertà di movimento, l'Art. 25 sulla salute e l'Art.26 sulla abilitazione e riabilitazione.

La Disability Card

La Carta Europea della Disabilità è il documento che permette alle persone con disabilità di accedere a beni e servizi, pubblici o privati, gratuitamente o a tariffe agevolate. La Carta può essere utilizzata per certificare la propria condizione di disabilità presso gli uffici pubblici, sostituendo a tutti gli effetti i certificati cartacei e i verbali.



La Carta Europea della Disabilità ha come obiettivo il riconoscimento della condizione di disabilità fra i Paesi aderenti alla comunità europea, e viene richiesta all'INPS con procedura online.

Possono richiedere la Carta Europea della Disabilità:

1. gli invalidi civili maggiorenni con invalidità certificata pari o maggiore del 67%;
2. gli invalidi civili minorenni;
3. i cittadini con indennità di accompagnamento;
4. i cittadini con certificazione ai sensi della Legge 104/1992, Art 3 comma 3;
5. i ciechi civili.

Per richiederla è necessario avere:

- la Carta di Identità Elettronica (CIE), SPID o una Carta Nazionale dei Servizi (CNS) per accedere all'area riservata del sito;
- Una fotografia, formato fototessera, da caricare durante la procedura di richiesta.

Sulla Carta Europea della Disabilità sono presenti questi dati personali:

- la fotografia, formato fototessera, del titolare;
- nome, cognome, data di nascita del titolare;
- numero seriale e data di scadenza del documento;
- un'apposita indicazione nei casi in cui il titolare necessiti di accompagnatore o di un maggiore sostegno;
- un QR Code contenente UNICAMENTE le informazioni relative all'esistenza della condizione di disabilità e quindi alla validità della Card

la Carta potrà essere richiesta sul sito INPS tramite la procedura online. Successivamente, una volta completata la richiesta, la Card viene spedita a casa del cittadino.

Per certificare la propria condizione di disabilità basta esibire la Carta Europea della Disabilità e permettere la lettura del relativo QR Code all'operatore incaricato attraverso uno smartphone dotato di fotocamera e collegamento ad Internet.

La Carta dà inoltre accesso gratuitamente o a tariffe agevolate ai seguenti luoghi:

- musei statali su tutto il territorio nazionale;
- luoghi di cultura e non solo nei paesi UE aderenti al progetto.

Trasporto disabili*

Carta Blu



Possono usufruire della Carta Blu gli invalidi civili titolari dell'indennità di accompagnamento.

La Carta viene rilasciata dagli Uffici di Assistenza e, ove non presenti, presso le biglietterie di Stazione. La Carta Blu è gratuita e valida cinque anni (se l'invalidità è stata dichiarata revisionabile, la validità della Carta è pari a quella dichiarata nel verbale di invalidità e comunque non superiore ai cinque anni). I titolari della Carta

Blu hanno diritto alla gratuità del viaggio o del pagamento di un prezzo ridotto per l'accompagnatore.

Nel caso di treni Intercity ed Intercity notte viene rilasciato un unico biglietto al prezzo intero previsto per il treno utilizzato valido per due persone;

Per i viaggi sui treni nazionali, se il titolare della Carta Blu è un bambino da 0 a 15 anni non compiuti il biglietto viene emesso con lo sconto del 50%, fermo restando l'applicazione della gratuità o del prezzo ridotto previsto per l'accompagnatore. L'accompagnatore deve essere maggiorenne.

La Carta è valida solo sui percorsi nazionali e non è cumulabile con altre agevolazioni, ad eccezione della riduzione accordata ai ragazzi ed agli elettori.

Assistenza alle persone con disabilità o mobilità ridotta

Il servizio di assistenza è effettuato da Rete Ferroviaria Italiana ed è rivolto alle «persone con disabilità» o «persone a mobilità ridotta» (PMR), nella cui accezione rientrano:

- le persone che si muovono su sedia a rotelle per malattia o per disabilità;
- le persone con problemi agli arti o con difficoltà di deambulazione;
- le persone anziane;
- le donne in gravidanza;
- i non vedenti o con disabilità visive;
- i non udenti o con disabilità uditive;
- e persone con handicap mentale

Come richiedere il servizio di assistenza.



È possibile richiedere l'assistenza di RFI con queste modalità:

- recandosi direttamente presso le Sale Blu
- telefonando al Numero Verde delle Sale Blu di RFI : 800 90 60 60
- inviando una mail ad una delle 14 Sale Blue
- telefonando al numero unico nazionale di RFI 199 30 30 60
- rivolgendosi a Trenitalia tramite il Call Center: 199 89 20 21 opzione 5 oppure 06/3000 per le utenze non abilitate all'199

Servizi per passeggeri su sedia a ruote offerti da Trenitalia

I treni a media e lunga percorrenza Frecciarossa, Frecciargento e Frecciabianca, Intercity dispongono di una carrozza dotata di posti attrezzati per il trasporto di due passeggeri su sedia a rotelle più due accompagnatori (**riconoscibile all'esterno da**

apposito simbolo internazionale).

Ai viaggiatori su sedia a rotelle viene assicurata la sistemazione nei posti attrezzati, previa verifica della disponibilità, rivolgendosi presso le Sale Blu di RFI o chiamando i Call Center di RFI o Trenitalia.

Attenzione: l'accesso al treno delle sedie a rotelle è possibile per quelle di dimensioni conformi alle norme ISO 7193 (larghezza mm 700; profondità mm 1200; altezza mm 1090) e di peso a pieno carico non superiore a 200 kg.

L'accesso alle carrozze avviene tramite carrello elevatore, manovrato da personale appositamente incaricato da RFI.

Lo spazio destinato alla sistemazione dei viaggiatori su sedia a rotelle è provvisto di una zona viaggio con ampio finestrino e vari accessori (tavolino, mancorrente, pulsante di chiamata, ecc.) ed è situato in prossimità di servizi igienici adeguati. Servizi per passeggeri su sedia a ruote offerti da RFI (Rete Ferroviaria Italiana)

RFI offre ai passeggeri su sedia a ruote assistenza per l'accesso e l'uscita dal treno tramite carrello elevatore, manovrato da personale appositamente incaricato. Di norma l'accesso è previsto per i treni che dispongono di almeno una carrozza dotata di posti attrezzati per il trasporto dei passeggeri su sedia a ruote e dei rispettivi accompagnatori (riconoscibile all'esterno da apposito simbolo internazionale), previa verifica della disponibilità.

I passeggeri in possesso di sedia a ruote pieghevole e in condizioni di sistemarsi su un posto ordinario, autonomamente o con l'aiuto di un proprio accompagnatore, possono accedere a treni non provvisti di posti attrezzati, se esplicitamente richiesto e accordato dall'impresa ferroviaria.

Attenzione: le sedie a ruote in dotazione dei passeggeri con disabilità devono essere di larghezza non superiore a 700 mm, profondità non superiore a 1.200 mm e peso a pieno carico non superiore a 250 kg.

Acquisto biglietti semplificato e prenotazioni con Postoblu



Con la modalità di prenotazione Postoblu si possono prenotare i biglietti al momento della richiesta di assistenza presso le Sale Blu di RFI o tramite i Call center di RFI o Trenitalia, su tutte le tipologie di biglietto attualmente in vigore sui treni ICN, Intercity, Frecciabianca ed AV Frecciarossa e Frecciargento, perfezionando successivamente il pagamento ed il ritiro dei titoli di viaggio.

Con Posto Blu è possibile prenotare:

- posti attrezzati (con aggancio per le sedie a rotelle), ed i rispettivi posti a sedere “associati” per l’eventuale accompagnatore;
- posti riservati alle persone a ridotta mobilità (PRM) e ai loro accompagnatori;
- posti ordinari

L’accompagnatore può usufruire del servizio Postoblu solo per i viaggi da effettuare insieme al cliente accompagnato.

(“Postoblu” non è applicabile sui biglietti internazionali, sui biglietti del servizio cumulativo, gli abbonamenti ed i biglietti per le comitive.)

In tutti i casi in cui non si possa utilizzare il servizio di pre-riservazione Postoblu, la Sala Blu provvede alla pianificazione dei servizi di assistenza richiesti e alla pre-riservazione manuale del posto.

Tempi di richiesta e di perfezionamento delle prenotazioni.

Si può effettuare la pre-riservazione PostoBlu per i posti attrezzati ed i posti riservati, insieme a quelli per gli eventuali accompagnatori, fino ad un’ora prima della partenza, compatibilmente con i tempi minimi richiesti per la programmazione del servizio di assistenza;

si deve invece perfezionare l’acquisto entro l’orario di partenza del treno;

si può effettuare la pre-riservazione per i posti ordinari fino a 24 ore prima della partenza e si deve poi confermare l’acquisto entro le 48 ore successive alla pre-riservazione, ma con un anticipo di almeno 24 ore dalla partenza.

Dove e come effettuare il pagamento

Si può effettuare il pagamento nelle seguenti modalità:

- sul sito www.trenitalia.com (‘area riservata’ se si è già registrati, area ‘cerca e modifica biglietto’ se non si è registrati);
- presso le biglietterie di stazione;
- presso i self-service;

- presso le agenzie di viaggio abilitate;
- presso le ricevitorie Sisal,
- presso i punti LIS PAGA di Lottomatica;
- presso gli sportelli Bancomat UNICREDIT BANCA (costo del servizio € 1,50);
- con il proprio telefono cellulare se in possesso di una SIM PosteMobile associata ad uno strumento di pagamento Bancoposta.

Attenzione: presso le ricevitorie Sisal, i punti LIS PAGA di Lottomatica e gli sportelli Unicredit Banca viene emessa una ricevuta di pagamento con la quale si dovrà poi ritirare il biglietto presso le self - service;

se si è optato per la modalità ticketless, dopo il pagamento si può accedere direttamente al treno.

In tutti i casi in cui non è possibile utilizzare il servizio di pre-riservazione PostoBlu, si può effettuare il pagamento solo presso le biglietterie di stazione.

Se non si può perfezionare l'acquisto perché la biglietteria è impresenziata o chiusa, lo si può fare direttamente a bordo treno senza nessuna maggiorazione di prezzo, fornendo al personale il PNR del posto pre-riservato, nel qual caso il biglietto viene emesso allo stesso prezzo indicato dal PNR;

in assenza del PNR, sarà invece richiesto il pagamento del prezzo previsto per il corrispondente biglietto Base con le riduzioni eventualmente spettanti (es: Carta Blu), sempre senza alcuna soprattassa.

Regolamento, limitazioni e condizioni

Modifica o annullamento di PostoBlu

Prima di effettuare il pagamento del biglietto si può chiedere di modificare o annullare una prereservazione Posto Blu rivolgendosi direttamente presso le Sale Blu di RFI o chiamando i Call Center di RFI o Trenitalia.

Cambio prenotazione

Se si è già pagato il biglietto 'Posto Blu' e si volesse cambiare la prenotazione, ci si può rivolgere personalmente alla Sala Blu di competenza territoriale o chiamare i call center Trenitalia.

Si può effettuare il cambio della prenotazione nei tempi e con i limiti previsti dalla tipologia di biglietto acquistata.

Dopo la partenza del treno si può richiedere il cambio della prenotazione, quando previsto, esclusivamente presso la biglietteria, i Freccia Desk e le self-service presenti nella stazione di partenza del treno indicata sul biglietto, concordando sempre con la Sala Blu di competenza gli estremi del nuovo viaggio. In tutti i casi, il cambio deve interessare tutti i viaggiatori cui fa riferimento la richiesta originaria di acquisto, ed è possibile solo per soluzioni di viaggio dello stesso importo di quella originaria e con la stessa tipologia di posti precedentemente assegnati.

Le sale Blu



L'elenco delle Sale Blu con indirizzi ed orari di apertura sono presenti sul sito di RFI (Rete Ferroviaria Italiana).

L'elenco delle stazioni di RFI con i servizi di assistenza, regione per regione, è presente sul sito di Rete Ferrovia italiana.

InfoAccessibilità stazioni, per consultare on line le informazioni sui servizi e sulle dotazioni per l'accessibilità disponibili nelle 630 principali stazioni della RFI (Rete Ferroviaria Italiana), comprese quelle del circuito SALE BLU, dotate di servizi di assistenza ai viaggiatori con disabilità e a ridotta mobilità.

RFI mette a disposizione dei viaggiatori con disabilità e a ridotta mobilità servizi di assistenza in un circuito di oltre 270 stazioni gestiti tramite 14 SALE BLU, punti di accoglienza e organizzazione.

Le Sale Blu e i servizi di assistenza

Il punto di riferimento per l'organizzazione del servizio offerto nelle stazioni del circuito di assistenza PRM è costituito dalle Sale Blu presenti in 14 principali stazioni

e aperte tutti i giorni dalle ore 6,45 alle 21,30.

Ciascuna Sala Blu assicura l'informazione sull'assistenza offerta da RFI in tutte le stazioni del circuito e la prenotazione dei servizi, erogati 24 ore su 24, relativi a:

- accoglienza in stazione presso il punto di incontro concordato o, per i viaggiatori in arrivo, al posto occupato sul treno;
- accompagnamento a bordo del treno in partenza o dal treno di arrivo all'uscita della stazione o, per chi prosegue il viaggio, a bordo di altro treno;
- messa a disposizione, su richiesta, della sedia a ruote per l'accompagnamento in stazione a/dal treno;
- salita e discesa a/da bordo treno tramite carrello elevatore per i viaggiatori su sedia a ruote;
- eventuale servizio, su richiesta, di portabagagli a mano (1 bagaglio).

A chi sono rivolti i servizi

I servizi di assistenza RFI sono rivolti a:

- persone con problemi agli arti, anche temporanei, o persone con difficoltà di deambulazione;
- persone che si muovono su sedia a ruote;
- persone non vedenti o con disabilità visive;
- persone non udenti o con disabilità uditive;
- persone anziane,
- donne in gravidanza.

In caso di non autosufficienza del viaggiatore per cui sono richiesti i servizi di assistenza, questi potrebbero essere subordinati alla presenza di un assistente personale in stazione o di un accompagnatore durante il viaggio.

Come e quando prenotare

Per richiedere il servizio di assistenza PRM, il viaggiatore può:

- rivolgersi all'impresa ferroviaria con cui ha scelto di viaggiare
- inviare una e-mail ad una delle 14 Sale Blu
- recarsi direttamente in una delle 14 Sale Blu dalle ore 6:45 alle 21:30 tutti i giorni, festivi inclusi
- telefonare a una delle 14 Sale Blu dalle ore 6,45 alle 21,30 tutti i giorni, festivi inclusi, tramite: numero verde gratuito **800 90 60 60** raggiungibile da telefono fisso, o numero unico nazionale **199 30 30 60** raggiungibile da telefono mobile e fisso

(telefonata a pagamento).

Aeroporti: Passeggeri con disabilità*

Per rispondere alle esigenze specifiche delle persone con disabilità, a mobilità ridotta o anziani (PMR), l'Unione europea ha disposto, in tutti gli aeroporti comunitari, regole comuni che prevedono assistenza dedicata al fine di garantire la libera circolazione anche tramite l'utilizzo del mezzo aereo senza discriminazioni e senza costi aggiuntivi.

Le tutele previste dalla normativa europea si sono riconosciute a “qualsiasi persona la cui mobilità sia ridotta, nell'uso del trasporto, a causa di qualsiasi disabilità fisica (sensoriale o locomotoria, permanente o temporanea), disabilità o handicap mentale, o per qualsiasi altra causa di disabilità, o per ragioni di età, e la cui condizione richieda un'attenzione adeguata e un adattamento del servizio fornito a tutti i passeggeri per rispondere alle esigenze specifiche di detta persona”.

La compagnia aerea, il suo agente o un operatore turistico possono esigere che il PRM sia accompagnato da un'altra persona in grado di fornirgli l'assistenza personale necessaria. Non è previsto il trasporto a titolo gratuito dell'accompagnatore.

I passeggeri PRM devono quindi poter avere la possibilità di viaggiare in aereo a condizioni simili a quelle degli altri cittadini e non esserne escluse se non per motivi giustificati di sicurezza previsti dalla legge.

In tale contesto, la normativa di riferimento è il Regolamento (CE) n.1107/2006, che prevede l'assistenza obbligatoria e gratuita per tutti i PMR e si applica a tutti i voli (di linea, charter, low cost):

- in partenza o in transito da un aeroporto comunitario (compresi Norvegia, Islanda e Svizzera);
- in partenza da un aeroporto non comunitario con destinazione un aeroporto comunitario (compresi Norvegia, Islanda e Svizzera), nel caso in cui la compagnia aerea che effettua il volo sia comunitaria (oppure norvegese, islandese o svizzera).

Il Regolamento rispetta i diritti e osserva i principi riconosciuti in particolare dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea. In tale contesto l'ENAC è stato individuato, con Decreto Ministeriale 24 luglio 2007 n. 107/T, quale Organismo

responsabile dell'applicazione del Regolamento ed ha elaborato, congiuntamente alle Associazioni rappresentative delle persone con disabilità e delle persone a mobilità ridotta ed agli Operatori del settore, la Circolare ENAC GEN 02A, di attuazione del Regolamento stesso.

Codici varie tipologie di disabilità

Standard utilizzati per definire i differenti tipi di disabilità e le relative necessità:

- BLND, Passeggeri ipovedenti o ciechi
- WCHR, Passeggeri che non possono percorrere lunghe distanze, ma possono salire e scendere le scale e muoversi in autonomia
- WCHS, Passeggeri che non possono percorrere lunghe distanze e non possono salire e scendere le scale, ma sono autonomi a bordo dell'aeromobile
- WCHC, Passeggeri completamente immobili, che non sono autosufficienti a bordo dell'aeromobile e necessitano di assistenza totale
- DEAF, Passeggeri con disabilità uditiva
- DPNA, Passeggeri con disabilità intellettuali o comportamentali

Viaggi in aereo: forbicine per persone stomizzate

L'Associazione Italiana Stomizzati nel 2022 ha scritto all'ENAC chiedendo un'audizione sul problema dei viaggi aerei delle persone stomizzate, poiché spesso, negli imbarchi sono sottoposti a controlli stringenti, in quanto utilizzano panciere contenitive e nelle valigie sono costretti a portare forbicine per ritagliare placche e sacche di scarico. L'ANAC, dopo l'incontro, ha emanato la Circolare informativa per portare a bordo dell'aereo le forbicine che utilizzano le persone stomizzate, in fatti, presentando agli Agenti della Security una certificazione medica probatoria, la Disability Card e/o la nostra tessera associativa, le forbicine si possono portare a bordo senza problemi.



A tutte le Società di gestione aeroportuali
c.a. Security Manager p.c.
Direzioni Aeroportuali ENAC
Direzione Centrale Aeroporti e Diritti del Passeggero
Direzione Tutela dei Diritti dei Passeggero
Direzione Safety e Security

Oggetto: Informativa per trattamento forbicine per stomie nei controlli di security.

In data 18.03.2022 questo Ente ha incontrato il Presidente della A.I.STOM - Associazione Italiana Stomizzati - per affrontare il tema dei pazienti stomizzati e delle loro esigenze correlate ai servizi di sicurezza negli aeroporti.

I pazienti stomizzati – oltre ad indossare “panciere/ventriera” contenitive che ai lati hanno stecche in metallo per evitare arrotolamenti, hanno anche la necessità di portare sempre con sé, insieme ai dispositivi di ricambio, anche delle forbicine che servono a ritagliare la placca (per il due pezzi) o la sacca monouso che viene adesa sulla cute. La placca o la sacca monopezzo sono vitali per il contenimento dei liquidi organici. Questa operazione è fondamentale perché il dispositivo aderisca correttamente alla cute, evitando irritazioni e fuoriuscite del materiale da contenere. Le forbicine in argomento sono spesso considerati oggetti pericolosi e, in quanto tali proibiti, per cui vengono di fatto requisite durante i controlli di sicurezza in aeroporto che precedono l'imbarco.

Viale Castro Pretorio, 118 00185 Roma
centr. +39 06 445961
c.f. 97158180584
GSS

tel. +39 06 44596234
fax +39 06 44596493
protocollo@pec.enac.gov.it
www.enac.gov.it

Tale requisizione da parte del personale addetto alla sicurezza aeroportuale può procurare notevoli disagi per i portatori di stomia poiché, una volta giunti a destinazione, hanno la necessità di reperirle con tempestività e non sempre è agevole reperirle con immediatezza sul mercato.

Le forbici in argomento, di cui si riportano di seguito alcune immagini per pronto riferimento, hanno generalmente, le seguenti caratteristiche:

- in metallo
- lunghezza totale 10,5 cm circa;

- lunghezza lame: 3 cm (in alcuni casi le due lame hanno lunghezze diverse ed una è da 2,5 cm);
- le lame hanno punte arrotondate e smussate e sono angolate a circa 60°.



Ai sensi dell'Appendice 4-C del Piano Nazionale per la Sicurezza (PNS) sono proibiti le forbici che hanno una lama di lunghezza superiore ai 6 cm misurate dal fulcro.

Pertanto, alla luce di quanto sopra rappresentato, si invitano tutte le società di gestione in indirizzo a voler sensibilizzare, mediante apposita azione informativa, i Security Manager e il personale addetto ai controlli ai varchi di sicurezza in ordine alla tematica in oggetto.

In particolare si chiede al personale coinvolto nei controlli di sicurezza di consentire ai pazienti che dichiarano di essere stomizzati, anche mediante l'esibizione di apposita certificazione medica, Disability Card rilasciata dall'INPS o della Tessera Associativa A.I.STOM, il trasporto a bordo delle suddette forbicine.

Si invita, altresì, a prestare particolare attenzione nei confronti dei pazienti stomizzati che indossano panciere/ventriera contenitive con stecche in metallo ai lati, avendo cura di effettuare i controlli aggiuntivi nelle apposite sale a tal uopo predisposte, al fine di garantire la riservatezza dei controlli e la garanzia della privacy.

Cordiali saluti

Il Direttore Safety e Security Ing. Sebastiano Vecchia
(documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.lgs 82/2005 e ss.mm.ii.)

Viaggi in nave: i servizi dedicati ai passeggeri disabili

Le disposizioni europee impongono agli armatori di informare tutti i viaggiatori con disabilità a proposito dei servizi e dell'assistenza disponibili a bordo, inoltre tali norme rendono obbligatoria la presenza di un equipaggiamento adatto all'utilizzo da parte di tutti i passeggeri, come ascensori, rampe o scale mobili che consentano un facile ingresso ai locali della nave.

Le leggi sono molto specifiche anche riguardo le dimensioni di alloggi, uscite di sicurezza, corridoi e toilette che devono essere abbastanza ampi da agevolarne l'uso anche con sedie a rotelle; tali norme stabiliscono, inoltre, che i sistemi di allarme siano percettibili e chiari anche a persone ipovedenti o non vedenti.

Altro aspetto importante è l'applicazione obbligatoria, nei paesi dell'Unione Europea, del Regolamento UE 1177/2010 che definisce i diritti dei viaggiatori via mare. Questa norma, in primis, pone il divieto di rifiutare prenotazioni di biglietti per persone con mobilità ridotta, e proibisce l'applicazione di qualsiasi tipo di sovrattassa su suddetti biglietti. Solo ed esclusivamente nel caso in cui il terminal o la nave non presentino infrastrutture idonee all'imbarco e al trasporto in totale sicurezza del passeggero, l'accesso potrà essere negato, previa comunicazione da parte della compagnia di navigazione stessa. Qualora la compagnia di navigazione si rifiutasse di erogare il biglietto a una persona con mobilità ridotta o non mettesse in atto tutti gli sforzi necessari per presentare un'alternativa o non informasse tempestivamente il passeggero del negato accesso, questa incorrerà in sanzioni e multe come previsto dalla legge.

Per adempiere a tali regole e offrire servizi sempre più adatti alle esigenze di tutti i clienti, le compagnie di navigazione hanno predisposto le proprie flotte di sistemi che vanno ad abbattere le barriere architettoniche e aiutano le persone con mobilità ridotta (PMR) a effettuare la traversata in piena sicurezza e comodità. Per poter godere dei servizi erogati dalla compagnia di navigazione, il passeggero con disabilità è sempre tenuto a segnalare il bisogno di assistenza, esibendo la documentazione che ne attesti il diritto, al momento della prenotazione o comunque almeno 48 ore prima della partenza.

Alcuni dei servizi proposti dalle diverse compagnie di navigazione sono i seguenti:

- Cabine con accesso facilitato per disabili

- Parcheggi riservati nel garage
- Parcheggi riservati sulla banchina
- Adeguata formazione del personale per l'assistenza di PMR
- Ambienti idonei per ospitare passeggeri con ogni tipo di esigenza
- Dotazione di rampe, ascensori o scale mobili
- Possibilità di avere un biglietto gratuito per un accompagnatore e/o uno sconto PMR
- Accesso ai cani guida in tutti i locali comuni della nave

Naturalmente le barriere architettoniche non devono essere abbattute solo all'interno dei traghetti, per garantire un'assistenza a 360 gradi anche i porti devono essere adeguatamente attrezzati. Pertanto, l'assistenza per l'imbarco dei passeggeri disabili o con mobilità ridotta inizia già sulla banchina, dove strutture e servizi ad hoc permettono un facile accesso alla nave. Il passeggero che non imbarca l'auto può, quindi, parcheggiare il proprio veicolo in una zona riservata vicina ai moli e ricevere l'assistenza di un operatore per raggiungere il traghetto. Al viaggiatore che invece necessita di imbarcare l'auto vengono destinati posti specifici all'interno del garage. Lo staff della compagnia di navigazione, a questo punto, garantirà l'aiuto necessario per accedere ai saloni attraverso ascensori o scale mobili. Una volta a bordo, gli ampi spazi dei corridoi, degli ascensori, delle cabine e delle toilette assicureranno la possibilità di muoversi in maniera autonoma e facile.

Nonostante molte compagnie marittime abbiano già munito tutte le proprie navi delle installazioni necessarie, restano ancora alcune eccezioni, pertanto i passeggeri che necessitano di assistenza devono richiedere maggiori informazioni sui servizi disponibili a bordo, prima di concludere la prenotazione.

La patente speciale

Gli stomizzati che per ragioni di lavoro sono costretti a viaggiare quotidianamente in auto, ben sanno che dopo alcune ore di guida in posizione pressoché immobile si accusano crampi addominali che spesso durano anche alcune ore o, peggio ancora, possono provocare scariche intestinali inspiegabili, quanto imbarazzanti. Per eliminare tale inconveniente è necessario modificare il sedile di guida della propria auto rendendolo anatomico e personalizzato. Gli stomizzati, in quanto persone incontinenti hanno un'autonomia fisiologica limitata nel tempo e comunque

vincolata agli svariati mezzi di locomozione, utilizzati negli spostamenti.

Essi sanno bene che durante i viaggi e spostamenti devono preoccuparsi sempre di portare con se almeno una sacca di raccolta con annessi accessori igienici.

La Patente Speciale è la patente di guida che attesta l' idoneità del conducente diversamente abile a condurre un' autovettura modificata secondo le proprie esigenze. Quando una persona diversamente abile deve condurre un veicolo deve essere in possesso della patente speciale di guida. Il veicolo dovrà essere adattato in funzi

Le categorie delle patenti speciali

Le patenti speciali che possono essere rilasciate sono: A - B - C - D. Nel regolamento del Codice della Strada sono stabiliti le tipologie di veicolo e le caratteristiche specifiche dei veicoli che possono essere guidati con le relative patenti speciali:

- patente AS o A speciale per la guida di tutti i motoveicoli di massa complessiva sino a 1,3 tonnellate (t).
- patente BS o B speciale per la guida dei motoveicoli, esclusi i motocicli, e degli autoveicoli di massa complessiva non superiore a 3,5 t. e il cui numero di posti a sedere, escluso quello del conducente, non è superiore a 8.
- patente CS o C speciale per la guida degli autoveicoli di massa complessiva superiore a 3,5 t. ma inferiore a 11,5 t.
- patente DS o D speciale per la guida degli autoveicoli il cui numero di posti a sedere, escluso quello del conducente, non è superiore a 16.

La Commissione Medica Locale stabilirà le prescrizioni ed eventuali adattamenti al veicolo. Le limitazioni saranno riportate sulla patente utilizzando i codici comunitari armonizzati, ovvero i codici nazionali stabiliti dal Dipartimento per i trasporti.

La patente speciale è la patente di guida che attesta l' idoneità del conducente disabile a condurre una autovettura modificata alle proprie esigenze. Sono interessate le persone con problematiche anatomiche o funzionali a carico degli arti o della colonna vertebrale, che devono conseguire o confermare la validità o effettuare la revisione della patente speciale di categoria A, B, C e D (denominate rispettivamente AS, BS, CS, DS) purché la relativa funzione possa essere vicariata (sostituita efficacemente) con l' adozione di adeguate protesi o attraverso specifici adattamenti del veicolo.

Per ottenere il rilascio delle patenti speciali, la persona stomizzata, previo pagamento delle tasse dovute per legge, dovrà consegnare all'Ufficio Provinciale Patenti la documentazione richiesta dall'ASL e prenotarsi per sostenere la visita di idoneità presso la Commissione Medica Locale. Nelle metropoli le commissioni possono essere molte.

La Commissione in genere è presieduta dal responsabile di medicina legale dell'ASL di competenza, più altri due medici. Alle volte è integrata da un medico dei servizi territoriali della riabilitazione e da un ingegnere della Motorizzazione Civile locale, oltre che da personale medico specialistico, laddove è necessario.

Per la visita di idoneità, dovrai presentare un documento di riconoscimento in corso di validità e la documentazione richiesta. Nel corso della visita potrebbe essere richiesta una documentazione aggiuntiva, in relazione al tipo di patologia.

Se nel corso della visita e delle analisi dei certificati la Commissione dovesse avere perplessità sull'idoneità alla guida, l'allievo dovrà effettuare una prova pratica alla guida di un veicolo "col sedile di guida adattato alle proprie esigenze". In sostanza, l'idoneità non potrà essere rifiutata solo sulla scorta di evidenze cliniche. Il certificato di idoneità rilasciato dalla Commissione Medica Locale vale per 90 giorni. one della disabilità motoria così come prescritto dalla sua Commissione Medica.

Riclassificazione

Nel caso in cui tu sia già in possesso di una patente normale, non dovrai sostenere l'esame di teoria, ma dovrai sostenere una prova pratica di guida (esperimento - con l'ingegnere della Motorizzazione Civile) per dimostrare il corretto uso del sedile anatomico adattato e personalizzato, modificato da un tappeziere per auto o direttamente dalla concessionaria che vende l'auto (codificato - 43.02- sedile conducente adattato alla forma del corpo - Codici Unionali Armonizzati). Non potrai guidare i veicoli sprovvisti del sedile anatomico (in tale caso, per spendere meno, sarebbe opportuno farsi validare dall'ingegnere della Motorizzazione civile un sedile anatomico personalizzato, utilizzabile su diversi tipi vetture).

Rinnovo

Le patenti speciali hanno una validità di cinque anni anche se, dipendentemente dal tipo di affezione, possono avere durate differenti (due o tre anni). Per il

rinnovo è necessario tornare in Commissione Medica ASL e presentare una nuova documentazione medica.

Dopo tre rinnovi consecutivi, sempre a giudizio della Commissione Medica provinciale, non serve più presentare istanza in Commissione per il rinnovo della patente speciale

In caso di diniego da parte della Commissione, si può presentare ricorso al Ministero dei Trasporti Direzione Generale della Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione. Il ricorso va presentato entro trenta giorni a decorrere dalla data della visita medica contestata. Nel ricorso si dovrà precisare se l'istante intende farsi assistere da un medico di propria fiducia.

Agevolazioni acquisto auto persone con disabilità*

Possono usufruire dell'agevolazione dell'IVA al 4% nell'acquisto dell'auto le persone:

1. non vedenti
2. sorde
3. con disabilità psichica o mentale titolari dell'indennità di accompagnamento
4. con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetti da pluriamputazioni
5. con ridotte o impedito capacità motorie.

I disabili indicati al punto 5 sono coloro che presentano ridotte o impedito capacità motorie ma che non risultano contemporaneamente "affetti da grave limitazione della capacità di deambulazione".

Solo per quest'ultima categoria di disabili il diritto alle agevolazioni è condizionato all'adattamento del veicolo.

Per individuare il diritto alle agevolazioni fiscali e le condizioni per accedervi (adattamento dei veicoli, obbligatorio o meno) è strettamente necessario che dai verbali di invalidità o di handicap risulti l'esplicito riferimento alle fattispecie previste dal legislatore.

I

verbali di invalidità e di handicap hanno raggiunto una strutturazione consolidata che consente più agevolmente questa analisi grazie all'adozione di più omogenee

definizioni.

- "Persona con ridotte o impedito capacità motorie (art. 8, legge 449/1997)": con questa indicazione nel verbale di invalidità o di handicap, la persona ha diritto ad accedere alle agevolazioni fiscali sui veicoli a condizione che il mezzo sia adattato in modo stabile al trasporto di persone con disabilità; in alternativa, il veicolo deve essere adatto alla guida secondo le prescrizioni della Commissione preposta al riconoscimento dell'idoneità alla guida.
- "Persona affetta da handicap psichico o mentale di gravità tale da aver determinato l'indennità di accompagnamento (art. 30, comma 7, legge 388/2000)": in questi casi il veicolo non deve obbligatoriamente essere adattato al trasporto per godere delle agevolazioni fiscali.
- "Persona affetta da grave limitazione della capacità di deambulazione o da pluriamputazioni (art. 30, comma 7, legge 388/2000)": anche in questi casi il veicolo non deve obbligatoriamente essere adattato al trasporto per godere delle agevolazioni fiscali.

Esonero dall'utilizzo della cintura di sicurezza

L'esonero dall'utilizzo della cintura di sicurezza in auto va richiesto alla Commissione medica dell'ASL e per la persona con stomia definitiva l'esonero va richiesto in maniera definitiva.

Il contrassegno auto europeo per persone disabili



Il contrassegno europeo consente a una persona disabile di godere dei benefici offerti ai disabili negli altri paesi dell'Ue in cui si trova a viaggiare. Il contrassegno facilita notevolmente la libera circolazione e l'autonomia dei disabili nell'Unione Europea. Il contrassegno europeo è stato introdotto dalla raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea n° 98/376/CE del 4 giugno 1998.

Il contrassegno garantisce un posto auto riservato nei pressi del proprio alloggio

*Fonte Agenzia delle Entrate

e del posto di lavoro. Va esposto sul parabrezza dell'auto, consente di non pagare la sosta auto ai parcheggi a pagamento e la cancellazione delle multe per divieto di sosta ed intralcio al traffico. Chi ha il contrassegno disabili è esentato dal pagamento della tassa del passo carrabile auto, nel luogo dove si risiede.

I pazienti oncologici che stanno effettuando radio o chemioterapia hanno diritto al contrassegno per tutta la durata della malattia.

Tabella codici invalidità civile

Nell'auspicio di fare cosa gradita alleghiamo i principali codici delle patologie (di nostro interesse), pubblicati nel S.O.G.U. n.47, del 26 febbraio 1992, D.M. Sanità del 5 febbraio 1992 (Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti).

Codice	Fascia 91 - 100	Min.	Max	Fisso
9325	Neoplasie a prognosi infausta o probabilmente sfavorevole nonostante asportazione chirurgica	0	0	100
	Fascia 71 - 80			
1204	Psicosi ossessiva	71	80	0
1211	Sindrome delirante cronica	71	80	0
2210	Sindrome depressiva endogena grave	71	80	0
	Fascia 61 - 70			
6419	Colite ulcerosa (IV classe)	61	70	0
6435	Fistola gastro-digiuno-colica (IV classe)	61	70	0
6461	Morbo di Crohn (IV classe)	61	70	0
8202	Cistostomia con catetere a permanenza	61	70	0
9323	Neoplasia a prognosi favorevole con grave compromissione funzionale	0	0	70
	Fascia 51 - 60			
8208	Cistectomia con derivazione esterna o con neovescica e scarso controllo sfinterico	51	60	0

cod.	APPARATO DIGERENTE	min.	max.	fisso
6420	DIVERTICOLOSI DEL COLON (II CLASSE)	21	30	0
6421	DIVERTICOLOSI DEL COLON (III CLASSE)	41	50	0
6432	FISTOLA ANO-RETTALE	0	0	10
6436	GASTROENTEROSTOMIA -NEOSTOMA FUNZIONANTE (II CLASSE)	21	30	0
6437	GASTROENTEROSTOMIA -NEOSTOMA FUNZIONANTE (III CLASSE)	0	0	41
6458	MORBO DI CROHN (I CLASSE)	0	0	15
6459	MORBO DI CROHN (II CLASSE)	21	30	0
6460	MORBO DI CROHN (III CLASSE)	41	50	0
6461	MORBO DI CROHN (IV CLASSE)	61	70	0
6471	PROCIDENZA DEL RETTO	0	0	8
6472	PROLASSO DEL RETTO	0	0	5
8201	ANO ILIACO SN.	0	0	41
8203	MEGACOLON- COLOSTOMIA (II CLASSE)	21	30	0
8204	MEGACOLON- COLOSTOMIA (III CLASSE)	41	50	0
9323	NEOPLASIA A PROGNOSI FAVOREVOLE CON GRAVE COMPROMISSIONE FUNZIONALE	0	0	70
9325	NEOPLASIE A PROGNOSI INFAUSTA O PROBABILMENTE SFAVOREVOLE NONOSTANTE ASPORTAZIONE CHIRURGICA	0	0	100

cod.	APPARATO URINARIO	min.	max.	fisso
6201	STENOSI URETRALE (2 DILAZIONI MENSILI)	0	0	25
6204	PROSTATITE CRONICA O IPERTROFIA PROSTATICA	11	20	0
6205	RITENZIONE URINARIA CRONICA CON CATETERE A PERMANENZA	0	0	46
6206	RITENZIONE URINARIA CRONICA CON CATETERISMO SALUTARIO	0	0	25
6207	RITENZIONE URINARIA CRONICA (PLURISETTIMANALE)	0	0	35
6208	MAGAVESCICA	0	0	30
6402	ANOMALIE NON COMPLICATE DELLA PELVI RENALE	0	0	21
8202	CISTOSTOMIA CON CATETERE A PERMANENZA	61	70	0
8206	ESTROFIA DELLA VESCICA URINARIA	0	0	80
8207	FISTOLA URETRALE	0	0	15
8208	CISTECTOMIA CON DERIVAZIONE ESTERNA O CON NEOVESCICA E SCARSO CONTROLLO SFINTERICO	51	60	0

Il collocamento al lavoro

Il collocamento delle persone con disabilità è disciplinato dalla legge n.68 del 1999, “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”. La legge promuove l’inserimento e l’integrazione delle persone con disabilità nel mondo del lavoro attraverso il “collocamento mirato” affidato agli “uffici competenti” individuati dalle regioni. La Direzione Generale per l’Inclusione e le politiche sociali del Ministero del Lavoro svolge attività di “indirizzo e coordinamento” e cura l’attuazione dalla legge n.68. Per l’uniforme applicazione della normativa fornisce chiarimenti e interpretazioni tramite circolari e note operative e risposte a quesiti di carattere generale formulate dai servizi per il collocamento mirato.

Con il Capo I del D. Lg.vo n.151 del 2015, sono state apportate modifiche alla legge n.68 e nell’ottica di rafforzare il collocamento mirato, si è prevista l’emanazione di linee guida volte a promuovere la rete integrata con i servizi, gli accordi territoriali, la valutazione bio-psico-sociale della disabilità, gli accomodamenti ragionevoli, il responsabile dell’inserimento lavorativo e le buone pratiche di inclusione lavorativa.

Inoltre, si è intervenuti sulle modalità delle assunzioni obbligatorie, prevedendo che i datori di lavoro privati assumano i lavoratori mediante richiesta nominativa ma che, decorsi 60 giorni dal momento in cui sono obbligati all’assunzione, sono tenuti a presentare richiesta numerica individuando con il servizio per il collocamento mirato competente la qualifica sulla base di quelle possedute dagli iscritti.

Per legge, i disabili aventi diritto devono essere sottoposti a visita medica collegiale da parte della Commissione Medica INPS/ASL. La Commissione stabilisce la tipologia dei lavori che il disabile può effettuare (chiaramente il lavoro deve essere consono alla patologia/disabilità). Per i lavoratori oncologici, l’art.46, lettera t, del D.L. 10 settembre 2003, n.276, riconosce la possibilità di trasformare il rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale e, viceversa, fino a quando il miglioramento delle condizioni di salute non consentirà loro di riprendere il normale orario di lavoro. Alla ripresa dell’attività lavorativa il dipendente è libero di optare per il tempo pieno o per il part-time. Ovviamente la busta paga sarà proporzionale alle ore effettivamente lavorate.

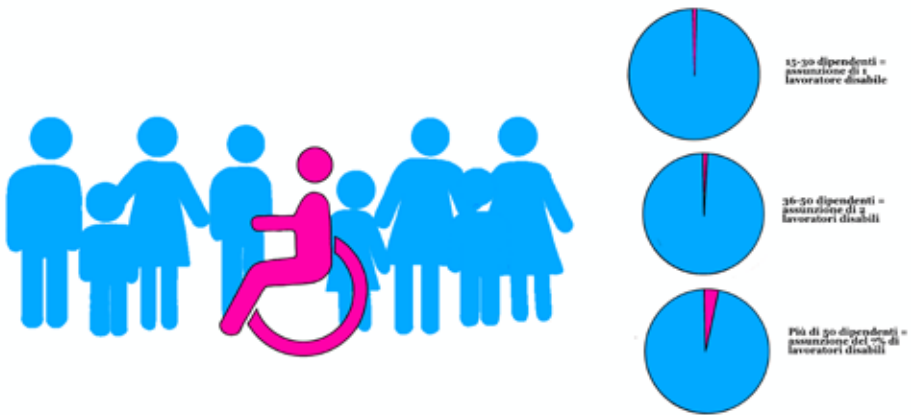
I beneficiari della legge sono:

- i disabili con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%;

- le persone invalide del lavoro con invalidità superiore al 33%;
- le persone non vedenti o sordomute;
- le persone invalide civili di guerra e di servizio.

La quota dell'obbligo nell'assunzione degli invalidi è così suddivisa:

- Azienda con 15/35 dipendenti - assunzione di 1 lavoratore disabile;
- Azienda con 36/50 dipendenti - assunzione di 2 lavoratori disabili;
- Azienda con più di 50 dipendenti - assunzione del 7% di lavoratori disabili;



Per gli stomizzati il lavoro:

- deve essere consono alla patologia;
- evitare sforzi eccessivi e prolungati;
- l'invalidità superiore al 45% consente l'iscrizione in "specifico elenco provinciale e/o locale";
- l'invalidità superiore al 79% consente una fiscalizzazione totale per otto anni;
- l'invalidità compresa tra il 67 e 79% consente una fiscalizzazione del 50% per cinque anni;
- una riduzione della capacità lavorativa del 50% consente un rimborso INPS forfettario, utilizzabile per la rimozione delle barriere architettoniche, adattamento del posto di lavoro, apprestamento di tecnologie di telelavoro, adeguamento bagni, ecc.;
- gli invalidi al 100% possono lavorare con le capacità residue (Circolare del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale 28/10/69, prot. 6/13966/A. Circolare del Ministero della Sanità n.3 dell'11/02/1987.

Una invalidità civile superiore al 67% n.d.r.: (soltanto nel caso di assunzione per concorso in un Ente pubblico) si ha diritto (Art. 21, legge 104/92) alla scelta del posto di lavoro e al trasferimento alla sede di lavoro più vicina al domicilio.

Congedi lavorativi

Il congedo lavorativo può essere:

- 1.retribuito di 30 giorni all'anno per cure;
- 2.straordinario "biennale" retribuito;
- 3.biennale non retribuito.

Il congedo retribuito per cure di 30 giorni (anche non continuativi) è previsto dall'art 10 del D. Lg.vo n. 509 del 1988 e dall'Art.26 della legge n.118 del1971. È concesso ai lavoratori mutilati ed invalidi ai quali sia stata riconosciuta una riduzione dell'attitudine lavorativa superiore al 50 per cento, sempre che le cure siano connesse all'infermità invalidante riconosciuta.

Il congedo straordinario biennale è retribuito sino a un massimo di due anni (anche frazionabili) e spetta al lavoratore dipendente o familiare del malato, purché riconosciuto portatore di handicap in connotazione di gravità (Art.3, comma 3, della legge n.104/92). Il congedo deve essere concesso entro 60 giorni dalla presentazione della domanda.

Il congedo biennale non retribuito (lavoratore pubblico o privato), continuativo o frazionato, è previsto soltanto per gravi patologie o terapie salvavita.

Igiene, salute e sicurezza sul posto di lavoro



L'art. 9 della legge n. 300/70 (Statuto dei lavoratori - Tutela della salute e dell'integrità fisica), il D. Lgvo n.81 del 2008 (Testo unico sicurezza sul lavoro), garantiscono l'incolumità (sicurezza, appunto) dei lavoratori. La sicurezza sui luoghi di lavoro è importante per la salute dei dipendenti. L'igiene sul lavoro è una componente importantissima della sicurezza e della tutela della salute dei dipendenti. La normativa prevede che il datore implementi, a tutela della salute e a protezione dei lavoratori, un'organizzazione della sicurezza aziendale che garantisca un sistema di prevenzione dei rischi legati all'igiene sui luoghi di lavoro.

Il datore di lavoro ha il dovere di applicare le norme di prevenzione previste dalla legge e le misure che, in base alla propria esperienza può implementare per un miglioramento per la sicurezza e la salute dei lavoratori. In tutti i luoghi di lavoro, cioè negli ambienti in cui sono situate postazioni di lavoro vere e proprie e in quelli in cui il lavoratore deve recarsi per svolgere compiti collaterali alle proprie mansioni (per esempio le zone di deposito), il datore di lavoro ha la responsabilità di mantenere un'igiene e una pulizia adeguata.

In primo luogo, deve fare in modo che le operazioni di pulizia siano svolte regolarmente e in maniera adeguata alle esigenze ambientali, ove possibile al di fuori dell'orario di lavoro, e in modo da non recare danno alla salute del lavoratore. Nei luoghi di lavoro, o nelle zone più prossime, dev'essere garantita la presenza di fonti di acqua potabile, cosicché i lavoratori possano sia bere che lavarsi quando necessario. L'acqua deve essere, naturalmente, pulita e protetta, e assieme ad essa devono esserci detersivi e prodotti per l'asciugatura.

I servizi igienici devono essere obbligatoriamente presenti, funzionanti e messi a disposizione del personale. Se l'azienda è costituita da meno di dieci lavoratori, i bagni possono essere comuni ed utilizzati in maniera alternata; altrimenti, è necessario che siano separati per gli uomini e per le donne. Ogni posto di lavoro deve essere dotato di bagni costruiti e attrezzati per le persone con disabilità. Il datore lavoro deve rendere accessibili ai portatori di handicap i luoghi di lavoro, le porte, le docce, i gabinetti, ecc.

Rapporti tra i contratti collettivi di lavoro e le leggi in materia di disabilità ed handicap

In materia di lavoro gli stomizzati vogliono devono “abbattere la cultura del non far sapere”, quindi:

- devono esporre le proprie difficoltà ed esigenze igienico relazionali ai “datori

di lavoro” e ai dirigenti sindacali, diversamente mai nulla otterranno dai rinnovi contrattuali di categoria;

- le OO.SS. da tempo prestano una maggiore attenzione i problemi dei lavoratori invalidi e sociosanitari, ponendo sostanziali migliorie nella contrattazione collettiva;
- alcuni contratti di categoria prevedono ulteriori agevolazioni alle leggi in vigore; pertanto, è opportuno documentarsi sui propri diritti presso la propria struttura sindacale.

Legge quadro sull'handicap – n.104/92

La legge quadro sull'handicap è una delle leggi più avanzate d'Europa. Le finalità che si prefigge è quella di tutelare l'integrazione sociale della persona portatrice di handicap (dove la definizione di “persona handicappata” presuppone una minorazione - fisica, psichica o sensoriale - che provochi difficoltà d'apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa, tale da determinare un processo svantaggioso sociale o di emarginazione), la sua massima autonomia e la partecipazione alla vita collettiva, con particolare riguardo alla tutela dei suoi diritti.

Essa, prevede che:

- Il riconoscimento dell'handicap sia effettuato da un'apposita Commissione medica, sancita dall'art. 4 della legge n. 104/92 (durante la visita medica collegiale è obbligatoria la presenza di un “esperto”. Nel nostro caso di un chirurgo e/o urologo, esperto nella riabilitazione stomale);
- l'art. 3 assicura allo stomizzato il riconoscimento dell'handicap;
- il riconoscimento della “connotazione di gravità” (art. 3 comma 3 della legge n.104/92) che consente di fruire: un'ora di permesso retribuito dall'INPS per coloro che lavorano sei ore al dì. Due ore di permesso retribuito per coloro che lavorano più di sei ore al dì. Sei mezza giornate lavorative o tre giorni mensili di permesso retribuiti dall'I.N.P.S. (grazie ad apposito fondo ministeriale);
- cura e riabilitazione (art. 7);
- integrazione scolastica (art. 12/13/14/15/16/17);
- integrazione lavorativa (art. 18/19/20/21/22);
- eliminazione e superamento delle barriere architettoniche (art. 24);
- mobilità e trasporti (art. 26/27/28);
- riserva di alloggi (art. 31);
- agevolazioni fiscali (art. 32)

La Costituzione – stralcio

La legislazione italiana è alquanto complessa, voluminosa e in alcuni casi contraddittoria. Per non disperderci nei mille rivoli normativi e rendere sufficientemente comprensibili i principali “diritti delle persone stomizzate”, le leggi sono state sintetizzate e sulla tutela dei cittadini stomizzati è doveroso precisare che grazie alle iniziative dell’A.I.STOM. Oggi esistono innumerevoli proposte di legge nazionali e regionali. In attesa di una legge nazionale di riferimento, esporremo una sintesi sui diritti delle persone stomizzate, partendo dalla Costituzione:

Articolo 2

La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l’adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Articolo 3

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Articolo 4

La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un’attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.

Articolo 13

La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell’autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. (...).

Articolo 14

Il domicilio è inviolabile. Non vi si possono eseguire ispezioni o perquisizioni o sequestri, se non nei casi e modi stabiliti dalla legge secondo le garanzie prescritte per la tutela della libertà personale. Gli accertamenti e le ispezioni per motivi di sanità e di incolumità pubblica o ai fini economici e fiscali sono regolati da leggi speciali.

Articolo 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Articolo 38

Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera.

Articolo 118

Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza. I Comuni, le Province e le Città metropolitane sono titolari di funzioni amministrative proprie e di quelle conferite con legge statale o regionale, secondo le rispettive competenze. (...). Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base de principio di sussidiarietà.

L'assistenza sanitaria

Nel 1978 la legge n. 833, istituisce il Servizio Sanitario Nazionale e l'art. 2 ne stabilisce gli obiettivi prioritari del S.S.N., quali: la formazione di una moderna coscienza sanitaria, la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e lavoro, la diagnosi e la cura degli eventi morbosi, la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica, la tutela della salubrità, dell'igiene dell'ambiente di vita e di lavoro, la disciplina della sperimentazione, la produzione ed immissione in commercio dei farmaci ed infine la formazione permanente del personale medico ed infermieristico. La legge n. 421/91 (Revisione delle discipline in materia di sanità, pubblico impiego, previdenza e finanza territoriale), i Decreti attuativi n. 502/92, 517/93 e la stessa Riforma Ter, di fatto hanno decentrato ogni competenza alle regioni, definendo la completa autonomia gestionale delle Aziende Ospedaliere, gli Istituti Scientifici e le Unità Sanitarie Locali. La "domanda federalista" (o meglio, regionalista) che investe, in generale, l'ordinamento territoriale della Repubblica della nostra vita politico-istituzionale, vede le Regioni come i destinatari principali dei progetti di riforma, con ricadute evidenti nel settore dell'assistenza sanitaria, da sempre uno dei più esposti al processo di redistribuzione delle risorse economiche.

Rapporti tra stomizzato e medico di famiglia

Il medico di famiglia è tenuto a garantire:

- la prescrizione dei dispositivi medici monouso, se autorizzati dalla regione d'appartenenza;
- se autorizzati dall'INPS, l'istruzione di pratiche per l'accertamento dell'invalidità civile;
- visite ambulatoriali, domiciliari ed ospedaliere;
- il monitoraggio dello stato di salute in senso generale;
- la collaborazione con lo specialista ASL

Rapporti tra bambini stomizzati e pediatri

Il pediatra è tenuto a fornire:

- la prescrizione dei dispositivi medici monouso, se autorizzati dalla regione d'appartenenza;
- le visite ambulatoriali e domiciliari;
- il monitoraggio dello stato di salute del bambino, in collaborazione con lo specialista ASL

Suggerimenti per i genitori dei bambini stomizzati

- Le problematiche non sono di facile soluzione ed elevate sono le tensioni familiari connesse al problema; • occorre spiegare ai piccoli la “temporanea diversità”;
- il nucleo familiare “non deve mai commettere l’errore di isolarsi”;
- il pediatra, gli assessorati ai servizi sociali (comune, provincia e regione), gli specialisti ASL ed il mondo della scuola, sono obbligati a prevedere “interventi mirati”.
- i Centri Stomie devono prestare una maggiore attenzione alle complesse problematiche dei piccoli stomizzati, al comportamento dei genitori e dei nonni, che comunque sono coinvolti.

Rapporti tra stomizzati e specialisti ASL

Lo specialista ASL è tenuto a garantire:

- la prescrizione dei dispositivi medici monouso;
- le visite mediche specialistiche con pagamento ticket o gratuite (patologia, età, reddito o invalidità);
- collaborazione col medico di famiglia e l’assistente sociale del comune interessato;
- evitare il “rimpallo” di competenze tra un medico e l’altro.

Le “Carte dei servizi”

Il tema di sanità, previdenza ed assistenza, le “carte dei servizi” sanciscono che:

- i servizi pubblici siano erogati con continuità;
- sia consentita la partecipazione diretta del cittadino e delle Associazioni che lo rappresentano (in sintonia con l’art.118 della Costituzione);
- chi presta i servizi deve informare gli utenti;
- l’inosservanza è perseguibile con sanzioni amministrative e disciplinari a carico dei dipendenti preposti.

I dispositivi medici monouso per le persone stomizzate e incontinenti

I dispositivi medici monouso per le persone stomizzate e incontinenti



Sono regolamentati dai LEA approvati con DPCM del 12 gennaio 2017 e sono di competenza delle Regioni ed ASL. La Direttiva salvaguarda le modalità e le quantità dei dispositivi medici monouso ottenibili gratuitamente. Il 19 aprile 2023 la Conferenza Stato Regioni ha approvato il “Decreto Tariffe” (manovra di circa 400 milioni di euro) contenente il Nomenclatore Tariffario legato ai LEA. Il Decreto consente l’attuazione della specialistica ambulatoriale e protesica, contribuendo a ridurre la differenza tra il vecchio e il nuovo Nomenclatore. Le tariffe entreranno in vigore dal 2024 e per l’assistenza ambulatoriale dal 1° aprile 2024. Le prestazioni previste per l’assistenza protesica sono: gli ausili informatici e di comunicazione (inclusi i comunicatori oculari e le tastiere adattate per persone con gravissime disabilità); gli apparecchi acustici a tecnologia digitale attrezzature domotiche e sensori di comando e controllo per ambienti (allarme e telesoccorso); le posaterie e suppellettili adattati per le disabilità motorie, la barella adattata per la doccia, gli scooter a quattro ruote, le carrozzine con sistema di verticalizzazione, le carrozzine per grandi e complesse disabilità, i sollevatori fissi e per vasca da bagno, i sistemi di sostegno nell’ambiente bagno (maniglioni e braccioli), i carrelli servoscala per interni; gli arti artificiali a tecnologia avanzata e sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo. Tra le novità vi è l’assistenza specialistica ambulatoriale omogenea sul territorio nazionale per le prestazioni di procreazione medicalmente assistita incluse nei LEA; le prestazioni per la diagnosi o il monitoraggio della celiachia e le malattie rare; le prestazioni indispensabili ad approfondimenti diagnostici strumentali di alta precisione nell’ambito della diagnostica per immagini in grado di consentire

diagnosi più rapide ed affidabili; enteroscopia con microcamera ingeribile, screening neonatali. È stata introdotta la consulenza genetica per coloro che si sottopongono ad un'indagine utile a confermare o a escludere un sospetto diagnostico, finalizzata anche a fornire il sostegno necessario ad affrontare situazioni spesso emotivamente difficili in relazione alle possibili implicazioni connesse alla comunicazione del risultato. Si aggiornano le prestazioni di radioterapia assicurando a tutti gli assistiti l'erogazione di prestazioni altamente innovative come la radioterapia stereotassica, adroterapia e radioterapia con braccio robotico.

Per le persone stomizzate i LEA prevedono la libera scelta del dispositivo medico più appropriato, che consenta un percorso riabilitativo, in sintesi l'attuazione dei PDTA. l'Azienda Sanitaria Locale (Direttore generale) è sempre responsabile di quanto accade nella gestione delle forniture (sospensione della fornitura, burocrazia e mancata libera scelta). La persona stomizzata, per ottenere i dispositivi medici dovrebbe presentare soltanto la prescrizione medica compilata da uno specialista (dipendente o convenzionato) del servizio sanitario nazionale (chiarimento evidenziato dalle Circolari del Ministero della Salute del 23/06/2017 a firma dell'ex Ministra Beatrice Lorenzin e precedentemente dall'ex Ministra On. Rosy Bindi, Lettera-Circolare n.100/SCPS/3.9743). La prescrizione può valere sino a un anno.

I LEA sanciscono anche che, se le Regioni autorizzano i dispositivi medici monouso possono essere prescritti su una comune ricetta medica, ma ad oggi ogni ASL è dotata di una propria modulistica, che una volta compilata consente di recarsi all'Ufficio Protesi, consegnare la documentazione e ottenere sacche, placche, pannoloni, cateteri, ecc. I dispositivi per le persone stomizzate e incontinenti, per ovvi motivi fisiologici devono essere forniti quanto prima (Circolari ex Ministre Bindi e Lorenzin), la panciera si ottiene ogni due anni e per averla bisogna avere (purtroppo) l'ernia peristomale. Per gli stomizzati neo-operati, a giudizio del medico prescrittore, i quantitativi stabiliti dai LEA possono essere aumentati sino al 50% per una durata massima di sei mesi. La fornitura è gratuita e lo stomizzato è libero di scegliersi i prodotti più confacenti alla propria epidermide, igiene e sicurezza. Per i cateteri più volte abbiamo segnalato alla Commissione nazionale sui LEA di prevedere la libera scelta come avviene per la stomia.

7.3 PRENDERSI CURA DELLA STOMIA



FRANCESCO DIOMEDE
Segretario Nazionale Aistom

L'epidermide intorno allo stoma acquista per te una particolare rilevanza e va trattata con la massima igiene e delicatezza, perché su di essa, ogni giorno dell'anno, in ogni condizione fisica e atmosferica (febbre, ricoveri ospedalieri, lavoro, viaggi, attività sessuale, sport, ecc.), dovranno essere applicati i dispositivi medici più consoni all'igiene ed al comfort personale, che ti consentiranno di svolgere con tranquillità ogni attività e soprattutto la vita di relazione. La tua epidermide sarà sempre esposta a possibili irritazioni dovute alle deiezioni; imparerai “sulla tua pelle” a comprendere quali e quanti sono i presidi più idonei alla tua persona ed alle continue variazioni stagionali (caldo, freddo, umidità e sudorazione).

Ricordati di tenere sempre a portata di mano tutto l'occorrente per una corretta detersione:

- sacchetti di plastica scura (non trasparente) per lo smaltimento dei rifiuti;
- un sapone o detergente neutro;
- una spugna naturale o sintetica di buona qualità;
- un rotolo di carta igienica senza coloranti;
- un morbido asciugamano per ospiti;
- sacche e placche di ricambio;
- film pellicola;
- la pasta adesiva;
- prodotto per rimuovere la placca;
- un beauty-case (cm 26 x 15 x 10, con all'interno tutto il materiale occorrente);
- una forcicina ricurva;
- il set d'irrigazione completo per i colostomizzati irrigati.

Per prima cosa lavati le mani e rimuovi (con delicatezza, ma senza incertezze) la

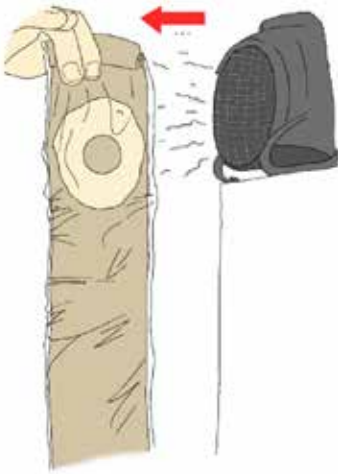
sacca e/o la placca da sostituire, subito dopo, con la carta igienica dovrai eliminare i residui delle deiezioni e, con una spugna morbida imbevuta di acqua tiepida e sapone neutro, lavare con delicatezza lo stoma e la cute peristomale che lo circonda. Lasciare asciugare e passare uno strato di pellicola protettiva tra la pelle e la placca (in bustine e/o flaconcino). Non utilizzare “mai” alcool, benzina, etere o altre sostanze irritanti, perché altamente dannose per la pelle! non utilizzare garze o quant’altro di similare, perché lo stoma non è una ferita! Nel rammentarti che lo stoma è un organo vitale per la tua sopravvivenza, evita di cambiare le abitudini igieniche personali (tranne serie motivazioni, es.: viaggi obbligati, ricoveri, ecc., ecc.). La doccia, il bagno nella vasca, il bagno a mare e/o piscina (attenti alle piscine ed alle loro possibili conseguenze, spesso dovute alle infezioni per i mancati ricambi d’acqua - costosi - ed ai disinfettanti utilizzati, spesso irritanti) non crea preoccupazione alcuna. La persona colostomizzata ha la fortuna di potersi “irrigare” (un clistere intestinale effettuato con acqua tiepida) e vivere senza fuoriuscite di feci. L’irrigazione consente di vivere senza feci per 48 o 72 ore, ma è consigliabile effettuarla a giorni alterni. Tale pratica si può iniziare a un mese dall’intervento

chirurgico e le prime volte è indispensabile farsi assistere da un infermiere stomaterapista. Con l’avanzare dell’età si riduce la sensibilità tattile, pertanto ai pazienti anziani che si irrigano suggeriamo di verificare la temperatura dell’acqua soltanto tramite il proprio polso. La prova del polso è il miglior termometro in circolazione.



Se l'irrigazione avvenisse con una elevata velocità nell'introduzione dell'acqua nell'intestino, si potrebbe avere un abbassamento della pressione arteriosa e un senso di svenimento. In tal caso bisogna interrompere immediatamente l'irrigazione per alcuni minuti, respirare profondamente e, subito dopo riprenderla con una minor velocità nell'affluenza dell'acqua nell'intestino.

Se la placca della sacca di scarico non dovesse aderire bene all'epidermide si suggerisce di riscaldarla leggermente con un asciugacapelli, prestando attenzione a inserire nella stessa un cartoncino pretagliato, per evitare che la plastica si aggrovigli e non sia più utilizzabile a causa del calore.



La persona stomizzata può effettuare docce o bagno caldo, tranquillamente, indossando sacche, mini-sacche o nulla se il paziente è colostomizzato irrigato, pertanto senza feci. Se sei portatore di una ileostomia è d'obbligo indossare la sacca di raccolta.

È consigliabile utilizzare saponi o bagni schiuma neutri, bisogna evitare frizioni troppo violente intorno allo stoma.

La sacca ideale – dispositivo medico infungibile

Come già descritto precedentemente, con una o più stomie non è più possibile controllare le deiezioni, per cui è indispensabile utilizzare un dispositivo contenitivo più appropriato e confortevole (per la raccolta delle feci e/o urine). È importante per te sapere quale è la sacca e/o la placca ideale da applicare sull'epidermide. Insomma, come un sarto costruisce un bell'abito su misura per il cliente, altrettanto devono fare medici e stomaterapisti sulla tua persona. Ben presto, immerso nella realtà quotidiana della vita comprenderai che la sacca da utilizzare è determinata unicamente dalla tua epidermide, dal tuo fisico e dalla sua sicurezza durante i movimenti o viaggi, pertanto, subito dopo l'intervento chirurgico ti consigliamo di "testare" tutte le pacche e sacche di raccolta esistenti sul mercato italiano (le Aziende costruttrici non

sono molte e se telefoni al nostro numero verde: 800.050415 - ti forniremo i numeri verdi aziendali) e, dopo averle provate, con calma e serenità, in connubio col tuo medico e stomaterapista del “Centro Stomie”, in assoluta autonomia decisionale sarà il tuo fisico a stabilire quali prodotti utilizzare ed ottenerli “gratuitamente” dalla tua Azienda di Unità Sanitaria Locale. A tal proposito è superfluo farti rilevare che per noi il tuo sarto di fiducia (n.d.r.: si fa per dire) è lo “stomaterapista” del Centro.

Quali requisiti deve possedere una sacca sicura e confortevole?

- non deve irritare la pelle;
- deve essere morbida e flessibile;
- deve aderire perfettamente alla cute;
- deve essere impermeabile ai liquidi
- I filtri contro gli odori e la fuoriuscita dei gas devono essere efficaci;
- non deve fare fruscio;
- deve essere confortevole;
- deve essere di forma e dimensioni tali da celarsi sotto gli abiti;
- deve essere pratica al cambio;
- deve essere sicura al 100%.

Per effettuare la sostituzione della sacca

- Cerca di avere a portata di mano il materiale occorrente, in tal modo sarai più sereno e svolgerai le operazioni con maggiore sicurezza;
- la tua sacca deve avere il foro d’apertura a forma e misura il più possibile simile a quello del tuo stoma. La forma dello stoma non è perfettamente circolare, pertanto ti consigliamo di usare una sacca ritagliabile cosicché potrai “personalizzarla”;
- prima di applicare la nuova sacca e/o placca, lava lo stoma e assicurati che la cute sia completamente asciutta. In seguito, applica uno strato di film pellicola e fai ben aderire la placca e/o la sacca, magari spingendo per diversi secondi col palmo della mano, in modo da consentire una maggiore adesione iniziale;
- dopo aver indossato la sacca assicurati che questa sia ben adesa, per evitare spiacevoli inconvenienti (spandimento incontrollato delle deiezioni), che potrebbero comportarti ansie e complicità inutili.

Riabilitazione, lavoro, sport e vita sociale



L'intervento chirurgico che porta al confezionamento di una stomia non sempre limita l'attività lavorativa, così come non limita la possibilità di svolgere attività sportiva, viaggiare, avere degli hobby, prendere l'aereo e/o guidare l'auto. Terminata la convalescenza, dopo l'intervento tenderai a limitare o ad abolire i contatti sociali ed evitare qualsiasi occasione d'incontro. Lo stare sereni con sé stessi, accettarsi ed il sentirsi accettato è di fondamentale importanza per il tuo recupero psico-fisico e rappresenta il primo passo utile per uscire dalla sterile "cultura dell'isolamento sociale e del non far sapere". Da questo momento in poi acquisirai il coraggio di riprendere la tua consueta attività lavorativa, valutando anche eventuali nuove capacità di impegno. Nel caso di problemi oggettivi (lavori pesanti e/o orari di lavoro non concilianti con la gestione della tua stomia), in primis parlane col tuo sindacalista di fiducia ed in seguito con il datore di lavoro, assieme troverete sbocchi mansionali differenti e dignitosi, che soddisferanno le esigenze del datore di lavoro e le tue. In riferimento alla vita familiare e relazionale potrai dialogare con lo stomaterapista e col tuo medico di fiducia, per cercare di progredire in modo sereno e migliorativo. Nella società attuale, dove prevale l'idea "esasperata" dell'io, con la cura stereotipata e meticolosa del proprio corpo, praticando ore di attività fisica e massaggi, ricorda che la tua stomia non preclude l'attività sportiva. Potrai, anzi, praticare differenti attività sportive evitando gli sport che implicano scontri personali e sforzi fisici (ernie peristomali e prolassi), quali ad esempio: la lotta, il judo, il pugilato, il rugby, il sollevamento pesi e la cultura fisica senza mai esagerare nel voler sollevare sempre più pesi, ecc. Soprattutto se praticata "con moderazione" l'attività sportiva consente di praticare molti altri sport, come il golf, il ciclismo, l'equitazione, il nuoto, il tiro a segno, l'automobilismo, il tennis, la marcia, ecc.

Ti rammentiamo che per praticare una qualsiasi attività sportiva è obbligatorio l'elettrocardiogramma e il certificato medico sportivo. In ogni caso dovrai sempre consultarti con il personale sanitario del tuo "Centro Stomie".

Come per l'attività lavorativa e sportiva, se vuoi andare in vacanza non ci sono grossi problemi, né controindicazioni, basta organizzarsi e per questo sarà utile

dotarti di un kit da viaggio, con all'interno tutto l'occorrente per più ricambi (vedere il capitolo: Come prendersi cura della stomia). Naturalmente per la tua sicurezza igienica e psichica, in ogni evenienza rammenta di portare con te il kit da viaggio, perché in vacanza è pressoché impossibile reperire l'occorrente, oltre a doverlo pagare di tasca propria.

Pelle asciutta, pulita e idratata

La pelle di una persona anziana è delicata come la pelle di un neonato e farla restare asciutta, pulita e ben idratata riduce il rischio di insorgenza di piaghe da decubito e micosi (arrossamenti in genere che si formano sotto il seno e nelle pieghe inguinali). Una persona allettata o che utilizza pannoloni deve utilizzare creme idratanti, l'olio di mandorle o il latte detergente. L'idratazione della cute è importante in quanto permette di prevenire le lesioni da decubito. Lesioni che possono insorgere per vari motivi, i più comuni sono: allettamento della persona, stato nutrizionale carente, incontinenza urinaria e fecale, pelle secca e asciutta, sfregamento e attrito della cute durante i lavaggi e gli spostamenti.

L'alimentazione

L'alimentazione rappresenta un valido aiuto per migliorare la ripresa post-chirurgica. La modifica anatomica-funzionale, a causa della stomia, conduce a funzioni digestive alterate, che variano da persona a persona. Ciò si verifica soprattutto nelle ileostomie, nelle quali la digestione è molto rapida (riducendo l'assorbimento di vitamine, proteine e carboidrati) e le feci sono liquide (con significativa disidratazione). Infatti, molti ileostomizzati assumono integratori.

Nel periodo post-chirurgico non dovrai cambiare le tue abitudini alimentari, ma eliminare soltanto i cibi che non tolleri. Apporterai gli alimenti uno per volta, verificando di persona così se sono o no causa di inconvenienti.

Ti consigliamo di bere molto evitando bevande molto fredde e gasate, di masticare bene, di alimentarsi più volte al dì ad orari regolari. Col passare del tempo diventerai "esperto" di te stesso e saprai bene quali alimenti ingerire o evitare (perché causano gas o deiezioni). A tal fine, pubblichiamo una tabella riassuntiva dei cibi da e non mangiare;



Stomia e assunzione di farmaci



I farmaci, per avere efficacia nella persona stomizzata vanno introdotti in vari modi: per bocca (oralmente), con iniezione in vena, per via intramuscolare o inalatoria. L'assorbimento dei farmaci nella persona stomizzata è modificato dalle variazioni del transito intestinale, dalla peristalsi e dalla presenza di cibo nell'intestino. Tutti sappiamo che una ileostomia comporta la resezione di un tratto di intestino tenue, pertanto l'assorbimento dei farmaci in pillole (capsule di gelatina, gelatina molle, compresse granulari e compresse

ovali), anche a causa del rivestimento protettivo, inficia l'efficacia delle terapie nelle persone ileostomizzate e spesso colostomizzate.

La presenza di compresse integre o quasi integre nel sacchetto delle feci è la conferma dell'inefficacia della terapia farmacologica. Ne consegue che per essere efficaci è preferibile assumere e farsi prescrivere dai medici soltanto farmaci liquidi (per via orale), per via intramuscolare o endovenosa.

La vita di coppia

Superata la fase post-chirurgica e le conseguenti "normali" prime "crisi contenitive" - deiezioni, a percorso riabilitativo iniziato, presto ti renderai conto che le conseguenze della perdita del controllo sfinteriale non sono poi così disastrose come appariva nella fase iniziale. Infatti, potrai iniziare una buona ripresa della vita relazionale e di coppia, anche rapportata all'attività sessuale con la tua compagna o col tuo compagno. Tale attività "potrà e dovrà" riprendere senza remore o limitazioni! Anche se alcuni tipi di interventi chirurgici potrebbero creare problemi dovuti alla disfunzione erettile nell'uomo o all'impossibilità nella donna stomizzata ad avere un figlio, devi sapere che tali inconvenienti sono oggi facilmente risolvibili, infatti, il primo caso si risolve con l'assunzione di una adeguata terapia farmacologia o al limite con l'intervento chirurgico, nel secondo con l'inseminazione artificiale. Ovviamente il tutto sotto l'occhio vigile del tuo medico di fiducia. Ti consigliamo di rivolgerti al medico del Centro Aistom, al medico di famiglia, all'andrologo, al ginecologo, all'urologo e, perché no, al tuo stomaterapista. Vedrai che tutto si risolverà nel migliore dei modi.

7.4 TESTIMONIANZA: OMOSESSUALITÀ E STOMIA. SVEGLIARSI CON IL CORPO CAMBIATO FA PAURA



LORENA PORCEDDU
Presidente Aistom Sardegna

Nel 2019, a causa di un tumore colon-retto mi hanno confezionato una colostomia, sono entrata così in un mondo che non conoscevo, una realtà completamente nuova e distorta, svegliarsi con un foro nel ventre e una sacchetta in pancia da portare 24h su 24 perché non riesci più a controllare le feci e l'urina. Tutto ti catapulta nel vuoto e nella disperazione più assoluta, ti riporta bambino. Inizialmente ci si sente persi e incapaci di affrontare la situazione da soli, il vuoto entra a far parte della tua vita, tutti i giorni, tutti i minuti, ma se ci sono persone affianco che ti supportano e ti amano, allora il percorso di accettazione della “stomia” può diventare più facile e quel vuoto può magicamente diventare pieno di coraggio e di speranza, vitale per riprendere una vita quasi normale.

Io sono stata fortunata perché sono stata sorretta dall'amore di chi mi sta a fianco, ma non capita a tutti e molti si perdono nel loro dolore. Per loro e per chi si sente perso e ha bisogno di un sostegno e di coraggio ho deciso di trasferire la mia esperienza, dando vita ad un progetto unico in Sardegna, che nasce dalla mia esperienza di stomizzata e di cui vado molto orgogliosa: un ambulatorio gratuito dove gli stomizzati provenienti da tutta la Sardegna possono avvalersi del servizio di vari specialisti, tra cui anche un supporto psicologico.

Un progetto che sta aiutando ad aprire gli occhi su questa realtà e su altre ad essa collegate, come la relazione tra stomia e omosessualità. Si può dire che è “un tabù nel tabù” sui cui in Italia si è parlato poco, direi quasi mai. Eppure, la stomia, soprattutto per un uomo gay, può portare a seri problemi di depressione e non accettazione. La vergogna è uno dei fattori di “rischio” più importanti per tutti, in questo caso è collegata in primis alla difficoltà di essere sinceri riguardo il proprio orientamento

sessuale con il personale ospedaliero che dovrà effettuare l'operazione e le cure mediche, e che necessariamente dovrebbe esserne a conoscenza, e poi con i futuri partner.

Quest'ultima è collegata alla paura di non essere più accettati sia a livello estetico che sessuale, per una buona fetta del mondo gay maschile, infatti, l'estetica e la perfezione del corpo sono fattori molto importanti. Non c'è quindi da stupirsi che ritrovarsi al risveglio con un corpo imperfetto e menomato possa creare uno stravolgimento dell'immagine corporea e della percezione di sé, con gravi danni psicologici. L'autostima in questo caso scompare aumentando il disagio e l'isolamento psico-sociale-relazionale. Un altro serio problema da tenere in considerazione riguarda la sessualità tra uomini gay. Oltre a quelli che sono comuni a tutti gli stomizzati, e cioè la difficoltà di superare l'imbarazzo e riprendere una normale vita sessuale, la preoccupazione su come il partner accetterà un corpo martoriato e pieno di cicatrici, il timore dei cattivi odori emanati dal sacchetto; un uomo gay, stomizzato in modo permanente, deve fare spesso i conti con la chiusura del retto e quindi anche con la difficoltà di avere normali rapporti sessuali. Questo può comportare non soltanto un'estrema difficoltà a ritornare ad avere una vita sessuale piena e soddisfacente, ma anche la possibilità di non essere più accettati dal partner e ritrovarsi così dentro una solitudine nera. Vivere accanto a uno stomizzato gay implica una sensibilità non comune, perché la sessualità cambia e ci potrebbe essere il rifiuto di accompagnarli in questa nuova esperienza. Ci vuole molto ascolto, tanto amore e un pizzico di umorismo per trasformare in meglio la nuova vita sessuale, vivere vite affettive sincere e un amore completo.

Il mondo lesbico dal suo canto vive l'esperienza comune a tutte le donne stomizzate, della sofferenza, della vergogna e della solitudine, ma conosco donne, così come uomini, che si sono rialzate e hanno deciso di sperimentare una vita nuova, dandosi un'altra possibilità e aiutando gli altri stomizzati a sentirsi meno soli. Donne e uomini, senza alcuna distinzione di sesso e razza, che hanno riempito col loro coraggio, quel vuoto col pieno. Viva la vita.

7.5 LE CRITICITÀ NELL'OTTENIMENTO DEI DISPOSITIVI MEDICI MONOUSO



FRANCESCO DIOMEDE
Segretario Nazionale Aistom



VINCENZO REPACI
Consigliere Aistom

La documentazione per ottenere i dispositivi medici monouso è la seguente:

- modulistica compilata dallo specialista A.S.L. o dal medico di famiglia, pediatra o medico ambulatoriale, ove autorizzati dalla propria regione. Richiesta da consegnare all'Ufficio Protesi;
- autocertificazione di residenza anagrafica (in carta libera). Per gran parte dei certificati è sufficiente una semplice dichiarazione firmata, che di fatto sostituisce il certificato di residenza. L'autocertificazione è resa su appositi moduli predisposti dalla Pubblica Amministrazione o è possibile renderla anche su un comune foglio di carta, allegando la fotocopia del documento di identità;
- fotocopia del cartellino di dimissioni. Il verbale della Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile per le persone incontinenti e stomizzate non è più obbligatorio sin dai tempi dell'ex Ministra della Salute, On. Rosy Bindi – Lettera-Circolare n.100/SCPS/3.9743

Ausili per persone disabili: esistono monopoli nel settore? Secondo alcuni, i monopoli esistono, in questo come in molti altri settori, rendendo difficile la libera concorrenza... mentre altri sono dell'idea contraria.

Parlare di monopoli è sempre difficile, in qualsiasi ambito si discuta: la parola stessa riporta in qualche modo alla mente l'idea di ingiustizia, di privilegi per

alcuni e difficoltà maggiore per altri e ciò crea delle chiusure da una parte e delle denunce dall'altra. Per fare un po' di chiarezza occorre partire dalla struttura stessa del sistema: nel nostro Paese esistono leggi chiare che danno indicazioni alle Asl o Regioni, di come muoversi per individuare un fornitore e le Asl o le Centrali d'acquisto dovrebbero indire gare d'appalto, la cui funzione non dovrebbe essere quella di individuare un fornitore specifico, ma il prezzo più basso con la migliore qualità (n.d.r.: la qualità nelle gare d'appalto ha un punteggio minimo del 70%) del prodotto... lasciando poi aperte le porte a tutti i fornitori che siano in grado di garantire qualità e prezzo. Questo sistema dovrebbe aumentare la competitività tra le aziende, ma basta andare a vedere le innumerevoli gare d'appalto di settore, per verificare che spesso hanno tutte lo stesso esito: tentare di scegliere un'azienda unica, al prezzo più basso. Questo accade con mille artifici e, a causa di un servizio protesico, economicamente parlando sottostimato dal Governo, dal Ministero della Salute e dalle Regioni, a farne le spese sono soltanto i cittadini. In considerazione di tutto ciò, attualmente, l'Accordo quadro, con tutti i prodotti inseriti e con multi-fornitori è la migliore via percorribile.

Tutto dipende dal sistema

Nonostante quanto affermato, non pensiate che le multinazionali siano uguali, anzi! Anzi, l'ingresso nel mercato di quelle che, per sviluppo tecnologico e proposta tecnica sono ai massimi livelli, non solo non ha arrecato danni, ma apportato eccellenti benefici alla qualità di vita del paziente. Il problema sono le multinazionali che seguono solo una politica di espansione e di recupero di nuove quote di mercato, spazzando via la concorrenza con le più bieche strategie commerciali e con il continuo ribasso dei costi, senza dimenticare il mancato sviluppo in ricerca e innovazione, divenendo allo stesso tempo produttori, importatori e distributori, coprendo da sole tutte le figure della catena commerciale. In questo caso vi è un danno che colpisce le piccole aziende e soprattutto i pazienti, costretti a un servizio "monomarca" che, seppur ottimo, sarà sempre l'unica offerta proposta sul mercato. Il rischio è che alla fine sul mercato ci saranno sempre le stesse aziende, monopolizzando di fatto l'offerta e riducendo la concorrenza, che al contrario deve essere forte e lavorare correttamente. Insomma, si può ben capire che i pareri sono differenti, il che può dipendere, in parte, anche dalle nicchie di specializzazione. Esiste un ambito nel quale, per esempio, il monopolio <<vige ancora>>, come quello dei pannoloni. La motivazione più rilevante è che pochi pazienti denunciano pubblicamente d'avere problemi con le forniture.

Il monopolio

Per cateteri, sacche, placche, ecc. abbiamo la fortuna che i pazienti non hanno remore a aderire alle associazioni pazienti che si battono per la “libera scelta e la qualità”. Regioni e ASL, specialmente in periodi di spending review, si battono per indire mega Gare Regionali al solo ribasso, ma sinora la ragione e il buonsenso hanno sempre prevalso, considerando taluni dispositivi medici “infungibili”, e a nostro parere “salvavita”, come amano definirli gli utilizzatori. Le gare all'estremo ribasso e in regime di monopolio, soltanto apparentemente fanno risparmiare risorse economiche, poiché, spesso, attivano costi indiretti alle stesse ASL e di conseguenza alle stesse Regioni. Quali sono le conseguenze delle Gare fatte solo al ribasso e in regime di monopolio? di certo: queste “gare” negano a una gran fetta di Cittadini/utenti, il “Diritto alla salute e alla riabilitazione” sanciti dalla Costituzione e dall'art. 26 della legge n.833 del 1978. Infatti, se venissero creati i Centri per l'incontinenza di primo, secondo e terzo livello, così come previsto dalla Conferenza Stato Regioni il 24 gennaio 2018, risparmieremmo danaro e riusciremmo a riavvicinare alla Buona politica questi Cittadini. Proprio così, poiché mezza nazione non crede più alla “Buona Politica”, quella partecipata. Il mondo degli appalti non può essere soltanto business, ma il lavoro di uomini e donne che senza interesse alcuno, se non salvaguardare la salute pubblica e il risparmio delle risorse, si accollano enormi responsabilità con stipendi esigui.

ILEA

**18-3-2017 Supplemento ordinario n. 15 alla GAZZETTA UFFICIALE
Serie generale - n. 65 - ALLEGATO 11**

Art. 1 Procedura di erogazione

1. La prescrizione dei dispositivi, effettuata sul ricettario standardizzato del Servizio sanitario nazionale, riporta la specifica menomazione e disabilità, i dispositivi necessari e appropriati inclusi nel nomenclatore allegato 2 al presente decreto e i relativi codici identificativi, nonché la quantità indicata per il periodo intercorrente fino alla successiva visita di controllo e comunque per un periodo non superiore ad un anno, ferme restando le quantità massime mensili indicate dal nomenclatore stesso. Nell'indicazione del fabbisogno, la prima prescrizione tiene conto della eventuale necessità di verificare l'idoneità dello specifico dispositivo prescritto alle

esigenze del paziente.

2. L'azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito autorizza la fornitura dei dispositivi prescritti dal medico per il periodo indicato dallo stesso, previa verifica amministrativa della titolarità del diritto dell'assistito e della correttezza della prescrizione. Le regioni disciplinano le modalità di rilascio dell'autorizzazione, prevedendo il tempo massimo per la conclusione della procedura da parte dell'azienda sanitaria locale, e le modalità di consegna frazionata dei dispositivi.

3. In attesa dell'istituzione del repertorio di cui all'articolo 1, comma 292, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, per l'erogazione delle prestazioni che comportano la fornitura dei dispositivi monouso di cui al nomenclatore allegato 2, le regioni e le aziende sanitarie locali stipulano contratti con i soggetti aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto espletate secondo la normativa vigente. Nella valutazione delle offerte le regioni e le aziende sanitarie locali adottano criteri di ponderazione che garantiscano la qualità delle forniture, la capillarità della distribuzione e la disponibilità di una gamma di modelli idonei a soddisfare le specifiche esigenze degli assistiti. Le regioni e le aziende sanitarie locali possono adottare modalità alternative per l'erogazione delle suddette prestazioni che, a parità di oneri, garantiscano condizioni di fornitura più favorevoli per l'azienda sanitaria locale o per gli assistiti, anche attraverso la stipula di specifici accordi con soggetti autorizzati alla vendita.

4. Per l'erogazione degli ausili per stomia di cui alla classe 09.18 del nomenclatore allegato 2 al presente decreto, le regioni adottano modalità di acquisto e di fornitura che garantiscano agli assistiti la possibilità di ricevere, secondo le indicazioni cliniche a cura del medico prescrittore, i prodotti inclusi nel repertorio più adeguati alle loro specifiche necessità e assicurano la funzione di rieducazione specifica.

AUSILI MONOUSO

I dispositivi medici elencati devono essere conformi al d. lgs. 24 febbraio 1997, n. 46 in attuazione della direttiva 93/42/CEE
Classe 09 "Ausili per la cura e la protezione personale"

09.15 ausili per tracheostomia		
costituiti da un tubo ricurvo di forma angolata o a semicerchio, realizzato con materiali differenti (PVC, silicone, metallo) che viene inserito nello stomia tracheale per mantenerne la pervietà; il tratto esterno (sonnetto) permette all'assistito il collegamento al circuito per i dispositivi di ventilazione e l'applicazione di accessori (bagni, umidificatori, ecc.). Il diametro interno (ID) deve essere indicato esplicitamente nella prescrizione dello specialista in relazione alle dimensioni dello stomia dell'utente (nell'adulto, generalmente compreso tra 9,4 e 13,8 mm) così come la lunghezza del dispositivo (in genere, compresa tra 65 e 81 mm). Devono essere acquistati completi della piastrina orientabile per il collo (o flangia - saldata alla cannula o libera di scorrere), dei nastri di fissaggio per garantire il corretto posizionamento e del tappo o obturatore, se richiesto.		
	quantità/anno	
09.15.03.003	cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fessurata	4
09.15.03.006	cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, fessurata	4
09.15.03.009	cannula tracheale in plastica rigida con mandrino, non fessurata	4
09.15.03.012	cannula tracheale in plastica rigida con mandrino, fessurata	4
09.15.03.015	cannula tracheale in metallo cromato o argentato in due o tre pezzi	2
09.15.03.018	cannula tracheale in argento 900/1000 in tre pezzi	2

09.18 ausili per stomia		
09.18.04 sacche per stomia, a un pezzo, a fondo chiuso		
dispositivi dotati di filtro antiodore, barriera protettiva autoportante in idrocolloidi o anello protettivo (in gomma naturale Karaya o diverso materiale), supporto adesivo microporoso e ipoallergenico; sul lato-corpo, rivestimento antistrapiante (in TNT o analogo materiale) e sul lato esposto, rivestimento in materiale opaco o trasparente.		
	quantità erogabile	
09.18.04.003	sacca per colostomia a fondo chiuso	60
09.18.04.006	sacca per colostomia a fondo chiuso per stomi introflessi (stoma a filo, retratto, situato in una piega cutanea o in una cicatrice) <i>NOTA - Le quantità massime erogabili sono da intendersi per ogni stomia e sono incrementabili, a giudizio dello specialista prescrittore, fino al 50% nel periodo iniziale di assistenza ed addestramento all'uso di durata non superiore a 6 mesi.</i>	60

09.18.05 sacche per stomia, a più pezzi, a fondo chiuso		
dispositivi costituiti da due pezzi: un supporto adesivo ipoallergenico a contatto con l'epidermide dell'assistito ed una sacca di raccolta. La sacca è dotata di filtro antiodore, rivestimento antistrapiante sul lato corpo (in TNT o analogo materiale) e rivestimento opaco o trasparente sul lato esposto. Lo spessore della placca può essere uniforme per tutta la superficie o differenziato per una migliore adattabilità a stomi irregolari. La placca può essere pretagliata, ritagliabile o modellabile secondo le esigenze dell'assistito. Tali opzioni di scelta devono essere esplicitamente indicate nella prescrizione prima dell'acquisto. L'adattabilità placca-sacca deve consentire un facile e sicuro sgancio/aggancio e garantire la perfetta tenuta per tutta la durata dell'utilizzo.		
	quantità erogabile	
09.18.05.003	sistema per colostomia (placca adesiva con flangia + sacche a fondo chiuso)	20 + 60
09.18.05.006	sistema per colostomia (placca adesiva con flangia + convessità integrale per stomi introflessi (stoma a filo, retratto o situato in una piega cutanea e/o in una cicatrice) + sacca a fondo chiuso) <i>NOTA - Le quantità massime erogabili sono da intendersi per ogni stomia e sono incrementabili, a giudizio dello specialista prescrittore, fino al 50% nel periodo iniziale di assistenza ed addestramento all'uso di durata non superiore a 6 mesi.</i>	20 + 60

09.18.07 sacche per stomia, a un pezzo, a fondo aperto con valvola anti-reflusso		
La sacca per ileostomia deve essere dotata di filtro antiodore, barriera autoportante in idrocolloidi o anello protettivo (in gomma naturale Karaya o diverso materiale), supporto adesivo microporoso e ipoallergenico, rivestimento antistrapiante (in TNT o analogo materiale) sul lato corpo e rivestimento opaco o trasparente sul lato esposto, valvola anti-reflusso. La sacca per urostomia deve essere dotata di un sistema di scarico (preferenzialmente con rubinetto a scomparsa) raccordabile al raccoglitore da gamma o da letto, con o senza cintura di fissaggio. Per entrambe, il sistema di svuotamento e di chiusura della sacca deve essere facile da usare, sicuro ed efficace nel prevenire eventuali fuoriuscite.		
	quantità erogabile	
09.18.07.003	sacca per ileostomia a fondo aperto	90
09.18.07.006	sacca per urostomia a fondo aperto	30
09.18.07.009	sacca per ileostomia introflessa (stoma a filo, retratto o situato in una piega cutanea e/o in una cicatrice) a fondo aperto	90
09.18.07.012	sacca per urostomia introflessa (stoma a filo, retratto o situato in una piega cutanea e/o in una cicatrice) a fondo aperto <i>NOTA - Le quantità massime erogabili sono da intendersi per ogni stomia e sono incrementabili, a giudizio dello specialista prescrittore, fino al 50% nel periodo iniziale di assistenza ed addestramento all'uso di durata non superiore a 6 mesi.</i>	30

09.18.09 sacche per stomia, a più pezzi, a fondo aperto con valvola anti-reflusso		
dispositivi costituiti da due pezzi: un supporto adesivo ipoallergenico a contatto con l'epidermide dell'assistito ed una sacca di raccolta. La sacca è dotata di filtro antiodore, rivestimento antistrapiante sul lato corpo (in TNT o analogo materiale), rivestimento sul lato esposto opaco o trasparente, valvola anti-reflusso. Lo spessore della placca può essere uniforme per tutta la superficie o differenziato per una migliore adattabilità a stomi irregolari. La placca può essere pretagliata, ritagliabile o modellabile secondo le esigenze dell'assistito. Tali opzioni di scelta devono essere esplicitamente indicate nella prescrizione prima di procedere all'acquisto. L'adattabilità placca-sacca deve consentire un facile e sicuro sgancio/aggancio e garantire la perfetta tenuta per tutta la durata dell'utilizzo. Il sistema di svuotamento e di chiusura della sacca deve essere facile da usare, sicuro ed efficace nel prevenire eventuali fuoriuscite.		
	quantità erogabile	
09.18.09.003	sistema per ileostomia (placca adesiva con flangia + sacche a fondo aperto)	20 + 90
09.18.09.006	sistema per urostomia (placca adesiva con flangia + sacche a fondo aperto)	20 + 30
09.18.09.009	sistema per ileostomia (placca adesiva con flangia + convessità integrale per ileostomia introflessa (stoma a filo, retratto o situato in una piega cutanea e/o in una cicatrice) + sacche a fondo aperto)	20 + 90
09.18.09.012	sistema per urostomia (placca adesiva con flangia + convessità integrale per urostomia introflessa (stoma a filo, retratto o situato in una piega cutanea e/o in una cicatrice) + sacche a fondo aperto) <i>NOTA - Le quantità massime erogabili sono da intendersi per ogni stomia e sono incrementabili, a giudizio dello specialista prescrittore, fino al 50% nel periodo iniziale di assistenza ed addestramento all'uso non superiore a 6 mesi.</i>	20 + 30

09.18.24 ausili per l'irrigazione dell'intestino

L'irrigazione, restituendo un ritmo alla motilità intestinale dell'assistito, consente di ottenere un periodo di riposo intestinale. E' controindicata per utenti cui è stato diagnosticato il c.d. "colon residuo" (regolarità e ritmicità spontanea delle evacuazioni, con patologia pregressa: malattia diverticolare, Morbo di Crohn; con colon irritabile); in presenza di ernia peristomiale, prolasso, stenosi, rigidità stomiale, assistiti con inabilità fisica, psichica o chemio-terapica. E' consigliabile proporre l'inizio di tale pratica **dopo un mese circa dall'intervento**; la prescrizione indicherà la frequenza della procedura di irrigazione sulla base del tipo di peristalsi e del volume del colon residuo. **NOTA:** l'irrigazione consente all'assistito colostomizzato un periodo di 24 - 48 ore di relativa continenza.

NOTA - La quantità erogabile di tali ausili deve essere esplicitamente indicata nella prescrizione dello specialista prima di procedere all'acquisto.

09.18.24.003 sistema di irrigazione completo

composto da: borsa graduata per l'acqua, cono anatomico e cannula, sistema di regolazione del flusso con o senza visualizzazione del volume, cintura di fissaggio con o senza piacca e sacche di scarico

09.18.24.006 irrigatore semplice

composto da: borsa graduata per l'acqua, cono anatomico e cannula, sistema di regolazione del flusso con o senza visualizzazione del volume

09.18.24.009 sacche di scarico trasparenti a fondo aperto per irrigazione, con barriera autoportante o adesivo o flangia

09.18.24.012 tappo ad espansione o post irrigazione non ad espansione, con filtro incorporato

09.18.24.015 mini sacca post-irrigazione con barriera autoportante, filtro incorporato e lato interno in TNT assorbente

NOTA - La prescrizione del sistema di irrigazione completo è alternativa alla prescrizione combinata dell'irrigatore e delle sacche di scarico. La prescrizione del materiale per irrigazione e l'indicazione della relativa frequenza modulano il quantitativo massimo concedibile di ausili per stomia. Le quantità del tappo ad espansione sono correlate alle specifiche condizioni della persona riportate dalla prescrizione così come quelle delle mini sacche post irrigazione.

09.18.30 protettori dello stomia e cute peristomiale

09.18.30.003 pasta o pomata protettiva, ad azione emolliente e/o eudermica

09.18.30.006 polvere protettiva per zone peristomiali

09.18.30.009 salviettine per detersione

rilasciano una pellicola protettiva per le zone peristomiali consentendone una adeguata detersione (la pellicola [o film] da applicare sulla pelle può anche essere rilasciata da un contenitore spray che la contiene)

09.18.30.012 pasta solidificata

può presentarsi in forme differenti, è ritagliabile per realizzare urazione livellatrice e/o riempitiva sull'addome degli assistiti che presentano una superficie peristomiale irregolare. **NOTA: da prescriversi esclusivamente in questi casi.**

04 prodotti per terapie personali

04.49 prodotti per il trattamento delle lesioni cutanee

NOTA 1 - I quantitativi erogabili sono determinati dalla frequenza del cambio della medicazione legata alla tipologia delle lesioni, alla quantità di essudato, alla fase del processo di cicatrizzazione in essere ed alle condizioni cliniche valutabili dallo specialista e dal suo team professionale e devono essere riportate dettagliatamente nella prescrizione.

NOTA 2 - A causa della diffusa disomogenità delle misure delle medicazioni in commercio, come unità convenzionale di valutazione economica, si suggerisce l'utilizzo di € / superficie per quelle in alginato, in idrocolloidi, in idrofibra, in argento, in polietilene e per le garze ad azione emolliente; € / volume o peso per le medicazioni in gel idrofilo e le confezioni di lubrificante per cateterismo; € / volume per le medicazioni cavitare (cod. 04.49.21.633) e € / lunghezza per la rete tubolare elastica (cod. 04.49.27.003).

medicazioni in alginato (classe M040402 - Cnd):

medicazioni attive a base di sali di Ca e/o di Na e della miscela di acido D-mannuronico e acido L-glucuronico (in diverse strutture chimiche e concentrazioni) [ac. alginico (alga bruna)]; presentano un ridotto rilascio e dispersione di fibre, sono caratterizzate da alta integrità quando sono bagnate, posseggono una alta capacità assorbente ed emostatica formando un gel all'interno della lesione che mantiene l'ambiente umido; sono indicate per lesioni con alta essudazione siero-ematica o francamente emorragica e per lesioni cavitare, contaminate o infette; sono controindicate per lesioni asciutte, deterse, in fase di granulazione o nel caso di lesioni con presenza di tessuto necrotico. Prescrivibili nei formati, adesivi e non, di seguito elencati:

04.49.03.103 cm 15 x 15 (corrispondente ad una superficie attiva di 225 cm² +/- 10%)

04.49.03.106 a nastro (espressa in superficie attiva)

04.49.03.109 cm 10 x 20 (corrispondente ad una superficie attiva di 200 cm² +/- 10%)

medicazioni in idrocolloidi (classi M040403 - Cnd):

medicazioni composte da miscele di polimeri naturali o sintetici, quali CMC, pectina, lecitina, gelatina, ecc. (agente gelificanti), sospese in forma microgranulare e combinate con elastomeri e adesivi applicati su un supporto in forma di piacca, film o pasta. Sono indicate per lesioni in fase di granulazione con essudato basso o medio, con assenza di segni clinici di infezione, letto della ferita deterso e, in genere, con cute perilesionale intatta, ulcere con tessuto necrotico da rimuovere (autolisi); sono altamente conformabili, poco assorbenti, trasparenti ed impermeabili verso contaminanti esterni, promuovono il debridement autolitico. Presentano il vantaggio di richiedere il cambio della medicazione sufficientemente distanziato (di solito, ogni 3 - 5 giorni) meno traumatico per gli assistiti; la scelta dello spessore della medicazione è direttamente proporzionale alla quantità di essudato della lesione e va riportata nella prescrizione prima di procedere all'acquisto. Prescrivibili nei formati di seguito elencati:

04.49.06.203 cm 10 x 10 (corrispondente ad una superficie attiva di 100 cm² +/- 10%)

04.49.06.206 cm 15 x 15 (corrispondente ad una superficie attiva di 225 cm² +/- 10%)

04.49.06.209 cm 20 x 20 (corrispondente ad una superficie attiva di 400 cm² +/- 10%)

medicazioni in idrofibra (classe M040404 - Cnd):

medicazioni composte da soffici fibre di CMC sodica che tendono a gelificare dopo l'assorbimento dell'esudato (che viene trattenuto senza dispersione e propagazione laterale) applicate su un supporto di tessuto-non-tessuto (TnT). Sono indicate per lesioni con esudazione da media ad alta, lesioni contaminate o infette e cavitari e sono controindicate per lesioni secche e necrotiche. Presentano una notevole capacità assorbente (fino a 20-25 volte il proprio peso originale), non aderiscono alla lesione con rimozione integra della medicazione e non hanno caratteristiche emostatiche; formano una efficace azione occlusiva della lesione. Prescrivibili nei formati di seguito elencati:

- 04.49.09.303 cm 5 x 5 (corrispondente ad una superficie attiva di 25 cm² +/- 10%)
04.49.09.306 cm 10 x 10 (corrispondente ad una superficie attiva di 100 cm² +/- 10%)
04.49.09.309 cm 15 x 15 (corrispondente ad una superficie attiva di 225 cm² +/- 10%)

- 04.49.12.403 medicazioni in gel idrofilo (classe M040405 - Cnd)
medicazioni in forma di gel (con o senza supporto) a base di polimeri idrofili (in genere, dell'amido) con un contenuto di acqua superiore al 70% (fino all' 85%). sono indicate per lesioni superficiali e di media profondità, con presenza di tessuto di granulazione; sono specifiche per lesioni cutanee necrotiche e/o fibrinose che necessitano di idratazione e/o deiezione e sbrigliamento; manifestano un blando effetto anestetico; sono controindicate nelle lesioni infette e con intensa esudazione.

medicazioni in argento (classe M040401/02 - Cnd):

medicazioni in tessuto-non-tessuto (o altro supporto) con presenza di Ag in varie forme (argento metallico micronizzato, ione argento, argento nano-cristallino); sono indicate per la gestione di lesioni infette, ad evidente rischio di infezione e in quelle in cui l'eccessiva carica batterica provoca un ritardo nella guarigione ("colonizzazione critica" o "pre-infezione"). Possono presentarsi in combinazione con altre sostanze attive come schiume di poliuretano o alginate (in grado di cadere Ag), ma si ritiene prevalere l'attività battericida dell'Ag presente. In genere, vanno usate inizialmente per un periodo non superiore a due settimane prima di una nuova valutazione delle condizioni della lesione. Prescrivibili nei formati di seguito elencati:

- 04.49.15.503 cm 15 x 15 (corrispondente ad una superficie attiva di 225 cm² +/- 10%)
04.49.15.506 cm 10 x 10 (corrispondente ad una superficie attiva di 100 cm² +/- 10%)
04.49.15.509 cm 10 x 20 (corrispondente ad una superficie attiva di 200 cm² +/- 10%)

medicazioni in poliuretano (classe M040406 - Cnd):

medicazioni primarie e secondarie a base di poliuretano in quantità prevalente, associato o meno ad altre sostanze, (preferenzialmente prive di bordi adesivi se destinate agli assistiti che presentano la cute perilesionale fragile); si presentano in forma di schiuma pluristratificata (jamplon, idrocellulare, stropilimero) o a base di poliuretano in forma gelificata; sono indicate per il trattamento di lesioni a spessore parziale o totale a media secrezione; i liquidi assorbiti vengono uniformemente distribuiti all'interno del tampone di schiuma che si conforma perfettamente al letto della lesione e alle diverse sedi anatomiche del corpo; devono ritenere gli esudati assorbiti senza disperdersi anche quando sottoposte a pressione: lo spessore della schiuma crea un effetto cuscinetto che riduce la pressione sulla lesione, contrasta eventuali forze di frizione e garantisce la necessaria protezione. Controindicate per lesioni non esudanti con fondo secco ed in associazione con agenti ossidanti (ad esempio, acque ossigenate). Prescrivibili nei formati di seguito elencati:

- 04.49.18.603 cm 10 x 10 (corrispondente ad una superficie attiva di 100 cm² +/- 10%)
04.49.18.606 cm 10 x 20 (corrispondente ad una superficie attiva di 200 cm² +/- 10%)
04.49.18.609 cm 15 x 20 (corrispondente ad una superficie attiva di 300 cm² +/- 10%)

04.49.21.633 medicazione cavitaria

indicata per il trattamento delle lesioni profonde che riguardano i piani dal sottocutaneo al facciale fino al muscolare ed al tendineo; può essere costituita da differenti materiali ma deve essere concepita per essere introdotta integralmente nella lesione per le operazioni di riempimento o "zaffatura" (unità di misura per il confronto e le valutazioni: volume in cm³)

04.49.24.703 medicazioni costituite da garze e sostanze ad azione emolliente (classi M02030201 e M02030299 - Cnd)

medicazioni costituite da un supporto di garze di cotone a rete sottile (tessuto di acetato di cellulosa o altro materiale) impregnata con petrolio bianco, vaselina o paraffina. Le misure devono essere scelte in base alla superficie corporea esposta al trattamento e riportate in dettaglio nella prescrizione prima di procedere all'acquisto. Prescrivibili esclusivamente ad assistiti in possesso della certificazione di patologia rara (cod. RN0570 - epidermolisi bollosa ereditaria).

04.49.27.902 rete elastica tubolare

costituita di gomma naturale (circa 25-30% del peso) ricoperta da piccole e sottili catene di poliammide (circa 65-70% del peso) in modo da non essere a contatto con la cute anche alla massima estensione; indicata per mantenere una medicazione in posizione senza l'utilizzo di collanti o nastri e necessaria per gli assistiti soggetti a frequenti sostituzioni delle stesse; le dimensioni e la lunghezza devono essere esplicitamente precisate nella prescrizione specialistica in relazione alle esigenze dell'assistito. Prescrivibile esclusivamente agli assistiti in possesso della certificazione di patologia rara (cod. RL0030 - pemfigo - RL0040 - pemfigoide bolloso - RN0570 - epidermolisi bollosa ereditaria).

09.21.18.003 lubrificante per cateterismo

NOTA BENE: prescrivibile esclusivamente in abbinamento ai cateteri a punta Nelaton o Tieman (codici: 09.24.06.006 e .009)

09.24 convogliatori urinari

09.24.03 cateteri vescicali a permanenza (o autostatici)

dispositivi in confezione singola sterile, in silicone puro 100%, il paloncino a parete sottile (volume circa 10 ml) deve adattarsi alle differenze anatomiche del collo della vescica; le misure (lunghezza e calibro) e il tipo di punta devono essere scelte in base alla conformazione e alle misure dell'assistito (in genere, è presente il codice a colori sulla valvola per l'individuazione immediata della misura limitando il rischio di errori) e devono essere riportate nella prescrizione specialistica prima di procedere all'acquisto.

Indicazioni. L'esigenza del posizionamento di un catetere a permanenza è indicato nelle seguenti condizioni: presenza di lesioni anatomiche delle basse vie urinarie che rendono impossibile un cateterismo intermittente; insufficiente manualità dell'assistito tale da rendere molto complicata la auto-gestione del cateterismo intermittente; incontinenza urinaria grave in assistiti con utero da decubito; soggetti anziani non collaborativi; pazienti terminali.

09.24.03.003	catetere a permanenza tipo Foley a due vie con scanalature il dispositivo monouso è provvisto di scanalature longitudinali su tutta la superficie esterna per favorire il deflusso delle secrezioni uretrali; indicato per assistiti che necessitano di una superficie di contatto catetere/mucosa ridotta.	quantità erogabile 2
09.24.03.006	catetere a permanenza tipo Foley a due vie senza scanalature	2
09.24.06 cateteri vescicali a intermittenza		
<p>NOTA - Per i bambini fino a 6 anni di età, la quantità massima è incrementabile in relazione a specifiche esigenze individuali segnalate dallo specialista prescrittore. Per la generalità dei casi, le quantità massime erogabili dei cateteri di drenaggio sono incrementabili, a giudizio dello specialista prescrittore, fino al 50% nel periodo iniziale di avvio al caterismo di durata non superiore a 3 mesi.</p>		
09.24.06.006	catetere in PVC in confezione singola sterile con punta Nelaton (dritta e di forma conica) la scelta delle misure (lunghezza e calibro), individuate in base alle caratteristiche dell'assistito sono riportate esplicitamente nella prescrizione prima di procedere all'acquisto.	120
09.24.06.009	catetere in PVC in confezione singola sterile con punta Tieman (leggermente ricurva) la scelta delle misure (lunghezza e calibro), individuate in base alle caratteristiche dell'assistito sono riportate esplicitamente nella prescrizione prima di procedere all'acquisto.	120
09.24.06.103	catetere autolubrificante a base di gel il gel di lubrificazione che favorisce l'introduzione e contenerne il traumatismo può presentarsi già adeso alla superficie del catetere o incorporato nella confezione in una apposita camera separata (al momento dell'uso, si rompe il diaframma e il gel lubrifica il catetere). Le misure (lunghezza e calibro) e il tipo di punta devono essere scelte in base alle caratteristiche dell'assistito e riportate esplicitamente nella prescrizione prima di procedere all'acquisto.	120
09.24.06.203	catetere autolubrificante idrofilo in PVP o analogo materiale (NON PRONTO ALL'USO) in confezione singola sterile: la superficie idrofila va attivata prima dell'inserimento aggiungendo acqua o soluzione fisiologica (non inclusa nella confezione); le misure (lunghezza e calibro) e il tipo di punta devono essere scelte in base alle caratteristiche dell'assistito e riportate esplicitamente nella prescrizione prima di procedere all'acquisto.	120
09.24.06.303	catetere autolubrificante idrofilo in PVP o analogo materiale (PRONTO ALL'USO) in confezione singola sterile; nella confezione è già contenuta la soluzione acquosa per l'attivazione della superficie; le misure (lunghezza e calibro) e il tipo di punta devono essere scelte sulla base delle caratteristiche dell'assistito e riportate esplicitamente nella prescrizione prima di procedere all'acquisto.	120
09.24.06.403	catetere autolubrificante a base di gel CON SACCA GRADUATA DI RACCOLTA in confezione singola sterile; il gel di lubrificazione può presentarsi già adeso alla superficie del catetere o incorporato nella confezione; le misure (lunghezza e calibro) e il tipo di punta devono essere scelte in base alle caratteristiche dell'assistito e riportate esplicitamente nella prescrizione prima di procedere all'acquisto.	120
09.24.06.503	catetere autolubrificante idrofilo CON SACCA GRADUATA DI RACCOLTA in confezione singola sterile; nella confezione è già contenuta la soluzione acquosa per l'attivazione della superficie; le misure (lunghezza e calibro) e il tipo di punta devono essere scelte in base alle caratteristiche dell'assistito e riportate esplicitamente nella prescrizione prima di procedere all'acquisto.	120
<p>NOTA - il piano riabilitativo assistenziale elaborato in équipe può prevedere la prescrizione combinata di cateteri di drenaggio e cateteri con sacche graduate di raccolta, fermo restando il quantitativo massimo erogabile di 120 pezzi fissato per ciascun assistito nella generalità dei casi.</p>		
09.24.06.603	catetere/tutore per ureterocutaneostomia dispositivo in confezione singola sterile, trasparente, in poliuretano, silicone (o analoghi materiali che ne consentano l'uso per una lunga permanenza), con alette di bloccaggio e disco di fissaggio (per il posizionamento in situ), con foro centrale e fori di drenaggio posti lungo la superficie. La lunghezza (di solito, 25 cm) ed il diametro devono essere riportati in dettaglio nella prescrizione specialistica prima di procedere all'acquisto.	2
09.24.21 condom per urina		
09.24.21.003	guaina in materiale ipoallergenico dispositivo in materiale sintetico o in lattice, autocollante o con striscia adesiva o bi-adesiva; in genere, più sottile nella parte anteriore e con la punta rinforzata; l'attacco e il raccordo deve adattarsi ad ogni tipo di sacca di raccolta dell'urina. La misura del diametro (18 - 40 mm, in genere) favorisce l'adesione e la funzione e deve essere riportata in dettaglio nella prescrizione specialistica prima di procedere all'acquisto.	quantità erogabile 60
09.27 raccoglitori di urina		
<p>sacca di raccolta dell'urina, da letto: dispositivo di capacità variabile, tubo di raccordo e collegamento al catetere uretrale (o alla guaina esterna) di diversa lunghezza (da riportare nella prescrizione); indicazione prestampata del volume raccolto, valvola antireflusso che evita la risalita delle urine, limitando i rischi di infezione retrograda</p>		
09.27.04.006	monouso a fondo chiuso	30
09.27.05.003	riutilizzabile con rubinetto di scarico NOTA: in genere, la scelta del modello monouso è da riservarsi agli assistiti per i quali è prevista una caterizzazione di breve durata.	20
<p>sacca di raccolta dell'urina, da gamba: dispositivo di capacità variabile, tubo di raccordo di misure varie (da indicare nella prescrizione), dotata di valvola antireflusso, con sistema antisciorridi, con o senza rivestimento in TNT sul lato gamba, con o senza sistema antitorione, dotata di rubinetto di scarico</p>		
09.27.04.003	monouso	30
09.27.05.006	riutilizzabile	20

<p>NOTA: la scelta del particolare sistema di fissaggio (sacchetti di gomma o fascette di lycra con bottoni di plastica, chiusura a velcro) deve essere riportata nella prescrizione prima di procedere all'acquisto del dispositivo.</p>		
<p>09.30.01.000</p>		<p>09.30.01.000 09.30.01.000 09.30.01.000</p>
<p>pannolino rettangolare per adulti, senza sistema integrato di fissaggio, ad elevata flessibilità, con rivestimento esterno impermeabile, con rivestimento interno morbido ed ipoallergenico, con materiale assorbente costituito da polimeri o fibre superassorbenti; in genere, indicato per assistiti con moderate perdite di urina.</p>		<p>quantità massima erogabile 150</p>
<p>09.30.12.042</p>		
<p>09.30.12.045</p>		
<p>09.30.18.048</p>		
<p>09.30.18.051</p>		
<p>09.30.18.054</p>		
<p>09.30.18.057</p>		
<p>09.30.12.042</p>		120
<p>09.30.12.045</p>		120
<p>09.30.18.048</p>		120
<p>09.30.18.051</p>		120
<p>09.30.18.054</p>		120
<p>09.30.18.057</p>		120
<p>09.30.21.000</p>		
<p>09.24.06.008</p>		120
<p>09.24.06.009</p>		120
<p>09.24.06.103</p>		120
<p>09.24.06.203</p>		120
<p>09.24.06.303</p>		120
<p>09.24.06.403</p>		120
<p>09.24.06.503</p>		120
<p>09.30.21.003</p>		120
<p>09.30.21.006</p>		120
<p>09.30.21.009</p>		120
<p>pannolino a mutandina con sistema integrato di fissaggio (ad adesivi riposizionabili, ad etichette meccaniche, a pannelli elastici o a cintura); rivestimento esterno impermeabile almeno nella porzione sottostante il materassino assorbente in polimeri poliolefinici, morbido, atossico; rivestimento interno in TNT o film microforati laminati, resistente e ipoallergenico; presenza di barriere antifuoriusca a varia conformazione; corpo centrale assorbente (materassino o "pad") in cellulosa a fibra lunga e polimeri o fibre superassorbenti (super-absorbent polymers); la parte assorbente dell'ausilio può essere trattata o non trattata con sostanze ad azione deodorante.</p>		
<p>taglia grande (per assistiti con circonferenza di vita orientativamente superiore a 110 cm)</p>		120
<p>taglia media (per assistiti con circonferenza di vita orientativamente da 70 a 110 cm)</p>		120
<p>taglia piccola (per assistiti con circonferenza di vita orientativamente da 55 a 90 cm)</p>		120

	pannolino a mutandina con sistema integrato di fissaggio (ad adesivi riposizionabili, ad etichette meccaniche, e pannelli elastici o a cintura); rivestimento esterno impermeabile almeno nella porzione sottostante il materassino assorbente in polimeri polietilenici, morbido, atossico; rivestimento interno in TNT o film microforati laminati, resistente e ipocaligenico; presenza di barriere antifluiscida e varia conformazione; corpo centrale assorbente (materassino) in cellulosa a fibra lunga e polimeri o fibre superassorbenti (super-absorbent polymer), con corpo centrale assorbente (materassino) caratterizzato dalla presenza di una maggiore quantità di polimeri superassorbenti e da un diverso rapporto o disposizione degli stessi allo scopo di realizzare una più elevata capacità di assorbimento, la parte assorbente dell'ausilio può essere trattata o non trattata con sostanze ad azione deodorante. NOTA BENE: prescrivibili esclusivamente ad assistiti affetti da incontinenza urinaria e fecale di grado elevato ed in condizioni di ridotta autosufficienza.	
09.30.21.012	taglia grande (per assistiti con circonferenza di vita superiore a 110 cm)	120
09.30.21.015	taglia media (per assistiti con circonferenza di vita da 70 a 110 cm circa)	120
09.30.21.018	taglia piccola (per assistiti con circonferenza di vita da 50 a 80 cm circa)	120
09.30.24 biancheria monouso protettiva per adulti		
09.30.24.063	mutanda pannolino tipo pull-on, completamente indossabile, avvolgente l'addome, rivestimento esterno impermeabile, rivestimento interno morbido e ipocaligenico, presenza di barriere antifluiscida a varia conformazione; il materiale assorbente è costituito da polimeri e fibre superassorbenti ad elevata capacità di tenuta ai liquidi, con salditure laterali facili da aprire al momento del cambio. NOTA: la scelta della misura (che può essere grande, media o piccola in base alle differenti catalogazioni dei modelli in commercio) deve essere effettuata in base alla taglia ed alle misure rilevate sulla persona e deve essere riportata nel piano riabilitativo assistenziale elaborato in équipe prima di procedere all'acquisto.	120
09.30.39 sistema di fissaggio per pannolini ed assorbenti		
NOTA - Da prescrivere esclusivamente in abbinamento ai pannolini sagomati (cod. 09.30.18.048 - .051 - .054) e a quelli rettangolari (cod. 09.30.04.060)		
	mutanda di fissaggio, elasticizzata, riutilizzabile, priva di lattice:	quantità erogabile
09.30.39.003	extra-grande	3
09.30.39.006	grande	3
09.30.39.009	media	3
09.30.39.012	piccola	3
09.30.42 ausili assorbenti monouso non indossabili		
	ausilio assorbente non indossabile composto da un supporto di materiale impermeabile e da un tampone (o materassino) assorbente disposto nella parte centrale del supporto, con o senza polimeri superassorbenti, ricoperto da un lino ipocaligenico in TNT (o diverso materiale) sul lato rivolto all'utilizzatore.	quantità erogabile
09.30.42.003	traversa salvamaterasso rimboccabile, formato cm 80 x 180, con superficie del tampone assorbente non inferiore al 25% della superficie totale	120
09.30.42.006	traversa salvamaterasso non rimboccabile, formato cm 60 x 90, con superficie del tampone assorbente non inferiore al 75% della superficie totale	120
09.31.06 ausili per incontinenza fecale		
09.31.06.003	Tampone anale ad espansione ausilio in schiuma di poluretano, porosa, che consente il deflusso dei gas ed il trattenimento delle feci, dotato di una fettuccia di garza per favorire l'estrazione	30/mese
09.31.06.006	irrigatore anale: set completo dispositivo per l'irrigazione del colon che consente la completa gestione delle funzioni intestinali in modo autonomo o assistito direttamente sul wc	2/anno
09.31.06.009	irrigatore anale: cateteri monouso	15/mese

7.6 PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO E SOCIO-ASSISTENZIALE. GESTIONE PER DIAGNOSI, ASSISTENZA E MOTIVI DI INTERESSE PUBBLICO¹



MARCELLO STEFANI

Avvocato, Componente Comitato Scientifico AISTOM

Abstract

Nell'articolo si affronterà il problema della tutela del diritto alla privacy del paziente rispetto alle informazioni che l'operatore sanitario acquisisce nell'ambito del rapporto di assistenza che si viene a creare con il paziente stesso; informazioni che sono ritenute dati personali in grado di rilevare lo stato di salute e dettagli intimi della persona, di particolare delicatezza e definiti "dati sensibili".

Il legislatore Europeo ritiene le suddette informazioni come dati relativi alla salute ribadendo la necessità che il loro trattamento avvenga con particolare attenzione visto che contengono indicazioni private del paziente.

Saranno rilevate, necessariamente, le previsioni del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e la loro attuazione nel nostro Paese attraverso il D.Lgs 101/2018 (così come ha modificato il D.Lgs 196/2003 c.d. "Codice Privacy), ivi compresi gli obblighi del titolare del trattamento dei dati, i principali adempimenti, il sistema sanzionatorio e il diritto dell'interessato all'informativa e al consenso.

Un accenno sarà riservato alla "governance" in ambito sanitario evidenziando i "ruoli privacy": il titolare, i contitolari, il responsabile, i destinatari e gli autorizzati, sempre in ottica GDPR.

Fonti: "La tutela dei dati personali in ambito sanitario" – Michele Iaselli – Giuffrè Francis Lefebvre;
"La privacy nella sanità" – Giuseppe Carro, Sarah Masato, Massimiliano Domenico Parla – Giuffrè Editore.

Verranno affrontate anche le problematiche del rapporto tra le limitazioni delle finalità del trattamento dei dati e le esigenze della ricerca scientifica così come intesa dalla normativa Europea. Rapporto, quindi, tra tutela del paziente alla privacy rispetto ai suoi dati intimi e sensibili e l'interesse pubblico allo sviluppo tecnologico e scientifico in ambito di sanità pubblica.

Ed ancora un accenno sarà destinato alla sanità digitale e al conseguente trattamento dei dati nonché alle responsabilità conseguenti la violazione del diritto alla privacy.

Se dibattessimo sul problema della protezione dei dati personali, in ambito sanitario, per l'immaginario collettivo staremmo discutendo del diritto di una persona ad ottenere riservatezza sulle informazioni relative la sua salute e precisamente sul suo diritto alla non diffusione dei suddetti dati a terzi o a soggetti non autorizzati.

Di sicuro il diritto a che i dati personali non vengano divulgati ad altri è l'origine (fine 18° secolo) da cui nasce l'esigenza di tutelare il diritto alla privacy. Questo approccio al problema può, però, rivelarsi riduttivo rispetto alla nozione stessa di "protezione dei dati personali" se si limitasse tale concetto alla semplice idea di riservatezza.

In un contesto, come quello che stiamo vivendo, di una società della conoscenza in cui le informazioni hanno assunto un elevato valore e ruolo per il progresso sociale, sia culturale che economico, il solo riferimento alla riservatezza, per la tutela dei diritti della persona in ambito sanitario, risulterebbe anacronistico.

E' altresì indubbio, infatti, che lo studio dei dati sanitari consentono oggi, attraverso tecniche di data analysis, di ottenere un miglioramento delle prestazioni del sistema sanitario, che vanno dalla riorganizzazione dei processi di assistenza alla implementazione della ricerca scientifica.

Il tema sostanziale è, quindi, quello di bilanciare l'invasività delle nuove tecnologie e i vantaggi che dal sistema digitale se ne possono trarre, rispetto al quel diritto fondamentale quale, appunto, il diritto alla privacy che, sia pur indirettamente, è costituzionalmente garantito data la sua stretta inerenza al valore centrale della persona umana e della sua dignità, riassumendo in se tutti i diritti di libertà legati a quello dell'individuo di sviluppare liberamente la propria personalità.

Così dal concetto di privacy, decodificato come diritto alla riservatezza, quel "diritto di essere lasciato solo", che proteggeva la persona da interferenze indebite, sia pubbliche che private, si è arrivati a un nuovo diritto quello della protezione dei dati personali che risulta più sensibile alle controindicazioni determinate dallo

sviluppo della tecnologia ma propenso ad affrontare e contrastare l'insorgere di nuovi problemi di tutela della dignità e della libertà della persona. Nel corso di questo articolo cercheremo di approfondire le norme nazionali ed europee attraverso le quali è stato applicato e codificato il predetto bilanciamento e i profondi cambiamenti che la nuova normativa ha comportato.

La protezione dei dati personali, in sanità, ha trovato le sue fonti normative dapprima in ambito europeo e solo successivamente in ambito nazionale.

L'Italia, come si accennava, ha adeguato la propria legislazione, quella interna, conformemente ai principi dettati dalla Legislazione Europea dapprima recependo la c.d. Direttiva Madre 95/46/CE con la L. 31 dicembre 1996, la n. 675 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali), proseguendo con l'emanazione del D.Lgs 30 giugno 2003 il n. 196 (il Codice per la protezione dei dati personali – c.d. “Codice della privacy) e poi, in seguito all'approvazione del Regolamento UE 2016/679 (General Data Protection Regulation – c.d. GDPR o RGPD), ha concluso il percorso normativo con l'emanazione del D.Lgs 10 agosto 2018 il n. 101 (Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679).

Tornando alla evoluzione normativa dell'ordinamento Europeo la “Direttiva Madre” n. 95/46/CE rappresenta la prima occasione di regolamentazione del diritto alla privacy, intervenuta da un lato per colmare un vuoto legislativo in materia e dall'altro per attenuare i diversi livelli di tutela previsti dagli Stati membri.

La tutela espressa dalla Direttiva, che non è rivolta ai dati personali in quanto tali ma alle persone fisiche alla quale i dati appartengono, è tesa proprio a rimettere in equilibrio da un lato la protezione della persona e dall'altro la libera circolazione dei dati all'interno dell'Unione Europea, in un'ottica strategicamente economica tesa al progresso ma sempre rispettosa dei diritti fondamentali dell'individuo, tra cui quello del controllo dei dati che lo riguardano.

La necessità di intervenire per il bilanciamento delle diverse esigenze (tutela della persona e libera circolazione dei dati) la riscontriamo in una sostanziale differenza tra le finalità della Direttiva Madre e del nuovo Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Mentre la prima, come già detto, è orientata a definire soprattutto i diritti del soggetto proprietario dei dati il Regolamento ha inteso soffermarsi, invece, sui diversi doveri e sugli obblighi di garanzia che oggi gravano sul Titolare e sul Responsabile del trattamento dei dati personali.

La Direttiva Madre 95/46/CE, infatti, si era occupata di concetti quali: il necessario consenso della persona interessata; il leale trattamento dei dati, con riguardo a una informazione da rendere completa ed effettiva; la raccolta dei dati stessi e le sollecitazioni in merito alla elaborazione di codici di condotta destinati a favorire l'attuazione della Direttiva, pur nel rispetto delle disposizioni nazionali predisposte per l'applicazione della stessa.

Il nostro legislatore, recependo la Direttiva Madre, aveva imposto la preventiva e obbligatoria comunicazione all'interessato degli estremi identificativi del Titolare del trattamento dei dati oltre alla informativa sulle finalità e modalità del trattamento cui i dati sono destinati. Il Codice della Privacy aveva reso obbligatoria anche l'informazione, sempre alla persona cui i dati appartengono, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali potevano essere comunicati o che ne potevano venire a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, nonché l'ambito di diffusione dei dati stessi.

Il Regolamento UE 2016/679 (il GDPR), attesa la funzione sociale e strategica da svolgere in favore del mercato globale Europeo, è intervenuto, invece, con l'intento di disciplinare il diritto alla protezione dei dati personali, contemperandolo con gli altri diritti fondamentali, sulla base del principio di proporzionalità.

L'adeguamento della disciplina italiana (D.Lgs 10 agosto 2018, il n. 10) al GDPR ha profondamente modificato il D.Lgs 30 giugno 2003, il n. 196, rivoluzionando definitivamente l'approccio alla data protection.

Per comprendere, dunque, l'intero assetto normativo del GDPR dobbiamo fare riferimento al paragrafo 2 dell'art.5 dove viene espresso il principio di responsabilizzazione (accountability) del Titolare del trattamento dei dati personali e, quindi, di colui che ne determina finalità e mezzi, ai sensi dell'art. 24 del GDPR; la norma, come sopra anticipato, impone al Titolare del trattamento non solo di adottare le misure di sicurezza necessarie per garantire un elevato grado di tutela dei dati trattati ma, soprattutto, di essere in grado di dimostrare di averlo fatto, con l'adozione di comportamenti concreti e non solo formali.

Novità, quest'ultima, di importante rilevanza applicativa per la protezione dei dati visto che, per la prima volta, l'autonomia decisionale del Titolare attiene alle modalità, alle garanzie e ai limiti del trattamento dei dati personali ma sempre nel rispetto delle disposizioni normative e sulla base dei criteri indicati dal Regolamento. In tale prospettiva il Titolare è tenuto a valutare autonomamente i profili di rischio conseguenti al trattamento dei dati personali, rimanendo obbligato ad assumere le misure tecniche e organizzative adeguate al caso concreto.

Il difficile compito imposto dal GDPR al Titolare e al Responsabile è quello di adeguare gli standard comportamentali e organizzativi in tema di trattamento dei dati sensibili e in particolare dei dati personali inerenti la salute.

A tal proposito è il Considerato 35 del Regolamento la norma che racchiude il significato di dati riguardanti lo stato di salute dell'interessato, alla quale si deve far riferimento. La disposizione stabilisce, infatti, che dovrebbero rientrare nei dati personali relativi alla salute tutti quei dati capaci di rivelare le informazioni attinenti la salute fisica e mentale della persona, che vanno tutelati.

Il Codice Privacy (D.Lgs 30 giugno 2003 il n. 196) definiva tali dati come “dati sensibili”, facendoli rientrare nel novero indicato dall'art. 4, comma 1, lett. d.

Quindi, sono da considerare dati riguardanti lo stato di salute dell'interessato, che vanno protetti, le informazioni risultanti da esami e controlli effettuati su una parte del corpo o una sostanza organica, compresi i dati genetici e i campioni biologici così come tutte le informazioni riguardanti una malattia, una disabilità (qualunque essa sia), il rischio di malattie, l'anamnesi medica (che sia espressa in cartella clinica o in atti separati nei quali si fa cenno alla storia clinica del paziente), i trattamenti clinici e lo stato fisiologico o biomedico dell'interessato.

E' importante, altresì, ricordare che sono ricompresi nei dati da tutelare anche quelle informazioni che possono consistere in un numero, un simbolo o un elemento specifico attribuito ad una persona fisica per identificarla in modo univoco ai fini sanitari.

Dati sensibili sanitari sono, dunque, tutte quelle informazioni che potrebbero risultare idonee a rivelare lo stato di salute della persona. In questa categoria rientrano anche quei dati che apparentemente potrebbero non sembrare sensibili ma che associati ad altre informazioni possono essere idonei a rilevare i cosiddetti dati di salute del paziente.

Il trattamento dei predetti dati dovrà essere, ovviamente, legittimo.

Sulla legittimità del trattamento dei dati, da parte del Titolare e/o del Responsabile (figure sulle quali si dirà di seguito), si è soffermato il Regolamento Europeo il quale all'art. 5, par. 1, lett. a, dispone che tali dati dovranno essere trattati secondo i canoni della liceità, della correttezza e della trasparenza.

Per ciò che attiene la liceità del trattamento dobbiamo fare riferimento agli artt. 6 e 9 del GDPR ove troviamo elencate le basi giuridiche nelle quali ogni singolo trattamento dovrà trovare il proprio fondamento di legittimazione.

Va detto, inoltre, che oltre alla base giuridica da cui trarre la liceità del trattamento, quest'ultimo dovrà essere effettuato secondo buona fede e in modo trasparente, nei

confronti dell'interessato.

In ragione di quanto disposto dalle norme il trattamento è lecito, in via esemplificativa ma non esaustiva, quando: l'interessato ha espresso il proprio consenso al trattamento dei propri dati (art. 6, n. 1, lett. a); il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica (art. 6, n. 1, lett. d), il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento (art. 6, n. 1, lett. e) o se il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del Titolare del trattamento o di terzi a condizione che questi non prevalgano sugli interessi, sui diritti e sulle libertà fondamentali dell'interessato, soprattutto se è un minore (art. 6, n. 1, lett. f), etc. etc. (si vedano gli artt. 6 e 9 del GDPR).

Le condizioni elencate nell'art 6 del GDPR, necessarie per la liceità del trattamento, hanno tra loro pari valore. In ogni caso se è vero che la sussistenza di una delle condizioni indicate dall'art. 6 del Regolamento determina la liceità del trattamento è pur vero che la sua sola esistenza non può essere considerata sufficiente ai fini della liceità essendo necessario anche il rispetto non solo degli altri principi prescritti dallo stesso Regolamento ma anche degli adempimenti ivi previsti.

La sussistenza delle basi giuridiche necessarie per la liceità del trattamento è rimessa alla valutazione del Titolare che la deve verificare caso per caso.

Secondo il disposto dall' art. 9 del GDPR il trattamento di tali dati è, in via generale, vietato. La norma, infatti, identifica i dati relativi alla salute come dati appartenenti a categorie particolari, definiti "dati sensibili", ricomprendendoli tra quei dati personali che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche o l'appartenenza sindacale ma anche i dati genetici, i dati biometrici, o che rivelino la vita o l'orientamento sessuale della persona (come aveva già fatto il nostro Codice Privacy) e per tale ragione ne vieta il trattamento.

In ambito sanitario la disciplina dei dati particolari (quelli che appartengono a categorie particolari) è divenuta importante proprio perché a tale categoria appartengono i dati relativi alla salute della persona.

Il trattamento dei predetti dati, come si diceva, è vietato secondo quanto disposto dall'art. 9, n. 1, del GDPR ma la stessa norma, però, al n. 2 prevede delle eccezioni precisando che il predetto paragrafo n.1 non si applica se si verifica uno dei seguenti casi: (C51, C52)

a) l'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche, salvo nei casi in cui il diritto dell'Unione o degli Stati membri dispone

che l'interessato non possa revocare il divieto di cui al paragrafo 1; b) il trattamento è necessario per assolvere gli obblighi ed esercitare i diritti specifici del titolare del trattamento o dell'interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale, nella misura in cui sia autorizzato dal diritto dell'Unione o degli Stati membri o da un contratto collettivo ai sensi del diritto degli Stati membri, in presenza di garanzie appropriate per i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato; c) il trattamento è necessario per tutelare un interesse vitale dell'interessato o di un'altra persona fisica qualora l'interessato si trovi nell'incapacità fisica o giuridica di prestare il proprio consenso; d) il trattamento è effettuato, nell'ambito delle sue legittime attività e con adeguate garanzie, da una fondazione, associazione o altro organismo senza scopo di lucro che persegue finalità politiche, filosofiche, religiose o sindacali, a condizione che il trattamento riguardi unicamente i membri, gli ex membri o le persone che hanno regolari contatti con la fondazione, l'associazione o l'organismo a motivo delle sue finalità e che i dati personali non siano comunicati all'esterno senza il consenso dell'interessato; e) il trattamento riguarda dati personali resi manifestamente pubblici dall'interessato; f) il trattamento è necessario per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o ogniqualvolta le autorità giurisdizionali esercitano le loro funzioni giurisdizionali; g) il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri, che deve essere proporzionato alla finalità perseguita, rispettare l'essenza del diritto alla protezione dei dati e prevedere misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato; (C55, C56) h) il trattamento è necessario per finalità di medicina preventiva o di medicina del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità, fatte salve le condizioni e le garanzie di cui al paragrafo 3; (C53) i) il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il segreto professionale; (C54) j) il trattamento è necessario a fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici in conformità dell'articolo 89, paragrafo 1, sulla base del diritto dell'Unione o nazionale, che è proporzionato alla finalità perseguita, rispetta l'essenza del diritto alla protezione dei dati e prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato. 3. I dati personali di cui al paragrafo 1 possono essere trattati per le finalità di cui al paragrafo 2, lettera h), se tali dati sono trattati da o sotto la responsabilità di un professionista soggetto al segreto professionale conformemente al diritto dell'Unione o degli Stati membri o alle norme stabilite dagli organismi

nazionali competenti o da altra persona anch'essa soggetta all'obbligo di REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI Garante per la protezione dei dati personali segretezza conformemente al diritto dell'Unione o degli Stati membri o alle norme stabilite dagli organismi nazionali competenti. (C53) 4. Gli Stati membri possono mantenere o introdurre ulteriori condizioni, comprese limitazioni, con riguardo al trattamento di dati genetici, dati biometrici o dati relativi alla salute. (C8, C10, C41, C45, C53)

Nel nostro paese l'art. 5 del Codice Privacy è intervenuto prevedendo misure di garanzia a cui il trattamento dei predetti dati deve conformarsi e che devono essere adottate con provvedimenti del Garante per la protezione dei dati personali. Tali provvedimenti devono avere cadenza almeno biennale ed essere emessi solo dopo aver sentito il Ministero della Salute che a sua volta deve aver acquisito il parere del Consiglio Superiore di Sanità e tenuto conto delle linee guida, delle raccomandazioni e delle migliori prassi pubblicate dal Comitato Europeo per la protezione dei dati e delle migliori prassi in materia di trattamento dei dati personali nonché tenuto conto dell'evoluzione scientifica e tecnologica nel settore oggetto delle misure e dell'interesse alla libera circolazione dei dati personali nel territorio dell'Unione Europea.

Con provvedimento n 55, del 7 marzo del 2019, il Garante della Privacy è intervenuto precisando che in determinati casi alcune delle condizioni di liceità per il trattamento dei dati, in ambito sanitario, non si applicano essendo necessarie le deroghe previste dall'art 9 del GDPR quali, ad esempio, il consenso del paziente.

Alcune categorie di dati che richiedono il consenso del paziente sono, in via esemplificativa:

1. Quelli connessi all'utilizzo di App mediche attraverso le quali vengono raccolti dati per finalità diverse dalla telemedicina o quando a tali dati possono avere accesso soggetti diversi dai professionisti sanitari o soggetti tenuti al segreto professionale;
2. Quelli preordinati alla creazione di una clientela come, ad esempio, quelli di accumulo di punti, al fine di ottenere trattamenti accessori e attinenti al settore farmaceutico-sanitario;
3. Quelli effettuati da persone giuridiche private per finalità promozionali e commerciali;
4. Quelli effettuati attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico, di cui al D.l. n.179 del 18 ottobre 2012. In tali casi la necessità del consenso del paziente è stata disposta da norme di settore precedenti all'applicazione del Regolamento il cui rispetto è stato previsto dall'art 75 del Codice.

Per ciò che attiene, poi, i principi di trasparenza e correttezza, ai quali il trattamento

deve attenersi, va preso come riferimento il consolidato orientamento del diritto Europeo secondo il quale l'obiettivo è quello di generare fiducia nel cittadino nei confronti di tutti quei processi che lo riguardano, consentendogli di comprendere e se necessario di mettere in discussione i processi stessi.

L'art. 12 del GDPR richiede che le informazioni o le comunicazioni siano date all'interessato secondo alcune regole:

- Devono essere concise, trasparenti, comprensibili e facilmente accessibili;
- Devono essere redatte e fornite con linguaggio chiaro e semplice;
- Devono essere fatte per iscritto o con altri mezzi, inclusi quelli elettronici, purché appropriati;
- Se richiesto dall'interessato le informazioni possono essere date oralmente e devono essere rese sempre in forma gratuita.

Il titolare del trattamento dei dati assolve il suo dovere informativo, quindi, quando consegna all'interessato un documento (l'informativa) che contenga tutte le indicazioni che mettano quest'ultimo nella condizione di conoscere il trattamento cui dovrà essere sottoposto e tutte le sue conseguenze, così da consentirgli di prendere le proprie decisioni con autodeterminazione.

Le norme che seguono, gli artt. 13 e 14 del GDPR, puntualizzano quali informazioni devono essere rese se i dati vengono raccolti direttamente dall'interessato o da soggetti diversi.

Nel primo caso all'interessato devono essere date le seguenti informazioni: sui dati identificativi e di contatto del Titolare e del Responsabile della protezione dei dati (Data Protection Officer – DPO); sulle categorie dei dati oggetto del trattamento; sulle finalità del trattamento; sulle basi giuridiche sulle quali si basa la liceità del trattamento e sulle categorie dei destinatari dei dati. L'interessato deve, altresì, essere informato anche sulla possibilità di chiedere al Titolare di accedere ai dati, di rettificarli o cancellarli nonché su quella di limitare l'uso dei dati, di opporsi al loro utilizzo e di revocare il consenso prestato. Ulteriori informazioni sono quelle sui tempi di conservazione dei dati e sul diritto dell'interessato di promuovere reclamo all'Autorità Garante nel caso in cui dovesse ritenere il trattamento non conforme alle normative.

L'art. 14 indica, invece, le informazioni che devono essere rese nel caso in cui i dati vengano raccolti da soggetti diversi dall'interessato; in ambito sanitario, ad esempio, dai suoi parenti. Le informazioni che il Titolare deve rendere ai soggetti diversi dall'interessato sono pressoché le stesse a quelle da rendere direttamente all'interessato, alle quali vanno aggiunte quelle sulle indicazioni delle fonti di

conoscenza delle informazioni.

Assumono pregio le ipotesi di esonero dall'obbligo di fornire informazioni a soggetti diversi dall'interessato, previste sempre dall'art. 14. Una prima ipotesi è quella relativa a dati raccolti direttamente dall'interessato al quale siano già state rese le relative informazioni; una ulteriore ipotesi è quella relativa al caso in cui ci si trovi dinanzi a strutture ospedaliere di grandi dimensioni per le quali, dato il numero elevato di pazienti ricoverati, diventa impossibile o gravemente oneroso fornire le informazioni a tutti i parenti.

Ulteriore ipotesi di esonero è prevista per quei casi in cui i dati personali devono rimanere segreti in conformità a norme previste sull'obbligo di riservatezza (art.14, par.5, lett. d).

Circa le modalità per fornire le informazioni all'interessato, mentre il Codice Privacy ne individua di particolari il GDPR, in ragione del principio di accountability, lascia al Titolare la scelta su come informare l'interessato purché tenga conto, caso per caso, delle circostanze del trattamento e del contesto in cui viene effettuato.

Il Codice Privacy indica dette particolari modalità di informazione agli artt. 78 e 79. Con l'art. 78 fa riferimento ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta; con l'art.79 alle strutture pubbliche e private che forniscono le prestazioni.

Per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta la norma (art. 78) dispone che le informazioni possono essere fornite con un unico atto per tutti i trattamenti svolti ai fini di diagnosi, di assistenza e terapia e anche se eseguiti da un altro professionista chiamato o a sostituire temporaneamente il medico o il pediatra o a fornire una prestazione specialistica su richiesta dei medesimi professionisti (medico o pediatra).

L'informativa resa dal medico o dal pediatra deve evidenziare gli eventuali rischi che il trattamento dei dati, eseguito per fini di ricerca scientifica o nell'ambito della telemedicina o per fornire all'interessato beni e servizi, attraverso reti di comunicazione telematica o elettronica, può comportare per le libertà fondamentali e la dignità dell'interessato.

L'art. 79 prevede per le strutture pubbliche e private, che forniscono le prestazioni sanitarie o sociosanitarie, le stesse modalità di informazione stabilendo che anche tali strutture possono avvalersi di una unica informativa per tutte le prestazioni erogate dai reparti e/o dalle diverse unità facenti parte della struttura stessa o da sue articolazioni. La struttura, però, deve annotare l'avvenuta informativa così da permettere, ai diversi reparti o articolazioni, di verificare se il trattamento effettuato successivamente sia riferibile agli stessi dati.

Per tutti coloro che effettuano una pluralità di prestazioni buona norma, raccomandata dal già citato provvedimento del Garante Privacy, il n. 55 del 7 marzo 2019, sarebbe quella di fornire all'interessato una informativa progressiva dando al paziente in un primo momento le informazioni che rientrano nell'ordinaria attività di erogazione delle prestazioni e successivamente, ove necessario, fornire le informazioni su trattamenti specifici o con specifiche finalità.

Oltre ai principi di liceità, correttezza e trasparenza, sin ora analizzati, il trattamento dei dati deve essere rispettoso anche dei canoni di finalità e minimizzazione.

Le finalità di utilizzazione dei dati devono essere limitate. L'art. 5, par.1, lett. b dispone, infatti, che i dati raccolti possono e devono essere utilizzati per finalità determinate, esplicite e legittime. Il Titolare, dunque, una volta indicate nella informativa resa all'interessato le finalità per le quali i dati sono stati raccolti non potrà trattare tali dati se non per le stesse finalità. Detta limitazione trova una sua eccezione nel trattamento dei dati per finalità compatibili con quelle indicate nell'informativa. La compatibilità dovrà essere verificata caso per caso. La verifica della compatibilità dovrà tener conto della relazione che intercorre tra le finalità per cui i dati sono stati raccolti e le finalità ulteriori per le quali dovrebbero essere utilizzati. La valutazione deve essere effettuata, inoltre, in maniera sostanziale e non formale e deve riguardare: il contesto in cui i dati sono stati raccolti e le aspettative dell'interessato rispetto al loro ulteriore uso; il grado di sensibilità dei dati raccolti e l'impatto del loro utilizzo per le ulteriori finalità, considerando le conseguenze sia positive che negative nonché le garanzie offerte dal Titolare per evitare un trattamento scorretto e un impatto negativo sull'interessato.

Per il riutilizzo dei dati finalizzato alla ricerca scientifica, vista l'importanza che l'Unione Europea riconosce a tali politiche, è stata prevista, dall'art. 5, par.1, lett. b del GDPR, una presunzione di compatibilità. Conseguentemente l'ulteriore utilizzo dei dati ai fini di archiviazione nell'interesse pubblico e/o di ricerca scientifica non è considerato incompatibile con le finalità indicate nell'informativa a patto che vengano garantite all'interessato, in virtù dell'art. 89, par.1, idonee garanzie come l'utilizzo di uno pseudonimo o limitazioni di accesso alle informazioni stesse.

Sempre l'art. 5, par.1, lett. c, in merito al principio di minimizzazione, dispone che i dati trattati siano adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

Il principio di necessità (minimizzazione), espresso dalla suddetta norma (art. 5, par.1, lett. c), impone che la raccolta dei dati sia limitata solo per le finalità indicate. In via esemplificativa se la finalità è solo la cura dell'interessato il trattamento dei

dati dovrà riguardare solo dati necessari alla cura del paziente.

I dati generati e raccolti anche per le sole necessità di cura, come è facile immaginare però, sviluppano volumi importanti che messi a disposizione dei data analysis costituiscono collegamenti imprevedibili ponendo così in grave pericolo il rispetto del principio di necessità. Per tali ragioni è fondamentale che il Titolare renda sin dall'origine anonimi i dati raccolti e se ciò non è possibile sin dall'inizio diviene necessario anonimizzare i dati almeno al termine del periodo di conservazione.

Inoltre, secondo l'art.5, par.1, lett. d del GDPR, l'esattezza dei dati è un principio molto importante visto che il trattamento di dati inesatti può comportare serie conseguenze anche e soprattutto sulla salute e sull'incolumità fisica del paziente. Per tale ragione è doveroso che i dati siano esatti e aggiornati. E' fondamentale, quindi, predisporre tutte le cautele perché i dati, una volta raccolti, non vengano modificati accidentalmente, vengano verificati periodicamente nella loro esattezza apportando, ove necessario, le opportune modifiche e agevolando la possibilità per il paziente di rettificare e/o aggiornare i propri dati.

Il Titolare dei dati deve garantire, poi, che il loro trattamento sia svolto in maniera adeguata e sicura. L'art.5, par.1, lett. f del GDPR dispone, infatti, che in dati devono "essere trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati personali, compresa la protezione, mediante misure tecniche e organizzative adeguate, da trattamenti non autorizzati o illeciti e dalla perdita, dalla distruzione o dal danno accidentali («integrità e riservatezza»)".

Le misure di sicurezza che il Titolare dovrà adottare sono previste dall'art. 32 del GDPR; la norma dispone, a carico del Titolare, l'obbligo di assicurare, permanentemente: la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati; la capacità dei sistemi di superare le difficoltà che potrebbero insorgere dal loro funzionamento; la capacità di ripristinare tempestivamente la disponibilità e l'accesso dei dati in caso di incidente tecnico o fisico e, inoltre, prevedere procedure per verificare l'efficacia delle misure tecniche e organizzative al fine di garantire la sicurezza del trattamento. La sicurezza deve essere garantita anche nei confronti di condotte poste in essere, in maniera accidentale o volontaria, da tutti quei soggetti che svolgono le operazioni di trattamento dei dati. Così come, la sicurezza deve essere garantita, ugualmente, in tutti quei casi in cui il trattamento dei dati non avviene con sistemi tecnologici. In tali ipotesi grossa parte dei problemi è determinata dal comportamento del personale; conseguentemente assumono una importanza rilevante le misure organizzative previste, anche queste, dall'art. 32 del Regolamento quali ad esempio quelle di attribuire ruoli e responsabilità al personale, di pianificare periodiche sessioni di

formazione e/o monitorare costantemente la consapevolezza da parte del personale delle proprie responsabilità.

Stabilito, fondamentalmente con la disamina dell'art 5 del GDPR, quali dati possono essere trattati e in quale modo devono esserlo è necessario affrontare l'argomento relativo ai ruoli privacy in ambito sanitario.

Facendo un passo indietro nell'esame delle norme del GDPR ci si accorge che l'art.4 del Regolamento Europeo identifica i ruoli privacy.

Ed infatti, al punto 7 la norma identifica il **Titolare del trattamento** come quella persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che singolarmente o insieme ad altri determina le finalità e i mezzi del trattamento dei dati. Conseguentemente dalla lettura della norma possiamo concludere che Titolare del trattamento dei dati è colui che stabilisce le finalità e le modalità di trattamento. Identificare la titolarità del trattamento è importante poiché l'assunzione di tale funzione comporta l'accettazione della conseguente responsabilità per il rispetto della normativa e la soggezione alle eventuali sanzioni previste per l'inadempimento del suddetto obbligo; inoltre l'identificazione del Titolare permette agli interessati di conoscere il soggetto cui rivolgere le istanze per il rispetto dei propri diritti.

Nel privato il Titolare del trattamento dei dati può essere, indifferentemente, o una persona fisica o una persona giuridica. Per persona fisica non dobbiamo, però, intendere il soggetto che gestisce la struttura privata (l'amministratore) quanto piuttosto il libero professionista che tratta i dati in virtù dell'incarico conferitogli.

Nel pubblico, invece, il Titolare è esclusivamente l'Ente (le Asl, il Ministero della Salute etc. etc.) e non invece la persona fisica che opera, nel relativo ente, con l'incarico di esprimere la volontà e le decisioni di quest'ultimo.

Al punto 8, sempre dell'art.4, viene identificata la figura del Responsabile del trattamento come quella persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del titolare.

Il Responsabile del trattamento è una figura che rientra nella discrezionalità del Titolare, il quale può, se lo ritiene necessario, decidere di delegare ad un soggetto esterno tutti o anche solo alcuni trattamenti.

Per poter rivestire il ruolo di **Responsabile del trattamento** occorrono due requisiti: essere un soggetto diverso dal Titolare ed elaborare i dati personali per conto di quest'ultimo.

Che il Responsabile sia colui che tratta i dati per conto del Titolare lo stabilisce anche il Garante per la protezione dei dati il quale ha confermato la dipendenza del Responsabile alle determinazioni del Titolare. Il GDPR, pur non discostandosi da

tali impostazioni, ha introdotto, anche per i Responsabili, l'obbligo di rispondere a molti dei requisiti previsti per i Titolari quali, ad esempio, quello di adottare le misure tecniche e organizzative necessarie per la sicurezza del trattamento. Con questo il GDPR ha di fatto previsto che i Responsabili debbano essere soggetti che presentino tutte le garanzie per mettere in atto misure tecniche e organizzative per la tutela dei dati. Per questo motivo è necessario che tra il Titolare e il Responsabile venga sottoscritto un contratto nel quale siano previste le garanzie, da parte di quest'ultimo, al rispetto della normativa e delle prescrizioni previste dal GDPR.

Vi è poi la possibilità che anche il Responsabile conferisca ad altri i propri compiti, nominando un **Sub-Responsabile**. In questi casi, al fine di evitare che la presenza di una moltitudine di soggetti possa far disperdere le attribuzioni e i compiti di ognuno, gli obblighi e le responsabilità del trattamento dei dati devono essere chiaramente attribuiti tra i diversi soggetti.

Il regolamento Europeo ha previsto una regolamentazione specifica per la figura del Sub-Responsabile disponendo che il Responsabile del trattamento non può ricorrere ad altre figure se non previa autorizzazione scritta del Titolare. Tale autorizzazione può essere "generale" o "specifica". Nel primo caso il Responsabile deve indicare al Titolare le modifiche previste e riguardanti l'aggiunta o la sostituzione del Responsabile, così consentendo al Titolare una eventuale opposizione a tali modifiche (art.28, par.2, del GDPR). Nel secondo caso, invece, al Sub-Responsabile devono essere imposti, sempre mediante contratto, gli stessi obblighi previsti, in materia di trattamento dei dati, nel patto sottoscritto tra il Titolare e il Responsabile, stabilendo tutte le garanzie necessarie perché il trattamento dei dati, attraverso misure tecniche e organizzative, avvenga sempre nel rispetto del GDPR. Se il Sub-Responsabile dovesse omettere di adempiere ai propri obblighi le responsabilità, nei confronti del Titolare, rimarranno interamente a carico del Responsabile iniziale (art.28, par.4). Ovviamente al Sub-responsabile è bene che vengano trasferiti tutti gli obblighi e soprattutto tutte le istruzioni impartite dal Titolare in materia di misure tecnico-organizzativa.

Una ulteriore figura, di soggetti che rientrano nei ruoli privacy, sono i **destinatari dei dati personali**, cioè quelle "figure" coinvolte nel trattamento dei dati.

Sempre l'art. 4, punto 9, del GDPR stabilisce che il destinatario è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che riceve comunicazioni di dati personali, che si tratti o meno di terzi.

Il destinatario è, dunque, quel soggetto, interno o anche esterno al Titolare o al Responsabile, al quale vengono fatte le comunicazioni dei dati personali.

Sempre l'art. 4, al paragrafo 10, identifica, invece, la figura del destinatario terzo indicandola come quella persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che non sia l'interessato, il titolare del trattamento, il responsabile del trattamento e le persone autorizzate al trattamento dei dati personali sotto l'autorità diretta del titolare o del responsabile.

Dalla lettura della norma si può evincere, in buona sostanza, che il destinatario è quel soggetto che riceve comunicazioni sui dati personali all'interno dell'organizzazione del Titolare o del responsabile; mentre terzo è colui che riceve comunicazioni sui dati personali pur essendo all'esterno delle organizzazioni del Titolare o del responsabile.

La distinzione tra destinatario e terzo è importante ai fini della possibile divulgazione dei dati da parte di tali soggetti. Il soggetto che opera all'interno dell'organizzazione del Titolare viene autorizzato, dallo stesso Titolare, a trattare i dati nello svolgimento del proprio ruolo; il terzo, invece, non è autorizzato a trattare i dati e si dovrà, quindi, trovare necessariamente una base giuridica su cui fondare la comunicazione dei dati stessi (art.6 GDPR).

Un esame, anche se non approfondito, meritano le problematiche derivanti dai rapporti tra il SSN e i medici e i pediatri convenzionati, le farmacie e le strutture sanitarie accreditate, sempre con riferimento agli specifici ruoli e responsabilità rispettivamente rivestite nel trattamento dei dati personali.

Per quanto riguarda i medici e i pediatri convenzionati il Codice Privacy non chiarisce precisamente il loro ruolo e il loro compito. L'unico obbligo che viene previsto per tali professionisti è quello di informare il paziente circa il trattamento dei suoi dati. Conseguentemente, vista la natura del rapporto che si instaura tra medici, pediatri convenzionati e ASL, le ipotesi che si possono prevedere sono due: la prima, che le ASL siano le Titolari del trattamento e i medici e i pediatri convenzionati i Responsabili esterni; la seconda, le ASL e i medici e pediatri convenzionati restano autonomi Titolari del trattamento.

Viste le problematiche che potrebbero derivare dalla prima ipotesi si potrebbe affermare che i medici e i pediatri convenzionati restino, da un lato, i Titolari del trattamento con riferimento a quei dati da loro raccolti per finalità di cura e dall'altro per i dati che medici e pediatri convenzionati raccolgono per le finalità e gli obiettivi del SSN, quindi per conto di quest'ultimo, i predetti professionisti diverrebbero, invece, i Responsabili esterni della ASL, ai quali devono essere impartite, da quest'ultima, le istruzioni circa il trattamento dei dati del paziente, di cui l'ASL resta la Titolare.

Per quanto riguarda le farmacie si può affermare che il farmacista nello svolgimento della sua attività privatistica nonché per quelle di erogazione di farmaci per conto del SSN, per le quali instaura comunque un rapporto diretto con il cliente, resta senza alcun dubbio il Titolare del trattamento dei dati del cliente stesso.

Mentre per quelle attività svolte sempre per il SSN, quali ad esempio le prenotazioni di visite, le cui modalità restano fissate dal SSN, il farmacista deve essere, invece, nominato Responsabile del trattamento tramite contratto, ex art 28 del GDPR.

Quanto poi alle strutture sanitarie accreditate le ASL concludono, con le stesse strutture, accordi (art.8-quinques L.502/1992) finalizzati alla regolamentazione dei rapporti economici, individuando il numero di prestazioni che devono essere garantite alle ASL e il budget affidato.

Da tale rapporto si configurano due diversi tipi di contratti: il primo un contratto in favore di terzi visto che il cittadino (terzo) beneficia delle prestazioni erogate dalla struttura che, però, rimangono a carico del SSN; il secondo un contratto di ospitalità che si instaura, invece, tra il paziente e la struttura, la quale deve garantire non solo l'assistenza alberghiera ma anche quella fondamentale, più complessa e importante, che è quella "sanitaria".

In ragione di quanto sopra si discute, anche in questo caso e per quanto attiene i ruoli privacy, se le ASL siano le Titolari del trattamento dei dati del paziente e conseguentemente tenute a nominare un Responsabile esterno (la struttura) o, invece, sussistano due Titolarità autonome.

La prima ipotesi troverebbe sostegno sulla circostanza che le ASL, nel territorio di loro competenza, hanno il compito di garantire la salute dei cittadini e per assolvere a tale compito delegano le funzioni all'esterno; pertanto, in ragione di tale delega alle strutture sanitarie viene affidato il compito di Responsabile del trattamento.

La seconda ipotesi, invece, trova sostanza nel suddetto contratto di ospitalità, che si instaura tra il paziente e la struttura, in virtù del quale quest'ultima è responsabile direttamente, ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c., di tutto ciò che accade al paziente all'interno della stessa struttura sia per fatti propri sia per fatti altrui (quelli posti in essere dai propri dipendenti e/o da tutti coloro che operano nella struttura).

La responsabilità diretta della struttura nei confronti del paziente sembrerebbe dirimente ai fini della dell'attribuzione a quest'ultima del ruolo di Titolare del trattamento dei dati personali. Peraltro, va ricordato che le strutture sanitarie accreditate raccolgono direttamente i dati dal paziente accreditato e li trattano in maniera esattamente uguale ai pazienti privati e per le stesse finalità; l'unico punto di

contatto tra le strutture e le ASL lo si riscontra nella comunicazione dei dati a queste ultime per loro finalità quali ad esempio il monitoraggio delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie convenzionate, anche ai fini della loro contabilizzazione.

Un altro ruolo privacy, previsto sempre dal GDPR, agli artt. 37 e seguenti, è il Data Protection Officer (DPO) o anche Responsabile per la protezione dei dati; quest'ultimo avrà il compito di attivare il sistema di trattamento dei dati non solo per garantire il rispetto di quanto previsto dal GDPR e in particolar modo per ciò che attiene la responsabilizzazione del Titolare del trattamento dei dati (principio che, come si ricorderà, impone al titolare del trattamento di adottare le misure di sicurezza necessarie per garantire un elevato grado di tutela dei dati trattati, obbligo previsto dal paragrafo 2 dell'art.5 del GDPR), ma anche per gestire le procedure e le attività che comportano il trattamento stesso dei dati nella struttura. Il DPO è in buona sostanza una figura tecnico-giuridica di supporto e supervisione per il trattamento dei dati nella struttura e deve essere nominato secondo qualità professionali specifiche quali la conoscenza della normativa e delle prassi in materia di protezione dei dati personali nonché la capacità di assolvere i compiti di cui all'art. 39 del GDPR.

Secondo quanto disposto dall'art. 37 del GDPR, il DPO deve essere nominato indistintamente sia dal Titolare del trattamento e sia dal Responsabile del trattamento visto che lo scopo della figura del DPO è proprio quella, come appena detto, di responsabilizzare i soggetti che trattano dati personali e quindi anche del Responsabile visto che quest'ultimo, anche se per conto del Titolare, comunque svolge un ruolo attivo nel trattamento dei dati personali del paziente. Tale necessità di nomina del DPO è stata prevista per coadiuvare il Titolare e/o il Responsabile del trattamento dei dati nel gravoso compito di costante controllo delle misure di salvaguardia dei dati al fine di evitare pericoli per i dati o violazioni delle norme.

La nomina del DPO è obbligatoria, secondo quanto previsto dall'art. 37 del GDPR, se:

- Il trattamento è effettuato da un'autorità pubblica o da un organismo pubblico eccezion fatta per le autorità giurisdizionali quando trattano dati nello svolgimento della loro funzione;
- Le attività del Titolare o del Responsabile del trattamento dei dati consistono in trattamenti che richiedono un sistematico monitoraggio di interessi su larga scala o
- Le attività del Titolare o del Responsabile del trattamento dei dati comportano il trattamento di quei dati personali particolari, previsti dall'art.9 o dall'art. 10 del GDPR.

Il DPO ha, inoltre, il compito di rispondere alle richieste dell'Autorità di controllo e collaborare con quest'ultima al fine di facilitare la cooperazione tra Autorità e Titolare nel caso di indagini conseguenti a reclami o verifiche preliminari.

Tornando al principio di responsabilizzazione (accountability), previsto dall'art. 5 paragrafo 2, secondo il quale, come già detto in precedenza, il Titolare del trattamento dei dati deve adottare le misure di sicurezza necessarie per garantire un elevato grado di tutela dei dati trattati, la norma prevede ulteriormente, come già anticipato, che lo stesso Titolare deve essere in grado di dimostrare di averlo fatto, con l'adozione di comportamenti concreti e non solo formali.

Il Registro dei trattamenti è l'adempimento con il quale il Titolare del trattamento può dimostrare concretamente di aver adottato quelle misure di sicurezza necessarie per garantire la tutela dei dati personali. Il Considerato 82 del GDPR, infatti, così recita: "Per dimostrare che si conforma al presente regolamento, il titolare del trattamento o il responsabile del trattamento dovrebbe tenere un registro delle attività di trattamento effettuate sotto la sua responsabilità". Inoltre, a dimostrazione di quanto innanzi, va rilevato che il registro viene richiesto e visionato durante le ispezioni poste in essere dal Garante per la protezione dei dati Personali (art.30 n.4 del GDPR).

L'art. 30 del GDPR prevede due tipi di Registro: quello del Titolare del trattamento e quello del Responsabile del trattamento:

Quanto al primo deve contenere le seguenti informazioni:

a) il nome e i dati di contatto del titolare del trattamento e, ove applicabile, del contitolare del trattamento, del rappresentante del titolare del trattamento e del responsabile della protezione dei dati; b) le finalità del trattamento; c) una descrizione delle categorie di interessati e delle categorie di dati personali; d) le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, compresi i destinatari di paesi terzi od organizzazioni internazionali; e) ove applicabile, i trasferimenti di dati personali verso un paese terzo o un'organizzazione internazionale, compresa l'identificazione del paese terzo o dell'organizzazione internazionale e, per i trasferimenti di cui al secondo comma dell'articolo 49, la documentazione delle garanzie adeguate; f) ove possibile, i termini ultimi previsti per la cancellazione delle diverse categorie di dati; g) ove possibile, una descrizione generale delle misure di sicurezza tecniche e organizzative di cui all'articolo 32, paragrafo 1.

Il Responsabile del trattamento tiene, invece, un registro di tutte le categorie di attività relative al trattamento svolte per conto del titolare del trattamento, e deve contenere le seguenti informazioni: a) il nome e i dati di contatto del responsabile

o dei responsabili del trattamento, di ogni titolare del trattamento per conto del quale agisce il responsabile del trattamento, del rappresentante del titolare del trattamento o del responsabile del trattamento e, ove applicabile, del responsabile della protezione dei dati; b) le categorie dei trattamenti effettuati per conto di ogni titolare del trattamento; c) ove applicabile, i trasferimenti di dati personali verso un paese terzo o un'organizzazione internazionale, compresa l'identificazione del paese terzo o dell'organizzazione internazionale e, per i trasferimenti di cui al secondo comma dell'articolo 49, la documentazione delle garanzie adeguate; d) ove possibile, una descrizione generale delle misure di sicurezza tecniche e organizzative di cui all'articolo 32, paragrafo 1. 3.

I due registri devono esser tenuti in forma scritta, anche in formato elettronico. Possono, poi, costituire rischi per il trattamento dei dati personali e quindi motivo di massima attenzione per il Titolare o il Responsabile del trattamento, nell'ottica del principio di responsabilizzazione (accountability), la gestione del personale, dei fornitori e dei sistemi informatici.

Per ciò che attiene la gestione del personale interno l'organigramma e le funzioni, svolte dallo stesso personale, devono essere gli elementi da cui partire per determinare i ruoli privacy. Il personale, infatti, tratta i dati in relazione alle funzioni ricoperte all'interno della struttura.

L'incarico deve essere formalizzato in forma scritta e deve indicare i trattamenti conferiti nonché le conseguenti istruzioni sulle finalità di utilizzo dei dati, per ciascuna funzione.

Le istruzioni sulle finalità di utilizzo dei dati, per ciascuna funzione, consentiranno al Titolare di onorare quell'obbligo di controllo periodico sulla loro osservanza, che grava su di lui. Le istruzioni, inoltre, dovranno essere impartite tenendo conto delle finalità da perseguire, della tipologia di dati da trattare e dal rischio del trattamento; le istruzioni devono essere rese in maniera graduate e comprensibile in base al ruolo e ai compiti svolti dal soggetto che deve trattare i dati.

L'art. 29 del GDPR pone a carico del Titolare del trattamento l'obbligo di formazione degli incaricati al trattamento; tale obbligo è previsto, dall'art. 39, par. 1, lett. b, anche per il DPO (Data Protection Officer), visto che viene incluso tra i controlli che quest'ultimo deve svolgere per il rispetto del Regolamento.

I dati personali tenuti dalla struttura possono essere oggetto di trattamento anche da parte di una serie di soggetti terzi che intrattengono rapporti, a vario titolo, con la struttura stessa. Stiamo parlando dei fornitori di beni o servizi che vanno dalla fornitura di apparecchi elettromedicali a quella di software di sistemi, servizi di

prenotazione delle visite, sistemi di refertazione o a quella di fornitura dei pasti etc. Il Regolamento Europeo, vista la scarsa attenzione prestata in precedenza a tali rapporti, nonostante l'elevato grado di rischio che gli stessi possono comportare, è intervenuto, per ciò che attiene i Responsabili esterni, aggiungendo nella norma ulteriori elementi obbligatori da introdurre nel contratto o nell'atto che regola il rapporto con il fornitore.

La scelta del fornitore deve essere attuata tenendo conto anche delle capacità di quest'ultimo di essere non solo condiscendente verso le indicazioni del Titolare del trattamento ma soprattutto in grado di porre in essere tutte quelle iniziative di tutela dei dati richieste dal Titolare stesso e dal GDPR.

Per poter procedere alla scelta del fornitore sarebbe opportuno, quando non obbligatorio, procedere con la comparazione di più proponenti; il confronto dei fornitori deve tenere in considerazione non solo l'offerta economica più vantaggiosa ma anche quegli elementi comprovanti le qualità del fornitore come, ad esempio, il possesso di capacità tecnico-organizzative e la solidità della struttura informatica. Anche le eventuali "referenze" del fornitore possono essere prese in considerazione. Scelto il fornitore è necessario formalizzare l'accordo che deve definire non solo gli aspetti economici dell'offerta ma anche quelli relativi all'attività di trattamento dei dati.

Si discute sulla opportunità di procedere alla sottoscrizione di due distinti atti sulla scorta di quanto disposto dall'art. 28, par. 3, del GDPR dove viene stabilito che il Responsabile del trattamento è designato dal Titolare con un atto scritto che definisce tutte le attività attribuitegli da quest'ultimo.

Onde evitare qualunque tipo di disagio è opportuno procedere con la sottoscrizione di un atto giuridico vincolante, specifico e distinto, per il trattamento dei dati nel quale disciplinare, in modo dettagliato, il rapporto tra Titolare e Responsabile; atto che dovrà essere allegato al contratto principale di fornitura. Elementi essenziali del predetto atto sono: la durata del trattamento; la natura e le finalità del trattamento; la tipologia dei dati trattati; la categoria di interessati cui si riferiscono i dati, gli obblighi e i diritti del Titolare e del Responsabile, oltre a tutti gli elementi indicati dall'art. 28, par. 3, dalla lett. a alla lett. h.

Ulteriore elemento di rischio, si diceva, sono i sistemi informatici che, con la crescente digitalizzazione dei processi, sono sempre più in simbiosi con l'organizzazione delle strutture sanitarie. Così la sicurezza informatica deve essere una componente indispensabile di salvaguardia dei pazienti. Gli obiettivi della sicurezza devono essere:

-La riservatezza - alle informazioni devono poter accedere esclusivamente gli interessati;

-L'integrità - le informazioni devono essere modificabili solo dai soggetti autorizzati;

-La Disponibilità – quando necessario le informazioni, in caso di perdita, devono essere disponibili e recuperabili.

La realtà informatica, di cui siamo intrisi, ci costringe a sostenere che la sicurezza deve essere garantita anche nei confronti di quei programmi dannosi capaci di propagarsi, sempre più facilmente, in quei sistemi inevitabilmente connessi in reti e che possono rendere inutilizzabili tutti i dati presenti nei computer di una intera struttura.

Purtroppo, il rischio di minacce o attacchi informatici è impossibile da eliminare così, tenendo conto delle esigenze della propria organizzazione e al fine di tutelare i diritti degli interessati, la struttura dovrà organizzarsi in modo da riconoscere il rischio ed essere in grado di gestirlo, adottando quelle misure organizzative e di sicurezza capaci di limitare le violazioni dei dati.

Ultimo argomento da affrontare, in tema di tutela della privacy riguarda i profili di responsabilità conseguenti la violazione di tale diritto.

Da una sintesi delle norme, nazionali e sovranazionali, si potrebbe concludere che il diritto fondamentale alla protezione dei dati personali è delineato da una visione di società civile rispettosa dell'altro e della sua dignità, in condizione di uguaglianza. Il Trattato sulle Funzioni dell'Unione Europea (TFUE), all'art. 16, stabilisce che ogni persona deve essere tutelata sul trattamento dei propri dati personali e che il Parlamento o il Consiglio Europeo devono deliberare in favore della protezione delle persone fisiche con riguardo al predetto trattamento.

La Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE, agli artt. 7 e 8, prevede una tutela della riservatezza rispetto alla vita privata e familiare della persona oltre quella della protezione dei dati di carattere personale.

Il Codice Privacy, all'art. 2, precisa che il trattamento dei dati personali deve essere rispettoso dei diritti e delle libertà fondamentali, con particolare riferimento alla riservatezza e alla identità personale.

Non va dimenticata, ovviamente, la Costituzione Italia la cui tutela dei diritti della persona viene espressa negli artt. 2 (diritti inviolabili), 3 (pari dignità) e 32 (tutela della salute).

Detto questo e passando ad esaminare i profili di responsabilità va evidenziato che la norma principale cui fare riferimento, nelle ipotesi di violazione della privacy, è l'art. 15 del Codice Privacy, la quale dispone che "chiunque cagiona danno ad

altri per effetto del trattamento dei dati personali è tenuto al risarcimento ai sensi dell'art. 2050 del codice civile”.

La norma, quindi, prevede una responsabilità per i danni causati in conseguenza del trattamento dei dati personali e nello svolgimento di attività pericolose - art. 2050 codice civile.

Senza voler entrare nel merito della diatriba e del forte contrasto che la norma ha generato su come deve essere considerata la responsabilità e precisamente se quest'ultima si debba ritenere come soggettiva per colpa presunta o meramente oggettiva, diremo subito che la prevalente giurisprudenza ha considerato la responsabilità ex art 2050 c.c. come responsabilità meramente oggettiva.

Tale considerazione della responsabilità determina in capo al danneggiante l'onere di provare che la violazione è dipesa da caso fortuito. Il raggiungimento di tale prova scagionerà il Titolare e/o il Responsabile del trattamento dei dati da ogni responsabilità.

Un orientamento più recente, invece, considera la responsabilità ex art. 2050 c.c. come responsabilità per colpa presunta fissando così la prova liberatoria nella dimostrazione, sempre da parte del danneggiante, di aver adottato, in relazione alle specifiche modalità di trattamento, tutte le misure idonee ad evitare il danno.

Così la Corte di legittimità che si è espressa sostenendo, appunto, che per escludere la sussistenza di una responsabilità, ai sensi dell'art. 2050 c.c., il danneggiante deve dimostrare di aver adottato tutte le misure idonee ad evitare il danno

Ciò nonostante, la normativa europea, all'art. 82, par. 3, del GDPR, prevede che il Titolare del trattamento è esente da responsabilità quando viene dimostrato che l'evento dannoso non gli è in alcun modo imputabile.

Considerando e sintetizzando le diverse conclusioni, si può sostenere che il danneggiante può raggiungere la certezza di rimanere esente da responsabilità quando non solo dimostri di aver adottato tutte le misure di sicurezza idonee ad evitare il danno ma anche che l'evento dannoso sia stato determinato da una causa estranea e autonoma rispetto alla condotta tenuta.

Appare doveroso rilevare che la responsabilità permane anche nelle ipotesi di condotta posta in essere da un dipendente della struttura poiché il nesso causale non si interrompe nelle ipotesi in cui il Titolare o il Responsabile, per il trattamento dei dati, si avvalgono di altri soggetti, salvo i casi in cui il soggetto stesso abbia posto in essere una attività illecita e/o antigiuridica.

Di contro il danneggiato, in dette situazioni, ha solo l'onere di provare il “fatto”; dovrà dimostrare, cioè, che vi è stato accesso ai propri dati e che gli stessi siano stati

trattati senza il proprio consenso.

Raggiunta la predetta prova il danneggiato, per ottenere il riconoscimento dell'obbligazione e la sua risarcibilità dovrà, altresì, dimostrare che il danno provocato è riferibile a quegli aspetti del modo di essere della persona e con violazione dei suoi diritti fondamentali quali il diritto all'immagine, alla reputazione e all'onore oltre a quelli subiti in considerazione di una sofferenza psichica, nonché provare che la lesione sia grave, cioè superi la soglia minima di sopportabilità, prevista dai doveri di solidarietà sociale e il danno non sia futile, non consista cioè in un mero disagio o fastidio.

L'Autorità giudiziaria competente territorialmente è determinata in ragione della residenza del Titolare del trattamento; per il diritto civile l'autorità è quella ordinaria e il rito applicabile è quello del lavoro.

Al danneggiato vengono riconosciute anche tutele reali o inibitorie come il ricorso al Garante per la protezione dei dati personali al fine di ottenere, da quest'ultimo, provvedimenti prescrittivi, nei confronti del Titolare o del Responsabile del trattamento, tesi a rendere il trattamento conforme alle norme. Secondo la Suprema Corte i poteri del Garante si estendono alle emanazioni di provvedimenti finalizzati alla cessazione dei comportamenti illegittimi nonché alla prescrizione di misure da tenere nell'interesse della tutela dei diritti del paziente.

Dal punto di vista della responsabilità penale il Trattato di Lisbona ha stabilito che l'Unione Europea non può stabilire, in via diretta, ipotesi di reato che gli Stati membri dovranno perseguire ma solo indirizzare, questi ultimi, ad attuare una efficace protezione delle politiche dell'Unione in un settore che è stato oggetto di misure di armonizzazione o di norme minime relative alla definizione dei reati e delle sanzioni. Ciò nonostante, la lettura del considerato 149 del GDPR ci porta a riflettere sulla seria ipotesi che l'Unione abbia chiesto agli Stati membri, quasi fosse una direttiva, di stabilire disposizioni relative a sanzioni penali nelle ipotesi di violazioni del Regolamento o di quelle norme nazionali dettate per il rispetto dello stesso. I legislatori nazionali si devono, quindi, uniformare al Regolamento così da rendere la disciplina interna conforme alla norma Europea.

Il sistema sanzionatorio, quindi, è specificato sia dalle norme del GDPR e sia da quelle nazionali.

Il Regolamento UE, all'art. 83, paragrafi 4, 5 e 6, ha indicato un elenco di violazione prevedendo le conseguenti sanzioni, ovviamente per quanto innanzi esposto, solo di natura pecuniaria e quindi amministrativa. Ad esempio al paragrafo 4 viene stabilita la sanzione di 10.000,00 € o, per le imprese, del 2% del fatturato mondiale

totale annuo dell'esercizio precedente, per le violazioni da parte del Titolare o del Responsabile rispetto agli obblighi di cui agli artt.8, 11, da 25 a 39, 42 e 43; al paragrafo 5 viene stabilita la sanzione di 20.000,00 € o, per le imprese, del 4% del fatturato mondiale totale annuo dell'esercizio precedente, per le violazioni dei diritti degli interessati di cui agli artt. da 12 a 22, etc. etc. Sarà l'autorità di controllo istituita in ogni stato membro (nel nostro paese il Garante per la protezione dei dati personali) a dover adeguare le sanzioni al caso concreto tenendo conto dei criteri dettati sempre dall'art. 83, al paragrafo 2, quali, in via esemplificativa ma non esaustiva:

-La natura, la gravità e la durata della violazione tenendo in considerazione la natura, l'oggetto o la finalità del trattamento in questione nonché il numero di interessati lesi dal danno e il livello del danno da essi subito;

-Il carattere doloso o colposo della violazione;

-Il grado di responsabilità del titolare del trattamento o del responsabile del trattamento tenendo conto delle misure tecniche e organizzative da essi messe in atto ai sensi degli articoli 25 e 32;

-Eventuali precedenti violazioni pertinenti commesse dal titolare del trattamento o dal responsabile del trattamento etc. etc.

Nel nostro Codice Privacy sono presenti, oltre alle sanzioni amministrative, alcune ipotesi di reato quali:

-Art. 167 – delitti di trattamento illecito di dati con pena della reclusione da 6 a 18 mesi se dal fatto deriva un danno; da 1 a 3 anni se il fatto costituisce reato più grave al fine di trarre vantaggio per se o per altri;

-Art. 167 bis – comunicazione e diffusione illecita di dati personali su larga scala con pena della reclusione da 1 a 6 anni se il fatto è commesso per trarre profitto per se o arrecare danni; da 1 a 6 anni quando i dati vengono diffusi senza il richiesto consenso dell'interessato;

-Art. 168 – falsità nelle dichiarazioni o notificazioni al Garante con pena da 6 mesi a tre anni per coloro che dinanzi al Garante attestino notizie false o producono atti o documenti falsi;

-Art. 170 – inosservanza dei provvedimenti del Garante con pena della reclusione da 3 mesi a 2 anni per coloro che con l'inosservanza arrecano un danno al soggetto interessato – l'azione è soggetta a querela della persona offesa.

Con il sistema sanzionatorio si conclude questa sintetica trattazione dell'annoso quanto complesso problema della protezione dei dati personali in ambito sanitario, con la speranza che possa risultare sufficientemente analitica ed esaustiva oltre che di

facile lettura. Come si è cercato di rilevare l'approccio alla problematica si è evoluto nel corso degli anni passando da una tutela del diritto alla riservatezza, divenuta anacronistica in una società dove il sapere, la conoscenza e quindi la necessaria libera circolazione dei dati, sono ritenute fonti inesauribili per il progresso sia culturale ma anche scientifico della stessa società, arrivando a quella della protezione dei dati personali con la quale si contemperano le due diverse esigenze: tutela della privacy e libera circolazione dei dati, finalità divenute motivo per l'emanazione del Regolamento UE 2016/679. Il GDPR ci ha consegnato una diversa considerazione del diritto da tutelare, avendo determinato compiti e responsabilità alla luce del principio di responsabilizzazione (accountability) del Titolare del trattamento dei dati personali. Importante novità, quest'ultima, rispetto al passato che ha comportato una conseguente quanto necessaria evoluzione nell'approccio sistemico al problema da parte di chi è tenuto a tutelare i diritti della persona nel momento in cui tratta i suoi dati. Il difficile compito imposto dal Regolamento, al Titolare e al Responsabile, è quello di adeguare gli standard comportamentali e organizzativi in tema di trattamento dei dati sensibili e in particolare dei dati personali inerenti la salute.

È doveroso rilevare che la stesura di questo articolo è avvenuta con la continua consultazione di due testi: “La tutela dei dati personali in ambito sanitario” – Michele Iaselli – Giuffrè Francis Lefebvre e “La privacy nella sanità” – Giuseppe Carro, Sarah Masato, Massimiliano Domenico Parla – Giuffrè Editore, cui si rinvia.

7.7 LE BARRIERE ARCHITETTONICHE: BAGNO E MOBILITÀ



FRANCESCO DIOMEDE

Segretario Nazionale A.I.Stom, - Presidente Associazione Pugliese Stomizzati

Terminato il decorso post-operatorio, per ritornare a vivere la persona stomizzata deve quotidianamente confrontarsi con una nuova realtà alimentare e le differenti abitudini di vita. Infatti, col tempo apprenderà a gestire correttamente la stomia utilizzando i presidi più idonei, alimentandosi correttamente, prestando attenzione nei viaggi, in ambito lavorativo e domestico.

La persona colostomizzata, già a pochi mesi dall'intervento chirurgico, avrà il grande vantaggio di liberarsi dalle feci e apprendere la pratica dell'irrigazione. Avvertirà sempre più l'esigenza di avere nel proprio alloggio un bagno attrezzato ad hoc. Presto imparerà che la sua vita ruota attorno ad un umile ma indispensabile presidio: il bagno.

Abitare in un alloggio con doppi servizi igienici è una vera e propria manna dal cielo per stomizzati e incontinenti, poiché si ottiene riservatezza, sicurezza e comfort nei vari cambi sacca, nel cateterismo a intermittenza, nei cambi pannoloni, e durante l'irrigazione. È facilmente comprensibile che per la persona stomizzata il non poter usufruire di un bagno attrezzato costituisce una vera e propria "barriera architettonica" e, contrariamente a quanto si è indotti a pensare, più si va avanti con l'età, maggiormente è avvertita l'esigenza di avere un "bagno" personalizzato con tutti i comforts necessari alla gestione della stomia.

Anche per le persone che soffrono di incontinenza il bagno è vitale ed ha una valenza igienica e sociale ben definita. Negli ultimi secoli l'uomo è stato capace di distruggere i bagni pubblici fatti costruire dall'imperatore Vespasiano e, anziché adeguarli ai tempi e renderli igienicamente più funzionali si è preferito eliminarli, col risultato, ad esempio, di non permettere più di utilizzare la posizione più anatomica

per defecare, che è quella dell'utilizzo del cesso alla "turca". Chiunque avrà avuto una esperienza personale sulle difficoltà incontrate nell'utilizzo del bagno in un esercizio pubblico: è riservato ai consumatori, è guasto, bisogna chiedere la chiave e spesso diventa un deposito.

Stazioni ferroviarie, aeroportuali, marittime, treni, autostrade, cinema, scuole, palestre, teatri e tutti i luoghi pubblici, di fatto sono privi di bagni attrezzati per le persone stomizzate.

Per meglio comprendere la perdita della libertà di spostamento, basti pensare che la persona stomizzata, se non si organizza al meglio, non può affrontare agevolmente un viaggio, fosse anche di poche ore. Inoltre, in taluni Paesi del nord Europa da anni sono in vendita bagni mobili con rotelle, attrezzati ad hoc per persone stomizzate, ma in Italia non giungono poiché costosi.

Per i "bagni" le domande più semplici che si pone una persona stomizzata sono: perché sul posto di lavoro non ha diritto ad un bagno attrezzato? Perché un colostomizzato (irrigato) in viaggio non deve potersi fermare in autostrada ed effettuare una semplice irrigazione? Perché durante i viaggi deve essere costretto a sostituire le sacche di raccolta per strada, in luoghi appartati o in auto? Perché non riattrezzare al meglio i bagni per le persone disabili e renderli polifunzionali?

Al fine di documentare come può essere attrezzato un bagno ideale per le persone stomizzate, ne illustrerò un prototipo, con un disegno esplicativo:

1. un decalcificatore e depuratore con filtro (utile per tutti, ma soprattutto per i colostomizzati irrigati);
2. un lavabo a fotocellula o a pedale, con acqua calda premiscelata, posto sulla stessa parete dove è ubicata la tazza w.c.;
3. a circa un metro di altezza dal pavimento, sopra la tazza w.c., sul lato destro o sinistro, a seconda del gradimento personale, deve essere fissata a parete un'asta verticale con apposito aggancio (di quelle che vengono utilizzate sul piatto doccia) scorrevole, utile per agganciare (alzare o abbassare a seconda dell'altezza corporea) l'irrigatore;
4. a 60/70 cm di altezza sopra la tazza w.c. è consigliabile applicare un interfono (fissato a parete o mobile), utilizzabile in caso di necessità di soccorso;
5. a circa 60/70 cm sopra la tazza w.c. (vicino l'interfono a parete) devono essere

applicati (a parete) i vari interruttori elettrici (luce, aspiratore, pulsante o telecomando per l'apertura elettrica della porta di ingresso al bagno, utilizzabile per l'accesso autorizzato dallo stomizzato);

6. a parete deve essere fissata una efficace lampada di emergenza, nel caso venga a mancare l'energia elettrica;

7. la finestra del bagno deve essere dotata di un aspiratore reversibile contro i cattivi odori;

8. il bagno deve essere dotato di un mobile igienicamente valido e capiente, chiudibile a chiave (contro intrusioni involontarie di bambini o persone estranee al nucleo familiare) in modo da garantire la privacy, evitare la polvere, la condensa e l'umidità. Al suo interno si devono depositare i prodotti utilizzati quotidianamente;

9. a parete deve essere fissato uno specchio reclinabile per consentire di vedere lo stato della stomia e l'apparecchiamento della nuova sacca;

10. la porta di ingresso deve essere dotata di apertura con pulsante o telecomando, la chiusura deve avvenire tramite una cerniera a scomparsa;

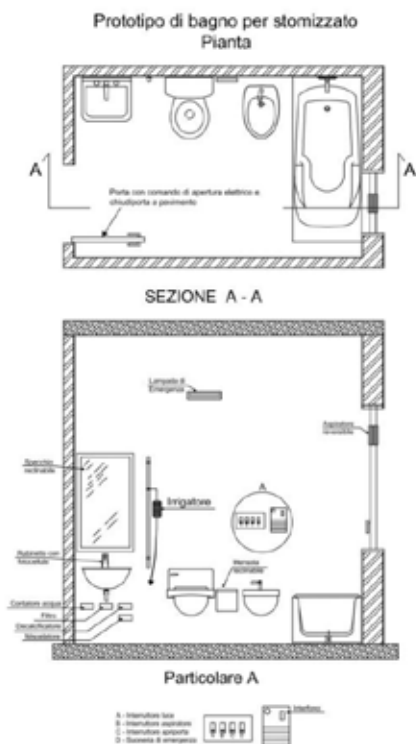
11. il bagno deve essere dotato di un cestino porta rifiuti ed è preferibile utilizzare i sacchetti di colore scuro da gettare nell'indifferenziata.

È utile sapere che grazie alla legge n.13 del 1989 e al Decreto del Ministero dei Lavori Pubblici n.236 del 1989 sull'introduzione delle agevolazioni fiscali e detrazioni IRPEF per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati e pubblici, anche il privato ha la possibilità di richiedere contributi per la ristrutturazione ed interventi su edifici in cui sono presenti anziani e/o persone disabili con difficoltà motorie più o meno gravi. Infatti, possono godere delle agevolazioni anche coloro che richiedono di ristrutturare un bagno per adattarlo a nuove esigenze. Tra gli interventi per cui è possibile ottenere agevolazioni fiscali per l'eliminazione delle barriere architettoniche, rientrano anche le spese per l'acquisto di articoli come vasche con sportello e ausili di sicurezza. Il contributo economico non viene concesso soltanto a coloro che hanno un'attestazione di invalidità (totale o parziale), ma ne possono beneficiare anche coloro a cui viene riconosciuta una patologia tale da rendere impossibile, difficoltoso o pericoloso affrontare a piedi una rampa di scale, l'entrata in vasca, l'utilizzo dei sanitari o la fruizione dell'ambiente oggetto della ristrutturazione. La domanda va presentata al sindaco del comune di residenza entro il 1° marzo di ogni anno.

Ultima riflessione di carattere sociopolitico è che a causa dell'inadeguatezza dei bagni scolastici (vere barriere architettoniche per bambini e ragazzi incontinenti e

stomizzati), la persona stomizzata, se non si organizza, non può assolvere al ruolo di scrutatore, essere presidente di seggio o rappresentante di lista nelle tornate elettorali.

IL BAGNO IDEALE PER LE PERSONE STOMIZZATE



A - INTERRUTTORE LUCE B - INTERRUTTORE ASPIRATORE
C - INTERRUTTORE APRIPORTA D - SUONERIA DI EMERGENZA

7.8 PROPOSTA DI LEGGE IN FAVORE DELLE PERSONE CHE SOFFRONO DI INCONTINENZA URINARIA, FECALE E STOMALE



FRANCESCO DIOMEDE

Segretario Nazionale A.I.Stom, - Presidente Associazione Pugliese Stomizzati

Premessa

L'incontinenza in Italia coinvolge oltre 5milioni di persone nella maggior parte donne (3milioni) e consiste nell'emissione involontaria di urine o feci, i cui effetti possono estendersi ad ogni componente della personalità e del comportamento dell'individuo che ne è affetto, con depressione e sentimenti di inferiorità, tendenza all'isolamento sociale, perdita del posto di lavoro, rinunce sessuali, ecc... La reazione a questo disturbo può essere molto variabile, infatti alcune persone considerano insopportabili minime perdite d'urina, mentre altre possono trascurare perdite abbondanti. L'incontinenza può insorgere a qualsiasi età, pur prevalendo in età avanzata e tra le donne.

L'incontinenza è un problema sottostimato e si pensi che per i soli ausili ad assorbenza la spesa del SSN nazionale ammonta a 500milioni di euro. 130milioni di euro vengono spesi per le stomie e 77milioni per i cateteri, 74milioni per le ulcere cutanee, a parte i costi della filiera distributiva e l'IVA al 4%.

L'International Continence Society definisce l'incontinenza come una "perdita involontaria di urina" e le donne hanno i maggiori fattori di rischio legati alla gravidanza, al parto, alla menopausa e all'invecchiamento. La prevalenza media nella popolazione femminile è stimata attorno al 10-15%, tende ad aumentare e con l'età sino a superare il 50% nei soggetti anziani e fragili.

Negli uomini in età adulta l'incontinenza urinaria è dovuta soprattutto ai tumori alla prostata. L'incontinenza colpisce soggetti affetti da malattie croniche quali diabete,

morbo di Parkinson, Alzheimer, demenza senile, e comunque va attribuita anche ad un fisiologico indebolimento degli sfinteri negli anziani e come effetto secondario di taluni farmaci.

Per il bambino l'incontinenza urinaria consiste nella "incapacità di controllare e trattenere l'urina" e si manifesta con perdite di poche gocce o di tutto il contenuto vescicale. Perdite d'urina anche ridotte possono rappresentare un problema igienico e creare disagi molto forti, e talvolta, possono favorire l'insorgere di fenomeni di bullismo.

Nel 2006 il Ministero della Salute ha istituito la "Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza" (Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 maggio 2006, pubblicata in G. U. n.186 dell'11 agosto 2006. La Giornata ogni anno si svolge il 28 giugno). Inoltre, grazie all'Accordo tra Governo e Conferenza Stato Regioni del 24 gennaio 2018, è prevista l'Istituzione di una "Rete Regionale di Centri" di primo, secondo e terzo livello.

La Rete dei Centri Regionali mira a garantire ai pazienti una omogeneità e accessibilità delle cure e un'adeguata appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni a favore delle persone affette da incontinenza.

Essere stomizzati significa essere vivere con apposite sacche adesive per la raccolta di feci o di urine. Superata la fase post-chirurgica e riabilitativa, lavorare con una stomia e reinserirsi nella società non è cosa facile. Il cancro al colon-retto è la seconda causa di morte tra le donne e la terza tra gli uomini. La stomia è certamente una condizione molto invalidante che può provocare vergogna, depressione e isolamento sociale. Gli stomizzati italiani sono 59.000 e la loro vita non è facile, sotto ogni aspetto, sociale, lavorativo e sessuale.

Gli stomizzati per aver salva la vita devono subire l'asportazione di organi di vitale importanza, quali il retto o la vescica, entrambe in taluni casi. Le stomie si suddividono in: colo, ileo ed uro.

I colostomizzati possono ottenere una soddisfacente continenza tramite periodici lavaggi intestinali (irrigazione).

Gli ileostomizzati hanno il problema di una celere digestione, basti pensare che digeriscono in pochi minuti e le feci sono liquide.

L'urostomia consente il deflusso dell'urina dall'organismo dopo la rimozione di una parte del tratto urinario.

Aistom e FINCOPP, nel Governo Meloni hanno stimolato una proposta di legge "bipartisan". Per la Camera dei deputati l'ha presentata l'On. Paolo Ciani, per il Senato il Sen. Ignazio Zullo. Auspichiamo che le due proposte diventino un "Atto Unico" e che dopo trentuno anni (la prima Proposta di legge sulle persone stomizzate fu presentata a Roma dal compianto On. Prof. G. M. Bonomo) la proposta diventi legge. Sotto pubblichiamo il testo presentato dall'On. Ciani.



I promotori della proposta di legge bipartisan: a sinistra il Sen. Ignazio Zullo, al centro il Segretario Aistom Cav. Francesco Diomede, a destra l'On. Paolo Ciani

XIX LEGISLATURA
CAMERA DEI DEPUTATI
PROPOSTA DI LEGGE
d’iniziativa dei deputati
Ciani, Malavasi, Girelli, Stumpo

“Disposizioni in favore delle persone che soffrono di incontinenza urinaria, fecale e stomale”

ONOREVOLI COLLEGHI! - Da anni si cerca di quantificare la popolazione degli incontinenti in Italia, ma il pudore individuale porta spesso molte persone a non dichiarare la propria condizione o a parlarne con i medici. E quindi si assiste ad una situazione-paradosso: a fronte di poche decine di migliaia di incontinenze dichiarate corrisponde un mercato di dispositivi medico-chirurgici per incontinenza per milioni di persone. L’incontinenza in Italia coinvolge oltre 5 milioni di persone nella maggior parte donne (3 milioni) e consiste nell’emissione involontaria di urine o feci, i cui effetti possono estendersi ad ogni componente della personalità e del comportamento dell’individuo che ne è affetto, con depressione e sentimenti di inferiorità, tendenza all’isolamento sociale, perdita del posto di lavoro, rinunce sessuali, ecc... La reazione a questo disturbo può essere molto variabile, infatti alcune persone considerano insopportabili minime perdite d’urina, mentre altre possono trascurare perdite abbondanti. L’incontinenza può insorgere a qualsiasi età, pur prevalendo in età avanzata e tra le donne che hanno i maggiori fattori di rischio legati alla gravidanza, al parto, alla menopausa e all’invecchiamento. La prevalenza media nella popolazione femminile è stimata attorno al 10-15%, tende ad aumentare e con l’età sino a superare il 50% nei soggetti anziani e fragili.

Purtroppo, di incontinenza si parla ancora troppo poco, anzi, non si parla affatto, nonostante gli sforzi della comunità dei clinici e dei pazienti. E ciò è confermato dal fatto che i dati della letteratura scientifica non sono affatto recenti e che per la comunità scientifica è stato difficile tracciare il perimetro di questa patologia la cui definizione ha subito profonde modifiche nel corso degli anni. L’incontinenza urinaria è stata definita dall’ICS (International Continence Society) come una condizione che si instaura quando vi è la perdita involontaria di urina. Ma se lo sforzo di descrizione da parte della classe medica ha consentito di stimare, più precisamente rispetto al passato, la prevalenza e l’incidenza di tutte le tipologie di

incontinenza, tuttavia, ancora il 57,2% di chi soffre di incontinenza urinaria non ha mai parlato del problema con familiari e conoscenti; da qui una ulteriore difficoltà a fornire stime precise.

L'incontinenza rappresenta un problema sociosanitario rilevante, per il quale è importante trovare risposte soddisfacenti sia in termini di efficacia, sia di rapporto costi/benefici, soprattutto in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione. Tra i diversi elementi da tenere sotto controllo, c'è anche quello della tenuta del Servizio sanitario nazionale. L'insorgenza dell'incontinenza urinaria, è un problema sottostimato, ma in realtà, cresce all'aumentare dell'età: per i soggetti non ospedalizzati di età superiore ai sessant'anni, infatti, la prevalenza dell'incontinenza urinaria varia dal 15% al 35%. Nelle case di riposo, nelle residenze assistite e nelle corsie geriatriche fino al 70% dei degenti risulta incontinente. Da questo punto di vista, considerando il progressivo invecchiamento della popolazione, è fondamentale sottolineare come il problema legato all'incontinenza urinaria sia inevitabilmente destinato ad accrescere le proprie dimensioni: infatti, dalle proiezioni ISTAT emerge come la fascia di popolazione over 65, che ad oggi rappresenta poco più del 20% della numerosità totale, potrà superare la soglia del 30% entro il 2040 e spingersi intorno al 33% nel 2050.

La spesa sostenuta in regime S.S.N. rappresenta, dai dati del 2020, il 56% del valore economico del mercato dell'incontinenza, € 638.190.677 e, viceversa, la spesa privata è pari al 44% del totale. Solo il 10% degli ausili assorbenti acquistati dal S.S.N. secondo l'attuale sistema soddisfa pienamente i requisiti. Il carico sulle persone e le loro famiglie sono evidenti. Circa l'incontinenza fecale, invece, non esistono dati certi sulla prevalenza nella popolazione in Italia; tuttavia, si stima che ne sia affetto circa il 2% della popolazione con percentuali significativamente più alte tra gli anziani.

L'incontinenza colpisce anche i soggetti affetti da malattie croniche quali diabete, morbo di Parkinson, Alzheimer, demenza senile, e comunque va attribuita anche ad un fisiologico indebolimento degli sfinteri negli anziani e come effetto secondario di taluni farmaci. Negli uomini in età adulta l'incontinenza è dovuta ai tumori alla prostata.

Per il bambino l'incontinenza urinaria consiste nella "incapacità di controllare e trattenere l'urina" e si manifesta con perdite di poche gocce o di tutto il contenuto vescicale. Perdite d'urina anche ridotte possono rappresentare un problema igienico

e creare disagi molto forti, e talvolta, può favorire l'insorgere di fenomeni di bullismo.

Si definiscono stomizzate tutte quelle persone che, a seguito di patologie gravi o malformazioni, hanno dovuto subire uno o più interventi chirurgici demolitivi del tratto intestinale e urinario, con il conseguente confezionamento di una stomia che richiede l'uso di sacche. La stomia può essere temporanea o definitiva. Per quanto riguarda gli stomizzati, nonostante la variabilità data dalle stomie temporanee che sono rchiuse a tre-sei mesi dal loro confezionamento, il loro numero è più facilmente valutabile. La stomia rappresenta, in molti casi, l'unico modo per sopravvivere ad una grave patologia (Il cancro al colon-retto è la seconda causa di morte tra le donne e la terza tra gli uomini) o ad un incidente, ma che altera significativamente la qualità della vita: la loro vita non è facile, sotto ogni aspetto, sociale, familiare, lavorativo e sessuale; la stomia è certamente una condizione molto invalidante che può provocare vergogna, depressione e isolamento sociale perché, superata la fase post-chirurgica e riabilitativa, lavorare con una stomia e reinserirsi nella società non è cosa facile.

Inoltre, il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione italiana ed il conseguente aumento dell'incidenza delle malattie croniche degenerative ed invalidanti comporta un naturale aumento di pazienti stomizzati. In Italia ci sono più di 70.000 persone portatrici di stomia (lo 0,13% della popolazione), delle quali oltre 33.000 solo nelle regioni del Nord Italia. Si tratta, in realtà, di cifre sottostimate, alle quali dobbiamo aggiungere circa 17.000 pazienti nuovi ogni anno, nonché cifre in aumento per l'invecchiamento della popolazione italiana.

Le stomie si suddividono in tre categorie: colo, ileo ed uro.

I colostomizzati possono ottenere una soddisfacente continenza tramite periodici lavaggi intestinali (irrigazione).

Gli ileostomizzati hanno un celere transito intestinale e le feci sono sempre liquide. L'urostomia consente il deflusso dell'urina dall'organismo dopo la rimozione di una parte del tratto urinario.

Nel 2006 il Ministero della Salute ha istituito la "Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza" (Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 maggio 2006, pubblicata in G. U. n.186 dell'11 agosto 2006. La Giornata ogni anno si svolge il 28 giugno).

Inoltre, grazie all'Accordo tra Governo e Conferenza Stato Regioni del 24 gennaio 2018, è prevista l'Istituzione di una "Rete Regionale di Centri" di primo, secondo e terzo livello.

Pertanto, stante l'attualità di questa situazione invalidante per molti nostri concittadini, urge dare continuità agli atti di indirizzo e proporre quanto segue.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Finalità)

1. La presente legge disciplina le tipologie, i criteri e le modalità degli interventi che lo Stato, nel rispetto delle competenze regionali, riconosce e promuove in favore dei soggetti che soffrono di incontinenza urinaria, fecale e stomale, assicurando loro il diritto alla salute, lo snellimento delle pratiche burocratiche e l'appropriatezza prescrittiva, attraverso le cure e il miglioramento delle condizioni di vita fisiche e psichiche, il rispetto della dignità umana e il perseguimento di obiettivi di equità e inclusione sociale.

2. Gli interventi di cui alla presente legge sono diretti, unitamente agli interventi generali del Servizio sanitario nazionale, a favorire lo sviluppo di un sistema integrato di cura, assistenza, riabilitazione e rieducazione dei soggetti di cui al comma 1, che sia celere, efficace, equo, omogeneo e liberamente accessibile sul territorio nazionale.

ART. 2.

(Destinatari)

1. I destinatari degli interventi di cui alla presente legge sono i soggetti che soffrono di incontinenza urinaria e fecale media e grave e stomale, sia congenita che acquisita.

ART. 3.

(Formazione del personale)

1. Le aziende sanitarie e gli altri enti del SSN assicurano, anche in collaborazione con le università, una specifica formazione complementare ai professionisti della salute infermieri, ostetriche, fisioterapisti che operano o che intendono operare in tale ambito.

2. Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, con decreto da adottare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, individua:

- a) i requisiti per l'accreditamento delle strutture universitarie e degli enti autorizzati a organizzare i corsi di cui al comma 1;
- b) i criteri, le modalità di svolgimento e i contenuti dei corsi di cui al comma 1

nonché degli esami conclusivi, ai fini del rilascio della certificazione delle competenze acquisite.

3. La frequenza dei corsi di cui al comma 1 dà diritto al riconoscimento di crediti formativi nell'ambito del programma di educazione continua in medicina.

ART. 4

(Interventi)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari e nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili, ivi comprese le quote vincolate dal Fondo sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come da ultimo modificato dall'articolo 6 della presente legge, predispongono, anche attraverso il coinvolgimento e la collaborazione delle organizzazioni coinvolte (Società scientifiche e Associazioni di pazienti) che si occupano dei soggetti incontinenti e stomizzati, "Reti regionali", l'istituzione di "Centri" di primo, secondo e terzo livello, l'attivazione dei registri di condizione ed un sistema di interventi e di servizi socio-sanitari integrati, volti al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- a) garantire idonei livelli di assistenza, qualitativi e quantitativi, di cura e riabilitazione, agevolando l'erogazione delle prestazioni e la fornitura dei dispositivi medici necessari (sacche, placche, pannoloni, cateteri, traverse, prodotti per piaghe da decubito, condom, etc.), in regime di libera scelta e gratuiti
- b) monitorare i LEA e inserire un più completo ed aggiornato repertorio dei dispositivi medici, ove necessario;
- c) assicurare interventi nelle scuole elementari, qualora fosse necessario effettuare cateterismi intermittenti o cambio prodotti ad assorbenza - pannolini;
- d) assicurare ai soggetti incontinenti assistenza di medici con specifica competenza, oltre a infermieri, fisioterapisti ed ostetriche che abbiano conseguito una preparazione a norma di legge;
- e) favorire lo sviluppo di un approccio multidisciplinare integrato da parte degli operatori del settore al fine di offrire ai soggetti incontinenti percorsi terapeutici ed assistenziali personalizzati ed efficienti;
- f) garantire una corretta e tempestiva informazione riguardante i dispositivi medici e i presidi medico-chirurgici utilizzati, le tecniche di riabilitazione e di rieducazione disponibili e più adeguati a ciascuna patologia, nonché sui benefici spettanti ai pazienti e sulle modalità per conseguirli in tempi rapidi;
- g) stimolare Comuni, Province alla costruzione di un maggior numero di bagni pubblici;

h) promuovere una maggiore consapevolezza delle condizioni dei soggetti incontinenti, attraverso una capillare divulgazione della “Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell’incontinenza” che ogni anno si svolge il 28 giugno, con campagne di sensibilizzazione per la prevenzione e la cura, sotto il diretto controllo del Ministero della Salute con il coinvolgimento delle Associazioni pazienti, le Società scientifiche coinvolte e i social media.

ART. 5.

(Clausola di salvaguardia)

1. Le disposizioni di cui alla presente legge costituiscono principi fondamentali della legislazione statale in materia di tutela della salute, ai sensi dell’articolo 117, terzo comma, della Costituzione.

2. Le regioni a statuto ordinario adeguano la propria legislazione entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, in conformità a quanto disposto dalla medesima legge.

3. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano adeguano la propria legislazione secondo i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, in conformità a quanto disposto dalla presente legge.

ART. 6.

(Disposizioni finali e copertura finanziaria)

1. Ai fini dell’attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge, la dotazione finanziaria del Fondo sanitario nazionale di cui all’articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è incrementata di 10 milioni a decorrere dal 2025.

2. Agli oneri derivanti dall’attuazione della presente legge, pari a 10 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2023-2025, nell’ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell’economia e delle finanze per l’anno 2023, allo scopo parzialmente utilizzando l’accantonamento relativo al medesimo Ministero.

7.9 L'IMPORTANZA DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA IN AMBITO STOMALE



VITO CARNICELLI
Hospice Marena - Bitonto

“All’inizio la gente rifiuta di credere che una nuova cosa strana possa essere fatta, poi iniziano a sperare che possa essere fatta, poi vedono che è possibile farla – poi è fatta e tutto il mondo si chiede perché non è stata fatta secoli prima” (Frances Hodgson Burnett).

Spesso l’argomento “innovazione tecnologica” crea inconsapevolmente fratture sociali, è causa di diversità di pensiero generate dall’ approccio al nuovo. Parlare di tecnologia rimarca una sorta di arcana disputa tra la popolazione dei “giovani” e la fazione degli “adulti. I primi stereotipicamente aperti e propensi ad ogni tipo di novità, gli altri, invece, secondo il pensiero comune, legati alle tradizioni, ancorati al “abbiamo sempre fatto così”. Ma come tutto, la verità è nel mezzo. Eccedere nei confronti di una incorreggibile digitalizzazione, sostituire completamente l’essere umano con una qualsiasi macchina, denatura la nostra esistenza. L’essere umano è un’entità irripetibile e insostituibile; l’essere umano è sentimenti, è attenzioni, è la parola giusta al momento giusto e alla persona giusta. Per quanto l’uomo possa impegnarsi a realizzare macchine sempre più intelligenti, mai queste potranno sostituire l’unicità dell’essere umano. Dopotutto, come direbbe Einstein, “un giorno le macchine riusciranno a risolvere tutti i problemi, ma mai nessuna di esse potrà porne uno.”

D’altro canto, non si può negare il grande aiuto che la tecnologia ha offerto all’intera umanità in ogni ambito. Tempi di attesa ridotti grazie all’infinità di moduli e documenti che possiamo ottenere direttamente dal web senza dover patire lunghe e noiose code presso gli uffici della pubblica amministrazione. Prenotazioni eseguite comodamente da casa, con un semplice click. Distanze di migliaia di chilometri ridotte grazie alle videochiamate dei genitori con i loro amati figli lontani per studio o lavoro.

L’evoluzione demografica, e la conseguente trasformazione dei bisogni di salute

della popolazione, con un numero in continua crescita di anziani e patologie croniche, rendono necessaria una riprogettazione strutturale ed organizzativa della rete dei servizi, principalmente con l'obiettivo di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza. L'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale.

Nello specifico, soprattutto nel campo della sanità, l'innovazione tecnologica è stata una pietra miliare nel miglioramento della pratica clinica e della qualità assistenziale. Basti pensare all'avvento della chirurgia robotica, grazie alla quale il chirurgo, fisicamente lontano dal campo operatorio e seduto a una postazione dotata di monitor e comandi, muove i bracci del robot, collegati agli strumenti endoscopici, che vengono introdotti attraverso piccole incisioni. Il campo operatorio è proiettato tridimensionalmente, con immagini ferme e ad altissima risoluzione. Questo ha portato ad eseguire incisioni chirurgiche sempre più ridotte riducendo le giornate di degenza e il dolore tipico della fase post-operatoria. Tutto ciò si traduce con una più rapida ripresa dei pazienti e in un netto miglioramento della loro qualità di vita. Ma ci sono interventi chirurgici che non terminano con una semplice medicazione di una ferita. Per alcuni interventi, gli esiti sono permanenti e a volte invalidanti se non adeguatamente gestiti. Un esempio è il confezionamento della stomia. Se non correttamente addestrati e accompagnati, i pazienti portatori di stomia, urinaria o fecale, possono mal gestire la loro condizione andando incontro a complicanze non solo fisiche, ma che abbracciano la loro sfera sociale e psicologica.

Sono 75.000, secondo le stime, le persone stomizzate in Italia, con un incremento medio annuo di circa il 4% di nuovi pazienti. La pandemia da Covid-19 ha fortemente penalizzato la loro assistenza: l'abbandono terapeutico e assistenziale dei pazienti stomizzati ha causato la rinuncia ai controlli periodici di 4 persone su 10 al centro-sud (41,3%) e oltre una su quattro a nord (28%) a cui si aggiunge chi ha rinunciato solo qualche volta, con un valore uniforme sul territorio nazionale di circa una persona su 4. Al nord si registra la percentuale maggiore di chi non ha rinunciato ai controlli periodici (46,7% rispetto al 33% del centro-sud).

«Dopo quasi due anni di pandemia, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale c'è un gran bisogno di rimettere al centro l'umanizzazione dell'assistenza, intesa da una parte come la necessità primaria di riprendere immediatamente a curare tutte le persone senza più alcuna interruzione, dall'altra come fondamentale impegno nel

garantire modalità di acquisto dei presidi rispettose del diritto alla personalizzazione dell'assistenza capaci di assicurare inclusione sociale e il più alto livello di salute, da intendersi, come ci ricorda l'Oms, come uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale» (T. Aceti, 2022).

Dopo il confezionamento di una stomia, i pazienti incontrano comunemente problemi con la gestione della stessa, tra cui, per esempio, perdite fecali, abrasione della cute peristomale, formazione di tessuto di granulazione ed ernia. Per supportare i pazienti nell'adattarsi alla loro condizione, dovrebbero ricevere una formazione adeguata dal personale competente ed un addestramento sull'auto-cura durante la degenza ospedaliera eseguita verbalmente, con esempi pratici o tramite volantini.

La cura di sé, però, comprende soprattutto pratiche personali che devono essere acquisite; queste pratiche includono comportamenti adatti e specifici legati al mantenimento della salute in generale o alla gestione della stomia in modo da poter raggiungere il livello più alto di benessere personale. La cura di sé è un processo continuo, lungo, faticoso e, soprattutto personale.

L'obiettivo del professionista che forma e addestra un paziente portatore di stomia è spingere quest'ultimo ad impegnarsi in comportamenti sani e funzionali.

Per ottenere una condizione ottimale di cura di sé, un paziente deve comprendere a fondo i requisiti di queste pratiche e partecipare ad attività appropriate per rafforzare la propria capacità di cura di sé. Deve essere pienamente consapevole del proprio stato di salute, prendere l'iniziativa per identificare i problemi, mostrare la capacità di risolverli ed evitare di incorrere in spese mediche aggiuntive, molto spesso inutili. In circostanze cliniche solite, che viviamo normalmente, il tempo trascorso in ospedale per un'appropriata educazione del paziente è insufficiente a causa delle brevi degenze ospedaliere e delle risorse sanitarie limitate. Inoltre, i metodi convenzionali di educazione del paziente non possono soddisfare le esigenze fisiche, emotive ed economiche dei pazienti, e non vanno più al passo con i tempi che viviamo.

I pazienti che ricevono un'istruzione inadeguata potrebbero essere scarsamente preparati a impegnarsi nella cura della stomia postoperatoria dopo la dimissione dall'ospedale. Per questo motivo, occorre in aiuto l'innovazione tecnologica e, nello specifico, l'utilizzo di strumenti multimediali avanzati.

I metodi multimediali sono una nuova forma di addestramento del paziente portatore di stomia. Studi da Taiwan e dall'estero hanno confermato che l'uso di materiali multimediali per l'educazione del paziente è più efficace rispetto ai metodi convenzionali. La tecnologia multimediale può superare i limiti di tempo e spazio,

soddisfare le esigenze dei pazienti e della famiglia che si troverà a gestire questa nuova situazione dopo la dimissione. Inoltre, i video multimediali consentono non solo la visione ripetuta delle procedure di auto-cura, ma permettono anche un apprendimento flessibile e indipendente.

Nelle applicazioni cliniche, l'uso di video multimediali produce effetti di apprendimento positivi e può ridurre la probabilità di un'educazione del paziente incompleta o incoerente, che può verificarsi quando gli infermieri che fungono da educatori, hanno, probabilmente, poco tempo e mezzi inadeguati per una formazione adatta. In alcuni studi esteri si è utilizzata una strategia educativa multimediale per i pazienti con stomia per migliorare le loro conoscenze e il loro atteggiamento; infatti, hanno scoperto che l'educazione alla cura di sé attraverso questa metodica tecnologicamente avanzata, può aumentare notevolmente la conoscenza della stomia e del suo trattamento. Altri studi hanno osservato che le persone con colostomia, e le loro famiglie, imparavano guardando i video, e le famiglie hanno anche sviluppato metodi propri per la cura della colostomia.

Gli studi precedentemente menzionati hanno confermato l'efficacia dell'educazione multimediale del paziente per impartire conoscenze e abilità di auto-cura. Questi studi, quindi, possono motivare i professionisti ad implementare l'utilizzo della tecnologia per l'educazione dei pazienti stomizzati, in modo da poter elargire un servizio utile, efficiente ed al passo con i tempi.

Queste metodiche di assistenza, lontane dalla canonica assistenza fatta vis a vis, tra operatore sanitario e paziente, rientrano nei canoni della telemedicina.

Si può definire la telemedicina come “una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti” (Ministero della Salute).

L'uso della tecnologia della telemedicina per l'istruzione e l'assistenza sanitaria non è una novità. In precedenza, la telemedicina veniva utilizzata per comunicare con le aree rurali e fornire assistenza medica a distanza a pazienti con malattie che non necessitavano di cure urgenti. La telemedicina è stata utilizzata anche per la formazione di studenti e giovani professionisti, oltre che per lo svolgimento di convegni. La tecnologia di telemedicina è ampiamente disponibile, poco costosa e

ampiamente utilizzata nel campo dell'istruzione e dell'assistenza medica.

Con l'avvento del COVID-19, con la popolazione generale bloccata, si è reso necessario l'utilizzo della telemedicina da parte di istituzioni, medici e pazienti come approccio didattico e terapeutico. La telemedicina è ancora un passo essenziale nella giusta direzione in quanto è un approccio innovativo alla gestione della condizione di cronicità del paziente portatore di stomia. La telemedicina fornisce assistenza medica ed educativa sicura, conveniente e immediata, abbattendo qualsiasi tipo di barriera, di distanza e di costo.

Nei paesi sviluppati, la pandemia da COVID-19 ha già accelerato l'adozione delle tecnologie di telemedicina come strumento per l'istruzione e l'assistenza sanitaria. Tuttavia, sono stati fatti solo i primi passi. Sono necessari ulteriori lavori per migliorare il sistema di telemedicina al fine di sfruttarne appieno il potenziale e soddisfare al meglio le esigenze dell'assistenza sanitaria moderna. Pertanto, nonostante i problemi e alcuni ostacoli, l'introduzione delle tecnologie di telemedicina nelle attività quotidiane nel contesto della pandemia da COVID-19, e che può trovare spazio anche nella gestione di ulteriori cronicità, per esempio, è un nuovo inevitabile passo verso il futuro, che dovremo compiere in un modo o nell'altro.

Le persone alle quali è stato confezionato uno stoma possono sperimentare un profondo cambiamento dell'integrità fisica e del concetto di sé, con potenziali alterazioni dell'immagine corporea e relative ripercussioni sulla funzione sessuale che è un altro argomento di notevole rilevanza nel mondo dei pazienti stomizzati. Parlare di sessualità è spesso, e aggiungerei purtroppo, considerato marginale o comunque di secondaria importanza.

Sebbene nei primi momenti che succedono l'intervento chirurgico di confezionamento dello stoma, l'entità del quadro clinico assorba la maggior parte dell'attenzione del paziente, successivamente la sfera sessuale, risolta l'emergenza, acquisisce una rilevanza specifica.

La sessualità è un aspetto fondamentale del sé, sia per il singolo che come soggetto inserito nel proprio contesto familiare e sociale. Infatti, Maslow, famoso psicologo statunitense, pone alla base della piramide dei bisogni, i bisogni fisiologici, tra cui menziona la sessualità intesa in tutte le sue forme.

Sono molteplici i modi in cui la patologia incide sulla vita sessuale delle persone: dalla malattia che deteriora ed indebolisce l'organismo, agli effetti collaterali delle terapie mediche e farmacologiche, fino ad arrivare alle conseguenze dei trattamenti chirurgici. I cambiamenti del corpo in seguito alla malattia, come ad esempio il confezionamento di uno stoma, possono far sperimentare sentimenti di frustrazione

che spesso vanno oltre agli effetti fisici provocati dalla malattia o dall'intervento chirurgico. Dal punto di vista puramente fisiologico, in seguito alla realizzazione di una stomia entrambi i sessi possono vivere un calo della libido.

Per quanto la questione della sessualità spesso sia considerata un tabù per il contesto sociale in cui viviamo, è bene considerare questo aspetto di indispensabile importanza per chi si sottopone ad intervento di cistectomia radicale, per esempio. L'intervento chirurgico, incidendo anche sulla prostata, provoca una condizione di impotenza nell'uomo, e sarebbe corretto informare preventivamente il paziente di questa conseguenza. Per quanto possa essere necessario e vitale eseguire l'intervento chirurgico in questione per evitare complicanze e il diffondersi della malattia, rendere consapevole il paziente, soprattutto l'uomo, della modifica fisiologica che subirà, è un dovere deontologico e morale del professionista sanitario, oltre che un dovere previsto dalla legge. Di fatto, come previsto dalla regolamentazione del consenso informato (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"), quando il professionista rende edotto il paziente che si sottoporrà all'intervento in questione, sarebbe auspicabile informarlo anche della soluzione all'impotenza. La tecnologia ha fatto passi da gigante anche in questo campo, creando soluzioni ad hoc. L'invenzione di meccanismi opportunamente posizionati, discreti e funzionali, hanno potuto emarginare questa complicanza derivante dall'intervento chirurgico, garantendo al paziente la propria vita sessuale, incidendo positivamente sulla sua autostima e sulla sua qualità di vita. In conclusione, questo capitolo cerca di evidenziare quali sono i molteplici punti a favore dell'utilizzo della tecnologia e delle sue continue innovazioni nel campo delle stomie fecali e urinarie, per poter garantire uno sviluppo dell'assistenza al paziente, puntando ad un miglioramento della sua qualità di vita. Mi piace definire la stomia come un'occasione e non come una condanna. Purtroppo, il cancro esiste, come esiste la malattia di Chron, la rettocolite ulcerosa e tante altre condizioni patologiche che comportano il confezionamento della stomia. Per quanto io possa solamente immaginare, al momento, cosa significhi avere una stomia, sono fermamente convinto che questa condizione non è una barriera.

Esistono una miriade di presidi e di opportunità che puntano a rendere la vita dello stomizzato non limitata, anzi. Uno tra questi strumenti è di certo la tecnologia. Quindi affidiamoci allo sviluppo tecnologico, investiamo e incentiviamo chi studia e chi si impegna per rendere ciò che sembra un problema irrisolvibile, una nuova opportunità di vita.

8. CONCLUSIONI E RINGRAZIAMENTI

8.1 CONCLUSIONE E RINGRAZIAMENTI EDITORIALI AD AUTORI E COLLABORATORI



GIUSEPPE DODI

*Professore di Chirurgia Generale Università di Padova - Past President Aistom -
Centro Pelvi Padova*

Caro Lettore,

qui si conclude un'opera composta soprattutto nel massimo rispetto delle necessità dei pazienti stomizzati, opera che a buona ragione può essere definita multidisciplinare nel senso più completo e vero di questo termine, peraltro oggi alquanto inflazionato. Si tratta di una composizione ricca e, con buona dose di coraggio editoriale, oso dire completa. Ma può di questi tempi un libro di Medicina essere completo? In realtà la risposta è no.

Quando si va in stampa oggi il più delle volte, sulla carta, si è già obsoleti. Questo fa da un lato la fortuna del web, ma al tempo stesso ne condiziona anche una caratteristica ossessiva e un certo limite. Perché? La risposta è semplice: le certezze, pur sempre relative, in Medicina si hanno solo con le verifiche nel tempo e quindi le innovazioni che suscitano interesse ed entusiasmo nella rete possono poi rivelarsi dei successi ingannevoli e deludenti.

Una qual decantazione del nuovo è quindi benefica e questo volume, com'è ora, ne sono sicuro, è destinato ad essere consultato per più di una stagione. Contiene opinioni, racconti, descrizioni, insegnamenti, critiche ed esperienze di Autori navigati e invariabilmente davvero esperti, capaci quindi di distinguere il luccicante dal garantito. Il Libro Bianco tuttavia si propone anche con un ulteriore merito: la versione digitale, visibile nel sito www.aistom.org potrà essere periodicamente aggiornata a cura del Comitato Scientifico e nelle diverse parti del volume verranno pubblicate annualmente le migliori tesi della Scuola di Stomaterapia.

Ringraziamenti: ma... chi ringrazia chi?

Tu, Lettore che cerchi, trovi, ti interroghi, ti documenti e metterai in pratica le nozioni più utili, sarai grato a chi ha ideato i titoli, commissionato i testi, a chi li ha scritti, redatti e a chi, con le sue autorevoli presentazioni, nelle prime pagine del volume ha dato la sua benedizione, in primis la Presidentessa Nazionale Professoressa Marcella Marletta.

Nel mio ruolo di redattore, l'editor per gli anglosassoni, mi assumo in questa ultima pagina, con una sorta di postfazione, l'incarico di segnalare ed elencare chi merita un grazie per i propri contributi alle varie e articolate parti del volume.

Il gruppo di lavoro, coinvolto nel progetto fin dall'inizio del 2022, è composto da tutto il Comitato Scientifico (in particolare il Dottor Italo Corsale che ha avuto la preziosa funzione di revisore e il Segretario Francesco Diomede instancabile motore dell'opera), dal sottoscritto, dalla giovane Asia D., un'autentica promessa per l'arte, che ha dato un'impronta personale alle figure del libro uniformandole nello stile, da Stefania Tamma della Segreteria AISTom di Bari, da Marah Manalo, segretaria del Centro Pelvi di Padova e già arruolata nel Servizio Civile dell'AISTom, da Laura D. che con la sua arte fotografica ha elaborato tutte le immagini storiche ridando loro la vita dei momenti in cui furono scattate, dal grafico Antonio Susca che con pazienza e perizia ha sempre accolto e criticamente assecondato i capricci della redazione e degli Autori fornendo alla fine un prodotto editoriale di cui tutti andiamo orgogliosi.

Dieci anni fa, nella carica di presidente nazionale dell'Associazione degli Stomizzati ricoperta dal 2006 al 2018, ho vissuto il quarantennale dell'AISTom e partecipato all'edizione di un volume che trova spazio, in formato ridotto, anche tra queste pagine. Era stato voluto con passione e determinazione dal Cav. Francesco Diomede, allora come ora Segretario dell'AISTom. È lui stesso un paziente stomizzato, vera e propria anima dell'Associazione, custode della tradizione ma aperto alle innovazioni e in perenne lotta per il bene dei pazienti portatori di stomie, oltre che degli incontinenti. Fortissimamente orientato ad una composizione complessa dell'opera, ritengo sia riuscito in modo perfetto nel suo intento.

Non posso farmi sfuggire quest'occasione per un ricordo personale che imprime un forte valore alla istituzione AISTom e a ciò che essa rappresenta, oggi dopo mezzo secolo di vita, per i pazienti, le loro famiglie e per la comunità stessa. Le implicazioni della modifica corporea rappresentata dallo stoma, sia esso nell'apparato

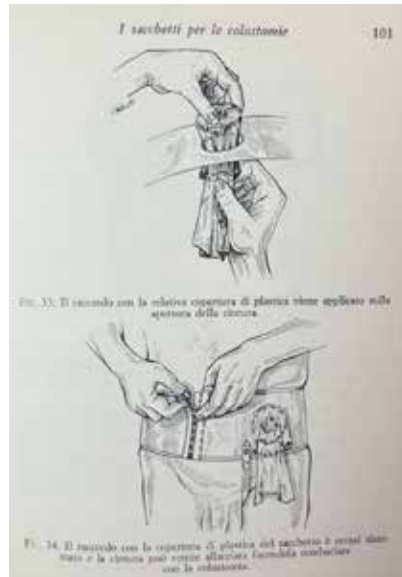
respiratorio o in quello urinario o gastroenterico, si riflettono oltre che nella vita delle singole persone anche nel mondo medico e chirurgico, nonché nel costume e nella psicologia della salute in senso oncologico, scientifico, culturale e di relazione per tutti e non soltanto per chi è stato toccato dall'evento patologico.

Cinquant'anni

L'AIStom è nata dunque nel 1973 a Milano nell'Istituto Nazionale Tumori: io mi ero laureato da poco e a Padova non sembra ne fossimo informati, pur essendo la nostra scuola di chirurgia patavina tra le più importanti d'Italia. Era diretta dal professor Pier Giuseppe Cévese, un pioniere della cardiochirurgia, che apparteneva a quella generazione di chirurghi sì, moderni, ma che conoscevano e avevano praticato loro stessi tutte le specialità, chirurgia vascolare, neurochirurgia, ortopedia, urologia, ginecologia, persino la radiologia, prima che tutte si frammentassero in infinite competenze com'è oggi. Il Maestro aveva gettato in noi allievi specializzando il seme di quella curiosità così importante nella scienza e nella vita e in particolare nell'arte chirurgica. Le stomie e le esperienze degli stomizzati all'epoca cominciavano a richiedere evidentemente più attenzione e nel 1975, quindi poco dopo che il Professor Marcello Pietrojusti a Milano aveva fondato l'AIStom, sentimmo anche a Padova l'esigenza di far qualcosa di utile in questo ambito. Fu così che con il supporto sostanzialmente morale di uno degli assistenti anziani io scrissi un guida per il paziente con "ano artificiale", ma per rispetto (altri tempi...) misi il suo nome come primo autore.

L'enterostomia rappresentava una soluzione disperata, una scelta chirurgica magari salvavita ma "volgare" che annunciava una vita "sporca" con il rischio di isolamento di chi ne era portatore.

Era l'identico motivo per cui a Milano si era fatta la proposta associativa, sull'onda di analoghe iniziative in nord Europa, ove la frequenza di enterostomie nei giovani con malattie infiammatorie intestinali rendeva indispensabile una normalizzazione della disabilità da stomia, allontanandola dai tabù della malattia, del cancro, dell'igiene e della sessualità. I dispositivi erano grossolani e il termine "colostomia" in Italia doveva ancora entrare nell'uso corrente.



Nel 1975, nella Clinica Chirurgica dell'Università di Padova si pubblicava una Guida per gli enterostomizzati, articolata in 150 pagine. Nella figura un esempio dei dispositivi all'epoca proposti ai pazienti che dovevano spesso aiutarsi con soluzioni "domestiche".

Cévese benedisse il libretto dei suoi allievi sull'"ano artificiale" stampato dall'allora giovane casa editrice Piccin con una presentazione che dopo tanti decenni suona ancora attuale e ottimamente si adatta proprio alla conclusione del nostro Libro Bianco.

Questa guida per i portatori di ano artificiale non vuole essere una pubblicazione scientifica, anche se a monte le stanno acquisizioni biologiche, psicologiche e cliniche di grande rilevanza.

Vuol essere soltanto un discorso semplice al portatore di enterostomia, affinché egli sappia superare rapidamente senza grave turbamento la nuova condizione in cui si è venuto a trovare.

Chi, come noi, ha avuto una lunga consuetudine con gli enterostomizzati, sa come poche persone accettino di buon grado il provvedimento chirurgico che tanto spesso si impone come misura transitoria o definitiva e come esso per quasi tutti costituisca uno stress.

Sa come per molti malati l'ano artificiale motivi ansie, preoccupazioni, stati depressivi; sa come di caso in caso - ovviamente anche in rapporto a determinati atteggiamenti psichici, a livelli culturali e sociali diversi - l'oggetto della preoccupazione sia la famiglia, il lavoro, la vita associata, l'attività sessuale o genericamente la propria salute.

Ma noi anche sappiamo che molti pazienti ben presto si adattano alla nuova situazione intestinale e si inseriscono con straordinarie rapidità nella vita di ogni giorno, ritornando ai loro impegni, ai

loro passatempi, alle pratiche sportive di sempre.

Sono questi di solito i malati più intelligenti, più colti e più volenterosi; quelli che riescono a capire la trascurabilità del segmento intestinale perduto per demolizione o esclusione; quelli che, sottoponendosi ad un regime alimentare controllato e curando particolari norme igieniche, apprendono a vuotare l'alvo sempre alla stessa ora o addirittura - casi meno frequenti ma neppure eccezionali- sotto un volontario comando.

Queste considerazioni hanno suggerito ai miei collaboratori di raccogliere in poche pagine tutte le notizie di interesse applicativo che possono riguardare l'enterostomizzato; e le hanno illustrate con figure efficaci seppur semplici, ma del tutto pari al livello culturale della maggior parte dei pazienti cui il libretto è destinato.

Io personalmente suggerirò ai miei malati di leggere queste note e di applicarle su se stessi; suggerirò ai Colleghi più vicini di fare altrettanto con i loro pazienti, nella convinzione che questa guida riuscirà molto valida per tutti gli enterostomizzati; ma soprattutto per coloro che a causa dell'enterostomia si ritrovano disadattati, asociali, con cenestesi profondamente turbata.

Non è, ripeto, questa guida una memoria scientifica; è soltanto il frutto di un'esperienza che gli Autori hanno vissuto vicino ai nostri malati, ai quali dobbiamo sempre essere grati perché tante cose ci insegnano o sottopongono alle nostre riflessioni.

Ma in quale trattato o in quale manuale sono scritte le piccole, banali cose che qui sono raccolte e che d'altro canto riescono tanto utili ai nostri pazienti?

Dunque anche molti Medici hanno forse qui qualche cosa da apprendere, malgrado il libro non sia loro destinato e il linguaggio usato sia volutamente scarno e disadorno.

Ciò non toglie ma anzi accresce il merito degli autori e io ritengo che ad essi molti pazienti dovranno gratitudine.

Per il nostro Libro Bianco le parole dell'indimenticabile Maestro, mezzo secolo dopo, valgono pienamente poichè considerano l'impatto della malattia e della chirurgia sulla psiche dei pazienti, l'influenza assoluta delle loro esigenze sul sistema composto da tutti i professionisti della sanità, dal personale amministrativo, dai politici e dall'industria della salute i cui giusti interessi devono primariamente coincidere sempre con quelli di chi soffre. Di queste istanze il Libro Bianco oggi porta la massima testimonianza da parte di Autori che rappresentano l'eccellenza nazionale.

APPENDICE

APPENDICE

DIZIONARIO DI STOMATERAPIA

ABBOCCAMENTO: collegamento di un'ansa intestinale o di un uretere alla cute

ADERENZA: della placca e/o sacca di raccolta alla cute

ADERENZA ADDOMINALE: adesione di due anse intestinali tra loro o alla parete addominale. È provocata da un'inflammazione o da un trauma

ADESIVO MICROPOROSO: modello perfezionato di adesivo

ADDOME: area del corpo che contiene l'apparato digerente. È compreso tra il diaframma ed il bacino

AGENESIA: mancanza di vescica

AIMAR: Associazione Italiana Malformazioni Anorettali, associazione costituitasi nel 1994

A.I.STOM.: Associazione Italiana Stomizzati, associazione costituitasi nel 1973 a Roma, in seguito trasferita nell'Istituto Tumori di Milano, poi di nuovo Roma e infine a Bari

AMBULATORIO DI STOMATERAPIA: Centro polivalente per la riabilitazione nella gestione dei pazienti stomizzati. Di solito afferiscono al Centro: medico, stomaterapista e psicologo

ANASTOMOSI: tecnica chirurgica che mette in comunicazione due anse intestinali

ANELLO: può essere l'anello di karaya oppure l'anello magnetico del sistema Maclet

ANO ARTIFICIALE: sinonimo di ano praeternaturale. L'espressione andrebbe limitata ai casi in cui l'atto chirurgico ha dovuto risolversi con l'asportazione del retto e dell'ano "naturali"

ANO ILIACO: termine generico per enterostomia. Equivale per lo più alla sigmoidostomia o alla ileostomia

ANO PRAETERNATURALE, che eccede, che supera i limiti o le leggi del mondo naturale, voce dotta dal latino praeter = oltre; e "naturale". Vale enterostomia

ANSA STOMALE: tratto d'intestino che forma lo stoma

ANTI-ANDROGENO PERIFERICO: farmaco che blocca l'azione del testosterone a livello di alcuni organi periferici come la prostata

ANTIFRUSCIO: il mercato della stomia distribuisce sacche in TNT (tessuto non tessuto) che allo stropicciamento operato dal corpo o dai vestiti non irritino (specie in estate) e non diano fruscio

APPARECCHIATURA DELLO STOMA: applicazione dei presidi per stomia. La prima apparecchiatura viene effettuata in sala operatoria al termine dell'intervento chirurgico

APPARECCHIATURA (DELLO STOMA): da <<apparecchiare>>, che vale preparare, approntare, mettere a punto, allestire. Anche se il termine all'apparenza stride con le pratiche stomali, vi si può ben adeguare

APPLICAZIONE: della sacca di raccolta e/o della placca alla cute

AUSILI PER L'INCONTINENZA: sacche, placche, sonde, cateteri, pannoloni e quant'altro serve allo stomizzato e alla persona incontinente. Tecnicamente parlando si definiscono dispositivi medici monouso.

BAMBINO STOMIZZATO: Lo stoma nel bambino ha qualche peculiarità, per quanto valgano le stesse regole dell'adulto: sono diverse le malattie che lo necessitano (malformazioni anorettali, enterite ulceronecrotica, valvole uretrali, ipospadia, malformazioni complesse, traumi, ma soprattutto la malattia di Hirschsprung, o megacolon congenito). Quasi sempre la stomia è temporanea

ARRIERA PROTETTIVA: vale "placca", ed è la parte della sacca e/o placca che si fa aderire alla cute, composta di sostanze che dovrebbero favorire il trofismo cutaneo e non allergizzanti

BIOFEEDBACK TRAINING (MEDIANTE IL CONTROLLO VOLONTARIO DELLE FUNZIONI FISIOLOGICHE): è un metodo di riabilitazione

BIOPSIA: asportazione di una parte di tessuto per poterlo esaminare ed effettuare una diagnosi

BORSA: sinonimo di sacca, o sacchetto per la raccolta delle feci o dell'urina

BRICKER (INTERVENTO SECONDO -): è una uretero-ileocutaneostomia (derivazione urinaria esterna) coi due ureteri abboccati a un'ansa del tenue isolata che all'altro capo è portata alla parete addominale in forma di stomia, dalla quale, ovviamente, esce soltanto urina

BROOKE: tecnica chirurgica di tipo demolitivo, in cui avviene la totale asportazione del colon, mentre l'ileo è connesso all'addome in forma di stomia

BYPASS INTESTINALE: collegamento artificiale di due tratti dell'intestino

CALIBRO (O DIAMETRO): è la larghezza del foro centrale della placca (o della sacca monopezzo), cioè del tondo che aderisce alla cute e viene a contenere lo stoma: precostituito (secondo varie misure generalmente standard) o da ritagliare

CANNA DI FUCILE: è un tipo di colostomia o, a volte, di ileostomia a doppia canna

CARBONE ATTIVO: è il materiale che costituisce il filtro delle sacche per stomia, ha la capacità di neutralizzare i cattivi odori generati dalle feci

CECOSTOMIA (O CIECOSTOMIA): è una colostomia tangenziale, o laterale, fatta sul cieco

CENTRO (DI RIABILITAZIONE STOMALE): come dire ambulatorio, ma con significato più estensivo. Vi sono infatti i “Centri” affiliati all’AISTOM., cui afferiscono competenze e specialisti vari (chirurgo, urologo, psicologo, dietologo e stomaterapista). Senza la presenza di una Stomaterapista formato dalla Università, Scuola nazionale Aistom o AIOSS, il “Centro” non può essere accreditato Aistom

CERTIFICATO ONCOLOGICO INTRODUTTIVO: è compilato on-line sul sito INPS dall’oncologo (autorizzato dall’INPS) che ha in cura il paziente. È l’iter “propedeutico” che agevola la visita nell’accertamento dell’invalidità nei malati oncologici, fornendo la corretta codifica. Il certificato punta a diventare strutturale (INPS - Agenas e FAVO) attraverso una procedura nazionale, rapida e valida

CHEMIOTERAPIA: tecnica di somministrazione di farmaci attivi contro le cellule tumorali

CHIMO: sostanza semiliquida ricca d’acqua presente nello stomaco e nell’intestino. È composto da cibo digerito in parte e dai succhi gastrici

CIECO: primo tratto di colon lungo circa 10-15 cm, si trova nella zona in basso a destra dell’addome

CIECOSTOMIA: stomia realizzata nel tratto dell’intestino cieco

CINTURA REGOLABILE: indossata come supporto alla placca o sacca di raccolta, poiché non aderiscono bene al piano cutaneo, o al momento dell’irrigazione

CISTECTOMIA: rimozione chirurgica totale o parziale della vescica

CLISMA OPACO TRANSTOMALE: la sonda e il mezzo di contrasto vanno introdotti dallo stoma (analogamente alla colonscopia transtomale)

COLECTOMIA: asportazione totale o parziale del colon

COLITE: infiammazione del colon

COLON: è la parte più voluminosa dell’intestino, è suddiviso in tre tratti: colon ascendente, trasverso e discendente. Ha origine dalla fine dell’ileo e termina nel retto, estendendosi per una lunghezza di circa 1,3 m.

COLONSCOPIA: tecnica esplorativa del colon e del retto attraverso l’uso di una sonda inserita nell’ano

COLOSTOMIA: stomia confezionata a livello del colon. L’aboccamento può trovarsi a sinistra o a destra sulla parete addominale a seconda del tratto di colon interessato

COLOSTOMIA DEFINITIVA: colostomia in cui non è possibile effettuare un successivo intervento di “ricanalizzazione” e ripristinare la naturale espulsione delle feci

COLOSTOMIA TEMPORANEA: deviazione temporanea del colon a livello dell’addome per il periodo necessario alla cura delle patologie intestinali che l’hanno causata

COLOSTOMIA A DOPPIA CANNA: è la “classica” canna di fucile con le due anse appaiate e una sola conducente feci

COLOSTOMIA A SPERONE: esteriorizzazione dell’ansa colica su bacchetta di vetro poggiata alla cute con successiva apertura dell’intestino

COLOSTOMIA DECOMPRESSIVA: intervento d’urgenza, o palliativo, per una evenienza acuta (es.: una occlusione, una perforazione, un trauma)

COLOSTOMIA DI PROTEZIONE: atto a proteggere una anastomosi distale alla colostomia medesima

COLOSTOMIA TEMPORANEA: provvisoria. Destinata alla chiusura

COLOSTOMIA TERMINALE: classico esempio è rappresentato dalla sigmoidostomia

COMPLICAZIONE DELLO STOMA: si inquadrano nella voce <<patologia stomale>>

COMMISSIONE DI MONITORAGGIO DELL’ATTUAZIONE E AGGIORNAMENTO DEI LEA: il compito della Commissione è quello di monitorare costantemente quale sia il livello di attuazione e implementazione dei **LEA** in tutte le Regioni italiane ed eventualmente di intervenire, mediante apposite verifiche – effettuate anche in collaborazione con i Carabinieri dei NAS – nelle ipotesi in cui si ravvisi una mancata, incompleta o scorretta erogazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza

CONFEZIONE DELLO STOMA: oltre ad allestimento, esecuzione, realizzazione; con lo stesso significato

CONO: elemento che fa parte del set per l’irrigazione. È la parte finale dell’irrigatore che viene introdotta all’interno dello stoma

CONTROLLO (DELLA EVACUAZIONE E DELLE SECREZIONI IN SENSO LATO): si collega al concetto di continenza, cioè alla capacità di avvertire lo stimolo di evacuare od urinare ed eventualmente essere in grado di ritardare lo stimolo

COPRISACCA: sacca di TNT (tessuto non tessuto) in commercio, che fa da copertura al sacchetto di raccolta, impedendone il contatto con la cute ed in estate

la visibilità del sacchetto

CORREZIONE: di anomalia o difetto stomale

CREMA BARRIERA: medicamento (per l'appunto in forma di <<crema>>) protettivo sulla pelle intorno alla stomia

CROHN (morbo di): patologia infiammatoria dell'apparato digestivo. Più frequentemente coinvolge il tratto finale dell'ileo ed il colon.

CURA DELLO STOMA: l'insieme degli atti e delle attenzioni che allo stoma vengono dedicati. Per gli inglesi è lo <<stoma-care>>

DEFLUSSORE: parte dell'irrigatore: è il tubo in plastica flessibile che conduce l'acqua, provvisto di regolatore di flusso e cono

DEIEZIONE: espulsione delle feci

DEODORANTI: Polveri e/o liquidi introdotti nella sacca di raccolta

DERIVAZIONI URINARIE ESTERNE: L'urina vien fatta deviare dal suo corso ed esce da un orifizio praticato sulla parete addominale cui confluisce un uretere o un'ansa intestinale

DERMATITE PERISTOMALE: si manifesta con l'arrossamento della cute attorno allo stoma, avente la forma della placca e confini netti e allora la dermatite è allergica, oppure ha forma irregolare, magari con lesioni cutanee ragadiformi o cheratosiche, ed è sostenuta da miceti, batteri. A volte lo stesso contenuto intestinale, o le urine, ristagnando sopra la pelle, la <<irritano>>. Altre volte compare l'eczema. Oppure si vede un eritema dove appoggia la sacca e lì è da contatto

DETERSIONE: azione di pulizia della cute

DIAMETRO (o CALIBRO): larghezza dello stoma e del foro della placca. La misura del diametro della placca deve essere molto vicina alla misura del diametro dello stoma

DIARREA: Dovuta a cause varie. Ovvio che nelle stomie prossimali sul tenue o sul cieco non è diarrea in senso patologico ma normale emissione del contenuto intestinale che vi corrisponde. Vale la regola che le feci, più si vanno allontanando verso il colon sinistro, più si rassodano (stitichezza è quando si rassodano troppo, o cala la peristalsi). Feci troppo liquide causano con facilità dermatiti peristomali

DIETA (ALIMENTAZIONE): argomento dalle molteplici sfaccettature. In linea generale le esigenze dietetiche sono diverse nell'ileostomizzato e nel colostomizzato (nel paziente con urostomia la dieta ha ben poca importanza); in entrambi costituisce un metodo di regolazione dell'intestino, inteso all'ottenimento della giusta composizione chimico-fisica delle feci nell'un caso, della migliore frequenza e qualità delle evacuazioni nell'altro caso

DIFETTO STOMALE: Vedi patologia stomale

DILASTOM: dilatatore di materiale plastico di diverso calibro per eseguire una dilatazione a lungo termine a domicilio di colostomie stenotiche

DILATATORE: strumento che serve a dilatare uno stoma stenotico

DISPEPSIA: indigestione

DISTURBO SESSUALE: sopravviene, nell'uomo come nella donna (in questa più difficilmente definibile) dopo un intervento di amputazione del retto o dopo una proctectomia. A volte è organico, come si può dire, da sezione dei nervi del parasimpatico pelvico (riguarda l'erezione), spesso ha ragioni psicologiche

DIVERTICOLO: formazione cava anomala particolarmente a livello del colon

EDEMA DELLO STOMA: un piccolo edema dello stoma succede nei primi momenti dopo l'intervento, finché non ne avviene la "maturazione" (v. <<maturazione>>)

EIACULAZIONE: l'emissione rapida di sperma solitamente associata all'orgasmo

EMORAGGIA: fuoriuscita di sangue interna od esterna al corpo. Prende definizioni diverse a seconda del canale interessato: emorragia arteriosa, venosa o capillare

EMORROIDI: infiammazione dei vasi venosi presenti nell'ano e nel retto

ENDOSCOPIA: metodo di esplorazione dell'interno del corpo. L'endoscopio (tubo in cui sono inserite delle microcamere che trasmettono le immagini) è introdotto nell'organismo attraverso le vie naturali (bocca, ano), oppure un'apertura creata chirurgicamente

ENDOSCOPIA TRANSTOMALE: esame endoscopico condotto attraverso lo stoma.

ENTERITE: infiammazione dell'intestino tenue.

ENTEROSTOMIA: termine generico: stomia intestinale.

ENTEROSTOMISTA: (ABBREVIAZIONE E.T.): è l'infermiere esperto di stomaterapia. Titolo acquisito con Master universitario, Scuola AIOSTOM o AIOSS

ENTEROSTOMIZZATO: lo stesso che <<stomizzato>> nell'accezione comune, ma in particolare, stomizzato d'intestino, esistendo anche <<urostomizzato>>

ERITEMA PERISTOMALE: irritazione della cute che circonda lo stoma

ERNIA PARASTOMALE (O <<PERISTOMALE>>), DIFFICILE DIRE QUALE SIA LA DIZIONE CORRETTA): in effetti è un laparoccele, a volte d'enormi dimensioni, susseguente alla interruzione della fascia muscolare dove viene confezionato lo stoma

ESOFAGOSTOMIA: aboccamento dell'esofago alla cute in anastomosi terminale o laterale. L'esofagostomia in realtà è soltanto cervicale.

ESPLORAZIONE DELLO STOMA: si fa con il dito mignolo (o l'indice se lo stoma lo consente).

ESPLORAZIONE RETTALE: una procedura comune per la diagnosi dei tumori della prostata; si tratta di una visita particolare con la quale il medico inserisce nel retto del paziente un dito guantato e lubrificato, in modo da percepire la forma e le dimensioni della prostata attraverso la parete del retto.

FAIP: Federazione delle Associazioni italiane di Persone con lesione al midollo spinale, Federazione costituitasi nel 1985 e conta 19 associazioni consociate

FAIS: Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati, nata dalla scissione da Aistom nel 2002

FAVO: Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia. E' nata nel 2003 e sono federate circa 600 associazioni di pazienti o per i pazienti

FARINGOSTOMIA: abboccamento della faringe alla cute

FISH: Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap, costituitasi nel 1994, conta 27 associazioni federate

FISTOLA ENTEROCUTANEA: canale patologico che collega due cavità dell'organismo (FISTOLA INTERNA), oppure una cavità e la cute (**FISTOLA ESTERNA**)

FISTOLA STOMALE: è transtomale, viscerocutanea, o cieca interna, secondo una nota classificazione. Le prime dovute generalmente alla persistenza o a una recidiva della malattia di Crohn; la seconda assai spesso causata dalla ritenzione di un filo di sutura non riassorbibile

FLANGIA: bordo circolare in rilievo presente nella placca del sistema a due pezzi. Consente il posizionamento ed il fissaggio della sacca

FLOGOSI: processo infiammatorio

FOSFATASI ACIDA PROSTATICA: si tratta di una sostanza dosabile nel sangue e che aumenta in molti casi quando il tumore si è diffuso fuori dalla ghiandola

GAS: dallo stoma intestinale

GASTROSTOMIA: viene eseguita quasi sempre con l'intendimento di alimentare l'ammalato e dunque ha significato diverso dagli stomi <<derivativi>>

GESTIONE DELLO STOMA: come dire manutenzione, governo, nursing, stoma-care

GOLIGHER: tecnica di, procedimento extraperitoneale di-. Descritta nel famoso trattato di J.G. Goligher: <<Surgery of the anus, rectum and colon>>. L'ansa destinata alla stomia vien fatta passare dietro il peritoneo parietale e qui viene fissata sì da ottenerne una maggiore stabilità, che eviti il prolasso.

GRANULOMA STOMALE: così vien chiamato il rilievo mucoso di forma irregolare che sporge dalla mucosa stomale soprattutto dove questa è prominente e vi si appoggia la superficie della sacca, tanto che si è pensato possa esserne questa la causa. A volte di questi <<granulomi>> tutto lo stoma è disseminato, facile al sanguinamento. Si tolgono facilmente con elettrocoagulazione ma altrettanto facilmente si riformano

GRANULOMA STOMALE: formazione di forma irregolare che sporge dalla mucosa stomale. È causato da un'inflammazione sorta in seguito alla presenza di un elemento fisico, chimico o batterico non tollerato dall'organismo.

HANDICAP: la stomia è un handicap? una menomazione? una mutilazione? Orbene anche se lo stomizzato non gradisce essere definito handicappato, certamente la stomia definitiva è un intervento chirurgico fortemente demolitivo che comporta varie problematiche (igieniche, sessuali, relazionali, rallentamento dei riflessi psicomotori, ecc., ecc.). Ne consegue, che a parere dell'A.I. STOM. e non solo (vedere disegno di legge n.3826), la stomia, di fatto è un handicap <<invisibile>>. Anche perché diversamente essi non potrebbero rivendicare i diritti

HARTMANN: resezione del sigma secondo -. Resecato il tratto di sigma, il capo prossimale del colon viene abboccato alla parete addominale, quello distale chiuso a fondo cieco

HARTMANN: tipologia d'intervento chirurgico che porta al confezionamento di una colostomia. Viene effettuata l'asportazione del tratto del colon interessato dalla patologia ed il mantenimento del retto. Si potrà procedere ad un'eventuale successiva ricanalizzazione

KARAYA: materiale di origine vegetale utilizzato nelle placche nella metà degli anni '70. Molto delicato sulla cute e ben tollerato ma dalla ridotta capacità adesiva

KARAYA: resina naturale, poi combinata in sintesi derivante da un albero delle sterculiacee che annovera anche il cacao. Applicata alle sacche in forma di anello, alle stomie in forma di pasta, polvere

KOCK: o tasca continente, serbatoio di Kock (Kock N.G. Intraabdominal reservoir in patients with permanent ileostomy Arch. Surg. 99, 223, 1969): in principio come perfezionamento della ileostomia, poi esteso alle neovesciche ileali e tentato altresì nelle colostomie. Si allestisce una sorta di sacca con anse intestinali ravvicinate e aperte una nell'altra, una di queste ricostruita a valvola. Lo svuotamento della sacca si ottiene, a volontà, infilando una sonda dallo stoma. Ha entusiasmato molti ma gravano su di esso non poche complicazioni e disfunzioni sicché, dopo alterne fortune, oggi tende a effettuarsi meno di un tempo.

ILEAL CONDUIT: derivazione urinaria costruita mediante anastomosi degli ureteri con un'ansa intestinale isolata e abboccata alla cute

ILEO: tratto finale dell'intestino tenue, si estende dal digiuno fino alla valvola ileo-cecale

ILEOSTOMIA: stomia confezionata a livello dell'intestino tenue. In particolare, viene confezionato lo stoma nel tratto dell'ileo

ILEOSTOMIA: temporanea o definitiva, terminale o laterale, continente o incontinente (molte caratteristiche sono comuni alle colostomie)

INAPPARECCHIABILITÀ: più d'una condizione rende difficoltosa l'apparecchiatura dello stoma ma una in particolare arriva a impedirlo ed è lo stoma mal situato. Può accadere quando non si effettua il posizionamento preoperatorio della stomia

INCONTINENZA: perdita incontrollata di urina

INCONTINENZA: altro non è che il contrario della continenza. Invero acquisisce un significato diverso che nelle persone non stomizzate incontinenti (di feci o d'urina) per fatti loro, pur se la distinzione è così pedante che quasi nessuno la fa. Ma qui, nello stomizzato, è una condizione, là è una malattia. Nel senso che laddove passano feci liquide, o urine, e non c'è uno sfintere a trattenerle, non può esservi continenza. Questa nelle stomie di sinistra spesso si consegue ma non basta l'esercizio della volontà, occorrono bensì espedienti vari, <<riabilitativi>>. L'individuo in definitiva deve essere riabilitato e riabituato

INTESTINO: tratto dell'apparato digerente che si estende dal piloro fino all'ano. Assume la forma di un tubo ripiegato su se stesso, dalle pareti flessibili. È diviso in intestino tenue (duodeno, digiuno ed ileo), che ha il compito di assorbire le sostanze nutritive degli alimenti, ed intestino crasso (cieco, colon, retto) la cui funzione è assorbire l'acqua e formare le feci

INTESTINO IRRITABILE: infezione del colon causata da una cattiva alimentazione o dalla presenza di batteri.

IPERTROFIA: aumento di volume di un tessuto o di un organo

IRRIGAZIONE: tecnica riabilitativa che ha lo scopo di far recuperare la continenza intestinale.

IRRIGAZIONE (TRANSTOMALE): <<Tecnica terapeutica consistente nell'introdurre, sotto determinata pressione, acqua tiepida nella cavità mucosa>>. Sinonimi: lavaggio, clistere. Negli Ambulatori di Riabilitazione stomale dell'A.I. STOM., tale pratica viene insegnata ai colostomizzati dagli E.T. In talune particolari situazioni possono esistere cause di impedimento alle irrigazioni transtomiali

ISCHEMIA: riduzione dell'apporto di sangue ad un organo.

LEA: sono i Livelli Essenziali di Assistenza, in sintesi, le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse). I LEA sono previsti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza. Il Decreto sostituisce infatti integralmente il DPCM 29 novembre 2001, con cui i LEA erano stati definiti per la prima volta

LE LINEE GUIDA: sono documenti che forniscono raccomandazioni di comportamento clinico. Sono elaborati mediante un processo di revisione sistematica della letteratura (sinossi: studio che individua, valuta e sintetizza i dati di studi scientifici allo scopo di offrire risposte esaurienti basate su dati empirici) e delle opinioni degli esperti con lo scopo, da un lato, di massimizzare i risultati e le risorse dell'assistenza sanitaria e, dall'altro, di omogeneizzare la prassi clinica in presenza di situazioni analoghe e di contrastare l'utilizzo di procedure ad efficacia non documentata. Le Linee Guida sono prodotte da gruppi multidisciplinari e offrono un'ampia definizione della buona pratica professionale, essendo basate su analisi, valutazioni e interpretazioni sistematiche delle prove scientifiche

LINFOADENECTOMIA: rimozione dei linfonodi vicini alla prostata al fine di esaminare la eventuale presenza di cellule tumorali

LINFONODI: piccole strutture a forma di fagiolo che si trovano lungo i vasi del sistema linfatico. I linfonodi producono globuli bianchi e filtrano i batteri o le cellule carcinomatose che circolano nel sistema linfatico

LIQUIDO SEMINALE: liquido biancastro e denso contenente oltre agli spermatozoi anche il secreto della prostata; sinonimo di sperma

LOCALIZZAZIONE DELLO STOMA: il suo posizionamento sull'addome, che ovviamente dovrebbe essere fatto prima dell'intervento

MACERAZIONE (DELLA CUTE PERISTOMALE): si vede nelle urostomie, ove la cute di continuo impregnata di urina diviene bruniccia e tende a ipertrofizzarsi, così che si formano, evidentemente per il continuo deposito di sali urinari commisti a cheratina, rilievi cutanei a corona da un lato detto stoma o tutto intorno

MALPOSIZIONAMENTO DELLO STOMA: quando lo stoma viene confezionato in una posizione non opportuna (ad esempio vicino a piaghe cutanee, a rilievi ossei) che ne impediscono una corretta gestione.

MALPOSIZIONE DELLO STOMA: cioè, lo stoma situato nel posto sbagliato, il che può comportare problemi gestionali o l'insorgenza di complicanze

MATURAZIONE DELLO STOMA: Lo stoma, ci impiega il suo tempo, prima debbono andarsene l'edema, la congestione, la reazione ai punti di sutura, sempre che non vi siano complicazioni

METASTASI: la diffusione di cellule carcinomatose in altre parti dell'organismo

MILES: intervento secondo M., o amputazione addominoperineale del retto. Si conclude con una sigmoidostomia terminale. La maggior parte dei pazienti che si presentano in ambulatorio di stomaterapia e hanno una colostomia definitiva, sono stati operati di amputazione del retto secondo Miles. A meno di controindicazioni particolari i pazienti vengono avviati alla pratica dell'irrigazione.

MIMETIZZAZIONE (DELLO STOMA): sotto un vestito, sotto una pancera, c'è chi è davvero bravo in questo esercizio. Quelli che hanno l'intestino perfettamente regolato mettono un cerotto sullo stoma e vanno sicuri

MINISACCA: modello di formato ridotto di sacca, da usarsi dopo l'irrigazione; taluni, ostentando la massima certezza di <<pulizia>>, rinunciano anche a questa e si contentano di un semplice cerotto che copra lo stoma

MINZIONE: naturale eliminazione dell'urina da parte della vescica

MODELLO (DELLA SACCA O D'ALTRO): affine al <<tipo>>, altro non è che il nome che vien dato alle protesi in tutte le loro svariate forme, similitudini e piccole differenze. Una classifica generale si può fare tra modelli <<a un pezzo>>, con adesivo, e modelli <<a due pezzi>>, con placca adesiva separata e provvista di flangia

MOLLETTE: di plastica, servono alla chiusura superiore della sacca di scarico, utilizzata durante l'irrigazione

MORSETTO (O FERMAGLIO): aggeggio di plastica che s'adopera per le sacche a fondo aperto dopo che si sono vuotate, o quando s'indossano.

MUCO: materiale che riveste le mucose. Ha principalmente una funzione protettiva, ma un'elevata produzione è il sintomo d'inflammatione della mucosa.

MUCOCUTANEA (SUTURA): tipo di sutura fra lo stoma e la cute, specialmente nelle colostomie di sinistra, a punti staccati, che esita in uno stoma a piatto (non più rilevato come si usava un tempo) sul piano cutaneo

NECROSI: perdita della vitalità delle cellule di un tessuto a causa di una scarsa circolazione sanguinea.

NEFROSTOMIA: Si fa con una cannula fuoriuscente dalla cute per detendere il rene in caso di idronefrosi

NEOPLASIA: insieme di cellule che crescono in modo abnorme. Sinonimo di tumore

NEOPLASIA DELLO STOMA: è la estensione di una recidiva neoplastica intestinale o è un tumore primitivo formatosi sulla mucosa stomale. Quest'ultimo è d'una assoluta rarità

NEOSTOMA: si dice di un nuovo stoma addominale fatto contemporaneamente alla chiusura del <<vecchio>> necessitata da una grave flogosi o da assoluta inapparecchiabilità o da altro, oppure in aggiunta a uno stoma già presente

NEOPLASIA: riproduzione incontrollata di alcune cellule che vanno a formare un nuovo tessuto.

NOMENCLATORE PROTESICO: inserito nei nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) riporta in codici la normativa europea vigente e (UNI-ISO/9001) l'elenco delle protesi e degli ausili ottenibili gratuitamente dal Servizio Sanitario Regionale ed ASL, le quantità massime prescrivibili e le modalità per ottenere la fornitura.

O48: codice per esenzione ticket per patologie oncologiche

OCCLUSIONE INTESTINALE: grave condizione patologica caratterizzata dall'arresto della progressione del contenuto solido, liquido, gassoso dell'intestino.

ONCOLOGO: medico specialista nella cura dei tumori

ORCHIECTOMIA: rimozione chirurgica dei testicoli

PALLIATIVO: stomi temporanei o definitivi decompressivi defunzionizzanti semplici o a doppia canna, possono essere tutti palliativi, cioè, intesi a migliorare uno stato o una malattia senza che se ne eliminino le cause

PARASTOMALE: (v. <<Ernia - >>): di lato allo stoma

PASTIGLIA: termine preso in prestito dalla bottega del farmacista, ma a dire il vero non privo d'una incisiva efficacia. È il dischetto di cute e sottocutaneo che il chirurgo ritaglia sulla parete addominale nel punto dove verrà costruito lo stoma.

Del diametro di due centimetri circa per le ileostomie, due e mezzo per le colostomie
PATOLOGIA STOMALE: l'insieme delle affezioni dello stoma, precoci e tardive, precostituite, spontanee, secondarie. Le cosiddette <<complicazioni stomali>> ne costituiscono un capitolo grande

PDTA: è l'acronimo di "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale". La sua natura e il suo significato sono esplicabili analizzandone il nome stesso. Per "percorso" si intende sia l'iter del paziente, dal suo primo contatto con il Sistema Sanitario Nazionale al trattamento terapeutico dopo la diagnosi, sia l'iter organizzativo, ovvero le fasi e le procedure di presa in carico del paziente. Per "diagnostico, terapeutico e assistenziale" si intende la presa in carico totale dell'assistito, insieme a tutti quegli interventi multiprofessionali e multidisciplinari che ne conseguono. I PDTA

rappresentano quindi dei modelli specifici per un territorio che contestualizzano le Linee Guida rispetto all'organizzazione di una azienda sanitaria/regione, tenendo conto in analisi delle risorse disponibili e garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) emanati dal governo

PERFORAZIONE DELLO STOMA: dipende da dove si realizza: se nello spessore della parete addominale può formarsi una suppurazione o una fistola. Se più sotto, in cavo addominale, potrebbe ancora risolversi, purché limitata a un pertugio, con metodi incruenti, altrimenti necessita la chirurgia. L'abbiamo vista conseguire a una colonscopia transtomale, o a una irrigazione maldestra. Vi predispongono una condizione di diverticolosi

PERIANALE: area attorno all'orifizio anale.

PERINEO: regione anatomica posta tra la radice dello scroto e l'ano

PERINEO: zona tra ano e genitali. **PERISTALSI:** contrazione coordinata della muscolatura che provoca un movimento progressivo. Permette al contenuto di percorrere l'intestino e consente l'assorbimento delle sostanze nutritive.

PERISTOMALE: cute che circonda lo stoma.

PERISTOMALE: attorno allo stoma. V. <<dermatite ->>

PERITONEO: membrana presente nella cavità addominale, ricopre e sostiene gli organi in tale cavità.

PLACCA: è la parte adesiva di un dispositivo di raccolta che viene posizionata sull'addome. È composta prevalentemente da idrocolloide, materiale che garantisce adesività e protezione della cute. Nei presidi monopezzo è unita alla sacca, mentre nel sistema a due pezzi la placca presenta meccanismi di aggancio per connettere la sacca di raccolta.

PERISTOMALE: attorno allo stoma. V. <<dermatite ->>

PLACCA: ha tanti significati, ma se riferito alla nostra placca è una <<lamina sottile di karaya o idrocolloide>>. In commercio esistono differenti qualità di placche, ma tutte morbide e sottili (si adattano bene alle pieghe della pelle)

POLVERE PROTETTIVA: avrebbe anche la funzione di assorbire un eccesso di trasudato. Lo stesso Karaya può essere <<polvere>>

POSIZIONAMENTO DELLO STOMA: in fase preoperatoria viene scelta la zona più adatta in cui verrà confezionata la stomia

PRESIDIO: come sinonimo di sacca, sacchetto, placca, pannolone, ovvero, volgarmente, di <<Protesi>>

PROLASSO DELLO STOMA: dovuto al cedimento o alla mancata fissazione del viscerale al peritoneo parietale. Sempre buona la distinzione in <<mucoso>>

e <<totale>>. Nelle stomie a doppia canna una soltanto può fare prollasso o entrambe. A volte è così cospicuo che la sacca fa fatica a contenerlo e sotto la pressione che esso le imprime tende a staccarsi dalla cute. A volte si mostra infiammato, duro, congesto, scuro color vinaccia; non rientra più in addome: è il segno dello strozzamento o quantomeno della irriducibilità

PROLASSO: eccessiva sporgenza dell'ansa stomale dal piano cutaneo, dovuto al cedimento o al mancato fissaggio del viscere

PROSTATA: la prostata è un organo fibromuscolare e ghiandolare di cui solo gli uomini sono dotati, delle dimensioni di una castagna, che si trova al di sotto della vescica e circonda l'uretra

PROSTATECTOMIA RADICALE: rimozione chirurgica della prostata, delle vescicole seminali e dei linfonodi vicini

PSA: sostanza prodotta esclusivamente del tessuto prostatico

PSA TEST: esame del sangue con il quale si dosano i livelli del PSA, se tali livelli sono elevati bisogna sospettare la presenza di un cancro

PULIZIA (IGIENE) DELLO STOMA. La detersione della cute peristomale non va mai attuata con alcol o etere o altre sostanze <<irritanti>>. Vanno bensì usati acqua e sapone neutro

RACCOGLITORE: chi ha una urostomia, di notte collega la sacca poggiata sull'addome a un sacchetto ai piedi del letto, di maggior capacità, così che non ha bisogno di recarsi in bagno per il cambio della sacca. Sembra poco ma è funzionale ed utilissimo

RADIOTERAPIA: tipo di terapia che utilizza radiazioni ionizzanti per scopi medici. In particolare, nel trattamento delle neoplasie.

RECIDIVA: ricomparsa dei sintomi di una patologia diagnosticata in precedenza dopo un periodo di sospensione dell'attività cellulare.

RECIDIVA STOMALE: d'una malattia infiammatoria o neoplastica. V. <<Neoplasia stomale>>

REGOLAZIONE (DELL'INTESTINO): quel che si regola è l'alvo; vi sono metodi naturali (dietetici, farmacologici) o meccanici (irrigazione)

RETE ONCOLOGICA: è un sistema amministrativo che mira a dare il massimo supporto alle persone affette da patologie tumorali. I pazienti vengono guidati attraverso questa rete dalla diagnosi alla terapia con il massimo di assistenza dai centri dedicati. Le "Reti Oncologiche Regionali" sono fondamentali per la massima efficacia ed efficienza dei percorsi di cura"

RETRAZIONE DELLO STOMA: qualcuno la chiama affondamento, ma qui

non è che affondi, soltanto si ritrae. La retrazione di solito porta a flogosi e a stenosi. Succede quando l'ansa stomizzata alla cute si pone in trazione, a volte favorita da una deiscenza parziale della anastomosi, che si distacca e pian piano dispone il tessuto intorno alla fibrosi. A volte, nelle persone grasse, le stomie sono al fondo di una retrazione cutanea a imbuto dovuta allo spessore del tessuto adiposo. Il guaio peggiore è che rende inapparecchiabile la stomia

RETRAZIONE DELLO STOMA: affossamento della stomia al di sotto del piano cutaneo

RETTO: la parte terminale dell'intestino che sbocca nell'ano

REGOLAZIONE (DELL'INTESTINO): quel che si regola è l'alvo; vi sono metodi naturali (dietetici, farmacologici) o meccanici (irrigazione)

RETE ONCOLOGICA: è un sistema amministrativo che mira a dare il massimo supporto alle persone affette da patologie tumorali. I pazienti vengono guidati attraverso questa rete dalla diagnosi alla terapia con il massimo di assistenza dai centri dedicati. Le "Reti Oncologiche Regionali" sono fondamentali per la massima efficacia ed efficienza dei percorsi di cura"

RICANALIZZAZIONE DELL'INTESTINO: operazione chirurgica che consente di ricongiungere due tratti intestinali. Con tale procedura avviene la chiusura della stomia.

RICONFEZIONE DELLO STOMA: per tutte le possibili complicazioni che si sono fin qui raccontate arriva il momento della riconfezione dello stoma, che può farsi nella stessa sede dove già si trova, o in altra posizione. Nel secondo caso si parla più esattamente di <<trasposizione>>

RIEDUCAZIONE DELL'INTESTINO: Rieducare l'intestino significa fargli riprendere una condizione di buona regolarità, che riconduca a un buon equilibrio fisico e morale lo stomizzato. Laddove non sia possibile la esecuzione di stomie continenti né la pratica delle irrigazioni, più che la dieta e l'uso di qualche farmaco non si può

RIMODELLAMENTO DELLO STOMA: una stomia ristretta (lo è quando non vi passa l'estremità del mignolo ma talora è così serrata, a pertugio, che vi passa a malapena una matita e uno pensa come faranno mai a passare le feci) può essere rimodellata, cioè, ricondotta a una buona funzione con un semplice intervento chirurgico in anestesia locale

RETTO: la parte terminale dell'intestino che sbocca nell'ano

RIMODELLAMENTO DELLO STOMA: nel caso di una stenosi si procede ad un rimodellamento dello stoma per ripristinare le sue normali funzionalità.

RITENZIONE ACUTA D'URINA: incapacità improvvisa della vescica di svuotarsi con blocco totale della minzione

SANGUE OCCULTO: sangue all'interno delle feci; solo attraverso una colonscopia sarà possibile accertarsi della presenza di eventuali affezioni

SANGUINAMENTO DELLO STOMA: per lo più una banalità, quando è semplice <<congestione>>, o fragilità della mucosa, o qualche <<granuloma>> che trasuda sangue. Altre volte è il continuo fregamento operato dalla parete della sacca; altre volte ancora può essere un polipo, un diverticolo, una recidiva neoplastica. Generalmente si blocca tamponando con acqua fredda o acqua ossigenata

SCELTA DELLA PROTESI: il mercato mette a disposizione un'ampia varietà di <<protesi = dispositivi medici monouso>>; l'enterostomista deve aiutare lo stomizzato nell'individuare il modello più confacente alla propria epidermide e sicurezza relazionale

SEDE: è il punto della parete addominale in cui affiora lo stoma

SERBATOIO: s'intende la vaschetta contenente l'acqua dell'irrigatore oppure il serbatoio intraddominale di Kock o ileostomia continente

SET: termine inglese che vuoi dire serie, insieme, complesso, assortimento. In genere si dice il set (<<completo>> se c'è tutto) dell'irrigatore, ovvero tutte le parti che messe insieme costituiscono l'irrigatore

SFINTERE: muscolo che circonda un orifizio

SIGMOIDEO (ANO -): ano fatto sul sigma, ove <<sigmoideo>> è sinonimo di <<sigmoide>>": che ha la forma di una S. Direi che è l'equivalente di <<ano iliaco>>

SIGMOIDOSCOPIA: ispezione del retto e del colon tramite una piccola sonda inserita attraverso l'ano

SIGMOIDOSTOMIA: costituisce l'occorrenza più frequente in ambito di enterostomie. E' la stomia <<classica>> cui spetta la migliore collocazione topografica sulla parete addominale, secondo regole ormai stabilite potendo essa accompagnare (come è per la ileostomia) la vita dell'operato per tutto il tempo a venire. <<Terminale>>, a <<doppia canna>>

SISTEMA: termine troppo generico perché gli si attribuisca un valore di catalogazione. Nel nostro mestiere, almeno. Si dice sistema a un pezzo o a due pezzi, sistema con Karaya, con cintura, con filtro, a valvola, magnetico

SMONTARE (UNA STOMIA): Smontare una stomia indica chiuderla per ricanalizzare l'intestino o per allestirne un'altra con lo stesso tratto d'intestino o con uno diverso

SOLFATO DI BARIO: sostanza liquida somministrata per via orale o attraverso l'ano per aumentare il contrasto degli esami diagnostici condotti sull'apparato digerente

SPERMA: liquido biancastro e denso contenente oltre agli spermatozoi anche il secreto della prostata

STADIAZIONE: insieme degli esami che si eseguono per conoscere lo stadio di un cancro

STADIO: termine usato per definire l'estensione del cancro

STENOSI: riduzione del diametro stomale al di sotto dei livelli accettati per consentire la normale funzione evacuativa.

STENOSI DELLO STOMA: uno stoma che non sia facilmente esplorabile col dito mignolo viene considerato stenotico. Si distingue una stenosi cutanea e fasciale

STOMA: deriva dal greco e significa "bocca"

STOMATERAPIA: <<riabilitazione enterostomale>>

STOMATERAPISTA: L'ENTEROSTOMISTA O L'E.T. Quale delle tre dizioni sia la migliore lasciamolo stabilire ai lettori. L'E.T. è una figura molto importante per lo stomizzato, poiché <<operativamente parlando>> sono gli infermieri professionali E.T. che assistono sin dall'immediato decorso post-operatorio gli stomizzati. L'AISTOM e L'AIOS da anni rivendicano al Ministero della Sanità il riconoscimento giuridico di simile figura professionale.

STOMIA: intervento chirurgico mediante il quale viene realizzato l'abbinamento di un viscere dell'apparato digerente o urinario all'addome.

SUPPORTO: è afflitto da un significato che resta nel vago. Vale: sostegno. Una cintura regolabile, una ventriera, sono indubbiamente di supporto, ma esiste anche il "supporto" psicologico

SUPPURAZIONE STOMALE (O PERISTOMALE): a volte in forma di veri ascessi o flemmoni peristomali, coi segni generali della infezione, che vanno drenati. Attribuiti a contaminazione fecale della ferita dove s'è fatto lo stoma

SUPPURAZIONE: formazione di pus

SUSSIDIO: sinonimo di protesi o ausilio

SUTURA: chiusura di una ferita attraverso una cucitura realizzata in sede chirurgica

TAPPO: è applicabile nelle colostomie dopo aver effettuato l'irrigazione

TENESMO: spasmo involontario e doloroso dell'ano che si accompagna ad un bisogno impellente di defecare. Prodotto da un processo infiammatorio che interessa principalmente il retto, l'ano

TESSUTO: gruppo di cellule organizzate in modo da eseguire uno specifico

compito

TESTOSTERONE: ormone maschile prodotto dai testicoli e in piccola parte dalle ghiandole surrenali. Il testosterone stimola l'attività sessuale maschile e la crescita degli organi sessuali, compresa la prostata

TRASPARENTE: una sacca per enterostomia può essere trasparente oppure opaca e colorata secondo i casi. Nel periodo post-operatorio, per esempio, la sacca trasparente facilita l'osservazione del contenuto intestinale e consente di seguire la maturazione della stomia

TRASPOSIZIONE DELLO STOMA: per grave affezione dello stoma non altrimenti emendabile. Si fa dallo stesso lato dell'addome, o dal lato opposto

TRASVERSOSTOMIA: stomia fatta sul trasverso: terminale o tangenziale o a doppia canna; sempre più rara a vedersi (qualche indicazione rimane, ma se ne rende difficile l'apparecchiatura). A destra o a sinistra. Quella di sinistra, per consistenza del contenuto intestinale e per le possibilità di regolazione dell'alvo e di continenza, somiglia alla sigmoidostomia

TRASVERSOSTOMIA: stomia realizzata sul colon trasverso. Può essere in posizione destra, mediana o sinistra

TRASVERSOSTOMIA A DOPPIA CANNA: v. <<Colostomia a doppia canna>>

TUMORE: insieme di cellule che crescono in modo abnorme

TUMORE BENIGNO: un tumore a crescita limitata, non canceroso

TUMORE MALIGNO: un tumore di tipo canceroso, che tenda a svilupparsi e diffondersi senza controllo

TUTORE: sottile tubo intraureterale o intravesicale che, nelle derivazioni urinarie esterne è posto a protezione di una anastomosi. Nella ureterocutaneostomia, da ciascun uretere abboccato alla cute, esce un tutore che va rimosso e cambiato ogni 3-4 settimane, ma destinato a rimanere a permanenza

URETERE: condotto che consente il passaggio dell'urina dal rene alla vescica.

URETEROCUTANEOSTOMIA: tipologia di urostomia. Intervento chirurgico che comporta l'abboccamento degli ureteri all'addome.

URETEROCUTANEOSTOMIA: è forse la più esemplare delle derivazioni urinarie esterne, che sempre meno è destinata a vedersi. Bilaterale o monolaterale

URETRA: canale che porta l'urina dalla vescica all'esterno durante la minzione

UROLOGO: medico specialista nella diagnosi e cura delle malattie dell'apparato urinario e dell'apparato genitale maschile

UROSTOMIA: stomia confezionata a livello dell'apparato urinario

UROSTOMIZZATO: il <<portatore>> di una urostomia

VENTRIERA: come panciera, giacché pancia e ventre sono la stessa cosa. Fino a qualche tempo fa si usavano apposite ventriere con un orifizio, a destra o a sinistra, entro cui si faceva passare la sacca stomale, e anche lo stesso stoma rimaneva allo scoperto, non trattenuto dal sostegno elastico. Poi si è detto che vanno meglio le ventriere chiuse le quali non impediscono l'uscita delle feci né il riempimento del sacchetto e neppure sembrano causa di trauma sullo stoma. In caso di ernie peristomale la si ottiene gratuitamente, con scadenza ogni due anni

VESICICA: organo di forma sferica posto nell'addome inferiore. Grazie alle sue pareti elastico muscolari ha la capacità di trattenere le urine e di espellerle a comando contraendosi

VESICOLE SEMINALI: due piccole strutture poste in vicinanza della prostata tra retto e base vescicale. Hanno la funzione di produrre parte del liquido seminale

VILLI INTESTINALI: protuberanze della parete intestinale, hanno il compito di assorbire le sostanze nutritive degli alimenti ingeriti

