

Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso



Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso

Indice

Presentazione	3
Il modello organizzativo dell'ASL di Brescia per la gestione della rete dei servizi territoriali	4
Contatti e recapiti utili	7
Il caregiver questo sconosciuto	13
DIARIO di assistenza familiare	15
Indicazioni generali	17
Il lavaggio delle mani	19
Regole generali per una corretta misurazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca	21
Come conservare e utilizzare correttamente i farmaci	23
La febbre	25
La stitichezza	27
Regole generali per una corretta raccolta delle urine delle 24 ore	30
Terapia endovenosa a domicilio	31
Prevenire la sindrome da immobilizzazione	36
La persona con problemi respiratori	39
L'insufficienza respiratoria e ventilatoria	41
Ossigenoterapia	43
Gestione domiciliare della tracheostomia	48
La ventilazione meccanica	54
La persona diabetica	63
Il diabete mellito	65
Prelievo capillare per il monitoraggio della glicemia	69
Conservazione dell'insulina e tecnica di somministrazione	71
Ipoglicemia e iperglicemia	74
Prevenzione del piede diabetico	78

La persona con incontinenza urinaria	81
L'incontinenza urinaria	83
La persona con problemi di nutrizione	91
La nutrizione enterale	93
La nutrizione parenterale	103
La persona con enterostomia	109
L'assistenza alla persona con enterostomia	111
La persona con insufficienza renale cronica	115
L'insufficienza renale cronica	117
Assistenza alla persona emodializzata	126
La persona malata di cancro	129
Le piaghe: come “salvare la pelle”	139
La persona con problemi di movimento	151
Assistenza alla deambulazione (camminare)	153
Assistenza alla persona con emiplegia (paralisi di braccio e gamba)	158
Il sollevatore mobile	163
La carrozzina	166
Chi si ferma è perduto - Tecniche assistenziali riabilitative	172
La persona con demenza e disturbi del comportamento	183

PRESENTAZIONE

Assistere in famiglia persone con problemi di salute è una realtà che, nel tempo, ha subito importanti mutamenti.

Se si rivolge lo sguardo al passato, era una normale prassi assistere le persone anziane e malate a casa, grazie alla presenza di nuclei familiari numerosi e delle donne, ancora prevalentemente impegnate nel ruolo di mamme e di casalinghe. Anche l'accompagnamento alla morte avveniva quasi sempre, ed in modo naturale, tra le mura domestiche.

Negli ultimi decenni i mutamenti sociali, economici e i progressi della medicina hanno modificato radicalmente il contesto, garantendo una durata di vita media in costante crescita e la sopravvivenza per lunghi periodi anche in presenza di patologie croniche e invalidanti. Parallelamente le famiglie hanno subito un processo di nuclearizzazione e le donne, da un ruolo caratterizzato da una forte componente assistenziale, si sono inserite in modo sempre più importante nel mondo del lavoro.

A fronte di questi cambiamenti numerosi sono i servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari che i sistemi sanitari e socio-sanitari offrono per garantire i necessari interventi assistenziali. L'ASL di Brescia, a partire dal 1998 ad oggi, ha sviluppato un modello organizzativo (illustrato nella scheda che segue) che consente di rispondere in modo appropriato ai bisogni del singolo utente.

In particolare, quando si desidera continuare a mantenere il proprio familiare a casa in presenza di bisogni assistenziali anche complessi, è garantita la stesura di un piano di assistenza personalizzato che, in base alle specifiche esigenze, oltre alla presenza del medico di famiglia quale responsabile clinico dell'assistito, può prevedere anche quella dell'infermiere, del fisioterapista, dei medici specialisti, degli operatori di supporto. Nello stesso piano possono essere inseriti anche interventi di competenza dei Servizi Sociali del Comune, in stretta integrazione e sinergia con i servizi sanitari.

A differenza di quanto avviene quando una persona è ricoverata in ospedale o è inserita in una struttura residenziale (una volta chiamate case di riposo) in cui l'assistenza è garantita 24 ore su 24, a domicilio arriva il momento in cui, dopo uno specifico percorso di accompagnamento e di addestramento, è il familiare che si trova a dover gestire le necessarie procedure assistenziali.

È “mettendosi nei panni” di coloro che assistono che è nata l'idea di questo manuale. Accanto alla presenza di specifiche professionalità, ci è sembrato utile rendere disponibile uno strumento che gli operatori sanitari possono utilizzare nelle fasi di insegnamento delle tecniche e consultabile dal familiare in loro assenza. Si tratta di un manuale ad anelli che viene allestito con le schede relative ai problemi presentati dall'utente e quindi personalizzato sulla scorta della specifica situazione (in questa versione rilegata sono raccolti tutti gli argomenti fino ad oggi predisposti).

L'obiettivo non è quello di promuovere tutti “infermieri sul campo”: basti pensare che per esercitare la professione di infermiere oggi è necessaria una laurea e che l'esercizio abusivo di qualsiasi professione è punito per legge.

Il significato di questo manuale è racchiuso nel titolo “Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso” e la finalità è duplice: garantire una migliore qualità di vita e minori sofferenze a chi necessita di assistenza e contribuire ad aumentare la sicurezza e ridurre l'ansia a chi, con coraggio e grande impegno, si prende cura, a casa, di un proprio caro.

Il Direttore Generale
Dr. Carmelo Scarcella

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELL'ASL DI BRESCIA PER LA GESTIONE DELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI rivolti a persone malate con compromissione dell'autosufficienza

L'assistenza domiciliare è un servizio organizzato per permettere alle persone ammalate, quando le condizioni cliniche e familiari lo consentono, di vivere il più possibile nel proprio ambiente, tra le persone care. È rivolto prevalentemente agli anziani, ma anche a persone di altre fasce d'età, compresi i bambini. Prevede un piano personalizzato di assistenza, sotto la responsabilità del medico di famiglia. L'assistenza a domicilio è assicurata da diversi operatori: oltre al medico di famiglia, possono intervenire altri specialisti, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali. Per facilitare l'utilizzo appropriato dei servizi della rete territoriale e orientare correttamente le famiglie che si trovano a gestire persone con compromissione dell'autosufficienza, nell'ASL di Brescia sono attive le Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionali (UCAM).



Fig. 1 l'UCAM discute di un caso

L'UCAM [fig. 1] è l'équipe multi-professionale che ha il principale obiettivo di supportare la famiglia ed il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS) nel garantire la continuità clinica, terapeutica ed assistenziale alle persone malate con bisogni complessi e/o non autosufficienti, secondo un piano di intervento personalizzato, globale e condiviso [figg. 2 - 3]. A tal fine essa si rapporta con gli altri operatori del distretto e con i servizi della rete sanitaria e socio-sanitaria, secondo le caratteristiche ed i bisogni degli assistiti. Il piano personalizzato di intervento è soggetto a periodiche verifiche da parte dell'UCAM per valutare l'adeguatezza degli interventi rispetto agli obiettivi identificati e per eventuali modifiche ritenute necessarie.



Figg. 2 - 3 Il Medico di Medicina Generale e l'infermiera dell'UCAM valutano un caso a domicilio e predispongono il piano assistenziale

Le Cure domiciliari gestite dall'ASL possono prevedere:

- visite domiciliari programmate del medico di famiglia (o del Medico di Continuità Assistenziale per le giornate festive e prefestive)
- visite domiciliari estemporanee dell'infermiere o di altri operatori
- assistenza pianificata (voucher e credit) con interventi che, a seconda dei casi, possono essere dell'infermiere, del fisioterapista, del medico di famiglia, di altri specialisti
- fornitura di attrezzature per la gestione di specifiche problematiche (alimentazione artificiale, ossigenoterapia, ausili, ...)

e, in collaborazione e integrazione con i Comuni:

- telesoccorso-telecontrollo (servizio che, mediante un segnalatore installato al domicilio dell'utente, consente, in caso di necessità, un collegamento immediato con una sede centrale di intervento)
- servizio comunale di assistenza domiciliare (SAD) che può avvalersi di ausiliari socio-assistenziali, del servizio di lavanderia, della fornitura di pasti a domicilio.

Per migliorare l'integrazione tra i servizi domiciliari dell'ASL e dei Comuni, sono recentemente stati attivati 12 Centri per l'Assistenza Domiciliare (CeAD). Le UCAM e gli Assistenti Sociali comunali possono essere contattati per ulteriori informazioni.

Sono attivi anche specifici accordi con le strutture di ricovero (Aziende Ospedaliere pubbliche e strutture private accreditate) per favorire passaggi protetti al momento della dimissione o dell'ammissione, che consentano di migliorare la continuità delle cure tra ospedale, territorio e strutture di riabilitazione.

Per le prestazioni infermieristiche e riabilitative pianificate l'utente ha la possibilità di scegliere l'ente da cui ricevere le prestazioni, tra l'elenco di quelli disponibili nello specifico territorio.

Quando la gestione domiciliare non è più adeguata alla situazione, l'UCAM, in accordo con l'utente e la famiglia, può attivare anche i passaggi per l'inserimento nei Centri Diurni Integrati e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (le ex case di riposo) anche per ricoveri temporanei di sollievo.

In alcuni territori sono inoltre presenti Servizi Distrettuali di Assistenza Residenziale (SDAR) un servizio innovativo di assistenza residenziale temporanea, correlato all'assistenza domiciliare.

Lo SDAR è destinato a cittadini anziani e malati fragili, che presentano problemi non gestibili a casa per un periodo di tempo limitato. Il Medico di Medicina Generale resta responsabile della gestione clinica anche durante la degenza del proprio assistito presso lo SDAR.

Questo modello organizzativo, ormai consolidato, è in continua evoluzione. Il parere espresso dagli utenti e dai loro familiari attraverso i questionari di gradimento del servizio rappresentano un importante aiuto per proseguire nel percorso di miglioramento della qualità.

L'elenco, i recapiti e gli orari di ricevimento delle UCAM sono riportati sulla Scheda dei recapiti e contatti e sul sito www.aslbrescia.it.

Contatti e recapiti utili

MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
Recapito telefonico	
SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (guardia medica):	
<ul style="list-style-type: none"> dalle 20.00 alle 8.00 di tutti i giorni della settimana; dalle 8.00 alle 20.00 del sabato e dei giorni infrasettimanali prefestivi; dalle 8.00 alle 20.00 di ogni giorno festivo. 	Brescia Viale Duca degli Abruzzi, 11 Tel. 030/2424555
UNITÀ CONTINUITÀ ASSISTENZIALE MULTIDIMENSIONALE (UCAM)	
Sede di Brescia Viale Duca degli Abruzzi, 13	
Orari e modalità di accesso del pubblico	Dal lunedì al venerdì (non festivi): ore 9.00-12.30 accesso libero; ore 14.00-15.30 su appuntamento
Ricezione telefonica	Dal lunedì al venerdì (non festivi): ore 9.00-12.30 e 14.00-15.30
Telefono con segreteria attiva 24h/24	030/3838813
Recapito mail	ucamdgd1@aslbrescia.it
Recapito fax	030/3838329
Operatore di riferimento UCAM	
Punti logistici di supporto:	
Brescia – Via Paganini 1	Tel. 030/3838813 - fax 030/3731107
Brescia - Via Lottieri 2	Tel. 030/3838813 - fax 030/3530350
Brescia - Via Baracca 33	Tel. 030/3838813 - fax 030/3839724
Brescia – Via Marchetti 1	Tel. 030/3838813 – fax 030/2400213
Brescia – Viale Duca Abruzzi 13	Tel. 030/3838813 – fax 030/3838817
ENTE EROGATORE	
Operatore di riferimento	
Recapito telefonico	
Servizio di pronto intervento	
	118

 Spazi da personalizzare per ogni utente a cura dell'UCAM

MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
Recapito telefonico	
SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (guardia medica):	Rezzato c/o Presidio Asl Via F.lli Kennedy 115 Tel. 030/2792303
<ul style="list-style-type: none"> dalle 20.00 alle 8.00 di tutti i giorni della settimana; dalle 8.00 alle 20.00 del sabato e dei giorni infrasettimanali prefestivi; dalle 8.00 alle 20.00 di ogni giorno festivo. 	Flero Via Mazzini 9 Tel. 030/2560193
	Travagliato c/o Presidio Asl Via Raffaello 24 Tel. 030/660112
	Gussago c/o Presidio Asl Via Richiedei 8/B Tel. 030/2771528
UNITÀ CONTINUITÀ ASSISTENZIALE MULTIDIMENSIONALE (UCAM)	
Sede di Rezzato Via F.lli Kennedy 115	
Orari e modalità di accesso del pubblico	Dal lunedì al venerdì: (non festivi) ore 9.00-12.00 accesso libero; ore 14.00-15.30 su appuntamento
Ricezione telefonica	Dal lunedì al venerdì (non festivi): ore 9.00-13.00 e 14.00-15.00
Telefono con segreteria attiva 24h/24	030/2499837
Recapito mail	ucamdgd2@aslbrescia.it
Recapito fax	030/2499846
Operatore di riferimento UCAM	
Punti logistici di supporto:	
Gussago - Via Richiedei, 8/B	Tel. 030/2499913 - fax 030/2499927
ENTE EROGATORE	
Operatore di riferimento	
Recapito telefonico	
Servizio di pronto intervento	118

Spazi da personalizzare per ogni utente a cura dell'UCAM

MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
Recapito telefonico	
SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (guardia medica):	Nave Via Brescia 155 Tel. 030/2532125
<ul style="list-style-type: none"> dalle 20.00 alle 8.00 di tutti i giorni della settimana; dalle 8.00 alle 20.00 del sabato e dei giorni infrasettimanali prefestivi; dalle 8.00 alle 20.00 di ogni giorno festivo. 	Sarezzo c/o Presidio Asl Via IV Novembre 19 Tel. 030/8900567
	Tavernole sul Mella c/o Presidio Asl Via Amadini 43 Tel. 030/9220271
UNITÀ CONTINUITÀ ASSISTENZIALE MULTIDIMENSIONALE (UCAM)	
Sede di Gardone Valtrompia Via Beretta 3	
Orari e modalità di accesso del pubblico	Dal lunedì al venerdì (non festivi): ore 10.00-13.00 su appuntamento
Ricezione telefonica	Dal lunedì al venerdì (non festivi): ore 11.00-15.00
Telefono con segreteria attiva 24h/24	030/8915286
Recapito mail	ucamdgd3@aslbrescia.it
Recapito fax	030/8915239
Operatore di riferimento UCAM	
Punti logistici di supporto:	
Villa Carcina – Via Italia 20	Tel. 030/8915286 - fax 030/8915373
Lumezzane - Via Cav. U. Gnutti 4	Tel. 030/8915286 - fax 030/8915215
Tavernole s/M - Via Don G. Amadini 43	Tel. 030/8915286 - fax 030/8915340
ENTE EROGATORE	
Operatore di riferimento	
Recapito telefonico	
Servizio di pronto intervento	118

Spazi da personalizzare per ogni utente a cura dell'UCAM

MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
Recapito telefonico	
SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (guardia medica):	Iseo c/o Presidio Asl Via Pusterla 14/D Tel. 030/9868757
<ul style="list-style-type: none"> dalle 20.00 alle 8.00 di tutti i giorni della settimana; dalle 8.00 alle 20.00 del sabato e dei giorni infrasettimanali prefestivi; dalle 8.00 alle 20.00 di ogni giorno festivo. 	Marone c/o Presidio Asl Via Metelli 23/C Tel. 030/987268
	Monte Isola c/o Presidio Asl Località Carzano 28/A Tel. 030/9825222
	Palazzolo sull'Oglio c/o Presidio Asl Via Sgrazzutti (c/o Presidio Ospedaliero) Tel. 030/734268
	Chiari Piazza Martiri della Libertà 25 Tel. 030/7000417
	Rovato Via Lombardia 33/A Tel. 030/7701921
UNITÀ CONTINUITÀ ASSISTENZIALE MULTIDIMENSIONALE (UCAM)	Sede di Chiari Piazza Martiri della Libertà 25
Orari e modalità di accesso del pubblico	Dal lunedì al venerdì (non festivi): ore 10.30-13.00 e 14.00-15.30 (accesso libero)
Ricezione telefonica	Dal lunedì al venerdì (non festivi): ore 10.30-13.00 e 14.00-15.30
Telefono con segreteria attiva 24h/24	030/7007048
Recapito mail	ucamgd4@aslbreccia.it
Recapito fax	030/7007045
Operatore di riferimento UCAM	
Punti logistici di supporto:	
Iseo – Via Giardini Garibaldi 2	Tel. 030/7007691 - fax 030/7007672
Palazzolo s/O – Viale Lungo Oglio Battisti 39	Tel. 030/7007657 - fax 030/7007629
ENTE EROGATORE	
Operatore di riferimento	
Recapito telefonico	
Servizio di pronto intervento	118

Spazi da personalizzare per ogni utente a cura dell'UCAM

MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
Recapito telefonico	
SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (guardia medica):	Bagnolo Mella c/o Presidio Asl Via Mazzini 2 Tel. 030/620674
<ul style="list-style-type: none"> dalle 20.00 alle 8.00 di tutti i giorni della settimana; dalle 8.00 alle 20.00 del sabato e dei giorni infrasettimanali prefestivi; dalle 8.00 alle 20.00 di ogni giorno festivo. 	Ghedì c/o Presidio Asl Piazzetta Donatori Sangue 1 Tel. 030/9033031
	Pralboino c/o Presidio Asl Via Veronica Gambarà 14/C Tel. 030/9954028
	Verolanuova c/o Casa di Riposo Via Einaudi 1 Tel. 030/932094
	Dello c/o Presidio Asl P.zza Roma 75 Tel. 030/9718436
	Orzinuovi c/o Presidio Asl Via Crispi 2 Tel. 030/901622
UNITÀ CONTINUITÀ ASSISTENZIALE MULTIDIMENSIONALE (UCAM)	Sede di Leno Piazza Donatori di Sangue 1
Orari e modalità di accesso del pubblico	Dal lunedì al venerdì (non festivi): ore 8.30-12.30 e 14.00-16.00 (accesso libero)
Ricezione telefonica	Dal lunedì al venerdì (non festivi): ore 8.00-12.30 e 13.30-17.00
Telefono con segreteria attiva 24h/24	030/9078440
Recapito mail	ucamgd5@aslbreccia.it
Recapito fax	030/9078441
Operatore di riferimento UCAM	
Punti logistici di supporto:	
Iseo – Via Giardini Garibaldi 2	Tel. 030/7007691 - fax 030/7007672
Palazzolo s/O – Viale Lungo Oglio Battisti 39	Tel. 030/7007657 - fax 030/7007629
Punti logistici di supporto:	
Orzinuovi – Viale Marconi 27	Tel. 030/9661138 - fax 030/9661143
Montichiari - Via Falcone 18	Tel. 030/9661231 - fax 030/9661240
ENTE EROGATORE	
Operatore di riferimento	
Recapito telefonico	
Servizio di pronto intervento	118

Spazi da personalizzare per ogni utente a cura dell'UCAM

MEDICO DI MEDICINA GENERALE	
Recapito telefonico	
SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (guardia medica):	Gavardo c/o Ospedale Via Gosa 74 Tel. 0365/337594
• dalle 20.00 alle 8.00 di tutti i giorni della settimana;	Nozza c/o Presidio Asl Via Reverberi 2 Tel. 0365/820170
• dalle 8.00 alle 20.00 del sabato e dei giorni infrasettimanali prefestivi;	Bagolino Via S. Giorgio 56 Tel. 0365/903601
• dalle 8.00 alle 20.00 di ogni giorno festivo.	Sabbio Chiese Via Parrocchiale 26 Tel. 0365/85098
	Desenzano del Garda Via Gramsci 2 Tel. 030/9120393
	Bedizzole Via Monsignor Bontacchio 1 Tel. 030/675550
	Gargnano Via Repubblica 2 Tel. 0365/71114
	Salò Via Fantoni 89 Tel. 0365/296697
UNITÀ CONTINUITÀ ASSISTENZIALE MULTIDIMENSIONALE (UCAM)	Sede di Salò Viale Landi 5
Orari e modalità di accesso del pubblico	Dal lunedì al venerdì (non festivi): ore 9.00-12.30 e 13.30-17.00 accesso libero e su appuntamento
Ricezione telefonica	Dal lunedì al venerdì (non festivi): ore 9.00-12.30 e 13.30-17.00
Telefono con segreteria attiva 24h/24	0365/296656
Recapito mail	ucamdgd6@aslbrescia.it
Recapito fax	0365/296657
Operatore di riferimento UCAM	
Punti logistici di supporto:	
Desenzano d/G – Loc. Montecroce 2	Tel. 030/9148743 - fax 030/9140591
Vestone - Via Reverberi, 2	Tel. 0365/296733 - fax 0365/296722
Gavardo - Via Andrea Gosa, 83	Tel. 0365/296758 - fax 0365/373971
ENTE EROGATORE	
Operatore di riferimento	
Recapito telefonico	
Servizio di pronto intervento	118

Spazi da personalizzare per ogni utente a cura dell'UCAM

IL CAREGIVER, QUESTO SCONOSCIUTO: chi è? cosa fa? come lo fa? per chi? dove?

**Proviamo a rispondere a tutte queste domande
al fine di affrontare con consapevolezza l'atto della cura.**

Le trasformazioni demografiche (invecchiamento, riduzione delle nascite, migrazione) non riguardano solo gli individui, ma investono i legami e le relazioni, cambiano sostanzialmente i profili delle famiglie, delle forme di lavoro e, perfino, il modo di concepire la salute.

Questi cambiamenti si riflettono anche sulle politiche di gestione dei servizi, che non possono più essere concepiti “alle” persone o “per” esse, ma “con” esse. Le persone infatti non sono solo portatrici di un bisogno e destinatarie dell'intervento, ma soggetti in grado di partecipare alla costruzione della risposta¹.

Il grande numero di persone malate assistite a domicilio da caregivers, secondo un progetto personalizzato, condiviso con i servizi socio-sanitari, è un concreto esempio di questa realtà.

A chi ci si riferisce quando si parla di caregivers?

Caregiver, termine inglese il cui significato è “colei e/o colui che presta cure”, viene comunemente utilizzato per indicare la persona che, in un contesto familiare, si prende cura del familiare da assistere.

Il caregiver rappresenta la risorsa principale ed insostituibile per il malato e, pertanto, va aiutato e sostenuto quanto lo stesso malato.

Spesso l'individuazione del caregiver avviene per necessità, per designazione familiare, o attraverso un meccanismo di selezione spontaneo da parte di un congiunto che volontariamente si assume l'impegno di assistere la persona malata.

Il caregiver instaura con lei una relazione esclusiva, riveste un ruolo di primo piano nell'accompagnare, assistere e confortare lungo tutta la storia della malattia. Tuttavia, la fatica richiesta per quest'impegno è spesso poco visibile, nascosta tra i meandri delle relazioni familiari o di vicinato, relativa ad un mondo degli affetti che per troppo tempo è stato dato per scontato.

Il carico assistenziale determina frequentemente un elevato livello di stress in coloro che assistono; stress non legato solo alla fatica fisica, ma anche all'impatto che la malattia cronica, la non autosufficienza, la demenza determinano nei rapporti interpersonali, per il modificarsi dei ruoli e delle modalità di espressione affettiva tra malato e caregiver.

Il lavoro di cura è prevalentemente prerogativa della donna che, in molti casi lavoratrice, accudisce anche la persona ammalata. Inoltre, in molte situazioni la presenza dell'anziano o del malato non autosufficiente in famiglia costituisce elemento di problematicità per il nucleo familiare: viene stravolta non solo la vita del caregiver ma quella di tutta la famiglia.

La gestione domiciliare quotidiana di alcune malattie richiede necessariamente la condivisione con i curanti di alcune pratiche assistenziali. Questo significa che il caregiver deve possedere adeguate informazioni e acquisire corrette tecniche, perchè conoscere aiuta a raggiungere correttamente l'obiettivo dell'assistenza e riduce l'ansia legata alla paura di commettere errori.

Il caregiver si trova anche a dover mediare tra i propri bisogni, quelli della persona curata e, in molti casi, con quelli del resto della famiglia. Il rischio è che gli spazi, le esigenze e i bisogni personali siano messi da parte. Infatti i tempi della cura, pur essendo direttamente proporzionali alla gravità della malattia e al livello di

1 PRS Regione Lombardia IX Legislatura

non autosufficienza della persona assistita, occupano spesso buona parte delle 24 ore giornaliere. Occorrerà quindi, per la salvaguardia della salute del caregiver, individuare dei momenti di tempo libero dall'impegno assistenziale, tali da permettere una buona "ricarica".

Ecco alcuni suggerimenti concreti:

- non permettere che la malattia del tuo caro sia costantemente al centro della tua attenzione
- rispettati e apprezzati. Stai svolgendo un compito molto impegnativo e hai diritto di trovare spazi e momenti di svago
- vigila sulla comparsa di segni di stanchezza e/o tensione
- accetta l'aiuto di altre persone, che possono svolgere specifici compiti in tua vece
- impara il più possibile sulla patologia di chi assisti: conoscere aiuta

Le operatrici e gli operatori delle cure domiciliari sono a stretto contatto con malati e familiari e si trovano in una posizione unica per cogliere fatica e stress del caregiver e per poter proporre alcuni interventi appropriati.

Indicazioni generali

IL LAVAGGIO DELLE MANI

Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso



La regola più efficace per proteggere la propria salute e quella degli altri è racchiusa in un semplice gesto: **lavarsi le mani**.

Durante la giornata, le nostre mani vengono a contatto con numerosi oggetti (le maniglie degli autobus, i tasti dell'ascensore, gli alimenti, gli animali domestici e altro) che sono sicuramente contaminati da germi. Anche se la maggior parte di questi germi è innocua, in alcune particolari condizioni, essi possono causare importanti malattie.

QUANDO È **INDISPENSABILE LAVARSI LE MANI?**

Prima di:

- maneggiare o consumare alimenti
- maneggiare e assumere farmaci
- medicare o toccare una ferita
- applicare o rimuovere le lenti a contatto
- indossare i guanti monouso.

Dopo aver:

- utilizzato la toilette
- maneggiato cibo crudo, soprattutto le carni o il pesce
- soffiato il naso, tossito o starnutito
- frequentato luoghi pubblici (sale d'aspetto, autobus, supermercati, etc.)
- essere stati a stretto contatto con persone ammalate
- maneggiato rifiuti
- tolto i guanti monouso
- avuto contatti con animali
- effettuato le pulizie domestiche.

Come lavarsi le mani?

È importante conoscere la corretta tecnica per lavare efficacemente le mani.

Ecco alcuni semplici consigli:

- utilizzare i comuni detergenti in forma liquida (evitare l'uso del sapone in pezzi in quanto i germi possono replicarsi facilmente sulle saponette)
- usare acqua corrente e tiepida, insaponare con cura tutta la mano: polsi, palmo, dorso, le dita, gli spazi tra le dita
- le unghie vanno spazzolate e tenute possibilmente corte e senza smalto
- il lavaggio deve durare almeno 20/30 secondi
- risciacquare con abbondante acqua corrente
- asciugare con salviette monouso o con asciugamani puliti
- ricordarsi che i germi possono essere anche sui rubinetti, che quindi vanno tenuti puliti. Per chiudere l'acqua utilizzare il bordo dell'asciugamano o la salvietta monouso
- se possibile evitare di utilizzare detergenti a secco o detergenti con azione battericida (che uccidono i germi) se non strettamente necessario o legato a particolari interventi assistenziali
- è importante ricordare che **l'utilizzo dei guanti monouso non può sostituire** il lavaggio delle mani.

Prima di eseguire alcune procedure assistenziali è necessario eseguire un **lavaggio antisettico delle mani**. Rispetto alla procedura descritta è necessario utilizzare una soluzione antisettica saponosa di clorexidina o iodio povidone al posto del detergente liquido, lo spazzolino per il lavaggio delle unghie e una salvietta di carta monouso. Il tempo impiegato per questo tipo di lavaggio deve essere di almeno due minuti. Sarà l'infermiera ad indicare quando e perché utilizzare questa modalità.

Nelle immagini di seguito è illustrato e descritto il modo corretto per eseguire l'igiene delle mani.



SITOGRAFIA
www.salute.gov.it - (Marzo 2010)

REGOLE GENERALI PER UNA CORRETTA MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA E DELLA FREQUENZA CARDIACA

La pressione arteriosa è determinata dalla spinta che il sangue esercita sulle arterie mentre circola. La frequenza cardiaca corrisponde al numero di battiti del cuore in un minuto. I valori della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca contribuiscono a valutare le condizioni generali della persona; devono essere misurati con regolarità in caso di particolari malattie. La **prima volta** la pressione va misurata in **ambidue le braccia** e annotata. In caso di differenza significativa tra le due braccia, le successive misurazioni andranno effettuate sul braccio con pressione più elevata.

La misurazione può essere manuale o automatica.

Per misurare la pressione arteriosa si utilizza uno strumento chiamato **sfigmomanometro**. La misurazione manuale richiede esperienza e precisione per cui viene utilizzata prevalentemente dagli operatori sanitari. Negli ultimi anni si sono resi disponibili degli apparecchi per l'automisurazione della pressione arteriosa che consentono una rilevazione automatica o semiautomatica. I **rilevatori automatici** (consigliati per l'uso domiciliare) consentono di misurare la pressione massima, la pressione minima e la frequenza cardiaca. Non tutti i modelli presenti sul mercato sono precisi ed accurati nella misurazione. In particolare, l'uso di dispositivi di misurazione che rilevano la pressione arteriosa al dito o al polso non sono attualmente consigliati dalle più recenti linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sono pertanto da preferire strumenti con **rilevazione al braccio**. Questi strumenti sono in grado di fornire valori precisi: si può affermare che rappresentino un buon compromesso fra la praticità d'uso e l'accuratezza nella misurazione, a condizione che il loro corretto funzionamento venga periodicamente verificato (almeno due volte all'anno).

Per rilevare valori attendibili è necessario seguire alcune semplici regole:

- prima della misurazione della pressione arteriosa stare a riposo, sdraiati o seduti, per almeno 5 minuti
- la persona non dovrebbe aver fumato e aver bevuto caffè (o bevande che contengono caffeina) da almeno mezz'ora
- il braccio deve essere libero da indumenti e appoggiato su una superficie piana al livello del cuore

Chi effettua la misurazione deve:

1. avvolgere il bracciale dell'apparecchio tra l'ascella e la piega del gomito. Il tubicino che collega il manicotto all'apparecchio deve essere leggermente spostato a sinistra della piega del gomito (dalla parte del dito mignolo); assicurarsi che il bracciale aderisca bene al braccio, senza stringerlo [fig.1];
2. premere l'apposito pulsante di avvio per procedere al gonfiaggio automatico del bracciale;
3. il bracciale si sgonfia lentamente in modo automatico e, al termine



Fig.1 corretto posizionamento del bracciale



Fig. 2 display con valori della pressione e frequenza cardiaca



Fig. 3 esempio di diario sul quale annotare i valori di pressione e frequenza cardiaca

della rilevazione, sul display compaiono i valori della pressione massima (SYS), di quella minima (DIA) e della frequenza cardiaca (PULSE) [fig. 2];
4. annotare immediatamente i valori rilevati su un foglio o sul diario fornito dagli operatori sanitari [fig. 3].

La frequenza cardiaca può essere misurata anche senza strumenti ponendo i polpastrelli di indice, medio e anulare sulla parte interna del polso, dal lato del pollice [fig. 4]; esercitando una leggera pressione si percepiscono le pulsazioni che, contate per un minuto, forniscono la frequenza cardiaca (numero di battiti del cuore al minuto).

I valori normali della frequenza cardiaca sono i seguenti:

- adulto 60-80 battiti/minuto
- anziano 70-90 battiti/minuto



Fig. 4 rilevazione manuale della frequenza cardiaca

Questi valori possono modificarsi in base all'età, alle emozioni o a particolari sforzi. Anche alcune malattie possono portare ad alterazioni della frequenza cardiaca:

- **tachicardia** (aumento del numero di battiti cardiaci superiore a 100 battiti/minuto)
- **bradicardia** (diminuzione del numero di battiti cardiaci inferiore a 60 battiti/minuto)
- **aritmia** (modificazione della regolarità del battito)

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

<http://www.unipa.it/Ipertensione.prevenzione/regole.htm>
<http://www.salute.gov.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id=185&sub=3&lang=it>
White *Fondamenti di assistenza infermieristica*. Edises, 2007

COME CONSERVARE E UTILIZZARE CORRETTAMENTE I FARMACI

LA CONSERVAZIONE DEI FARMACI

In tutte le case sono presenti dei farmaci: è bene sapere che per mantenere la loro efficacia è necessario attenersi ad alcune semplici regole di conservazione.

I farmaci vanno conservati:

- sempre nella confezione originale, senza buttare il foglietto illustrativo: non travasare mai i farmaci in contenitori diversi
- normalmente a temperatura ambiente, in luogo asciutto e al riparo dalla luce diretta
- in un armadietto chiuso e lontano dalla portata dei bambini
- alcuni farmaci devono essere conservati in frigorifero; possono essere messi nella parte più alta, lontani dal fondo e MAI nella cella del congelatore.

ATTENZIONE:

- all'umidità (evitare il bagno e la cucina) perché capsule, compresse, ecc. possono deteriorarsi precocemente
- durante la stagione estiva l'ambiente nel quale è posto l'armadietto dei medicinali non deve superare i 30 gradi
- non lasciare farmaci in auto perché troppo esposti alle variazioni di temperatura
- molti farmaci, una volta aperti, scadono in pochi giorni (colliri, gocce, ecc.)

LA SCADENZA DEI FARMACI

- Su tutte le confezioni è riportata la data di scadenza, termine ultimo entro il quale i farmaci, conservati nel rispetto delle indicazioni, possono essere utilizzati [fig. 1]
- le confezioni aperte possono avere una validità ridotta: controllare le indicazioni sul foglietto illustrativo
- i farmaci scaduti vanno portati negli appositi contenitori che si trovano all'esterno delle farmacie.

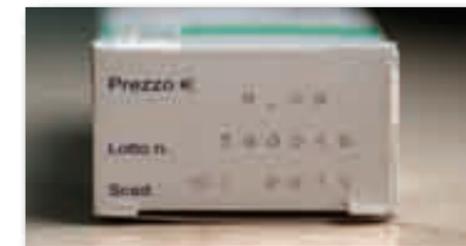


Fig. 1 indicazione della data di scadenza sulla confezione



Fig. 2 compresse

FARMACI PER USO ORALE (PER BOCCA)

Attenersi alle istruzioni circa gli orari e le modalità di ingestione (a stomaco pieno o vuoto); alcune compresse vanno sciolte in bocca, altre masticate, altre ancora possono essere divise, mentre le capsule devono necessariamente essere inghiottite intere [figg. 2-3]. Per le gocce e gli sciroppi è necessario sempre usare il contagocce o il misurino presente nelle confezioni. Qualora vi siano problemi di deglutizione chiedere al medico se è possibile la sostituzione con altra forma farmaceutica o altra via di somministrazione.



Fig. 3 capsule



Fig. 4 cerotto transdermico

CEROTTI TRANSDERMICI

Sono cerotti che rilasciano gradualmente il farmaco che viene assorbito attraverso la pelle [fig. 4]. Il cerotto va applicato su una zona della pelle asciutta, integra, pulita e senza peli. Applicarlo premendo con cura la parte adesiva sulla superficie della pelle. Se nell'applicazione il cerotto si rompesse o non aderisse alla pelle è bene rimuoverlo e sostituirlo con uno nuovo. Non prolungare più del tempo prescritto il posizionamento del cerotto perché potrebbe creare disturbi.

COLLIRI

I colliri sono farmaci molto particolari in quanto sono sterili e devono mantenere tale caratteristica per evitare l'insorgenza di infezioni agli occhi. Prima di utilizzarli è necessario lavarsi accuratamente le mani. Per mettere le gocce è necessario inclinare la testa all'indietro e allontanare, con il dito indice, la parte esterna della palpebra inferiore dell'occhio. Lasciare cadere la goccia senza toccare l'occhio con il contagocce, rilasciare la palpebra e chiudere l'occhio. Chiudere bene la confezione dopo l'uso. Se si devono mettere più colliri lasciare trascorrere almeno 5 minuti tra uno e l'altro. È bene annotare sulla confezione la data di apertura perché condiziona la scadenza del farmaco (leggere bene il foglietto illustrativo).

GOCCE AURICOLARI (OTOLOGICHE)

Prima di procedere è necessario lavarsi le mani.

Piegare la testa in modo da rivolgere verso l'alto l'orecchio in cui introdurre le gocce. Per rendere più accessibile il condotto dell'orecchio tirare delicatamente il lobo verso l'alto e indietro, far cadere le gocce nell'orecchio mantenendo la testa piegata per almeno un minuto. Nella manovra è necessario evitare che il beccuccio del contenitore del farmaco tocchi l'orecchio. Chiudere bene la confezione dopo l'uso. Leggere scrupolosamente il foglio illustrativo contenuto nella confezione facendo attenzione alla eventuale scadenza del farmaco una volta aperto il flacone.

BIBLIOGRAFIA

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali *Guida per l'uso sicuro dei Farmaci*
Azienda USL 5 "Spezzino" *FARMACI Usare con cura*

LA FEBBRE

La febbre è un aumento della temperatura corporea al di sopra dei 37-37,2°C. La febbre non è una malattia ma un sintomo; le più comuni cause sono rappresentate dalle malattie infettive (provocate da virus e batteri), dalle malattie tumorali, dalle infiammazioni locali, dai traumi.

La temperatura corporea viene misurata attraverso il termometro. Ne esistono diversi tipi, i più comuni sono:

- **termometri in vetro** [fig. 1]: prima di misurare la temperatura accertarsi che la colonnina all'interno del termometro sia al di sotto dei 36° C; il termometro viene posizionato sotto l'ascella dell'assistito, che deve essere asciutta; la persona deve rimanere ferma per almeno 5 minuti. Dopo aver misurato la temperatura il termometro può essere lavato con acqua e sapone;
- **termometri digitali** [fig. 2]: sono pratici, sicuri e veloci. Permettono una migliore lettura della temperatura. Vanno posizionati sotto l'ascella, che deve essere asciutta. Con un segnale acustico, avvertono quando termina la rilevazione. Solitamente mantengono in memoria l'ultima temperatura misurata. Dopo l'uso si spengono automaticamente e vanno puliti con un batuffolo imbevuto di disinfettante alcolico.



Fig. 1 termometro in vetro



Fig. 2 termometro digitale

CHE COSA FARE IN CASO DI FEBBRE

È sempre il **medico** che deve valutare l'intervento migliore per l'assistito: la scelta di somministrare farmaci senza consultare il medico, può non essere quella più corretta.

È importante ricordare che esistono anche **metodi naturali** che riducono la temperatura corporea, quali per esempio le applicazioni fredde, con la borsa del ghiaccio applicata sotto la nuca, nelle pieghe del gomito, delle ginocchia e all'inguine.

Normalmente il rialzo della temperatura corporea segue alcune fasi tipiche che richiedono la messa in atto di specifici accorgimenti assistenziali finalizzati a garantire benessere alla persona con febbre.

- **Fase del brivido**: quando la temperatura sale e raggiunge valori molto alti (uguali o superiori ai 39,0°C) la persona è scossa dai brividi, batte i denti, può essere agitata e avverte la sensazione di freddo. In questa fase è importante mettere la persona a letto, rimanergli vicino e coprirlo bene.
- **Fase del culmine della febbre**: la temperatura si stabilizza su valori elevati e la persona manifesta un malessere in tutto il corpo, avverte caldo e può essere agitata. In questa fase è bene togliere le coperte per favorire la dispersione del calore e posizionare borsa del ghiaccio o impacchi freschi sulla fronte. È importante che la persona rimanga a letto con la vicinanza tranquillizzante di chi assiste.

- **Fase della discesa della temperatura:** la febbre può scendere in modo graduale oppure in modo brusco e veloce. In entrambi i casi la persona presenterà abbondante sudorazione e senso di grande spossatezza.

In questo caso è molto importante:

- mantenere la persona a letto per il rischio di collasso (se si alza potrebbe perdere l'equilibrio per un abbassamento della pressione arteriosa)
 - cambiare la biancheria personale per evitare che gli indumenti umidi restino a contatto della persona
 - mantenere una temperatura ambientale costante
 - assicurare la persona rimanendogli vicini
 - ripristinare le perdite d'acqua dovute all'abbondante sudorazione proponendo acqua, infusi leggeri, brodi vegetali, succhi di frutta, ecc.
- **Fase del riposo ristoratore:** in questa fase l'organismo ha bisogno di recuperare le forze per cui possono essere utili i seguenti accorgimenti:
 - l'ambiente deve essere tranquillo per consentire il sonno e il riposo,
 - la temperatura della stanza costante (20-22°C);
 - la biancheria asciutta e confortevole
 - garantire la vicinanza fisica in caso di necessità.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

F. Mazzeo *Trattato di clinica e terapia chirurgica* Vol.1 Ed. Piccin pp.55-61 Padova, 2001
 L. Juchli, A. Vogel *L'assistenza Infermieristica di base- Teoria e pratica* II Ed. Rosini Firenze, 1994
<http://www.nursepedia.net/index.php?title=Febbre>

LA STITICHEZZA

CHE COS'È LA STITICHEZZA

La stitichezza è un disturbo comune che consiste in una riduzione della frequenza nell'emissione di feci con intervallo tra una defecazione e quella successiva superiore ai 3 giorni. Nella maggior parte dei casi, le feci sono dure e secche, di difficile espulsione. Durante l'espulsione delle feci è possibile accusare crampi, gonfiore, dolore allo sforzo e una sensazione di svuotamento incompleto dell'intestino.

DA CHE COSA È PROVOCATA LA STITICHEZZA?

Vari sono i fattori che causano o favoriscono la stitichezza, tra i quali:

- consumo insufficiente di fibra nella dieta
- consumo insufficiente di liquidi
- ridotta mobilità (persone costrette su una sedia o a letto) e dipendenza dagli altri per soddisfare il bisogno di evacuare
- uso cronico di lassativi
- alcuni farmaci possono aumentare il rischio di stitichezza (es. antidepressivi, ferro)
- ansia, depressione, decadimento cognitivo e dolore
- malattie intestinali.

QUALI SONO LE COMPLICANZE DELLA STITICHEZZA?

Varie sono le complicanze legate alla stitichezza, tra le quali:

- i facalomi: le feci che non vengono espulse, rimangono nell'intestino (colon) e tendono a seccarsi, con il risultato che diventano più dure, più voluminose e molto più difficili da evacuare
- le emorroidi (dilatazioni delle vene che irrorano l'ano) possono manifestarsi a causa degli sforzi praticati per espellere le feci
- le ragadi anali (piccoli taglietti della pelle attorno all'ano)

COME PREVENIRE LA STITICHEZZA

Per prevenire la stitichezza bisogna assicurarsi che la persona sia consapevole di quali siano i fattori che ne aumentano il rischio e che cosa si possa fare per ridurlo. L'informazione fornita dovrebbe riguardare:

- **dieta e assunzione di liquidi:** incoraggiare la persona a bere almeno 6/8 bicchieri di liquidi al giorno (circa 1 litro e mezzo nelle 24 ore), salvo diversa indicazione del medico.

Aggiungere alla dieta alimenti naturali ricchi di fibra:

- tutta la verdura
- tutta la frutta, compresa quella secca
- cereali e pane integrale
- legumi (es. fagioli, piselli)
- banane, fiocchi d'avena, succhi di frutta, verdura passata e in scatola se si tollerano solo alimenti morbidi

- **esercizio fisico:** la mancanza di attività fisica regolare è un fattore di rischio per la stitichezza. Se la persona si muove autonomamente è utile camminare almeno 15-20 minuti una o due

volte al giorno. Alla persona con ridotta mobilità si può suggerire di fare almeno 50 passi due volte al giorno. Per le persone incapaci di camminare o che sono costrette a letto, sono raccomandati, quando le condizioni lo permettano, esercizi a letto, per esempio, il sollevamento alternato delle gambe.

ABITUDINI EFFICACI

Alcune abitudini possono favorire l'insorgenza della stitichezza, per cui è bene indicare alla persona alcune modalità di "educazione" intestinale:

- andare in bagno a un orario regolare ogni giorno (per esempio la mattina dopo la colazione)
- se appropriato, incoraggiare la persona, durante l'evacuazione, a sedersi con entrambi i piedi appoggiati al pavimento o a uno sgabello e a piegarsi leggermente in avanti; mettendo le ginocchia più in alto rispetto alle anche si aumenta la pressione addominale e si aiuta il movimento della massa fecale nel retto
- per la persona costretta a letto, la posizione sul lato sinistro facilita il movimento delle feci attraverso l'intestino; le gambe vanno piegate verso l'addome, per facilitare l'uso dei muscoli addominali che aiutano la defecazione
- il tempo dedicato all'evacuazione deve rispettare le necessità di ognuno, senza creare ansia
- il rispetto della privacy è fondamentale: l'evacuazione in presenza di altre persone può limitare la spontaneità della defecazione.

SERVIZI IGIENICI

Alcuni semplici accorgimenti possono facilitare l'utilizzo dei servizi igienici promuovendo il mantenimento dell'autonomia:

- assicurarsi che i servizi igienici siano confortevoli e che la stanza sia ben riscaldata e areata
- il WC deve essere alla giusta altezza: un rialzo per il WC permette una maggior autonomia (in commercio esistono rialzi semplici, con base o con braccioli)
- una maniglia di appoggio può essere un aiuto complementare nei singoli passaggi di posizione e può dare maggiore sicurezza nei movimenti
- la persona può essere lenta nei movimenti per disabilità fisiche, perché confuso o semplicemente perché ha dimenticato dove sta andando. In questi casi possono essere utili incoraggiamenti e ricordare con tatto il percorso verso il bagno, eventualmente evidenziandolo con segnali
- assicurare un adeguato comfort secondo le necessità individuali usando indumenti che si possono slacciare o togliere facilmente, tute e gonne ampie, chiusure con velcro
- posizionare strumenti per chiamare aiuto in caso di difficoltà.

PRESIDI E AUSILI

- Se il bagno fosse troppo distante per le possibilità di movimento della persona, favorire l'uso della comoda per la defecazione
- evitare, per quanto possibile, l'utilizzo della padella a letto perché la posizione supina rende difficile la defecazione e favorisce la stipsi
- applicare ausili assorbenti, scelti in base alle esigenze e alle caratteristiche della persona e cambiarli regolarmente.

CHE COSA FARE IN CASO DI STITICHEZZA

È sempre consigliabile consultare il medico curante per ottenere consigli sui prodotti appropriati da utilizzare, nei seguenti casi:

- stitichezza acuta, che si verifica quando un cambiamento delle abitudini produce una evacuazione infrequente o presenza di feci dure che vengono eliminate con difficoltà
- stitichezza cronica, quando il problema persiste almeno da alcuni mesi.

Lassativi: vengono introdotti per bocca e sono in genere classificati in base alla loro modalità di azione. È bene utilizzarli sotto il controllo del medico.

Clisteri: è l'introduzione per via rettale di sostanze liquide per scopi purgativi.

I clisteri di piccolo volume (perette) sono in genere preparati commerciali, si somministrano (secondo le disposizioni del medico) quando un lassativo fallisce o quando si vuole una rapida evacuazione.

CHE COSA SERVE PER ESEGUIRE UN CLISTERE?

Materiale:

- clisteri monouso, guanti monouso, pomata lubrificante [fig. 1]
- occorrente per l'igiene personale (sapone, acqua, asciugamani, ecc.)
- telo impermeabile [fig. 2]
- padella o comoda
- carta igienica

COME SI ESEGUE:

1. preparare il materiale necessario;
2. posizionare la persona stesa sul fianco sinistro con il ginocchio superiore flesso;
3. indossare i guanti;
4. proteggere il letto con tela cerata e traversa;
5. rispettare la privacy della persona;
6. rimuovere il tappo protettivo dalla confezione del clistere e applicare sul beccuccio la crema lubrificante;
7. introdurre delicatamente con un movimento rotatorio il beccuccio nel retto e schiacciare il flacone fino a completo svuotamento;
8. rimuovere delicatamente il clistere e chiedere alla persona di sdraiarsi supina e, se possibile, di trattenere la soluzione per almeno 10-15 minuti;
9. a seconda delle condizioni della persona accompagnarla in bagno, o posizionarla sulla comoda o applicare la padella;
10. dopo che la persona si è scaricata eseguire l'igiene intima.



Fig. 1 clisteri monouso, guanti e pomata lubrificante



Fig. 2 telo impermeabile

Ricordare sempre che l'uso continuo ed eccessivo di lassativi e clisteri, comporta assuefazione e minor funzionalità intestinale che, a lungo andare, peggiorano la stitichezza.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. *Prevenzione della stipsi nella popolazione anziana* RNAO, 2005 Traduzione italiana a cura di M. Rivolo, P. Chiari C. Spairani, T. Lavallo *Procedure Protocolli e linee guida di assistenza infermieristica* Masson, 2002

REGOLE GENERALI PER UNA CORRETTA RACCOLTA DELLE URINE DELLE 24 ORE

CHE COSA È LA RACCOLTA DELLE URINE DELLE 24 ORE?

Per eseguire alcuni esami sulle urine, non basta raccoglierne un campione quando si urina al mattino o in altri momenti del giorno, ma è necessario prelevare un campione dall'intero quantitativo di urine emesso nella giornata (24 ore). È necessario pertanto che TUTTE le urine siano raccolte in modo corretto!

SCOPO

- valutare la quantità di urine emesse nelle 24 ore
- valutare i caratteri qualitativi delle urine (colore, limpidezza, odore)
- prelevare un campione di urina per esami che devono essere effettuati sulle urine delle 24 ore

MATERIALE

Un contenitore graduato [fig. 1] di vetro o di plastica (in assenza di contenitori adatti allo scopo, lo si può acquistare in farmacia o nelle parafarmacie), l'orologio e un po' di memoria.



Fig. 1 contenitore graduato per la raccolta delle urine

PROCEDURA

Il giorno in cui si effettua la raccolta delle urine, si urina subito dopo essersi alzati e si elimina l'urina (che si è formata durante la notte). Si guarda l'orologio e si annota esattamente l'ora in cui si inizia l'esame. Da questo momento in poi, per tutto l'arco della giornata, fino alla mattina successiva, **alla stessa ora**, ogni volta che ci si reca in bagno si raccolgono le urine nel contenitore. Nel contenitore andranno messe anche le prime urine del mattino in cui termina la raccolta. Tale contenitore deve essere tenuto lontano da fonti di calore e coperto per evitare sgradevoli odori. Qualora ci si dovesse scaricare, prima si urina (raccogliendo le urine), poi si evacuano le feci. Il contenitore deve essere portato presso il centro di riferimento, dove l'infermiera, dopo aver misurato la quantità di urina totale, ne preleverà una provetta e la invierà al laboratorio per l'analisi. In alternativa è possibile mescolare l'urina, raccoglierne un campione, annotare con precisione la quantità totale e portare poi il campione al laboratorio. Le urine possono quindi essere eliminate nel wc e il contenitore disinfettato con acqua e candeggina.

Ad esempio:

Domenica (Inizio)

Mi alzo, urino e getto le urine della notte. Annoto l'ora e, dalla minzione successiva raccolgo le urine nel contenitore.

Lunedì (Termino)

Conservo anche la prima urina del mattino appena sveglio e, verificando che siano trascorse le 24 ore, concludo la raccolta.

SITOGRAFIA

<http://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1677>

TERAPIA ENDOVENOSA A DOMICILIO

CHE COSA È LA TERAPIA ENDOVENOSA

La terapia endovenosa è una tecnica che permette di somministrare liquidi o farmaci direttamente nel circolo sanguigno attraverso un ago o un catetere (piccolo tubicino) posizionato direttamente in una vena. Nella maggior parte dei casi vengono utilizzate le vene della mano e del braccio.

Il posizionamento dell'ago e del catetere viene eseguito dal medico o dall'infermiere.

Se l'infusione prescritta dal medico si protrae nel tempo è fondamentale la collaborazione del familiare o di chi assiste la persona per la gestione in sicurezza di questa pratica.

Per effettuare la terapia endovenosa a casa, vengono utilizzati dispositivi diversi:

- ago a farfalla [fig. 1]: si utilizza per terapie di breve durata e va rimosso al termine della terapia
- catetere venoso periferico [fig. 2]: indicato per terapie infusive continue o ripetute nell'arco della giornata. Può rimanere in sede per 3 o 4 giorni
- deflussore [fig. 3]: tubicino flessibile che serve per far scendere la soluzione infusiva dal contenitore fino all'ago o catetere.



Fig. 1 ago a farfalla



Fig. 2 catetere venoso



Fig. 3 ago, catetere venoso, flacone e deflussore



Fig. 4 esempio di materiale necessario per eseguire la terapia endovenosa

CHE COSA OCCORRE SAPERE SULLE SOLUZIONI DA INFONDERE

Le confezioni

I prodotti disponibili sono confezionati in:

- contenitori di vetro o di plastica da 100 ml, 250 ml o da 500 ml [fig. 4]
- sacche in plastica da 1000 ml, 2000 ml o 3000 ml

Come si conservano:

- conservare il prodotto in un ambiente pulito, al riparo della luce, da fonti di calore e dall'umidità
- in caso di dubbi sul corretto stato di conservazione della soluzione si consiglia di non utilizzarla
- verificare sempre la data di scadenza prima dell'uso

LA SOMMINISTRAZIONE

Seppur abbastanza semplice, la procedura di somministrazione della soluzione prevede un addestramento dei familiari dell'assistito da parte del personale infermieristico fino al raggiungimento della completa autonomia. Resta comunque inteso che, qualora ve ne fosse la necessità, è sempre garantito, in orari stabiliti, l'accesso a domicilio dell'infermiere o del medico.

SOSTITUZIONE DEL FLACONE FINITO CON UN ALTRO NUOVO

Quando il liquido contenuto nel **flacone** è quasi terminato (cioè ne rimangono pochi millimetri al suo interno) bisogna:

1. lavarsi accuratamente le mani;
2. interrompere il flusso del liquido chiudendo il morsetto a rotellina posto sul deflussore;
3. prendere il nuovo flacone, rimuovere la linguetta di protezione sul tappo del flacone e disinfettare il gommino con un batuffolo di cotone imbevuto di disinfettante alcolico;
4. rimuovere con decisione il deflussore dalla flebo terminata;
5. inserire subito il deflussore nel tappo della nuova flebo (facendo attenzione a non toccare altri oggetti durante questa manovra per prevenire il rischio di contaminazioni); è sufficiente esercitare una leggera pressione per bucare il tappo e introdurre la punta del deflussore per circa 3 cm;
6. capovolgere il flacone e aprire il morsetto;
7. controllare che la velocità del flusso corrisponda a quella precedentemente impostata (n° gocce/minuto).

CHIUSURA TEMPORANEA DEL CATETERE VENOSO PERIFERICO

Se la terapia endovenosa viene sospesa per essere ripresa qualche ora più tardi o il giorno successivo, i familiari devono essere addestrati alla chiusura temporanea del catetere venoso. La manovra è di facile esecuzione ma è importante che venga fatta seguendo con scrupolo le indicazioni date.

Materiale occorrente:

- siringa sterile da 5 cc
- fiale da 10 ml di soluzione fisiologica (0,9%) per il lavaggio del catetere
- tappini sterili per chiudere il catetere
- garze
- guanti monouso.

Procedura (sequenza figure da 6 a 12):

1. lavarsi le mani;
2. riempire la siringa con la soluzione fisiologica (5 ml) per lavare il catetere;
3. assicurarsi che il deflussore sia chiuso;
4. indossare i guanti;
5. mettere una garza sotto il punto di raccordo tra il catetere e il deflussore;
6. collegare la siringa senza l'ago all'apertura libera del catetere: il catetere ha due punti di ingresso, il primo è collegato al deflussore, il secondo è protetto dal tappino sterile e utilizzato per il lavaggio;
7. iniettare lentamente la soluzione fisiologica;
8. estrarre la siringa e richiudere il tappino;
9. staccare il deflussore dal catetere e chiuderlo con un nuovo tappino avvitandolo;
10. la manovra deve essere veloce per evitare fuoriuscita di sangue;
11. rimuovere la garza precedentemente posta sotto al raccordo tra il catetere e il deflussore.



Fig. 5 catetere venoso periferico



Fig. 6 chiusura deflussore



Fig. 7 posizionamento garza



Fig. 8 apertura del tappino



Fig. 9 lavaggio del catetere



Fig. 10 chiusura del tappino



Fig. 11 scollegamento del deflussore



Fig. 12 chiusura del catetere con tappino

RIMOZIONE DEL CATETERE VENOSO PERIFERICO O DELL'AGO A FARFALLA

Quando la terapia endovenosa viene sospesa il catetere venoso o l'ago vanno rimossi. La manovra è di facile esecuzione ma è importante che venga fatta seguendo con scrupolo le indicazioni date.

Materiale occorrente:

- guanti monouso
- tampone di cotone o garza
- cerotto.

Procedura:

1. lavarsi le mani;
2. indossare i guanti;
3. rimuovere delicatamente i cerotti, in caso di difficoltà inumidire il cerotto;
4. sfilare delicatamente il catetere o l'ago e premere con il tampone la sede fino al completo arresto dell'uscita di sangue (per le persone in terapia con farmaci anticoagulanti può essere necessario tamponare per alcuni minuti);
5. proteggere la zona con un cerotto;
6. gettare il materiale utilizzato nel contenitore dei rifiuti;
7. togliere i guanti e lavarsi le mani.

Complicanze della terapia endovenosa somministrata attraverso una vena periferica

FLEBITE (INFIAMMAZIONE DI UNA VENA)	
Valutazione	Interventi
<ul style="list-style-type: none"> • dolore lungo il decorso della vena dov'è posizionata la cannula/ago • eritema: linea rossa al di sopra della sede di inserimento del catetere/ago dell'infusione • gonfiore a livello del punto di inserimento del catetere/ago • velocità del flusso rallentata • l'area risulta calda al tatto 	<ul style="list-style-type: none"> • avvisare il medico/infermiere • interrompere l'infusione e rimuovere il catetere/ago • applicare del ghiaccio sulla zona per ridurre il dolore, se presente
INFILTRAZIONE (FUORIUSCITA ACCIDENTALE DALLA VENA DI UNA SOLUZIONE)	
<ul style="list-style-type: none"> • gonfiore nel punto di inserzione del catetere/ago • velocità del flusso rallentata o interrotta 	<ul style="list-style-type: none"> • avvisare il medico/infermiere • interrompere l'infusione
INFEZIONE DEL SITO DI INSERZIONE (PRESENZA DI GERMI)	
<ul style="list-style-type: none"> • dolore, arrossamento e gonfiore nel punto di inserzione del catetere venoso • l'assistito accusa dolore attorno alla zona 	<ul style="list-style-type: none"> • avvisare il medico/infermiere • interrompere l'infusione, rimuovere il catetere

SORVEGLIANZA DELL'ASSISTITO DURANTE L'INFUSIONE

Durante la somministrazione tenere sempre sotto osservazione la persona per riconoscere subito la comparsa di alcuni inconvenienti. Conoscerli e sapere come intervenire è importante nella gestione quotidiana:

- controllare il mantenimento della posizione dell'assistito nel periodo dell'infusione: evitare movimenti improvvisi del braccio dove è inserito il catetere/ago
- controllare il regolare flusso dell'infusione
- osservare la presenza di sudorazione, pallore, difficoltà respiratoria o arrossamento cutaneo, in questi casi interrompere la somministrazione e contattare l'operatore di riferimento.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

C. Ponzio, L. Da Ros *Gestione del catetere venoso periferico*. Dossier InFad- anno 2, n. 15 febbraio 2007

Centro Studi EBN *Gestione de cateteri venosi periferici*. Consultabile in www.evidencebasednursing.it/revisioni/SI10cvp.pdf

PREVENIRE LA SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE

La permanenza prolungata a letto, soprattutto nelle persone anziane, può causare quella che, tecnicamente, è definita “sindrome da immobilizzazione”, con importanti conseguenze di ordine psicologico, relazionale, complicazioni cardiovascolari, respiratorie, muscolo scheletriche, incontinenza urinaria, lesioni da decubito e infezioni.

Vari sono i motivi che possono portare a tale situazione; è importante ricordare che, quando la persona sta meglio e appena le condizioni cliniche lo consentono, è necessario riprendere gradualmente il movimento. Per la gestione di situazioni particolari (paresi, emiplegie, fratture, coma, ecc.) è necessario seguire le indicazioni specifiche del medico, dell'infermiere o del fisioterapista che seguono il caso.

Vengono riportate di seguito alcune indicazioni per prevenire ed affrontare i principali problemi che possono conseguire ad un prolungato allettamento.

- **Aspetti psicologici, relazionali e stress**

L'allettamento protratto e l'isolamento possono provocare danni alla mente sino ad arrivare alla confusione mentale, incapacità di comunicare, perdita di memoria e di parola, alterazioni dei normali ritmi del sonno. Alcune semplici attività, alle quali spesso non si pensa, richiedono poco impegno ma sono essenziali e arricchenti per la persona costretta a letto e possono essere affidate anche ad amici, parenti, persone vicine.

Ecco alcuni suggerimenti:

- leggere un giornale che interessi per aiutare a mantenere la cognizione del tempo; guardare e commentare insieme un programma televisivo gradito; proporre l'ascolto di musica, ecc.
- sollecitare a parlare del passato può aiutare a mantenere vitale la capacità di comunicare
- è importante non eccedere nella protezione dalle piccole difficoltà quotidiane che possono essere superate in modo autonomo, ma stimolare ad affrontarle.

- **Prevenzione dei problemi cardiovascolari e respiratori**

La prolungata permanenza a letto può provocare seri problemi cardiovascolari e respiratori.

La riduzione del movimento favorisce la formazione di trombi nelle vene e nelle arterie. I trombi sono coaguli di sangue aderenti alle pareti dei vasi che possono staccarsi e, circolando con il sangue, ostruire una piccola vena o arteria. Il flusso del sangue si blocca con conseguenze rilevanti che possono mettere a rischio anche la vita. L'immobilità facilita anche l'insorgere di bronchiti e polmoniti.

La persona, dunque, deve essere stimolata a muoversi anche se non può scendere dal letto: deve essere aiutata a cambiare spesso posizione, deve essere sollecitata a ventilare bene i polmoni evitando respiri superficiali ed a tossire in modo efficace in presenza di catarro.

- **Prevenzione dei problemi muscolari e scheletrici**

La mancanza di movimento diminuisce la forza dei muscoli e modifica le articolazioni fino a bloccarle. In queste condizioni la ginnastica di base è rappresentata dal mantenimento delle attività quotidiane: mangiare, bere, pettinarsi, farsi la barba. Se la persona è in grado di provvedere a queste azioni, è importante che chi gli è vicino non la sostituisca ma la solleciti a mantenerle. È inoltre importante non utilizzare coperte pesanti che ostacolano i movimenti o, se necessario, sostenerle con gli appositi presidi (archetto alza-coperte).

- **Prevenzione dell'incontinenza urinaria**

Spesso la permanenza a letto porta con sé anche il problema dell'incontinenza urinaria, cioè dell'incapacità di trattenere l'urina. Le possibili soluzioni sono rappresentate dall'uso del pannolone o, in alcune particolari situazioni, dal posizionamento di un catetere vescicale. Quando le condizioni della persona lo consentono, è bene ritardare il più possibile questi interventi. In questi casi si rende necessario sollecitare la persona a urinare con regolarità anche se non avvertisse lo stimolo, utilizzando la padella o il pappagallo.

- **Prevenzione della stitichezza e ulteriori inconvenienti**

La formazione di fecalomi (feci dure che non si riesce a eliminare spontaneamente) non è rara nelle persone costrette a letto per lunghi periodi. Si instaura, infatti, un circolo vizioso: la mancanza di movimento induce inappetenza, la persona mangia e beve poco, tende a non avvertire lo stimolo a scaricarsi e fatica a espellere le feci. Inoltre la mancanza di attività fisica riduce anche i movimenti intestinali. Per evitare che si instauri questo meccanismo è importante che la persona mangi e beva con regolarità, distribuendo i pasti nell'arco della giornata. A tale proposito è bene rispettare gusti, tempi e orari ai quali la persona è abituata. La dieta deve essere varia, frutta e verdura non devono mancare. In caso di difficoltà nella masticazione è meglio proporre alimenti di facile assunzione (carne macinata, formaggi teneri, uova, ecc.), mentre solo in casi particolari è indicato utilizzare cibi tritati o frullati, facendo attenzione a mantenere una certa appetibilità. Fondamentale, quando non controindicato dalla situazione clinica, è far assumere almeno un litro e mezzo al giorno di acqua o altri liquidi. Se la persona è affetta da particolari malattie chiedere sempre se è necessaria una dieta particolare al medico.

- **Consigli per l'igiene**

È fondamentale garantire quotidiane e complete cure igieniche alla persona non tralasciando la pulizia dei denti e della bocca.

L'ambiente nel quale permane la persona va arieggiato almeno una volta al giorno.

Per la gestione di tecniche specifiche (prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee, incontinenza urinaria, nutrizione artificiale, tecniche di mobilizzazione, ecc.) si rimanda alle relative schede.

SITOGRAFIA

<http://www.ass1.sanita.fvg.it/pls/ass1/doc/docs/F14503/Immobilizzazione.pdf>

http://www.grg-bs.it/usr_files/eventi/journal_club/18_2.pdf

La persona con problemi respiratori

L'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA E VENTILATORIA

Il sistema respiratorio può essere immaginato come costituito da due sistemi distinti:

Sistema comprendente i polmoni, le vie aeree (naso, bocca, faringe, laringe, trachea, bronchi, bronchioli, alveoli) ed i vasi sanguigni polmonari che hanno la funzione di scambiare un gas buono (ossigeno) ed eliminare un gas cattivo (anidride carbonica).

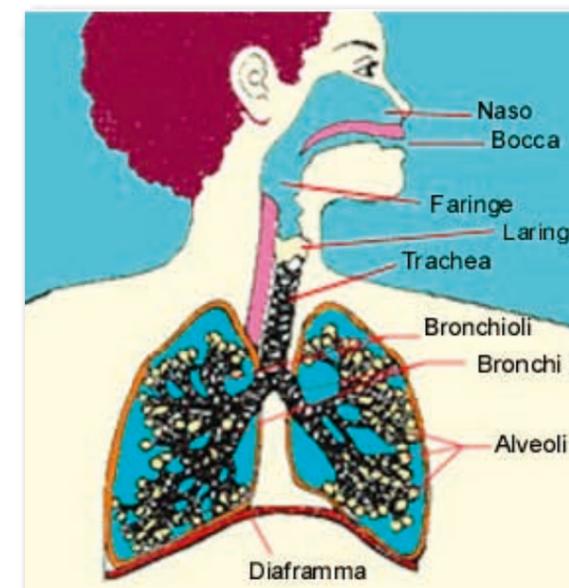


Fig. 1 apparato respiratorio

L'unità più periferica dell'apparato respiratorio è chiamata alveolo, è a questo livello che avviene lo scambio dei gas tra l'aria proveniente dall'esterno e il sangue. L'ossigeno viene trasportato, attraverso i vasi sanguigni, fino al cuore e poi a tutto l'organismo. Esso è l'elemento fondamentale che occorre a tutti gli organi per produrre energia e per poter funzionare. A sua volta l'anidride carbonica rappresenta un elemento di scarto dell'attività delle cellule del corpo e deve essere eliminata per garantire il buon funzionamento di tutto l'organismo.

Sistema che serve da pompa, rappresentato da zone del nostro cervello (centri respiratori) che sovrintendono ai muscoli della respirazione con le relative innervazioni, e dalla gabbia toracica; tale sistema ha la funzione di permettere la ventilazione cioè l'ingresso e l'uscita nei nostri polmoni di una quantità adeguata di aria. L'ingresso dell'aria viene chiamato **inspirazione**, l'uscita **espirazione**.

Con il termine **insufficienza respiratoria** si identifica una condizione di malattia per cui i valori di ossigeno nel sangue arterioso sono inferiori rispetto a quelli di un individuo sano di pari età.

Con il termine di **insufficienza ventilatoria** l'evento fondamentale è invece rappresentato dall'innalzamento dei valori di anidride carbonica nel sangue arterioso. Tale condizione dipende da un inefficiente meccanismo di pompa del sistema respiratorio e può o meno essere associato ad uno stabile calo di ossigeno arterioso, in quest'ultimo caso si parla di **insufficienza respiratoria globale**.

Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso



PATOLOGIE NELLE QUALI SI RISCONTRA L'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

L'insufficienza respiratoria è un evento che si presenta frequentemente nella fase avanzata di molte malattie respiratorie croniche, in particolare nelle **malattie restrittive** del polmone e/o della gabbia toracica oppure in persone con **malattie ostruttive delle vie aeree**. Tra le prime vanno ricordate tutte le deformità della gabbia toracica o del polmone, le malattie muscolari sistemiche (che interessano tutto l'organismo), le condizioni di insufficienza ventilatoria secondaria a danni del sistema nervoso. Tra le seconde, invece, vanno annoverate la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), l'enfisema polmonare, la fibrosi cistica del bambino e le bronchiectasie.

COME SI FA LA DIAGNOSI

La diagnosi di insufficienza respiratoria e ventilatoria viene fatta mediante l'emogasanalisi, un esame che consente di misurare, su un campione di sangue arterioso, i livelli di ossigeno, di anidride carbonica e l'acidità del sangue (pH). Il prelievo viene normalmente effettuato all'arteria del polso ed eseguito in ambulatorio o in ospedale. Un'altra modalità semplice e indolore per rilevare la presenza di ossigeno nel sangue consiste nell'utilizzo di un saturimetro, strumento che utilizza un apposito rilevatore che viene posizionato "a pinza" su un dito della mano. Tale strumento irradia una luce attraverso il dito e un minuscolo computer determina la saturazione di ossigeno in base al colore della luce che arriva dall'altra parte del dito. Questo esame viene chiamato ossimetria. L'ossimetria non è precisa quanto l'emogasanalisi, viene dunque usata solo come guida.

QUALI SONO I SINTOMI PRINCIPALI

I principali sintomi fisici della presenza di insufficienza respiratoria comprendono:

- la respirazione affannata o irregolare
- il battito cardiaco accelerato
- un senso di maggiore stanchezza generale
- l'uso vigoroso dei muscoli del collo durante la respirazione.

In particolare la diminuzione **improvvisa** di ossigeno può causare un'accelerazione del ritmo cardiaco (tachicardia), l'aumento della pressione e agitazione che può evolvere fino al delirio e alla perdita di coscienza. La riduzione **cronica** dell'ossigeno nel sangue, invece, può essere ben tollerata dalla persona e perciò non percepita, ma nel tempo può provocare gravi problemi al cuore (che può non essere più in grado di pompare il sangue ai tessuti) e a tutti gli organi, con una diminuzione della sopravvivenza rispetto alla popolazione sana. L'aumento di anidride carbonica causa, invece, mal di testa, senso di affaticamento, aumento della sudorazione e, se di grave entità, può determinare un'alterazione della percezione che può andare da un lieve disturbo della personalità fino alla confusione marcata e alla perdita di coscienza.

COME SI CURA

L'insufficienza respiratoria viene curata, in aggiunta al trattamento della malattia di base, con la somministrazione di **ossigeno** (per lo più mediante cannule nasali) a concentrazioni sufficienti per garantire, durante ogni attività quotidiana (lavoro, riposo, sonno, ecc.), un adeguato innalzamento dei valori di ossigeno arterioso, al di sopra di soglie non pericolose per la vita. Il trattamento più idoneo per l'insufficienza ventilatoria è invece rappresentato dall'aiuto che possono fornire adeguati sistemi chiamati **ventilatori polmonari**.

Questi sono apparecchi utilizzati per aumentare o sostituire la respirazione spontanea di un individuo e consentono di mettere a riposo i muscoli espiratori, di espandere meglio il polmone e, quindi, di ridurre la quantità di anidride carbonica nel sangue.

OSSIGENOTERAPIA

L'aria che respiriamo è formata da una miscela di azoto e ossigeno. L'ossigeno presente garantisce, in condizioni normali, una concentrazione nel sangue sufficiente a soddisfare le esigenze di tutto l'organismo. Quando questa concentrazione si riduce in seguito ad una malattia, si crea una condizione che viene denominata **ipossiemia**. La condizione di ipossiemia può essere momentanea oppure perdurare nel tempo. Il deficit di ossigenazione può essere parzialmente corretto tramite un supplemento di ossigeno chiamato **ossigeno-terapia**. Il malato candidato all'ossigenoterapia a lungo termine è tipicamente una persona giunta ad uno stadio avanzato di una malattia cronica dell'apparato respiratorio.

La carenza di ossigeno si manifesta normalmente con una sensazione di "fame d'aria" e facile affaticamento, fino a portare la persona all'inattività completa; inoltre può provocare gravi danni agli organi vitali.

BENEFICI DELL'OSSIGENOTERAPIA

L'ossigenoterapia si propone di portare i seguenti benefici alla persona:

- prolungare la vita
- prevenire lo sforzo del cuore dovuto al basso livello di ossigeno
- migliorare l'attività del cervello, la capacità di percezione e il ragionamento
- ridurre il mancafiato (dispnea)
- aumentare la tolleranza all'esercizio fisico e quindi la possibilità di fare le normali attività
- ridurre le ospedalizzazioni

La prescrizione di ossigeno garantisce alle persone affette da insufficienza respiratoria un deciso miglioramento della qualità di vita: la possibilità di tornare a fare una vita attiva, di svolgere le attività della vita quotidiana che prima costavano sforzi enormi (anche il solo lavarsi al mattino o fare le pulizie casalinghe), di uscire a fare una passeggiata, ritrovare gli amici, riprendersi la propria autonomia.

TEMPI E MODI DI SOMMINISTRAZIONE DELL'OSSIGENO

Lo specialista potrà decidere se è necessaria l'ossigenoterapia dopo aver confermato la presenza di ipossiemia, attraverso l'esecuzione dell'**emogasanalisi**, un esame che consente di misurare su un campione di sangue arterioso, i livelli di ossigeno, di anidride carbonica e l'acidità del sangue (pH). Il prelievo viene normalmente effettuato all'arteria del polso ed eseguito in ambulatorio o in ospedale.

In base ai valori rilevati il medico prescriverà il flusso di ossigeno, cioè il dosaggio, espresso in numero di litri al minuto. Lo specialista può prescrivere flussi diversi in corrispondenza delle varie attività, esercizio fisico, riposo, sonno. Poiché il corpo non può immagazzinare ossigeno, la terapia ha effetto solamente durante la somministrazione; se si tolgono gli occhiali o la maschera il livello di ossigeno del sangue si abbasserà in pochi minuti.

In caso di prescrizione di ossigenoterapia continua la somministrazione dovrà essere il più vicino possibile alle 24 ore e comunque non meno di 18 ore al giorno. Tempi così lunghi comportano l'utilizzo di sistemi di somministrazione che siano pratici, poco ingombranti, di facile gestione e che consentano una buona qualità di vita. Non bisogna mai ridurre o smettere l'ossigenoterapia autonomamente. Occorre sempre rivolgersi al proprio medico prima di modificarla.

LE PRINCIPALI FONTI DI OSSIGENO

Bombole a gas compresso o a ossigeno gassoso

Sono grandi recipienti che contengono ossigeno sotto pressione (circa 10.000 litri). Sono pesanti, ingombranti e durano pochi giorni. Le bombolette "portatili" hanno un'autonomia ancora più limitata (poche ore). Unico vantaggio è che sono la fonte di ossigeno meno costosa e si possono impiegare in casi particolari (ad es. quando non è possibile ricorrere ad altre fonti di rifornimento); non sono utilizzate per l'ossigeno terapia a lungo termine. L'ossigeno in bombola va sempre usato con un dispositivo di riduzione della pressione (riduttore), un flussometro (per regolare la quantità di ossigeno) e un umidificatore.

Concentratore di ossigeno

Il concentratore di ossigeno filtra azoto e altri gas dall'aria atmosferica producendo così elevate concentrazioni di ossigeno; tuttavia limita la possibilità di muoversi della persona, che deve restare in casa. È poco ingombrante, ma funziona con l'elettricità e si spegne in caso di interruzione di corrente elettrica; è rumoroso e necessita di adeguata assistenza tecnica e di manutenzione (cambio di filtri, ecc.).

Ossigeno liquido

È il sistema più usato in Italia. Normalmente è distribuito mediante due contenitori:

1. contenitore madre o "riserva": è di capacità variabile da 20 a 44 litri ed eroga un flusso costante di ossigeno. Questo contenitore è composto dalle seguenti parti:
 - indicatore di livello
 - raccordo di riempimento
 - impronta per il riempimento dell'unità portatile
 - manopola di selezione del flusso
 - raccordo di uscita per ossigeno verso la persona
 - umidificatore (non sempre presente)
 - recipiente di raccolta dell'acqua
 - corpo contenitore dell'ossigeno
 - base con rotelle
 - indicatore di carica batteria/stato di funzionamento
2. contenitore portatile [stroller- fig. 1]: contenitore di capacità variabile (da 0,5 a 1,2 lt) facilmente trasportabile a spalla o su un apposito carrellino e che permette alla persona di muoversi liberamente; tale contenitore può essere ricaricato direttamente dalla persona in modo semplice e sicuro attraverso un apposito sistema che lo collega alla bombola "madre". Il peso di questi contenitori portatili è nell'ordine di 2-3 Kg. Questo contenitore è composto dalle seguenti parti:
 - indicatore di livello
 - attacco per l'utilizzo
 - manopola di selezione del flusso
 - alloggiamento batteria e batteria
 - valvola di sfiato
 - raccogliatore di condensa



Fig. 1 esempio di contenitore portatile per l'ossigeno (stroller)

Il tipo di erogatore viene scelto dal medico sulla base delle esigenze della singola persona. Tutti i sistemi sono dotati di flussometro cioè di un erogatore dosato che permette di selezionare la quantità di litri di ossigeno prescritta dal medico.

METODI DI ASSUNZIONE DELL'OSSIGENO

Occhialini nasali

È il metodo più usato. Gli occhialini [fig. 2] hanno il vantaggio di lasciare libera la bocca del persona, che può così conversare, alimentarsi ed espettorare. In commercio esistono anche sondini nasali che possono mimetizzarsi in una vera montatura di occhiali, migliorando in questo modo l'estetica del persona.

Gli svantaggi sono rappresentati dal mal posizionamento durante la notte in seguito agli inevitabili movimenti del capo durante il sonno, per cui i sondini escono dal naso.

Esistono in commercio sondini nasali provvisti di un prolungamento che si allaccia dietro il capo con cui è possibile fissarli dentro le narici anche durante la notte. Oppure si può provvedere ad allacciare con un nastro o un elastico le due estremità del sondino nasale che si collocano dietro le orecchie. È importante controllare che il naso sia libero affinché la persona possa inalare l'ossigeno necessario.



Fig. 2 occhialini nasali

Maschera (Venti-Mask)

La maschera [fig. 3] è usata quando si vuole essere certi di somministrare concentrazioni di ossigeno generalmente ad alte dosi. È indicata anche qualora la persona respiri prevalentemente attraverso la bocca o se le vie nasali sono ostruite.



Fig. 3 maschera (Venti-Mask)

Sondino tracheale

In casi molto particolari il medico può inserire mediante un piccolo intervento un tubicino direttamente in trachea.

PER QUANTO TEMPO SI PUÒ SOMMINISTRARE L'OSSIGENO

La persona può restare in ossigeno-terapia per poche settimane, per mesi o per il resto della vita. Come ogni altra prescrizione medica, l'ossigeno deve essere usato attentamente seguendo i dosaggi, le istruzioni e le precauzioni di sicurezza.

RISCHI E COMPLICANZE DELLA SOMMINISTRAZIONE DI OSSIGENO

I sistemi di somministrazione dell'ossigeno presentano alcuni rischi.

I rischi di tipo medico sono legati soprattutto alla somministrazione scorretta (maggiore o minore quantità di ossigeno erogata rispetto alle reali necessità) e vanno dalla semplice infiammazione fino a danni gravi al tessuto polmonare. In alcuni casi l'eccesso o la cattiva prescrizione di ossigeno può portare ad un peggioramento della ventilazione negli alveoli e cioè all'aumento del gas "cattivo" (anidride carbonica) che non riesce ad essere eliminato dai polmoni.

Per quanto riguarda i rischi di tipo non medico sono rappresentati, per l'ossigeno gassoso, dalla limitata autonomia e dal rischio di esplosione della bombola, per il sistema liquido dal rischio di combustione (**mai avvicinarsi a fiamme libere e fornelli con l'ossigeno, mai fumare in vicinanza di una fonte di ossigeno !**).

MANUTENZIONE E NORME DI SICUREZZA

Verificare giornalmente sull'indicatore di livello che la riserva contenga una quantità sufficiente di ossigeno. In caso contrario contattare il fornitore.

Controllare che ci sia sempre acqua (meglio se acqua distillata) nell'umidificatore (dove presente), rabboccandolo quando il liquido si è consumato e controllare che il bicchiere sia perfettamente avvitato.

Controllare che il flussimetro (che indica quanti litri di ossigeno al minuto primo sono erogati) segni il numero esatto di litri prescritti dal medico.

Tenere sempre pulite le parti in plastica (tubi di collegamento, occhiali, maschera, umidificatore) e sostituirle regolarmente.

La Ditta fornitrice dovrà attuare i controlli ad ogni rifornimento o periodicamente, in caso di uso del concentratore (filtri, raccordi, sistemi di umidificazione).

Rispettare scrupolosamente le norme di sicurezza di prevenzione degli incendi. L'ossigeno liquido facilita la combustione e devono essere sempre previste le normali perdite per evaporazione: non posizionare le bombole vicino a caldaie, non cucinare con fiamme libere durante la terapia. Non fumare mai durante l'ossigenoterapia: possono prendere fuoco naso, capelli, vestiti, ecc.

Imparare ad usare e maneggiare con cura le apparecchiature può sembrare complicato. È bene chiedere dimostrazione pratica dalla società fornitrice o dal personale sanitario che assiste. Se non si è sicuri è importante chiedere chiarimenti fino a quando non si sia pratici nell'utilizzo. Per maggiore sicurezza è bene che un familiare o una persona di fiducia impari ad utilizzare al meglio le apparecchiature.

Mantenere pulito l'equipaggiamento aiuta a evitare infezioni. Lavare bene le mani prima di pulire o utilizzare l'equipaggiamento. Pulire tutti i giorni gli occhialini nasali e pulirsi spesso il naso durante la somministrazione dell'ossigeno-terapia.

La manutenzione fornita dalla ditta prevede, tra l'altro, il rilevamento dei seguenti parametri:

- controllo della data di scadenza del dispositivo
- controllo della pressione di esercizio del dispositivo medico
- verifica della regolarità di erogazione dell'ossigeno
- controllo della concentrazione dell'ossigeno
- verifica della perfetta tenuta dei circuiti di erogazione

Per qualsiasi dubbio sull'utilizzo dell'apparecchiatura fare riferimento alla ditta fornitrice di ossigeno.

PRESCRIZIONI ED ESENZIONI

Il medico deve ripetere la prescrizione almeno una volta l'anno, o quando i sintomi cambiano, in modo da verificare che la prescrizione terapeutica sia adeguata alle necessità. L'ossigeno terapia può essere costosa, specialmente se continuata nel tempo. È bene informarsi dal medico rispetto al diritto all'esenzione.

VIAGGI

È possibile viaggiare con l'ossigeno. Con qualche aiuto extra ed una buona programmazione, si possono effettuare viaggi con automobili, aerei, navi o treni portando le bombole d'ossigeno. È necessario contattare il fornitore domiciliare con adeguato anticipo rispetto al viaggio per permettergli di provvedere alle necessità di ossigeno per il tragitto e la permanenza. In caso di viaggio in auto è possibile trasportare lo stroller ponendolo sotto il sedile, o, in caso di viaggi più lunghi, si può collocare il recipiente madre dietro i sedili anteriori. Nei viaggi aerei è consentito di portare in aereo solo lo stroller vuoto. Per conoscere le modalità e le procedure per ottenere l'ossigeno a bordo, occorre rivolgersi al proprio medico e, nei termini previsti, alla compagnia aerea con la quale si intende viaggiare.

RACCOMANDAZIONI

L'ossigenoterapia è un trattamento medico, è pertanto necessario seguire attentamente le prescrizioni del medico: assumere l'ossigeno esattamente al flusso prescritto e per il numero di ore giornaliere prescritte e senza interruzioni. Se non si rispetta questa modalità l'ossigenoterapia può risultare inefficace o addirittura controindicata.

Non variare autonomamente il flusso di ossigeno.

È necessario chiedere il controllo medico nelle seguenti situazioni:

- comparsa di febbre
- aumento della tosse o del catarro (specie se diventa giallo o verde)
- aumento dell'affanno
- aumento del peso corporeo o di comparsa di gonfiore ai piedi
- comparsa di aritmia cardiaca
- comparsa di mal di testa, irritabilità, cambiamento dell'umore (depressione e ansia)
- aumentata sonnolenza

Non far fumare nessuno vicino all'ossigeno e tenere l'ossigeno lontano da fonti di calore o fiamme.

Può essere utile avere un'agenda per registrare le date dei controlli e le date di consegna dell'ossigeno, in modo da effettuare le richieste in tempo utile.

SITOGRAFIA
<http://www.aiponet.it/>

GESTIONE DOMICILIARE DELLA TRACHEOSTOMIA

LA TRACHEA

La trachea è un organo che fa parte dell'apparato respiratorio; è posizionata tra la laringe e i bronchi. Ha la forma di un tubo e consente il passaggio dell'aria dall'esterno verso i polmoni. Nella parte terminale si divide in due grossi rami, i bronchi, ognuno dei quali raggiunge un polmone. Va precisato che le corde vocali sono situate nella laringe, e la produzione della voce avviene grazie alla loro vibrazione al passaggio dell'aria. Quando viene effettuata la tracheostomia, l'aria non passa dalla laringe, motivo per il quale, senza adeguati dispositivi e interventi rieducativi, non è possibile parlare.

TRACHEOSTOMIA

La **tracheostomia** è una via respiratoria alternativa a quella naturale. Con un piccolo intervento chirurgico viene praticato un foro nella trachea, che si apre all'esterno a livello del collo. Per mantenere aperta questa via viene posizionata una cannula (detta cannula tracheostomica).

Le indicazioni principali a questo intervento sono:

- casi di emergenza che comportano una grave insufficienza respiratoria
- interventi di chirurgia che modificano la parte superiore dell'apparato respiratorio (bocca, faringe, laringe) con interruzione parziale o totale del passaggio dell'aria
- alcuni casi di infiammazione acuta della laringe con gonfiore importante che non risponde alla terapia medica
- situazioni che richiedono una intubazione endotracheale per periodi superiori a pochi giorni (per esempio in persone in coma che devono essere collegate ad un respiratore).

La tracheostomia si propone i seguenti scopi:

- realizzare una comunicazione diretta tra l'aria-ambiente e le vie aeree inferiori, superando eventuali ostacoli
- migliorare la ventilazione alveolare
- consentire una valida pulizia tracheo-bronchiale
- stabilire una netta e completa separazione tra via respiratoria e digestiva
- rendere possibile un corretto e sicuro collegamento a un ventilatore automatico
- diminuire le resistenze al flusso di gas del ventilatore
- permettere nelle persone coscienti la ripresa di una normale alimentazione per bocca.

La tracheostomia è quindi preferibile in quelle persone che richiedono una ventilazione meccanica prolungata.

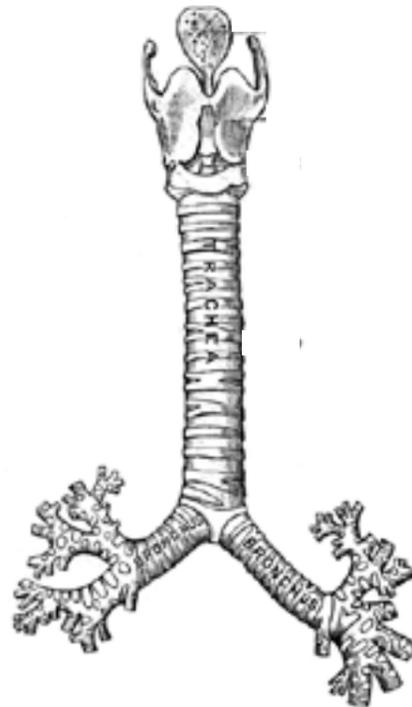


Fig. 2 laringe trachea e bronchi

LA CANNULA TRACHEOSTOMICA

La cannula tracheostomica [fig.3], che viene posizionata nella tracheostomia, è formata da tre elementi:

- **cannula**: mantiene la tracheostomia aperta consentendo una normale respirazione. La parte curva del tubo è posizionata nella trachea. La cannula viene fissata per mezzo di fettucce che, fatte passare attraverso degli appositi fori, girano intorno al collo; le fettucce permettono di mantenere un adeguato posizionamento della cannula evitando spostamenti accidentali durante i movimenti del capo o la deglutizione. La fettuccia può essere sostituita giornalmente o quando si presenta sporca.
- **controcannula** (non è sempre presente): viene inserita dentro la cannula e serve a tenere quest'ultima pulita.
- **flangia** (tratto esterno della cannula): permette il collegamento della cannula al ventilatore, quando necessario, tramite un apposito raccordo, nonché l'applicazione di accessori quali tappi, nasi artificiali, valvole per parlare.



Fig. 3 cannula tracheostomica

Esistono in commercio numerosi tipi di cannule che si differenziano fra di loro per modello, diametro, accessori in dotazione e funzione. Sostanzialmente però, le possiamo dividere in due gruppi:

- **cannula cuffiata**
- **cannula non cuffiata**



Fig. 4 cannula cuffiata



Fig. 5 naso artificiale

Cannula cuffiata: è provvista di un palloncino (cuffia) che la avvolge a manicotto nella parte che viene inserita in trachea, gonfiabile con aria per mezzo di una siringa (senza ago). Tale palloncino ha lo scopo di evitare perdite d'aria dalla trachea durante la ventilazione meccanica perché consente il passaggio dell'aria solo all'interno della cannula. Una eccessiva pressione sulla parete della trachea da parte della cuffia, può causare lesioni da decubito sulla mucosa tracheale. Tale evenienza può essere evitata sgonfiando periodicamente la cuffia nell'arco della giornata o controllandone periodicamente la pressione. Il palloncino deve essere gonfio mentre la persona è collegata al respiratore (in modo da evitare sfiati di aria in bocca e l'accensione da parte del ventilatore di un segnale di allarme di "bassa pressione o basso volume" che esprime fuga di flusso/aria dal circuito paziente-ventilatore) e sgonfio quando la persona è in respiro spontaneo. **In caso di difficoltà alla deglutizione cuffiare la cannula prima di bere o mangiare**: la cannula permette di evitare, nelle persone con alterato riflesso della deglutizione, che il cibo ingerito venga inalato in trachea provocando pericolose polmoniti.

Cannula non cuffiata: non essendo munita del palloncino non è utilizzabile per la ventilazione meccanica. Spesso viene chiamata cannula fonatoria perché, opportunamente sistemata, permette alla persona di parlare. Solitamente è dotata di accessori, fra i quali contro-cannula e valvola fonatoria;

quest'ultima, applicata sulla parte esterna, permette la chiusura della cannula facendo in modo che l'aria segua nuovamente il percorso naturale (naso, faringe, laringe, trachea) e consenta di parlare. È inoltre munita di un raccordo cilindrico al quale può essere agganciato a pressione il "naso artificiale", un filtro particolare che trattiene il calore e l'umidità dell'aria espirata e li cede all'aria inspirata. Fa dunque il lavoro che, in condizioni normali, verrebbe svolto dal naso. La fornitura annuale è di 365 filtri quindi il cambio va fatto ogni 24 – 36 ore al massimo, e quando si sporca di secrezioni per esempio dopo un colpo di tosse.

GESTIONE E PULIZIA DELLA CONTROCANNULA

La controcanula deve essere pulita almeno due volte al giorno (mattino e sera prima di coricarsi). Può essere necessario pulirla anche più spesso quando ci sono secrezioni abbondanti e dense, o quando, estraendo il sondino di aspirazione, si sente dell'attrito che ne ostacola il passaggio.

Materiale:

- controcanula di riserva
- acqua corrente
- scovolino
- bicchiere
- acqua ossigenata
- garza

Procedura:

1. rimuovere la controcanula dalla cannula avendo l'accortezza di mantenere ferma la flangia con pollice e indice della mano opposta;
2. posizionare immediatamente la controcanula di riserva;
3. detergere la controcanula sporca con acqua corrente per favorire la rimozione delle secrezioni che si sono depositate al suo interno utilizzando anche lo scovolino;
4. prendere un bicchiere pulito e riempirlo a metà con acqua di rubinetto e per metà con acqua ossigenata e immergervi la controcanula per almeno 15 minuti;
5. risciacquarla con acqua corrente e metterla ad asciugare all'interno di una garza;
6. lavare lo scovolino utilizzato con acqua e sapone e conservarlo in ambiente pulito.

LA TRACHEOASPIRAZIONE

Con il termine "**tracheoaspirazione**", si intende la rimozione meccanica delle secrezioni dall'albero tracheobronchiale per mezzo di una fonte aspirante e di un sondino inserito nelle vie aeree tramite una via naturale (bocca e/o naso) o artificiale (stoma o tubo endotracheale).

Per favorire l'aspirazione di quante più secrezioni possibili è necessario che la persona sia ben idratata e soggiorni in un ambiente ben umidificato.

Scopi di questa manovra sono:

- mantenere pervie le vie aeree rimuovendo secrezioni e/o materiale estraneo
- promuovere e migliorare gli scambi respiratori
- prevenire gli effetti collaterali legati alla stasi delle secrezioni
- ottenere campioni da laboratorio per esami colturali.

Quando e quante volte si deve aspirare?

La persona deve essere incoraggiata a tossire ed espettorare autonomamente se è in grado di farlo.

È importante aspirare solo qualora se ne ravvisi la necessità, ovvero quando si sente che il respiro della persona non è "pulito".

Il materiale occorrente è:

- aspiratore portatile [fig. 6]: solitamente funziona anche a batteria; è importante lasciarlo sempre in carica in modo che quando serve, lo si possa spostare ed utilizzare senza perdere tempo a cercare una presa della corrente. Spesso munito anche di raccordo per ricaricarlo in automobile
- tubo di aspirazione munito di valvola di modulazione dell'aspirazione [fig. 7]
- sondino in plastica, trasparente, possibilmente con punta arrotondata e come prescritto dal medico

- guanti monouso
- brocca con soluzione disinfettante per pulire l'interno del sondino e del tubo di aspirazione dopo la manovra.

Procedura

1. Predisporre tutto il materiale, lavare le mani e infilare i guanti (le mani sono il principale veicolo di germi e di infezioni che danneggiano sia chi assiste, ma soprattutto l'assistito);
2. aprire la confezione del sondino dalla parte in cui si raccorda con l'aspiratore e, prima di sfilarlo, connetterlo all'aspiratore;
3. sfilare il sondino e introdurlo nella cannula (non oltre la sua lunghezza) con l'aspirazione spenta;
4. sfilare lentamente il sondino con movimenti rotatori azionando l'aspirazione ad intermittenza. La durata della tracheoaspirazione deve essere inferiore ai 10-15 secondi e non va interrotta durante episodi di tosse;
5. sfilare completamente il sondino e aspirare dell'acqua;
6. spegnere l'aspiratore;
7. osservare attentamente la persona, la sua respirazione, il colore della cute;
8. staccare il sondino dal tubo di aspirazione tenendolo con la mano protetta dal guanto, con l'altra mano afferrare il risvolto del guanto, ripiegarlo su sé stesso e sfilare il guanto così rovesciato con al suo interno il sondino;
9. gettare il tutto nel sacco dei rifiuti;
10. sistemare la persona in posizione confortevole che favorisca la respirazione;
11. reintegrare le attrezzature in modo che il materiale sia pronto per una nuova aspirazione.



Fig. 6 esempio di aspiratore portatile



Fig. 7 tubo di aspirazione con valvola

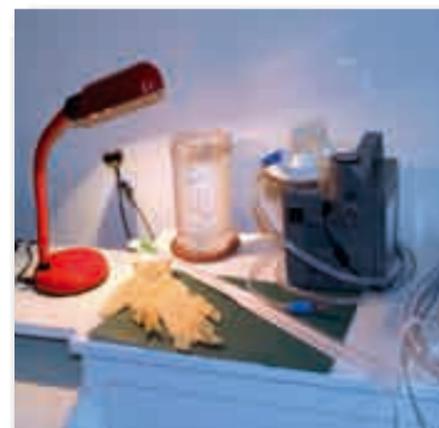


Fig. 8 materiale per la tracheoaspirazione



Fig. 9 manovra di tracheoaspirazione

LA MEDICAZIONE DELLA TRACHEOSTOMIA

La **medicazione** della tracheostomia è una manovra di igiene e come tale va eseguita ogni volta che se ne ravvisi la necessità; è comunque buona norma eseguirla al mattino dopo l'igiene personale e la sera, prima di coricarsi. La cute attorno alla tracheostomia deve essere sempre asciutta e pulita; in caso contrario potrebbero verificarsi arrossamenti, macerazione ed infezioni della pelle con conseguente fastidio e dolore.

Materiale occorrente e tecnica di medicazione:

- guanti: devono essere puliti ed utilizzati solo una volta, quindi buttati al termine della procedura
- garze: non devono essere necessariamente sterili, l'importante è che siano pulite e conservate al riparo dalla polvere. Per ogni passaggio della medicazione vanno utilizzate garze pulite
- soluzione fisiologica: prima di disinfettare si deve pulire la zona rimuovendo eventuali secrezioni fuoriuscite dalla tracheostomia
- utilizzare un disinfettante incolore ed analcolico: l'assenza di colore permette di vedere per tempo eventuali arrossamenti
- con una garza si pulisce sia la parte superiore sia quella inferiore della tracheostomia, aiutandosi con una mano a sollevare delicatamente e leggermente la parte esterna della cannula, in modo da riuscire a disinfettare bene
- la garza che solitamente viene posizionata fra la cannula e la pelle prende il nome di **metallina** poichè ha una faccia argentata che è quella che deve stare a contatto con la persona. Qualora non disponibile si può tranquillamente utilizzare una normale garza, praticando un'incisione a Y partendo dalla metà di uno dei lati ed arrivando fino al centro della garza. È importante sostituirla ogni volta che si presenta sporca o bagnata. La sostituzione deve sempre essere preceduta dalla medicazione
- la fettuccia che fissa la cannula al collo dovrebbe essere sostituita una volta al giorno o al bisogno, ad esempio quando bagnata, per non provocare macerazioni alla pelle del collo. Spesso vengono fornite delle fettucce in simil spugna e munite di velcro per fissare. Se così non fosse, è utile ricorrere al classico rotolo di fettuccia da sarta, alto 1 cm, da fissare con nodo. Attenzione a non stringere troppo la fettuccia per non dare disagio alla persona; allo stesso tempo verificare di non lasciare la fettuccia troppo larga o il nodo troppo molle per non rischiare che la cannula perda la posizione ottimale o fuoriesca
- se la cannula tracheostomica è fornita di contro-cannula, provvedere alla sostituzione di questa ultima seguendo la procedura sopra descritta.



Fig. 10 materiale per la medicazione della tracheostomia

LA TERAPIA INALATORIA NELLA PERSONA TRACHEOSTOMIZZATA

Spesso, al soggetto tracheostomizzato, viene prescritta una terapia inalatoria, che nella maggior parte dei casi è sotto forma di spray. Essi, possono essere somministrati sia quando la persona è in respiro spontaneo, sia quando è connessa al ventilatore meccanico. Ciò può essere fatto mediante l'utilizzo di un dispositivo chiamato **distanziatore** (o *aerochamber*). Come si vede dalla fotografia [fig. 11], si tratta di un dispositivo cilindrico, aperto alle due estremità e con un apposito foro per incastrare lo spray. Le due estremità sono da agganciare una alla cannula tracheostomica e l'altra (quella vicina allo spray), o al nasino o al circuito del ventilatore. Il distanziatore va disinfettato una volta alla settimana immergendolo nella soluzione disinfettante. Gli spray sono dei farmaci e, come tali, vanno somministrati secondo le indicazioni mediche, rispettando dosaggi e orario. È importante ricordare che lo spray è formato da una parte di polvere e una di gas propellente, motivo per cui, prima di somministrarli, è indicato di agitarli bene per miscelare i due componenti.



Fig. 11 esempio di distanziatore

SEMPLICI CONSIGLI PER LA VITA QUOTIDIANA

Cura e protezione del tracheostoma

Il tracheostoma non deve essere lasciato mai senza cannula più a lungo del periodo indicato dal medico: l'apertura potrebbe restringersi tanto da non permettere più l'introduzione della cannula. L'utilizzo di cotone e fazzoletti di carta per coprirlo sono assolutamente da evitare per il pericolo che fili o frammenti possano penetrare nella trachea. Quando lasciato libero, il tracheostoma deve essere protetto giorno e notte con le apposite bavagline che evitano l'ingresso di corpi estranei e polvere. Una volta lavate, le bavagline, devono essere risciacquate molto bene poiché la presenza di detersivi potrebbe irritare la cute. È sempre necessaria una elevata umidificazione degli ambienti in cui si vive al fine di favorire la fluidità delle secrezioni ed evitare che si creino incrostazioni nella trachea.

La rasatura della barba

Per questa attività è particolarmente indicato l'utilizzo del rasoio elettrico. Se al contrario vengono utilizzati acqua e sapone è bene prestare attenzione affinché il sapone non penetri nel tracheostoma. Con entrambe le metodiche è necessario coprire lo stoma con un asciugamani al fine di evitare che eventuali peli possano penetrare nella trachea.

Abbronzatura

È sconsigliata l'esposizione diretta della regione del collo ai raggi solari. Nel caso ci si rechi in spiaggia, il collo deve essere protetto con un fazzoletto di stoffa anche al fine di evitare che venga a contatto con della sabbia.

Doccia e bagno

Sotto la doccia è necessario fare attenzione che il getto d'acqua non sia diretto verso il tracheostoma. A tal fine è bene utilizzare di preferenza la doccia a telefono cioè quella staccabile dalla parete e orientabile sul corpo. Nella vasca da bagno, invece, il livello dell'acqua non deve superare l'altezza del torace ed è prudente sedersi su un tappetino antiscivolo. I prodotti troppo profumati sono sconsigliati in quanto il loro vapore aromatico potrebbe stimolare colpi di tosse. Quando ci si lava i capelli è necessario tenere la testa abbassata in avanti o indietro mentre il tracheostoma deve sempre essere protetto da una salvietta di spugna.

Alimentazione

La persona portatrice di tracheostomia può mangiare qualsiasi alimento, l'importante è che non si tratti di cibi o bevande troppo calde o troppo fredde.

LA VENTILAZIONE MECCANICA

La **ventilazione meccanica** è una **terapia** strumentale che, con l'impiego di opportuni apparecchi (**ventilatori**), ha lo scopo di sostituire o integrare una funzione respiratoria insufficiente, in modo da garantire l'allontanamento dell'anidride carbonica prodotta e l'apporto dell'ossigeno necessario.

La ventilazione meccanica consente di mettere a riposo i muscoli respiratori, di espandere meglio i polmoni e, quindi, di migliorare l'ossigenazione e ridurre la quantità di gas "cattivo" (anidride carbonica) nel sangue. Essa è utilizzata in maniera **continua** (24 ore al giorno) o **ad intervalli** (per esempio, respiro spontaneo da sveglio e ventilazione meccanica durante il sonno), secondo le indicazioni stabilite dal medico specialista.

Perché è importante ventilare?

In linea di massima, si può rispondere a questa domanda elencando i seguenti vantaggi:

- allungamento della sopravvivenza della persona
- miglioramento della prognosi
- possibilità di evitare il peggioramento dello stato di coscienza legato ad una insufficiente ventilazione polmonare
- riduzione del numero di riacutizzazioni della malattia e, in caso di riacutizzazione, un controllo migliore e più efficace
- possibilità di evitare i ricoveri ospedalieri per le riacutizzazioni della malattia, in particolare i ricoveri in terapia intensiva
- miglioramento della qualità della vita della persona (può vivere presso il proprio domicilio e avere una vita di relazione con rapporti sociali il più normale possibile)
- miglioramento della qualità del sonno.

È comunque indubbio che le persone sottoposte a ventilazione e le loro famiglie per affrontare le difficoltà devono poter contare su alcuni presupposti:

- la persona sottoposta a ventilazione deve essere motivata ed ottimista verso questa terapia a lungo termine per poter essere in grado di riconoscerne i benefici
- avere il supporto dei familiari per poter gestire questa terapia in modo corretto a domicilio
- poter contare sulla disponibilità del medico di famiglia, che dovrà essere coinvolto per risolvere le problematiche meno complesse che la persona incontrerà durante il programma
- avere garanzia di affidabilità della società di distribuzione che dovrà intervenire tempestivamente in qualsiasi momento in caso di problemi tecnici e fornire in tempo reale i necessari supporti di materiali in uso. Le società dei servizi sono infatti tenute a un'assistenza tecnica protratta che viene realizzata, nei limiti del possibile, presso il domicilio. Solitamente vengono concordati piani di intervento differenziati in base alla gravità della situazione clinica della persona. Le società di servizi hanno l'obbligo di mettere a disposizione un numero verde di chiamata attivo 24 ore su 24.

Che cosa è il ventilatore meccanico?

È uno strumento che sostituisce o aiuta i muscoli respiratori a lavorare correttamente in modo da produrre l'energia necessaria ad assicurare flusso, pressione e volume di ossigeno adeguati nel polmone durante l'inspirazione. Il ventilatore da prescrivere deve essere provato, valutato e regolato nel modo ottimale per un periodo sufficiente in ambiente ospedaliero prima di dimettere la persona in ventilazione domiciliare a lungo termine. Il medico valuterà caso per caso se e quando prescrivere una modalità di ventilazione oppure un'altra.

La **ventilazione meccanica** può essere di tipo **non invasivo** quando l'aria viene erogata tramite maschere facciali [fig. 1] o nasali applicate al volto della persona [fig. 4] e fissate tramite apposite cinghiette elastiche; **invasivo** quando viene attuata attraverso un tubo che dalla bocca giunge in trachea (intubazione) o una cannula **tracheostomica**.



Fig. 1 maschera facciale

VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA

La scelta delle precise modalità di ventilazione dipende da svariati fattori, ad esempio dal comfort del paziente o dalla specifica malattia che causa il disturbo della respirazione.

Che cosa occorre per eseguire la ventilazione non invasiva?



Fig. 2 ventilatore portatile



Fig. 3 umidificatore

Ventilatore

Per la ventilazione non invasiva vengono solitamente utilizzati ventilatori portatili, di piccole dimensioni e di peso contenuto per renderne agevole l'utilizzo al domicilio. L'assistito deve essere istruito ad **accendere** e **spegnere** l'apparecchio, mentre i tasti che regolano i parametri di ventilazione devono essere protetti da appositi sistemi di blocco per evitare manomissioni o modifiche accidentali. La gestione tecnica spetta alla ditta fornitrice del ventilatore, che dovrà essere contattata in caso di guasti. L'assistito ha comunque a disposizione il manuale d'uso. Ogni ventilatore è dotato, nella parte posteriore, di un **filtro** d'aria che impedisce l'ingresso di polvere e sporco all'interno dell'apparecchio, che deve essere periodicamente controllato e mantenuto pulito.

Umidificatore

Nella respirazione, il naso e le prime vie aeree hanno il compito di riscaldare, umidificare e filtrare l'aria. Durante la ventilazione non invasiva, questo sistema di riscaldamento può risultare inadeguato e la persona può riferire fastidiosi effetti collaterali (secchezza di bocca/naso, riniti, ecc.).

Allo scopo di evitare la comparsa di questi fastidi, vengono inseriti nel circuito di ventilazione dei **sistemi di umidificazione** che possono essere **a caldo** o "**attivi**", cioè fornelli elettrici che riscaldano l'aria, oppure **a freddo** o "**passivi**", cioè piccoli filtri a campana inseriti in serie nel circuito.

Circuito per il ventilatore

È composto da uno o più tubi in silicone o polietilene che servono per collegare il ventilatore alla maschera, permettendo il passaggio dell'aria alla persona.

È necessario:

- disinfettarli periodicamente, immergendoli in una soluzione disinfettante;
- controllare che il tubo non sia rotto e che non ci siano perdite d'aria.



Fig. 4 maschera nasale

Maschera

È formata solitamente da una struttura portante triangolare in policarbonato rigido e da un appoggio sul volto costituito da cuscinetti in silicone o in gel. In commercio esistono svariati tipi di maschere. Le più comuni sono **maschere nasali** [fig. 4], più confortevoli che comprendono soltanto il naso, e **maschere facciali** [fig. 1], che comprendono naso e bocca. Le maschere possono essere **aperte**, cioè dotate di

aperture anteriori che consentono la fuoriuscita dell'aria espirata, oppure **chiuse**.

In quest'ultimo caso, nel circuito deve essere necessariamente inserita una **valvola espiratoria** per consentire la fuoriuscita dell'anidride carbonica emessa con l'espirazione.

I fori delle maschere aperte o della valvola espiratoria non vanno mai coperti con cerotti né tappati. La maschera si applica alla testa grazie a una **cuffietta regolabile** che mantiene in posizione la maschera. La cuffietta è in materiale sintetico e lavabile, ed è formata da una parte che avvolge la testa e da 4 o 5 laccetti a strappo che vanno inseriti nelle apposite fessure della maschera. I laccetti devono poi essere tirati in modo simmetrico, quanto basta per far aderire bene la maschera al volto. Insieme alla maschera nasale, può essere necessario, in alcuni casi, applicare un **reggi-mento** (*mentoniera*), se la persona non mantiene la bocca chiusa durante la ventilazione. La mentoniera è fatta dello stesso materiale della cuffietta; va posizionata sotto il mento e si fissa con appositi lacci sopra la testa.

Qualunque sia il tipo di maschera adottato, **un accurato e corretto posizionamento è la chiave per rendere più comoda ed efficace la ventilazione.** Se la maschera è **troppo stretta** e preme eccessivamente sulla cute, può provocare lesioni cutanee da contatto, solitamente sulla fronte o sul naso.

Al contrario, se è **troppo larga**, genera fastidiose perdite d'aria che riducono l'efficacia della ventilazione e possono provocare irritazione delle congiuntive se lo sfiato d'aria si dirige negli occhi.

Lavaggio e disinfezione della maschera:

- quotidianamente, al termine della ventilazione, risciacquare sotto acqua fredda corrente la parte della maschera che sta a contatto con il viso ed asciugarla con cura
- ogni 15 giorni disinfettare la maschera, immergendola in una vaschetta contenente una soluzione disinfettante
- lavare con acqua e sapone la cuffietta ed il reggi-mento ogni 10-15 giorni, o comunque ogni volta che siano sporchi

Quando si disinfetta la maschera, porre particolare attenzione nel rimontare correttamente la cuffia.

Per cercare di prevenire la comparsa di lesioni, è indispensabile:

- la scelta accurata del tipo di maschera
- l'attenzione quotidiana nell'indossarla correttamente.

In caso di ulcere o lesioni cutanee, esistono in commercio apposite **idrobende cutanee** (cerotti antidecubito) da posizionare sulla cute lesionata.

VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

Materiale occorrente per la ventilazione meccanica invasiva:

- corpo macchina
- cavo elettrico
- filtri anti-polvere ed anti-batterico
- circuito
- valvola espiratoria
- raccordi per ossigeno
- interfaccia (catetere mouth)
- sistema di umidificazione
- eventuale carrellino o piano di appoggio.

GESTIONE DOMICILIARE DEL VENTILATORE MECCANICO E DEI SUOI COMPONENTI

Un ventilatore meccanico è dotato di alcuni componenti che di seguito verranno illustrati. Per una corretta manutenzione dell'apparecchio è importante seguire le indicazioni riportate.



Fig.5 filtro antipolvere

Filtro antipolvere

Filtra l'aria che il ventilatore prende dall'ambiente e cede alla persona; solitamente è situato nella parte posteriore del ventilatore. Va lavato con acqua tiepida una volta alla settimana. Ne vengono forniti due ricambi l'anno.

Presa della corrente da 220 V

Non serve attivare un aumento dell'energia elettrica; il centro prescrittore provvederà tuttavia a compilare un modulo con indicati i dati della persona ed il numero di utenza, che avrà in oggetto "Segnalazione di utenza presso cui è domiciliato un soggetto in ventilazione meccanica con apparecchiature alimentate ad energia elettrica". Tale modulo deve essere inviato all'azienda fornitrice di energia tramite raccomandata postale con ricevuta di ritorno, al fine di avere una via preferenziale nella fornitura della corrente.

Filtro antibatterico

Protegge il ventilatore da contaminazioni batteriche. Viene applicato sulla via d'uscita dell'aria dal ventilatore (via inspiratoria) e non è sempre presente. Non ha funzione terapeutica, quindi sia esso presente o meno, il ventilatore svolgerà comunque la sua funzione. Se in dotazione va sostituito una volta al mese se la persona ventila meno di 16 ore al giorno, ogni 15 giorni se ventila più di 16 ore al giorno.

Circuito

È un tubo che serve per portare l'aria dal ventilatore meccanico alla persona. Il circuito, solitamente monouso, è flessibile, in materiale plastico e leggero. La sostituzione deve essere effettuata una volta al mese se l'assistito ventila meno di 16 ore al giorno, ogni 15 giorni se ventila più di 16 ore al giorno.

I circuiti si dividono in due gruppi:

- **Monotubo** ovvero un unico tubo serve per portare sia l'aria ricca di ossigeno, dal ventilatore alla persona (inspirazione), sia per portare via l'aria ricca di anidride carbonica (espirazione). Poiché, uno stesso tubo fa tutto, è presente lungo il suo percorso un punto nel quale l'aria ricca di anidride carbonica viene eliminata all'esterno (**valvola espiratoria**); in questo modo si evita che la persona continui a respirare la stessa aria, situazione che potrebbe portare a gravi conseguenze.



Fig. 6 valvola espiratoria incorporata al circuito

La **valvola espiratoria** [fig. 6] può essere di forme diverse e chiamata con vari nomi (plateau valve, whisper swivel ecc). Se la valvola è **già incorporata** al circuito il suo cambio avverrà quando si sostituisce il circuito stesso; può capitare di avere un circuito non fornito di valvola espiratoria, al quale andrà quindi montata come **unità separata** [fig. 7]. In questo caso la valvola va disinfettata ogni 15 giorni, immergendola, senza smontarla, per almeno 20 min, in una soluzione disinfettante.



Fig. 7 valvola espiratoria

Dalla valvola espiratoria deve sempre fuoriuscire aria, è quindi importante che tale sfiato di aria non venga mai chiuso o coperto né con la biancheria del letto né con parti del corpo.

Sarebbe buona abitudine mantenere tutto il circuito sopra le lenzuola.

- **Bitubo** ovvero il circuito è munito di due tubi, dei quali il primo, porta l'aria ricca di ossigeno dal ventilatore alla persona (inspirazione), mentre il secondo porta via l'aria ricca di anidride carbonica (espirazione). In presenza di questo circuito non serve avere la valvola espiratoria poiché la sua funzione è svolta dal secondo tubo.

Il circuito, sia esso nella versione monotubo o bitubo, può essere munito di **bicchierini raccogli condensa** che hanno la funzione di "catturare" l'umidità in eccesso dell'aria inspirata. Essi vanno svuotati regolarmente, facendo poi attenzione a richiuderli bene altrimenti si verificherà una perdita d'aria durante la ventilazione, segnalata con un allarme. Il circuito viene poi connesso alla persona attraverso un **catetere mount**, spesso familiarmente chiamato **proboscide**. Esso ha la sola funzione di raccordo. Di cateteri mount ne esistono di vari tipi e forme. Il catetere mount va sostituito ad ogni fine seduta di ventilazione e, in aggiunta, ogni qual volta si sporca ad esempio con le secrezioni dopo un colpo di tosse. In questi casi, dopo averlo sciacquato sotto acqua corrente, va lasciato immerso in un apposito contenitore riempito con una soluzione disinfettante (che va cambiata ogni giorno).

UMIDIFICAZIONE DELLE VIE AEREE

Nella persona sana, il naso e le prime vie aeree hanno l'importante compito della respirazione e del condizionamento dell'aria inspirata (cioè del riscaldamento, della umidificazione e della filtrazione dell'aria). Quando viene a mancare un adeguato condizionamento, come nella persona portatrice di tracheotomia, la mucosa tracheale tende a disidratarsi e le secrezioni diventano sempre più dense aumentando il rischio di infezione a livello polmonare. Per tale motivo è assolutamente necessario che la persona tracheostomizzata che intraprende una ventilazione meccanica domiciliare utilizzi un **sistema di umidificazione**. Il più classico dei sistemi è un dispositivo di riscaldamento e **umidificazione "a caldo" o attivo** che prevede il passaggio dell'aria del ventilatore attraverso una campana (riempita con acqua sterile) e riscaldata da una piastra elettrica (detta fornello). Se siamo in presenza di ventilatore con doppio circuito, l'umidificatore andrà aggiunto sulla via inspiratoria, ovvero sulla via che porta l'aria dal ventilatore al paziente. La campana va riempita fino al limite massimo; il rabbocco dell'acqua va eseguito solo a campana quasi completamente vuota e la sua disinfezione deve essere effettuata con cadenza settimanale immergendola in una soluzione disinfettante. Solitamente la fornitura annuale è di 12 campane, quindi il cambio è mensile. Il fornello è elettrico e va mantenuto acceso solo quando la persona esegue la ventilazione. Un secondo modo di umidificare e riscaldare è rappresentato dall'utilizzo dei cosiddetti **"nasi artificiali" o umidificatori passivi** cioè filtri particolari che, inseriti in serie sul circuito del ventilatore, trattengono il calore e l'umidità della persona in modo che l'aria inspirata proveniente dal ventilatore sia sempre umidificata e riscaldata. Questi filtri vanno messi fra il circuito ed il catetere mount.

OSSIGENOTERAPIA

La maggior parte delle persone sottoposte a ventilazione meccanica necessita anche di **ossigenoterapia** ovvero di introduzione di ossigeno durante la ventilazione. A domicilio viene fornita una "bombola madre" che, attraverso un tubicino in gomma, può essere o collegata direttamente al ventilatore oppure attraverso l'utilizzo di un raccordo posto fra circuito e catetere mount. Il dosaggio, espresso in litri al minuto, è prescritto dal medico.

LA SEDUTA DI VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

Con "seduta di ventilazione meccanica invasiva" si intende il lasso di tempo durante il quale la persona respira grazie al ventilatore meccanico. La durata di ogni seduta è variabile e viene stabilita dal medico. Alcune persone necessitano di una ventilazione 24 ore al giorno, taluni solo di notte e durante il sonno diurno, altri ancora ad esempio un paio d'ore mattina e pomeriggio e poi durante la notte. I lassi di tempo nei quali la persona respira in autonomia (con o senza aggiunta di ossigeno), prendono il nome di "respiro spontaneo".

Come avviene una seduta di ventilazione?

Possiamo individuare **tre fasi**:

- 1. fase pre-ventilatoria:** è quella che precede la connessione della persona al ventilatore. È una fase di preparazione del ventilatore stesso. Si deve quindi verificare che:
 - il ventilatore sia attaccato alla rete elettrica e riceva corrente;
 - il circuito sia correttamente montato in tutte le sue parti;
 - ogni parte del circuito sia pulita (catetere mount pulito, bicchierini raccogli condensa svuotati);
 - se presente l'umidificatore attivo, verificare che la campana sia adeguatamente riempita ed accendere l'umidificatore;
 - se prescritto predisporre l'ossigeno;
 - verificare che la persona sia in posizione confortevole per la seduta di ventilazione (non è necessario che sia posizionata a letto);
 - se necessario eseguire una tracheoaspirazione.
- 2. fase ventilatoria:**
 - accendere il ventilatore meccanico mantenendolo staccato dalla persona;
 - togliere alla persona il nasino artificiale o la valvola fonatoria;
 - gonfiare il palloncino della cannula con la quantità di aria prescritta;
 - attaccare il circuito del ventilatore alla persona;
 - verificare che il ventilatore funzioni correttamente mandando aria alla persona e non avendo allarmi che suonano. È da considerarsi normale che nei primissimi minuti di ventilazione la persona tossisca ed il ventilatore suoni. Ciò è dovuto alla necessità di adattamento;
 - verificare che la persona si sia ben adattata alla ventilazione e non presenti alcun problema quale ad esempio difficoltà di respiro, cambio della colorazione del volto (paonazzo o bluastrò);
 - se necessario, durante la ventilazione, tracheoaspirare.
- 3. fase post-ventilatoria:**
 - staccare la persona dal ventilatore;
 - sgonfiare il palloncino della cannula;
 - applicare sull'esterno della cannula il nasino artificiale o la valvola fonatoria;
 - se prescritto applicare ossigeno come indicato;
 - spegnere ventilatore ed umidificatore;
 - staccare dal circuito il catetere mount, porlo in disinfezione e montare sul circuito un catetere mount pulito;
 - conservare i circuiti (lasciati montati al ventilatore) in una federa in cotone, al riparo dalla polvere;
 - verificare che la persona sia in una posizione confortevole.

POSSIBILI ALLARMI DEL VENTILATORE MECCANICO

Allarme di pressione massima:

- il tubo del circuito si è piegato
- vi è un accumulo di secrezioni
- vi è accumulo di condensa ed acqua nel circuito
- la persona tossisce o parla o si sta muovendo

Allarme di pressione minima:

- la persona è disconnessa dal ventilatore
- la valvola espiratoria funziona male
- ci sono delle perdite sull'umidificatore
- ci sono delle perdite dai circuiti
- ci sono dei buchi nei circuiti
- la cuffia della cannula tracheostomica è rotta o gonfiata male

Allarme di distacco dal ventilatore meccanico

Allarme di frequenza respiratoria elevata

POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI DELLA VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

La presenza di tracheostomia e la ventilazione meccanica invasiva possono dar luogo ad effetti collaterali, principalmente legati a due fenomeni:

- iperproduzione di secrezioni bronchiali con la formazione di **tappi di muco** che possono ostruire la cannula tracheostomica (da cui l'importanza di eseguire e rispettare una corretta umidificazione delle vie aeree)
- possibile **disfagia** (difficoltà a inghiottire cibi solidi e liquidi) legata a interferenza della cannula stessa con una normale deglutizione. Un'alimentazione che privilegi i cibi solidi, l'utilizzo di cannuccie per bere i liquidi e l'occlusione del foro tracheostomico durante il pasto (se non vi è la necessità di continuo supporto con il ventilatore) evitano l'inalazione di cibo.

Che cosa fare in caso di viaggi e vacanze?

La ventilazione meccanica domiciliare sia essa invasiva o no, non impedisce la possibilità di spostarsi. Prima di partire è però necessario:

- scegliere con attenzione la **località**, preferendo spostamenti a breve raggio e dove ci siano strutture sanitarie in grado di gestire eventuali emergenze
- verificare il buon funzionamento e l'integrità del ventilatore e degli ausili necessari
- valutare in anticipo il **fabbisogno di ogni ausilio** in relazione alla durata di permanenza nella località
- **valutare la struttura** in cui si dovrà alloggiare (appartamento, albergo), soprattutto per quanto riguarda l'impianto elettrico (anomalie elettriche potrebbero compromettere il funzionamento del ventilatore)
- **avvertire i medici** referenti del programma, che avranno anche il compito di consigliare l'assistito e di comunicare lo spostamento all'azienda responsabile dell'assistenza tecnica, che potrà valutare la possibilità di intervento in caso di emergenze tecniche.



Fig. 8 ventilazione meccanica invasiva

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- AA. VV. *L'assistenza respiratoria* Collana photobook, Ed. Piccini 1984
- AA.VV: *Nursing protocol: artificial airway management* Int J Trauma Nurs. 2001 Jul-Sep;7(3):101-3.
- ASL 2 PIEMONTE *Linee guida per la prevenzione delle polmoniti nosocomiali* dicembre 2006
- Atti del convegno *Congresso nazionale infermieri e tecnici O.R.L.* a cura di Giulio Belloni, 2001
- Atti del Convegno *Esperienza di trattamento multidisciplinare pre e post operatorio del paziente sottoposto a laringectomia totale* a cura di S. Nosengo, A. Panero.
- L.S. Brunner, D.S. Suddarth *Il manuale dell'Infermiere* Ed. Piccin, 1/1988
- A.Fabbrì, S. Roveri *Gestione della tracheostomia nei pazienti in ventilazione spontanea che necessitano di aspirazione tracheo-bronchiale* Centro studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi
- P. Rapacchiani, R. Lazzarini *Come si gestisce la tracheostomia nel bambino Analisi critica della gestione della tracheostomia nel bambino realizzata in "Rianimazione Pediatrica" in base alle evidenze scientifiche*
- S.Smith, D. Duet *L'assistenza infermieristica principi e tecniche* Ed. Sorbona, 1991
- Thompson, L. *Suctioning Adults with an Artificial Airway*. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery; 2000. Systematic Review No. 9
- Traduzione a cura di: Infermiera MOSCI D. Centro studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi
- Wilson M. *Tracheostomy management*. Paediatr Nurs. 2005 Apr;17(3):38-43.
- Opuscolo informativo per la vita quotidiana del portatore di tracheostomia* consultabile sul sito www.ausl.vda.it
- Opuscolo informativo per il paziente laringectomizzato* consultabile sul sito www.asmn.re.it
- Opuscolo informativo per la gestione a domicilio della tracheostomia* consultabile sul sito www.asmn.re.it
- <http://scientifico.pneumonet.it/arir/articoli/nursing.html>
- <http://www.aool.it/trache.pdf>

La persona diabetica

IL DIABETE MELLITO

Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso



CHE COSA È IL DIABETE?

Il diabete mellito è una malattia cronica che comporta una compromissione, completa o parziale, della produzione di insulina. L'insulina è un ormone prodotto dal pancreas, la cui funzione è quella di consentire l'ingresso dello zucchero (glucosio) nelle cellule dell'organismo che lo utilizzano quale fonte di energia.

La sua carenza porta ad un aumento della concentrazione di glucosio nel sangue (iperglicemia) con conseguenti problemi di salute sia immediati sia a lungo termine. Infatti, l'impossibilità da parte dell'organismo di utilizzare gli zuccheri quale fonte di energia, porta ad utilizzare proteine ed in particolare grassi (lipidi) che, anziché essere immagazzinati nelle cellule, vengono portati nel circolo sanguigno. Elevati tassi di grassi e di prodotti derivanti dal metabolismo dei grassi (corpi chetonici), hanno ripercussioni negative sullo stato dei vasi sanguigni (in particolare a livello della retina, del rene, della circolazione periferica, delle coronarie e dei grossi vasi) ripercussioni che, protratte nel tempo, provocano gravi complicanze.

Il diabete è una malattia progressiva, che può presentarsi in diverse forme:

- **diabete tipo 1:** è una malattia autoimmune caratterizzata cioè dalla distruzione delle cellule del pancreas che producono insulina da parte di anticorpi prodotti dall'organismo stesso. Può comparire in tutte le fasce d'età, anche se la frequenza maggiore si ha dall'età scolare sino ai 30 anni circa. La terapia sin dall'inizio prevede la somministrazione di insulina. Fino al 1930 (anno in cui è stata prodotta e commercializzata l'insulina), queste persone erano destinate a soccombere entro alcuni mesi dall'esordio della malattia.
- **diabete tipo 2:** è caratterizzato dall'insulinoresistenza (serve più insulina per avere valori normali di glicemia) e da una progressiva perdita della funzione del pancreas; si associa, nell'80% dei casi, ad obesità, aumento della pressione arteriosa (ipertensione), alterazione della presenza di grassi nel sangue (dislipidemia). Per alcuni anni si può ottenere un buon controllo della malattia con farmaci per bocca; quando questi non sono più sufficienti, è necessario iniziare la terapia con somministrazione di insulina.
- **diabete "LADA":** si tratta di una forma di diabete dell'adulto a origine autoimmune, caratterizzata da un inizio simile al tipo 2 e che per un certo periodo risponde agli antidiabetici orali; nel volgere al massimo di pochi anni, per ottenere un buon controllo è necessaria la terapia con insulina.

Esistono altre forme di diabete, meno frequenti, sia legate ad alterazioni genetiche sia secondarie ad altre patologie.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

L'esame di base è la misurazione della concentrazione di glucosio nel sangue (**glicemia**): due valori a digiuno superiori a 126 mg/100 ml permettono di porre diagnosi di diabete. La glicemia a digiuno compresa tra 110 e 125 mg/100 ml si definisce alterata glicemia a digiuno e identifica le persone che hanno una maggior probabilità di divenire diabetiche.

L'esame diagnostico per eccellenza è la **curva da carico orale di glucosio**. L'esecuzione consiste nell'assunzione di glucosio in 250 cc di acqua da bere in 5 minuti, con successivi prelievi di sangue immediato e dopo 120 minuti. L'interpretazione è semplice: se la glicemia a 120 minuti è inferiore a 140mg/100 ml, il test è nella norma, se la glicemia è compresa tra 140 –199 mg/100 ml si tratta di intolleranza ai carboidrati, sopra i 200 si pone diagnosi di diabete.

Altri esami per valutare il rischio di complicanze cardiovascolari consistono nel valutare la quantità di grassi nel sangue (assetto lipidico), la funzione del fegato, la presenza di albumina nelle urine (microalbuminuria) considerati espressione di un elevato rischio di problemi cardiovascolari. Un esame in particolare è molto importante ed è indispensabile per monitorare nel tempo il controllo glicemico: l'**emoglobina glicata** (HbA1c).

Questa misurazione riflette la media delle glicemie degli ultimi tre mesi: valori inferiori al 7% sono indicativi di un buon controllo della malattia e di protezione rispetto alle tipiche complicanze croniche. Valori superiori al 7% indicano scompenso metabolico e il rischio di progressione della malattia e di comparsa delle complicanze croniche. Indispensabile per la gestione giorno per giorno della terapia è l'**autocontrollo della glicemia** che la persona con diabete esegue solitamente in modo autonomo; l'intensità dell'automonitoraggio e la sua utilità è in funzione del tipo di terapia e delle condizioni cliniche della persona.

Accanto agli esami di sangue e urine è necessario avere anche una valutazione strumentale per lo screening delle complicanze croniche: l'esame del fondo dell'occhio, l'elettrocardiogramma, l'ecocolordoppler delle arterie sovra-aortiche ed altri ancora. Questi esami vengono normalmente prescritti dal medico subito alla diagnosi di diabete: infatti il 50% dei diabetici di tipo 2, quando la malattia viene riconosciuta, ha già complicanze croniche in atto.

SINTOMATOLOGIA

Il diabete tipo 1 esordisce nella maggior parte dei casi in modo drammatico, con nausea, vomito, dolori addominali; la sintomatologia acuta è preceduta da sete intensa, frequente stimolo ad urinare, calo di peso, stanchezza. Se l'intervento medico non è tempestivo, si ha il coma chetoacidotico (il mancato utilizzo degli zuccheri porta l'organismo ad utilizzare i grassi quale fonte di energia, con produzione e aumento della concentrazione dei corpi chetonici nel sangue); ancora oggi la chetoacidosi è un evento acuto, con elevato rischio di mortalità. Quando la malattia è ben compensata la sintomatologia determinata dall'iperglicemia è assente. Il diabete tipo 2 viene chiamato invece malattia del silenzio: frequentemente non dà sintomi e la diagnosi viene posta occasionalmente, può rimanere asintomatico per anni e farsi riconoscere durante la manifestazione di una complicanza della malattia, per esempio l'infarto. Anche nel diabete tipo 2 se la glicemia raggiunge valori molto elevati, compaiono stanchezza, calo di peso, sete intensa, frequenti minzioni.

EVOLUZIONE DEL QUADRO CLINICO

Si può affermare che, se si raggiungono e mantengono nel tempo gli obiettivi della cura, la malattia diabetica non dà complicanze croniche. Qualora non adeguatamente controllata provoca, negli anni, gravi e invalidanti problemi a carico in particolare dei piccoli e dei grandi vasi sanguigni. Gli organi che più frequentemente sono colpiti da complicanze sono gli occhi (retinopatia diabetica), i reni, i piedi, il cuore (complicanze coronariche) e il cervello (complicanze cerebrovascolari).

TERAPIA

Stili di vita

L'arma principale per sconfiggere il diabete di tipo 2 è sicuramente la prevenzione primaria: una corretta alimentazione e una moderata ma costante attività fisica che mirano a mantenere il normo peso sono le strategie vincenti per prevenire o ritardare la comparsa clinica della malattia nei soggetti a rischio.

La rapida crescita dell'obesità e del diabete di tipo 2 è legata a doppio filo agli stili di vita: sono la cattiva alimentazione, troppo ricca di zuccheri e grassi, ma soprattutto la scarsa attività fisica i principali fattori di rischio. Ci muoviamo sempre di meno, lavoriamo sempre più tempo seduti, andiamo in macchina anche a

comprare il giornale. Se il movimento è fondamentale, sul fronte dell'alimentazione gli esperti non pongono più rigide barriere al consumo di carboidrati, combattendo invece l'eccesso di grassi. Il consiglio è quello di limitare i grassi, controllare le proteine, consumare molta frutta e verdura e non rinunciare occasionalmente alla fetta di torta o al bicchiere di vino. Perché se è vero che la "spinta" determinata da pasta e dolci alla glicemia è maggiore, è altrettanto innegabile che gli studi condotti su ampi campioni di popolazione non hanno dimostrato alcun vantaggio delle diete con alimenti a ridotto indice glicemico rispetto alle altre. Attenti ai grassi, insomma, più che agli zuccheri.

FARMACI

Diabete tipo 1: sin dal momento dell'esordio è necessaria la terapia sostitutiva con **insulina**; si somministra a queste persone l'ormone che non producono più. La mancata somministrazione dell'insulina, nel volgere di alcune settimane provoca la morte.

Sono disponibili due tipi di insuline: quelle ad azione rapida o ultrarapida e quelle ad azione lenta. Lo schema usato nella maggior parte dei casi è il "basal bolus": una o due somministrazioni di base di insulina ad azione lenta ed insulina ad azione rapida ai pasti o ad ogni assunzione di alimenti.

Diabete tipo 2: la terapia iniziale è rappresentata dal rispetto di **corretti stili di vita**. Una alimentazione che permetta di ottenere il peso corporeo "forma", con pochi grassi di origine animale (burro, formaggi, carne, salumi) e una adeguata attività fisica: almeno 10.000 passi al giorno equivalenti a circa un'ora di una passeggiata a passo veloce. Le attuali linee guida raccomandano di associare da subito i **farmaci** agli stili di vita.

Sono oggi disponibili numerosi farmaci che svolgono azioni diverse: alcuni stimolano o modulano la secrezione dell'insulina, altri ne migliorano l'effetto. Tutti questi farmaci, nella maggior parte delle persone con diabete tipo 2, hanno però un effetto limitato nel tempo: dopo alcuni anni la capacità di produrre insulina si esaurisce ed è indispensabile per controllare la glicemia iniziare la terapia insulinica.

La terapia ipoglicemizzante va "integrata" con la terapia aggressiva delle altre patologie eventualmente presenti, ipertensione e dislipidemia in particolare: l'80% dei diabetici tipo 2 infatti è iperteso e/o dislipidemico. Infine se compaiono complicanze, sarà necessario trattarle in modo specifico (cardiopatia, nefropatia, polineuropatia, ecc.).

RIPERCUSSIONI SULL'AUTONOMIA E SUGLI STILI DI VITA

Se ben compensato, il diabete consente di mantenere le proprie attività lavorative e di relazione sociale, seppur con il peso della gestione della malattia cronica. Fondamentali sono una buona conoscenza della propria malattia e la capacità di autogestione della cura. Queste competenze vengono acquisite grazie ai percorsi educativi garantiti dai centri diabetologici, dai medici di base e dagli operatori sanitari territoriali. La malattia diabetica provoca disabilità quando insorgono le complicanze croniche.

Retinopatia, che compare mediamente dopo circa 15 anni dall'inizio della malattia, è la causa maggiore di cecità o di grave ipovisione. Tale complicanza impedisce le abituali attività della vita quotidiana e rende ancor più difficile l'autosomministrazione dell'insulina o l'assunzione regolare dei farmaci e la gestione di una corretta alimentazione.

Cardiopatia: l'infarto del miocardio è 5 volte più frequente nella persona con diabete; frequentemente è complicato dallo scompenso cronico di cuore che limita la normale attività fisica come per esempio far le scale, uscire per le spese; frequentemente vengono impediti le più elementari azioni come lavarsi, pulire la casa, cucinare.

Lesioni del piede: sono spesso dovute a piccoli errori nell'igiene del piede o nella scelta delle calzature. Possono aggravarsi sino all'amputazione del piede o dell'arto. La perdita di autonomia di queste persone è evidente.

Dialisi: sia l'emodialisi che la dialisi peritoneale determinano modificazioni alla vita quotidiana e all'autonomia personale (vedere capitolo sull'insufficienza renale).

Frequentemente sono presenti più complicanze contemporaneamente e ciò determina una grave invalidità.

TECNICHE ASSISTENZIALI CORRELATE

La comparsa delle complicanze e delle invalidità che ne conseguono rende necessarie, alcune tecniche assistenziali specifiche per la malattia, per le quali si rimanda alle schede specifiche, di seguito riportate:

- controllo della glicemia capillare
- somministrazione dell'insulina
- prevenzione e trattamento dell'ipoglicemia e dell'iperglicemia
- prevenzione e medicazione delle lesioni del piede

PRELIEVO CAPILLARE PER IL MONITORAGGIO DELLA GLICEMIA (glucosio nel sangue)

DEFINIZIONE

È una tecnica che consente di misurare la quantità di glucosio (zucchero) presente nel sangue. Consiste nel prelevare una goccia di sangue tramite la puntura di un polpastrello del dito della mano e nell'analizzarla con uno strumento chiamato **reflettometro**. Le persone affette da diabete, con un breve addestramento, possono imparare ad eseguire questa tecnica in modo autonomo, anche al proprio domicilio. Ripetuta secondo le indicazioni ricevute dal sanitario di riferimento, può consentire di avere un'indicazione rispetto alla necessità di adeguare la terapia e la dieta. Non sostituisce i controlli periodici, da effettuare con un normale prelievo del sangue (dosaggio dell'emoglobina glicata), che periodicamente vengono prescritti dal medico.

INDICAZIONI

La misurazione della glicemia deve essere eseguita nei tempi indicati dal personale sanitario che si prende cura della persona. La ripetizione occasionale del prelievo capillare, al di fuori del piano di cura concordato o degli episodi di malessere compatibili con situazioni di ipo o iperglicemia, non garantisce un controllo corretto della malattia. I controlli vanno eseguiti: prima dei pasti principali, due ore dopo i pasti (il tempo va calcolato dall'inizio del pasto) e prima di coricarsi. La rilevazione della glicemia, inoltre, deve essere eseguita quando si verificano situazioni particolari quali ad esempio febbre, nausea, vomito, diarrea, eccessiva sudorazione.

Materiale occorrente [fig. 1]:

- reflettometro
- strisce reattive (sono provviste di un'area reattiva sulla quale va appoggiata la goccia di sangue)
- pungidito
- cotone
- disinfettante
- diario personale dell'autocontrollo.



Fig.1 materiale per la rilevazione della glicemia capillare

È IMPORTANTE
mantenere pulito lo strumento per la rilevazione della glicemia (seguire le indicazioni riportate sul libretto delle istruzioni);
conservare le strisce reattive in un luogo asciutto (evitare il bagno e la cucina).

Esecuzione

- controllare la data di scadenza delle strisce (la validità è di tre mesi dall'apertura della confezione);
- estrarre una striscia reattiva dal flacone, avendo cura di richiuderlo subito;
- appoggiare la striscia reattiva sul flacone o, secondo le istruzioni, inserirla nello strumento di lettura;
- massaggiare un polpastrello del dito della mano per aumentare l'afflusso di sangue, disinfettarlo accuratamente con un disinfettante non colorato e asciugare bene;
- pungere la parte disinfettata (si consiglia la parte laterale del polpastrello perché meno sensibile) con l'apposita lancetta monouso [*] sterile, inserita nel pungi-dito;
- spremere una goccia di sangue lasciandola pendere verso il basso;
- depositare la goccia sull'area reattiva della striscia, curando di coprirla per intero. Con alcuni dispositivi basta sfiorare con la goccia la punta della striscia e verrà aspirato automaticamente il sangue necessario;
- rispettare i tempi tecnici dello strumento e seguire scrupolosamente le istruzioni inserite all'interno della confezione;
- leggere il valore che compare sul display del reflettometro e registrarlo immediatamente sull'apposito diario, riportando data e ora.

[*] Una **lancetta monouso** è un ago speciale particolarmente studiato per questo scopo. Per limitare il dolore della puntura è indispensabile servirsi di appositi apparecchi a scatto automatico che si appoggiano sulla pelle e fanno fuoriuscire per un istante la lancetta premendo un bottone (*apparecchi pungi-dito*).

REGISTRAZIONE

La costante e corretta compilazione del diario è fondamentale per monitorare l'andamento della glicemia capillare e individuare quali possono essere le cause di alterazioni dei valori normali.

Per questo motivo è bene scrivere immediatamente il valore della glicemia, ed annotare le variazioni della dieta, della terapia, dello stato di salute, dell'attività fisica quotidiana, che possono giustificare eventuali modificazioni.

...ricordate!

Giusto

- verificare la glicemia in caso di malattie, senso di malessere, forti emozioni
- dosare glicemia o glicosuria più volte al giorno in caso di prurito o bruciore urinario
- ad ogni controllo con il medico o l'infermiere, portare il diario compilato

Sbagliato

- utilizzare per il controllo un prodotto scaduto o rimasto in ambiente umido per qualche tempo
- non seguire la dieta
- non rispettare il piano dei controlli prescritto

CONSERVAZIONE DELL'INSULINA E TECNICA DI SOMMINISTRAZIONE

L'**insulina** è un ormone prodotto dal pancreas che permette alle cellule di utilizzare il glucosio contenuto nel sangue, trasformandolo in energia. La causa del diabete è appunto la mancanza di insulina, o la sua insufficiente produzione, o la resistenza all'insulina.

L'insulina che il diabetico non riesce a produrre può essere assunta dall'esterno attraverso iniezioni. Esistono in commercio molte insuline, diverse per origine e per velocità d'azione (ultralenta, lenta, intermedia, rapida e ultrarapida).

Indipendentemente dal tipo di insulina, l'azione viene sempre suddivisa in tre fasi:

- inizio: il tempo necessario all'insulina per iniziare ad agire;
- culmine: quando l'insulina è al massimo dell'azione;
- durata: quanto a lungo l'insulina rimane in circolazione nel sangue.

Conoscere le corrette modalità di conservazione e di somministrazione dell'insulina è molto importante per garantire l'efficacia della terapia. Basta seguire alcuni accorgimenti per riuscire a rendere compatibile con le proprie abitudini di vita il trattamento che è stato prescritto dal medico.

CONSERVAZIONE DELL'INSULINA

L'insulina è un materiale deperibile nel tempo; per questa ragione su ogni confezione è riportata una **data di scadenza**. È pertanto fondamentale acquisire l'abitudine di verificare costantemente questa data, dopo la quale l'insulina riduce gradualmente la sua efficacia.

L'insulina può alterarsi a causa della **temperatura**, perciò deve essere conservata correttamente, in quanto temperature troppo basse causano la formazione di cristalli e aggregati e temperature troppo alte diminuiscono la sua efficacia.

Devono essere evitate quindi le temperature inferiori a 2°C o maggiori di 30°C.

Le **confezioni nuove** devono essere tenute in frigorifero, tra i 4 e gli 8°C, nel proprio involucro originale, scegliendo uno scomparto non troppo freddo, come ad esempio quello utilizzato per frutta e verdura: qui possono essere conservate per lungo tempo, rispettando la data di scadenza indicata sulla scatola e sui contenitori [fig. 2].

I flaconi, le cartucce (tubofiale) o le penne usa e getta di insulina **in utilizzo** vanno tenuti a temperatura ambiente, tra 18 e 25°C, al riparo dalla luce diretta, in quanto l'esposizione ai raggi ultravioletti altera l'insulina. In questo modo si mantengono integri nella funzione per un mese, al termine del quale devono essere eliminati e sostituiti.



Fig.2 le confezioni nuove di insulina vanno conservate nel frigorifero

LA SOMMINISTRAZIONE DELL'INSULINA

L'insulina va somministrata per via sottocutanea attraverso uno dei seguenti metodi:

- **iniezioni:** sono il metodo più comune. Implicano l'estrazione dell'insulina da un flacone, l'aspirazione del liquido in una siringa e l'iniezione nel proprio corpo
- **penne per insulina:** sono il metodo più nuovo e ricordano delle normalissime penne (da qui il nome). In questo caso occorre "caricare" la penna con una cartuccia contenente una dose predefinita di insulina e poi iniettarla
- **pompa per insulina:** è una piccola pompa che la persona tiene costantemente con sé e che somministra insulina al corpo per 24 ore al giorno attraverso un cateterino inserito in sede sottocutanea a livello dell'addome.

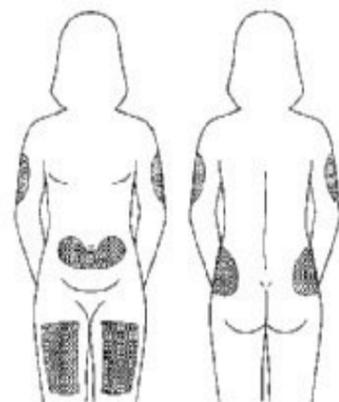
Per le iniezioni si usano siringhe da insulina graduate in Unità Internazionali (UI), unità utilizzate per esprimere i dosaggi di questa sostanza. In ogni millilitro sono contenute 100 Unità Internazionali di insulina.

L'ago è più corto di quelli utilizzati per le iniezioni intramuscolari, proprio perché, seguendo le indicazioni di seguito riportate, l'insulina non deve essere iniettata nel muscolo ma nello spazio sovrastante (iniezione sottocutanea).

SEDI DI INIEZIONE

Esistono diverse sedi che, a rotazione, possono essere utilizzate per iniettare l'insulina:

- **addome:** ad una distanza di almeno due-tre centimetri dall'ombelico;
- **cosce:** zona superiore ed esterna;
- **glutei:** quadrante superiore esterno;
- **braccio:** tra gomito e spalla, sul lato esterno (per questa sede è necessario l'aiuto di una persona).



Perché cambiare il luogo di iniezione?

Se le iniezioni sono fatte sempre nello stesso punto, la pelle diventa dura e si formano tumefazioni del tessuto sottocutaneo. Queste possono provocare squilibri del diabete, poiché determinano un assorbimento irregolare dell'insulina.

Ogni quanto cambiare sede di iniezione?

È opportuno sfruttare a fondo una zona, prima di passare alla successiva. Ciò perché la velocità di assorbimento dell'insulina iniettata dipende anche dalla circolazione del sangue, che può essere diversa nel tessuto sottocutaneo di distretti diversi. Evitando di saltare continuamente da una zona all'altra si mantiene costante la durata d'azione dell'insulina.



Fig.3 materiale per la somministrazione dell'insulina

Materiale occorrente [fig. 3]:

- cotone
- disinfettante
- flacone di insulina
- siringa da insulina

Aspirazione dell'insulina dal flacone [fig. 4]:

1. lavarsi accuratamente le mani;
2. disinfettare il tappo del flacone di insulina con un batuffolo di cotone;
3. aspirare nella siringa una quantità di aria pari alle unità di insulina da iniettare e iniettarla nel flacone tenendolo in posizione verticale (con il tappo di gomma rivolto verso l'alto);
4. capovolgere il flacone e la siringa (senza estrarla) ed aspirare la quantità indicata di insulina, assicurandosi di rimuovere eventuali bolle d'aria prima dell'iniezione (picchiando la siringa con le dita in modo da farle confluire verso l'ago).



Fig. 4 tecnica di aspirazione dell'insulina dal flacone

Tecnica di iniezione:

1. controllare che la quantità di insulina preparata sia giusta;
2. disinfettare la cute sede di iniezione;
3. pizzicare la pelle tra pollice e indice, sollevando una plica (almeno 5 cm);
4. infilare l'ago a 90° alla base del pizzicotto per raggiungere il tessuto adiposo sottocutaneo [fig. 5];
5. rilasciare il pizzicotto;
6. tirare indietro lo stantuffo della siringa di poche unità (nel caso comparisse del sangue togliere il tutto e ripetere l'operazione cambiando sede e siringa);
7. iniettare l'insulina lentamente;
8. togliere l'ago dopo dieci secondi;
9. tamponare la cute con disinfettante senza massaggiare;
10. buttare la siringa o l'ago utilizzato.



Fig. 5 pizzicare la pelle e infilare l'ago alla base del pizzicotto

Per quanto riguarda gli altri dispositivi (penne e penne pre-riempite usa e getta) attenersi alle indicazioni riportate sulla scheda tecnica.

...ricordate! ▶ da fare; ▶ sconsigliato; ▶ vietato

Giusto	Sbagliato
▶ Conservare l'insulina di riserva in frigorifero e controllare la data di scadenza	▶ Iniziare l'ultimo flacone o l'ultimo refill senza averne almeno uno di riserva
▶ Avere una riserva di siringhe di plastica, anche se si utilizza una siringa automatica ("penna")	▶ Conservare la riserva di insulina nel congelatore
▶ In viaggio, portare sempre con sé il necessario per le iniezioni di più giorni	▶ Posare l'insulina o la busta che la contiene vicino a una fonte di calore (per esempio su un termosifone)
▶ Cambiare ogni giorno il punto di iniezione restando il più a lungo possibile nella stessa zona	▶ Se finisce un flacone di insulina, aspirare la stessa insulina da un refill per la "penna"
▶ Accettare di provare nuovi schemi di terapia se il medico lo consiglia	▶ Iniettare l'insulina se la siringa o il refill della "penna" contiene bolle d'aria

IPOGLICEMIA E IPERGLICEMIA

La persona affetta da diabete mellito può andare incontro a squilibri della concentrazione di zucchero nel sangue.

Rispettare la dieta e le terapie prescritte, mantenere una costante e moderata attività fisica e seguire le indicazioni ricevute dagli operatori sanitari, consente di ridurre al minimo questi episodi.

Se però dovessero presentarsi sintomi quali per esempio tremori, sudorazione, difficoltà di concentrazione, sete intensa, aumento dello stimolo ad urinare, è necessario verificare il valore della glicemia capillare: il dato rilevato consentirà di orientare gli interventi, secondo le indicazioni di seguito riportate.

IPOGLICEMIA

Si parla di ipoglicemia quando il livello di zucchero nel sangue è **inferiore a 70 mg /dl**.

Le **cause** che possono determinare questa situazione sono:

- eccessiva assunzione di insulina o di farmaci ipoglicemizzanti
- ingestione di una dose bassa di carboidrati (pasta-pane- crackers-polenta- purè-grissini)
- esecuzione di attività fisica non programmata
- assunzione di alcool a digiuno
- pasto insufficiente, ritardato o “saltato”
- mancata assunzione degli spuntini previsti nella dieta.

L'ipoglicemia si può manifestare con i seguenti **sintomi**:

- palpitazioni (aumento della sensazione del battito del cuore)
- cambiamenti comportamentali
- tremori
- difficoltà di concentrazione
- fame
- confusione mentale
- sudorazione fredda.

È però importante sottolineare che **questi sintomi possono anche essere assenti**.

L'ipoglicemia in questi casi è rilevata solo con la determinazione della glicemia capillare che avrà un valore inferiore ai 70 mg/dl. Gli episodi non riconosciuti o non trattati possono evolvere in forme più gravi, fino a determinare convulsioni e coma. Esistono due tipi di ipoglicemia: l'**ipoglicemia moderata** (spesso asintomatica) e l'**ipoglicemia grave**.

Nel primo caso la persona è in grado di gestire autonomamente l'intervento mentre nel secondo caso è necessario un aiuto, perché può subentrare la perdita di coscienza.

Importante: l'ipoglicemia può verificarsi anche durante il sonno quindi, al risveglio, si potrebbero avere mal di testa, ricordi di incubi, stanchezza.

Che cosa fare in caso di sintomi?

Quando si avvertono i sintomi dell'ipoglicemia o quando la glicemia è inferiore a 70 mg/dl, anche in assenza di sintomi, il **trattamento** consiste nell'assumere 15 g di zucchero sottoforma di 3 zollette di zucchero

oppure 1 cucchiaino raso di zucchero (anche sciolto in acqua)

oppure 3 caramelle di zucchero tipo fondenti

oppure mezzo bicchiere di succo di frutta zuccherato (100ml)

oppure ¾ di bicchiere di bibita zuccherata.

Dopo 15 minuti misurare la glicemia: se è ancora inferiore a 70mg/dl, o se permangono i sintomi, ripetere il trattamento con la stessa quantità di zucchero, attendere altri 15 minuti e ripetere la misurazione della glicemia. L'obiettivo è quello di raggiungere un valore pari a 100mg/dl. Qualora la persona non sia in grado, in modo autonomo di correggere l'ipoglicemia deve essere prontamente soccorsa, ponendo tra guancia e denti dello zucchero in modo che venga assorbito: nel momento in cui la persona torna a deglutire, seguire le indicazioni sopra riportate.

Come prevenire l'ipoglicemia?

Se voi o il vostro assistito soffrite di diabete è importante:

- rispettare le dosi d'insulina, degli ipoglicemizzanti orali e gli orari di somministrazione prescritti
- mangiare più carboidrati (pane, grissini, frutta, crackers) quando viene effettuata più attività fisica
- rispettare gli orari dei pasti
- fare sempre gli spuntini previsti
- misurare correttamente la glicemia

IMPORTANTE

- La persona diabetica o la persona che la assiste, deve sempre tenere in tasca, in borsa e in auto: 3 zollette di zucchero (oppure 3 caramelle rettangolari di zucchero fondente o 3 bustine di zucchero) [fig. 6]
- controllare prima di uscire o di mettersi in viaggio di avere con sé zucchero o caramelle
- insegnare a parenti ed amici gli interventi da effettuare in caso di ipoglicemia: nel momento in cui la persona ha difficoltà a deglutire e deve essere prontamente soccorsa, mettere tra guancia e denti dello zucchero in modo che venga assorbito
- in caso di ipoglicemia non usare prodotti senza zucchero o light poiché non contengono zucchero.



Fig. 6 zucchero da tenere sempre con sé

IN SINTESI...

- La regolarità dei pasti, delle iniezioni di insulina e dell'attività fisica permette di evitare le ipoglicemie
- un'attività fisica inusuale deve essere accompagnata da un supplemento di carboidrati e/o una riduzione dell'insulina
- una riduzione dei carboidrati o un disturbo della digestione devono essere accompagnati da una riduzione dell'insulina
- un aumento delle dosi di insulina deve essere seguito da un aumento dei glucidi
- l'ipoglicemia deve essere trattata immediatamente, sia con 15 grammi di glucosio o equivalente, sia con cibo a più lenta digestione
- nel dubbio, è molto meglio prendere lo zucchero piuttosto che non farlo.

...ricordate!

- ▶ da fare ▶ sconsigliato ▶ vietato

Giusto	Sbagliato
▶ Al solo sospetto di ipoglicemia, trattarla immediatamente, senza tardare. <i>Nel dubbio, zucchero!</i>	▶ Resistere all'ipoglicemia senza prendere zucchero
▶ Avere sempre un po' di zucchero con sé	▶ "Nel dubbio, attendere"
▶ L'ingestione di zucchero corregge rapidamente il malessere	▶ Non portare con sé la tessera di identificazione di diabetico
▶ Mangiare di più (carboidrati) prima di fare un grosso sforzo non abituale (sci, tennis, giardinaggio, ecc.)	▶ Ritardare o saltare un pasto o uno spuntino
	▶ Escludere la possibilità di ipoglicemia perché le urine contengono zucchero
	▶ Tentare di far bere un liquido zuccherato a una persona priva di sensi (svenuta)

IPERGLICEMIA

L'iperglicemia è un eccessivo aumento di glucosio nel sangue. È un evento che può verificarsi nella persona diabetica e che deve essere riconosciuto e corretto per evitare lo scompenso della malattia e prevenire una situazione denominata chetoacidosi diabetica.

Quali sono le possibili cause?

- malattie (influenza o altre infezioni virali, interventi chirurgici, infezioni locali, ecc.) modificano il funzionamento dell'organismo (metabolismo) provocando possibili squilibri della glicemia
- assunzione ridotta della terapia del diabete (insulina e/o ipoglicemizzanti orali)
- errori alimentari con eccessivo consumo di carboidrati o non rispetto degli orari dei pasti
- stress emotivi forti.

Con quali sintomi si manifesta?

- frequente stimolo ad urinare e aumento della quantità di urina
- sete intensa
- secchezza della bocca
- stanchezza e irritabilità
- inappetenza
- perdita di peso.

Che cosa fare in caso di sintomi?

- controllare la glicemia ogni 2-3 ore (la scritta HI significa valore superiore a 500 mg/dl)
- non sospendere o variare la terapia quotidiana per il diabete
- in caso di inappetenza, vomito o diarrea sostituire i pasti con bevande zuccherate.

CHETOACIDOSI DIABETICA

È una situazione clinica che si verifica quando le cellule, non potendo utilizzare il glucosio come fonte

di energia primaria, bruciano i grassi; la conseguenza dell'utilizzo di questo "carburante di riserva" è la produzione di scorie, i corpi chetonici ed in modo particolare l'acetone, sostanze tossiche per il nostro organismo che, accumulandosi nel sangue, ne determinano un aumento dell'acidità. Queste scorie vengono eliminate dal sangue attraverso le urine (acetonuria) e l'aria espirata (alito acetone). La causa di questa condizione è la mancanza o la scarsa quantità di insulina.

Come si manifesta la chetoacidosi?

La persona con chetoacidosi può presentare i seguenti sintomi:

- vomito
- respiro frequente e superficiale
- alito acetone (dovuto all'eliminazione di scorie attraverso l'aria espirata)
- eccessiva perdita di liquidi (disidratazione) e dimagrimento
- nei casi più gravi si può avere stato di incoscienza.

È inoltre rilevabile, tramite un apposito stick, la presenza di zuccheri e scorie nelle urine (glicosuria e acetonuria).

Esecuzione dell'esame urine tramite stick per la determinazione di glicosuria e acetonuria

Glucosio e scorie nelle urine sono determinabili attraverso un semplice esame che è possibile eseguire anche a casa.

Materiale necessario:

- guanti monouso
- un contenitore per urine
- un flacone di strisce reattive
- un orologio con lancetta a secondi.

Le strisce reattive sono costituite da un supporto di plastica rigido su cui sono fissati tasselli reattivi che contengono reagenti capaci di produrre variazioni di colore a contatto con le urine. Bisogna mantenere gli stick nella confezione originale, conservarli all'asciutto, al riparo dal calore (temperatura inferiore a 30 ° C). Prima del loro utilizzo è necessario verificare la data di scadenza (verificare la validità dopo l'apertura della confezione) e il modo di impiego (che si trova scritto nel foglietto illustrativo all'interno della confezione).

Procedura di esecuzione:

1. lavarsi le mani e indossare i guanti;
2. l'esame si esegue su urine appena emesse e raccolte nel contenitore;
3. prendere una striscia senza toccare le zone reattive;
4. immergerla e toglierla immediatamente dalle urine;
5. battere il bordo della striscia sul bordo del contenitore per eliminare l'urina residua;
6. tenere la striscia in modo orizzontale vicino alla scala dei colori;
7. rispettare i tempi di lettura consigliati;
8. confrontare il colore delle parti reattive della striscia con quelle riportate sul contenitore;
9. annotare la data e l'ora di esecuzione, i valori rilevati per poterli riferire correttamente al medico.

La **presenza di acetone nelle urine** in associazione a frequente iperglicemia e glicosuria è un importante **campanello d'allarme**. In questi casi consultare il medico di medicina generale o lo specialista diabetologo e attenersi alle indicazioni ricevute.

PREVENZIONE DEL PIEDE DIABETICO

Tra le complicanze del diabete un ruolo sempre più rilevante è assunto da quella che va sotto il nome di “piede diabetico”; questa è in assoluto la complicanza che comporta il maggior numero di ricoveri ospedalieri e per la quale i costi risultano elevati, sia sotto il profilo della sofferenza e della perdita di autonomia, sia sotto il profilo economico. Le cause di questo problema sono rappresentate dalle alterazioni dei vasi sanguigni e dei nervi che, nel tempo, la malattia può comportare, con possibile insorgenza di lesioni alla cute e ai tessuti sottostanti. I piedi rappresentano una zona a rischio per cui è importante conoscere e mettere in atto gli interventi utili a mantenere l'integrità della pelle.



Fig. 6 controllo degli spazi tra le dita del piede



Fig. 7 l'igiene del piede



Fig. 8 come asciugare il piede tra le dita



Fig. 9 corretto taglio delle unghie

Indicazioni

La cura del piede è importante per tutte le persone affette da diabete, sia in trattamento con insulina sia con ipoglicemizzanti orali. Seguire gli accorgimenti di seguito riportati, consente di ridurre il rischio di andare incontro a complicanze che possono compromettere anche in modo importante la salute e l'autonomia.

CURA DELL'IGIENE DEI PIEDI

Ispezione giornaliera accurata dei piedi: controllare con attenzione la pelle (arrossamenti, lesioni, vesciche, calli, ecc.), le unghie e la zona tra le dita (macerazioni); in caso di difficoltà è bene utilizzare uno specchio infrangibile o chiedere aiuto a un familiare.

- **Igiene:** lavare i piedi ogni giorno con sapone neutro; l'acqua deve essere tiepida, circa 37°C (verificare la temperatura con il gomito o con termometro per bimbi: il piede potrebbe essere poco sensibile e non avvertire dolore e calore). Non tenere i piedi in acqua più di cinque minuti per evitare la macerazione della pelle. Asciugare i piedi con un asciugamano morbido facendo particolare attenzione alla cute tra le dita. Applicare una crema idratante dopo ogni lavaggio evitando gli spazi tra le dita. Cambiare ogni giorno le calze e i collant che non devono avere elastici stretti e cuciture ingombranti. Non indossare calze rammendate: potrebbero causare sfregamenti.
- **Controllo e taglio delle unghie:** unghie troppo lunghe, troppo corte o tagliate male possono causare ferite o infezioni. L'unghia deve essere tagliata dritta con forbici a punte arrotondate e gli angoli limati con lima di cartone. In caso di necessità farsi aiutare da altre persone. In caso di unghia incarnita rivolgersi al medico.
- **Duroni e calli:** sfregare con delicatezza le callosità con una pietra pomice, non utilizzare strumenti taglienti (lamette da barba, lime metalliche, forbici) né callifughi e paracalli.

Nel caso di callosità importanti rivolgersi solo a personale qualificato. Per la prevenzione di duroni e calli è indispensabile utilizzare calzature adeguate (vedi “Scelta della calzatura”).

SCelta DELLA CALZATURA

È importante indossare scarpe adeguate che devono essere adatte alla forma del piede, morbide e di misura giusta. L'acquisto deve essere fatto di sera, quando il piede è maggiormente gonfio.

Indossare le scarpe nuove solo per brevi periodi (max. 2 ore al giorno) e, dopo averle tolte, esaminare i piedi con attenzione (potrebbero rivelare arrossamenti o lesioni).

Alternare le scarpe indossate almeno ogni due giorni. Controllare ogni giorno l'interno della scarpa per rilevare la presenza di cuciture fuori luogo o di corpi estranei. Controllare periodicamente l'usura del tacco.

L'utilizzo di scarpe ortopediche deve avvenire solo su indicazione dello specialista.

Caratteristiche di una buona scarpa: morbida, leggera, in pelle, con suola antiscivolo e senza cuciture interne.

Il tacco deve essere alto circa 2 cm per gli uomini e 3-5 cm per le donne (tacchi troppo alti o bassi rendono faticosa la deambulazione).

La punta deve essere larga e abbastanza spaziosa per le dita.

E ANCORA...

Non camminare mai a piedi scalzi, nemmeno sulla spiaggia. In caso di piedi freddi usare calze di lana o pantofole, non utilizzare mai fonti di calore come borse dell'acqua calda, stufe ecc. per evitare ustioni.

In caso di lesioni attenersi alle indicazioni mediche.

... ricordate!

Giusto

- Ispezionare i piedi ogni giorno: gesto indispensabile in caso di perdita di sensibilità
- Utilizzare uno specchio infrangibile per l'ispezione della pianta dei piedi, se è difficile abbassarsi
- Ispezionare l'interno delle scarpe prima di infilarle, per controllare che non vi siano corpi estranei
- Adattare progressivamente le scarpe nuove
- Se ci si rivolge ad un podologo, informarlo che si ha il diabete. Se necessario, farlo contattare dal medico
- Curare le ferite disinfettandole e coprendole con garza sterile e cerotto di carta (bendaggio a secco)
- Telefonare al medico se la ferita non migliora in tre giorni

Sbagliato

- Fare pediluvi, utilizzare la borsa dell'acqua calda o un termoforo
- Posare lo specchio di vetro per terra per l'ispezione della pianta dei piedi
- Limare le unghie più corte della punta delle dita
- Strappare le pelli morte attorno alle unghie e fra le dita
- Utilizzare lamette, forbici, tronchesini o tagliaunghie
- Utilizzare callifughi
- Forare le vesciche eventualmente formatesi sui piedi

BIBLIOGRAFIA

AMD, Diabete Italia *Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito* a cura di, SID, 2007

O. Bolzoni, P. Milan, D. Perari, F. Mollo, G. Monesi *L'attività educativa per la prevenzione ed esperienze delle ulcere nel piede diabetico: i risultati del CAD di Rovigo* Assistenza infermieristica e ricerca, 2004, 23, 1

L. King *Subcutaneous insulin injection technique*. *Nursing Standard* 2003; 17: 45-52

Workgroup on Hypoglycemia, American Diabetes Association *Defining and reporting hypoglycemia in diabetes: a report from the American Diabetes Association Workgroup on Hypoglycemia*. *Diabetes Care* 2005; 28(5):1245-1249

JF. Yale, I. Begg, H. Gerstein, R. Houlden, H. Jones, P. Maheux, D. Pacaud *Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Hypoglycemia in Diabetes*. *Canadian Journal of Diabetes*, 2002;26:22-35.

Documento di Consenso Internazionale sul Piede Diabetico Seconda Edizione Italiana Gruppo di Studio Internazionale Piede Diabetico, Gruppo di Studio Interassociativo Piede Diabetico della Società Italiana di Diabetologia e della Associazione Medici Diabetologi, 2004

La persona con incontinenza urinaria

L'INCONTINENZA URINARIA

Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso



Che cos'è l'incontinenza urinaria?

L'incontinenza urinaria è la perdita involontaria di urina dovuta all'incapacità di trattenerla.

È un fenomeno frequentemente sottovalutato e taciuto a causa del forte "tabù" che ancora lo circonda, con vergogna a parlarne sia da parte di chi ne soffre sia di chi assiste.

Spesso l'incontinenza, che viene erroneamente considerata una conseguenza normale ed inevitabile dell'invecchiamento, è trattabile e risolvibile.

Questo disturbo solitamente provoca ricadute anche a livello psicologico influenzando significativamente lo stato d'animo, l'immagine di sé, lo stile di vita di chi ne soffre. Infatti, il timore di non riuscire a trattenerne l'urina e di perderla, il disagio di trovarsi bagnati, la paura che gli altri se ne accorgano portano le persone ad affrontare vergogne e timori quotidiani che influenzano negativamente la qualità della vita e la possibilità di allontanarsi da casa.

L'incontinenza urinaria è il più frequente disturbo legato all'eliminazione dell'urina nell'anziano; interessa il **15-30% delle persone che vivono a casa e il 45-50% delle persone che stanno in strutture di ricovero.**

L'incontinenza può essere:

1) **Transitoria**, dovuta a diverse cause quali

- stati confusionali
- infezioni delle vie urinarie
- uso di farmaci (sedativi, diuretici ecc.)
- ridotta mobilità e destrezza nell'uso del bagno e nello svestirsi.

In questi casi, una volta accertata e trattata la causa, l'incontinenza può essere superata.

2) Permanente, quando le cause che la determinano non sono curabili. Per queste forme gli interventi assistenziali mirano a ridurre la frequenza degli episodi di incontinenza, mantenere la cute asciutta, curare l'igiene della persona e adottare tutti gli accorgimenti che possano prevenire l'isolamento sociale.

Come si manifesta l'incontinenza urinaria?

L'incontinenza può manifestarsi con diverse modalità:

- **Incontinenza urinaria da sforzo**: è la perdita involontaria di urina conseguente a colpi di tosse, starnuti, sollevamento di pesi, ecc.
- **Incontinenza urinaria da urgenza**: è la perdita di urina accompagnata o preceduta da un intenso desiderio di urinare tale da non permette di arrivare in tempo fino al bagno
- **Incontinenza mista**: è la perdita di urina che si verifica quando le due precedenti condizioni sono presenti contemporaneamente
- **Incontinenza urinaria di tipo continuo**: è la perdita di urina continua goccia a goccia
- **Sgocciolamento dopo aver urinato**: è la perdita di urina a gocce che compare dopo avere finito di urinare
- **Incontinenza da rigurgito**: è la perdita involontaria di urina a causa di una vescica troppo piena
- **Incontinenza notturna**: è la perdita di urina che si manifesta solo di notte

Che cosa è importante fare?

Quando non è possibile intervenire direttamente sulla causa che determina l'incontinenza, il primo obiettivo di cura deve essere il superamento delle condizioni che potrebbero aggravare l'incontinenza attraverso alcune azioni di seguito elencate:

- rimozione delle barriere architettoniche
- posizionamento di corrimano e di maniglie, soprattutto in bagno e lungo il percorso per raggiungerlo
- utilizzo di sostituti del gabinetto (WC portatili, comode)
- innalzamento della tazza del WC tramite appositi "rialzi per WC"
- utilizzo di un abbigliamento funzionale, dotato di chiusure in velcro, elastici.

Altri suggerimenti

Se l'incontinenza si verifica di notte è necessario provare, dopo aver sentito il medico, a ridurre i liquidi per alcune ore prima del riposo notturno assicurandosi però che la persona venga adeguatamente idratata durante il tempo restante della giornata; garantire che vada in bagno prima di coricarsi. Con le persone incontinenti **non utilizzare la coperta elettrica**. Qualora questi interventi non fossero sufficienti è necessario utilizzare ausili per l'incontinenza scegliendo, con l'aiuto dei sanitari di riferimento, quelli che più si adattano al livello di autonomia mantenuto e alle condizioni cliniche della persona.

AUSILI PER L'INCONTINENZA URINARIA

A che cosa servono gli ausili per l'incontinenza urinaria?

Gli ausili hanno l'obiettivo di aiutare a gestire il problema delle perdite d'urina.

Perché si usano?

Gli ausili vengono usati per:

- proteggere la pelle dei genitali dall'azione irritante dell'urina e dall'aggressione dell'umidità
- proteggere gli indumenti e la biancheria da letto
- controllare la diffusione dei cattivi odori
- migliorare la vita sociale permettendo alla persona di condurre una vita "normale" salvaguardandone la discrezione e la dignità personali

Quali sono gli ausili per l'incontinenza?

Gli ausili per l'incontinenza generalmente utilizzati si dividono in:

- 1) **ausili contenitivi** che comprendono:
 - ausili assorbenti (pannoloni) [fig. 1]
 - sistemi di raccolta esterna dell'urina per l'uomo (condom urinari) [fig. 2] e sacche per la raccolta delle urine [figg. 3, 4, 5]



Fig. 1 pannolone



Fig. 2 condom urinario



Fig. 3 sacca da gamba



Fig. 4 sacca da letto raccogliurina con rubinetto di svuotamento



Fig. 5 sacca da letto raccogliurina senza rubinetto di svuotamento

2) **cateteri vescicali**: ausili che rimediano ad un'incapacità di svuotamento vescicale o a un'incontinenza non gestibile con gli altri ausili per particolari situazioni cliniche [fig. 6].

AUSILI CONTENITIVI

Ausili assorbenti: sono i più comunemente utilizzati e diffusi e costituiscono una risposta semplice, rapida, pratica ed efficace per la persona incontinente e per chi la assiste.

Esistono vari tipi di "pannoloni" che differiscono per:

- taglie, forma e dimensione
- tecnica di posizionamento
- capacità di assorbenza (adeguata per il tipo di perdite del singolo individuo in quel periodo).

Come sceglierli?

Per una buona scelta bisogna tenere conto di questi aspetti:

- frequenza e quantità delle perdite
- grado di autonomia della persona
- circonferenza del giro vita.

Esistono, inoltre, traverse assorbenti ("traverse salvaletto") utilizzate per la protezione di letto, sedie o poltrone. Sono prodotti a bassa assorbenza e sono disponibili in vari formati.

SISTEMA DI RACCOLTA ESTERNA DELL'URINA

Condom [fig. 2]: sono particolari dispositivi esterni maschili, costituiti da silicone o lattice che avvolgono il pene e, tramite un'estremità più rigida, vengono collegati a una sacca di raccolta.

Si tratta di ausili che richiedono un particolare addestramento per essere correttamente posizionati. Dopo la prima applicazione si deve ispezionare il pene per evidenziare segni di compressione o reazione cutanea.

Al fine di evitare alcuni errori legati all'impiego di questi prodotti, la prima applicazione del condom deve avvenire sotto la guida e con il supporto informativo dell'infermiere. Il condom va sostituito, di norma, una volta al giorno.



Fig. 6 catetere vescicale Foley

Come procedere alla sostituzione del condom urinario

1. Lavarsi le mani e indossare i guanti;
2. togliere il condom usato;
3. valutare le condizioni del pene, osservare che non ci siano cambiamenti nella condizione della pelle (irritazione, rossore, ecc.);
4. con la mano sinistra afferrare il pene; con la mano destra applicare il condom alla punta del pene e srotolarlo lentamente sul pene;
5. lasciare un po' di spazio tra la punta del pene e la parte terminale del condom per permettere il passaggio delle urine nella sacca di raccolta;
6. applicare il cerotto sul condom, in modo aderente, senza stringere troppo;
7. evitare che il cerotto venga in contatto con la pelle;
8. collegare il tubo della sacca di raccolta all'estremità del condom;
9. rimuovere i guanti e lavarsi le mani;
10. controllare, a breve distanza di tempo, il buon funzionamento osservando la presenza di urina nella sacca di raccolta e l'assenza di perdite.

Sacche raccogli urina

Sono presidi di raccolta delle urine che vengono utilizzati sia in presenza di condom che di catetere vescicale. Ne esistono di tipi diversi:

- **sacche da gamba** [fig. 3] vengono posizionate all'interno della coscia o all'esterno del polpaccio mediante lacci con bottoni o velcro; sono indicate nelle persone che svolgono una vita attiva e possono avere una capienza che varia da 300 a 750 ml.
- **sacche da letto** [fig. 4 e 5] hanno una capacità di 2 litri e possono essere posizionate con un apposito supporto.

Complicanze

Il contatto con le urine e il conseguente stato di umidità della cute sono tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di problemi legati all'uso degli ausili contenitivi.

Arrossamenti, macerazioni, eruzioni cutanee sono le manifestazioni più frequenti, che possono essere prevenute grazie a semplici accorgimenti:

- ad ogni cambio del pannolone o del condom effettuare un'adeguata igiene intima; la cute deve essere mantenuta il più possibile pulita e asciutta
- non usare colonie o altre soluzioni alcoliche per massaggi o frizioni perché rimuovono il leggero strato di grasso che protegge la pelle
- chiedere sempre alla persona se i pannoloni o il condom, una volta sistemati, non provocano fastidio
- se si utilizza il materasso antidecubito sovrapporre al materasso solo un lenzuolo e una traversa sottile.

CATETERI VESCICALI A PERMANENZA

Il catetere vescicale a permanenza [fig. 6] è un tubicino flessibile, fatto di materiale morbido, che consente la fuoriuscita dell'urina dalla vescica. Viene posizionato dall'infermiere e/o dal medico. L'urina viene convogliata attraverso il sistema di raccolta all'interno di una sacca (sacca raccogli urina).

CAMBIO DELLA SACCA

La periodicità del cambio della sacca dipende dal tipo di sacca utilizzata. Al domicilio vengono utilizzate prevalentemente le seguenti sacche:

- sacche giornaliere usa e getta che vanno sostituite almeno una volta al giorno
- sacche dotate di rubinetto, con o senza valvola antireflusso, che vanno svuotate una volta al giorno e sostituite ogni 3-4 giorni.

Per il cambio della sacca sono necessari:

- una nuova sacca
- un paio di guanti monouso
- un morsetto e/o pinza per la chiusura del catetere.

Procedura:

1. Lavarsi le mani con acqua e sapone;
2. indossare un paio di guanti monouso;
3. chiudere il catetere con il morsetto (o con apposita pinza) al di sopra del raccordo [fig 7];
4. staccare la sacca piena dal raccordo e immediatamente inserirne una nuova [figg. 8-9]. Durante questa manovra il raccordo della nuova sacca pulita e la zona di inserimento del catetere non devono essere appoggiati al letto né ad altre superfici per evitare contaminazioni;
5. rimuovere il morsetto dal catetere;
6. evitare le piegature del catetere e del tubo di raccolta;
7. agganciare la sacca di raccolta al letto utilizzando l'apposito sostegno [fig 10];
8. assicurarsi che il rubinetto, se presente, non venga a contatto con il pavimento [fig.11];
9. la sacca urina deve essere svuotata nel WC e smaltita nei rifiuti urbani.



Fig. 7 chiudere il catetere



Fig. 8 scollegare la sacca dal catetere



Fig. 9 raccordare la nuova sacca al catetere



Fig. 10 agganciare la sacca al letto



Fig. 11 il rubinetto non deve venire contato con il pavimento

Lo svuotamento della sacca

In caso di utilizzo di sacca con rubinetto, per prevenire la contaminazione con sporco o germi adottare le seguenti precauzioni:

1. lavarsi le mani con acqua e sapone e indossare un paio di guanti monouso prima di manipolare il rubinetto;
2. assicurarsi che il rubinetto non venga mai a contatto con il pavimento;
3. utilizzare un contenitore pulito in cui versare l'urina durante lo svuotamento della sacca;
4. porre il contenitore pulito sotto il rubinetto di scarico e aprire la valvola;
5. evitare che il rubinetto di scarico venga a contatto con i bordi del contenitore durante lo svuotamento;
6. a sacca vuota chiudere il rubinetto e lasciarlo gocciolare
7. svuotare le urine nel WC, sciacquare e disinfettare il contenitore utilizzato (con acqua e candeggina);
8. lavarsi le mani con acqua e sapone.

In caso di utilizzo della sacca giornaliera procedere alla sostituzione come descritto nella procedura: svuotare le urine nel WC e smaltire la sacca nei rifiuti.

PREVENIRE LE COMPLICANZE

Le principali complicanze legate al posizionamento del catetere vescicale sono di tipo infettivo e traumatico.

Complicanze infettive: le infezioni delle vie urinarie sono una complicanza che può insorgere più facilmente nelle persone portatrici di catetere vescicale. Possono ripercuotersi sullo stato di salute complessivo della persona e pertanto devono essere messe in atto tutte le procedure per prevenirle.

Quali sono le cose da fare:

- ogni volta che si devono manipolare il catetere, l'area circostante o il rubinetto di scarico della sacca di raccolta delle urine bisogna lavare le mani
- eseguire almeno due volte al giorno un'accurata igiene intima. La pulizia va effettuata delicatamente con acqua e sapone liquido
- mantenere la sacca di raccolta delle urine sempre più in basso del livello della vescica allo scopo di evitare che l'urina rientri in vescica
- in assenza della valvola antireflusso, qualora sia necessario che la sacca sia sollevata al di sopra della vescica, chiudere con il morsetto il tubo di raccordo in prossimità della sacca
- controllare che il catetere e il tubo della sacca non abbiano torsioni o piegature che possano ostruire il passaggio di urina causando un ristagno
- garantire alla persona cateterizzata un'adeguata assunzione di liquidi (almeno 1 litro e ½ al giorno salvo diversa indicazione medica) in modo da consentire la diluizione e il flusso continuo delle urine. Un'adeguata idratazione comporta l'emissione di urine chiare e limpide (condizione ottimale)
- la sacca non deve riempirsi per più dei due terzi del suo volume. Nel caso in cui sia necessario misurare la quantità di urina prodotta nelle 24 ore ricordarsi di segnare subito la quantità di urine eliminate

Complicanze traumatiche: si tratta di lesioni che interessano generalmente l'uretra e sono dovute ad accidentali strattoni che possono essere esercitati sul catetere. Sono evitabili fissando il catetere alla parete anteriore dell'addome nell'uomo o alla superficie interna della coscia nella donna.

CHIAMARE L'INFERMIERA O IL MEDICO NEI SEGUENTI CASI:

- ostruzione del catetere (ostacolo alla fuoriuscita dell'urina)
- perdita di urina
- febbre
- urine torbide, molto scure (color marsala), con tracce di sangue
- fuoriuscita del catetere vescicale
- sospette lesioni uretrali (presenza di sangue nel tubicino della sacca e nel sacchetto).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- F. Cavazzuti, G. Cremonini *Assistenza geriatrica oggi*. Casa editrice Ambrosiana Milano, 2002
- P. Chiari, D. Mosci, E. Naldi *L'infermieristica basata su prove di efficacia*. McGraw-Hill Milano, 2006
- G. Donelli, V. Di Carlo, et al., *Protocollo per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle infezioni alle vie urinarie associate a cateteri vescicali*. Istituto Superiore di Sanità Rapporti ISTISAN 03/40, 2003
- Ministero della Sanità Comitato Nazionale per la valutazione della qualità assistenza. *Prevenzione infezioni delle vie urinarie nei pazienti cateterizzati: uso di catetere e assistenza infermieristica*. Giornale Italiano delle infezioni Ospedaliere 3, 1, 1996
- F. Ferrari et al. *Valutazione dei vantaggi derivanti dall'adozione del cateterismo urinario a circuito chiuso, supportata da audit del personale infermieristico di supporto*. Nursing Oggi 2003 Gen Mar; 38-42
- E. Larson, *Lo stato dell'arte 2004: è ora di adottare la strategia- niente scuse/tolleranza zero*. Giornale Italiano delle scienze infermieristiche, 2006 n.4; 89-90
- N. Vito *Manuale di ausili e cure del paziente geriatrico al domicilio*. UTET Torino, 2003
- www.cdc.gov/

La persona con problemi di nutrizione

LA NUTRIZIONE ENTERALE

Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso

CHE COSA È LA NUTRIZIONE ENTERALE?

La Nutrizione Enterale è la somministrazione di alimenti direttamente nello stomaco o nell'intestino mediante l'impiego di apposite sonde.

I nutrienti somministrati attraverso la sonda sono in forma liquida e contengono tutte le sostanze (proteine, grassi, vitamine, sali minerali, acqua, ecc.) necessarie a mantenere un buon apporto nutrizionale.

Considerando l'importanza del ruolo dell'alimentazione nella vita quotidiana, è necessario coinvolgere e informare la persona assistita nella gestione della nutrizione artificiale e, quando consentito, integrare con l'assunzione per bocca delle quantità di cibo/liquidi possibili.

QUANDO VIENE PRESCRITTA LA NUTRIZIONE ENTERALE?

La nutrizione enterale viene prescritta alle persone che non possono assumere il cibo per bocca in quantità sufficiente.

COME SI FA LA NUTRIZIONE ENTERALE?

La nutrizione enterale si attua solitamente tramite una sonda che, inserita attraverso una narice o attraverso la parete addominale, arriva direttamente nello stomaco o nell'intestino.

Questa sonda non è altro che un tubo, di materiale morbido e flessibile, attraverso il quale vengono introdotte miscele nutritive. Può essere lasciata in sede anche per un lungo periodo di tempo e non impedisce alla persona di mangiare o bere, quando ciò è consentito.

È importante sapere che attraverso la sonda si possono somministrare:

- miscele nutritive (in flaconi o sacche)
- acqua, liquidi, soluzioni glucosata e fisiologica
- farmaci

In base al tipo di sonda e alla sede di posizionamento parleremo di:

- sondino naso-gastrico (SNG)
- sonda per gastrostomia (PEG)
- sonda per digiunostomia (PEJ)

IL SONDINO NASO-GASTRICO (SNG)

Il sondino naso-gastrico [fig. 1] può essere posizionato presso il domicilio o durante il ricovero ospedaliero. Viene introdotto attraverso una narice fino a raggiungere lo stomaco e permette la somministrazione di alimenti liquidi. Può rimanere in sede per un periodo massimo di 4-6 settimane.



Fig. 1 sondino Naso-Gastrico

SONDA PER GASTROSTOMIA (PEG) E DIGIUNOSTOMIA (PEJ)

Quando è prevedibile un lungo periodo di nutrizione enterale è preferibile che la sonda sia introdotta direttamente nello stomaco o nel primo tratto di intestino (digiuno) attraverso la parete addominale (**stomia**). Si tratta di un piccolo intervento chirurgico eseguito in ospedale, in anestesia locale. Sia la sonda gastrostomica che quella digiunostomica possono rimanere in sede fino a un anno.

La sonda gastrica è fornita di dispositivi interni ed esterni che ne impediscono la fuoriuscita. Se la sonda è del tipo “rimovibile dall'esterno”, potrà essere sostituita dal medico anche a casa. Se invece è del tipo “non rimovibile dall'esterno”, la rimozione dovrà essere eseguita in ospedale.

CHE COSA OCCORRE SAPERE SULLE MISCELE NUTRIZIONALI?

Le confezioni

Ne esistono di vari tipi:

- contenitori per alimenti di vetro o di plastica da un litro o da 500 ml
- bottiglie in plastica da 500, 1000, 1500 ml
- lattine da 250 ml
- tetrapak (contenitore di cartoncino per conservare gli alimenti) da 500, 1000, 1500 ml
- polveri da ricostituire.

Come si conservano

- Conservare il prodotto in un ambiente pulito, al riparo della luce, da fonti di calore e dall'umidità
- controllare la data di scadenza prima dell'utilizzo
- la confezione, una volta aperta, se non consumata completamente può essere conservata in frigorifero (tra 4° e 8°C) per un massimo di 24 ore, trascorso questo tempo è necessario gettare l'eventuale rimanenza
- in caso di dubbi sul corretto stato di conservazione della miscela si consiglia di non utilizzarla
- i contenitori per la nutrizione enterale sono monouso e non possono essere riutilizzati.

COME SI SOMMINISTRANO LE MISCELE NUTRIZIONALI?

Le miscele nutrizionali possono essere somministrate utilizzando:

- **la pompa:** i nutrienti sono infusi tramite pompa, in forma continua nelle 24 ore o ciclica per la durata di 12-18 ore (notturna o diurna). Nella nutrizione enterale è consigliato l'uso della pompa [figg. 2 e 3].
- **con sistema “a caduta”** (goccia a goccia per gravità): non si utilizza la pompa, ma un regolatore di flusso manuale (rotella) come per le fleboclisi
- **in bolo:** in alcuni casi i nutrienti sono somministrati con una grossa siringa (120 millilitri) in quantità di circa 120-360 ml per 4/6 volte al giorno. Questa modalità può causare alcuni effetti collaterali (nausea, vomito,



Fig. 2 pompa iper nfusione

rigurgito, diarrea) legati principalmente all'eccessiva velocità di riempimento dello stomaco, e alla possibile contaminazione degli alimenti. Va pertanto utilizzata solo nel caso in cui venga indicata dal medico o dall'infermiera, dopo opportuno addestramento.

CHE COSA OCCORRE SAPERE SULLA POMPA

La pompa è un'apparecchiatura elettronica che consente di somministrare con regolarità e precisione il flusso della miscela [fig. 3].

È dotata di una batteria che garantisce il funzionamento anche in caso di assenza di corrente. Presenta allarmi acustici che suonano in caso di:

- occlusione del sondino
- termine della miscela
- sospensione dell'energia elettrica.



Fig. 3 pompa per infusione

Quando suona l'allarme, seguire le istruzioni dettagliatamente descritte nel manuale di funzionamento, che devono essere oggetto di addestramento da parte dell'infermiere al momento della consegna della pompa. La pompa deve essere mantenuta pulita rimuovendo quotidianamente la polvere ed utilizzando eventualmente un panno umido. Trattandosi di un'apparecchiatura elettrica, non deve essere immersa in liquidi.

REGOLE PER LA GESTIONE DELLA SONDA

Per evitare che la sonda si occluda deve essere regolarmente lavata con acqua naturale, utilizzando una grossa siringa [fig. 4].

La sonda va lavata:

- prima e dopo ogni somministrazione di miscele nutritive (effettuare sempre il lavaggio quando si interrompe la nutrizione per un periodo superiore ai 30 minuti)
- prima e dopo la somministrazione di farmaci
- ogni 4-5 ore se l'assistito viene nutrito in infusione continua.



Fig. 4 materiale per il lavaggio della sonda

Tecnica di lavaggio

- Sistemare la persona in posizione semi-seduta;
- lavarsi le mani e indossare i guanti;
- riempire la siringa con 30-40 ml di acqua ed eliminare l'aria in eccesso [figg. 5 e 6]
- scollegare il deflussore dalla sonda o rimuovere il tappo di protezione;
- connettere la siringa alla sonda;
- spingere lo stantuffo della siringa senza forzare [fig. 7];
- ripetere la manovra qualora la sonda non risulti pulita al primo lavaggio;
- richiudere la sonda con il tappo apposito o ricollegare il deflussore.



Fig. 5 aspirare l'acqua



Fig. 6 eliminare l'aria



Fig. 7 lavaggio della sonda

Qualora nella fase di introduzione dell'acqua si avvertisse resistenza è bene ripetere il lavaggio più volte. Se il problema persistesse contattare l'infermiere delle cure domiciliari o il medico curante.

MATERIALE NECESSARIO PER LA SOMMINISTRAZIONE DELLE MISCELE NUTRITIVE [fig. 8]

1. Miscela nutritiva
2. telino o panno pulito
3. deflussore: tubicino flessibile che serve per far scendere la miscela nutrizionale dal contenitore fino alla sonda
4. siringa con cono
5. tappi in plastica con membrana perforabile
6. piantana di supporto per la pompa e per la miscela nutritiva, cestello porta bottiglia
7. guanti monouso, apribottiglia, bicchiere con l'acqua.

ATTENZIONE:
I materiali descritti nei
punti 1, 2, 3 4 vanno
sostituiti ogni 24 ore



Fig. 8 esempio di materiale necessario alla somministrazione della nutrizione

CONTROLLI DA EFFETTUARE PRIMA DI SOMMINISTRARE I NUTRIENTI

- Nome e data di scadenza della miscela nutrizionale
- confezionamento del deflussore: la confezione deve essere chiusa e sterile; verificare la data di scadenza
- temperatura della miscela (che deve essere somministrata a temperatura ambiente).

NORME IGIENICHE GENERALI PER EFFETTUARE UNA CORRETTA NUTRIZIONE ENTERALE

Prima di procedere alla somministrazione delle miscele nutritive sono necessari alcuni accorgimenti tecnici per poter preparare, in modo idoneo, il materiale occorrente.

1) Pulizia del tavolo o della superficie di appoggio

Preparare il piano di lavoro vicino al luogo in cui avverrà la somministrazione: deve essere lavato con una soluzione detergente (acqua e sapone) e asciugato accuratamente utilizzando carta assorbente da cucina (vanno evitate le spugnette perché rappresentano un possibile ricettacolo di germi). Posizionare quindi il telino pulito e predisporre tutto il materiale necessario.

2) Igiene delle mani

È necessaria un'accurata igiene delle mani da eseguire seguendo le indicazioni riportate nella procedura specifica (si consiglia la lettura del capitolo del Manuale "Lavaggio delle mani").

POSIZIONE DELLA PERSONA DURANTE LA NUTRIZIONE

Se non controindicato, durante il giorno la somministrazione può essere effettuata con la persona in posizione seduta (sulla sedia o in poltrona); se eseguita con persona a letto (diurna o notturna) far assumere una posizione semiseduta, sollevando la testiera del letto o utilizzando alcuni cuscini: ciò diminuisce il rischio che la miscela dallo stomaco possa risalire nell'esofago e da qui passare nelle vie respiratorie. È necessario mantenere questa posizione per almeno un'ora dopo la fine della somministrazione.

LA SOMMINISTRAZIONE

Seppur abbastanza semplice, la procedura di somministrazione della nutrizione enterale prevede un addestramento dei familiari dell'assistito da parte del personale infermieristico ospedaliero e/o del distretto, fino al raggiungimento della completa autonomia.

Resta comunque inteso che, qualora ve ne fosse la necessità, è sempre garantito l'accesso a domicilio dell'infermiere o del medico curante.

Preparazione del flacone e avvio della nutrizione

1. Agitare il flacone prima di aprire la confezione;
2. aprire il sacchetto del deflussore senza estrarlo dalla confezione;
3. eliminare il tappo metallico del flacone e applicare il tappo perforabile;
4. inserire il deflussore monouso con la parte più appuntita nel tappo perforabile;
5. capovolgere e mettere il flacone nel cestello appeso alla piantana e collegare il deflussore alla pompa;
6. fare fuoriuscire tutta l'aria dal deflussore riempiendolo con la miscela nutritiva;
7. lavare la sonda con acqua e collegarla al deflussore;
8. impostare la pompa sulla velocità di infusione prescritta.

Durante la somministrazione osservare frequentemente la persona, per cogliere eventuali sintomi:

- tosse, difficoltà respiratoria, colorazione bluastra delle labbra o delle dita delle mani e dei piedi
- nausea, vomito, diarrea
- alterazione della coscienza (la persona è sopita e non risponde ai richiami verbali).

In questi casi interrompere immediatamente la somministrazione e chiamare il medico.

SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

Il medico avrà cura di prescrivere, quando possibile, farmaci in forma liquida (gocce, sciroppi). Nel caso in cui vengano prescritte compresse queste devono essere polverizzate e diluite in acqua tenendo presente che piccoli frammenti potrebbero ostruire la sonda. Una volta frantumati e diluiti in acqua i farmaci vanno somministrati immediatamente perché potrebbero alterarsi. Per la somministrazione di farmaci seguire le dosi e gli orari indicati dal medico e procedere nel seguente modo:

1. preparare sul piano di appoggio pulito, il farmaco, un bicchiere, una siringa e dell'acqua;
2. evitare di mescolare farmaci diversi e rispettare gli orari prescritti;
3. interrompere la nutrizione (se in corso);
4. lavare la sonda con 30/40 ml di acqua;
5. diluire il farmaco in 10/15 ml d'acqua, aspirarlo con la siringa e iniettarlo nella sonda; lavare il bicchiere in cui si è diluito il farmaco e somministrare l'acqua di lavaggio per recuperare tutto il farmaco. Ripetere questo passaggio per ciascun farmaco che si deve somministrare;
6. collegare la sonda al deflussore e riprendere la nutrizione (se già in corso).

Pulizia del cavo orale

Nonostante la nutrizione avvenga attraverso la sonda è necessario effettuare almeno due volte al giorno la pulizia della bocca. Ciò garantisce senso di benessere alla persona e previene problemi quali alitosi, sensazione di bocca impastata, disturbi alle mucose e ai denti. Anche la dentiera deve essere quotidianamente pulita. Le labbra devono essere ammorbidite frequentemente con sostanze specifiche (burro-cacao, olio di vaselina).

NORME GENERALI PER LA CURA DEL SONDINO NASO GASTRICO (SNG)

Il sondino, che da una narice viene inserito fino allo stomaco, viene tenuto in sede da un cerotto. Il cerotto di ancoraggio va sostituito almeno ogni 2/3 giorni e ogni volta che è sporco o che tende a staccarsi.

Esistono diverse modalità e sedi di fissaggio: al naso, sulla fronte, sulla guancia. Con l'aiuto dell'infermiere potrà essere scelta quella migliore per ogni singolo caso.

Ogni volta che il cerotto viene cambiato, bisogna fare attenzione a non sfilare il sondino.

Occorrente per la sostituzione del cerotto:

- acqua e sapone
- alcool
- soluzione fisiologica
- tamponi di garza
- cerotto.

Come procedere alla cura del sondino naso-gastrico

1. Lavare le mani, indossare i guanti e rimuovere il cerotto di fissaggio;
2. sgrassare con garza leggermente imbevuta di alcool la pelle e il tratto di sonda adiacente, tirando leggermente la sonda indietro;
3. rimuovere dal naso le secrezioni in eccesso utilizzando tamponi di garza imbevuti di soluzione fisiologica;
4. fissare il sondino con un cerotto pulito seguendo una delle seguenti modalità:

- a. facendo passare la sonda dietro l'orecchio fissandola con due cerotti rettangolari (circa 3 cm) uno a livello della guancia e uno sul collo alla base dell'orecchio; nell'uomo, rasare regolarmente la barba per permettere una buona adesione del cerotto
 - b. sulla fronte fra due strati di cerotto, uno inferiore direttamente sulla pelle, a cui si sovrappone il sondino che viene fissato con un altro cerotto. In questo modo il sondino non tocca direttamente la pelle
 - c. direttamente sul naso con le due estremità di una striscia sottile di cerotto che a cravatta avvolge il sondino. Con questa modalità è necessario fare attenzione che il sondino non tocchi le pareti della narice per evitare l'insorgenza di lesioni
5. controllare giornalmente il fissaggio del sondino e applicare una crema protettiva alla narice nel punto di introduzione della sonda.

NORME GENERALI PER LA CURA DELLA STOMIA

Durante il primo mese dopo il posizionamento della sonda, la medicazione è affidata all'infermiere delle cure domiciliari. Successivamente la stomia non necessita più di medicazione: una regolare pulizia della cute attorno alla sonda è sufficiente ad evitare irritazioni e infezioni [fig. 9]. Ispezionare la pelle giornalmente e segnalare al medico o all'infermiere l'eventuale presenza di arrossamento, gonfiore, dolore o cute molto calda. Materiale per la cura della gastrostomia:

- guanti
- garze (non sterili)
- asciugamano pulito o carta assorbente da cucina
- acqua e sapone neutro o di marsiglia
- cerotto anallergico

Come procedere

1. Lavare le mani con acqua e sapone, seguendo la specifica procedura;
2. mettere i guanti;
3. rimuovere la vecchia medicazione. Se la sonda è fermata con il cerotto toglierlo tenendo ferma la sonda con l'altra mano per evitare di rimuoverla;
4. pulire la pelle con acqua e sapone, lavando anche la zona sotto la placca di ancoraggio. Procedere alla pulizia con un movimento a spirale iniziando dalla stomia verso l'esterno;
5. risciacquare e asciugare l'area completamente per prevenire irritazioni;
6. controllare che tra il dispositivo di bloccaggio esterno della sonda e la cute vi sia sempre una distanza di 2-3 mm;
7. ruotare la sonda di 360° effettuando una leggera trazione (movimento dentro e fuori) almeno una volta alla settimana;
8. applicare una garza parzialmente tagliata, a coda di rondine, intorno alla sonda;
9. coprire con una seconda garza e fissarla con un cerotto anallergico.

Nella digiunostomia la sonda, inserita nel primo tratto dell'intestino, è di piccolo calibro per cui bisogna fare particolare attenzione a prevenire le ostruzioni (vedere indicazioni per il corretto lavaggio della sonda). La gestione della medicazione che viene affidata ai familiari è simile a quella descritta per la gastrostomia. Non devono però essere esercitati trazione e rotazione perché c'è il rischio di sfilare la sonda.



Fig. 9 gastrostomia e sonda gastrostomica

COME RICONOSCERE E AFFRONTARE ALCUNI PROBLEMI CHE POSSONO INSORGERE NEL CORSO DELLA NUTRIZIONE ENTERALE

Durante la somministrazione della nutrizione enterale si possono verificare alcuni inconvenienti. Conoscerli e sapere come intervenire è importante per sentirsi tranquilli nella gestione quotidiana.

DIARREA: è l'emissione frequente di feci liquide ed abbondanti (5-6 scariche al giorno) che perdura per più di due giorni. La diarrea può associarsi a dolore addominale, a comparsa di feci maleodoranti, distensione addominale e borbottii intestinali.

DIARREA	
Cause	Comportamenti da adottare
<ul style="list-style-type: none"> elevata velocità di infusione (mai superare gli 80ml/ora) 	<ul style="list-style-type: none"> diminuire la velocità di somministrazione informare il medico
<ul style="list-style-type: none"> contaminazione batterica della miscela 	<ul style="list-style-type: none"> curare scrupolosamente l'igiene delle mani e delle unghie prima di ogni manovra mantenere una corretta igiene dell'ambiente, del piano di lavoro e del materiale utilizzato non utilizzare le confezioni aperte e mal conservate
<ul style="list-style-type: none"> fermentazione del prodotto per non corretta conservazione 	<ul style="list-style-type: none"> controllare sempre la scadenza e le modalità di conservazione del prodotto

STIPSI: è la riduzione della frequenza di emissione delle feci che si presentano dure e asciutte (ogni 4-5 giorni)

STIPSI	
Cause	Comportamenti da adottare
<ul style="list-style-type: none"> tipo di miscela nutrizionale prescritta scarsa quantità di acqua assunta nella giornata allettamento 	<ul style="list-style-type: none"> attenersi alla somministrazione della quantità di acqua prescritta ed eventualmente aumentarla se le condizioni generali lo consentono svolgere un minimo di attività motoria informare il medico

DISIDRATAZIONE: è la perdita cronica di liquidi che si manifesta quando il volume di acqua somministrata non è sufficiente a garantire il fabbisogno giornaliero (0.8-1.5 litri/giorno circa). I sintomi caratteristici sono: bocca secca, lingua asciutta, ridotto volume delle urine, cute secca, senso di affaticamento e diminuzione della pressione arteriosa.

DISIDRATAZIONE	
Cause	Comportamenti da adottare
<ul style="list-style-type: none"> diarrea febbre aumento della sudorazione 	<ul style="list-style-type: none"> informare il medico se non controindicato per la presenza di particolari patologie, aumentare la quantità di liquidi giornaliera (acqua)

DOLORE ADDOMINALE: è un sintomo che può associarsi a nausea, bruciore o tensione addominale. Se compare durante la somministrazione della miscela o persiste per ore avvisare il medico.

DOLORE ADDOMINALE	
Cause	Comportamenti da adottare
<ul style="list-style-type: none"> elevata velocità di infusione temperatura della miscela troppo bassa 	<ul style="list-style-type: none"> diminuire la velocità di infusione interrompere la nutrizione enterale in caso di persistenza dei disturbi, anche a bassa velocità di infusione informare il medico prima di procedere alla somministrazione della miscela verificare che sia a temperatura ambiente

NAUSEA E/O VOMITO	
Cause	Comportamenti da adottare
<ul style="list-style-type: none"> mal posizionamento della sonda intolleranza alla miscela nutrizionale eccessivo riempimento dello stomaco 	<ul style="list-style-type: none"> verificare la posizione della sonda ed informare il medico sospendere temporaneamente la nutrizione e avvisare il medico attenersi alla prescrizione relativamente alla velocità di infusione e agli orari indicati mantenere il tronco sollevato per tutta la durata dell'infusione e per almeno un'ora dopo la sua sospensione

FUORIUSCITA DI SUCCHI GASTRICI O DI MISCELA NUTRIZIONALE DAI MARGINI DELLA STOMIA (PEG)	
Cause	Comportamenti da adottare
<ul style="list-style-type: none"> allargamento del diametro della stomia 	<ul style="list-style-type: none"> interrompere la somministrazione e informare il medico pulire accuratamente la cute intorno alla stomia con acqua tiepida, applicare una garza pulita, da sostituire ogniqualvolta si presenti umida

OSTRUZIONE DELLA SONDA: impedisce la somministrazione dei nutrienti e dell'acqua necessari per la persona.

OSTRUZIONE DELLA SONDA	
Cause	Comportamenti da adottare
<ul style="list-style-type: none"> lavaggio inadeguato della sonda 	<ul style="list-style-type: none"> lavare periodicamente la sonda durante l'infusione della miscela nutrizionale, al termine dell'infusione e in occasione di ogni sospensione anche breve dell'infusione

RIMOZIONE ACCIDENTALE DELLA SONDA	
<ul style="list-style-type: none"> le persone in stato confusionale possono accidentalmente strapparsi il tubo 	<ul style="list-style-type: none"> nel caso di completa rimozione coprire la stomia con una garza, mantenere la persona a digiuno, avvisare il medico

LA NUTRIZIONE PARENTERALE

Quando non è possibile soddisfare il bisogno di alimentazione della persona per bocca o attraverso una sonda che giunge direttamente nello stomaco, l'alternativa è quella di ricorrere alla nutrizione parenterale. La nutrizione parenterale è un metodo per fornire sostanze nutritive, in forma liquida e sterile, direttamente nella circolazione sanguigna mediante l'utilizzo di un catetere venoso.

Le sostanze nutritive somministrate contengono acqua, vitamine, proteine, zuccheri, grassi e sali minerali necessari a mantenere un buon apporto di nutrienti. È una metodica che viene attivata sempre in ospedale e, per essere proseguita a domicilio, richiede:

- uno specifico addestramento della persona e/o dei familiari da parte degli infermieri ospedalieri prima della dimissione
- una presa in carico da parte dell'assistenza infermieristica domiciliare al rientro a casa.

Non sempre la prescrizione della nutrizione parenterale preclude la possibilità di somministrare liquidi e cibo per bocca. Sarà il medico a dare precise indicazioni in merito.

Nonostante la nutrizione avvenga attraverso il catetere venoso, è necessario effettuare tutti i giorni la **pulizia della bocca**. Ciò garantisce senso di benessere alla persona e previene problemi quali alitosi, sensazione di bocca impastata, disturbi alle mucose e ai denti.

Se presente, anche la protesi dentaria deve essere quotidianamente pulita. Le labbra devono essere ammorbidite frequentemente con sostanze specifiche (burro-cacao, olio di vaselina, miele rosato che può essere applicato anche all'interno della bocca per evitare la secchezza delle mucose).

COME SI FA LA NUTRIZIONE PARENTERALE?

La nutrizione parenterale si attua tramite catetere, un sottile tubicino morbido (in silicone o poliuretano), che il medico, in ospedale, introduce attraverso una vena di grandi dimensioni (prevalentemente vena giugulare interna, posta a lato del collo, o vena succlavia, posta dietro la clavicola) spingendolo fino in prossimità del cuore (catetere venoso centrale). Il grande flusso di sangue presente a questo livello provoca una immediata diluizione delle sostanze introdotte che, essendo molto concentrate, se venissero somministrate attraverso una vena periferica (per es. del braccio), risulterebbero fortemente irritanti.

Attraverso il catetere si possono introdurre:

- soluzioni nutrizionali
- soluzioni idratanti
- farmaci.

CATETERI VENOSI CENTRALI

Esistono diversi tipi di catetere venoso centrale. In base al tragitto che il catetere compie prima di essere accessibile dall'esterno, ne distinguiamo sostanzialmente tre:

BIBLIOGRAFIA

Delibera della Giunta Regionale del Veneto n° 2634 del 1999 "Approvazione di Linee Guida sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare

Linee guida SIMPE per la Nutrizione Entrale Ospedaliera. Wichig Editore Milano.2002

Sinodi O, Nursing del paziente in Nutrizione Entrale. RIMPE 2003, Anno 21(2):71-77.

Linee guida SIMPE per l'impiego della Nutrizione parenterale ed Entrale nei pazienti adulti a domicilio. Rivista italiana di Nutrizione Parenterale ed Entrale 1988; 16(s-3).

Linee Guida sulla nutrizione Artificiale Domiciliare a cura del Gruppo di L. dell'ASSR per la predisposizione di "Linee Guida sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare"

Revisione Ultima 20 Agosto 2006

Dossier Infad "Sondino Nasogastrico"

ASL N 2 Savonese Ospedale S. Paolo: Opuscolo sulla Guida Pratica Nutrizione Entrale (approvato il 14-04-2005)

- **catetere esterno:** esce dalla pelle in corrispondenza del punto in cui si inserisce nella vena. L'estremità esterna del catetere è chiusa da un tappino
- **catetere tunnellizzato (parzialmente impiantato):** esce dalla cute dopo aver percorso un tratto sotto la pelle (apprezzabile al tatto). Questa metodica garantisce una maggiore protezione del catetere dalle infezioni. Dalla cute esce un tubicino, anch'esso chiuso da un tappino come il catetere esterno
- **catetere totalmente impiantato (Port):** rimane sotto la cute e termina in un piccolo serbatoio, anch'esso posizionato sotto la pelle, dotato di una membrana perforabile. Di norma viene posizionato nella parte alta del torace.

CHE COSA OCCORRE SAPERE SULLE SOLUZIONI NUTRIZIONALI?

Le confezioni

Le soluzioni che vengono utilizzate per la nutrizione parenterale sono contenute in sacche della capienza di 1 litro, 1.5 litri o 2 litri. Queste sacche (prodotte industrialmente) all'interno sono separate in 2 o 3 compartimenti in ognuno dei quali è contenuto un tipo diverso di prodotto. Tale caratteristica permette di conservare meglio le soluzioni nutritive. Al momento della somministrazione le intercapedini che separano i diversi settori devono essere rotte, schiacciando o arrotolando delicatamente la sacca, in modo da miscelare i diversi componenti.

Come si conservano le sacche

- È necessario conservare le sacche in un ambiente pulito, al riparo dalla luce, da fonti di calore e dall'umidità. In estate la temperatura ambientale non deve superare i 25°
- controllare sempre la data di scadenza prima dell'uso
- la sacca, una volta che i setti che separano i diversi compartimenti vengono "rotti" va utilizzata entro le 24 ore; trascorso questo tempo gettare l'eventuale rimanenza
- usare la sacca solo se la soluzione è limpida ed il confezionamento è integro
- in caso di dubbi sul corretto stato di conservazione della soluzione si consiglia di non utilizzarla.

COME SI SOMMINISTRANO LE SOLUZIONI NUTRIZIONALI?

Le soluzioni nutrizionali possono essere somministrate nei seguenti modi:

- **con pompa:** i nutrienti sono infusi tramite pompa, in forma continua nelle 24 ore o ciclica (la somministrazione avviene in 12-15 ore)
- **con sistema "a caduta"** (goccia a goccia per gravità): mediante l'applicazione di un regolatore di flusso nella linea d'infusione. Questo dispositivo regola la velocità d'infusione attraverso una piccola rotella ove è indicata, in millilitri/ora, la velocità di somministrazione.

CHE COSA OCCORRE SAPERE SULLA POMPA

La pompa è un'apparecchiatura elettronica che consente di somministrare con regolarità e precisione il flusso della soluzione. È dotata di una batteria che garantisce il funzionamento anche in caso di assenza di corrente. Presenta allarmi visivi e sonori che si attivano in caso di:

- termine della soluzione
- deflussore piegato che impedisce il normale deflusso della soluzione
- presenza di aria nel deflussore
- sospensione dell'energia elettrica.

Il personale infermieristico, al momento della consegna della pompa, provvederà ad addestrare un familiare a:

- programmare la pompa (quantità di soluzione da somministrare e velocità di somministrazione in millilitri/ora)
- inserire il deflussore nella sacca
- collegare il deflussore alla pompa
- riempire il deflussore con la soluzione eliminando l'aria contenuta
- collegare il deflussore al catetere
- avviare la pompa
- metterla in pausa all'occorrenza
- leggere le informazioni che appaiono sul display
- conoscere i motivi principali per cui la pompa può andare in allarme e saper intervenire per la risoluzione del problema.

In caso di necessità sarà comunque possibile contattare l'infermiere o il medico curante per una consulenza e/o un accesso a domicilio.

La pompa deve essere mantenuta pulita rimuovendo quotidianamente la polvere con un panno umido. Trattandosi di un'apparecchiatura elettrica non deve essere immersa in liquidi.

PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DELLA SOLUZIONE NELLA NUTRIZIONE PARENTERALE

Materiale necessario per la somministrazione:

- sacca nutrizionale
- kit completo per la predisposizione della sacca all'infusione
- pompa
- piantana di supporto per la pompa e per la miscela nutritiva
- camice monouso con polsini elastici, cuffia, mascherina, guanti sterili
- garze sterili
- cerotto a nastro
- disinfettante iodio povidone al 10%.

CONTROLLI DA EFFETTUARE PRIMA DI INFONDERE I NUTRIENTI

- Controllare la limpidezza del contenuto della sacca e l'integrità dell'involucro
- verificare la data di scadenza del prodotto
- controllare che la confezione del deflussore sia integra e verificare la data di scadenza
- assicurarsi che la soluzione nutritiva sia a temperatura ambiente prima di rompere le membrane di separazione.

NORME IGIENICHE GENERALI PER EFFETTUARE UNA CORRETTA NUTRIZIONE PARENTERALE

Per prevenire complicanze e infezioni alla persona nutrita tramite catetere venoso centrale è indispensabile garantire la sterilità delle soluzioni e del materiale utilizzato. Pertanto, prima di procedere alla somministrazione

delle soluzioni nutritive sono necessari alcuni accorgimenti:

Preparazione dell'ambiente di lavoro

L'ambiente nel quale si preparano le sacche deve essere pulito. Predisporre una buona illuminazione, mettere a portata di mano un contenitore per rifiuti, allontanare altre persone, chiudere porte e finestre per evitare correnti di aria ed evitare ventilatori accesi nei pressi della zona di lavoro.

Che cosa occorre:

- piano di lavoro pulito
- acqua calda
- sapone liquido
- salviette di carta o carta assorbente da cucina
- soluzione disinfettante per superfici
- telino sterile.

È importante preparare il piano di lavoro vicino al luogo di somministrazione dell'infusione: il tavolo va lavato con acqua calda e sapone, e asciugato accuratamente servendosi di carta assorbente da cucina (vanno evitate le spugnette perché rappresentano un possibile ricettacolo di germi). Versare poi della soluzione disinfettante su una salvietta di carta pulita e disinfettare la superficie del piano di lavoro lasciandolo asciugare all'aria. Posizionare infine il telino sterile sulla superficie.

Lavare le mani con tecnica antisettica (vedere scheda "Il lavaggio delle mani"). Si ricorda che dopo aver indossato i guanti sterili, non deve essere toccato niente al di fuori delle confezioni dei materiali da impiegare ed il piano di lavoro (se si tocca altro è necessario sostituire i guanti).

ATTENZIONE: Per manipolare prodotti sterili bisogna usare una tecnica asettica, cioè di protezione da qualsiasi tipo di contaminazione con germi. Per questo motivo le mani devono essere lavate con una speciale tecnica prima di indossare i guanti sterili. Non bisogna tossire, starnutire o parlare rivolti verso gli oggetti sterili (anche le goccioline di saliva sono fonte di trasmissione di germi).

Predisposizione della sacca per l'infusione

Le procedure per la preparazione della sacca e per la preparazione dell'infusione saranno spiegate dagli operatori incaricati di seguire l'assistito. L'informazione sarà accompagnata da un opuscolo informativo che sarà lasciato al domicilio.

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI E CONTROLLO DELLA MEDICAZIONE

Considerato che il catetere venoso centrale giunge direttamente al cuore è fondamentale mettere in atto tutti gli accorgimenti utili a prevenire infezioni del punto di inserzione (punto in cui il catetere entra nella pelle) e contaminazioni del catetere stesso durante le manovre che ne richiedono la manipolazione. Per questo motivo tutte le operazioni che vengono eseguite sul catetere devono rispettare il principio della sterilità.

È altrettanto importante controllare quotidianamente la medicazione del catetere per identificare precocemente segni di infezione che dovranno tempestivamente essere segnalati al medico o all'infermiere delle cure domiciliari.

PROCEDURA PER L'ISPEZIONE DEL CATETERE VENOSO

Quando	<ul style="list-style-type: none"> • tutti i giorni
Perché	<ul style="list-style-type: none"> • l'ispezione sistematica è importante perché possono essere attuati interventi immediati quando si individuano segni e/o sintomi di sospetta infezione
Da chi viene eseguita	<ul style="list-style-type: none"> • assistito o familiare di riferimento
Come viene eseguita	<ul style="list-style-type: none"> • lavare accuratamente le mani <p>In presenza di medicazione trasparente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osservare lo stato della medicazione: vedere se è bagnata, staccata o altro • osservare il punto dove il catetere si inserisce nella pelle e verificare se sono presenti arrossamento, bruciore, sangue, tumefazione, pus (liquido viscoso giallo-verdastro), fuoriuscita di liquidi • con un dito premere leggermente il punto di ingresso del catetere nella cute attraverso la medicazione intatta per evidenziare dolore o secrezione <p>In presenza di medicazione con garza e cerotto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osservare lo stato di medicazione: verificare se si presenta bagnata staccata o altro • con un dito premere il punto di ingresso del catetere nella cute, attraverso la medicazione intatta per evidenziare dolore
Che cosa fare a fine ispezione	<p>RIFERIRE IMMEDIATAMENTE AL MEDICO O ALL'INFERMIERE</p> <ul style="list-style-type: none"> • qualsiasi modificazione del sito del catetere o qualsiasi situazione anomala

BIBLIOGRAFIA

C. Ponzio, L. Da Ros *Gestione del catetere venoso centrale*. Dossier InFad- anno 2, n. 19 marzo 2007
Azienda per i Servizi Sanitari n°5 "Bassa Friulana", Guida pratica per la gestione del paziente in nutrizione parenterale a domicilio

La persona con enterostomia

Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso



L'ASSISTENZA ALLA PERSONA CON ENTEROSTOMIA

CHE COSA È UNA STOMIA?

Il termine **stomia** deriva dal greco "stòma" e significa apertura. Nel linguaggio medico, quando l'apertura riguarda il collegamento di un tratto dell'intestino con l'esterno, prende il nome di enterostomia [Fig. 1].

Fig. 1 esempio di enterostomia



L'**enterostomia** viene effettuata con un intervento chirurgico in presenza di malattie quali:

- malattie infiammatorie
- malattie tumorali
- altre patologie (traumi dell'intestino, perforazione del colon).

L'intestino è l'ultima parte dell'apparato digerente [Fig. 2]. Si presenta come un tubo di diametro variabile con pareti flessibili, ripiegato più volte su se stesso. La sua funzione è quella di assorbire le sostanze nutritive introdotte con gli alimenti e di eliminare le scorie.

L'intestino è diviso in due parti principali, **intestino tenue** (costituito da più tratti chiamati duodeno, digiuno e ileo) e **intestino crasso** (che comprende cieco, colon, sigma e retto). La lunghezza complessiva è di circa 9 metri.

In base al tratto intestinale interessato dall'enterostomia distinguiamo:

- **ileostomia**: è l'aboccamento alla parete addominale solitamente dell'ultima o delle ultime anse ileali
- **ciecostomia**: è l'aboccamento dell'intestino cieco alla parete addominale
- **colostomia**: è l'aboccamento del colon alla parete addominale.

Durata dell'enterostomia

In base alla causa che ha reso necessario effettuare l'enterostomia, questa può essere:

- **temporanea**: quando la stomia è limitata nel tempo (1-4 mesi). Lo scopo è quello di mettere a riposo una parte dell'intestino per un periodo transitorio. Viene effettuata nei casi di lesioni infiammatorie o traumatiche dell'ultimo tratto dell'intestino
- **definitiva**: quando la stomia permane per tutta la vita. Viene fatta, per esempio, in casi di tumori che occludono l'intestino e non sono asportabili.

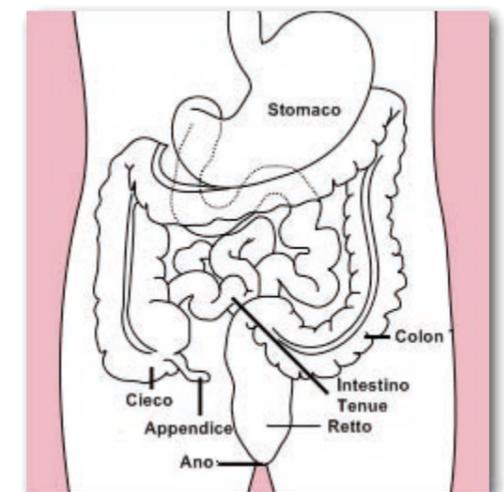


Fig. 2 anatomia dell'intestino

Vivere con una stomia

La persona con stomia si trova costretta ad imparare a controllare le proprie funzioni fisiologiche con modalità totalmente diverse e con l'ausilio di protesi esterne. Le feci non sono più trattenibili, ma confluiscono liberamente in un sacchetto posizionato sull'addome, che normalmente funziona bene, sempre meglio anche grazie alle nuove tecnologie. Questo sacchetto può staccarsi, rompersi, può non essere collocato bene e creare fastidio o dolore, può gonfiarsi e vedersi sotto i vestiti, può fare rumore, ma soprattutto può fare molta paura se non lo si sa gestire adeguatamente.

È importante conoscere la propria stomia e il perché sia stata posizionata. Ciò consente di accettarla come una nuova condizione, alla quale è necessario adattarsi perché produce una modificazione della propria immagine corporea, ma permette di riacquistare la salute e la possibilità di una vita "normale".

Avere una stomia significa, quindi, avere una situazione anatomica diversa, ma gestibile, che non pregiudica la vita di relazione.

L'igiene e la cura della stomia (stoma care)

Poiché la stomia non è una ferita, ma l'abocciamento di un tratto dell'intestino, che non è sterile, non occorrono per l'igiene materiali sterili ma solo puliti. È indispensabile che la persona stomizzata e/o un suo familiare siano stati addestrati alla gestione della stomia in ospedale, prima della dimissione.

Una volta a casa, qualora ve ne sia la necessità, è possibile avere il supporto dell'infermiere dell'assistenza domiciliare.

Scelta del sistema di raccolta e degli eventuali accessori

Si definisce **sistema di raccolta** il dispositivo che permette la raccolta delle feci in un sacchetto che può essere facilmente rimosso ed eliminato.

I sistemi di raccolta possono essere:

- **monopezzo**: il sacchetto di raccolta e la placca adesiva sono un unico pezzo
- **due pezzi**: composto da placca adesiva e sacchetto di raccolta separati

I sistemi di raccolta in commercio sono numerosi e differenti, è importante scegliere quello giusto per le singole situazioni perché questo aspetto incide sulla qualità di vita della persona. Trattandosi di una scelta delicata ed importante, deve essere concordata e sperimentata prima della dimissione con l'equipe che ha confezionato la stomia o con gli operatori che hanno seguito la persona in ambulatorio.

Oltre al sistema di raccolta, spesso diventano fondamentali alcuni accessori che rendono più efficace e sicura la gestione delle stomie; anche questi devono essere concordati e sperimentati con l'equipe che segue la persona in ospedale, ambulatorio, territorio.

Tra questi troviamo:

- **pasta protettiva**: protegge la pelle e si utilizza soprattutto in presenza di irregolarità della cute, cicatrici, piaghe. Per applicare la pasta, la pelle deve essere asciutta e pulita. Si distribuisce su un dito, precedentemente inumidito, una piccola quantità di pasta, applicandola in modo omogeneo intorno allo stoma. Dopo un minuto può essere applicato il dispositivo di raccolta
- **polvere protettiva**: viene utilizzata in caso di lesioni umide, perché assicura un corretto assorbimento e mantiene la cute asciutta, garantendo la tenuta della placca. Può essere utilizzata anche in abbinamento con la pasta, in questo caso deve essere applicata prima della pasta
- **placca per stomie introflesse**: ha una forma capace di esercitare una maggiore pressione sulla pelle e in questo modo la stomia entra nel foro e vi rimane saldamente inserita.

IL CAMBIO DEL SISTEMA DI RACCOLTA

Materiale occorrente [fig. 3]:

- contenitore per rifiuti
- sistema di raccolta monopezzo o due pezzi
- acqua tiepida
- sapone neutro
- panno carta o garze non sterili
- forbici
- calibratore di stomia
- guanti monouso.



Fig. 3 materiale per il cambio della sacca di raccolta

Come si esegue?

1. assumere la posizione sdraiata o semiseduta;
2. rimuovere il sistema di raccolta (placca e sacchetto) dall'alto verso il basso, tendendo ed umidificando la cute peristomale (vicina allo stoma) per facilitare la rimozione della placca precedente [fig. 4];
3. tamponare con una garza lo stoma;
4. detergere la cute vicino allo stoma con acqua e sapone [fig. 5];
5. effettuare la detersione con movimenti circolari dall'esterno verso la stomia;
6. asciugare la cute tamponando con garza o panno carta [fig. 6];
7. misurare il diametro della stomia con il calibratore, (manovre necessaria solo per le prime volte);
8. ritagliare il foro della placca delle stesse dimensioni della stomia [fig. 7];
9. scaldare la placca tra le mani, accostare il bordo inferiore del foro della placca al bordo inferiore della stomia;
10. completare l'adesione della placca dal basso verso l'alto [fig. 8];
11. in caso di sistema a 2 pezzi (placca e sacca) si deve agganciare la sacca alla placca;
12. eliminare i rifiuti.



Fig. 4 come staccare la placca



Fig. 5 detersione della cute vicina allo stoma



Fig. 6 asciugatura della cute



Fig. 7 adeguamento del foro della placca alle dimensioni della stomia



Fig. 8 applicazione della placca

Consigli alimentari

Normalmente non è necessario seguire una dieta, ma possono essere utili alcune attenzioni per adeguare la propria alimentazione alla condizione attuale e mantenere un buon equilibrio psico-fisico. In alcuni casi particolari la dieta può essere prevista ma deve essere prescritta dal personale specializzato. In base alla tipologia di stomia che è stata confezionata riportiamo le indicazioni alimentari principali.

Consigli alimentari per colostomizzati:

- masticare bene e lentamente
- gli orari dei pasti dovrebbero essere regolari
- è consigliabile non mangiare eccessivamente, ma adottare l'abitudine di fare piccoli pasti, facendo spuntini leggeri tra i pasti principali, per facilitare la digestione ed evitare che si formino gas nell'intestino vuoto
- non è necessario cambiare drasticamente le proprie abitudini, ma è consigliabile che gli alimenti vengano introdotti poco alla volta per valutare che effetti producono sulla digestione e sull'evacuazione
- alcuni cibi possono provocare aria nell'intestino: i cavoli, le spezie, la frutta secca, i superalcolici, le bevande gassate, i legumi con buccia, il pesce fritto e la gomma da masticare
- alcuni cibi possono provocare cattivi odori: l'aglio, le uova, la cipolla, il porro, il melone, il pesce, i funghi, i legumi, spezie
- altri cibi possono accelerare la motilità intestinale: alcolici, bevande gassate, latte intero e formaggi, dolci, brodo di carne, cibi fritti, carni grasse, caffè, nicotina
- è bene introdurre almeno 1.5/2 litri di liquidi al giorno (acqua, brodo, tisane)
- è consigliabile mantenere il più possibile un peso costante.

Consigli alimentari per ileostomizzati

Valgono gli stessi consigli dati per i colostomizzati, ai quali si aggiungono:

- evitare l'assunzione di cibi troppo caldi o troppo freddi perché possono aumentare la peristalsi intestinale (movimento) ed avere una evacuazione immediata
- le verdure devono essere centrifugate ed eventualmente filtrate; la frutta deve essere centrifugata o spremuta ed eventualmente filtrata, per facilitarne l'assorbimento ed evitare l'introduzione di fibre
- vanno banditi dalla dieta: grassi animali troppo cotti, cibi fritti, panna, cioccolato, carni grasse, alcuni salumi (lardo e simili), formaggi grassi, pesci grassi e affumicati
- i gelati, in quanto omogeneizzati, possono essere assunti con moderazione, così come il vino (in misura massima di 250cc, dando la preferenza a vini fermi)
- è preferibile cuocere i cibi con le modalità che richiedono il minor utilizzo di grassi: alla griglia, al forno, al vapore
- è importante introdurre almeno 2 litri di liquidi al giorno (acqua, brodo, tisane, ecc.)
- è consigliabile mantenere il più possibile un peso costante.

Abbigliamento, cura di sé e attività della vita quotidiana

- È meglio utilizzare un abbigliamento comodo, con vestiti non troppo stretti
- è preferibile usare le bretelle piuttosto che la cintura
- il bagno e la doccia possono essere fatti senza alcun problema; la sostituzione del sistema di raccolta va fatta successivamente
- ogni tipo di attività fisica (sportiva, lavorativa, ecc.) è possibile, escludendo quelle che potrebbero provocare traumi a carico della stomia.

BIBLIOGRAFIA

Gruppo di ricerca "Mosè le tavole" *Gli strumenti operativi per l'assistenza in stomaterapia* AIOSS/Hollister, 2003

D. Maculotti, L. Bertocelli *Principi alimentari e indicazioni dietetiche nel paziente portatore di ileostomia*. AIOSS, 2005

T. Porrete, A. McGrath *La persona stomizzata – Assistenza cura e riabilitazione*. Edizione italiana a cura di S. Pizzi e G. Muttillo, McGrawHill, 2006

R. Zanotti AIOSS *Coloproctologia, stomia e incontinenza – Diagnosi infermieristica e percorsi di assistenza*. Carocci Faber, 2006

La persona con insufficienza renale cronica

L'INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso



LA FUNZIONE DEI RENI

I reni sono due organi di forma simile ad un fagiolo, lunghi circa 12 cm e larghi 6, posti nella regione lombare ai lati della colonna vertebrale.

Il compito principale dei reni è quello di **filtrare il sangue per eliminare nell'urina scorie, sali ed acqua nella quantità necessaria**.

Tra le sostanze eliminate dal rene ricordiamo quelle che contengono azoto (urea, creatinina e acido urico), il sodio, il potassio, gli acidi e molti farmaci.

Ogni rene contiene circa un milione di piccole unità funzionali (nefroni) composte da un glomerulo ed un tubulo. Il glomerulo è formato da una matassa di vasi sanguigni che filtrano il sangue formando un liquido chiamato pre-urina che scorre poi dentro il tubulo.

Questo tubo lungo e sottile riassume le sostanze utili e buona parte dell'acqua contenuta nella pre-urina e la trasforma nell'urina vera e propria.

L'urina prodotta da tutti i tubuli del rene viene versata nella pelvi renale, entra nell'uretere e si raccoglie nella vescica da cui poi viene eliminata all'esterno con la minzione.

I reni **producono anche alcuni importanti ormoni**:

- la forma attiva della vitamina D che regola l'assorbimento del calcio dall'intestino e ne favorisce la deposizione nell'osso;
- l'eritropoietina che stimola la produzione dei globuli rossi;
- la renina ed altre sostanze che contribuiscono a regolare la pressione arteriosa.

L'INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

Tutte le strutture che compongono i reni possono essere colpite da malattie che, in un tempo più o meno lungo, ne danneggiano la funzione, riducendo sia la capacità di eliminare normalmente scorie, sali ed acqua che quella di produrre ormoni. Molto spesso sono la pressione arteriosa elevata (ipertensione) o il diabete a danneggiare i reni, ma ci sono anche malattie che colpiscono esclusivamente i reni (ad es. le glomerulonefriti) o le vie urinarie (ad es. la calcolosi) e le malattie ereditarie (ad es. la malattia renale policistica).

Alcune malattie renali possono manifestarsi con alterazioni visibili come:

- l'urina rossa o color coca-cola per la presenza di sangue (ematuria)
- il gonfiore (edema) o la difficoltà di respirare per la ritenzione di liquidi
- il pallore per l'anemia.

Spesso, però, gli unici segni di malattia sono costituiti dall'aumento della pressione arteriosa e/o da alterazioni delle analisi di laboratorio:

- l'esame dell'urina può mostrare la presenza di una quantità eccessiva di proteine (proteinuria) o di sangue non visibile ad occhio nudo (microematuria)
- l'esame del sangue può mostrare l'aumento di alcune sostanze che si accumulano nell'organismo perché non vengono eliminate normalmente dai reni.

Il dato più frequente è l'aumento della creatininemia e dell'azotemia.

Ci sono malattie renali che guariscono se vengono diagnosticate e curate precocemente. Altre invece compromettono progressivamente il funzionamento dei reni.

Tuttavia, anche quando la funzione renale è già ridotta, è possibile rallentare e in alcuni casi arrestare

l'evoluzione dell'insufficienza renale con la **terapia conservativa**.

Quando i reni perdono quasi completamente la loro funzione, l'organismo "si intossica" perchè le scorie, i sali e l'acqua si accumulano e possono causare un insieme di disturbi definito "**uremia**":

- stanchezza
- nausea e/o vomito
- ipertensione
- pericardite (infiammazione della membrana che avvolge il cuore)
- edema polmonare (presenza di liquido nei polmoni)
- alterazioni del ritmo cardiaco.

Con l'inizio tempestivo della **terapia sostitutiva della funzione renale** (dialisi e/o trapianto) è possibile evitare che insorgano o si aggravino questi disturbi che, diversamente, porterebbero a morte.

LA TERAPIA CONSERVATIVA

Quando non si può ottenere la guarigione di una malattia che compromette progressivamente la funzione renale, si può comunque rallentarne l'evoluzione e ridurre i danni causati all'organismo. È pertanto molto importante rispettare le prescrizioni del nefrologo ed eseguire con regolarità i controlli clinici e di laboratorio consigliati, anche quando la malattia si manifesta solo con alterazioni dei valori di laboratorio.

Per il resto, è generalmente possibile continuare a svolgere tutte le proprie attività, sia lavorative che di svago; solo per affrontare sforzi fisici molto intensi è importante chiedere consiglio al nefrologo.

La dieta

In corso di insufficienza renale cronica è importante attenersi a una dieta caratterizzata da:

- riduzione delle proteine e dei fosfati
- riduzione dei grassi animali
- riduzione del sodio e del potassio
- calorie in quantità adeguata.

Per ottenere un apporto adeguato di proteine e calorie è spesso necessario utilizzare alimenti preparati con farine "**aproteiche**" (pane, pasta, biscotti, ecc.) disponibili in farmacia.

Alcuni farmaci, la dieta ed il controllo ottimale della pressione arteriosa possono favorire il mantenimento di una funzione renale sufficiente a svolgere una vita normale anche per molti anni. Infatti, anche poco tessuto renale funzionante può svolgere a lungo il lavoro necessario all'organismo. In alcuni casi la somministrazione di **vitamina D** permette di prevenire i danni a carico dell'osso. La terapia con **eritropoietina** può correggere la frequente anemia causata dalla ridotta produzione di questo ormone.

È inoltre opportuno consultare il nefrologo prima di prendere nuovi farmaci perchè alcuni, in particolare certi antidolorifici venduti anche senza ricetta medica, possono risultare dannosi per il rene. Per altri farmaci è importante che la dose venga adattata alla ridotta capacità del rene di eliminarli dall'organismo. È importante l'abolizione del fumo. Quando la funzione renale è molto ridotta è necessario decidere, insieme al nefrologo curante, con quale tipo di terapia iniziare a sostituire la funzione dei reni malati.

I nefrologi sono concordi nel considerare la **dialisi peritoneale**, **l'emodialisi** e il trapianto renale come possibilità diverse ma strettamente integrate nel trattamento dell'insufficienza renale, che possono o devono essere adottate in momenti successivi della vita della persona secondo un programma personalizzato. La conoscenza di queste opzioni da parte della persona malata è importante per esprimere la propria preferenza e collaborare attivamente alla buona riuscita della terapia adottata.

LA TERAPIA SOSTITUTIVA

LA DIALISI

Esistono due tipi di dialisi: extracorporea e peritoneale. Con entrambe il sangue della persona intossicata dall'uremia viene pulito mettendolo a contatto, attraverso una membrana, con un liquido (soluzione di dialisi) in cui passano le scorie, i sali e l'acqua che debbono essere eliminati e dal quale vengono assunte sostanze necessarie a correggere l'eccessiva acidità del sangue.

La dialisi dovrebbe essere iniziata prima che compaiano i sintomi dell'uremia, quando la persona si sente ancora discretamente bene.

In questo modo è possibile:

- scegliere, insieme al nefrologo curante, il tipo di dialisi più adatto alle proprie condizioni cliniche ed al proprio stile di vita per iniziare la terapia sostitutiva
- concordare tempi e modi della preparazione alla dialisi e dell'inizio della nuova terapia, tenendo conto sia delle necessità cliniche che delle esigenze familiari, lavorative e sociali
- evitare il ricovero in ospedale o ridurre al minimo la durata
- ridurre il rischio di complicazioni.

La dialisi dura tutta la vita o fino a quando si effettua un trapianto renale; non cura la malattia renale, ma sostituisce la funzione depurativa dei reni.

Per sostituire la produzione di ormoni (vitamina D, eritropoietina) è quasi sempre necessario assumere anche dei medicinali. Allo stato attuale delle conoscenze mediche, l'emodialisi e la dialisi peritoneale consentono di ottenere risultati ugualmente buoni. La scelta del tipo di dialisi potrà comunque essere modificata quando le condizioni cliniche o la persona lo richiedano.

EMODIALISI

L'**emodialisi** si esegue generalmente in una **struttura sanitaria** (ospedale o clinica) con assistenza di medici ed infermieri. Alcune persone possono eseguire il trattamento presso "Centri dialisi" in cui sono assistite dagli infermieri con la supervisione periodica del medico oppure possono fare la dialisi a casa, aiutate da un "partner dialitico" (generalmente un familiare) che impara a gestire il trattamento durante un periodo di formazione di alcuni mesi presso il Centro dialisi. Il sangue viene fatto scorrere in un **filtro** che si trova al di fuori dell'organismo dove entra in contatto, attraverso una membrana artificiale, con la soluzione di dialisi. Passando nel filtro il sangue cede alla soluzione di dialisi le sostanze tossiche, i sali e l'acqua che si accumulano nell'organismo tra una seduta dialitica e l'altra. Durante la circolazione extracorporea il sangue è mantenuto fluido somministrando dei farmaci. Il trattamento viene personalizzato scegliendo il tipo di membrana e la tecnica dialitica più idonea alla persona (emodialisi standard, emodiafiltrazione, ecc).

Per preparare la soluzione dialitica, programmare il trattamento e controllarne lo svolgimento viene utilizzata un'apparecchiatura chiamata **rene artificiale**.

La seduta dialitica dura generalmente 4 ore e viene effettuata 3 volte alla settimana (lun – merc - ven oppure mart – giov - sab) a orario fisso, perchè ogni "posto dialisi" è utilizzato da più persone che si alternano.

Chi esegue la dialisi a domicilio può variare più facilmente l'orario delle sedute, d'accordo con il proprio Centro Dialisi. Durante tutta la seduta, il sangue da depurare viene prelevato e restituito alla persona attraverso un apposito "accesso vascolare" perchè una semplice vena del braccio non può fornire la quantità di sangue necessaria. L'accesso vascolare più utilizzato è una vena dell'avambraccio che riceve sangue direttamente da un'arteria vicina. La comunicazione tra l'arteria e la vena ("**fistola arterovenosa**") viene realizzata

chirurgicamente in anestesia locale, preferibilmente alcune settimane prima dell'inizio del trattamento dialitico per consentirne la "maturazione". La parete della vena si irrobustisce progressivamente e può essere punta con due aghi ad ogni seduta dialitica. Il dolore da puntura della vena è generalmente lieve e transitorio. In alcune condizioni non vi è il tempo necessario per il confezionamento della fistola oppure le arterie o le vene della persona non sono adatte perché molto esili o danneggiate. In questi casi si utilizza come accesso vascolare un catetere collocato in una grossa vena o si costruisce una fistola con un vaso sintetico. Durante la seduta emodialitica sono possibili il calo della pressione arteriosa e/o i crampi; nelle ore successive al trattamento è frequente la sensazione di stanchezza. In caso di infezione della fistola artero-venosa viene subito prescritta una cura con antibiotici e, se l'accesso vascolare è un catetere, può anche essere necessario sostituirlo. È possibile che l'accesso vascolare funzioni male o si chiuda e se ne debba preparare uno nuovo. Raramente, se manca un accesso vascolare o i trattamenti extracorporei sono molto mal tollerati, può rendersi necessario il passaggio alla dialisi peritoneale.

DIALISI PERITONEALE (DIALISI INTRACORPOREA)

La dialisi peritoneale si esegue generalmente a **casa**.

La persona malata, o un "partner dialitico", vengono istruiti in alcuni giorni (generalmente una settimana) a gestire il trattamento. Il Centro dialisi istruisce la persona che effettuerà le procedure dialitiche, prescrive e controlla la terapia, valuta l'andamento clinico e fornisce i materiali necessari. In rari casi la dialisi peritoneale viene eseguita in ospedale. La soluzione di dialisi, introdotta nella cavità peritoneale, entra in contatto con il sangue attraverso la membrana peritoneale che riveste gli organi addominali e che in questo caso viene utilizzata come un filtro. La depurazione avviene durante la sosta del liquido nella cavità peritoneale, senza dare disturbi, mentre la persona svolge le sue usuali attività. Il sangue che scorre nei vasi sanguigni della membrana peritoneale cede alla soluzione di dialisi le sostanze tossiche e i liquidi in eccesso. Il liquido di dialisi viene sostituito periodicamente (scambio) con una soluzione nuova. Questo tipo di dialisi favorisce, talora anche per anni, il mantenimento della diuresi (volume urinario).

Gli scambi si possono effettuare manualmente, cioè senza apparecchiature, 4 volte durante il giorno con una manovra che richiede 25-40 minuti (Dialisi Peritoneale Ambulatoriale Continua = **CAPD**). Gli orari degli scambi sono abbastanza flessibili e possono essere adattati alle abitudini della persona.

In alternativa, gli scambi possono essere eseguiti di notte, per 8-9 ore mentre si dorme, con l'aiuto di una semplice apparecchiatura opportunamente programmata (Dialisi Peritoneale Automatizzata = **APD**) che viene fornita dal Centro dialisi. La durata della seduta di APD viene prescritta dal medico, ma l'orario di inizio può essere variato.

La cavità addominale viene messa in comunicazione con l'esterno attraverso un catetere sottile e flessibile che si usa per immettere e far defluire la soluzione di dialisi.

Il posizionamento del catetere attraverso la parete dell'addome viene realizzato chirurgicamente in anestesia locale, preferibilmente alcune settimane prima dell'inizio del trattamento dialitico.

Il catetere resta nascosto sotto gli abiti e si utilizza solo durante le manovre dialitiche.

COMPLICANZE

In caso di infezione del punto di uscita del catetere peritoneale viene prescritta una cura a base di antibiotici e solo in alcuni casi può essere necessario sostituire il catetere.

L'infezione peritoneale (peritonite) è possibile ma poco frequente. Si viene istruiti a riconoscerne i primi segni, per comunicarli con tempestività al personale del Centro dialisi; la terapia antibiotica porta a rapida guarigione nella maggior parte dei casi.

Talora la membrana peritoneale si usura e la depurazione delle scorie o la rimozione dei liquidi diventano insufficienti, può rendersi necessario il passaggio all'emodialisi.

LA VITA IN DIALISI

La dialisi a casa

Sia l'emodialisi che la dialisi peritoneale possono essere eseguite a casa propria, ma il tipo di organizzazione necessaria è molto diverso nei due casi. L'emodialisi a domicilio è adatta soprattutto alle persone che non hanno altri importanti problemi di salute. Inoltre è una terapia complessa che richiede l'aiuto e la presenza durante le sedute di una persona adeguatamente preparata ("partner dialitico"). Generalmente il "partner dialitico" è un familiare che acquisisce le conoscenze e le competenze necessarie durante un periodo di formazione di alcuni mesi a cura del Centro dialisi. È inoltre necessario installare a casa un apposito impianto per preparare l'acqua per la dialisi.

Nella dialisi peritoneale il partner dialitico è necessario solo se la persona non può eseguire da sola le manovre dialitiche che sono semplici e richiedono alcuni giorni di apprendimento (generalmente una settimana). In CAPD la presenza del partner è necessaria solo durante la manovra di scambio; in APD è generalmente necessaria solo all'inizio ed al termine della seduta, mentre durante la seduta è sufficiente che il partner possa sentire e provvedere agli eventuali allarmi segnalati dall'apparecchiatura.

Il Centro dialisi

- Valuta l'idoneità degli ambienti
- valuta l'idoneità psicofisica della persona e dell'eventuale "partner dialitico" ad iniziare ed a proseguire il trattamento a domicilio
- stabilisce e verifica le competenze tecniche acquisite dalla persona e dall'eventuale "partner dialitico" durante il periodo di training
- verifica il corretto approntamento dell'impianto elettrico (per l'emodialisi e per la dialisi peritoneale automatizzata) e dell'impianto idraulico (per l'emodialisi)
- fornisce le apparecchiature (per l'emodialisi e per la dialisi peritoneale automatizzata)
- fornisce tutti i materiali di consumo
- esegue periodicamente i controlli clinici e di laboratorio
- assicura l'assistenza telefonica per la risoluzione di eventuali problemi clinici e tecnici
- assicura la gestione delle eventuali complicanze
- assicura, se necessario, la prosecuzione della terapia presso il Centro
- assicura la comunicazione con il medico di medicina generale dell'assistito.

La dieta

Alimentarsi in maniera corretta è fondamentale per la buona riuscita di ogni programma di dialisi e aiuta a mantenere o a recuperare una buona condizione fisica. Nefrologo e dietista potranno consigliare una dieta personalizzata e gli alimenti da escludere o da assumere in quantità limitata. Non è comunque più necessario usare alimenti speciali (aproteici).

La dieta in corso di dialisi prevede:

- proteine in quantità normale
- potassio e fosfati in quantità ridotta
- sale e liquidi in quantità ridotta
- pochi grassi animali.

CONTENUTO DI POTASSIO NELLA FRUTTA
(mg. di potassio/100 g. di alimento)

Basso di contenuto di potassio	Medio di contenuto di potassio	Alto di contenuto di potassio	Altissimo di contenuto di potassio
Frutta TIPO 1: Pere (128) Mirtillo (65) Mele (125) Fragole (156) Cocomero (115)	Frutta TIPO 2: Ciliege (240) Lampone (100) Uva (224) Ribes (218) Prugne (208) More (199) Cachi (180) Agrumi (170-190) Ananas (160) Amarene (173)	Frutta TIPO 3: Melone (318) Albicocche (280) Kiwi (313) Fichi (257) Melagrana (259) Nespole (216)	Albicocche secche (1557) Prugne secche (810) Arachidi (684) Pinoli (628) Noci (549) Nocciole (508) Fichi secchi (389) Banane (380) Castagne (619) Mandorle (807)

CONTENUTO DI POTASSIO NELLA VERDURA
(mg. di potassio/100 g. di alimento)

Basso di contenuto di potassio	Medio di contenuto di potassio	Alto di contenuto di potassio	Altissimo di contenuto di potassio
Verdura TIPO 1: Melanzane (256) Asparagi (230) Cicoria belga (182) Cipolle, (170) Cetrioli (142)	Verdura TIPO 2: Carote (283) Pomodori (264) Rapanelli (268) Lattuga (263) Fagiolini (230) Peperoni (198) Porri (253) Pomodori pelati (250) Sedano (299) Rape (223)	Verdura TIPO 3: Cavolfiori (388) Cavolo rosso (310) Broccoli (360) Indivia (360) Zucchini (344) Finocchi (336) Cavolfiori (333) Barbabietole (320) Carciofi (374)	Funghi secchi (2000) Funghi freschi (420-486) Legumi secchi (708) Legumi freschi (470) Spinaci (564) Patate (580) Preziosello (854) Tartufo (409)

ALIMENTI VARI AD ALTO CONTENUTO DI POTASSIO
(mg. di potassio/100 g. di alimento)

Da evitare

CONTENUTO DI POTASSIO NELLE BEVANDE
(mg. di potassio/100 g. di alimento)

Bevande analcoliche	Bevande alcoliche
mg. 200 - 250 Succo di granatino (290) Succo di corno (213)	Succo di mandarino (276) Succo di pompelmo (277) Succo di arancia (213)
mg. 150 - 200 Succo di pompelmo (276) Succo di arancia (277) Succo di pompelmo (213)	Sidra (171)
mg. 100 - 150 Succo di pompelmo (276) Succo di arancia (277) Succo di pompelmo (213)	Sidra (171)
mg. 50 - 100 Succo di pompelmo (276) Succo di arancia (277) Succo di pompelmo (213)	Sidra (171)
inferiore a mg. 50 Succo di pompelmo (276) Succo di arancia (277) Succo di pompelmo (213)	Sidra (171)

CONTENUTO DI FOSFORO
(mg. di fosforo/100 g. di alimento)

Altissimo > mg. 400
Da evitare Legumi secchi (390) Prugne (540-590)
Alto mg. 300 - 400 Legumi secchi (390) Prugne (540-590)
In quantità moderata Marmite (50) Biscotti (270) Cereali (200) Cereali (250) Datteri (254) Salsicce fresche (240) Tonne (250)
Basso < mg. 200 Da assumere abitualmente Pane (11) Pasta (300) Cereali (260) Salsa gialla (130)

In dialisi peritoneale si consiglia di assumere una maggiore quantità di proteine e generalmente la scelta degli alimenti è meno limitata rispetto all'emodialisi.

Il **potassio** è presente in quasi tutti gli alimenti. Nefrologo e dietista conoscono il contenuto di potassio dei diversi alimenti e consigliano quali scegliere. Per diminuire l'assunzione di potassio si deve:

- mangiare poca frutta e poca verdura
- evitare legumi, frutta secca, banane, albicocche, brodo vegetale, cioccolato, integratori minerali e sali dietetici.

I **fosfati** sono presenti in quantità elevata negli alimenti che contengono molte proteine.

Per diminuire l'assunzione di fosfati si deve:

- bere poco latte
- evitare o ridurre latticini ed alimenti conservati con polifosfati o che contengono ortofosfati (coca-cola, spuma, ecc.).

Il lavoro

Molte persone in dialisi possono svolgere quasi tutte le normali attività e quindi lavorare a tempo pieno o parziale, andare a scuola, occuparsi della casa e della famiglia. Molte persone non interrompono il loro lavoro neppure quando iniziano il trattamento o lo riprendono al più presto. È comunque necessario conciliare l'orario di lavoro con il programma dialitico ed è utile una certa flessibilità dell'orario di lavoro.

Chi esegue l'emodialisi presso un Centro può generalmente scegliere il "turno" che meno interferisce con l'orario di lavoro. L'emodialisi viene quasi sempre eseguita tre volte alla settimana o di mattina o di pomeriggio. In alcuni centri è possibile fare la dialisi anche di sera. I "turni" però sono fissi ed occorre rispettare gli orari. Chi effettua l'emodialisi a casa è più libero di scegliere ed eventualmente variare l'orario delle sedute, ma deve comunque accordarsi con il Centro dialisi.

Il programma di dialisi peritoneale può essere impostato tenendo conto degli impegni lavorativi. Chi esegue la CAPD può effettuare uno o due scambi al giorno sul posto di lavoro, purchè disponga di uno spazio pulito ed isolato. La dialisi peritoneale automatizzata (APD) lascia le ore diurne completamente libere, tranne nei casi in cui sia utile eseguire anche uno scambio nel corso della giornata.

I rapporti con gli altri

Una buona conoscenza della propria malattia e della terapia dialitica praticata consentono di conciliare le proprie attività ed abitudini con i cambiamenti causati dalla malattia e dalla terapia. I consigli del nefrologo e degli infermieri di dialisi, insieme al supporto di familiari ed amici, favoriscono la progressiva realizzazione degli adattamenti necessari. Chi fa dialisi può svolgere una normale vita di relazione; potrà quindi andare a pranzo o a cena al ristorante o a casa di amici, assistere ad uno spettacolo, praticare uno sport a livello non agonistico, fare un viaggio o una vacanza. Il consiglio del nefrologo sarà importante per decidere se dedicarsi ad una attività sportiva e come organizzare un viaggio od una vacanza. Chi esegue l'emodialisi può prendere accordi con un altro Centro dialisi per essere "ospitato" per una o più sedute. Chi fa la peritoneale può richiedere al proprio Centro dialisi di ricevere il materiale occorrente direttamente nelle destinazioni prescelte.

Anche la vita sessuale può continuare senza cambiamenti. Il disagio per la presenza del catetere peritoneale viene solitamente superato indossando una piccola fascia.

IL TRAPIANTO RENALE

Attualmente la percentuale di successo dei trapianti è molto alta e il trapianto renale costituisce la modalità più completa di terapia sostitutiva della funzione renale; infatti corregge l'insufficienza renale meglio della dialisi perché svolge tutte le funzioni di un rene normale.

Un rene prelevato da donatore vivente o deceduto viene collocato nella parte anteriore dell'addome, lasciando nella loro sede i reni che non funzionano più.

Durante l'intervento chirurgico l'arteria e la vena del nuovo rene vengono collegate ad un'arteria e ad una vena del ricevente; il nuovo uretere viene collegato alla vescica. In alcuni casi particolari di trapianto da donatore deceduto, può essere opportuno trapiantare entrambi i reni ad una sola persona.

È necessario un attento studio con esami strumentali e di laboratorio per valutare se la persona è idonea a ricevere l'organo e se può tollerare la terapia anti-rigetto che dovrà poi proseguire nel tempo per salvaguardare l'organo trapiantato.

TRAPIANTO DA DONATORE VIVENTE

La legge italiana permette, con l'autorizzazione del giudice, il trapianto tra consanguinei (genitore, fratello, figlio, ecc.) e tra non consanguinei (coniuge, ecc.). L'eventuale donatore viene studiato per valutare la "compatibilità" con il ricevente ed escludere possibili conseguenze negative sulla sua salute o su quella del ricevente. Questo trapianto può essere effettuato anche prima che la persona malata inizi la dialisi.

TRAPIANTO DA DONATORE DECEDUTO

Il trapianto da donatore deceduto viene effettuato di norma dopo un periodo di dialisi. Il rene può essere prelevato dal cadavere a cuore battente di persone vittime di incidenti mortali o decedute per lesioni cerebrali in assenza di altre malattie. Una commissione accerta l'avvenuta "morte cerebrale" secondo criteri molto precisi fissati dalla Legge e autorizza il prelievo degli organi. Il numero di organi da donatore deceduto non è sufficiente a soddisfare tutte le richieste ed è necessario iscriversi in lista di attesa.

LA LISTA DI ATTESA

Chi è idoneo al trapianto e attende un organo da donatore deceduto deve iscriversi in lista di attesa presso un Centro autorizzato ad effettuare i trapianti e deve eseguire controlli periodici, perché la durata dell'attesa non è prevedibile. Quando è disponibile un rene da trapiantare, viene individuata tra le persone in lista di attesa quella più adatta a ricevere quell'organo in base alle caratteristiche del donatore e del ricevente ed alla "compatibilità" tra le loro cellule.

La persona selezionata viene convocata dal Centro trapianti il quale, dopo un definitivo controllo clinico di idoneità, provvede ad effettuare l'intervento.

LA VITA DOPO IL TRAPIANTO

La persona con un trapianto funzionante non deve più effettuare la dialisi e può, quindi, essere molto più libera nella gestione della propria vita.

Deve, tuttavia, sottoporsi ai controlli consigliati dal Centro trapianti ed assumere scrupolosamente tutte le medicine prescritte per evitare il rigetto dell'organo trapiantato. Infatti l'organismo riconosce come diverso il nuovo rene ed è necessario assumere farmaci che riducono la capacità di reazione del sistema immunitario, controllare spesso la regolarità del funzionamento del rene e riferire tempestivamente al neurologo l'insorgenza di qualunque problema di salute.

LE COMPLICANZE

La terapia necessaria per evitare il rigetto riduce le capacità di difesa dell'organismo contro le infezioni e, nel lungo periodo, può aumentare il rischio di sviluppare una neoplasia. Nonostante si seguano tutte le prescrizioni, può talora verificarsi un rigetto che deve essere curato con terapie più impegnative. Se la funzione del nuovo rene diventa insufficiente è necessario riprendere la dialisi e sottoporsi agli accertamenti necessari per iscriversi nuovamente in lista di attesa per un secondo trapianto.

BIBLIOGRAFIA

"La risposta all'Insufficienza Renale Cronica" di F. Caputo (Palermo) - G. Cabiddu (Cagliari) - G. d'Adamo (Roma)-A. Limido (Gallarate) - M. Lombardi (Firenze) - G. Viglino (Alba)- M. Feriani (Mestre) - V. La Milla (Lecco)- L. Manili (Brescia) - C. Rugiu (Verona) della Società Italiana di Nefrologia

ASSISTENZA ALLA PERSONA EMODIALIZZATA

Per effettuare l'emodialisi è necessaria la presenza di un accesso vascolare chiamato Fistola Artero-Venosa (FAV), che viene creato tramite intervento chirurgico sul braccio della persona.

La fistola non si vede esteriormente e rappresenta la sede da cui il sangue viene prelevato e reimmesso nell'organismo dopo la depurazione. Si predilige, se possibile, il braccio che viene meno utilizzato nella vita quotidiana.

L'emodialisi si esegue 3 volte la settimana, a giorni alterni: lunedì - mercoledì - venerdì oppure martedì - giovedì - sabato al mattino o al pomeriggio ad orari stabiliti, generalmente si effettua in una struttura sanitaria.

La durata del trattamento dialitico è di circa 4 ore a seduta.

Terminata la dialisi la persona può tornare a casa. Il braccio della FAV, solitamente, presenterà 2 medicazioni sulle sedi di bucatura della vena che verranno rimosse il giorno successivo alla dialisi.

È necessario controllare che i tamponi siano puliti: in caso di sanguinamento è importante tamponare il foro di bucatura esercitando una pressione manuale, fino all'arresto dell'emorragia; in caso contrario avvisare subito il centro dialisi.

Questo trattamento dura tutta la vita e può essere interrotto solo qualora venga effettuato un intervento di trapianto renale.

La presenza della FAV prevede il rispetto di alcune regole generali:

- controllare frequentemente la sua funzionalità (presenza del trillo) mediante il palmo della mano. (l'addestramento sarà curato dal personale sanitario del centro dialisi). Nel caso si percepisca una variazione o assenza del trillo è opportuno avvisare tempestivamente il medico nefrologo del centro di riferimento
- non misurare mai la pressione Arteriosa sull'arto della FAV
- non eseguire punture o prelievi dai vasi utilizzati per la dialisi
- non applicare fasciature strette o portare pesi
- non indossare indumenti troppo stretti che possano fare da laccio
- non dormire sul braccio della FAV
- non togliere le crosticine delle punture eseguite durante l'emodialisi
- lavare il braccio, senza timore, con acqua e sapone.

In caso di cute arrossata, dolente o calda è opportuno avvisare il medico nefrologo del centro dialisi o il reparto di Nefrologia di riferimento.

L'eparina che viene utilizzata per prevenire la coagulazione del sangue nel circuito extra corporeo utilizzato durante la dialisi, è una sostanza che resta attiva per 4-8 ore.

Per l'alto rischio di emorragia, terminata la dialisi **non** si deve:

- praticare iniezioni intramuscolari
- sottoporsi ad estrazioni dentarie
- sottoporsi ad interventi chirurgici ed indagini strumentali invasive (gastroscopia ecc.).

È inoltre necessario fare attenzione:

- nell'utilizzo di strumenti taglienti (coltelli, forbici, taglierini ecc.)
- alle cadute accidentali che potrebbero comportare formazioni di ematomi

L'ALIMENTAZIONE E IL REGIME DIETETICO

La seduta dialitica oltre a depurare il sangue, serve a ridurre i liquidi in eccesso poiché i reni perdono progressivamente la capacità di eliminarli con l'urina.

La persona quindi tenderà ad accumulare i liquidi introdotti con l'alimentazione. Per evitare l'accumulo dei liquidi, è consigliabile al proprio domicilio, utilizzare una bottiglia personale di ¾ di litro di acqua (750 ml.), che sarà la quantità giornaliera massima da bere.

Bisogna fare attenzione al fatto che l'accumulo di liquidi non avviene solamente con l'introduzione di acqua ma anche attraverso l'assunzione di bevande: the, caffè, camomilla, limonata, birra, ghiaccio ecc.

Si ricorda che un bicchiere corrisponde a circa 200 millilitri.

Anche i cibi solidi, come pasta, riso, polenta, frutta e verdura, contengono sempre una parte di acqua. Va inoltre posta attenzione all'assunzione di certi alimenti per le sostanze che contengono, ad esempio: potassio, fosforo, calcio ecc.

Il potassio

Il potassio è un sale minerale contenuto nella quasi totalità degli alimenti (soprattutto frutta e verdura) e delle bevande. Ha un ruolo importante nello svolgimento dell'attività cardiaca (regola i battiti cardiaci). Se il contenuto di potassio è superiore o inferiore ai valori normali, possono verificarsi conseguenze anche mortali. Le persone in trattamento dialitico devono assolutamente controllarne l'assunzione per evitare conseguenze acute ed improvvise quali l'iperpotassiemia (potassio elevato). I segni premonitori sono: debolezza muscolare, disturbi del ritmo cardiaco e formicolii, sintomi da non sottovalutare.

Il fosforo

Il fosforo è un sale minerale che svolge importanti funzioni per le ossa. Anche il fosforo, normalmente eliminato dal rene, se si accumula nel sangue può determinare gravi ed invalidanti conseguenze a livello delle ossa e calcificazioni a carico dei vasi arteriosi.

Per mantenere un adeguato dosaggio del fosforo occorre intervenire sia con la dieta che con i farmaci.

Gli alimenti di origine animale più ricchi di fosforo sono: latte, formaggi, carni, salumi, uova ed alcuni tipi di pesce. È importante sapere che anche la Coca Cola è una bevanda ricca di fosforo.

Il calcio

Il calcio e il fosforo sono mattoni di costruzione delle ossa. In caso di insufficienza renale il calcio passa dalle ossa al sangue causando l'indebolimento delle ossa stesse. Per evitare che ciò avvenga è spesso necessario somministrare calcio con la terapia per bocca.

La terapia

Essere dializzato non significa solamente sottoporsi alle sedute dialitiche programmate, ma anche modificare il proprio stile di vita attraverso l'adattamento delle abitudini alimentari e l'assunzione di farmaci. Tra i farmaci più comuni abbiamo il ferro e l'eritropoietina, che servono per correggere l'anemia (carenza di globuli rossi e di ferro).

Sono somministrati per via endovenosa o sottocutanea a fine dialisi. I farmaci antiipertensivi (per correggere la pressione elevata del sangue) vanno spesso mantenuti durante la dialisi e modificati secondo i valori della pressione arteriosa, che può variare anche in relazione alle oscillazioni del peso corporeo.

Sarà cura del medico fornire tutte le indicazioni al riguardo. La vitamina D per rinforzare le ossa, può essere somministrata per via orale o endovenosa. In alcuni casi può essere necessaria la somministrazione di altre vitamine.

LE COMPLICANZE

Le complicanze più comuni che possono insorgere durante la dialisi o subito dopo sono:

- ipotensione: ossia diminuzione della pressione arteriosa. Si riconosce da: cute pallida, frequenti sbadigli, sudorazione, malessere, nausea. Ai primi sintomi coricare la persona con gli arti inferiori sollevati, controllare la pressione arteriosa ed avvisare il medico
- crampi, contrazioni muscolari dolorose che si presentano soprattutto agli arti inferiori. I rimedi sono: eseguire dei massaggi per rilasciare la muscolatura o quando possibile appoggiare la gamba tesa sul pavimento e far pressione con tutto il corpo su di essa determinando l'allungamento del muscolo contratto
- sanguinamento dal punto di inserzione degli aghi sulla FAV. In questo caso bisogna liberare l'arto dagli indumenti per individuare il punto esatto della perdita. Si esegue una compressione sul foro cercando di esercitare un'adeguata pressione
- complicanze che possono insorgere tra una dialisi e la sua successiva sono: iperpotassiemia, edema polmonare acuto, aritmie cardiache, crisi ipertensiva.

La persona malata di cancro

CHE COSA È IL CANCRO?

Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso



È molto complesso rispondere a questa domanda. In effetti non si può parlare di un'unica malattia chiamata cancro, ma di diversi tipi di malattie, che hanno cause diverse e distinte, che colpiscono organi e tessuti differenti e che richiedono quindi esami e terapie particolari.

Si può dire che ad un certo punto, una cellula dell'organismo "impazzisce" perde alcune sue proprietà, ne acquisisce altre e comincia a moltiplicarsi al di fuori di ogni regola.

Perché le cellule "impazziscono"?

Nella stragrande maggioranza dei tumori, le alterazioni che sono responsabili della malattia sono determinate da **cause ambientali**. L'esposizione prolungata ad agenti come il fumo di sigaretta, l'amianto, alcune sostanze sviluppate dalla combustione del petrolio o del carbone, l'alcool, una dieta squilibrata, i raggi ultravioletti del sole, le sostanze chimiche a cui possono essere sottoposti i lavoratori in certi processi industriali o in agricoltura, possono sommarsi ad una "**predisposizione genetica**" cioè ad una predisposizione già presente nelle cellule dell'individuo, fino a riprodurre una cellula anomala a cui consegue lo sviluppo della malattia.

Quanti tipi di cancro esistono?

Tra le malattie tumorali di origine maligna si distinguono i tumori solidi e i tumori sistemici.

I tumori solidi si sviluppano dalle cellule di un organo, formano una massa e, all'inizio della malattia, rimangono circoscritti all'organo di origine. Esempi di tumori solidi sono il cancro del seno, il cancro del polmone, quello del rene o il melanoma (della pelle).

Si stima che il 95% di tutti i tumori maligni sia di natura solida.

I tumori sistemici maligni comprendono le leucemie e i linfomi. Prendono origine dal sangue o dal sistema linfatico, presenti in tutto il corpo. Quindi, non è interessato solo un organo, ma tutto l'organismo.

Costituiscono il 5% del totale dei tumori maligni.

Come si interviene quando si scopre di avere questa malattia?

Esistono diverse possibilità per trattare il cancro. In genere si ricorre a interventi chirurgici, chemioterapia, radioterapia, ecc.

L'intervento chirurgico: la maggior parte dei malati di cancro viene sottoposta ad intervento chirurgico; l'obiettivo dell'operazione è di eliminare il tumore il più completamente possibile.

La radioterapia: raggi carichi d'energia vengono indirizzati sul tumore. Questi raggi danneggiano il materiale genetico delle cellule neoplastiche (tumorali), che non possono moltiplicarsi e muoiono.

La chemioterapia: consiste nella somministrazione di farmaci che ostacolano la crescita delle cellule neoplastiche o addirittura le distruggono. Generalmente vengono iniettati o somministrati tramite fleboclisi. Molto spesso queste terapie possono essere utilizzate in forma associata, cioè insieme.

Quali sono le necessità di una persona malata di cancro?

Il dolore, la stanchezza o astenia, la modifica dell'aspetto fisico dovuto alle terapie, le difficoltà di alimentazione, la diarrea, sono solo alcuni dei problemi che interessano i malati di cancro.

Ciò nonostante alcuni accorgimenti, possono permettere di offrire un valido aiuto e sostegno alla persona e ai famigliari.

LA STANCHEZZA

La stanchezza cronica di solito ha molteplici cause: il tumore stesso, le terapie o gli effetti collaterali quali dolore, anemia (carenza di globuli rossi), difficoltà ad alimentarsi, nausea, inappetenza o anche stress psichico. Questo tipo di stanchezza non ha niente a che vedere con la stanchezza che si prova alla fine di una giornata di lavoro o dopo un'attività particolarmente faticosa; è uno stato permanente di spossatezza che non migliora con il sonno. Compromette la gioia di vivere, la quotidianità e perfino le relazioni con parenti e amici.

Conseguenze tipiche sono:

- enorme affaticamento anche nell'eseguire i lavori più semplici
- mancanza di energie, di forze
- difficoltà a concentrarsi, elaborare pensieri complessi, leggere un testo o seguire il filo di una conversazione
- capogiri
- incapacità di dormire malgrado la stanchezza
- irritabilità, nervosismo, tristezza, bisogno di piangere, depressione.

Per intervenire in modo corretto è necessario conoscere le cause della stanchezza.

Per questo motivo è importante informare il medico quando si presenta questo problema.

Alcuni suggerimenti che possono essere d'aiuto

È importante cercare di organizzare la giornata in modo da non impegnare la persona al di sopra delle proprie possibilità:

- evitare sforzi importanti e prevedere lunghe e frequenti pause di riposo
- fare regolari passeggiate all'aria aperta, se le condizioni generali lo consentono
- rispettare gli orari per il sonno: un breve sonnello pomeridiano può essere benefico, mentre lunghe dormite durante il giorno possono nuocere al riposo notturno
- introdurre una corretta quantità di liquidi, in quanto anche la disidratazione può aumentare l'affaticamento
- evitare di assumere caffè o alcolici di sera, in quanto possono disturbare il sonno
- stimolare la persona a parlare del suo problema.

IL DOLORE

L'esperienza del dolore è individuale, diversa per ogni persona e quindi è impossibile capire davvero i dolori di un'altra persona.

Per questi motivi è difficile riuscire a definire che cosa è il dolore.

La definizione che maggiormente viene utilizzata è comunque quella di **una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno dei tessuti del nostro organismo.**

Per esperienza sensoriale intendiamo il meccanismo fisiologico del dolore, cioè la risposta del nostro organismo ad un insulto, per emotiva intendiamo la condizione psichica, che consente di tollerare, chi più e chi meno, la presenza del dolore (soglia del dolore).

La percezione dell'intensità del dolore non è proporzionale al tipo o all'estensione del danno ai tessuti ma dipende da una interazione tra fattori fisici, psicologici, culturali e spirituali.

Quali sono le cause del dolore?

Il dolore della persona malata di cancro può essere acuto o cronico. Rappresenta un problema molto frequente e di grande importanza, in quanto, se non trattato, compromette in modo significativo la qualità della vita.

I dolori acuti, come nel caso del mal di denti, hanno una funzione importante: mettono in guardia l'organismo consentendo di intervenire in tempi brevi e prevenire danni dei tessuti. Sono solitamente di breve durata, la causa è conosciuta, scompaiono con la risoluzione del problema che li ha originati e rispondono alle terapie con analgesici.

I dolori cronici hanno invece una durata molto lunga, tanto che chi ne soffre non ricorda nemmeno quando sono iniziati. Non hanno la funzione di mettere in allarme, possono essere di diversa intensità, ma a causa della durata, provocano profonde modificazioni della personalità e dello stile di vita.

In caso di cancro il dolore può avere diverse origini. In realtà non esistono dolori tumorali in senso stretto, poiché non è il tumore che duole, ma i suoi effetti sui tessuti circostanti.

Esistono:

dolori provocati direttamente dal tumore quando:

- colpisce le ossa
- esercita una pressione sui nervi
- interessa alcuni organi

dolori provocati indirettamente dal tumore quando:

- causa infiammazioni
- causa fratture
- blocca organi cavi (vescica)

dolori a seguito di complicazioni:

- infezioni
- difetti nella coagulazione del sangue

dolori causati dalle terapie:

- interventi chirurgici
- radioterapia
- farmaci

La cura del dolore

Scopo della terapia del dolore è la completa eliminazione del dolore, traguardo raggiungibile nell'80-90% dei casi. Anche qualora i dolori non venissero completamente eliminati, la loro attenuazione è un grande passo per migliorare la qualità della vita. Spesso i pregiudizi e la mancanza di informazioni da parte dei malati e dei loro familiari, ostacolano il ricorso ai mezzi più appropriati per gestire questo problema.

È possibile che la terapia non sia immediatamente efficace e che sia necessario adeguarla in base all'effetto che produce. Esistono vari tipi di analgesici (farmaci che intervengono sul dolore), questi vengono utilizzati in diverse forme (compresse, gocce, supposte, cerotti applicati sulla pelle, iniezione intramuscolare o in vena), a seconda del tipo di dolore. È il medico curante, eventualmente anche con la consulenza da parte di un medico specialista del dolore (medico palliatore), a prescrivere la terapia, dopo un accurato colloquio utile a comprendere il tipo di dolore da trattare.

I DOLORI ACUTI sono intensi e durano poco

- le terapie li eliminano facilmente
- l'effetto dei farmaci è di breve durata (2-4 ore)
- i farmaci non dovrebbero avere un effetto sedativo (dare sonnolenza).

I DOLORI CRONICI sono i più frequenti in caso di malati di cancro, la finalità della terapia è prevenire la ricomparsa del dolore

Per questo:

- è importante che i farmaci vengano presi ad orari fissi
- l'effetto del farmaco dovrebbe durare il più a lungo possibile
- il farmaco non deve indurre sonnolenza.

In base all'intensità del dolore il medico provvederà a consigliarvi uno o più farmaci in associazione. È importante segnalare al medico se la terapia non ha risolto il dolore, per poter modificare il tipo o le dosi di farmaci utilizzati.

LA MORFINA

La morfina è una sostanza estratta dalla linfa contenuta nel papavero da oppio. La linfa è detta appunto oppio ed è in uso da circa 2500 anni come efficace analgesico. La morfina è l'analgesico più diffuso ed è il prodotto di riferimento per molte nuove sostanze. La morfina ed altre sostanze estratte dall'oppio sono dette oppiacei. Gli oppiacei oltre che avere una funzione antidolore, sono anche degli stupefacenti (droghe) ed è proprio questo legame che è alla base di molti pregiudizi. Molte persone nutrono timori verso questa sostanza ed esitano quando viene loro prescritta come analgesico (contro il dolore). Per queste ragioni il ricorso alla morfina avviene solo in una fase molto avanzata della malattia, dopo lunghe ed inutili sofferenze. La credenza popolare di poter diventare tossicodipendenti è da sfatare.

Chi assume morfina per la terapia del dolore, lo fa seguendo un piano terapeutico ben preciso, prescritto da un medico. Per raggiungere lo stesso effetto analgesico, può essere necessario aumentare progressivamente il dosaggio, all'opposto se il dolore scompare o si attenua, si può gradualmente ridurre la dose fino al passaggio ad altro trattamento, quindi il prodotto può essere abbandonato senza problemi.

Sonnolenza ed apatia non sono tra gli effetti collaterali dei moderni preparati a base di morfina: la terapia del dolore deve eliminare il dolore, ma permettere alla persona di essere reattiva, in grado di collaborare e di svolgere le sue normali attività di vita quotidiana. Bisogna però fare molta attenzione, come per tutti i medicinali, a non lasciarli alla portata dei bambini che vivono in casa.

Altro pregiudizio è quello che, se il medico prescrive la morfina, allora si è arrivati a fine vita.

Niente di più falso! Pur non interferendo nelle altre terapie antitumorali, l'assenza di dolore permette di combattere in condizioni migliori contro la malattia.

L' ALIMENTAZIONE

Molte persone colpite da tumore hanno difficoltà nel seguire una corretta alimentazione, per vari motivi: terapie anti-tumorali, depressione, difetto nella masticazione, disturbi digestivi, dolore, alterazione del gusto e dell'olfatto. In generale non esistono diete particolari per chi è ammalato di cancro. È però importante evitare o curare carenze alimentari che provocano una perdita di peso. L'organismo deve essere rifornito di sufficienti calorie (energia) e delle sostanze nutritive indispensabili.

Un'alimentazione equilibrata

- fornisce tutte le sostanze nutritive necessarie sia per quantità che qualità
- permette di assumere le sostanze nutritive nella forma più adatta alle esigenze della persona
- tiene conto dei gusti e delle abitudini personali
- non si basa su obblighi e divieti.

Un'adeguata quantità di energia e di sostanze nutritive, permette all'organismo di affrontare meglio la malattia ed eventuali terapie antitumorali.

Un'alimentazione equilibrata rafforza anche il sistema immunitario cioè le difese dell'organismo.

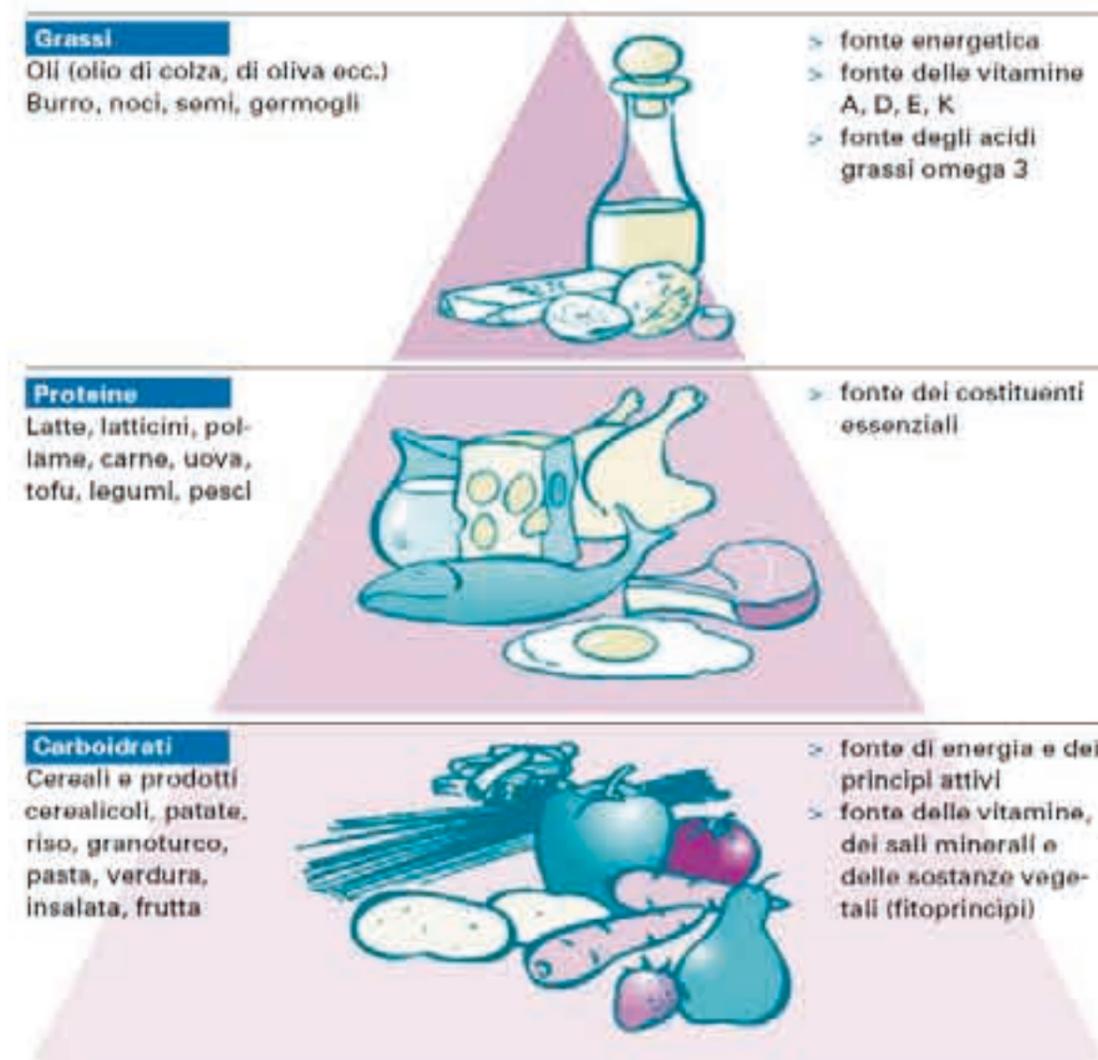
I nostri cibi contengono tutte le componenti dell'alimentazione:

- liquidi
- proteine
- grassi e carboidrati
- sali minerali, vitamine, fibre.

Questi elementi non possono mancare nell'alimentazione di ogni giorno.

Ogni persona ha bisogno di una determinata quantità individuale di sostanze nutritive fondamentali. In caso di malattia tumorale il fabbisogno di base può risultare più elevato. La malattia e la terapia possono compromettere l'assunzione e l'assimilazione delle sostanze nutritive, rendendo necessaria una dieta specifica.

La piramide mostra la composizione ideale del fabbisogno giornaliero.



Il primo segno di carenza alimentare è sicuramente la perdita di peso. Anche stanchezza, esaurimento e malessere generalizzato possono essere segni di carenza alimentare. Nella tabella 1 sono indicati i disturbi nell'assunzione dei cibi e i possibili rimedi da adottare.

Se ci si deve alimentare per lunghi periodi con cibi liquidi o frullati, sarà necessario introdurre nella dieta degli integratori alimentari, in grado di soddisfare la necessità di sostanze nutritive. È importante farsi consigliare dal proprio medico. La disponibilità di questi prodotti è molto ampia. A seconda delle necessità si possono scegliere prodotti ricchi di calorie, di proteine, di minerali o di vitamine.

Tabella 1

MANCANZA DI APPETITO	<ul style="list-style-type: none"> • mangiare qualcosa ogni volta che si sente appetito • fare provviste di cibi ad alto contenuto calorico: biscotti, cioccolata, piccoli pezzi di formaggio, ecc. • preparare dei frullati di latte freddi • dare la preferenza a ciò che piace • preparare i cibi in modo appetitoso • non bere prima o durante il pasto, perchè i liquidi riempiono lo stomaco dando sensazione di essere sazi
ALTERAZIONE DEL GUSTO O DELL'ODORATO	<ul style="list-style-type: none"> • cibi dal sapore neutro come il pane, la pasta, il riso, la polenta, sono spesso più digeribili • se non si gradiscono più le carni rosse (manzo, vitello), provare con altre carni ricche di vitamine come pollo, tacchino, coniglio e pesce • condire i cibi con erbe aromatiche e spezie • aggiungere zucchero e sale nella quantità desiderata
PESANTEZZA DI STOMACO, GONFIORI	<ul style="list-style-type: none"> • mangiare poco ma più spesso • tè alla menta, camomilla, finocchio, sollevano i disturbi leggeri • non indossare abiti troppo stretti • dormire con la testa leggermente rialzata
NAUSEA E VOMITO	<ul style="list-style-type: none"> • dare la preferenza a piatti freddi e bevande rinfrescanti, hanno odori meno intensi • scegliere metodi di cottura che non creino forti odori (fritture) • arieggiare spesso i locali dove si soggiorna per evitare il ristagno di odori di cibo • mangiare biscotti o pane croccante, anche prima di alzarsi, può attenuare la nausea del mattino • in caso di acidità gastrica, limitare il consumo di the e caffè e bevande gasate, alcol e nicotina
COSTIPAZIONE (stitichezza) causata spesso dai farmaci a base di morfina	<ul style="list-style-type: none"> • la costipazione deve essere curata perchè può provocare complicanze anche gravi (occlusione intestinale). È importante rivolgersi al medico in caso si verifichi questa condizione • un'alimentazione ricca di fibre, deve essere accompagnata da una adeguata quantità di liquidi (almeno 2 litri di acqua al giorno, se possibile) • se le condizioni lo consentono, cercare di muoversi; se si è costretti a letto potrebbero essere utili degli esercizi di contrazione e rilassamento dell'addome, che hanno un effetto stimolante (sarà cura dell'infermiere dell'assistenza domiciliare, fornire tutte le indicazioni)

DIARREA	<ul style="list-style-type: none"> • sostituire la perdita di liquidi con the zuccherato, brodi vegetali, succhi di frutta eventualmente diluiti con acqua (1/3) • nel caso la diarrea persista è possibile ricorrere a bevande specifiche, che contengono la giusta quantità di sali minerali (potranno essere consigliate dal medico o dal vostro farmacista) • è bene rinunciare a cibi troppo freddi e ai gelati, come pure al caffè e alle bibite gassate
DIFFICOLTÀ A MASTICARE ED INGIOTTIRE	<ul style="list-style-type: none"> • evitare cibi solidi e secchi (biscotti, pane secco, pasta, frutta in pezzi, etc) o molto liquidi. La consistenza di budini, ricotta fresca, cibi sminuzzati e/o frullati, è l'ideale. • per bere utilizzare una cannuccia • evitare cibi troppo caldi o salati, succhi di frutta agli agrumi, bevande alcoliche o spezie

PRENDERSI CURA DI SÉ IN TUTTI I SENSI

Così come le persone sane affrontano le diverse situazioni della vita, anche la malattia è vissuta in modo diverso da ciascuna persona.

Alcuni la affrontano con pensieri positivi ed altri, al contrario vedono tutto nero.

Dal cancro si può guarire ma, nella maggior parte dei casi, la malattia si accompagna al pensiero della morte. È bene sapere che non esistono delle regole generali di comportamento per coloro che assistono.

La malattia tumorale, le cure, gli effetti indesiderati delle terapie, coinvolgono e influenzano i famigliari, gli amici, i conoscenti.

Certamente tanto più la persona malata sarà in grado di manifestare i propri bisogni, tanto più facile sarà cercare di riuscire a soddisfarli. Questo darà a tutti una maggior sicurezza sul da farsi ed eviterà malintesi.

Al contrario se la persona non desidera parlare dei suoi problemi, è bene rispettare questa sua necessità.

Potrebbe essere utile affidarsi a personale specifico (psicologi, gruppi di autoaiuto, associazioni dedicate, etc.), qualora l'ansia e l'inquietudine, non siano più gestibili dalla famiglia.

Le piaghe: come “salvare la pelle”

Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso

LE PIAGHE, COME “SALVARE LA PELLE”

Le persone che si trovano ad assistere a casa familiari con gravi malattie che limitano o rendono impossibile il movimento costringendo a letto, devono sapere che tra i rischi di complicanze più frequenti, ci sono le **piaghe da decubito (ulcere da pressione)**.

Che cosa sono le piaghe da decubito?

Le piaghe da decubito sono lesioni della pelle e dei tessuti sottostanti, causate dalla compressione prolungata di un tessuto molle (pelle, tessuto sottocutaneo, muscolo) situato tra la sporgenza di un osso e una superficie esterna di appoggio (per es. materasso, poltrona, carrozzina, ecc.)

Perché si formano?

La causa principale è la riduzione della quantità di sangue e di nutrimento che si verifica in quelle zone del corpo più soggette ad essere schiacciate e/o sfregate.

È possibile immaginare un vaso sanguigno come fosse un tubo d'acqua del giardino: premendo il piede sul tubo si impedisce all'acqua di scorrere.

Allo stesso modo, se le ossa del corpo esercitano pressione sui vasi sanguigni, il sangue non riesce più a scorrere e ciò può causare danni alla pelle e ai tessuti sottostanti perché non ricevono sufficiente ossigeno e sostanza nutritive.

Dove si formano?

Le sedi del corpo in cui più frequentemente possono formarsi le lesioni cutanee sono:

- la zona dell'osso sacro (fondo schiena)
- i talloni
- i fianchi
- la zona dei glutei
- tutte le zone dove ci sono delle sporgenze dell'osso [fig. 1].

Quali sono le persone più a rischio?

Tutte le persone che stanno molto tempo a letto o sulla carrozzina a causa di gravi malattie quali:

- ictus cerebrale
- fratture di femore o della colonna vertebrale
- gravi demenze
- coma
- tumori in fase terminale

Altre situazioni che possono aumentare il rischio di sviluppare le piaghe sono:

- malattie del cuore o della respirazione (portano ad una riduzione dell'ossigenazione dei tessuti)
- scarsa o non corretta alimentazione (mancanza di proteine e vitamine, indispensabili per il ricambio delle cellule della pelle)
- sovrappeso: aumento della pressione sulle zone a rischio
- eccessiva magrezza: diminuita presenza di spessore della pelle sull'osso
- incontinenza (incapacità di trattenere le urine e/o le feci)
- età avanzata.

LE ULCERE DEGLI ARTI INFERIORI

Esistono altre lesioni che possono interessare la pelle e i tessuti sottostanti delle gambe, che compaiono però a causa di malattie delle vene, delle arterie o per malattie che riguardano tutto l'organismo.

Queste piaghe prendono il nome di **ULCERE VASCOLARI**.

Possono essere:

- **ulcere venose:** si manifestano in presenza di trombosi, vene varicose, cioè malattie che causano un rallentamento del normale flusso del sangue nelle vene
- **ulcere diabetiche:** il diabete può causare danni ai nervi e ai vasi sanguigni aumentando anche il rischio di insorgenza di ulcere. Solitamente interessano il piede e sono pericolose perché possono infettarsi e, se non curate in tempo, possono aggravarsi al punto tale da rendere necessari interventi di amputazione
- **ulcere arteriose:** conseguenti a gravi malattie del sistema circolatorio delle arterie.

In entrambi i casi, sia per le ulcere da decubito sia per quelle degli arti inferiori, deve essere fatta una valutazione iniziale della situazione da parte di personale esperto (medico e/o infermiere), per stabilire caso per caso il piano di cura più indicato.

LA PRESENZA DI UNA ULCERA VASCOLARE È SEMPRE IL SINTOMO DI UN AGGRAVAMENTO DELLA MALATTIA CHE L'HA CAUSATA.

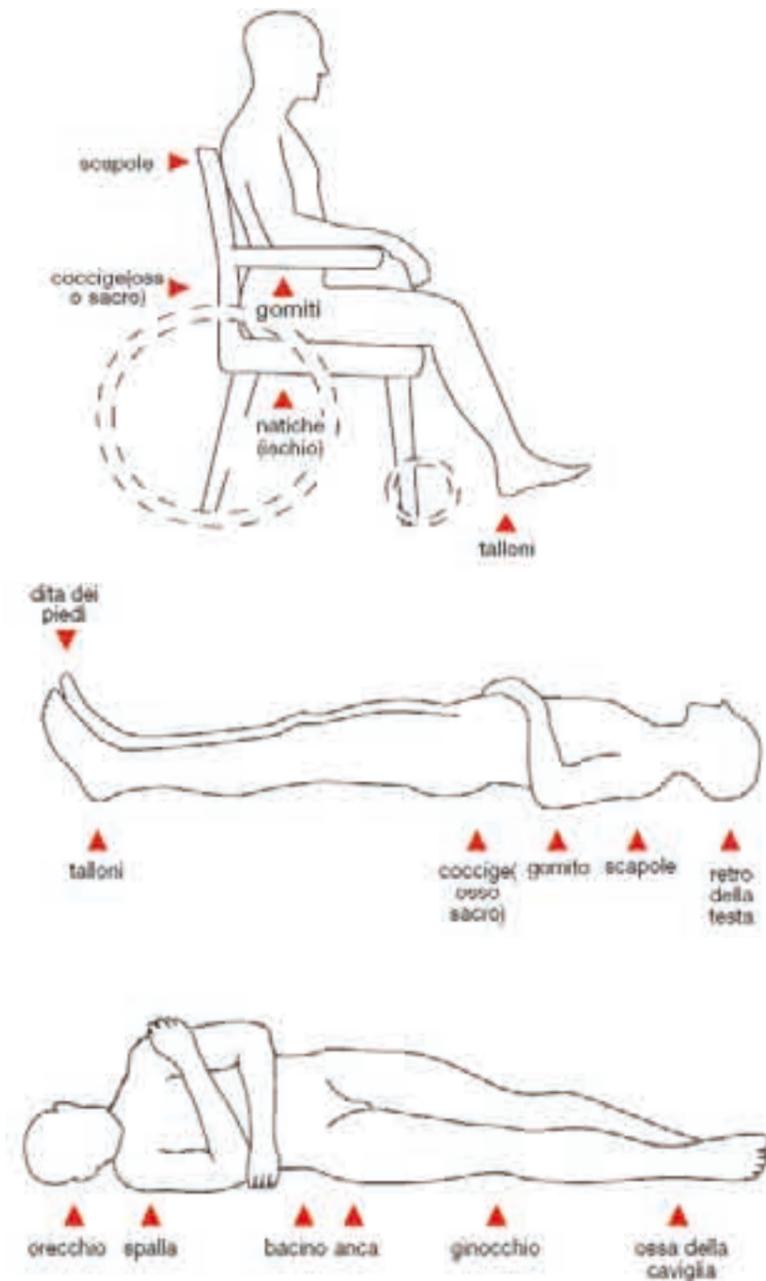
PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI PER PREVENIRE L'INSORGENZA DELLE LESIONI

Considerato che le lesioni cutanee rappresentano una sofferenza aggiuntiva, in molti casi evitabile, per persone con salute già compromessa, è necessario mettere in atto tutti gli interventi preventivi necessari ad evitarne l'insorgenza. Questi interventi preventivi, una volta condivisi con l'infermiere e il medico, richiedono necessariamente il coinvolgimento delle persone che quotidianamente prestano l'assistenza perché si traducono in attenzioni e azioni, semplici ma importanti, da ripetere nell'arco delle 24 ore.

Vengono di seguito riportati i suggerimenti fondamentali:

- **riconoscere** le situazioni che possono portare al rischio di insorgenza delle lesioni. Le persone fragili che perdono, anche per periodi brevi, la capacità di muoversi, **devono ricevere in tempi rapidi**, interventi utili a prevenire le piaghe
- fare particolare attenzione a mobilizzare con regolarità, cioè **cambiare posizione** alla persona che è sempre a letto o in carrozzella, **almeno ogni due ore**
- è necessario **evitare trascinamenti e sfregamenti** nel muovere e/o trasportare la persona per evitare danni alla pelle
- **controllare** i punti a rischio **almeno 1 volta al giorno**: individuare precocemente un arrossamento, consente di prevenire aggravamenti [fig.1]
- per **l'igiene personale** deve essere utilizzata acqua tiepida, saponi delicati che non secchino o irritino la pelle
- la **pelle va asciugata** tamponando e cioè appoggiando più volte delicatamente l'asciugamano sulla pelle e **non strofinando**
- **evitare di massaggiare** o strofinare la pelle, soprattutto nei punti critici
- **sono inutili**, o addirittura possono essere **dannosi, i prodotti** che normalmente si usano **per frizioni o massaggi** (alcol canforato, spray, colonie alcoliche) in quanto rimuovono lo strato di grasso che protegge la pelle

Fig.1 punti critici dove è possibile che si formino le piaghe



- la pelle, dopo essere stata asciugata correttamente, va protetta e nutrita con un sottile strato di **crema idratante**, affinché non si secchi
- la **pelle** della persona va mantenuta il più possibile **asciutta**: cambiando spesso la biancheria in caso di abbondante sudorazione e sostituendo con regolarità i pannoloni, se la persona ha perdita di feci e urine
- esistono dei **presidi** che possono aiutare a prevenire l'insorgenza delle lesioni cutanee nelle persone costrette a letto o in carrozzina; tra questi sono particolarmente indicati il **materassino e il cuscino antidecubito**
- a scopo preventivo si possono utilizzare barriere protettive sottoforma di **pellicole trasparenti adesive**, che si applicano sulla pelle nelle aree particolarmente a rischio, su consiglio del personale sanitario.

Che cosa sono i presidi antidecubito?

I **presidi antidecubito** sono ausili che contribuiscono a limitare l'insorgenza di lesioni, se queste sono già presenti, ne favoriscono la guarigione.

La loro funzione è quella di consentire una distribuzione più uniforme del peso del corpo sulla superficie di appoggio.

Tipologie di presidi antidecubito

Generalmente si distinguono due tipologie di presidi antidecubito:

- ausili per la posizione sdraiata (**materassi ad aria a pressione alternata e materassi a celle comunicanti**)
- ausili per la posizione seduta (**cuscini antidecubito di vari tipi**).

I materassi

Esistono diversi tipi di materassi; quelli maggiormente utilizzati a casa sono formati da tubi paralleli o con celle a nido d'ape [fig. 2], a pressione alternata (si gonfiano e si sgonfiano alternativamente variando le aree di contatto soggette alla pressione del peso corporeo). Per il loro utilizzo necessitano di un compressore elettrico [fig. 3].



Fig. 2 esempio di materasso antidecubito a celle



Fig. 3 esempio di compressore

Come si usano?

- appoggiare il materassino direttamente sul materasso del letto, coprendolo solo con il lenzuolo ed eventualmente con la traversa per non annullarne l'azione;
- gonfiare il materassino prima di mettere nel letto la persona e controllare che le celle si gonfino con buona consistenza, mantengano la pressione e si sgonfino in maniera alternata;
- quotidianamente controllare che il materassino sia sempre gonfio e collegato alla presa di corrente;
- in caso di malfunzionamento o foratura del materasso, rivolgersi alle strutture ASL che hanno provveduto all'assegnazione per la sostituzione;
- il materassino deve rimanere sempre acceso quando la persona è nel letto;
- tenere il compressore lontano da altre apparecchiature potenzialmente pericolose (bombole per l'ossigeno, stufette);
- il materasso e il cuscino antidecubito vanno mantenuti puliti con una soluzione a base di cloro, facilmente reperibile in commercio.

I cuscini

Per coloro che stanno prevalentemente sulla sedia a rotelle esistono diversi tipi di cuscini con caratteristiche diverse:

- cuscini in silicone o materiali simili (fibra cava di silicone, schiuma di silicone, gel, ecc.) che offrono una bassa protezione e non necessitano di manutenzione particolare [fig.4]
- cuscini ad aria che offrono una maggiore protezione a fronte di una minore stabilità di posizione. È necessario controllare frequentemente la pressione di gonfiaggio, (almeno una volta a settimana), perché può variare in base alla temperatura e alla pressione esterna
- i diversi modelli di cuscino sono rivestiti con fodere asportabili e quindi lavabili in lavatrice, oppure sono di materiale lavabile con i comuni detergenti presenti in casa.



Fig. 4 esempio di cuscino antidecubito

L'alimentazione

Per rimanere sana la pelle ha la necessità di essere adeguatamente "nutrita" e idratata.

È perciò fondamentale che la persona a rischio di insorgenza di lesioni si nutra adeguatamente e beva almeno un litro di acqua al giorno (quando non controindicato per la presenza di patologie quali ad esempio lo scompenso cardiaco).

L'alimentazione deve tener conto di alcuni fattori importanti quali:

- la capacità di masticare e deglutire
- i gusti e le preferenze della persona che si assiste (se possibile). Dedicare particolare attenzione a questo aspetto, soprattutto nel caso in cui parte dell'assistenza sia affidata a persona straniera (la differente cultura può influire sulla preparazione e sul sapore dei cibi).

L'anziano spesso non ha appetito: si consiglia quindi di soddisfare le sue necessità attraverso pasti frazionati (5/6 volte al giorno), con piccole quantità di cibo. L'alimentazione deve essere ricca e varia. Nessun alimento deve essere escluso, a meno che non vi siano intolleranze o malattie che comportino specifiche limitazioni. È preferibile l'utilizzo di cibi freschi (si consiglia di evitare l'acquisto di grosse confezioni).

Il fumo

Ricordarsi che l'abitudine al fumo è nociva, oltre che alla salute in generale, anche alla salute della pelle. Ogni volta che si aspira il fumo di tabacco, i vasi del sangue si restringono, causando così un minore passaggio di sangue.

Consigli pratici

La stanza in cui soggiorna abitualmente la persona che si assiste deve essere organizzata in modo da facilitare l'assistenza ed essere confortevole per la persona stessa:

- il letto dovrebbe essere posizionato in modo tale da essere accessibile da entrambi i lati pertanto è preferibile il letto singolo [fig. 5]
- in particolari situazioni è possibile ottenere al proprio domicilio letti articolati (danno possibilità di far assumere posizioni diverse a seconda delle necessità)
- riordinare e cambiare spesso la biancheria del letto, che dovrebbe essere di cotone, morbida, senza pieghe o cuciture in rilievo

- l'ambiente deve essere adeguatamente riscaldato, illuminato e areato
- se è possibile far alzare la persona dal letto, preparare una poltrona comoda e che dia sostegno alla schiena
- preparare un piano di appoggio per i farmaci o le eventuali medicazioni.



Fig. 5 disposizione ideale della stanza

COME OTTENERE IL MATERIALE DI CUI SI HA BISOGNO

La prescrivibilità e la fornitura delle medicazioni e degli ausili per la prevenzione e la cura delle lesioni cutanee in Italia è regolata dal Ministero della Salute (D.M. 27/08/1999, n°332).

Hanno diritto ad ottenere tali ausili, tutti gli adulti invalidi (anche in attesa di riconoscimento) ed i minori di anni 18, non deambulanti (non in grado di camminare) e/o affetti da patologia grave che obbliga alla degenza continua.

Che cosa occorre

Una prescrizione (su apposito modello regionale), rilasciata da uno specialista appartenente ad una struttura pubblica, che contenga:

- diagnosi (malattia invalidante)
- indicazioni del presidio/ausilio e codice di riferimento (cod. ISO)
- programma terapeutico indicante i tempi di impiego.

L'ASL autorizza la fornitura, attraverso sportelli dedicati. Il materiale può essere ritirato o presso una farmacia iscritta all'albo dei fornitori oppure presso una farmacia, pubblica o privata oppure direttamente presso strutture ASL, che vi verranno opportunamente segnalate.

Va ricordato che la quantità di materiale da medicazione fornito viene adeguata al numero delle lesioni esistenti. Tale specifica deve essere ben descritta da parte del medico prescrittore.

La cura delle piaghe da decubito

L'aspetto di una lesione e quindi la sua gravità possono essere molto diversi:

- si va da un semplice arrossamento della pelle che però rimane integra (**Stadio 1**)
- ad una lesione che sembra una abrasione o una vescica, sempre superficiale (**Stadio 2**)
- a una lesione giallo-grigiastra con secrezioni liquide e presenza di materiale sul fondo (**Stadio 3**)
- fino ad una vera e propria lesione coperta da una crosta nera e dura (escara) che ricopre una zona più profonda che può interessare anche il muscolo e l'osso (**Stadio 4**).

È indispensabile ricordare che nello **Stadio 1** è sufficiente rimuovere la causa (il più delle volte la pressione) affinché la lesione regredisca e scompaia.

Per gli stadi più avanzati è bene intervenire correttamente affidando la prima valutazione al personale esperto (infermiere e/o medico), per stabilire un piano di trattamento personalizzato.

Che cosa si può fare a casa

Innanzitutto è indispensabile seguire attentamente le raccomandazioni per la prevenzione, riportate nella prima parte di questa scheda. È importante ricordare che la segnalazione tempestiva di un arrossamento della pelle nei punti di appoggio permette, di solito, di bloccare il peggioramento della lesione ed aumenta le possibilità di guarigione.

Per affrontare il processo di guarigione di una lesione da decubito è sempre indispensabile considerare le condizioni della persona:

- lo stato nutrizionale
- le condizioni igienico-sanitarie
- l'aspetto e la dimensione delle lesioni.

Per quanto riguarda la nutrizione e l'igiene valgono le indicazioni sopra descritte; per la valutazione e la definizione degli interventi di cura della lesione, il personale esperto coinvolgerà i familiari, spiegando "come fare" per una corretta gestione del problema.

In genere si può fare da sé quando

- c'è un semplice arrossamento
- quando la lesione è in via di guarigione.

Sarà cura del personale sanitario mostrare come si fa e fornire precise indicazioni.

COME SI FA IL CAMBIO DELLA MEDICAZIONE

Prima di cambiare la medicazione è necessario:

- lavare accuratamente le mani con acqua e sapone
- preparare il materiale per la pulizia della piaga e per la nuova medicazione, secondo le indicazioni che sono state date dal personale esperto (garze, cerotti, guanti anche non sterili, ecc.)
- mettere la persona in una posizione comoda
- proteggere il materasso e la biancheria del letto con una tela cerata
- preparare un contenitore dove buttare i rifiuti.

Come si toglie la medicazione

Togliere delicatamente la vecchia medicazione e gettarla nel sacchetto rifiuti (se fosse particolarmente imbrattata indossare un paio di guanti monouso non sterili e gettarli insieme alla medicazione).

Pulizia della piaga

- indossare un paio di guanti monouso
- utilizzare una siringa senza ago con soluzione fisiologica, mettere una bacinella al di sotto della zona della lesione e, mantenendo la siringa a 10/15 cm spruzzare più volte sulla piaga per pulirla
- togliere la bacinella facendo attenzione a non rovesciarla
- asciugare la zona attorno alla ferita tamponando delicatamente con una garza morbida.

Applicare una nuova medicazione

- posizionare la nuova medicazione secondo le indicazioni del personale esperto, ricordando che la medicazione va usata sempre una sola volta e va maneggiata il meno possibile toccando soli i bordi
- può essere difficile posizionare la medicazione con i guanti, in quanto molte medicazioni sono adesive: in caso di particolare difficoltà togliere i guanti e lavare accuratamente le mani prima di posizionare la nuova medicazione.

Segni di miglioramento	Segni di peggioramento
• la lesione rimpicciolisce	• la lesione non tende a rimpicciolire o aumenta di dimensioni
• la profondità si riduce	• rimane profonda o aumenta di profondità
• il nuovo tessuto sul fondo della lesione è rosso oppure roseo e lucido	• il colore sul fondo è di colore giallo-grigio
• la pelle intorno alla lesione è rosea e integra	• la pelle ai bordi della lesione appare macerata e arrossata
	• c'è presenza di pus (materiale di colore giallo/verde maleodorante)
	• la pelle intorno alla piaga diventa calda e rossa

Bisogna ricordare inoltre che la lesione peggiora se:

- peggiorano le condizioni generali di salute a causa di altre malattie
- se vi è una diminuzione nell'assunzione di cibi e liquidi.

Se c'è dolore

Il dolore può essere:

- generalizzato (dolore osseo o articolare); può rendere di difficile applicazione le norme di comportamento preventivo (cambi di posizione, cura dell'igiene, ecc.)
- legato alla lesione; deve essere valutato in base alla medicazione, presenza di infezione, alla posizione a letto. Spesso il dolore insorge durante il cambio di medicazione e o la pulizia della piaga.

Bisogna comunque ricordarsi di avvisare sempre il medico di medicina generale della presenza del dolore o dell'aumentato dolore, per una valutazione ed eventuale prescrizione di farmaci per ridurre questa sintomatologia.

Un'ultima raccomandazione

Se la persona assistita ha già avuto delle piaghe in passato, il tessuto che si è riformato è più debole e più facilmente esposto ad un danno.

Una volta che la piaga è guarita, la nuova pelle non è mai resistente come la prima.

BIBLIOGRAFIA

AISLeC - *Prevenzione e cura delle lesioni da decubito: guida per una corretta assistenza a domicilio* II Edizione, 2001
 ASL Brescia - *Piaghe da decubito: come salvare...la pelle* Opuscolo informativo
 ASL Napoli 3 Sud - *Consigli e informazioni per i familiari e le persone che si dedicano all'assistenza delle persone anziane*
Conoscere le piaghe cutanee - Opuscolo informativo – Convatec
 The Victorian Quality Council Secretariat - *Prevenzione delle ulcere da decubito* Opuscolo informativo per i pazienti –
 USL 2 Azienda Sanitaria Regionale dell'Umbria - *L'assistenza ai pazienti con piaghe da decubito: guida ai familiari*

La persona con problemi di movimento

Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso

ASSISTENZA ALLA DEAMBULAZIONE (camminare)

Le difficoltà che possono presentarsi durante la deambulazione sono strettamente collegate al tipo di patologia che la persona presenta.

Migliorare la deambulazione significa creare le condizioni tali da rendere il cammino più sicuro attraverso l'uso di semplici accorgimenti:

- l'assistenza di una persona (supervisione)
- la modifica dell'ambiente in cui ci si muove
- la possibilità dell'utilizzo di un ausilio (consigliato da personale esperto).

Obiettivi:

- migliorare l'autonomia della persona
- diminuire il carico assistenziale
- rendere il cammino più sicuro

Materiale occorrente:

- ausili per il cammino (in seguito al suggerimento di un tecnico specializzato).

Esecuzione tecnica

Assistere alla deambulazione significa sostenere o accompagnare la persona durante il cammino senza imporre mai la propria velocità di marcia. La persona deve avere la possibilità di trovare il proprio tempo: è l'accompagnatore che deve adeguarsi.

L'accompagnatore si posiziona sempre dal lato dove è maggiore il rischio di caduta (dal lato più debole). Prevedere un percorso lineare (senza gradini e curve) e libero da ostacoli (tappeti e mobili, ecc..) procura **meno ansia alla persona.**

Un aiuto indispensabile può essere rappresentato da un ausilio che, se scelto in modo appropriato, può essere decisivo per migliorare l'autonomia. In questo caso è necessario il consiglio di un professionista.

AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE	
TIPOLOGIA	FUNZIONE
 <p>Fig. 1 bastone</p>	<ul style="list-style-type: none"> Migliora la stabilità del cammino utile nei casi di dolore articolare dovuto ad artrosi (anca/ginocchio). Offre un relativo sostegno del peso corporeo deve essere utilizzato dal lato opposto all'arto compromesso [fig. 1]
 <p>Fig. 2 tripode/quadrupode</p>	<ul style="list-style-type: none"> Oltre a dare un relativo sostegno del peso corporeo aumenta la base d'appoggio dando maggiore stabilità solitamente viene utilizzato da persone con esiti di ictus occorre un buon addestramento all'utilizzo in quanto i piedini d'appoggio possono intralciare il passo [fig. 2]
 <p>Fig. 3 stampelle o bastoni canadesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vengono utilizzate da persone con esiti di fratture agli arti inferiori e amputazione, impianto di protesi anca/ginocchio sono necessari una buona forza e funzionalità delle braccia, buon equilibrio e capacità di coordinazione [fig. 3]
  <p>Fig. 4 girello antibrachiale Fig. 4 a girello con appoggio ascellare</p>	<ul style="list-style-type: none"> Utilizzato a volte in alternativa alle stampelle [figg. 4 e 4a]

AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE	
TIPOLOGIA	FUNZIONE
 <p>Fig. 5 e 5a deambulatore da interno e esterno</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sostiene parte del peso corporeo e rende più stabile il cammino migliorando l'equilibrio esistono vari modelli in base alla loro funzione da interno: due ruote/due puntali [fig. 5] da esterno: 4 ruote [fig. 5a] È necessaria una attenta valutazione dei bisogni e delle capacità della persona per effettuare la scelta corretta

COME MISURARE L'ALTEZZA DELL'AUSILIO?

- La misura si prende a scarpe indossate
- l'altezza dell'ausilio deve corrispondere all'altezza della testa del femore figg. 6-6a



Figg. 6 e 6a regolazione dell'altezza della stampella

COME CAMMINARE?

La sequenza dei movimenti cambia a seconda del tipo di problema durante il cammino.

<ul style="list-style-type: none"> Deambulazione con due stampelle (con una gamba che non può essere appoggiata a terra) 	<ul style="list-style-type: none"> porto avanti le stampelle senza appoggiare la gamba malata avanzo con la gamba sana
<ul style="list-style-type: none"> Deambulazione con due stampelle (con appoggio parziale della gamba malata) 	<ul style="list-style-type: none"> porto avanti le stampelle poi la gamba malata subito dopo la gamba sana.
<ul style="list-style-type: none"> Deambulazione con una stampella (che viene tenuta dalla parte opposta alla gamba compromessa) 	<ul style="list-style-type: none"> porto avanti la stampella poi la gamba malata infine la gamba sana.

Anche per fare le scale c'è una sequenza di movimenti da rispettare. Va effettuato sempre un gradino alla volta.



Figg. 7, 7a e 7b salita del gradino

Salita scale:

- appoggiare al gradino la gamba sana [fig. 7];
- appoggiare le stampelle e la gamba malata [figg. 7a-b]

Discesa scale:

- appoggiare al gradino inferiore le stampelle [fig. 8]
- scendere con la gamba malata [fig. 8a]
- a seguire appoggiare la gamba sana [fig. 8b].



Figg. 8, 8a e 8b discesa del gradino

CAMMINARE IN SICUREZZA

Alcuni semplici accorgimenti offrono una maggiore sicurezza sia a chi cammina sia a chi accompagna.

Predisposizione ambientale:

- spazio libero da ostacoli
- luminosità
- corrimano.

È inoltre importante che la persona indossi calzature comode.

Supervisione dell'accompagnatore, può essere:

- di fianco (si mette dal lato più debole)
- davanti (si mette davanti alla persona)
- dietro (si mette dietro la persona).

Principali ausili per la deambulazione

In presenza di alcune malattie è consigliato l'uso dei seguenti ausili per il cammino.

Dolore durante il cammino	<ul style="list-style-type: none"> • bastone da passeggio • stampella
Ictus	<ul style="list-style-type: none"> • tripode • quadripode
Fratture femore/tibia Protesi anca/ginocchio	<ul style="list-style-type: none"> • stampelle • girello con sostegno ascellare
Amputazione	<ul style="list-style-type: none"> • l'ausilio va valutato di volta in volta, da parte del personale esperto, in base alle capacità della persona
Morbo di Parkinson Disturbi dell'equilibrio	<ul style="list-style-type: none"> • deambulatore

BIBLIOGRAFIA

AISLA *La vita quotidiana, fisioterapia e ausili*. Libretto informativo, Associazione AISLA
 J.V. Basmajian *L'esercizio terapeutico*. Piccin Padova, 1990 IV Ed.
 P.M. Davies *Steps to Follow – Passo dopo passo*. Springer-Verlag, Berlin, 1991
 V. Noto *Il libro di Enea- Manuale di Ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio*. UTET- Scienze Mediche Torino, 2003
 Corso di formazione *Ausili per la vita quotidiana nel progetto di autonomia possibile-Metodologia della scelta, conoscenza delle norme vigenti, riorganizzazione domestica-ambientale*. ASL Brescia, 2007
 Corso di formazione *La carrozzina: scieglirla e personalizzarla per la mobilità e la postura*. Milano, 2000

ASSISTENZA ALLA PERSONA CON EMIPLEGIA (paralisi di braccio e gamba)

CAMBIO DI POSIZIONE DELLA PERSONA

Obiettivi:

- facilitare il recupero delle funzioni e delle autonomie della parte paralizzata
- ridurre gradualmente l'assistenza per rendere la persona più autonoma

PASSAGGIO DALLA POSIZIONE SUL DORSO A QUELLA SUL FIANCO (DECUBITO LATERALE)

Esecuzione tecnica

L'operatore:

1. fa piegare le gambe della persona [fig. 1]
2. posiziona il braccio plegico e aiuta la rotazione sul fianco sano [fig. 1a]

PASSAGGIO DALLA POSIZIONE SUL FIANCO A SEDUTO

Esecuzione tecnica

L'operatore:

1. agevola lo spostamento delle gambe fuori dal letto [fig. 2]
2. guida la persona a far pressione sul braccio sano e l'aiuta a raggiungere la posizione seduta [figg. 2a-2b]



Figg. 1 e 1a sequenza di immagini sul passaggio da supino al fianco



Figg. 2, 2a e 2b sequenza fotografica riferita al passaggio dalla posizione sul fianco a seduto

PASSAGGIO LETTO/CARROZZINA

Esecuzione tecnica

L'operatore:

1. rimuove le pedane
2. posiziona la carrozzina dal lato sano (angolo di circa 30°) [fig. 3]
3. frena la carrozzina
4. se necessario blocca la gamba plegica con la propria per evitarne lo scivolamento [fig. 3 a]
5. aiuta la persona ad alzarsi in piedi [fig. 3b]
6. guida la rotazione della persona verso la carrozzina e ne accompagna la discesa [fig. 3c]



Fig. 3



Fig. 3a



Fig. 3b



Fig. 3c

Sequenza di immagini riferite al passaggio della persona dal letto alla carrozzina

POSIZIONAMENTO IN CARROZZINA DELLA PERSONA CON EMIPLEGIA

Obiettivo:

- evitare posizioni scorrette che possono aggravare la situazione, con la comparsa di danni secondari alla parte paralizzata (dolore al braccio, piede cadente o gamba ruotata in fuori)

Materiale occorrente:

- cuscini di varie misure e consistenze
- salviette arrotolate
- carrozzina

Esecuzione tecnica:

1. il braccio **NON** deve cadere accanto alla ruota della carrozzina o tra le gambe della persona; deve essere sempre sostenuto appoggiandolo al tavolino della carrozzina o su un cuscino, controllando che la spalla sia ben posizionata e la mano mantenuta aperta [fig. 4]
2. il bacino non deve scivolare in avanti
3. se la schiena tende a inclinarsi di lato sostenerla con un cuscinetto [fig. 4a]
4. le pedane della carrozzina devono essere regolate alla giusta altezza per mantenere l'appoggio completo del piede.



Figg. 4 - 4a corretto posizionamento della persona in carrozzina

POSIZIONAMENTO A LETTO DELLA PERSONA CON EMIPLEGIA

Si rimanda l'approfondimento di questo argomento al capitolo "Posizionamento a letto della persona con difficoltà di movimento".

COME AIUTARE LA PERSONA CON EMIPLEGIA DURANTE IL CAMMINO E LA SALITA/DISCESA DELLE SCALE

Obiettivi:

- facilitare il recupero delle funzioni e delle autonomie della parte paralizzata
- ridurre gradualmente l'assistenza per rendere la persona più autonoma.

Materiale occorrente:

- bastone o tripode (su indicazioni dello specialista)
- molla di Codivilla (prescritto dallo specialista è un ausilio che mantiene la corretta posizione del piede durante il cammino [figg. 5– 5 a])
- fascia reggi braccio [figg. 6 e 6a].



Fig. 5 molla di Codivilla



Fig. 5a molla di Codivilla posizionata nella scarpa



Figg. 6 - 6a fascia reggibraccio vista fronte/retro

ESECUZIONE TECNICA

- la molla di Codivilla va calzata quando la persona deve camminare
- la fascia reggibraccio va indossata quando il braccio ha una limitata tonicità muscolare e durante la deambulazione

Se la persona cammina utilizzando un bastone, la successione dei movimenti è la seguente:

Spostamenti in piano:

1. bastone
2. arto plegico (con paresi)
3. arto sano

Salita scale (con corrimano/tripode):

1. braccio sano avanti
2. gamba sana
3. gamba plegica

Discesa scale (con tripode o corrimano):

1. braccio sano avanti [fig. 7]
2. gamba plegica [fig. 7a]
3. gamba sana [fig. 7b]

Fig. 7

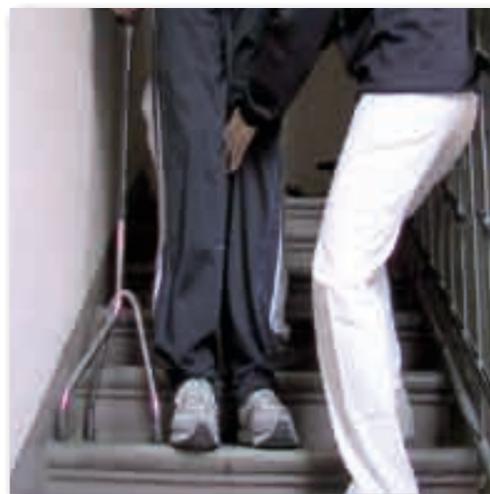


Fig. 7a

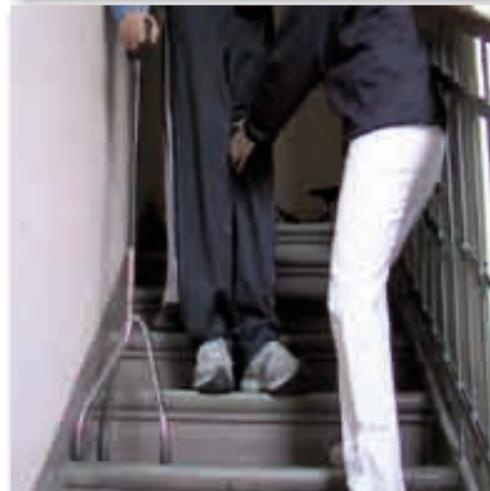


Fig. 7b



NOTE:

- Negli spostamenti non tirare o stratonare mai il braccio paralizzato;
- utilizzare calzature con chiusura a velcro o a cerniera in modo tale che la persona le possa calzare con una mano sola.

IL SOLLEVATORE MOBILE (solleva-persone)

Le persone che si trovano ad assistere a casa parenti in una condizione di totale mancanza di autosufficienza, possono utilizzare un ausilio che prende il nome di sollevatore.

IL SOLLEVATORE

- È indispensabile per effettuare i trasferimenti di una persona non autosufficiente dal letto alla carrozzina e viceversa;
- garantisce sicurezza alla persona e diminuisce il carico assistenziale degli operatori o di chi assiste.

Per un corretto utilizzo è necessario l'addestramento da parte di un operatore sanitario o di chi fornisce l'ausilio.

Esistono diverse tipologie di sollevatore: fisso (a parete), mobile (a pavimento) [fig 1].

La scelta del modello è sempre legata ad una attenta valutazione del singolo caso che deve tenere in considerazione le condizioni di disabilità della persona e il contesto nel quale viene utilizzato il sollevatore. Il funzionamento si basa sulla presenza di un braccio di sollevamento a cui viene agganciata una imbracatura che avvolge l'assistito. Nel caso di un sollevatore mobile, è importante che l'altezza fra il margine inferiore del letto e il pavimento sia di almeno 8-10cm, in modo da garantire lo spazio nella manovra di avvicinamento al letto.

Esistono alcune controindicazioni di utilizzo, che devono essere valutate preventivamente:

- nei casi di persone con tubo tracheale o con drenaggio che devono mantenere una posizione supina
- in presenza di frattura di femore o quando la persona ha limitazioni nel pigiare l'articolazione dell'anca.

FASI DI UTILIZZO DEL SOLLEVATORE

Posizionamento dell'imbracatura in persona supina:

- ruotare la persona sul fianco (vedi tecnica posizionamento sul fianco);
- posizionare l'imbracatura fra la persona e il letto in modo che rimanga centrale rispetto alla schiena (nel caso in cui siano presenti delle maniglie queste non devono rimanere a contatto con l'assistito) [fig. 2];
- ruotare la persona sull'altro fianco ed estrarre la metà dell'imbracatura rimanente [fig. 2a];
- riportare il paziente in posizione supina;
- far passare le estremità inferiori sotto ciascuna coscia [fig. 2b];
- avvicinare il sollevatore alla persona e abbassare il braccio di sollevamento;
- fissare l'imbracatura mediante gli agganci predisposti incrociando le fasce per gli arti inferiori [fig. 2c];
- sollevare la persona per il trasferimento [fig. 2d];
- allargare la base d'appoggio dell'ausilio per avvicinarsi alla carrozzina frenata;
- abbassare il braccio del sollevatore e guidare la persona nella discesa verso la carrozzina;
- togliere l'imbracatura da seduto.



Fig 1 sollevatore mobile e telo per imbracatura mobile

Posizionamento imbracatura in una persona seduta

1. flettere in avanti la schiena della persona;
2. inserire l'imbracatura fra la schiena e lo schienale della sedia in modo che la parte inferiore arrivi a toccare il sedile;
3. far passare le estremità inferiori sotto ciascuna delle cosce;
4. posizionare il sollevatore in modo che la persona seduta si trovi all'interno della base;
5. abbassare il braccio di sollevamento;
6. agganciare l'imbracatura incrociando le fasce per gli arti inferiori [fig 3];
7. sollevare la persona per il trasferimento [fig. 3a];
8. avvicinarsi al letto [fig.3b], abbassare il braccio del sollevatore e sganciare l'imbracatura [fig. 3c];
9. togliere l'imbracatura da supino [fig.3d].



Fig. 2



Fig. 2a



Fig. 2b



Fig. 2c



Fig. 2d

Esempio di immagini raffiguranti di utilizzo del sollevatore per il trasferimento della persona dal letto alla carrozzina



Fig. 3



Fig. 3a



Fig. 3b

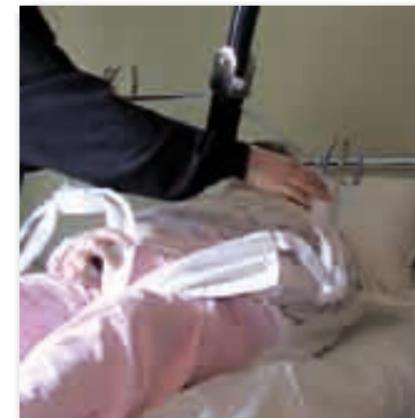


Fig. 3c



Fig. 3d

Sequenza di immagini raffiguranti il trasferimento di una persona dalla carrozzina al letto mediante sollevatore

Per rimuovere l'imbracatura effettuare in entrambi i casi le stesse manovre invertendo l'ordine.

Nel caso in cui il sollevatore è elettrico osservare alcuni accorgimenti quali: caricare quotidianamente le batterie e non utilizzare il sollevatore quando è in carica.

BIBLIOGRAFIA

AISLA *La vita quotidiana, fisioterapia e ausili*. Libretto informativo, Associazione AISLA

J.V. Basmajian *L'esercizio terapeutico*. Piccin Padova, 1990 IV Ed.

P.M. Davies *Steps to Follow - Passo dopo passo*. Springer-Verlag, Berlin, 1991

V. Noto *Il libro di Enea- Manuale di Ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio*. UTET- Scienze Mediche Torino, 2003

Corso di formazione *Ausili per la vita quotidiana nel progetto di autonomia possibile-Metodologia della scelta, conoscenza delle norme vigenti, riorganizzazione domestica-ambientale*. ASL Brescia, 2007

Corso di formazione *La carrozzina: sceglierla e personalizzarla per la mobilità e la postura*. Milano, 2000

LA CARROZZINA

Obiettivi:

- mantenimento della posizione seduta corretta e confortevole
- maggiore autonomia per la persona con limitazioni del movimento

La scelta dell'ausilio

Nella scelta della carrozzina bisogna tener conto di alcuni parametri fondamentali, grazie ai quali si può individuare la tipologia più adatta alle caratteristiche della persona: **non è la persona ad adattarsi alla carrozzina ma il contrario**

È necessario sapere:

- in che ambiente vive la persona che utilizzerà la carrozzina e valutare gli spazi a disposizione (misure di porte e ascensore, accesso al bagno e al letto);
- luogo di utilizzo dell'ausilio (in ambito domestico o esterno);
- tempo di utilizzo (occasionale 1-2 h al giorno o prolungato).

CONOSCERE LA CARROZZINA

Esistono diversi tipi di carrozzine:

- carrozzina comoda imbottita
- pieghevole standard
- leggera
- superleggera
- posturale e basculante
- elettrica
- con unità di postura



Fig. 1 carrozzina comoda imbottita

CARROZZINA COMODA IMBOTTITA

Utilizzo: in ambito domestico è dotata di vaschetta wc [fig. 1]

Dimensione seduta: la larghezza del sedile deve permettere uno spazio laterale tra le cosce della persona e i braccioli di almeno 2 cm (considerando l'abbigliamento)

Profondità seduta: la profondità del sedile si misura partendo dal margine posteriore del sedere della persona fino ad arrivare a circa 8 cm dalla piega posteriore del ginocchio

Dimensione schienale: il margine superiore dello schienale deve trovarsi al di sotto di circa 2 cm dal margine inferiore delle scapole. Esiste la possibilità di avere lo schienale reclinabile utile per variare la postura della persona e renderla più confortevole

Braccioli: l'altezza del bracciolo deve permettere un appoggio delle braccia in modo che le spalle formino un angolo di circa 90° con il collo; questo consente alle spalle di rimanere rilassate. Nella maggior parte dei casi i braccioli possono essere estraibili o ribaltabili, il che permette di eseguire i passaggi posturali (ad es. dalla carrozzina al letto o viceversa) con minore difficoltà e maggiore sicurezza.

Pedane poggiate: l'appoggio deve consentire un angolo di circa 90° a livello dell'anca/ginocchio/piede. Le pedane possono essere regolabili in altezza e ribaltabili, il che permette di eseguire i passaggi posturali con minore difficoltà e maggiore sicurezza. Nei casi in cui si renda necessario, è possibile avere il cuscino reggigamba a inclinazione regolabile. In questo tipo di carrozzina le pedane poggiate possono essere elevabili per mantenere le gambe alzate e favorirne la circolazione sanguigna.

Tipologia delle ruote: nella maggior parte dei casi si trovano con ruote di piccole dimensioni; in questo caso la carrozzina viene spinta da un accompagnatore. C'è la possibilità di avere due ruote grandi posteriori e due ruote piccole anteriori ma questo modello richiede uno spazio di manovrabilità maggiore.

CARROZZINA PIEGHEVOLE STANDARD

Utilizzo:

- in ambito domestico per breve tempo;
- prevalentemente utilizzata per le uscite all'esterno, è maneggevole e piegata può essere caricata in auto [fig. 2].

Dimensione seduta: la larghezza del sedile deve permettere uno spazio laterale tra le cosce della persona e i braccioli di almeno 2 cm (considerando l'abbigliamento).

Profondità della seduta: la profondità del sedile si misura partendo dal margine posteriore del sedere della persona fino ad arrivare a circa 8 cm dalla piega posteriore del ginocchio.

Dimensione schienale: il margine superiore dello schienale deve trovarsi al di sotto di circa 2 cm dal margine inferiore delle scapole.

Braccioli: l'altezza del bracciolo deve permettere un appoggio delle braccia in modo che le spalle formino un angolo di c/a 90° con il collo [fig. 3]; questo consente alle spalle di rimanere rilassate. Nella maggior parte dei casi i braccioli possono essere estraibili o ribaltabili [fig. 3a], il che permette di eseguire i passaggi posturali (ad es. dalla carrozzina al letto o viceversa) con minore difficoltà e maggiore sicurezza.

Pedane poggiate:

l'appoggio deve consentire un angolo di circa 90° a livello dell'anca/ginocchio/piede.

Le pedane possono essere regolabili in altezza, ribaltabili ed estraibili [fig.



Fig. 2 chiusura carrozzina pieghevole



Fig. 3 corretta posizione delle braccia



Fig. 3a carrozzina con bracciolo estraibile



Fig. 4 carrozzina con pedane estraibili

molto leggera e facile da manovrare. Ha criteri di personalizzazione e viene prescritta in situazioni molto gravi per persone che ne fanno un intenso utilizzo quotidiano.

CARROZZINA POSTURALE BASCULANTE

Generalmente a telaio rigido è provvista di sedile/schienale imbottiti e appoggiatesta regolabile. Ha uno schienale alto e contenitivo [fig 5]. Permette di reclinare lo schienale e di cambiare posizione da seduto a semisdraiato [fig 5a].

CARROZZINA ELETTRICA

Munita di motore alimentato da batterie ricaricabili e di comandi manuali, può essere utilizzata sia per spostamenti interni alla propria abitazione, sia per spostamenti negli spazi esterni.

UNITÀ POSTURALE

È un sistema di postura, che viene aggiunto alla carrozzina standard, coordinato con vari accessori. È indicato per soggetti con piccole deformità che necessitano di un posizionamento o contenimento più accurato.



Fig 5 - 5a carrozzina postulare basculante

4], il che permette di eseguire i passaggi posturali con minore difficoltà e maggiore sicurezza. Nei casi in cui si renda necessario, è possibile avere il cuscino reggigamba a inclinazione regolabile.

Tipologia delle ruote: la gran parte delle carrozzine utilizzate hanno le ruote posteriori grandi, il che permette una facile manovrabilità. In commercio si possono trovare carrozzine con ruote grandi anteriori ma hanno manovrabilità difficile e rendono difficoltosi i passaggi posturali. Sono dotate di dispositivo frenante.

CARROZZINA LEGGERA

È realizzata in lega di alluminio per cui è più leggera di quella standard. Sono possibili alcune regolazioni che favoriscono l'adattamento posturale.

CARROZZINA SUPERLEGGERA

È realizzata in leghe di alluminio ad altissima resistenza che la rendono

LA CONDUZIONE CORRETTA DELLA CARROZZINA

La carrozzina deve essere spinta con sicurezza dall'accompagnatore, evitando manovre brusche, scosse e andature troppo veloci. La manovra corretta che l'accompagnatore deve fare per salire e scendere un gradino in sicurezza o percorrere un terreno accidentato, sono riportate nella sequenza fotografica.



Sequenza fotografica riferita alla salita sul marciapiede



MANUTENZIONE DELLA CARROZZINA

Una manutenzione preventiva, realizzata con regolarità, permette di conservare la carrozzina in ottime condizioni di funzionamento per lungo tempo, per contro se non viene curata in modo appropriato, è destinata a rovinarsi precocemente.

INDICAZIONI GENERALI

- Controllo della pressione delle gomme;
- pulizia quotidiana delle ruote e dei perni (accumulo di polvere/capelli);
- controllo freni;
- pulizia e igiene quotidiana di sedile/schienale, con i comuni detergenti per superfici che si trovano in casa;
- se bagnata asciugare la carrozzina al più presto possibile;
- ricaricare regolarmente le batterie (carrozzina elettrica).



Sequenza fotografica discesa della carrozzina dal marciapiede

BIBLIOGRAFIA

AISLA *La vita quotidiana, fisioterapia e ausili*. Libretto informativo, Associazione AISLA
 J.V. Basmajian *L'esercizio terapeutico*. Piccin Padova, 1990 IV Ed.
 P.M. Davies *Steps to Follow – Passo dopo passo*. Springer-Verlag, Berlin, 1991
 V. Noto *Il libro di Enea- Manuale di Ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio*. UTET- Scienze Mediche Torino, 2003
 Corso di formazione *Ausili per la vita quotidiana nel progetto di autonomia possibile-Metodologia della scelta, conoscenza delle norme vigenti, riorganizzazione domestica-ambientale*. ASL Brescia, 2007
 Corso di formazione *La carrozzina: scieglgerla e personalizzarla per la mobilità e la postura*. Milano, 2000

“CHI SI FERMA È PERDUTO” TECNICHE ASSISTENZIALI RIABILITATIVE

Il bisogno di movimento è un bisogno primario delle persone.

Quando viene compromessa la possibilità di muoversi e di spostarsi in base ai propri desideri ed alle proprie esigenze è fondamentale, per prevenire i danni che possono conseguire all'immobilità, che chi assiste sappia come aiutare a far assumere corrette posizioni.

Vengono di seguito presentate le principali tecniche di mobilizzazione e posizionamento; per ognuna di esse sono descritti gli obiettivi, la modalità di esecuzione e il materiale eventualmente necessario.

È utile sottolineare che, quando non controindicato, le capacità di movimento residue della persona che si assiste vengano considerate una risorsa da valorizzare e mantenere.

Ciò significa che, anche se a volte è più semplice e richiede meno tempo sostituirsi completamente alla persona mobilizzandola in modo passivo, è importante sia sul piano psicologico sia su quello del mantenimento dell'autonomia possibile, coinvolgere l'assistito attivamente nei diversi passaggi di posizione.

Chi assiste in modo continuativo persone con difficoltà di movimento deve però essere attento anche alla propria salute.

Alcuni semplici accorgimenti possono prevenire danni alla schiena che, quando si devono sollevare o spostare pesi importanti in modo continuativo, è particolarmente sottoposta a sollecitazioni e sovraccarichi.

La prevenzione dei danni alla schiena si basa essenzialmente sull'utilizzo di giuste tecniche, comprendenti anche l'uso di ausili, ed eventualmente sull'aiuto di un'altra persona.

Consigli utili per chi assiste:

- quando ci si deve abbassare per sollevare un peso, flettere le gambe mantenendo la schiena dritta
- allargare i piedi (stessa larghezza delle spalle) per aumentare la base di appoggio e migliorare la stabilità
- portare il peso da sollevare il più vicino possibile al corpo
- negli spostamenti della persona a letto, per meglio distribuire lo sforzo fisico appoggiare eventualmente un ginocchio sul letto
- rimuovere eventuali ostacoli (tappeti, lampade, ecc.) e fare in modo di avere sufficiente spazio intorno al letto per eseguire le manovre richieste e per avvicinare il più possibile la carrozzina (ricordarsi sempre di azionare i freni prima di procedere agli spostamenti)
- utilizzare gli ausili disponibili (in particolare il sollevatore) anche se richiedono più tempo rispetto alla movimentazione manuale
- se possibile, effettuare regolarmente esercizi fisici per mantenersi in buona salute.

MOBILIZZAZIONE O CAMBIO DI POSIZIONE

Obiettivi:

- mantenere nel tempo la capacità di movimento che la persona è ancora in grado di eseguire;
- agevolare il compito assistenziale.

Esecuzione tecnica:

- muovere in modo regolare e costante la persona;
- in chi ha conservato la capacità di camminare occorre stimolare il più possibile il movimento assistendo la persona negli spostamenti o fornendo gli ausili necessari (bastone, girello, deambulatore);
- nei cambi di posizione (letto-seduto-in piedi e viceversa) ricercare sempre la collaborazione attiva della persona;
- non sostituirsi alla persona nelle attività quotidiane che riguardano l'igiene, l'alimentazione e l'abbigliamento.

COME AIUTARE LA PERSONA A CAMBIARE POSIZIONE A LETTO

Obiettivi:

- facilitare il recupero delle funzioni e delle autonomie della persona
- ridurre gradualmente il carico assistenziale

PASSAGGIO DALLA POSIZIONE SUL DORSO A QUELLA SUI FIANCO (ROTAZIONE IN DECUBITO LATERALE)

La manovra può essere effettuata da 1-2 operatori. Prima di effettuare lo spostamento di rotazione sul fianco assicurarsi che sia presente lo spazio necessario nel letto per posizionare in sicurezza la persona: es. per effettuare la rotazione sul fianco dx spostare la persona verso il bordo sinistro del letto.



Fig. 1

SPOSTAMENTO DELLA PERSONA VERSO IL BORDO DEL LETTO

Esecuzione tecnica

L'operatore:

- fa piegare le gambe della persona [fig. 1]
- posiziona le mani al bacino della persona e ne facilita lo spostamento laterale [fig. 1a]
- posiziona le mani alle spalle della persona e ne facilita lo spostamento laterale



Fig. 1a

ROTAZIONE DECUBITO LATERALE

Esecuzione tecnica

L'operatore posto dal lato dove avviene la rotazione:

- fa piegare le gambe della persona [fig. 2]
- effettua la presa a livello del bacino e della scapola e aiuta la rotazione [figg. 2a e 2b]



Fig. 2



Fig. 2a



Fig. 2b

PASSAGGIO DALLA POSIZIONE SUL FIANCO A SEDUTO (DECUBITO LATERALE/SEDUTO)

Esecuzione tecnica

L'operatore:

- agevola lo spostamento delle gambe fuori dal letto [fig. 3]
- guida la persona a far pressione sul braccio e la aiuta a raggiungere la posizione seduta [figg. 3a e 3b]



Fig. 3



Fig. 3a



Fig. 3b

PASSAGGIO LETTO/CARROZZINA

Esecuzione tecnica

L'operatore:

1. rimuove le pedane e posiziona la carrozzina frenata dal lato sano (angolo di circa 30°) [fig. 4];
2. aiuta la persona ad alzarsi e se necessario fissa i piedi del paziente con i propri per evitarne lo scivolamento;
3. guida la rotazione della persona verso la carrozzina e ne accompagna la discesa.



Fig. 4 sequenza del passaggio letto carrozzina

POSIZIONAMENTO DELLA PERSONA CON DIFFICOLTÀ DI MOVIMENTO

Obiettivo

La posizione (postura) per la persona con difficoltà di movimento deve essere confortevole

Una corretta posizione previene:

- rigidità nei movimenti delle articolazioni
- contratture muscolari
- lesioni da decubito (piaghe)
- complicanze vascolari e respiratorie

Esecuzione tecnica

Quando la persona non è in grado di muoversi in modo autonomo, ogni posizione, anche la più corretta, va modificata ogni due ore.

Le posizioni più comunemente utilizzate sono:

- supina (pancia in su) [fig. 1]
- decubito laterale (sul fianco)
- semiseduta
- seduta in carrozzina



Fig. 1 posizione supina

POSIZIONE SUPINA

Obiettivo

Prevenire:

- posizioni scorrette
- rigidità nei movimenti delle articolazioni
- contratture muscolari
- lesioni da decubito (piaghe)
- complicanze vascolari e respiratorie

Materiale occorrente:

- cuscini di diverso materiale e consistenza
- rotolini o spessori in gommapiuma, salviette arrotolate
- archetto alzacoperte

Esecuzione tecnica:

- corpo allineato (testa-schiena-bacino)
- braccia distese lungo i fianchi lievemente distanti dal busto per evitare punti di contatto con il corpo
- gomiti leggermente flessi e palmi delle mani adagiati in modo naturale
- gambe allineate lievemente divaricate evitando punti di contatto tra di loro

NOTA: è indicato l'utilizzo del materasso antidecubito per prevenire lesioni della pelle nei casi in cui la persona mantenga a lungo la stessa posizione o non sia in grado di muoversi da sola.

VARIAZIONI DELLA POSIZIONE SUPINA

TESTA/COLLO

Obiettivo:

- favorire un corretto allineamento posturale
- prevenire rigidità e contratture muscolari

Esecuzione tecnica

In presenza di deviazioni laterali del capo posizionare un piccolo cuscinetto per ripristinare la posizione corretta

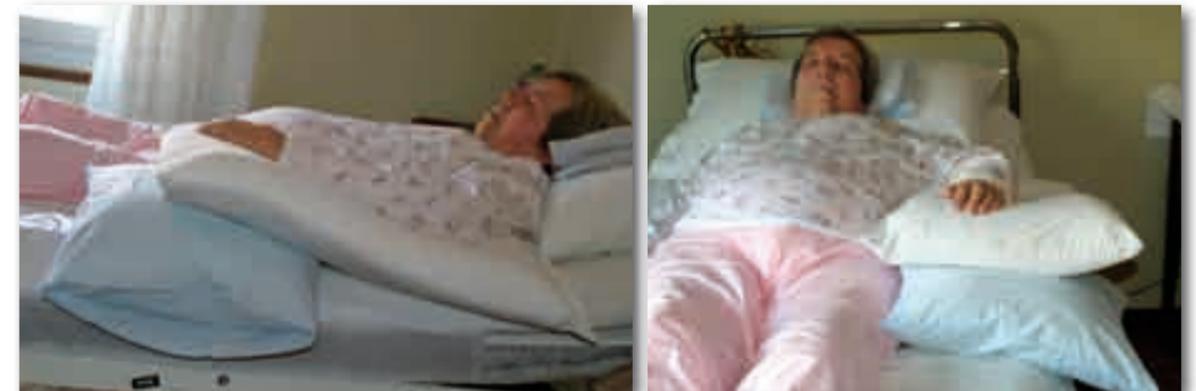
BRACCIA (arti superiori)

Obiettivo:

- evitare punti di contatto per prevenire lesioni alla pelle (arrossamenti-piaghe da decubito)
- prevenire o ridurre il gonfiore del braccio e della mano

Esecuzione tecnica:

- il cuscino su cui si posiziona il braccio va messo per il lungo partendo subito al di sotto della spalla per sostenerla
- se la mano è molto gonfia mettere un secondo cuscinetto per tenerla più in alto rispetto alla spalla [figg. 2 e 2a]
- se il braccio tende a rimanere vicino al corpo mettere un rotolino per evitare il contatto.



Figg. 2 - 2a esempio di posizionamento del braccio e della mano (in caso di gonfiore) rispetto alla spalla

GAMBE (arti inferiori)

Obiettivo:

- ridurre il peso delle coperte
- evitare posizioni scorrette
- evitare punti di contatto per prevenire lesioni della pelle (arrossamenti-piaghe da decubito)
- prevenire o ridurre il gonfiore (edema) dell'arto

Materiale occorrente:

- cuscini di varie misure e consistenze
- rotolini di gommapiuma o salviette arrotolate
- archetto alzacoperte

Esecuzione tecnica:

- in presenza di gonfiore al piede/gamba posizionare un cuscino messo per il lungo sotto l'arto [fig 3]
- in presenza di piede cadente (parsi al piede) posizionare un cuscinetto alla pediera del letto per sostenerlo e l'archetto alzacoperte [fig. 3a]
- se la gamba o il piede ruotano in fuori posizionare un rotolino lateralmente alla gamba per sostenerla in posizione corretta [fig. 3b]
- in presenza di rischio di piaghe al tallone posizionare un cuscino sotto le gambe per mantenere i talloni sollevati.



Fig. 3



Figg. 3a - 3b esempio di posizionamento gamba/piede

DECUBITO LATERALE (SUL FIANCO)

Obiettivo:

- offrire una posizione alternativa alla posizione supina
- evitare posizioni scorrette, evitare punti di contatto per prevenire lesioni alla pelle

Materiale occorrente:

- cuscini di varie misure e consistenze
- rotolini di gommapiuma o salviette arrotolate

Esecuzione tecnica:

- il cuscino sotto la testa la deve sostenere in modo da assicurare un buon allineamento con la schiena [fig. 4]
- il braccio sottostante sta nella posizione più confortevole per la persona
- il braccio soprastante è sostenuto da un cuscino su cui è appoggiata



Fig. 4

anche la mano [fig. 4a]

- la gamba sottostante rimane appoggiata al letto con il ginocchio leggermente piegato
- la gamba soprastante è leggermente portata in avanti, sostenuta da un cuscino con lieve flessione del ginocchio e dell'anca evitando punti di contatto tra i due arti
- se il paziente non è in grado di mantenere questa posizione e tende a rotolare indietro, posizionare un cuscino dietro la schiena per sostenerla



Fig. 4a

NOTA:

- se la persona è stata operata all'anca deve essere posizionata sul fianco NON operato;
- paziente con emiplegia: la posizione sul fianco paralizzato è possibile ma va verificata insieme ad un operatore sanitario.

POSIZIONE SEMISEDUTA

Obiettivo:

- facilitare la respirazione
- evitare punti di pressione elevata a livello dell'osso sacro (bacino)
- evitare posizioni scorrette
- evitare punti di contatto per prevenire lesioni alla pelle

Materiale occorrente:

- cuscini di varie misure e consistenze
- archetto alzacoperte

Esecuzione tecnica:

- il sollevamento della testiera del letto non deve superare i 30° [fig. 5]
- capo allineato al corpo
- braccia distese lungo i fianchi evitando punti di contatto
- gambe allineate senza punti di contatto
- ginocchia lievemente flesse (letto articolato e piccolo cuscino) [fig. 5a].



Fig. 5 testiera del letto sollevata di 30°



Fig. 5a ginocchia lievemente flesse

POSIZIONE SEDUTA IN CARROZZINA

Obiettivo:

- evitare punti di contatto tra le cosce e le spondine laterali della carrozzina
- evitare lo scivolamento del bacino in avanti
- migliorare l'autonomia e della relazione della persona
- evitare posizioni scorrette

Materiale occorrente:

- cuscini di varie misure
- cuscino antidecubito

Esecuzione tecnica:

- capo/tronco allineati; se la persona non controlla il tronco o ha deviazioni laterali utilizzare cuscinetti o supporti per correggere la postura [fig. 6]
- braccia appoggiate ai braccioli, su un tavolino posto davanti o su un cuscino [fig. 6a]
- bacino posizionato in fondo al sedile
- gambe posizionate in modo tale da formare un angolo di circa 90° tra anca-ginocchio-caviglia
- completo appoggio dei piedi sulle pedane [fig. 6b]



Fig. 6



Fig. 6a



Fig. 6b

NOTE

Se la posizione seduta è mantenuta a lungo è preferibile utilizzare:

- poltrona con schienale reclinabile
- carrozzina rigida imbottita
- carrozzina con sistema di postura o basculante [fig. 7]
- carrozzina pieghevole (in ambito domestico) per breve tempo
- **sconsigliato l'utilizzo della comoda** come ausilio per la postura seduta



Fig.7 carrozzina basculante cambio di posizione da seduto a semisdraiato

BIBLIOGRAFIA

AISLA *La vita quotidiana, fisioterapia e ausili*. Libretto informativo, Associazione AISLA

J.V. Basmajian *L'esercizio terapeutico*. Piccin Padova, 1990 IV Ed.

P.M. Davies *Steps to Follow – Passo dopo passo*. Springer-Verlag, Berlin, 1991

V. Noto *Il libro di Enea- Manuale di Ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio*. UTET- Scienze Mediche Torino, 2003

Corso di formazione *Ausili per la vita quotidiana nel progetto di autonomia possibile-Metodologia della scelta, conoscenza delle norme vigenti, riorganizzazione domestica-ambientale*. ASL Brescia, 2007

Corso di formazione *La carrozzina: scieglierla e personalizzarla per la mobilità e la postura*. Milano, 2000

La persona con demenza e disturbi del comportamento

Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso



DEMENZA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

La memoria può tradire, le parole possono incepparsi, ma la persona è ancora tutta lì, con la sua storia, le sue capacità, i suoi desideri e le sue emozioni.

Con il termine **demenza** si indica una malattia del cervello che comporta la perdita di alcune facoltà mentali (ad esempio la memoria, il ragionamento, il linguaggio) tale da pregiudicare la possibilità di vita autonoma. Colpisce generalmente le persone anziane: circa il 10% degli ultra 65enni ed il 20% degli ultra 80enni che vivono a casa, presentano un deterioramento delle funzioni cognitive. La demenza è una malattia in continuo aumento in relazione all'allungamento della vita. Sintomi simili alla demenza possono manifestarsi nel corso di malattie acute febbrili oppure come conseguenza di malattie croniche non ben controllate. L'uso scorretto di alcuni farmaci (tranquillanti, sonniferi, farmaci per il mal d'auto), può essere responsabile di disturbi di memoria o confusione. Anche il trasferimento in ambienti non conosciuti, quale l'ospedale, può provocare uno stress tale da produrre una condizione di apparente demenza. In questi casi però la situazione può tornare alla normalità.

LE PRINCIPALI FORME DI DEMENZA

La malattia di Alzheimer

La più frequente e nota forma di demenza è **l'Alzheimer**, una malattia che "distrugge progressivamente le cellule cerebrali, rendendo a poco a poco l'individuo che ne è affetto incapace di una vita normale". Prende il suo nome dal neurologo Alois Alzheimer che nel 1906 identificò per la prima volta la malattia. Si tratta di un'alterazione del cervello per cui le cellule perdono in modo progressivo la loro funzione. Colpisce soprattutto le persone anziane oltre i 60 anni, ma può manifestarsi anche prima di quell'età. L'inizio è generalmente graduale e il decorso lento, con una durata media di 8-10 anni dalla comparsa dei primi sintomi; la malattia si manifesta in un primo momento con disturbi di memoria circoscritti ad alcuni episodi della vita quotidiana, come ad esempio non ricordarsi cosa si è mangiato a pranzo o cosa si è fatto durante il giorno. Tali disturbi possono riguardare anche l'organizzazione di eventi programmati, come ad esempio non ricordarsi un appuntamento oppure dimenticare di spegnere i fornelli a fine cottura dei cibi. Poi, col passare del tempo, il disturbo della memoria colpisce anche i ricordi del passato e porta ad un disorientamento nello spazio e nel tempo. Col progredire della malattia le persone manifestano l'incapacità progressiva a svolgere le normali attività quotidiane: lavarsi, alimentarsi, vestirsi e necessitano quindi di assistenza continua. È bene sapere che a livello territoriale sono presenti le Unità di Valutazione Alzheimer (UVA), in cui operano équipe sanitarie di specialisti esperti nella valutazione dei pazienti con demenze; sono calcolo di riferimento rilevanti per una più adeguata e precoce diagnosi della malattia di Alzheimer e per intervenire subito con la cura. Le UVA prescrivono i farmaci adatti e contribuiscono al monitoraggio della malattia: rappresentano una importante risorsa per il paziente e la sua famiglia nella gestione della malattia.

Per avere maggiori informazioni circa le UVA presenti a Brescia e provincia, ci si può rivolgere agli operatori del Distretto competente per territorio.

La demenza multi-infartuale

È dovuta all'arteriosclerosi cerebrale (irrigidimento delle arterie cerebrali) e in particolare a lesioni cerebrali multiple (lesioni ischemiche) provocate dall'interruzione del flusso di sangue al cervello. È importante sottolineare che questa forma di demenza può essere prevenuta, al contrario della malattia di Alzheimer, tramite il corretto controllo dei fattori che ne favoriscono l'insorgenza: in particolare **l'ipertensione** ed il **diabete mellito** (vedi schede specifiche).

La demenza può essere dovuta anche alla contemporanea presenza di malattia di Alzheimer e di lesioni ischemiche.

GESTIONE DEI PROBLEMI QUOTIDIANI E DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO NELLE DEMENZE

Trovarsi nella condizione di dover gestire una persona colpita da demenza, in particolare con l'Alzheimer, coglie di solito impreparati. La prima necessità che si presenta è quella di essere informati su che cosa è realmente la malattia, quale evoluzione potrà avere e come gestire i problemi di comportamento che il malato di solito presenta.

Le informazioni contenute in questa sezione si propongono di rispondere ad alcuni degli interrogativi sul decorso della malattia e vogliono offrire alcune soluzioni pratiche per affrontare i problemi quotidiani di vita e di assistenza di una persona malata di demenza.

Nella maggior parte dei casi il decorso della demenza nel malato anziano e/o non autosufficiente, è caratterizzato dal dover affrontare i problemi della gestione quotidiana dei bisogni primari ed in particolare i disturbi del comportamento e della sfera relazionale. Il coinvolgimento emotivo e le difficoltà quotidiane nel controllare i comportamenti della persona, rendono veramente difficile la vita del caregiver. Si richiede uno sforzo d'affetto, di pazienza, di fantasia e ottimismo per creare le condizioni affinché il malato possa vivere nel migliore dei modi.

La memoria

Uno dei sintomi più comuni della malattia di Alzheimer è la perdita della memoria che può irritare la persona (es. dimenticare che giorno è) oppure preoccupare (es. accorgersi di lasciare il gas aperto). All'inizio è facile che il malato nasconda per vergogna o imbarazzo le conseguenze della sua perdita di memoria: in seguito sarà meno consapevole, ma potrà comunque soffrirne. Al fine di tranquillizzare il malato è utile non modificare il suo ambiente di vita, poiché, con l'andar del tempo, perde la capacità di affrontare qualsiasi cambiamento.

Problemi	Strategie
<ul style="list-style-type: none"> Dimenticanze poco importanti ma che fanno sentire inutile la persona (es. dimenticare chi è venuto a far visita, un appuntamento, ecc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Mantenere un atteggiamento rassicurante e positivo Ricordare ogni tanto che cosa si deve fare, che cosa sta succedendo, chi sono determinate persone in modo naturale senza creare imbarazzi (es. tono della voce, espressione del viso, ecc.)
<ul style="list-style-type: none"> Utilizzare termini impropri perché non si ricordano quelli esatti 	<ul style="list-style-type: none"> Evitare di sottolineare gli errori e mostrare che si è compreso
<ul style="list-style-type: none"> Non ricordare che cosa e come fare 	<ul style="list-style-type: none"> Predisporre biglietti promemoria, foglietti autoadesivi sulle cose (es. frigorifero) con semplici spiegazioni

La comunicazione

Con il graduale peggioramento del linguaggio avviene una progressiva e crescente difficoltà di comunicazione che può provocare al malato uno stato di mortificazione, confusione e talvolta anche rabbia. Sono sentimenti che possono coinvolgere anche chi assiste la persona malata.

Alcuni accorgimenti e soluzioni pratiche per facilitare e migliorare la comunicazione sono:

- avere un atteggiamento sereno ed incoraggiare il malato a parlare
- sedersi di fronte al malato e far in modo che la persona possa vedere le labbra mentre si parla
- stabilire un contatto con lo sguardo
- toccare con delicatezza il suo corpo per rassicurarlo e dargli sostegno

- porre attenzione al tono e all'inflessione della voce
- controllare l'espressione del viso per evitare messaggi contrastanti
- controllare regolarmente se la persona è ancora in grado di leggere e di capire i messaggi scritti.

Problemi	Strategie
<ul style="list-style-type: none"> Difficoltà nel formulare una frase Riduzione delle parole ricordate e utilizzate (riduzione del vocabolario) 	<ul style="list-style-type: none"> Utilizzare frasi e parole semplici, brevi e concrete Non sottolineare gli errori e cercare di aiutare la persona utilizzando parole più semplici
<ul style="list-style-type: none"> Difficoltà a comprendere e/o memorizzare contenuti 	<ul style="list-style-type: none"> Parlare con calma e lentamente Far comprendere per gradi i concetti Dare un messaggio alla volta
<ul style="list-style-type: none"> Comunicazioni incongrue rispetto alla situazione (es. fuori piove ma la persona trova che sia una bella giornata) 	<ul style="list-style-type: none"> Sottolineare l'aspetto che sta a cuore alla persona (es. di risposta: oggi ti senti bene)

Il disorientamento

I malati di demenza spesso non sono in grado di:

- identificare il luogo in cui si trovano
- riconoscere cose e persone
- orientarsi nel tempo e nello spazio.

Potranno avere difficoltà nel riconoscere il percorso per tornare a casa, ma anche per andare in bagno o in cucina. Occorrerà quindi dare sicurezza al paziente attraverso azioni ripetute sempre uguali.

È utile disporre l'arredo in modo essenziale attraverso:

- disponibilità di spazi vuoti
- assenza di tappeti
- stanze luminose
- zona giorno separata o ben identificabile rispetto alla zona notte.

In questo modo si permette al malato di muoversi liberamente in casa senza pericoli.

Importante è anche creare un ambiente tranquillo e ovattato, privo di stimoli violenti e rumori molesti per infondere al malato maggior serenità. Informazioni essenziali riguardanti il trascorrere del tempo lo potranno aiutare a sentirsi più tranquillo.

Problemi	Strategie
<ul style="list-style-type: none"> Non riconoscere di essere in casa propria 	<ul style="list-style-type: none"> Attirare l'attenzione della persona su un oggetto a lei familiare (es. poltrona, quadro, ecc.) Richiamare già al risveglio alcune informazioni (es. buona giornata, sono Maria tua moglie)
<ul style="list-style-type: none"> Non riconoscere i luoghi di casa 	<ul style="list-style-type: none"> Mettere cartelli alle porte indicanti il nome della stanza
<ul style="list-style-type: none"> Difficoltà nel riconoscere il trascorrere del tempo 	<ul style="list-style-type: none"> Mettere in modo ben visibile orologio e calendario con giorno e mese Richiamare, senza insistere, per esempio il giorno, l'ora, il luogo

Il malato di Alzheimer perde progressivamente anche la capacità di compiere i più semplici atti della vita quotidiana. È necessario quindi che i familiari siano consapevoli che non sono capricci, ma capiscano come sia indispensabile adeguarsi all'atteggiamento della persona malata.

Igiene personale e abbigliamento

Talvolta i pazienti dementi mettono in atto una vera e propria lotta nel rifiutare le operazioni legate all'igiene personale (es. lavarsi, cambiarsi). Occorrerà, mantenendo la privacy e l'indipendenza, assicurargli tutta l'assistenza necessaria. Sarà necessario aiutarlo nell'atto di vestirsi, incoraggiarlo e rassicurarlo dandogli il tempo e, se necessario, trovare sistemi appropriati per fargli scegliere l'indumento adatto, mantenendo la capacità residua di autonomia.

L'alimentazione

La persona demente può manifestare insofferenza nel momento del pasto. Fare in modo che comunque i pasti siano un'esperienza gradevole vuole anche dire accettare il comportamento a tavola senza preoccuparsi troppo delle buone maniere e della pulizia. Occorre anche mettere in atto una serie di atteggiamenti che servono ad aiutare la persona in difficoltà a mantenere una certa autonomia.

Problemi	Strategie
<ul style="list-style-type: none"> Non sta seduto a tavola 	<ul style="list-style-type: none"> Dare un panino e dare la possibilità di mangiarlo mentre cammina
<ul style="list-style-type: none"> Sporca tutto, mangia con le mani 	<ul style="list-style-type: none"> Non mettere fretta Non rimproverare la persona ed eventualmente suggerire quale posata prendere (il cucchiaino piuttosto che la forchetta) Mettere un sottofondo musicale per ottenere un'atmosfera rilassante Coinvolgere, quando possibile, nella preparazione del cibo e/o della tavola Preparare cibo che possa essere preso con le dita Non essere troppo severi se non si ottengono i risultati desiderati
<ul style="list-style-type: none"> Mangia spesso perché non si ricorda di avere mangiato 	<ul style="list-style-type: none"> Preparare pasti più piccoli e più frequenti mantenendo ogni volta un certo rituale (tempo dedicato, modalità di distribuzione del pasto, ecc.)

I cambiamenti di umore e i disturbi di comportamento

I disturbi del comportamento sono un problema difficile da gestire e fonte di notevole stress per i familiari, oltre a compromettere il livello di autonomia della persona affetta da demenza. Tra i principali troviamo: l'agitazione, l'aggressività, il vagabondaggio, i deliri e le allucinazioni, i disturbi del sonno.

L'aggressività e l'agitazione

Generalmente l'aggressività è dettata dalla paura; si tratta di una naturale reazione difensiva contro la falsa percezione di un pericolo o di una minaccia. Pertanto chi assiste il malato dovrà tranquillizzare la persona con un atteggiamento rassicurante evitando atteggiamenti di sfida, discussione, derisione.

Inoltre è bene NON mettere in atto comportamenti quali:

- bloccare fisicamente il malato
- metterlo con le spalle al muro
- ricorrere a punizioni
- non consentirgli un adeguato spazio di movimento.

Altri accorgimenti per ridurre uno stato di agitazione sono:

- evitare bevande come il tè e il caffè che contengono sostanze eccitanti
- creare un ambiente tranquillo perché i rumori e la confusione possono avere un ruolo determinante nello scatenare comportamenti aggressivi
- capire quali cause scatenano simili comportamenti e prevenirle.

Problemi	Strategie
<ul style="list-style-type: none"> Aggressività sia verbale che fisica (es. uso di parolacce, o percosse) 	<ul style="list-style-type: none"> Mantenere un atteggiamento calmo per non perdere il controllo della situazione Rassicurare con le parole utilizzando un tono calmo e mostrare un atteggiamento dolce e rassicurante attraverso il contatto fisico Cercare di distrarre il malato magari proponendogli di fare una passeggiata o una attività a lui gradita
<ul style="list-style-type: none"> Comportamento agitato, non finalizzato, ripetizione di gesti o azioni senza un fine specifico 	<ul style="list-style-type: none"> Trovare qualcosa di utile da fare (es.: piegare asciugamani, strofinacci) Dare qualcosa con cui giocare

La depressione

È un sintomo molto frequente della malattia, presente sia all'inizio sia durante il decorso, si manifesta generalmente attraverso:

- stanchezza
- sonno irregolare
- inappetenza
- perdita di peso.

Occorrerà quindi offrire al malato sostegno e comprensione, cercando di interrompere il "circolo vizioso della depressione". Lo specialista dell'Unità di Valutazione Alzheimer e lo Psicologo possono dare indicazioni utili nella gestione di questo problema.

Problemi	Strategie
<ul style="list-style-type: none"> Perdita di interessi come per esempio il lavoro a maglia, il giardinaggio, ascoltare musica 	<ul style="list-style-type: none"> Assicurare un ambiente tranquillo Stimolare attività fisica come le passeggiate, occupazioni piacevoli Evitare situazioni stressanti
<ul style="list-style-type: none"> Rifiuto di fare alcune cose perché non ci si sente più adeguati (es. fare le torte, alcuni lavori manuali) 	<ul style="list-style-type: none"> Stimolare l'autostima chiedendo di imparare dalla loro esperienza (es. richiedere la supervisione per la ricetta della torta)

Il vagabondaggio

Un atteggiamento tipico di questi pazienti è camminare continuamente da un posto all'altro senza un motivo apparente. Questo è dovuto generalmente alla semplice e fondamentale necessità di muoversi oppure è una risposta alla noia. È importante che il malato possa spostarsi senza pericoli eliminando eventuali

ostacoli. Inoltre, in generale, è sempre meglio cercare di distrarre la persona piuttosto che contrastarla apertamente.

Problemi	Strategie
<ul style="list-style-type: none"> Girovagare solo per noia 	<ul style="list-style-type: none"> Incrementare le attività ricreative e l'attività fisica evitando i periodi di sonno durante il giorno
<ul style="list-style-type: none"> Girovagare di notte: il buio aumenta la confusione quindi l'agitazione 	<ul style="list-style-type: none"> Predisporre luci da notte nella camera da letto, nel corridoio, nel bagno per aiutare il malato ad orientarsi
<ul style="list-style-type: none"> Impedire l'uscita di casa perché rappresenta un pericolo per la persona 	<ul style="list-style-type: none"> Nascondere le chiavi di casa o comunque sistemarle in un punto di difficile accesso Installare una serratura di difficile apertura pur mantenendo la possibilità di uscita in caso di emergenza
<ul style="list-style-type: none"> Trasferimento della persona in un ambiente nuovo 	<ul style="list-style-type: none"> Se possibile coinvolgere il malato nell'organizzazione del trasferimento; in caso contrario occorre dare il tempo per ambientarsi, avere pazienza e un atteggiamento rassicurante.

L'insonnia

Avere disturbi del sonno è un problema frequente per questi malati che si alzano spesso durante la notte con il desiderio di fare una passeggiata oppure con l'intenzione di fare colazione. È un disturbo che affatica molto chi assiste e può essere un motivo per chiedere un ricovero temporaneo o definitivo.

In primo luogo si deve valutare l'eventuale presenza di altre cause:

- altre malattie
- presenza di dolori
- crampi muscolari notturni
- scorretta assunzione di farmaci
- ansia o depressione.

Dopo averle escluse è possibile adottare alcuni comportamenti per cercare di limitare il problema, accettando il fatto che il camminare incessantemente è una conseguenza non del tutto eliminabile della malattia di Alzheimer e delle demenze. Per questo motivo, è consigliabile che ci sia un'alternanza tra le persone che assistono, soprattutto durante le ore notturne.

Problemi	Strategie
<ul style="list-style-type: none"> Girovagare notturno 	<ul style="list-style-type: none"> Assicurare un ambiente tranquillo, rilassante, eventualmente prevedere un sottofondo musicale a basso volume Assicurare un ambiente privo di pericoli (es. sistemare un cancello in cima alle scale se le camere da letto sono al piano superiore) Evitare riposi diurni Alla sera evitare l'assunzione di sostanze stimolanti e somministrare preferibilmente un po' di latte Incoraggiare l'esercizio fisico durante il giorno
<ul style="list-style-type: none"> Stanchezza per mancanza di sonno del familiare o della persona che assiste 	<ul style="list-style-type: none"> È consigliabile che ci sia un'alternanza tra le persone che assistono, soprattutto durante le ore notturne. Dare la possibilità a chi assiste di notte di poter recuperare il sonno (es. dormire di giorno presso un'altra casa)

I deliri e le allucinazioni

Con il termine "**delirio**" si intende la presenza di convinzioni errate della realtà, non facilmente correggibili, che condizionano il comportamento del malato. Il termine "**allucinazione**" indica la presenza di percezioni in assenza di stimoli esterni: la persona crede di udire, vedere, percepire qualcosa che non esiste nella realtà.

In un'elevata percentuale di persone con demenza si presentano deliri di diverso tipo:

- delirio di persecuzione: "Il postino non vuole consegnarmi quella lettera importante"
- delirio di ladrocinio: "Mi rubano le chiavi di casa, i soldi, ecc."
- delirio di false identificazioni: "È entrata in casa una persona estranea", riferendosi alla badante. Infatti i malati di Alzheimer perdono nel tempo la capacità di individuare i ruoli parentali, pur riconoscendo ancora le persone: la figlia diventa la sorella, i nipoti sono fratelli, il marito o la moglie sono cognati o altro. Il malato non si sa più attribuire l'età esatta e si crede solitamente più giovane.

In presenza di deliri e allucinazioni è opportuno, con tatto e delicatezza, riportare la persona ad un rapporto corretto con la realtà; si deve però fare attenzione a non irritare il malato che si sente contraddetto in cose delle quali è convinto. In questi casi è utile spostare l'attenzione su altro.

Problemi	Strategie
<ul style="list-style-type: none"> Il malato rivolge la parola a qualcuno che non c'è 	<ul style="list-style-type: none"> Rivolgere con calma domande come: "sei sicuro che lì ci sia qualcuno?" Cercare di rassicurare con tono di voce calmo e con il contatto fisico senza mettere in discussione la situazione delirante Distrarre la persona spostando la sua attenzione
<ul style="list-style-type: none"> Il malato non riconosce la sua immagine nello specchio, parla con personaggi televisivi 	<ul style="list-style-type: none"> Coprire con un drappo le superficie riflettenti, eliminare se possibile il televisore
<ul style="list-style-type: none"> Accuse di furto e/o sottrazioni di averi a parenti e persone estranee 	<ul style="list-style-type: none"> Ignorare le false accuse ed avvertire eventualmente altre persone di non offendersi Distrarlo, spostando la sua attenzione su altri luoghi o attività
<ul style="list-style-type: none"> Impossibilità a ritrovare oggetti e negazione di smarrimento 	<ul style="list-style-type: none"> Cercare di tenere traccia di dove si trovano gli oggetti Distrarre la persona spostando la sua attenzione su altri oggetti Fare i duplicati delle chiavi

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

O. Zanetti, M. Trabucchi *Le Demenze una guida per i familiari*. Provincia Lombardo-Veneta, Fatebenefratelli; Dipartimento per i disturbi cognitivi dell'anziano; IRCCS Centro S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli Brescia – IV edizione
www.alzheimer.it
www.wikipedia.it

