

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA
Facoltà Di Medicina e Chirurgia
Laurea in Infermieristica

LA CHIRURGIA DEL CARCINOMA
LARINGEO
NURSING POSTOPERATORIO

RELATORE : Prof. Giorgio FERRARI

CANDIDATA :
SIMONA ZANGARI

ANNO ACCADEMICO 2002/2003

A
Francesca Bianco
Nicole Salteri
Federico Zangari

Sperando che non smettano mai
di sognare.

LA VOCE

La Voce è una finestra aperta sulle emozioni.

*La modulazione, il tono, le pause, i silenzi,
la velocità con la quale si parla,
tutto corre insieme ai sentimenti,
alle sensazioni.*

*Si può cercare di controllare la voce,
imparare a farlo,
ma è anche questo un modo per entrare in
relazione,
impedire agli altri di leggerti dentro.*

Anonimo

Ringraziamenti

Vorrei iniziare col dire Grazie a mia Madre e a mio Padre perché, se IO SONO, è merito Loro.

Grazie a Vania Osvildi, i.p. nel reparto ORL dell'Ospedale Civile S.Andrea di La Spezia, nonché amica, per gli stimoli forniti e l'affettuoso sostegno al mio lavoro.

Grazie ad Alessandro Lunardi ,per la sua fiducia ,per la sua pazienza e per avermi capita.

Grazie ad Alessandro Manfroni per l'aiuto fornitomi nella stesura di questo testo e per l'Amicizia che da anni non mi fa mancare.

Un Grazie Particolare al Prof.Giorgio Ferrari, Aiuto nel Reparto ORL dell'Ospedale Civile S.Andrea Di La Spezia, per l'Interessamento,l'Attenzione e l'Aiuto con cui ha seguito questo lavoro.

Simona Zangari

*RIVOLGO UN PENSIERO ANCHE A TE,
MIO PICCOLO, GRANDE, MERAVIGLIOSO AMICO,
COMPAGNO DI "VIAGGIO" IN QUESTI ULTIMI
OTTO ANNI.
MI AUGURO DI ESSERE RIUSCITA AD AMARTI
COME TU HAI AMATO ME.*

SIMONA

INTRODUZIONE

La chirurgia del carcinoma laringeo è un trattamento che pone molte problematiche assistenziali sia per l'organo interessato, sia per l'evoluzione continua della tecnica chirurgica che per gli effetti psicologici che la patologia e la terapia hanno sul paziente.

La laringe è il crocevia delle vie respiratorie e digestive e una sua funzionalità è indispensabile per la respirazione e l'alimentazione; inoltre la laringe è l'organo della fonazione e quindi importantissimo per la comunicazione interpersonale.

Tutti gli interventi chirurgici a carico della laringe intervengono modificando una o più di queste importanti funzioni e presuppongono un periodo postoperatorio di supplenza di tali funzioni e di rieducazione.

Nel passato il carcinoma della laringe veniva trattato prevalentemente con l'intervento di laringectomia totale, intervento demolitivo che presupponeva la perdita della fonazione, la separazione permanente delle vie respiratorie e vie digestive: tracheotomia permanente e mantenimento di una continuità delle vie digestive.

Questo intervento garantisce una buona prognosi ma gravi mutilazioni e disabilità per il paziente.

Negli ultimi 40 anni si sono andate diffondendo tecniche chirurgiche conservative che, con precise indicazioni, hanno lo stesso tasso di successo dell'intervento demolitivo ma mantengono le funzioni peculiari della laringe grazie alla porzione della stessa che viene risparmiata; queste tecniche presuppongono un nursing postoperatorio assai complesso in quanto il training riabilitativo è fondamentale per la ripresa di funzioni fonatorie, respiratorie e deglutitorie accettabili.

CENNI STORICI

- ◆ 1834- asportazione di tumore maligno della laringe con tecnica conservativa (ricidiva costante)
- ◆ 1873- Billroth esegue la prima laringectomia totale per cancro (mortalità dei primi casi: 40%)
- ◆ 1910- Gradenigo definisce le controindicazioni alla cordectomia
- ◆ 1938- laringectomia orizzontale sovraglottica sec. Alonso
- ◆ 1940- emilaringectomia sec. Hautant e sec. Gluck-Sorensen
- ◆ 1950- Leroux Robert describe la laringectomia frontale anteriore
- ◆ 1970- tracheoiodopessia sec. Serafini
- ◆ 1971- cricoiodopessia sec. Labayle
- ◆ 1974- cricoioidoepiglottopessia sec. Piquet
- ◆ 1975- Jako e Strong accoppiano il laser CO2 al microscopio per asportazione di lesioni laringee

CENNI ANATOMICI

La laringe è posta nella regione cervicale; è un organo mediano e confina in alto con l'orofaringe, lateralmente con l'ipofaringe (che è in parte contenuta all'interno dello scheletro laringeo nella porzione definita seni piriformi) ed in basso con la trachea.

Dall'esterno la laringe appare come un organo con forma di "prua di nave" volta anteriormente aperta posterosuperiormente verso l'orofaringe ed inferiormente verso la trachea.

L'aspetto del versante interno (mucoso) è assai differente; si tratta di una cavità aperta posterosuperiormente verso l'ipofaringe che presenta una forma a clessidra con restringimento a livello delle corde vocali; il piano orizzontale che passa a questo livello definisce la glottide (piano delle corde vocali) che separa una porzione superiore, definita sopraglottide, che si estende dal margine superiore dell'epiglottide fino alla glottide comprendendo le false corde o bande ventricolari (estroflessioni poste al di sopra e parallelamente alle corde vocali) e da una porzione inferiore chiamata ipoglottide che dalla glottide giunge fino al bordo superiore del primo anello tracheale. Questa suddivisione della laringe ha grandissima importanza sia

anatomo-clinica, in quanto neoplasie che originano poiché a seconda della porzione della laringe interessata da neoplasia possono essere programmati protocolli terapeutici differenti. In una di queste porzioni hanno modalità di accrescimento differenti, che anatomo-chirurgica

LO SCHELETRO CARTILAGINEO

Lo scheletro laringeo è composto da cinque cartilagini principali: tiroide, cricoide, epiglottide, aritenoidi (2).

CARTILAGINE TIROIDE

Posta al di sopra della cricoide, è formata da due lamine quadrangolari unite tra loro lungo il bordo anteriore ove formano un angolo acuto di 90° nell'uomo e di 120° nella donna. La faccia esterna della cartilagine è punto di inserzione di muscoli che connettono la laringe con l'osso ioide in alto e con lo sterno in basso; la faccia interna o posteriore della cartilagine tiroide dà inserzione ai muscoli e ai ligamenti intrinseci della laringe; nella metà postero laterale la cartilagine tiroide è in rapporto bilateralmente con la mucosa dell'ipofaringe.

I margini posteriori terminano, sia nell'angolo superiore che inferiore, con due processi chiamati rispettivamente corno superiore (che si articola con l'osso ioide) ed inferiore (che si articola con la cricoide).

CARTILAGINE CRICOIDE

E' situata nella parte inferiore della laringe e presenta una forma circolare definita ad "anello con castone" in quanto la porzione posteriore (castone) diventa più voluminosa rispetto alla restante parte antero laterale (arco).

Il castone è la sede dell'articolazione con le aritenoidi.

La cricoide è unita alla tiroide dalla membrana cricotiroidea ed è in continuità con la trachea mediante la membrana cricotracheale

CARTILAGINI ARITENOIDI

Sono due piccole cartilagini a forma di piramide triangolare, a base inferiore, in rapporto con la parte laterale del castone.

L'aritenoido presenta, nel punto di passaggio tra la base e la faccia antero-esterna, l'apofisi vocale che è l'inserzione posteriore del muscolo vocale che anteriormente si inserisce sulla linea mediana della faccia interna della cartilagine tiroidea, in un punto comune con il muscolo controlaterale (commessura anteriore).

CARTILAGINE EPIGLOTTIDE

Posta nella parte superiore della laringe, ha forma di foglia con apice inferiore (che si inserisce sulla cartilagine tiroide subito al di sopra della commessura anteriore) con posizione obliqua postero-anteriore; il margine superiore (margine libero) supera cranialmente il bordo superiore della cartilagine tiroide.

STRUTTURE MUSCOLO-LIGAMENTOSE

Se lo scheletro cartilagineo determina il sostegno e la forma esterna della laringe, la forma interna e la funzionalità della stessa sono determinate da strutture muscolo ligamentose che consentono la motilità della laringe sia nelle componenti mucomuscolari che cartilaginee.

STRUTTURE MUSCOLARI

Per quanto riguarda i muscoli intrinseci della laringe questi vengono divisi in tre categorie a seconda dell'azione che svolgono nel movimento delle corde vocali:

◆ **muscoli adduttori** che fanno addurre le corde vocali e quindi consentono la fonazione e contribuiscono a chiudere le vie respiratorie nel momento in cui transita un bolo alimentare per raggiungere le vie digestive; sono i mm. cricoaritenoidi laterali, mm.tiroaritenoidi superiori ed inferiori, i mm. interaritenoidi

- ◆ **muscoli abducenti** sono rappresentati dai m. cricoaritenoidi posteriori che abducono le corde vocali ed intervengono quindi nella respirazione consentendo il passaggio della colonna aerea sia in inspirazione che in espirazione
- ◆ **muscoli tensori** sono rappresentati dai muscoli cricotiroidei che intervengono sul tono vibratorio delle corde vocali influenzando il timbro vocale.

STRUTTURE LIGAMENTOSE

- ◆ **membrana tiroidea** si estende dal bordo superiore della cartilagine tiroide all'osso ioide
- ◆ **membrana ioepiglottica** si tende tra la faccia anteriore dell'epiglottide e il bordo posterosuperiore dell'osso ioide
- ◆ **membrana cricotiroidea** si estende dal bordo inferiore della cartilagine tiroide al bordo superiore della cartilagine cricoide
- ◆ **membrana cricotracheale** si estende tra il margine inferiore della cricoide e il primo anello tracheale
- ◆ **membrana elastica** rappresenta la tunica sottomucosa della laringe ed è sottostante alla mucosa per tutta l'estensione di

quest'ultima estendendosi dal margine laterale dell'epiglottide fino al bordo superiore della cartilagine cricoide ()

◆ **ligamento tiroepiglottico** fissa il margine inferiore della epiglottide all'angolo interno della cartilagine tiroide

◆ **ligamenti glossoepiglottici** uniscono la faccia anterosuperiore dell'epiglottide alla base della lingua

SPAZI SOTTOMUCOSI

Come precedentemente segnalato la morfologia esterna della laringe non corrisponde affatto a quella interna; tra lo scheletro cartilagineo e il piano mucoso sono presenti degli spazi sottomucosi costituiti principalmente da tessuto fibro-adiposo.

Tali spazi assumono particolare importanza nelle modalità di crescita e di diffusione locale del carcinoma laringeo.

articolare importanza nella suddivisione degli spazi sottomucosi assume la membrana elastica che, in senso cranio-caudale si suddivide in tre porzioni:

◆ **superiore** costituita da due segmenti, detti membrane quadrangolari, tesi dal margine laterale dell'epiglottide al

marginale mediale della cartilagine aritenoidea e che inferiormente si ispessiscono a formare i ligamenti ventricolari

◆ **media**, molto sottile, corrisponde d'ambo i lati al ventricolo laringeo di Morgagni (introflessione mucosa di dimensioni variabili posta tra la falsa corda e la corda vocale vera)

◆ **inferiore**, chiamata cono elastico, tesa dalla metà inferiore della concavità dell'angolo diedro anteriore e dal margine inferiore della cartilagine tiroidea al margine superiore della cricoide; a livello glottico si inserisce posteriormente al processo vocale dell'aritenoide e anteriormente alla cartilagine tiroide.

Precisata nella sua estensione la membrana elastica definisco ora gli spazi sottomucosi laringei; essi sono cinque: preepiglottico, paralaringo (in numero di due) e paraglottico (in numero di due).

SPAZIO PREEPIGLOTTICO

Impari e mediano, a sede sopraglottica(), è limitato in alto dall'osso ioide e dalla membrana ioepiglottica, in avanti dalla membrana tiroidea e dal 1/3 superiore del diedro della cartilagine tiroide, posteriormente dall'epiglottide; lateralmente si continua negli spazi paralaringei

SPAZIO PARALARINGEO

Bilaterale ed è limitato medialmente dalla membrana quadrangolare sottomucosa (v. sopra), posteriormente dalla mucosa del seno piriforme e anteriormente dallo spazio preepiglottico, inferiormente comunica con lo spazio paraglottico da cui è separato dalle fibre sottomucose poste a livello del ventricolo laringeo (v. sopra), lateralmente è delimitato dalla faccia interna della lamina della cartilagine tiroide nella parte inferiore, mentre nella parte superiore il confine è rappresentato dalla membrana tiroioidea).

SPAZIO PARAGLOTTICO

Anch'esso bilaterale, presenta in sezione coronale, una forma triangolare con base laterale ed apice mediale; il limite laterale è costituito dalla porzione inferiore della lamina della cartilagine tiroide e dalla membrana cricotiroidea; il limite mediale dal cono elastico e il limite superiore dalle fibre elastiche della porzione media della membrana elastica (v. sopra).

VASCOLARIZZAZIONE

VASCOLARIZZAZIONE ARTERIOSA

E' composta da tre peduncoli

◆ **Arteria laringea superiore** che origina dall'arteria tiroidea superiore, primo ramo della carotide esterna, si impegna sotto il muscolo omoioideo e tiroioideo, perfora il m. costrittore medio della faringe, si affianca al nervo laringeo superiore (v. infra) e, accompagnato da due venule (v. infra) penetra nella laringe perforando la membrana tiroioidea a 3 cm. dalla linea mediana.

E' il tronco principale di vascolarizzazione arteriosa della laringe

◆ **Arteria laringea anteroinferiore**; origina dalla art. tiroidea superiore; spesso multipla decorre all'esterno del muscolo costrittore medio ed entra nella laringe perforando la membrana cricotiroidea

◆ **Arteria laringea posteroinferiore**; origina dall'art. tiroidea inferiore e risale con il nervo laringeo ricorrente (v. infra) nell'angolo tracheoesofageo

VASCOLARIZZAZIONE VENOSA

- ◆ **Vena laringea superiore**; segue il decorso dell'arteria omonima, drena la regione sopraglottica esce dalla laringe a livello della membrana tiroioidea e forma con l'arteria e il nervo il peduncolo laringeo superiore; drena nel tronco tireolinguofacciale o direttamente nella vena giugulare interna
- ◆ **Vena laringea media**; raggiunge il peduncolo tiroideo superiore
- ◆ **Vena laringea postero inferiore** nasce da un reticolo anastomotico con la vena superiore e drena l'ipofaringe e la parte posterolaterale della laringe

VASCOLARIZZAZIONE LINFATICA

E' molto diffusa e importante . La regione sopraglottica e quella ipoglottica drenano indipendentemente tra di loro; la regione glottica non presenta drenaggio linfatico.

I collettori linfatici seguono le arterie.

La sopraglottide drena nei linfonodi giugulari superiori e medi; la regione ipoglottica drena nei linfonodi giugulari medi e ricorrentiali.

INNERVAZIONE

L'innervazione della laringe è fornita da due rami del X nervo cranico.

NERVO LARINGEO SUPERIORE nasce dal bordo interno del ganglio plessiforme del nervo vago nello spazio sottoparotideo posteriore e decorre sulla faccia interna della carotide interna quindi su quella della biforcazione carotidea dividendosi, a livello variabile ma quasi sempre al di sopra del m. digastrico, in nervo laringeo interno ed esterno

Nervo laringeo interno: è il più voluminoso e decorre obliquo in basso ed in avanti. Fa parte del peduncolo laringeo superiore ove è posto in posizione posteroinferiore rispetto all'arteria.

Il nervo procede sotto la mucosa del seno piriforme ove si anastomizza con il nervo ricorrente costituendo l'ansa di Galeno. Si divide in una dozzina di branche sensitive terminali destinate alla mucosa faringolaringea.

Nervo Laringeo esterno: nasce dalla divisione del nervo laringeo superiore al di sopra del grande corno dell'osso ioide; da lì, con decorso con concavità antero superiore, scende alla faccia

esterna del muscolo cricotiroideo che viene innervato con la branca motrice e suddividendosi nelle branche terminali sensitive per la regione glottica e sottoglottica.

NERVO LARINGEO INFERIORE O RICORRENTE

A sinistra origina dal nervo vago al davanti dell'Aorta, a destra al davanti dell'arteria succlavia; incrocia l'una e l'altra con una curva a concavità superiore risalendo verso la regione cervicale.

Importanti sono i rapporti con l'arteria tiroidea inferiore che viene incrociata e il decorso del nervo sotto il muscolo costrittore inferiore della faringe; più in alto il nervo penetra nella faringe e si divide in due branche: anteriore e posteriore ed innerva tutti i restanti muscoli intrinseci della laringe.

CENNI DI FISILOGIA

Come accennato in precedenza la laringe svolge un ruolo fondamentale in tre importanti funzioni: la respirazione, la deglutizione e la fonazione.

LA RESPIRAZIONE: nel corso della respirazione la posizione della laringe è con le corde vocali completamente addotte e, in caso di respirazione forzata, l'epiglottide si anteriorizza grazie ai ligamenti glossoepiglottici e ioepiglottici che collegano i movimenti dei muscoli respiratori accessori con la laringe.

LA DEGLUTIZIONE: nel corso della deglutizione l'epiglottide, spinta dalla retropulsione della base della lingua si abbassa posteriormente contribuendo alla chiusura del vestibolo laringeo e quindi alla protezione delle vie aeree inferiori; questa chiusura viene completata dall'innalzamento della laringe, per l'azione della contrazione dei muscoli estrinseci della lingua che si inseriscono sull'osso ioide a sua volta solidale con la laringe per il ligamento tiroioideo (v. sopra), e dalla adduzione completa delle corde vocali con il movimento delle aritenoidi.

LA FONAZIONE: durante la fonazione ciascuna corda vocale viene addotta dall'azione del muscolo cricoaritenideo laterale mentre la tensione viene regolata dal muscolo cricotiroideo; l'azione di questi muscoli viene contrastata dalla colonna d'aria che viene espirata dalle vie respiratorie inferiori: si ottiene una sequenza di avvicinamenti e distanziamenti delle due corde vocali per queste forze contrastanti con un continuo alternarsi di aumenti e diminuzioni della pressione dell'aria sulla mucosa delle corde vocali che entra quindi in vibrazione ed emette il suono laringeo.

IL CARCINOMA LARINGEO

EPIDEMIOLOGIA

Il carcinoma della laringe rappresenta in Italia circa il 2% dei tumori maligni e ha una incidenza annua che va da 12 a 16 nuovi casi/anno per 100000 abitanti.

E' interessato prevalentemente il sesso maschile; negli ultimi 15 anni l'incidenza di tale neoplasia nel sesso femminile pare aumentata anche se in misura nettamente inferiore rispetto a quanto avvenuto per il carcinoma broncogeno del polmone, che presenta gli stessi fattori di rischio, e si situa tra il 5 e il 10% a seconda delle statistiche.

Per quanto attiene i fattori di rischio il fumo è unanimemente considerato il fattore primario di co-cancerogenesi per il cancro della laringe; altri fattori tossico-ambientali sono stati meno studiati anche se, sulla base dei dati epidemiologici relativi ad altre neoplasie, pare ragionevole considerare una azione favorente soprattutto di polveri inalate (silicati, benzene e altri componenti dello smog atmosferico).

CENNI ISTOPATOLOGICI

Per quanto riguarda l'istologia, il carcinoma squamocellulare rappresenta il 95% dei cancri della laringe; presenta gradi di differenziazione vari ma che paiono poco influenti sulla prognosi.

Il carcinoma laringeo insorge sull'epitelio della mucosa che riveste la laringe per poi accrescersi sia in superficie che in profondità;

Per quanto riguarda le modalità di accrescimento si può dire che, inizialmente il carcinoma laringeo tende a rimanere nella sede (sopraglottica, glottica o sottoglottica) in cui è originato e segue come vie di diffusione i *locus minoris resistentiae* che sono rappresentati dagli spazi sottomucosi.

Questa modalità di accrescimento fa sì che un carcinoma a sede sopraglottica tenda ad invadere la loggia iotiroepiglottica o lo spazio paralaringeo superiore prima di estendersi al piano glottico, così come un carcinoma glottico o ipoglottico tenderanno ad invadere gli spazi paraglottici; solo in una fase successiva, a parte casi particolari, la neoplasia tende ad estendersi alle sedi laringee limitrofe.

Per quanto riguarda la metastatizzazione il carcinoma laringeo metastatizza per via linfatica nei linfonodi laterocervicali; solo in casi eccezionali e tardivi (1-3% dei casi) si hanno metastasi a distanza (polmone, ossa, fegato); la tendenza a dare metastasi linfonodali varia a seconda della sede di origine della neoplasia. i tumori sopraglottici hanno elevata tendenza a dare metastasi linfonodali, mentre i tumori glottici, vista l'assenza di rete linfatica a livello glottico, presentano scarsissima linfonia, e i sottoglottici hanno una linfonia intermedia con diffusione ai linfonodi laterocervicali bassi ,sovracaveari e ricorrenziali.

Negli ultimi 30 anni la sopravvivenza a cinque anni dopo trattamento di un carcinoma laringeo non si è modificata molto (60-70% il tasso di sopravvivenza a 5 anni) ma moltissimo si è modificata la qualità di vita dei pazienti trattati grazie alla riduzione drastica del ricorso alla laringectomia totale (oggi inferiore al 30% dei casi), all'incremento di tecniche chirurgiche conservative e dell'uso della radioterapia che consentono il mantenimento delle funzioni dell'organo.

STADIAZIONE

Il carcinoma della laringe è stadiato in base alla classificazione TNM dell'UICC.

T è riferito alle dimensioni del tumore; prevede 5 stadi: Tis (Carcinoma in situ), T1 (tumore limitato di una sede della laringe senza segni di infiltrazione profonda), T2 (tumore esteso anche a due sedi o con alterazione limitata della mobilità delle corde vocali), T3 (tumore con infiltrazione profonda ma limitato alla laringe), T4 tumore che si estende al di fuori della laringe).

N si riferisce alla presenza di eventuali metastasi linfonodali laterocervicali; prevede 3 stadi: N0 (assenza di metastasi linfonodali), N1 (presenza di un linfonodo metastatico inferiore a 3 cm di diametro), N2 presenza di uno o più linfonodi con diametro tra 3 e 6 cm), N3 (linfonodo/i con diametro superiore a 6 cm).

M si riferisce alla presenza di metastasi in organi a distanza: M0 (assenza di metastasi), M1 (presenza di metastasi).

Questa classificazione è una clinica ed è utile sia per un confronto tra le varie casistiche che per la stesura di protocolli terapeutici; per quanto attiene al significato prognostico la

classificazione TNM pone dei problemi per quanto riguarda le classi intermedie di T, mentre la presenza di metastasi linfonodali, il loro numero e la loro dimensione pare giocare un ruolo rilevante per la prognosi; naturalmente la presenza di metastasi a distanza peggiora drammaticamente la prognosi.

LA CHIRURGIA DEL CARCINOMA

LARINGEO

Allo stato attuale la chirurgia rimane la terapia più frequentemente utilizzata in caso di carcinoma laringeo.

Le tecniche chirurgiche si sono evolute e moltiplicate negli ultimi trenta anni e, classicamente, vengono suddivise in tecniche conservative e demolitive a seconda che venga mantenuta o meno la continuità delle vie respiratorie, vale a dire se la tracheotomia è definitiva (tracheostomia) o temporanea (tracheotomia di appoggio o di sicurezza); è da sottolineare che in alcuni casi di chirurgia conservativa non è nemmeno necessario programmare una tracheotomia temporanea.

Molto spesso alla chirurgia sul tumore si associa un trattamento chirurgico dei linfonodi laterocervicali che viene effettuato generalmente nello stesso tempo operatorio.

CHIRURGIA CONSERVATIVA

Come precedentemente detto è caratterizzata dal mantenimento della continuità delle vie respiratorie; questo fatto presuppone capacità deglutitorie efficienti; la fonazione è mantenuta ma con una qualità sempre ridotta che, nei tipi di intervento più complessi, può essere anche scadente.

La possibilità di effettuare un trattamento conservativo è determinata da due fattori: la sede e l'estensione del tumore, le condizioni generali del paziente.

◆ **Sede ed estensione del tumore:** parametro fondamentale è la motilità delle corde vocali: motilità conservata e ridotta consentono un intervento conservativo sempre, mentre la fissità di una corda vocale consente interventi di questo tipo solo in assenza di estensione sottoglottica del tumore, la fissità di entrambe le corde vocali controindica interventi conservativi. Il grado di infiltrazione del tumore limita la chirurgia conservativa solo in presenza di una infiltrazione della cartilagine tiroidea o cricoidea mentre l'estensione del tumore al di fuori della laringe solo in alcuni casi impedisce tale trattamento. La

programmazione di radioterapia postoperatoria (protocolli integrati) rende problematica la chirurgia conservativa in quanto la successiva radioterapia produce esiti che possono essere non essere compatibili con un buon funzionamento della neolaringe.

◆ **Condizioni generali del paziente:** tutti gli interventi conservativi che presuppongono un periodo di riabilitazione deglutitoria postoperatorio possono essere attuati solo in pazienti in buone condizioni generali in quanto la possibilità di complicanze respiratorie (polmoniti ab ingestis) non è trascurabile e, in pazienti con performance status compromesso, possono risultare letali; fino a qualche anno fa veniva considerata l'età anagrafica del paziente (65-70 anni erano considerati il limite cut off), ma attualmente si preferisce considerare l'età biologica valutando preoperatoriamente parametri metabolici, neurologici e di funzionalità cardiovascolare.

Le tecniche conservative possono essere suddivise in due gruppi a seconda della via con cui si aggredisce il tumore:

1. **Tecniche endoscopiche:** la via di accesso è data dalle vie aerodigestive superiori utilizzando laringoscopi che consentono di visualizzare la laringe

2. Tecniche tradizionali: la via di accesso è esterna con approccio cervicale.

TECNICHE ENDOSCOPICHE

Hanno avuto sviluppo con l'avvento del Laser a CO₂ che viene abbinato al microscopio operatorio.

Sono interventi meno gravosi rispetto ai corrispettivi per via cervicale; in alcuni casi è possibile eseguirli senza effettuare una tracheotomia di appoggio. Trovano indicazioni in tumori limitati (T1,T2) sia glottici che sopraglottici anche se alcuni autori utilizzano tale tecnica anche per tumori più estesi.

A differenza della chirurgia tradizionale, che si propone una asportazione en bloc della neoplasia con criteri compartimentali (asportazione della o delle sedi interessate: sopraglottide, glottide, sottoglottide) con questa tecnica vengono eseguite delle semplici tumorectomie ed è per questo che le indicazioni restano limitate ai tumori piccoli. Queste tecniche sono elettive per i tumori glottici T1 e per i tumori sopraglottici T1, in particolare limitate all'epiglottide, in pazienti compromessi; quasi sempre si

può evitare l'esecuzione di tracheotomia; hanno come alternativa terapeutica la radioterapia che fornisce tassi di guarigione sovrapponibili in questi casi.

Il postoperatorio è generalmente non impegnativo e le problematiche rieducative sono limitate.

TECNICHE TRADIZIONALI

Il numero di interventi conservativi nel carcinoma della laringe è elevato ma negli ultimi anni vengono utilizzati i seguenti interventi:

- ◆ cordectomia
- ◆ laringectomia frontolaterale
- ◆ laringectomia orizzontale sopraglottica
- ◆ laringectomia subtotale ricostruttiva sec. Mayer Piquet
- ◆ laringectomia subtotale ricostruttiva sec. Labayle

Cordectomia: trova indicazione nei tumori limitati ad una corda vocale mobile (T1a). Consiste nell'asportazione completa di una corda vocale e dello spazio sottomucoso corrispondente. Si effettua previa una sezione sulla linea mediana della cartilagine

tiroide che consente l'accesso alla laringe e un buon controllo visivo della neoplasia. La tracheotomia non è di solito necessaria. La voce postoperatoria è solo discreta; attualmente l'intervento è caduto in disuso a vantaggio della radioterapia e della cordectomia endoscopica con laser CO2.

Laringectomia frontolaterale: trova indicazione nei tumori di una corda vocale, mobile, che lambiscono la commessura anteriore. L'accesso è simile a quello della cordectomia; l'exeresi comprende, oltre alla corda vocale, la commessura anteriore, il terzo anteriore della corda vocale controlaterale e un triangolo di cartilagine tiroidea corrispondente; va effettuata la tracheotomia temporanea e applicato un sondino naso-gastrico. La voce postoperatoria è simile, ma di solito meno buona, a quella post-cordectomia.

Laringectomia orizzontale sopraglottica: trova indicazione nei tumori, anche estesi, della sopraglottide con piano glottico libero e motilità delle corde vocali conservata. L'exeresi comprende tutta la sopraglottide con gli spazi sottomucosi e la porzione di cartilagine tiroidea corrispondenti. La porzione residua di laringe (regione glottica e sottoglottica) viene ancorata all'osso ioide o

alla base della lingua. La tracheotomia d'appoggio è indispensabile come l'applicazione di un sondino naso-gastrico. La ripresa della respirazione per le vie naturali è di solito agevole e rapida, la fonazione è di buona qualità mentre la ripresa della deglutizione abbisogna di un periodo di rieducazione vista l'assenza dell'epiglottide ma solitamente si ottiene nella quasi totalità dei casi.

Laringectomia subtotale ricostruttiva sec. Mayer-Piquet:

trova indicazione nei tumori glottici estesi ad ambedue le corde vocali con motilità conservata o ridotta. L'exeresi comprende tutta la cartilagine tiroide, la porzione inferiore dell'epiglottide, le corde vocali e può interessare una aritenoide. La cricoide viene suturata all'osso ioide e la porzione residua di epiglottide segue di conseguenza questa pessi. La tracheotomia è d'obbligo, l'alimentazione postoperatoria è garantita da un sondino naso-gastrico o da una PEG. La ripresa della respirazione è abbastanza agevole, le capacità deglutitorie vengono riacquisite con una difficoltà non trascurabile e dopo un periodo di rieducazione che può essere prolungato; la voce è mediocre.

Laringectomia subtotale ricostruttiva sec. Labayle: trova indicazione per tutti i tumori glottico-sopraglottici esclusi i T4.

L'exeresi comprende tutta la laringe sopraglottica, le corde vocali, l'epiglottide, la cartilagine tiroide, una, o entrambe le aritenoidi, tutti gli spazi zottomucosi corrispondenti: residua solo una aritenoide e la cricoide; questo residuo di laringe viene innalzato e suturato all'osso ioide. E' l'intervento conservativo più esteso e che presenta i maggiori problemi funzionali postoperatori sia respiratori, che fonatori, che deglutitori; il periodo rieducativo è prolungato, non agevole e non sempre raggiunge risultati accettabili (il 10-15% dei casi deve essere successivamente trasformato in laringectomia totale). La capacità deglutitoria deve essere garantita dalla retropulsione della base della lingua sull'aritenode residua: tale movimento, associato ad un'azione sfinterica dei muscoli costrittori della faringe, deve riuscire a chiudere efficacemente le vie respiratorie per evitare ab ingestis.

CHIRURGIA DEMOLITIVA

La laringectomia totale prevede l'asportazione completa della laringe; trova indicazioni limitate ai tumori T4, a tumori con massiva estensione sottoglottica o in quei pazienti che, per le condizioni generali, non possono usufruire di trattamenti conservativi o alternativi.

Questo intervento presuppone la separazione definitiva tra vie respiratorie e vie digestive. Le vie respiratorie vengono interrotte a livello dei primi anelli tracheali e il moncone viene abboccato definitivamente alla cute della base del collo; le vie digestive vengono ricostruite mediante plastica delle mucose e mantengono la loro sede naturale.

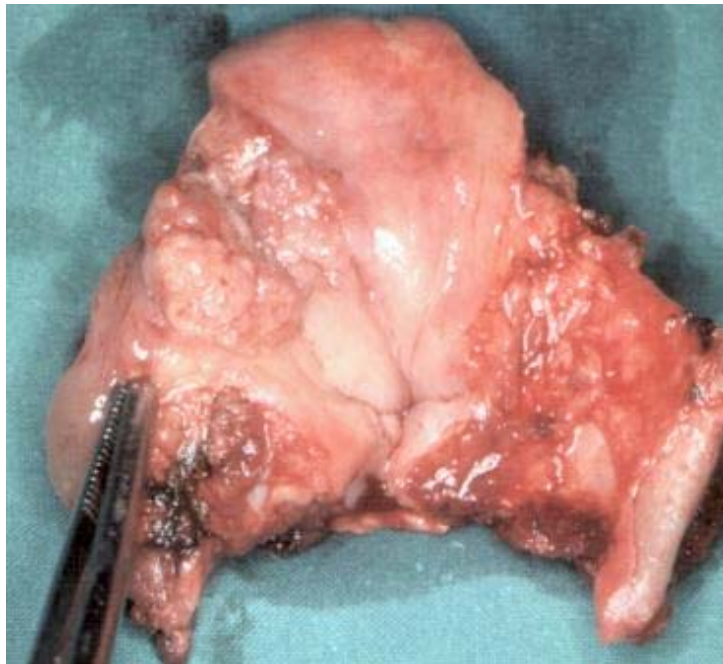


Fig.1 Pezzo operatorio di laringectomia subtotale e ricostruttiva secondo Labayale, per carcinoma della plica ari-epiglottica sinistra

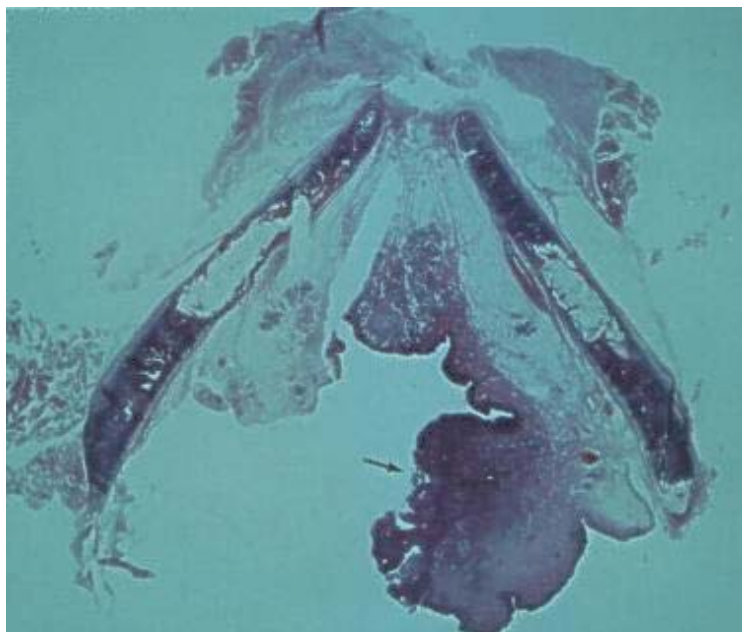


Fig.2 Sezione istologica del caso della figura sopra(colorazione ematosillina-eosina)La freccia indica la neoplasia

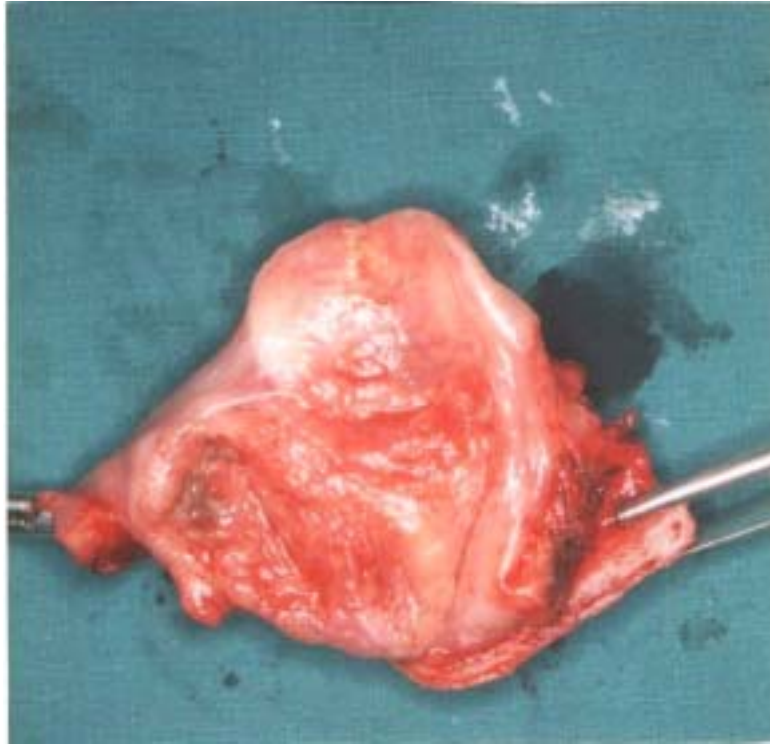


Fig.3 Pezzo operatorio di laringectomia sopraglottida per neoplasia che interessa la falsa corda sinistra e la faccia laringea dell'epiglottide marginale a sinistra



Fig.4 Sezione istologica del caso della figura precedente (colorazione ematosillina-eosina). La freccia indica la neoplasia



Fig.5 Pezzo operatorio di laringectomia totale per carcinoma glotto-sottoglottico. L'immagine è vista dal basso

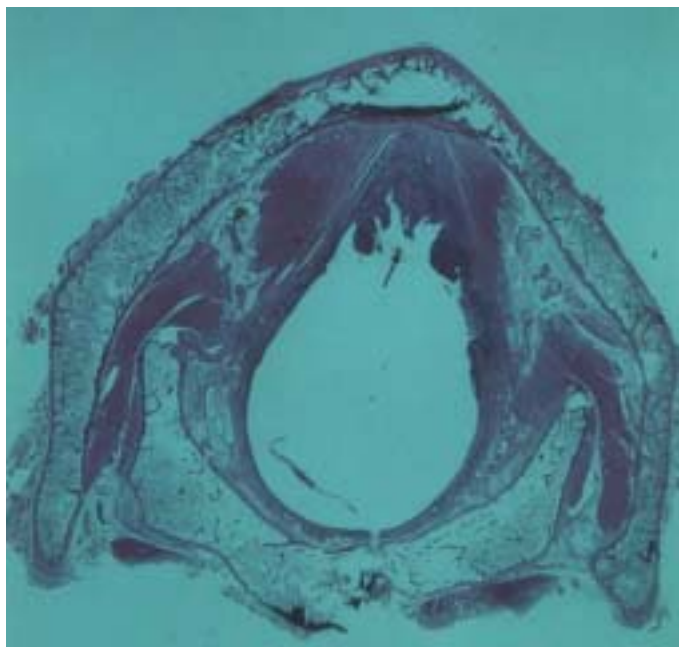


Fig.6 Sezione istologica del caso della figura precedente (colorazione ematolissina-eosina). La freccia indica la neoplasia

LA COMUNICAZIONE

È la condizione di gran lunga più importante nei rapporti sociali, perché su di essa si basano, e perché in ultima analisi diventa l'anello di congiunzione tra due o più persone. Per quanto paradossale può sembrare, anche quando l'uomo non vuole comunicare con qualcuno o rifiuta ogni contatto, esprime una forma di comunicazione, lancia un messaggio, entra in ogni caso in relazione con gli altri.

La COMUNICAZIONE è un processo di trasmissione delle informazioni che prevede un'interazione fra due o più persone.

Il processo sta a significare che siamo di fronte ad un terreno molto delicato, dove è bene non avere soltanto certezze, poiché il rischio di errori è sempre a portata di mano.

Letteralmente quando si pensa ad un'interazione, si pensa anche a due o più persone che entrano in contatto, attraverso alcuni gesti o, appunto, azioni per cui è gioco forza pensare ad alcune attività che consentano agli individui di relazionare tra loro, di dialogare, di comunicare. Ma l'interazione, psicologicamente

presuppone, oltre al linguaggio, anche altri fenomeni di contatto sociale, come per esempio la gestualità la mimica, la lettura di una lettera, una telefonata...

L'interazione risente anche del diverso peso che hanno questi vari elementi, che diventano così delle vere e proprie variabili nell'intero processo di comunicazione. Insomma ci accorgiamo che interagire con gli altri dipende da numerose variabili che spesso non riusciamo a controllare o semplicemente non conosciamo. Fra queste variabili non bisogna dimenticare le emozioni e i sentimenti che, oltre a caratterizzare le persone e il modo di stare insieme fra loro, giocano un ruolo importantissimo nella comunicazione, assumendo ora l'aspetto inibitorio, ora l'aspetto favorente a seconda delle situazioni.

TEORIE DELLA COMUNICAZIONE

Per definizione, le teorie della comunicazione si occupano dei messaggi, della loro elaborazione e dei sistemi che necessitano perché l'elaborazione avvenga in maniera proficua ed interessante.

Le varie teorie hanno sottolineato alcuni elementi che caratterizzano, quali, ad esempio significato, complessità, necessità, spiegando come si possono considerare nei rapporti quotidiani con le persone che più ci sono vicine. La complessità della comunicazione nasce soprattutto quando le si riconosce, oltre allo scambio di informazione, anche uno scambio di emozioni e sentimenti.

“La Comunicazione è necessaria perché gli uomini, di tutti i luoghi e di tutti i tempi, vivono in società ed hanno bisogno di mettere in comune le loro esperienze e di raccogliere notizie per sapere qual è il modo migliore di comportarsi nel contesto in cui vivono”

(Bassetti, Lesca 1990).

“La Comunicazione diventa un problema di significato generale, oltreché specifico. Bonino suggerisce che la Comunicazione è l’elemento essenziale attraverso il quale si realizza il rapporto sociale; si può dire che la Comunicazione è il rapporto stesso. Infatti non esiste relazione sociale se non attraverso la Comunicazione, sia essa verbale che non verbale”(1988).

Ovviamente non esiste un'unica Comunicazione, ma tante quante sono le scienze riconosciute; "infatti ogni scienza comunica in base ad un suo proprio linguaggio ed a un suo proprio codice" (Bergamo, 1990).

COMUNICAZIONE E LINGUAGGI

Strumento principale della comunicazione è ovviamente il linguaggio, che il senso comune erroneamente identifica nel solo linguaggio orale.

L'odierno dibattito psicopedagogico ha ben evidenziato come in varie situazioni esistano dei linguaggi, chiamati anche alternativi, che però si possono meglio definire come complementari; alludiamo ovviamente ai linguaggi non verbali che vantano diritto di cittadinanza, come e quanto quelli verbali, poiché si impongono all'attenzione dell'esperto (leggasi operatore) in moltissime situazioni pratiche. Anzi, molto spesso i linguaggi non verbali sono gli unici possibili e, cosa ancora più interessante, costituiscono una specie di passaporto per accedere

ai sentimenti, alle emozioni, alle ansie e ai desideri di una persona.

Si potrebbe quasi dire che i linguaggi non verbali provengano direttamente dall'anima, cioè dalla parte più segreta ed emozionale di noi; mentre i linguaggi verbali provengono dalla mente, cioè dalla nostra componente razionale che, in quanto tale, tende a limare, tagliare, rivedere, costruire i contenuti senza preoccuparsi di verificare se il razionale e l'emotivo collimano.

TRASMISSIONE DI SIGNIFICATI

Occorre ricordare che il paziente si trova come al centro di una "triade relazionale" (Bergamo, 1990) dove esiste un complesso sistema di comunicazioni interpersonali. La triade vede tre momenti significativi: paziente/medici, paziente/infermieri, paziente/famiglia: ogni momento ha un terreno comunicativo privilegiato, ma ogni volta che le persone si scambiano relazioni non possono non riportare quando hanno detto o appreso con gli altri.

Ne consegue però che tutte le comunicazioni che si incrociano all'interno di questa ipotetica triade hanno (o per lo meno dovrebbero avere) un unico argomento: il corpo del paziente. In realtà sarebbe meglio dire che hanno in comune la persona. Ma il corpo, a sua volta, comunica, dà informazioni preziose che la voce non sempre evidenzia chiaramente. In base a ciò che sappiamo circa la comunicazione non verbale può capitare che il corpo tradisca ciò che la voce dice: è un'ulteriore comunicazione, molto profonda, che ci deve far riflettere.

VERSO UNA COMUNICAZIONE EFFICACE

L'imperativa d'obbligo è riuscire ad avere una comunicazione efficace; per far questo sono necessari due ordini di fattori:

- a) assunzione, ma sarebbe quasi il caso di parlare di interiorizzazione di comportamenti favorevoli alla comunicazione ;
- b) eliminazione di eventuali ostacoli.

Per quanto riguarda il primo punto sono assolutamente favorevoli i seguenti atteggiamenti:

1. Ascoltare. Gadamer suggerisce: "Chi si mette in atteggiamento di ascolto è aperto in modo più fondamentale" (1972).
2. Focalizzare. È importante che ciò che è essenziale non si perda nella giungla di tutte quelle comunicazioni non direttamente collegate al problema che si sta affrontando.
3. Verificare consensualmente al paziente. Il paziente deve assumere un ruolo attivo. A lui si chiederà conferma di quanto è stato detto. In questa operazione, l'operatore non deve assumere il tono dubbioso dell'incertezza, ma deve offrire dei rinforzi positivi al paziente, dandogli il senso di essere attento al distendersi della comunicazione, e nel contempo di cercare la sua collaborazione per farla funzionare al meglio.
4. Essere interessati veramente all'altro. Ci capita spesso di parlare con qualche persona e constatare che questa non è per nulla interessata a ciò che gli stiamo dicendo. Milan suggerisce: "La rimozione di eventuali ostacoli della comunicazione risulta necessaria in qualsiasi tipo di processo educativo" (1989).

LA PRESTAZIONE INFERMIERISTICA

L'Assistenza Infermieristica diventa pertanto erogazione di Prestazioni Infermieristiche intese come "... il risultato conseguito mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in una persona/utente" e ancora "... risposta pensata, creata, elaborata, attuata, valutata dall'infermiere".

"... implicita nella definizione data di Prestazione Infermieristica è la necessità che l'infermiere risponda del risultato del proprio operato. La responsabilizzazione ha come punto di riferimento l'attività connessa al caso trattato e quindi l'efficacia della Prestazione. L'infermiere è responsabile del modo con cui conduce l'azione, del tipo di azione scelta per intervenire, ma soprattutto del risultato conseguito".

Il binomio uomo-bisogno risulta quindi inscindibile. Il bisogno è inteso quale espressione dell'uomo nella sua globalità, quindi interessa la sfera biologica, psicologica, sociale e spirituale.

Le prestazioni sono numerose, nel 1987 gli autori ne individuano dieci.

-
- *assicurare la respirazione;*
 - *assicurare l'alimentazione e l'idratazione;*
 - *assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale;*
 - *assicurare l'igiene e il confort;*
 - *assicurare il riposo e il sonno;*
 - *assicurare la funzione cardiocircolatoria;*
 - *assicurare un ambiente sicuro e terapeutico;*
 - *sviluppare una corretta interazione nella comunicazione;*
 - *applicare le procedure diagnostiche;*
 - *eseguire le procedure terapeutiche.*
-

IL CONCETTO DI BISOGNO

In tempi abbastanza recenti parecchi studiosi, soprattutto dell'area umanistica, si sono occupati dei bisogni umani.

Esistono varie teorie dei bisogni, tuttavia i lavori di Maslow, Heller, Henderson e Galtung forse più di altri hanno influito sull'assistenza infermieristica. Tutti gli autori concordano sul fatto che vi sono dei bisogni, definiti fondamentali, che sono comuni a tutti gli uomini, indipendentemente dalle loro basi culturali e sociali.

DEFINIZIONE

La prima difficoltà che si incontra nel definire che cos'è un bisogno, risiede nel fatto che spesso il bisogno viene confuso con il desiderio. Cerchiamo perciò di capire la differenza tra questi due termini.

Il bisogno viene generalmente definito come l'esigenza di un bene necessario agli scopi della vita, che si manifesta abitualmente come sofferenza per una "mancanza" (Jervis).

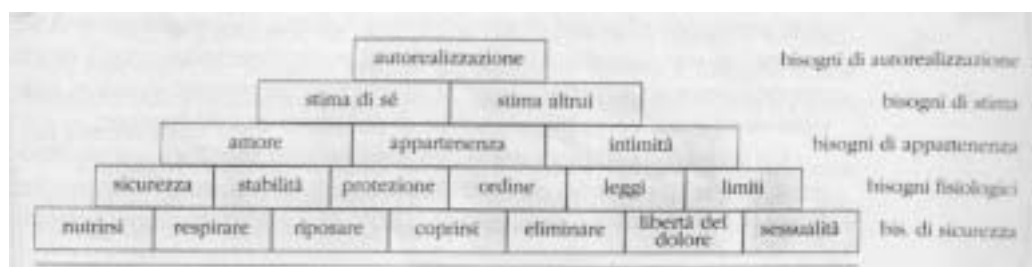
Il desiderio invece viene avvertito di solito come un'emozione verso uno scopo (oggetto, situazione, ecc.); in questo caso non è presente una sofferenza vera e propria ma un'insoddisfazione, e inoltre la persona è consapevole dell'esistenza di un bene atto a estinguere l'insoddisfazione.

Si può pertanto affermare che con un desiderio insoddisfatto si può sopravvivere, mentre con un bisogno insoddisfatto ci si ammala, dove per malattia va compreso anche ciò che si concretizza in un malessere psichico.

A. Maslow sostiene che se analizziamo i desideri che hanno le persone nella vita quotidiana, ci accorgiamo che questi

presentano una caratteristica importante, cioè che sono mezzi per un fine, piuttosto che fini in se stessi. Se analizziamo un desiderio cosciente troviamo che possiamo andare al di là di esso fino a trovare altri scopi più fondamentali. Sono questi fini fondamentali quelli che Maslow definisce bisogni.

I BISOGNI FONDAMENTALI SECONDO A.MASLOW



IL PROCESSO DI NURSING

INTRODUZIONE

Esistono parecchi quadri concettuali a cui fare riferimento nel prestare cure e assistenza infermieristica, essi sono molto importanti perché forniscono un indirizzo preciso all'azione infermieristica; in ogni caso, al di là della specificità di ognuno, essi hanno in comune i seguenti principi fondamentali:

- l'assistenza infermieristica è per definizione individualizzata;
- la persona è vista in modo olistico, cioè secondo la teoria biologica che sottolinea l'importanza dell'organismo in quanto totalità;
- il paziente è al centro dell'azione professionale.

A livello pratico quanto sopra specificato viene realizzato applicando il processo di nursing.

DEFINIZIONE

Il processo di nursing è basato su un approccio assistenziale che consente l'erogazione di un'assistenza globale e individualizzata.

FONDAMENTI DEL PROCESSO DI NURSING E SUA ARTICOLAZIONE

Dobbiamo per primo chiederci come è avvenuta la scelta fatta dall'infermieristica moderna di agire secondo questa metodologia. Innanzitutto vi è stata la decisione di operare all'interno delle discipline che utilizzano a fondamento dei loro processi regolativi la cibernetica.

Questa è una scienza interdisciplinare relativamente giovane che studia l'informazione, la comunicazione e il controllo. Il termine cibernetica è stato coniato negli anni Quaranta da Norbert Wiener come variazione metaforica del termine greco *kubernetes*, che significa "timoniere".

Teoria della comunicazione e dell'apprendimento che si basa su quattro principi fondamentali:

1. i sistemi devono essere in grado di percepire, monitorizzare e ricercare aspetti significativi del loro ambiente;
2. i sistemi devono essere capaci di collegare l'informazione così raccolta alle norme operative che guidano il proprio comportamento;
3. i sistemi devono essere in grado di individuare eventuali scostamenti significativi da queste norme:
4. i sistemi devono essere in grado di mettere in atto delle azioni correttive quando vengono rilevate delle deviazioni.

L'altro caposaldo culturale cui fa riferimento è certamente la metodologia del problem-solving.

Il *Processo di Nursing* acquisisce la metodologia del problem-solving come metodo abituale anche se non esclusivo di risoluzione dei problemi assistenziali, operando peraltro due sostanziali modifiche:

1. *innanzitutto i problemi da risolvere non sono ipotetici e decisi dall'infermiere, ma reali ed evidenziati dalla raccolta di dati che inizia il processo;*
2. *le soluzioni proposte ai problemi non sono tutte equivalenti, ma vengono privilegiate quelle che risultano più attendibili e*

convalidate dalla letteratura oltre che dalla situazione del momento.

Il processo di Nursing dunque, partendo dai bisogni/problemi di salute, assistenza e cura di una persona o di un gruppo, prevede una sequenza logica di fasi quali:

Il valore del processo di Nursing risiede nel fatto che fornendo assistenza individualizzata viene capovolta l'ottica tradizionale del lavoro in molte unità di cura, il quale viene assolto invece per compiti, a favore di quello che pone al centro dell'assistenza il paziente con i suoi bisogni/problemi derivanti da alterazioni dello stato di salute.

Assistenza globale (olistica): è un'assistenza infermieristica che prende in considerazione tutti i bisogni dell'uomo, siano essi fisici, psichici o sociali.

Assistenza individualizzata: è l'assistenza infermieristica nella quale vengono identificati bisogni/problemi del paziente, e su questa base vengono poi erogate prestazioni infermieristiche rispondenti alle esigenze individuali. Essendo ogni individuo "unico" dal punto di vista delle esperienze, aspirazioni e

motivazioni, il termine individualizzata sta perciò ad indicare un'assistenza che tenga conto dei bisogni di "quel paziente".

SALUTE E BENESSERE

Secondo la definizione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) 1946, "... La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità. Il possesso del miglior stato di salute che è in grado di raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, qualunque siano la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale..."

L'OMS – 1970 recita: "... il diritto alla salute è un diritto fondamentale dell'essere umano..."

FASI DEL PROCESSO DI NURSING

La prima fase di questo metodo è costituita dal processo diagnostico, dove vengono evidenziati sulla base di una raccolta

dati (RD) i bisogni del paziente e il grado di autonomia nel soddisfarli. Questa prima fase comprende:

- Il tipo di dati da raccogliere.
- Le fonti della raccolta dati.
- I metodi per la raccolta di dati.
- Gli strumenti dove raccogliere i dati.
- L'analisi dei dati e la formulazione della diagnosi infermieristica (DI).

Il tipo di dati da raccogliere

I dati utili al fine di attuare il piano di assistenza o processo di nursing sono:

-
- *Dati anagrafici (cognome, nome, stato civile, distretto di appartenenza, residenza, età, occupazione).*
 - *Dati relativi alla storia della salute del paziente, malattie precedenti al ricovero, allergie, positività ad alcune malattie.*
 - *Dati relativi al grado di autonomia nel soddisfare i bisogni di base.*
 - *Segni e sintomi indicatori di problemi relativi ai bisogni di base e alla situazione clinica del paziente.*
- A tale proposito va ricordato che i segni sono dati oggettivi, cioè ricavati dall'osservazione del paziente (es. edema, tremori), mentre i sintomi sono dati soggettivi in quanto riferiti dal paziente (es. dolore).*
-

Le fonti della raccolta dei dati

La fonte principale della RD deve essere il paziente; in caso di incapacità di collaborare da parte di esso ci si può rivolgere a persone per lui significative (parenti, amici, ecc.). Altre fonti di dati possono essere:

- operatori sanitari (medici, dietiste, fisiokinesiterapisti);
- assistenti sociali;
- colleghi infermieri, volontari;
- la documentazione clinica e infermieristica.

Metodi per la raccolta dei dati

I metodi più usati per la RD sono:

- Colloquio/intervista con l'utente, parenti, ecc.
- Osservazione.
- Uso di strumenti (bilancia, sfigmomanometro, metro, termometro).
- Consultazione di documentazione (cartella clinica, cartella di ricovero, foglio di accompagnamento).

DIAGNOSI INFERMIERISTICA E DIAGNOSI MEDICA

La diagnosi infermieristica differisce dalla diagnosi medica per la diversa area di interesse: la diagnosi infermieristica indica le difficoltà (reazioni o risposte maladattive) a soddisfare i bisogni di base, mentre quella medica si occupa della malattia e dei processi patologici che ne stanno alla base; al di là delle aree specifiche di competenza c'è un interesse comune che è il benessere del paziente.

Non è corretto né possibile in ogni caso separare i problemi relativi ai bisogni di base della diagnosi e del trattamento medico, perché quasi sempre l'evoluzione della patologia che li ha provocati. Per questo motivo la diagnosi infermieristica deve integrarsi e non opporsi a quella medica. Non è facile distinguere l'area di competenza infermieristica da quella medica e perciò non è sempre facile formulare una diagnosi infermieristica senza confonderla con quella medica. Per aiutare a stabilire e delimitare quest'area sono stati identificati alcuni criteri:

-
1. *L'identificazione o il trattamento del problema ha bisogno di un'analisi complessa dei dati o di interventi complessi?*
 2. *L'infermiere è qualificato legalmente e ha avuto la formazione adeguata per trattare il problema?*
 3. *L'infermiere è legalmente abilitato a dare ordini infermieristici sugli interventi per trattare o prevenire il problema?*
 4. *L'infermiere può trattare legalmente il problema?*
-

Perché un problema possa costruire una diagnosi infermieristica ognuna di queste quattro domande deve ricevere una risposta affermativa.

INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI

L'obiettivo assistenziale può essere definito come il risultato a cui deve pervenire il paziente attraverso le cure infermieristiche.

Per essere corretti gli obiettivi devono essere espressi in termini misurabili e osservabili in quanto solo se presentano queste caratteristiche se ne può valutare il raggiungimento, devono perciò comprendere i criteri su cui basare la valutazione.

Per termini misurabili o osservabili si intendono frasi che descrivono in modo inequivocabile la situazione e il comportamento del paziente che si intende raggiungere.

Gli obiettivi sono utili perché:

- guidano gli interventi al fine di ottenere i cambiamenti sperati;
- misurano l'efficacia e la validità degli interventi prestati.

Quando possibile gli eventi vanno concordati con il paziente e inoltre va fissata la data entro cui raggiungere il risultato. Questo ultimo aspetto è di non facile soluzione in quanto le scadenze spesso sono difficili da ipotizzare, perché legate a molte variabili quali: potenzialità del paziente, gravità della patologia, organizzazione del lavoro, risorse, ecc. Anche le scadenze devono essere realistiche, esse inoltre servono:

- per rispettare il programma di assistenza;
- per motivare le persone al raggiungimento degli obiettivi.

PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

La pianificazione degli interventi è la fase del processo di Nursing in cui individuati i problemi del paziente e i risultati attesi (obiettivi), vengono programmati interventi adeguati tenendo conto delle priorità e delle risorse, a questa prima fase segue poi l'attuazione degli interventi.

Gli interventi infermieristici sono quelle azioni che l'infermiere attua per aiutare il paziente ad affrontare i suoi problemi e a raggiungere i risultati stabiliti. In base al grado di responsabilità decisionale si possono considerare gli interventi infermieristici azioni a più dimensioni: dipendenti, indipendenti e autonome.

La dimensione dipendente fa riferimento a quei problemi che cadono sotto la responsabilità diretta del medico, in cui l'infermiere ha un ruolo di esecutore della prescrizione; essa raggruppa gli interventi che l'infermiere non è autorizzato a prescrivere. Ad esempio la prescrizione di terapia, l'indicazione ad applicare un sondino nasogastrico o un catetere vescicale, ecc.

Occorre però a questo proposito sottolineare che anche in quest'area l'infermiere non è un semplice esecutore di un ordine,

in quanto la preparazione di base ricevuta, unita all'esperienza, gli permettono spesso di valutare la pertinenza degli ordini ricevuti.

La dimensione interdipendente corrisponde a quelle situazioni cliniche per la quale l'infermiere e altri professionisti sanitari collaborano nelle prescrizioni e nel trattamento: ad esempio in caso di emorragia del tubo digerente il medico prescrive un trattamento (sangue, plasma, idratazione, controlli ematici, ecc.), l'infermiere applica i trattamenti e valuta le reazioni del paziente (colorito, P/A, polso, sudorazione, ripresa dell'emorragia, ecc.)

La dimensione indipendente raggruppa le situazioni per le quali sono previste azioni che l'infermiere attua in modo autonomo, sotto la propria diretta responsabilità. Questa è l'area specifica della diagnosi infermieristica. In quest'area l'infermiere è preparato e autorizzato a raccogliere dati, a identificare i problemi, a pianificare e attuare gli interventi, infine a valutarne i risultati.

Nella scelta degli interventi infermieristici occorre tener conto:

- delle proprie conoscenze professionali;
- di quanto riportato dalla letteratura esistente sull'argomento;

- della consulenza di colleghi esperti nel trattare il problema;
- dei desideri del paziente (quando possibile);
- del criterio maggior efficacia/minimo rischio;
- delle risorse disponibili per evitare che il piano resti sulla carta.

APPLICAZIONE/ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

Questa è la fase in cui vengono applicati gli interventi indicati nella pianificazione. Essi devono rimanere fedeli alle indicazioni, a meno che non sopraggiungano fatti nuovi oppure essi non siano corretti in termini di efficacia. Ogni intervento deve essere completato da data, ora, e firma di chi l'ha eseguito. Per uniformare le modalità di intervento, in questa fase sono utili procedure e protocolli.

Definizione di protocollo

È un documento scritto che richiama a operare con un metodo uniforme, esso è basato sulla ricerca scientifica e permette di tradurre nuove conoscenze in prassi. Secondo i colleghi francesi si può definire protocollo la descrizione delle tecniche che

devono essere impiegate e/o degli atti da osservare in certe situazioni assistenziali o per la preparazione di un particolare tipo di assistenza. Predisporre protocolli è utile perché:

- *consentono di adeguare i comportamenti alle conoscenze più aggiornate in materia;*
 - *diminuiscono la variabilità dei componenti;*
 - *costituiscono una garanzia di sicurezza per il paziente in caso di turn-over del personale;*
 - *si basano su bibliografia scientifica di riferimento;*
 - *sono rivolti a professionisti con autonomia operativa;*
 - *danno indicazioni su particolari punti critici.*
-

Definizione di procedura

È un documento scritto che da indicazioni su operazioni semplici.

Anch'esso porta a operare in modo uniforme anche se non è

basato su ricerche scientifiche; può essere rivolto a qualsiasi

operatore e tiene conto dello specifico contesto organizzativo.

Esistono quindi sostanziali differenze tra i due strumenti, anche

se spesso nella realtà essi vengono confusi.

Esempi di campi di applicazione di un protocollo:

- *aspirazione delle secrezioni tracheobronchiali;*
- *assistenza infermieristica a paziente con NPT (nutrizione parenterale totale), paracentesi, toracentesi, ecc.*

Esempi di campi di applicazione di procedure:

- *lavaggio e preparazione di materiale per la sterilizzazione.*
-

VALUTAZIONE

La valutazione del processo di nursing comprende i seguenti punti:

- verifica funzionale;
- valutazione finale.

La verifica funzionale è orientata agli interventi infermieristici; essa permette di valutare il processo man mano che si realizza, è perciò un sistema che permette di valutare:

-
- *se gli interventi sono stati applicati;*
 - *la qualità degli interventi infermieristici in termini di efficacia;*
 - *le risorse (tempo, materiali, persone) necessarie per ogni intervento;*
 - *il carico di lavoro necessario alla risoluzione dei problemi individuati.*
-

La valutazione finale è l'ultima tappa del processo di nursing, è una fase nella quale vengono stimati i processi del paziente, in

altre parole se gli obiettivi sono stati raggiunti; indirettamente perciò viene anche valutata la qualità dell'assistenza fornita. Essa comporta aspetti distinti dove vengono:

- comparate le reazioni/risultato del paziente con criteri definiti negli obiettivi;
- identificati i motivi dell'eventuale fallimento.

PIANO DI ASSISTENZA POSTOPERATORIA

PROTOCOLLO OPERATIVO DI PREVENZIONE

La persona, nell'immediato post-operatorio, viene accolta in una unità sub intensiva, organizzata in modo tale da permettere di fornire una corretta assistenza infermieristica

per il raggiungimento di determinati **OBBIETTIVI**:

1. **SODDISFARE** il bisogno di sicurezza
2. **GARANTIRE** la pervietà delle vie aeree
3. **EVITARE** l'insorgenza di infezioni
4. **FAVORIRE** il corretto apporto nutrizionale.

1.SODDISFARE IL BISOGNO DI SICUREZZA

La parola sicurezza viene definita come "Condizione oggettiva esente dai pericoli o garantita contro eventuali pericoli". In questa circostanza il problema della sicurezza potrebbe insorgere nel momento in cui non vengano forniti presidi sanitari e ambienti idonei, e soprattutto un

èquipe infermieristica competente che svolga
correttamente i protocolli in uso.

PROTOCOLLO DI PREPARAZIONE DELLA STANZA DI DEGENZA

Nelle 24 ore precedenti l'intervento la stanza viene sottoposta al processo di sterilizzazione, mediante l'apposito nebulizzatore; rifacimento dell'unità organizzata con:

- Letto articolato o semiarticolato
- Verifica del funzionamento del sistema chiamata(campanello)
- Sponde laterali(per eventuali necessità)
- Tavolino servitore fornito di soluzione fisiologica,garze 10x10,pezze laparotomiche,pinza kocher,canula interna(misura corrispondete alla canula tracheale utilizzata),sondini di aspirazione sterili per adulti, reniforme, scatola di guanti monouso,termometro,cerotto, sfigmomanometro e fonendoscopio,sacca urine con relativo gancio,sacca per SNG, siringa 10 ml,set O2 terapia con raccordo catetere mounth,busta per la raccolta rifiuti,

forbici, campetto sterile per eventuale medicazione

- Asta per flebo
- Flussimetro
- Aspiratore a muro e relativi accordi (tubo silicone e raccordo ad oliva)
- Umidificatore (in funzione da diverse ore)
- Saturimetro
- Monitor Ecg integrato nel carrello di emergenza
- Materiale necessario per la gestione della nutrizione

enterale: siringa a cono 60 ml, bottiglia d'acqua,

bicchiere, asta autoportante su ruote con pompa

di nutrizione

- Specchietto
- Lavagna o taccuino con penna.

PROTOCOLLO DI VALUTAZIONE DELLA PERSONA LARINGECTOMIZZATA NELL'IMMEDIATO POST- OPERATORIO

La valutazione inizia appena la persona è stata trasferita presso l'unità di degenza, i parametri da prendere in visione sono:

Posizione della persona:

-Fare assumere alla persona la posizione semiortopnoica

Stato respiratorio:

-pervietà delle vie respiratorie

-atti respiratori:profondità,frequenza,carattere

-suoni e rumori respiratori:presenza,carattere.

Stato circolatorio:

-polso,pressione sanguigna,temperatura

corporea,diuresi (con trascrizione su schede infermieristiche ad orario)

-colore della cute

Stato neurologico:

-livello di coscienza, capacità di muoversi

Medicazione:

-condizione della medicazione (controllo di eventuali perdite di sangue, delle fasciature del collo e dei cerotti) e dello stadio locale (edemi, ematomi nella sede della ferita chirurgica e aree vicine)

-controllo della cannula tracheale (sistemi di ancoraggio, pressione della cuffia)

-presenza di drenaggi (controllare il mantenimento del sistema di aspirazione, svuotare il sistema di raccolta nel sistema di raccolta con trascrizione del parametro nella scheda del bilancio idrico e nella cartella clinica)

Stato di benessere:

-presenza di dolore

-adeguata umidificazione e temperatura dell'ambiente

-idratazione (verifica continua del bilancio idrico)

Sicurezza:

-monitors collegati e funzionanti

- fleboclisi:frequenza,quantità,corretta somministraione della terapia prescritta
- sistemi di drenaggio(nasogastrico,della ferita chirurgica,urinario)tipo,pervietà,collegamenti ai relativi sistemi di raccolta
- posizionamento del sistema di chiamata
- eventuali sponde laterali
- verificare che la persona ed i suoi familiari abbiano recepito le informazioni date prima dell'intervento,in modo che possano adeguarsi sia fisicamente che emotivamente ai cambiamenti avvenuti

Insorgenza di complicanze:

- respiratorie, cardiovascolari (ipotensione, ipertensione , emorragie)
- alterazioni della temoeratura corporea
- alterazione dei processi mentali
- nausea,vomito

2.GARANTIRE LA PERVIETA' DELLE VIE AEREE

Dopo l'intervento chirurgico, l'aria entra direttamente nella trachea,attraverso il tracheostoma e non più nelle vie aeree superiori.Questo comporta l'aumento della produzione di secrezioni nelle vie bronchiali dovuto ad un aumento delle Iga),scatenata dal passaggio dell'aria non più filtrata dal naso.La rimozione delle secrezioni dal tracheostoma avverrà con un colpo di tosse o attraverso l'aspirazione.L'aspirazione si esegue dopo aver valutato il bisogno di respirare della persona nel seguente modo:

- a)valutazione visiva osservando il respiro;
- b)valutazione uditiva:oscultando il rumore del respiro;
- c)valutazione tattile:toccando il torace per sentire eventuali vibrazioni trasmesse dalle secrezioni;
- d)l'auscultazione:auscultando il torace per stabilire l'ubicazione delle secrezioni nell'albero tracheo bronchiale.

PROTOCOLLO DELLA TRACHEO-ASPIRAZIONE

La tracheo-aspirazione è una procedura che consente la rimozione delle secrezioni presenti nell'albero bronchiale, per il mantenimento della pervietà delle vie aeree. Va seguita solo se vi è una reale necessità. Durante la manovra di aspirazione la sonda non deve superare l'ostio distale della cannula al fine di evitare continui microtraumi alla mucosa.

Obiettivi:

- Mantenere la pervietà delle vie aeree
- Prevenire gli effetti collaterali della ritenzione di secrezioni
- Promuovere e migliorare gli scambi di O₂ e CO₂
- ottenere un campione di laboratorio sterile

Materiale occorrente:

- Aspiratore portatile o centralizzato con relativo tubo in silicone di connessione
- Sondino per aspirazione monouso sterile, di calibro

idoneo(CH12/14)

- Contenitore con soluzione sterile salina per il lavaggio del circuito d'aspirazione
- Flussimetro e kit per la somministrazione d'O2
- Telino
- Guanti monouso
- Garze 10x10
- Reniforme

Operatori:

- 1 unità

Preparazione della persona:

- Accertare la necessità di aspirare la persona osservandone i segni vitali
- Determinare il grado di collaborazione della persona
- Informare la persona dell'eventuale tosse intermittente che può essere provocata dall'aspirazione e dalla necessità della stessa per la rimozione delle secrezioni.
- Posizionare in decubito supino la persona incosciente,

altrimenti favorire la posizione ortopnoica o semiortopnoica

- Eeguire fisioterapia con drenaggio posturale e massaggio delle basi polmonari

Procedura:

- Lavarsi le mani
- Indossare la mascherina e i guanti monouso
- Aprire la confezione del sondino evitando contaminazioni
- Sfilare il sondino dalla confezione e connetterlo all'aspiratore
- Introdurre il catetere nella cannula
- Azionare l'aspiratore,regolato ad una aspirazione massima di 120mmhg, aspirando ad intermittenza per periodi non superiori a 10 secondi,ritirando il catetere con movimenti rotatori
- Pulire all'esterno il sondino con garze e lavarlo aspirando la soluzione sterile
- Chiudere il sistema d'aspirazione
- valutare le condizioni dlla persona,osservando la

respirazione e il colore della cute,ripetere se necessario
la manovra,lasciandola riposare tra un'aspirazione e
l'altra

- Se le condizioni della persona lo permettono,
iperossigenare ipolmoni per qualche minuto dopo
l'aspirazione
- Staccare il sondino dal tubo di aspirazione tenendolo con
la mano protetta dal guanto ,con l'altra mano afferrare
il risvolto del guanto e piegarlo su se stesso e sfilare il
guanto così rovesciato ponendo all'interno il sondino
- Gettare il guanto e il sondino nel sacco dei rifiuti
- Eeguire la pulizia della cannula interna e reinserirla
nella cannula esterna del paziente
- Controllare la quantità delle secrezioni aspirate,
osservando il colore,l'odore e la consistenza
- Sistemare la persona in una posizione comoda e
confortevole che favorisca la respirazione
- Riordinare il materiale usato
- Reintegrare la soluzione sterile e le attrezzature in modo
che l'aspirazione sia pronta per essere ripetuta

PROCEDURA DELLA PULIZIA DELLA CANNULA TRACHEALE

Per pulire la cannula tracheale s'intende la rimozione della controcanula al fine di eliminare le secrezioni, assicurando così la respirazione della persona.

Le controcannule vengono pulite ogni volta che è necessario, ma almeno una volta per ogni turno di lavoro.

Obiettivo:

- Assicurare la respirazione
- Mantenere la pervietà delle vie aeree
- Prevenire le infezioni
- Favorire il benessere della persona

Materiale occorrente:

- Reniformi per le soluzioni disinfettanti

Soluzioni dsinfettanti:acqua ossigenata o soluzione detergente disinfettante

- Uno spazzolino di nylon per pulire il lume della cannula interna
- Tamponi di garza per pulire il bordo della cannula esterna

- Guanti
- Aspiratore portatile o centralizzato
- Sondini sterili monouso di calibro idoneo
- Garze 10x10 cm
- Occorrente per eventuale medicazione del tracheostoma
- Materiale per ancoraggio e bavaglino
- Sacchetto per rifiuti

Operatori:

- 1 unità

Preparazione della persona:

- Informare la persona circa la procedura e la necessità di una corrente igiene della cannula
- Se è possibile condurre la persona in medicheria
- Far assumere alla persona la posizione ortopnoica

Procedura:

- Lavaggio accurato delle mani
- Proteggere gli indumenti della persona con una traversa
- Indossare guanti non sterili
- Aspirare per l'intera lunghezza della cannula interna prima

della sua rimozione per rimuovere le secrezioni ed assicurare la pervietà delle vie aeree

- Rimuovere ed eliminare la medicazione del traheostoma
- Sbloccare la cannula interna girando il fermo di circa 90° in senso antiorario
- Rimuovere la cannula interna tirandola delicatamente fuori verso di sé in linea con la sua curvatura
- Immergere la cannula interna nell'acqua ossigenata,per alcuni minuti,oppure in un disinfettante disciolto in acqua(tale procedura inumidisce e rimuove le secrezioni secche)
- Pulire il foro e la superficie esterna della contro cannula sotto acqua corrente e impiegare lo spazzolino per rimuovere le secrezioni al suo interno
- Asciugare la contro cannula con delle garze
- Tenere la cannula ferma mentre si riposiziona al suo interno la contro cannula
- Inserire la contro cannula seguendo la direzione della sua curvatura
- Fissare la contro cannula con un movimento in senso orario
- Pulire la zona circostante la stomia con garze umide

- Applicare una medicazione pulita e sostituire il materiale di ancoraggio della cannula
- Riordino del materiale usato

PROTOCOLLO DI ASPIRAZIONE NEL CAVO ORALE E VIE NASALI

Obiettivo:

- Liberare le vie da secrezioni
- Prevenire infezioni
- Sopperire al deficit temporaneo della deglutizione

Materiale occorrente:

- E' identico a quello per la tracheo aspirazione

Operatori:

1 unità

Preparazione della persona:

- Se la persona è cosciente insegnarli ad eseguire autonomamente la procedura spiegandone i motivi
- Far assumere la posizione semiortopnoica

Procedura:

- Eeguire il lavaggio delle mani
- Indossare i guanti monouso
- Lubrificare il sondino con la soluzione salina
- Non applicare mai il vuoto durante l'inserimento del sondino ma applicarlo ad intermittenza
- Ritirare il sondino ruotandolo di 360°
- Togliere l'aspirazione se si incontrano forti resistenze
- La durata dell'intera manovra non deve superare i 10-15 secondi
- Riordinare il materiale usato e reintregarlo

3.EVITARE L'INSORGENZA DI INFEZIONI

Il fattore di rischio principale per la persona in ambiente ospedaliero è rappresentato dalle infezioni nosocomiali. Tali infezioni sono tanto più probabili quanto più la persona è immunocompromessa e quanto più scorrete sono le manovre eseguite dal personale ospedaliero.

Per ridurre determinati rischi applichiamo norme igieniche che vanno dalla cura dell'ambiente alla cura della persona.

Ambiente:

- Favorire un corretto ricambio d'aria
- Verificare l'avvenuta pulizia e disinfezione di routine della stanza di degenza
- Cambio giornaliero delle lenzuola e del tavolino servitore
- lavare e disinfettare il materiale e i presidi utilizzati per l'assistenza
- mantenere costante i valori del microclima

Persona:

- Sensibilizzare la persona e i familiari ad eseguire cure igieniche quotidiane
- Usare presidi sterili quando occorre
- eseguire la medicazione completa del tracheostoma ogni 24 ore e parzialmente ogni qualvolta si renda necessario,avendo l'accortezza di mantenerla sempre pulita
- Praticare gli interventi assistenziali secondo le procedure

4.FAVORIRE IL CORRETTO APPORTO NUTRIZIONALE

Gestire gli interventi nutrizionali significa scegliere tra possibilità terapeutiche specifiche ,ossia basate sui bisogni individuali della persona.

Anche se regole fisse possono non essere adatte alle esigenze di ogni persona ,è opportuno seguire uno schema decisionale che renda più agevole organizzare e selezionare le varie alternative riguardanti che modalità di somministrazione e le formule.

Esistono varie strategie di intervento nutrizionale fra cui scegliere :

- il cibo normale
- le supplementazioni nutrizionali
- la nutrizione enterale per sonda
- la nutrizione parenterale totale o parziale

La nutrizione enterale per sonda è l'intervento nutrizionale di scelta quando la persona non può ingerire cibo per via orale pur avendo una buona funzionalità gastrointestinale.

Alla persona sottoposta a laringectomia totale o parziale viene posizionato il SNG durante l'intervento e viene mantenuto per circa 12 giorni per la necessità di lasciare a riposo le prime vie

aeree e digestive e per favorire i processi cicatriziali. Quindi la persona viene alimentato per via enterale.

L'intervento nutrizionale che viene attuato da tutta l'équipe assistenziale, e individuale, in modo da soddisfare con tecniche e prodotti appropriati il fabbisogno della persona. Questo si articolerà attraverso quattro fasi:

- Controllo dello stato clinico
- Valutazione della risposta alla terapia
- Riconoscimento degli squilibri metabolici
- Cambiamenti appropriati nella strategia nutrizionale

Le modalità di somministrazione che verranno scelte possono essere:

- caduta continua/intermittente
- Pompa continua/intermittente

L'infermiere deve sapere che la nutrizione enterale è una terapia a tutti gli effetti e di fondamentale importanza per la prognosi della persona, deve sapere, inoltre, che il supporto nutrizionale non va assolutamente trascurato nel processo assistenziale: la persona ben nutrita risponde più velocemente al trattamento.

GESTIONE DELLA CANNULA TRACHEALE

CANNULE TRACHEALI

Le cannule tracheali sono composte da tre elementi: cannula, controcannula e mandrino.

CANNULA: mantiene la tracheotomia pervia consentendo una normale respirazione. La parte curva del tubo è posizionata nella trachea, mentre la flangia nella parte esterna. La cannula viene fissata saldamente per mezzo di fettucce di fissaggio che vengono fatte passare attraverso i fori della flangia.

MANDRINO: è posto all'interno della cannula nella fase di posizionamento della stessa. Esso serve per facilitare l'introduzione della cannula rendendo la manovra atraumatica.

CONTROCANNULA: viene inserita dentro la cannula dopo il posizionamento e serve a mantenere pulita la cannula interna evitando che questa debba essere rimossa durante le manovre di pulizia.

Esistono diversi tipi di cannule per materiale, dimensione e forma (cuffiata, non cuffiata e fenestrata). Il materiale più usato è l'ottone argentato, ma ne esistono in argento, silicone e in teflon. Il calibro della cannula varia in relazione alle dimensioni dello stoma tracheale. Le cannule in uso presso il nostro reparto hanno un calibro compreso tra 9.4 e 13.8 ed una lunghezza tra 65 e 81 mm.

TIPOLOGIA DELLE CANNULE PRINCIPALI

CANNULA CUFFIATA: evita l'aspirazione in trachea di sangue e saliva, è provvista di un palloncino gonfiabile che avvolge il terzo distale della cannula. La cuffia pur con modesta pressione alla parete della trachea, può causare lesioni da decubito e da compressione ischemizzante sulla mucosa tracheale. Tale evenienza può essere evitata sgonfiando periodicamente la cuffia nell'arco della giornata o con l'utilizzo di speciali cuffiature a bassa pressione o a doppia cuffiatura.

CANNULA SENZA CUFFIA: riduce al minimo il rischio di lesioni tracheali e viene utilizzata in quei casi (es, laringectomizzato) dove la cannula deve essere tenuta a lungo.

CANNULA FENESTRATA: è dotata di una fenestrazione sia nella cannula esterna che nella controcannula, può essere utilizzata per facilitare la fonazione o durante il periodo di svezzamento, per valutare la respirazione del paziente prima di togliere la cannula.

L'ALIMENTAZIONE POST-OPERATORIA

La tipologia dell'alimentazione nel reparto ORL deve essere adeguata non solo alle necessità puramente nutrizionali del soggetto (in base alle condizioni generali, alle eventuali patologie associate, alla necessità di un aumentato apporto di qualche particolare fattore nutrizionale) ma anche, e con particolare attenzione, alle possibili minorazioni funzionali dovute al tipo di intervento subito.

Quando è possibile si utilizza la via orale, adeguando la dieta alla performance funzionale della persona, e della sua capacità di esercitare un meccanismo della deglutizione efficace.

A seconda del tipo di intervento subito, del trattamento del canale digestivo interessato, della presenza di tracheostomia, si descrivono le diete "morbide", "solide", "iposodiche" ecc. Nei pazienti che non possono essere alimentati per via orale si ricorre all'alimentazione enterale.

LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Sono definite con questo termine quelle tecniche che consentono di alimentare una persona che, per qualche motivo, vede preclusa l'alimentazione per via orale.

Sono due le vie utilizzate che possono essere di sostituzione o di supporto, il più delle volte complementari, o combinate.

La prima è la nutrizione Parenterale, l'altra è la nutrizione Enterale.

Sono indicate per quelle persone che per diverse ragioni non possono o non devono nutrirsi.

Quelle che non possono nutrirsi hanno di solito problemi di ostruzioni del canale alimentare derivate da patologie infiammatorie o neoplastiche dell'oro-faringe e/o esofago.

Le persone che non devono mangiare sono di solito quelle a decorso post Operatorio, o con problemi di fistole digestive post chirurgia, oppure a seguito di affezioni infiammatorie più o meno gravi.

In aggiunta vi sono quelle persone che a causa di malnutrizione, spesso di natura Neoplastica, anche se si alimentano normalmente non lo fanno in modo adeguato o sufficiente a mantenere un buon stato di nutrizione.

E lo stato di malnutrizione mette a rischio, ed aumenta le complicazioni post operatorie, poiché vi è un notevole abbassamento delle difese immunitarie, ed a seguito d'intervento chirurgico, aumenta di molto il tempo di ripresa funzionale.

La **NUTRIZIONE PARENTERALE** è la somministrazione di tutte le calorie e di tutti i nutrienti attraverso una linea intravenosa periferica o centrale.

Le persone che necessitano di una Nutrizione Parenterale totale di solito sono in condizioni critiche e sono incapaci di soddisfare il loro fabbisogno calorico, proteico e idrico. Per poterla realizzare è necessario utilizzare vene di grosso calibro, visto l'alto rischio di tromboflebiti a seguito d'infusione di sostanze osmoticamente attive, come le sol. Gluc. Ipertoniche.

La miglior soluzione è l'utilizzo di accessi venosi come CVC o Drum, in caso di utilizzo prolungato di questa tecnica di alimentazione, per quei casi in cui è previsto solo una perfusione

Ev di mantenimento per breve tempo, si può tranquillamente utilizzare un accesso venoso periferico con aghi cannula di medio/grosso calibro.

Le *complicanze* della NPT più frequenti sono quelle Settiche derivate dalla contaminazione dei cateteri utilizzati per la perfusione, derivata per lo più dalla cattiva disinfezione/manutenzione degli stessi.

MONITORAGGIO DELLA NUTRIZIONE PARENTERALE

Quando si inizia una NPT si deve tenere sotto controllo il monitoraggio degli elettroliti, la glicemia, albumina, emocromo, tutti questi esami danno le indicazioni sul proseguimento della terapia, permettono inoltre l'impostazione e all'occorrenza la correzione della terapia infusiva, con aggiunta o meno di sali e vitamine altri medicinali utili ad una corretta terapia di Mantenimento.

Il bilancio azotato valuta i fabbisogni proteici e dimostra l'efficacia della nutrizione.

Se è positivo è sintomo di sintesi proteica.

Bilancio azotato = azoto introdotto – azoto perso

Azoto introdotto = l'azoto introdotto con la NP o NE (nella miscela di aminoacidi infusa).

Azoto perso = azoto urinario (urea 24 h x 0,5) + azoto fecale e cutaneo (15 mg/kg/die) + eventuale azoto fistola (fino a 10 g/die).

Il bilancio azotato è corretto in funzione delle variazioni dell'azotemia.

GESTIONE DELLA NP

Per la miscelazione dei principi nutritivi è indispensabile l'uso di sacche in materiale plastico; la somministrazione in singoli flaconi, in sequenza o in parallelo, non dà le necessarie garanzie di asepsi, date le frequenti manipolazioni necessarie.

La preparazione delle sacche andrebbe preferibilmente fatta in ambienti protetti, è tuttavia possibile riempirle in aria ambiente, senza ausilio di cappe a flusso laminare, mediante l'utilizzo di

deflussori a più vie; in tal caso la miscela va preparata prima dell'infusione, e devono essere osservate le usuali norme igieniche e dell'asepsi: E' consigliabile l'uso di guanti sterili, sono necessarie siringhe monouso (per le aggiunte alla miscela, es.: magnesio, vitamine, potassio ecc.), garze sterili e soluzioni disinfettate (es.: Hibiscrub, Clorexidina).

La sacca va agitata, lentamente, durante il riempimento.

La via di somministrazione centrale va riservata soltanto alla NPT: sangue e plasma, ad esempio, vanno somministrati per altra via.

ORDINE DI RIEMPIMENTO DELLE SACCHE PER NPT

- Preparare prima tutti i flaconi, le fiale, i raccordi, la sacca.
- Tecnica asettica (lavare le mani e usare guanti).
- Aggiungere con siringhe monouso:
 - al 1° flacone di aminoacidi il KCl (agitare lentamente);
 - al 2° flacone di aminoacidi l'acetato di Na (se prescritto), gli oligoelementi (agitare lentamente);

- immettere nella sacca;
- al 1° flacone di glucosio aggiungere il NaCl e il solfato di Mg (agitare lentamente);
- al 2° flacone di glucosio aggiungere il K fosfato, l'insulina, la vitamina C (se la sacca non è utilizzata subito, meglio a parte);
- immettere nella sacca.
- Lipidi preferibilmente a parte (una emulsione lipidica maschera l'eventuale presenza di precipitati nella sacca), in vena periferica (non fare aggiunte in questo flacone).
- Calcio gluconato e V, a parte (precipitazione con il fosfato, se aggiunti in miscela). È possibile mettere il calcio gluconato in sacca: in questo caso il fosfato è somministrato a parte.

Da ricordare:

- che i lipidi si possono aggiungere solo a sacche in EVA (non PVC);
- è meglio, in generale, somministrare le vitamine a parte;
- non aggiungere agli aminoacidi il Mg e il fosfato;
- la sacca deve essere periodicamente agitata lentamente e controllata (per individuare la formazione di precipitati), non

deve essere posta in posizione da subire variazioni di temperatura (non alla luce diretta del sole o caloriferi).

Il punto di emergenza del catetere venoso deve essere medicato ogni due giorni o più frequentemente nel caso che il paziente sudi o ci siano segni di alterazione della medicazione stessa.

Va pulita accuratamente e disinfettata la cute attorno al punto di inserzione, verificando la presenza di un eventuale alone di arrossamento.

La medicazione deve essere semplice, leggera, e al contempo di deve assicurare fissità al catetere: un utile accorgimento è quello di far compiere un tragitto curvo al deflussore, prima di fissarlo, permettendo così che siano ammortizzate eventuali abnormi trazioni dovute a manovre brusche o ai movimenti del paziente.

L'incidenza di sepsi è molto bassa quando si usa la via centrale solo per la NPT e si cambia giornalmente il set di infusione.

Esiste un rischio potenziale di embolia gassosa in caso di sconnessione tra le varie parti della linea di deflusso (dunque usare raccordi tipo Luer – Lock, sono più sicuri), soprattutto se il paziente è in una posizione seduta o in piedi (causa la pressione negativa del distretto venoso superiore), o in caso di

sconnessione che si protrae a lungo (ore notturne). Il paziente andrebbe posto in decubito orizzontale ogni volta che si cambiano le linee di deflusso.

Per tenere sotto controllo una sacca da Nutrizione Parenterale non collegata a pompa infusionale, è indispensabile l'uso di un regolatore di flusso a tamburo rotante, con l'avvertenza che le gocce vanno conteggiate nel microgocciolatore (sulla base dell'apposita tabella), non tenendo conto dei valori prestampati sul regolatore (legati alla densità, molto variabile, dei liquidi infusi).

In caso di gocciolatori che abbiano indicazione 20 gtt = 1ml la tabella infusiva è così riassunta:

lt/24h	gtt min.
1 lt	= 14 gtt/min
1,5	= 21 <<
2,5 lt/24h	= 35 min.
2	= 28 <<
3	= 42 min.

LA NUTRIZIONE COMBINATA

Per attuare questo tipo di nutrizione, sono utilizzate due tecniche, la Nutrizione Enterale, e la Nutrizione Parenterale Parziale, in associazione.

Utilizzando uno schema predefinito, in grado di supportare il calcolo del fabbisogno specifico dell'Assistito.

La **NPP**: è somministrata tramite cateterino inserito in una vena superficiale, in genere dell'arto superiore, serve a una copertura parziale dei fabbisogni nutrizionali.

Indicata in:

- pazienti chirurgici non complicati, con tempi digiuno enterico di 0-14 gg; è presumibilmente non maggiore a tre settimane, in presenza di iniziale denutrizione;
- pazienti defedati, in assenza di problemi ipermetabolici;
- pazienti normonutriti con complicanze, specie infettive, e come integrazione alla NE.

LA NUTRIZIONE ENTERALE

È la somministrazione di nutrienti attraverso il tratto gastrointestinale mediante l'uso di presidi specifici.

È indicato in tutte quelle Persone con un tratto gastrointestinale funzionante, ma incapaci di soddisfare le proprie necessità nutrizionali, nelle Persone che hanno subito una perdita di peso non intenzionale, nei gravi casi di malnutrizione, nelle Persone in fase post operatoria ed in quelle politraumatizzate.

Si realizza facendo giungere con l'uso di Sonde Gastriche, preparati, naturali o industriali, nel tratto gastrointestinale.

Prima di intraprendere una NE, è necessario provvedere ad una valutazione dello stato nutrizionale, valutazione che coinvolge più competenze, più persone, il servizio Dietetico, il Medico di Reparto, e l'Infermiere Professionale.

Il servizio Dietetico ha come strumento la Cartella Nutrizionale, il Medico la Cartella Clinica, l'Infermiere la Scheda Nutrizionale.

La valutazione dello stato nutrizionale, si fonda essenzialmente sull'anamnesi (anoressia, disfagia, vomito, diarrea...), sulla clinica (calo ponderale, edemi agli arti, masse muscolari

ipotrofiche, pannicolo adiposo scarso, fragilità dei capelli, occhi affossati, labbra fessurate, gengive e lingua arrossate, cute secca, pallore...), sui parametri antropometrici (età, sesso, peso, altezza, plicometria, circonferenza braccio), su parametri bioumorali ed immunologici.

È importante stendere un programma personalizzato, considerando anche le abitudini alimentari, l'esistenza di affezioni metaboliche o endocrine, gastroenteriche, cardiocircolatorie e renali.

La formulazione della dieta deve comprendere tutti i Nutrienti utili, in proporzione adeguata:

Acqua, elettroliti ed oligoelementi, vitamine, proteine, glucidi e lipidi.

La dieta corretta deve garantire un apporto di acqua ed elettroliti paragonato alle perdite, vedi urine, essudati e drenaggi, ed un rapporto ottimale tra Calorie ed Azoto introdotto.

Il punto più importante comunque, è rappresentato dalla valutazione del fabbisogno giornaliero, che deve essere fatta nella fase *Pre Operatoria*.

I PRESIDI UTILI PER LA NE sono le *Sonde nutrizionali*, i *Contenitori* (vetro o plastica che garantiscano integrità e sterilità alla miscela), le *Pompe Infusionali*, che garantiscono un corretto e continuo apporto di miscela migliorando il confort ed evitando varie complicanze, come la diarrea.

La *Sonda nutrizionale* : deve rimanere in sede anche per lunghi periodi senza presentare effetti collaterali, deve dare il massimo confort alla Persona, deve essere biologicamente inerte, resistente ai succhi gastrici, idrorepellente e resistente alla trazione, morbida e flessibile.

Il suo impiego è previsto nelle tecniche seguenti:

La *Sonda naso gastrica*, ve ne sono vari tipi e calibro ad una o più vie, in Poliuretano o Silicone, è utilizzata in quelle persone che non possono nutrirsi per varie cause come disfagia, od ostruzione del canale alimentare a causa della presenza di neoplasie o di processi infiammatori, di alterazioni anatomiche (diverticoli), o traumatismi vari.

Le *complicanze* del SNG:

- Errato posizionamento;
- Ostruzione, andrebbe lavato con acqua tiepida, e forzando moderatamente usando lo schizzettone;
- Annodamento e attorcigliamento;
- Erosioni Nasali, Esofagee e/o Gastriche, rinofaringiti, otiti, sinusiti;
- Perforazione Intestinale.

LE COMPLICANZE GASTROINTESTINALI DELLA NE

Sono correlate al tipo di dieta impiegata ed al modo di somministrazione si manifestano con vomito, distensione addominale, diarrea, nausea, flatulenza. Questa sintomatologia è legata di solito ad una errata velocità di somministrazione o alla composizione della miscela, Ipo/Iperosmolare, da contaminazione batterica, ed a volte da intolleranza.

La *nausea* ed il *vomito* sono conseguenti anche al rallentato svuotamento gastrico, mentre la distensione addominale e la flatulenza sono dovuti ai processi fermentativi.

La comparsa di *diarrea* è un evento grave, in quanto riduce l'assorbimento favorendo l'instaurarsi della malnutrizione e le sue complicanze escoriazioni, ulcere da decubito, alta possibilità di contrarre infezioni.

La *stipsi* è un'altra frequente complicanza della NE, aggravata spesso dalla ipomobilità e spesso ad una storia di stitichezza.

Le *Complicanze Metaboliche* sono: iperglicemia e glicosuria, ipoglicemia, poliuria/oliguria, ipertonicità intestinale, intolleranza ad uno o più componenti della dieta.

Da citare anche se rare le *Complicanze Settiche*, dovute all'aspirazione di contenuto gastrico nelle vie Aeree che sono causa di Polmoniti o Asfissia in Persone in stato di in coscienza, o dalle possibilità reattive ridotte.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE

Il compito dell'IP inizia con l'*Osservazione*, si deve conoscere le condizioni della Persona, il suo livello di autonomia, il bisogno di supporto assistenziale, con la *Pianificazione*, del programma nutritivo, in collaborazione con il Medico e il Servizio Dietetico, con l'ausilio della Scheda Nutrizionale.

Comunicare fin dalle fasi iniziali con la Persona sulle strategie d'azione.

Informare il Malato ed i suoi Cari, e stabilire una relazione di fiducia e stima. *Educare* all'autogestione l'Assistito e i suoi familiari alla conoscenza di tutti i meccanismi di utilizzo della linea nutrizionale.

L'IP deve preparare il materiale necessario:

- una pompa peristaltica, se prevista.
- deflussori a rondella con perforatore o a vite, in base ai prodotti da utilizzare.
- Un piano di appoggio decontaminato in locale adatto (ad esempio la cucina.)

- I flaconi del prodotto prescritto.

Preparazione:

Dopo aver lavato le mani, e preparato il campo, aprire il 'set' del deflussore e collegarlo subito al flacone, evitando di toccare i componenti del 'set' che entreranno in contatto diretto con le soluzioni.

Collegare il set alla pompa, informare la Persona e fargli assumere la posizione più comoda e tollerata, se allettato, o da seduto se autonomo in caso di SNG, collegare il deflussore al presidio utilizzato rispettando la velocità prescritta nello Schema Nutrizionale.

A medio e lungo termine il compito dell'IP è quello del controllo e sorveglianza dell'esatto posizionamento del SNG, il suo corretto funzionamento.

Ridurre velocità e concentrazione dell'infusione nel caso compaiano complicanze addominali prima di usare farmaci antidiarroici e antispastici.

Controllare l'entità del ristagno gastrico quali/quantitativo prima di una nuova infusione, nel caso di somministrazione a livello

gastrico, sospendere tale infusione se tale ristagno supera 100-150 cc.

Sollevarre testa e spalle del paziente di almeno 30° durante l'infusione se allettato e non collaborante.

Ricordarsi di lavare il sondino prima e dopo l'infusione della miscela nutritiva.

Conservare correttamente il materiale al termine della nutrizione.

Effettuare la corretta esecuzione dei prelievi ematici e la conservazione dei materiali biologici da esaminare.

Deve provvedere alla pulizia del cavo orale, alla sostituzione dei cerotti di fissaggio del SNG ogni qualvolta si rende necessario.

Controllo periodico del peso della Persona, controllo della diuresi e parametri biologici.

Annotare sulla Scheda Nutrizionale tutte le variazioni, ed aggiornarla periodicamente, far presente al Medico eventuali complicanze, discutere eventuali cambi di strategie.

PRODOTTI DIETETICI PER LA NUTRIZIONE ENTERALE

La *Dieta Frullata*, sicura ed economica, ma di difficile utilizzo, usata in quelle Persone che manifestano intolleranza ai Prodotti industriali.

Viene ottenuta miscelando, frullando o omogeneizzando, vari tipi di alimenti come carni, verdure e frutta, alimenti ricchi di sostanze nutritive e con una buona componente di scorie, utile ad una buona funzionalità intestinale.

Per utilizzare questo regime dietetico viene richiesta una capacità gastrointestinale pressoché completa da parte della Persona.

La somministrazione di questi alimenti viene fatta con l'utilizzo di uno Schizzettone, siringa di grosso calibro con una punta conica, con il quale viene aspirato e poi iniettato a piccoli boli, il cibo preparato, utilizzando del brodo o acqua per rendere più fluido il preparato, ricordandosi alla fine della somministrazione del pasto di lavare la sonda con acqua per farsì che non resti ostruito dai residui di cibo presenti nel lume della sonda.

Tra gli alimenti presenti in commercio e di facile reperibilità vi sono omogeneizzati già pronti, preparati liofilizzati, utilizzati per lo svezzamento dei neonati, succhi di frutta, ed il latte (sempre se tollerato).

Le controindicazioni a questa dieta sono date dal fatto che risulta incompleta e non bilanciata, in termini di adeguata quantità di calorie somministrate, e corretto rapporto tra azoto e calorie, ed il contenuto in vitamine e minerali.

La densità e la viscosità delle miscele ottenute oltretutto, obbliga l'utilizzo di SNG di grosso calibro, che provocano fastidio e complicanze varie, e sono poco tollerati.

PRODOTTI INDUSTRIALI O DIETE ARTIFICIALI

Vi sono diversi prodotti in commercio, forniti dalle case farmaceutiche, in forma liquida già pronti per essere somministrati in flaconi di diversa grandezza, od in polvere da diluire con acqua.

Non hanno particolari problemi di stoccaggio, sono a lunga conservazione, e richiedono poco tempo per la preparazione.

Sono fluide, somministrabili con l'utilizzo di SNG di piccolo calibro, hanno un quantità calorica ben definita, è possibile determinare la quantità di calorie che si vuole somministrare, sono complete e bilanciate, con un giusto rapporto tra calorie e azoto.

Queste diete si distinguono in:

- *Diete polimeriche*
- *Diete semielementari*
- *Diete elementari.*

Le *Diete polimeriche* sono costituite da proteine intatte, polisaccaridi e lipidi complessi, richiedono un normale lavoro digestivo per essere assorbite, ed una buona funzionalità intestinale.

Le *Diete semielementari* sono composte da prodotti in gran parte già digeriti, sotto forma di aminoacidi, polipeptidi, trigliceridi, oli vegetali e oligosaccaridi. Il lavoro digestivo richiesto è molto ridotto, quello che viene somministrato è subito assorbito dall'intestino tenue.

Le *Diete elementari* sono costituite da elementi nutritivi che non richiedono alcun processo digestivo, ma solo l'assorbimento intestinale. Sono composte da aminoacidi puri, monosaccaridi, elettroliti e vitamine.

Tutte queste diete sono prive di lattosio e glutine, per i frequenti episodi di intolleranza a tali elementi.

Per somministrare questi prodotti si utilizzano deflussori a rondella, utili per infondere il prodotto alla velocità più idonea, utilizzando il Gavage a caduta tenendo presente sempre lo stato di tolleranza e le esigenze nutrizionali.

Come alternativa in caso di problemi con i primi, o in caso di primo approccio a questo tipo di Terapia Nutrizionale, si utilizzano Pompe peristaltiche, che hanno la possibilità di eseguire un gavage del prodotto continuo ed a quantità prestabilite.

Anche lo schizzettone può essere utilizzato in casi particolari, ma bisogna procedere ad una somministrazione in boli più lenta e distanziata nel tempo, poiché una somministrazione troppo rapida del prodotto comporta delle problematiche serie, come Nausea, Vomito e Diarrea nella maggioranza dei casi.

LE DIETE NORMALI UTILIZZATE IN CASI SPECIFICI

LA DIETA SOLIDA

È costituita da alimenti con un grado di consistenza compatta;

tra i primi piatti possiamo trovare gli gnocchi di patate, tra la pasta le mezze penne, i maccheroncini, ma ben cotta;

tra i secondi piatti viene preferito il formaggio, tipo il Taleggio, le verdure cotte e non filacciose, tipo patate lesse;

per frutta è utilizzata la Banana, per la consistenza e la facilità di elaborazione prima della deglutizione, ecc.

Gli elementi scelti devono avere caratteristiche particolari, per facilitare l'atto di deglutizione, la consistenza solida per agevolare l'ingestione, la coesione per garantire la compattezza del bolo durante il transito faringo/esofageo, la viscosità per determinare il minor attrito sulle pareti del canale alimentare, il sapore né acido, né piccante, ultimo, ma importante, deve essere gradito dal Paziente.

INDICAZIONE

Questo tipo di dieta è particolarmente indicata, nella ripresa dell'alimentazione dopo interventi chirurgici come la Laringectomieconservative, dove la via aerodigestiva viene conservata con le sue caratteristiche fisiologiche.

Tale dieta è utilizzata per il recupero della funzione di deglutizione, resa difficile dagli esiti dell'intervento chirurgico, come l'edema delle strutture anatomiche, la difficile coordinazione tra fase di deglutizione e fase respiratoria, la presenza della cannula Tracheale, che rappresenta un ostacolo di tipo meccanico, oltre alla scarsa collaborazione del Paziente provato della degenza post operatoria.

La fase d'inizio della riabilitazione è indicata dal medico, quando l'edema delle strutture interessate è in regressione completa.

L'ASSISTENZA

È importante nella prima fase, dare al paziente tutte le informazioni necessarie, fornendogli gli accorgimenti ed i suggerimenti idonei a facilitare la riabilitazione deglutoria e non

meno importante è il supporto psicologico, perché un approccio negativo e scoraggiato da parte dell'Assistito, può solo rallentare il processo di guarigione ed allungare i tempi di degenza.

Nelle prime fasi la Persona può cedere ad uno stato d'ansia, di paura, di demotivazione, ed è fondamentale il supporto e l'incoraggiamento continuo.

Bisogna garantirgli un ambiente tranquillo, dove possa iniziare il suo programma, indisturbato, senza farlo sentire a disagio.

All'inizio si spiega alla Persona di cominciare con piccoli bocconi di cibo, di solito il primo approccio avviene con fette di banana. Viene portato in bocca, preparato in modo da formare un piccolo bolo pronto ad essere mandato giù, la deglutizione del bolo deve avvenire in modo deciso.

In questa fase si utilizza una cannula tracheale morbida e cuffiata, tipo Bivona, che evita l'abnigestis e lo fa respirare.

Vi sono alcuni accorgimenti posturali che possono facilitare l'operazione, come la posizione a corpo flesso in avanti, o in estensione all'indietro. Anche la posizione del bolo di cibo in determinati punti del cavo orale può favorire la deglutizione.

La soluzione più adeguata, in ogni caso, viene trovata dopo vari tentativi, ed è necessario lasciare al Paziente, tutto il tempo che gli necessita per tentativi e prove, atte a migliorare la sua "performance".

Il recupero avviene lentamente, con risultati graduali e progressivi nel tempo. All'inizio, se necessario, la dieta viene integrata con la nutrizione artificiale, per garantire il necessario apporto nutritivo, fino al ripristino totale della funzione deglutitoria.

LA DIETA MORBIDA

È una dieta preparata con alimenti di consistenza morbida, quindi facilmente deglutibili dalla Persona, e non richiedono gran preparazione nella fase orale.

I cibi più indicati sono la pastina ed i passati di verdure, la carne frullata o tritata, i formaggi cremosi, il purè, la frutta frullata o cotta, i succhi di frutta ed i budini, ecc.

Indicazione

Tale dieta è indicata in quelle Persone affette da: processi infiammatori delle prime vie aeree (tonsilliti, faringiti, ascessi, etc...), in caso di Persona con patologie neoplastiche che interessano il cavo orale, il Faringe e l' Esofago.

È utilizzata soprattutto nella ripresa alimentare dopo interventi come le tonsillectomie, laringoscopie, dopo interventi di Cordectomia, di Laringectomia, nelle Resezioni Mandibolari o del palato con ricostruzione del lembo.

Assistenza

L'assistenza è rivolta principalmente alle Persone sottoposte ad interventi chirurgici demolitivi della struttura oro-faringo-laringea, nei quali si ha un sovvertimento delle prime vie aero digestive, con separazione artificiale, della via respiratoria da quella alimentare, trasformando la struttura in due canali distinti e non più collegati fra loro.

Questa nuova situazione contribuisce a creare problemi disfascici di tipo meccanico, superabili grazie alla capacità di adattamento e

recupero dell'organismo, ad un ripristino spontaneo, più o meno rapido, di una "normale" funzione di deglutizione.

La ripresa dell'atto di deglutizione, avviene inizialmente esortando la Persona ad ingerire dei sorsi d'acqua, di tea o succhi di frutta, in seguito viene incoraggiato a compiere manovre di deglutizione, inserendo sostanze alimentari morbide.

Il recupero avviene di solito gradualmente ed in pochi giorni, occorre molta pazienza e buona volontà.

Nelle Persone sottoposte a Chirurgia Endoscopica con Laser, il problema disfagico è di breve durata, dovuto all'edema post chirurgico; in questi casi la dieta è indicata per alcuni giorni dall'intervento, in seguito si può riprendere la normale dieta libera.

LA DIETA IPOSODICA

Questo tipo di dieta è povera di sale, di elementi come gli agrumi, di condimenti, che possono stimolare la ghiandola Parotidea.

Indicazione

È indicata nelle Persone sottoposte ad intervento chirurgico di Parotidectomia superficiale o parziale, dove parte della ghiandola è risparmiata.

Tale dieta non stimola la funzionalità della ghiandola, garantendone il riposo ed una graduale ripresa funzionale.

Assistenza

È importante l' *informazione*, spiegare al paziente l'utilità di tale dieta, in modo da rendere meno difficile accettare un cibo insipido, e privo di aromi, per il periodo di tempo necessario, di solito qualche settimana.

LA VOCE DELL'INFERMIERE COME STRUMENTO TERAPEUTICO

L'idea che la voce abbia poteri taumaturgici non è certo nuova. Troviamo le prime tracce di questa convinzione nel Mito che riconosce ad Orfeo un ruolo importante nella spedizione degli Argonauti alla ricerca del vello d'oro. Orfeo non lavora ma allevia le fatiche dei vogatori con il canto. Le madri ben conoscono quanto una nenia a voce sommessa sia per il bambino piccolo un'ottima medicina quando vi sia un'indisposizione o una paura. Anche la voce parlata è terapeutica. Stando ad Avicenna che, ben consapevole della potenza benefica della comunicazione orale, dice nel suo *Codice di Medicina* che l'arte del sanare deve utilizzare per prima la Parola, poi le *Erbe*, e come ultima risorsa, il *Coltello*. La psicoterapia si è inserita in questo filone terapeutico ed usa la comunicazione per guarire le ferite della Psiche Grande.

La persona malata, proprio per lo stato morboso, regredisce ad uno stato infantile e reagisce più ai messaggi vocali che a quelli verbali. Inutile scegliere le parole se non si controlla la voce che

la veicola, il messaggio verbale può venire sconfessato o completamente rovesciato da quello vocale.

La Parola può mentire ma la voce no, quando un infermiere dice con poca convinzione "non si preoccupi" la voce tradisce un allarme ed allarma.

La Voce accoglie, rassicura e predispone alla fiducia nelle terapie. È necessario però che l'infermiere impari a conoscere la propria voce, ne acquisisca dimestichezza e diventi critico delle modalità d'uso. A stabilire e mantenere modalità della relazione infermiere persona malata è la Voce non la Parola.

La taumaturgia vocale tramonta e rinasce incessantemente nel corso dei secoli: passa di bocca in bocca da Orfeo a Freud, creando quasi un cammino sonoro dalla mitologia greca alla psicanalisi. Se paragoniamo il tempo degli Dei a quello dell'uomo, la Parola ha perso un po' del suo valore magico ma la Voce conserva intatto tutto il suo potere, soprattutto nel mondo della sofferenza. La Voce ha sull'uomo un enorme potere ipnotico capace di rassicurare ma anche di inquietare. Si può dire un messaggio in molti modi senza cambiare le parole, creare la differenza basta la Voce. Di quante voce dispone l'Umanità?

Tante quanti sono gli individui, ognuno ha infatti la propria impronta vocale che lo rende unico. Ogni voce poi ha tante sfaccettature quanti sono gli stati d'animo. Ogni variazione emozionale infatti si ripercuote sulla gamma vocale. E come se ognuno di noi avesse tanti vestiti vocali nell'armadio della nostra comunicazione a seconda di come ci sentiamo, scegliamo per l'occasione quello che più si adatta al nostro umore. Uno dei concetti chiave per capire lo spessore della voce nei rapporti interpersonali è la differenza tra "Voce per dire" e "Voce per interagire".

Le modalità per dire e per interagire non possono mai essere interscambiabili e se lo diventano si trasformano eloquentemente in messaggio all'interno del messaggio.

Si interagisce con il corpo, con le parole, con la voce e con il silenzio. Nel linguaggio dei simboli il Silenzio è rappresentato dalla tartaruga, che di fronte alle minacce esterne ha la possibilità di rifugiarsi in se stesso. La solidità, la fertilità e l'armonia sono dunque le componenti simboliche del Silenzio. Nei rapporti interpersonali abbiamo modo di verificare continuamente quanto il silenzio e la confidenza volano di pari passo.

L'infermiere non può ritenere completa la sua formazione finché non ha imparato quanta parte di se professionale e personale giochi attraverso la voce. L'infermiere non dovrebbe avere una voce monotona, non dovrebbe ricercare un agio respiratorio, ma possederlo come certezza. Non deve avere necessariamente una voce eccezionale ma stare bene nella propria voce.

Una voce sempre misurata è una recitazione che maschera l'autenticità della persona dietro lo scudo del controllo. Chi controlla la voce non gode dei rapporti interpersonali, dato che è troppo intento a controllare la propria immagine vocale.

Una voce che ha il coraggio dell'autenticità, non si mostra solo "al di sopra" ma conosce anche la fragilità.

L'infermiere offre la ricchezza del proprio bagaglio professionale ma, il come lo offre proviene dalla propria dimensione personale, che si esprime attraverso il linguaggio corporeo e fonatorio.

ASPETTI PSICOLOGICI DELLA PERSONA LARINGECTOMIZZATA ED IL SUO VISSUTO IN FAMIGLIA

Prima di parlare in modo specifico del disagio psicologico a cui va incontro la persona che subisce un intervento di laringectomia totale/ ci pare utile ricordare che è necessario tenere sempre presente l'unità del paziente con la persona che lo sostiene.

La persona è prima di tutto un essere umano con una unitarietà psicofisica che non è possibile scindere, ma che spesso, catturati dall'aspetto biologico della malattia, dimentichiamo.

La persona affetta da tumore della laringe ha i suoi bisogni, i suoi sentimenti e di conseguenza ha un suo disagio; questo disagio è ulteriormente alimentato dall'idea di essere la portatrice di una malattia invasiva sia sotto l'aspetto psicologico che sotto quello fisico.

Prima di parlare dei diversi aspetti del disagio, cerchiamo di renderne comprensibile la definizione stessa e le implicanze che esso comporta.

Con l'espressione "disagio della malattia" noi raggruppiamo tutte quelle interferenze che la malattia reca con se (cambiamento di

vita, cambiamento di abitudini, rivalutazione dei progetti futuri) e che sono così ricche di implicazioni affettive.

Spesso la malattia si configura anche come una minaccia, nel nostro caso una minaccia incontrollabile, e questo modo di interpretare amplifica il fisiologico senso di pericolo e di impotenza conseguente alla malattia.

Una valutazione ancora più globale della problematica intrinseca alla malattia del paziente laringectomizzato presuppone un'analisi delle reazioni psicologiche conseguenti alla notizia di dover subire un intervento mutilante per una patologia neoplastica.

Verosimilmente l'esperienza della malattia con conseguente ospedalizzazione è sempre vissuta dal paziente come un momento disgregante della propria vita in cui egli realizza di non avere meccanismi di difesa adeguati per fronteggiare una situazione che identifica come di totale impotenza.

Inoltre, come accennavamo più sopra, la malattia può essere vista anche come una frustrazione, come un ostacolo alla realizzazione di sé.

La malattia come frustrazione

Al momento del ricovero ospedaliero la persona deve affidarsi a persone che sono per lui completamente estranee: i medici e gli infermieri che rappresentano però coloro che possono aiutarlo a superare questo particolare momento così ricco di implicazioni psicofisiche.

La rivelazione diagnostica in particolare appare spesso come un momento estremamente distruente ed invasivo che interessa sia l'autonomia personale che l'individuo nella sua affermazione presente e futura.

Inoltre la persona sviluppa l'ansia conseguente al disagio interiore e al travaglio che deve affrontare, per cui spesso accade che egli non accetti ne la diagnosi ne tanto meno la soluzione terapeutica propostagli, ma senta il bisogno di fuggire non tanto dal luogo in sé quanto da una verità che non accetta. Queste reazioni possono essere raggruppate sotto il nome di reazioni alla malattia come minaccia:

Reazioni alla malattia come minaccia

attacco aggressivo aggressività

attacco costruttivo lotta contro la malattia
attività

fuga attiva fuga dal campo
suicidio
fuga nella fantasia

fuga passiva inattività
passività
depressione

Solitamente in un secondo momento la persona accetta di rivedere il suo comportamento e capisce che è necessario affrontare l'intervento per prolungare il più possibile la vita. A questo punto è doveroso fare alcune specifiche considerazioni in merito a quanto l'intervento di laringectomia totale sia limitante per la vita di relazione del paziente e per i suoi investimenti affettivi.

Ognuno di noi attraverso le parole comunica agli altri i propri sentimenti e le proprie emozioni, arricchendole con la tonalità affettiva desiderata.

La rabbia, la dolcezza, l'amore, l'affetto, sono magistralmente elaborati dal nostro tono vocale.

Nel momento in cui alla persona viene proposta la soluzione terapeutica, egli teme di perdere ogni capacità comunicativa, per cui, all'angoscia per la paura della morte, si aggiunge la paura della condanna all'isolamento.

Nel nostro lavoro multidisciplinare, il primo incontro in fase pre-operatoria, ha lo scopo di rassicurare la persona sulla possibilità di recuperare una nuova voce e conseguentemente di ridimensionare la sua ansia.

Solitamente in concomitanza al superamento del trauma legato alla rivelazione diagnostica, si assiste ad una percezione diversa del vissuto in ospedale per certi aspetti opposta a quella iniziale di disorientamento.

La persona accetta quindi di operarsi manifestando una scelta di vita.

Nell'immediato post operatorio il reparto viene recuperato come ambito rassicurante e necessario.

Al risveglio dall'intervento infatti la persona sperimenta le cose che precedentemente gli sono state dette, la sofferenza fisica e

non ultima la paura di soffocare; è quindi oltremodo rassicurante avere vicino i medici e gli infermieri.

Queste sono alcune delle ragioni per cui spesso il ritorno a casa si configura come momento denso di ansia e di preoccupazione.

Premettendo che la famiglia è e rimane il nucleo primario degli investimenti affettivi e che il suo ruolo è di grande importanza, ciò nonostante spesso il ritorno a casa è infatti per la persona denso di stress emozionale.

La persona si ritrova nel suo ambiente familiare, ma menomato e modificato rispetto al suo ruolo precedente.

È facile che in questo momento si riacutizzino l'angoscia e la paura alle quali spesso si aggiunge il disagio del nucleo familiare che non è preparato a sostenerlo.

Generalmente col passare del tempo, il rientro in famiglia favorisce il superamento del trauma legato all'intervento subito.

Al contrario a volte, la famiglia può gravare sul livello di stress che il paziente ha già da sé.

Questo succede spesso laddove i familiari non rispettino il momento fisiologico del distacco affettivo che la persona attua per prendere maggior coscienza della propria condizione.

Spesso nella persona dopo il ritorno a casa si assiste ad un atteggiamento di chiusura, con tratti depressivi, che inconsciamente starebbe a significare il bisogno di elaborare un allontanamento dalle cose pratiche (pre-morte).

In altri casi, relazioni familiari peraltro precarie rischiano di esplodere sotto un peso così dirompente; infatti la malattia è minaccia e frustrazione non solo per il singolo, ma anche per la famiglia.

Così una moglie con notevoli problemi di aggressività verso il marito, con il quale ha avuto per anni un rapporto difficile, può vivere con grossi sensi di colpa la malattia di quest'ultimo, quasi che la malattia rappresenti la realizzazione delle proprie fantasie aggressive.

L'effetto squilibrante "della malattia" sulle relazioni familiari va sempre tenuto presente, allo scopo di facilitare la riorganizzazione familiare in senso positivo a vantaggio del paziente.

Può anche verificarsi che l'intervento scateni nell'altro elemento di una coppia sentimenti riparativi, di tutela e di totale

assecondamento verso il coniugo ammalato quasi a voler recuperare un rapporto genitoriale del tipo "madre-bambino". In questi casi c'è il rischio che la persona assecondi le richieste del coniuge e regredisca totalmente.

A volte emerge il problema del mutato aspetto fisico secondario all'intervento. La persona teme di non essere accettato e può assumere atteggiamenti di chiusura; il coniuge può a sua volta manifestare sentimenti di rifiuto con conseguenti sensi di colpa che cercheranno poi un loro superamento.

L'atteggiamento iperprotettivo, ad esempio, che nasconde in realtà un senso di rifiuto. La persona iperprotetta, spesso può anche reagire verso il familiare in maniera aggressiva, a volte in modo addirittura inspiegabile.

Questo problema diventa particolarmente complesso laddove riguarda persone ancora giovani ed interessa la relazione sessuale. Ma al di là dei molteplici atteggiamenti verso la persona al momento del suo rientro a casa, è molto importante sottolineare la necessità che il familiare ripristini nel miglior modo possibile i rapporti preesistenti all'intervento dimostrando così di voler

recuperare la persona ed il suo ruolo affettivo e sociale nella famiglia.

La persona infatti ha bisogno di trovare in essa e nelle persone che lui ha precedentemente investito affettivamente l'aiuto necessario a recuperare un ruolo per ricostruire la sua integrità personale e realizzare il superamento del trauma della malattia. Nella nostra esperienza l'intervento dello psicologo è risultato utile in più fasi dell' iter terapeutico e riabilitativo. Come già detto, un primo contatto avviene già in fase preoperatoria, la persona viene poi seguita durante la degenza.

Alla dimissione, preventivamente all'inizio della riabilitazione, la persona ed il familiare di riferimento vengono invitati ad un colloquio individuale; secondo i casi verrà o meno mantenuta una terapia di sostegno.

Lo psicologo riveste un ruolo importante anche nell'analisi e nella gestione delle dinamiche di gruppo durante la terapia.

Solitamente infatti ogni "nuovo paziente" viene inserito nel gruppo terapeutico sia per l'aspetto riabilitativo che per quello psicologico.

Nella vita comune capita che il poter condividere con altri esperienze poco piacevoli, contribuisca a farci superare meglio quelle esperienze. Comunemente diciamo "mal comune mezzo gaudio".

Nel gruppo terapeutico i pazienti discutono problemi e angosce comuni e verificano che le loro difficoltà ed i loro problemi sono comuni agli altri.

Il gruppo fornisce un'opportunità per esprimere le proprie lamentele; in esso è possibile prendere in considerazione e contenere anche i sentimenti più violenti.

Viene sviluppata una maggiore capacità di comprendere i propri problemi in rapporto ai familiari e alla società in generale.

Lo psicologo dirige il gruppo senza però essere direttivo: cerca infatti di favorire il chiarimento delle tematiche che emergono man mano che affiorano.

Le persone durante il gruppo si sostengono e si confrontano a vicenda esprimendo i rispettivi sentimenti di ansia e di colpa per il fatto di essere portatori di un problema.

Inoltre la persona nel gruppo esprime l'ansia specifica che riguarda il timore di essere falsamente capito; vale a dire il timore

che gli altri dicano di aver capito quando invece non riescono a capire (sensazione di commiserazione).

Per concludere possiamo dire che soprattutto attraverso l'esperienza ed il confronto con gli altri la persona cerca di riacquistare fiducia in se stesso e nelle sue possibilità peraltro nuove.

Il confronto all'interno del gruppo fa sì che la persona si senta più rassicurato, perché capisce che persone che hanno lo stesso suo problema sono riuscite a vincere la depressione, la mancanza di motivazione e la tendenza all'isolamento, recuperando una vita normale.

Il gruppo quindi come "trampolino di lancio", come punto di partenza per un miglioramento qualitativo e non come punto di arrivo.

RIEDUCAZIONE MOTORIA E RESPIRATORIA

Il trattamento riabilitativo motorio e respiratorio del paziente laringectomizzato va iniziato precocemente, a distanza di pochi giorni dalla dimissione ed è mirato a minimizzare i danni posturali e funzionali che derivano dall'intervento.

L'approccio inizia con l'esame obiettivo durante il quale si rileva l'eventuale presenza di dismorfismi a livello cutaneo e dei tessuti sottostanti.

È fondamentale ricercare l'eventuale presenza di aderenze, cicatrici retraenti, cordoni cicatriziali e constatare la visibile riduzione della parte anteriore del collo dovuta all'asportazione della laringe, dei linfonodi del collo e di alcuni muscoli.

Si osserva quindi l'atteggiamento posturale. In stazione eretta il paziente presenta in genere un atteggiamento tipico con capo proteso in avanti, spalle elevate ed anteposte, arti superiori con gomiti flessi e mani a pugno, convessità posteriore della gabbia toracica.

Sulla base di questo esame verrà impostato il trattamento riabilitativo.

A questo punto la valutazione del deficit motorio richiede l'analisi dinamica dei movimenti toracici, scapolo-omerale e cervico-cefalici ricercando le discinesie ed i deficit muscolari presenti.

Si osserva generalmente:

- ridotta espansibilità toracica durante l'atto respiratorio.
- limitata ampiezza articolare del cingolo scapolo-omeroale.
- limitazione nella flessione anteriore, laterale e rotazione del
- capo.

Nel complesso il quadro si caratterizza per la perdita della plasticità dei movimenti occipito-cervicali e cervico-brachio-toracici. Molto frequentemente si associano alterazioni della mimica.

Le cicatrici più o meno estese a seconda dell'intervento oltre a provocare un evidente danno estetico limitano l'escursione articolare del collo e ne alterano la propriocettività.

Il trattamento avrà come obiettivo primario di ridare elasticità ai tessuti, obiettivo che verrà raggiunto con il **MASSAGGIO**.

Quest'ultimo utilizzando diverse tecniche quali l'impastamento, lo stiramento, la frizione, la pressione circolare e lo scollamento mirerà a :

- aumentare l'elasticità dei tessuti
- provocare il distacco delle lacinie cicatriziali
- incrementare la circolazione sanguigna
- ottenere un effetto eutrofico sulle terminazioni nervose sensitive
- regolare la secrezione delle ghiandole sebacee e sudoripare

Le anomalie posturali ed in particolare l'atteggiamento tipico descritto precedentemente è causato dal deficit muscolare secondario e indubbiamente anche dal disagio interiore che porta il paziente a "ripiegarsi su se stesso".

Il deficit muscolare è causato dall'asportazione dei muscoli omoioideo, sternioioideo, sternotiroideo e tiroioideo durante la larmgectomia mentre durante lo svuotamento radicale del collo vengono sacrificati il muscolo sternocleidomastoideo, il nervo spinale ed i rami del plesso cervicale.

Dobbiamo ricordare che anche i muscoli risparmiati dall'intervento subiscono un danno chirurgico da stiramento, da sacrificio di alcuni apporti vascolari e nervosi e da lesione della fascia che li contiene.

Altre cause che contribuiscono al mantenimento di questi atteggiamenti posturali anomali sono:

- la retrazione cicatriziale cutanea e profonda
- la postura antalgica dovuta alla diffusa dolorabilità del collo
- i microtraumatismi articolari e muscolari secondari
- all'innaturale posizione coatta sul tavolo operatorio
- la posizione scorretta durante le ore notturne data dall'uso di
- più cuscini per paura di soffocare
- il già citato ripiegamento su se stessi di origine psicologica
- motivato anche dal tentativo di proteggere o nascondere
- il tracheostoma

I danni secondari a questa errata postura saranno :

- 1) la perdita dello schema corporeo
- 2) una diminuita funzionalità della porzione superiore del corpo
- 3) la progressiva riduzione dell' ampiezza della gabbia toracica

comportante ipoventilazione e ristagno delle secrezioni
bronchiali

Per ovviare a questi danni è indispensabile far riacquisire la
coscienza del proprio corpo nello spazio ricostruendo lo schema
corporeo del paziente attraverso l'utilizzo di stimolazioni estero e
proprioceptive.

Il piano di trattamento comunemente proposto ai pazienti prevede
il mantenimento della postura corretta:

- in stazione eretta libera o al muro
- in stazione assisa a tronco libero o con appoggio dorsale
- e/o degli avambracci (vedi tecniche della Back School e
delle catene miotensive)
- con esercizi di stretching che mantengono l'elasticità dei
muscoli e preparano al movimento con una serie di
allungamenti degli stessi

Per riacquisire uno schema corporeo correttamente orientato
nello spazio risulta utile il costante utilizzo di:

- afferenze visive (esercizi allo specchio, osservare gli altri,
seguire visivamente la parte del proprio corpo in movimento)

- afferenze tattili (correzione manuale fra pazienti o da parte del fisiokinesiterapista)
- afferenze uditive (comandi verbali da parte di un paziente o del fisiokinesiterapista)

Il deficit motorio è causato anch'esso principalmente dalla sezione o asportazione chirurgica di alcuni muscoli, dalla lesione della loro vascolarizzazione dovuta al sacrificio di peduncoli vascolari distribuiti lungo il muscolo e della sofferenza d'innervazione motoria e/o sensoriale che può essere transitoria o permanente.

Il danno che deriva dal deficit motorio è rappresentato da un evidente squilibrio muscolare tra:

- porzione anteriore e posteriore del torace e del collo
- un emilato e l'altro in caso di svuotamento monolaterale
- muscoli agonisti e antagonisti

Inoltre i movimenti articolari sono ridotti per la minor elasticità ed eccessiva tensione dei muscoli del collo, delle spalle e dei muscoli mimici.

Questo ipertono generale può provocare la compressione del segmento faringo-esofageo e conseguente difficoltà nella produzione della voce erigmofonica.

Il piano di trattamento si pone come obiettivo il recupero di una buona motricità tronco-cervico-cefalica contrastando l'ipertono muscolare e compensando gli squilibri muscolari prima descritti. Gli esercizi riabilitativi possono essere eseguiti singolarmente o in gruppo.

Al singolo vengono proposti gli esercizi che eseguirà poi all'interno del gruppo.

Nel gruppo vengono effettuati esercizi di:

- 1) stretching
- 2) esercizi isotonici
- 3) esercizi isometrici
- 4) ginnastica di rinforzo dei muscoli ipostenici
- 5) ginnastica della muscolatura mimica

Qualora se ne presenti la necessità il trattamento verrà integrato con tecniche specifiche come le facilitazioni neuromuscolari propriocettive (P.N.F.) o la terapia fisica.

Per quanto riguarda la rieducazione respiratoria dobbiamo tener presente che questi pazienti privati della funzione respiratoria del tratto naso-oro-faringeo, mancano di un importante filtro per le vie aeree e di un prezioso sfintere.

Ciò comporta il deficit di alcune importanti funzioni laringee già descritte in altra sede.

La rieducazione respiratoria avrà così un duplice obiettivo:

- 1) favorire l'eliminazione delle secrezioni bronchiali rese più abbondanti
- 2) facilitare l'acquisizione dell'automatismo posturale utile per una corretta respirazione

Il paziente acquisendo un ritmo ed una frequenza respiratoria costanti è facilitato nell'apprendimento della postura corretta e nel suo mantenimento automatico.

Il trattamento che verrà impostato per raggiungere questi obiettivi prevede una prima fase di rilassamento attraverso tecniche di suggestione, mirerà a "creare l'idea con la parola" e cioè a

rievocare nel paziente immagini che lo aiutino a raggiungere il voluto rilassamento.

Si iniziano poi gli esercizi di mobilizzazione del cingolo scapolo-omerale e di rinforzo dei muscoli inspiratori che miglioreranno l'elasticità della gabbia toracica.

Raggiunta questa condizione si impostano esercizi specifici atti a favorire l'espettorazione.

LA RIABILITAZIONE ALLA DEGLUTIZIONE E ALLA FONAZIONE DOPO LA CHIRURGIA CONSERVATIVA

La rieducazione deve iniziare molto precocemente, al letto della persona laringectomizzata, per evitare la fissazione in anchilosi delle articolazioni crico-aritenoidee e per favorire una più rapida ripresa dell'alimentazione per via orale.

In accordo con la Scuola Francese (Guerrier), applichiamo due diversi gruppi di esercizi, per la deglutizione e per la fonazione:

a) per la deglutizione utilizziamo esercizi di retropulsione linguale attiva e passiva con il fine di migliorare la funzionalità della componente anteriore della neo-glottide, per meglio proteggere la neo-laringe durante la deglutizione. Sempre a tale scopo si insegna alla persona particolari posture di compenso (posizionamento verso il basso e verso l'interno della sinfisi mentoniera, assunzione dei liquidi con il capo flesso e ruotato come per bere alla fontanella). Alcuni protocolli prevedono l'inizio delle prove di alimentazione in VI giornata, utilizzando

semisolidi (puree, yogurt, budino, ecc.) integrati successivamente prima da solidi e poi da liquidi.

b) Per la fonazione, oltre alla consueta attività di respirazione e di coordinazione pneumo-fonica, basilare in tutta la chirurgia funzionale della laringe, applichiamo i seguenti esercizi specifici:

- per la contrazione del crico-aritenoideo laterale: emissioni vocaliche brevi e ripetute, ed in seguito, dopo la risoluzione degli edemi mucosi, anche vocalizzazioni prolungate ed attacchi vocali energetici.

- Per la contrazione del crico-aritenoideo posteriore: interruzioni ritmiche dell'espiazione, emissione di vocali seguite da occlusive sorde.

- Nelle fasi più avanzate della rieducazione suggeriamo alle persone esercizi per ampliare le variazioni tonali e prolungare la durata fonatoria.

LA RIABILITAZIONE VOCALE DOPO LA CHIRURGIA DEMOLITIVA

Dopo la laringectomia totale, la persona perde la capacità della fonazione. Attualmente vi sono, fondamentalmente, tre possibilità di ripristino di una comunicazione verbale.

- La voce erigmofonica
- Gli impianti fonatori
- Il laringofono

LA VOCE ERIGMOFONICA

Il metodo più antico per riacquistare un'acapacità vocale è quello che utilizza l'aria che, prevalentemente aspirata nello stomaco, viene emessa con un meccanismo simile all'erutazione mettendo così in vibrazione le mucose ipofarico-esofagee e producendo un "rumore" che, articolato dalla lingua, diventa intelleggibile.

Il processo rieducativi prevede un'rieducazione logopedia individuale o di gruppo.

GLI IMPIANTI FONATORI

Negli ultimi anni si è diffuso l'utilizzo di protesi fonatorie che consentono una prosodia normale in quanto utilizzano l'aria espirata per fonare. La tecnica prevede l'allestimento chirurgico di una fistola tra la parte craniale della trachea (vicino alla tracheomia) e l'esofago retrostante. In tale fistola viene inserita una valvola ad una via che permette all'aria espirata (previa chiusura temporanea del tracheostoma) di passare nell'ipofaringe e di qui alla struttura di risonanza vocale. L'aria mette in vibrazione le pareti mucose che producono un rumore che, articolato dalla lingua e dalla struttura del cavo orale, consente la produzione di una voce intellegibile di qualità inferiore rispetto alla voce esofagea. La valvola unidirezionale impedisce alla saliva e agli alimenti di passare dall'ipofaringe alla trachea. Questa fistolizzazione può essere attuata sia nel tempo chirurgico della laringectomia totale che successivamente.

Il nursing specifico dei casi di impianto fonatorio è fondamentalmente di counseling nelle caratteristiche delle protesi, nell'igiene e gestione della stessa e nei consigli per il conseguimento di una buona e intellegibile voce.

- a) Bisogna spiegare alla persona il meccanismo di funzionamento della protesi, su come questa è "inserita" e su come verrà tollerata.
- b) L'igiene della protesi è fondamentale: va pulita con scovolini appositi e tale manovra deve essere eseguita personalmente per svincolarsi da persone estranee e garantire un'autonomia gestionale; la persona va posta davanti ad uno specchio, deve visualizzare la sede della protesi e abituarsi alle manovre di pulizia tenendo presente che l'immagine speculare capovolge i movimenti.
- c) Sempre davanti allo specchio la persona deve imparare ad occludere con un dito completamente il tracheostoma in modo da convogliare la colonna aerea nell'ipofaringe attraverso la valvola. L'emissione della voce è condizionata da un rilassamento dei muscoli del torchio addominale e del collo che consente un miglior passaggio dell'aria ed una miglior vibrazione delle mucose

IL LARINGOFONO

È un traduttore elettromeccanico che posizionato sulla cute del collo riceve ed amplifica le vibrazioni delle strutture ipofaringee generando un rumore che risulta poco comprensibile e innaturale. Tale presidio va limitato agli insuccessi dei metodi precedenti.

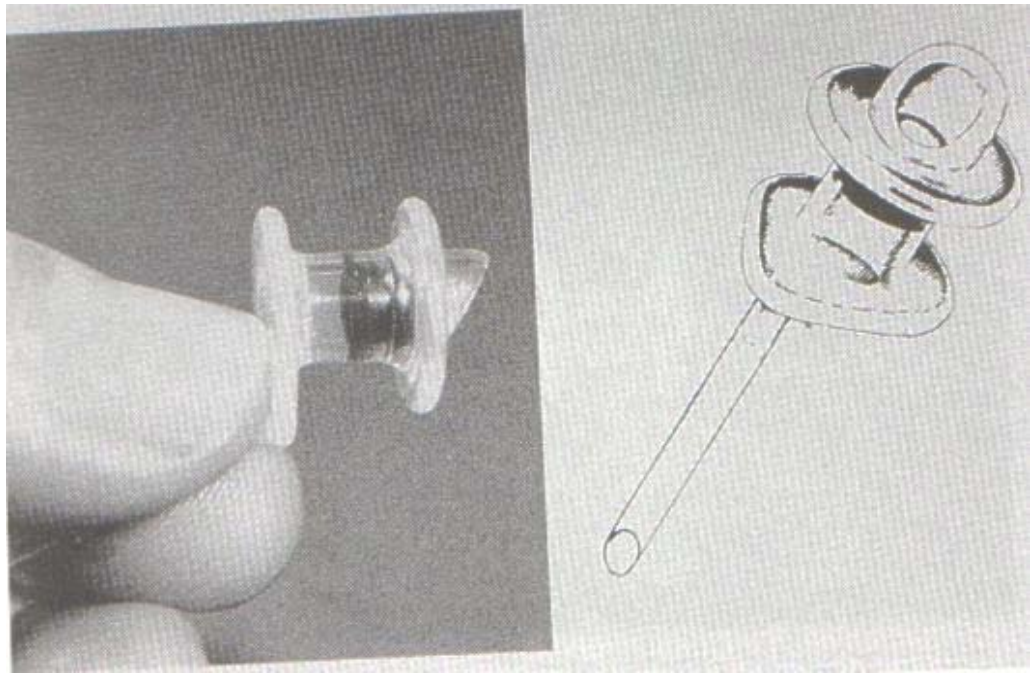


Fig.7 Protesi fonatoria Provox

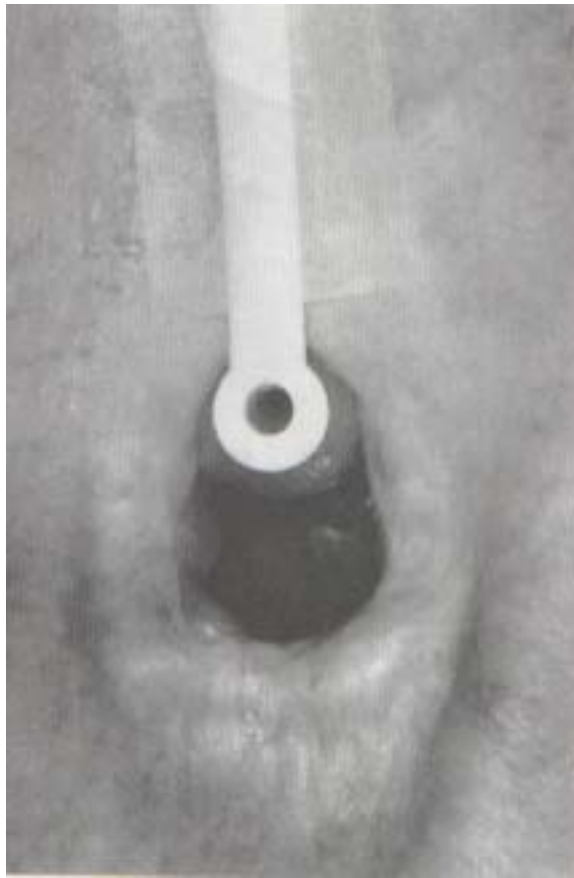


Fig.8 Protesi vocale a bassa pressione



Fig.9 Laringofono

RIEDUCAZIONE LOGOPEDICA INDIVIDUALE E DI GRUPPO

Il primo contatto con la persona operata in altri nosocomi, avviene presso il Servizio Recupero e Riabilitazione Funzionale tramite un colloquio che coinvolge anche il nucleo familiare.

Durante tale incontro viene compilata la cartella logopedica, comprendente anche l'anamnesi fisiologica, la patologica remota e quella recente.

Di seguito vengono fornite alla persona alcune informazioni sulla sua nuova condizione anatomofunzionale e si verifica che sia a conoscenza delle principali norme igieniche alle quali deve attenersi.

Spesso si può rilevare che la persona non ha una conoscenza completa e chiara delle conseguenze derivanti dall'exeresi laringea.

Infatti, come più volte abbiamo sostenuto, è necessaria una ridondanza informativa (ripetizione da parte dei diversi operatori

sanitari) affinché la persona recepisca pienamente il messaggio dell'interlocutore sanitario.

Viene poi spiegata individualmente la modalità di fonazione vicariante e le tecniche di apprendimento della nuova voce (esofagea).

La persona viene quindi inserita nel gruppo terapeutico.

Il gruppo risponde alla necessità del laringectomizzato di essere rieducato alla "nuova voce" insieme ad altre persone che presentano problematiche simili: infatti, oltre a garantire conoscenze teoriche ed esercizi rieducativi, il gruppo ha lo scopo di fornire un notevole appoggio psicologico, fondamentale per il recupero dell'autonomia della persona e per un migliore reinserimento sociale e familiare.

Inizialmente il gruppo può costituire per alcune persone l'unico luogo dove sentirsi a proprio agio nonostante l'evidente mutilazione.

Il gruppo rappresenta infatti un ambiente protetto, un primo nucleo sociale dove la persona, che spontaneamente ed inevitabilmente tenderebbe ad isolarsi, può cominciare l'iter riabilitativo verso una rinnovata autonomia.

All'interno del gruppo la persona acquisisce conoscenze teoriche utili per la gestione della nuova situazione e comincia a sperimentare l'efficacia comunicativa della nuova voce. Essa incontra nel gruppo sia il rieducatore laringectomizzato sia altre persone nelle diverse fasi riabilitative (fase iniziale, inizio voce esofagea, buona voce esofagea) traendo così un notevole incoraggiamento e motivazione per continuare con impegno la rieducazione.

Il gruppo rappresenta quindi un mezzo e nel contempo un metodo rieducativo: l'obiettivo dell'iter riabilitativo è di giungere alla dimissione quando la persona ha raggiunto una discreta autonomia verbale e soprattutto ha sperimentato l'efficacia comunicativa della voce esofagea.

Anche all'esterno del gruppo il soggetto si sentirà pronto a riallacciare rapporti interpersonali e quindi a reinserirsi nell'ambiente familiare, lavorativo e sociale.

In letteratura molti Autori riportano che durante la rieducazione collettiva della persona laringectomizzata hanno incontrato difficoltà nella gestione del gruppo ed evidenziano perplessità sia

dal punto di vista delle tecniche riabilitative che da quello delle dinamiche psicologiche.

Si può verificare la reale efficacia della rieducazione collettiva a patto che siano

ottemperati i seguenti presupposti teorici:

- 1- Le sedute riabilitative devono avere obbiettivi, competenze piani di trattamento ben precisi.
- 2- Gli operatori devono possedere una specifica competenza tecnica.
- 3- La persona e non il gruppo resti il destinatario dell'intervento terapeutico.

La persona diventa così l'utente di un servizio a strutture indipendenti, ma reciprocamente collegate e nel contempo riduce il problema della sua solitudine e del suo isolamento.

L'aspetto tecnico vero e proprio della riabilitazione vocale nell'ambito del gruppo non presenta in genere evidenti difficoltà specifiche. Le difficoltà sia di tipo psicologico che fisico possono invece insorgere a livello personale.

Ad esempio in alcuni casi il persona non si sente a suo agio nel gruppo, in tal caso si ricorre temporaneamente alla terapia individuale finché egli decida liberamente di rientrare in terapia collettiva.

È inoltre necessario essere consapevoli che esistono dei fattori fisici che possono ostacolare la riabilitazione vocale: una sfavorevole situazione anatomico-funzionale iatrogena o costituzionale, gli esiti della terapia radiante, l'età avanzata, l'ipoacusia; fattori già presi in esame nei precedenti capitoli. Gli operatori devono valutare l'aspetto psicologico relazionale della persona all'interno del gruppo e nei confronti della malattia.

Vi possono essere reazioni di resistenza, cioè di rifiuto ad accettare i problemi che la malattia comporta o addirittura ignorarla per dimostrare a se stessi ed agli altri che nulla si è modificato. Altre volte si possono manifestare comportamenti di tipo regressivo determinanti scelte di isolamento, introversione e regressione.

Tali processi sono estremamente complessi da contenere ed è per questo che si è ricorso all'aiuto dello psicologo nella gestione del gruppo e del singola persona.

Riassumendo, la gestione della persona nell'ambito del gruppo terapeutico, in cui alla riabilitazione collettiva venga associata quella individuale in tempi e modi personalizzati, è la soluzione che meglio garantisce la buona riuscita della terapia.

IL RIEDUCATORE LARINGECTOMIZZATO

Il ruolo del rieducatore laringectomizzato nell'insegnamento della voce erigmofonica è attualmente oggetto di discussione: da una parte c'è chi sostiene la validità di gruppi guidati dal solo rieducatore, dall'altra troviamo chi addirittura non prevede tale presenza a fianco dei logopedisti.

Da un punto di vista psicologico, per il paziente che ha subito l'exeresi della laringe, è senza dubbio rassicurante trovare a fianco dell'equipe riabilitativa una persona che condivide con lui l'esperienza della malattia oncologica. Il rieducatore infatti ha già vissuto gli stati d'animo legati ad essa, li ha superati positivamente, costituisce un esempio di rieducazione avvenuta e di buon reinserimento nel tessuto sociale.

Il rieducatore laringectomizzato nel gruppo esterna il proprio vissuto, è a disposizione di coloro che sentono il bisogno di parlare liberamente anche di argomenti non facilmente affrontabili con i terapeuti, li aiuta a superare il comprensibile disagio creato dai loro nuovi problemi. Inoltre per il solo fatto di essere stato nella stessa condizione si instaura fra rieducatore e

paziente quel rapporto di fiducia che rafforza in quest'ultimo la convinzione di riuscire.

Ciò è particolarmente sentito da parte dei pazienti da poco afferiti al gruppo che attraversano un periodo molto delicato ed hanno bisogno di avere dei punti di riferimento di tipo affettivo.

Da un punto di vista tecnico-riabilitativo, il contributo del rieducatore risulta vantaggioso sia per coadiuvare il fisioterapista nell'esemplificazione degli esercizi, sia per ottenere una più efficace e rapida impostazione della voce erigmofonica. In particolare quando le spiegazioni ed i consigli logopedici possono sembrare troppo complicati o di difficile esecuzione ed il paziente incontra difficoltà nell'apprendimento del rifornimento e dell'espulsione dell'aria, il rieducatore laringectomizzato esemplifica concretamente quanto spiegato, dimostrando che ciò che gli viene richiesto è attuabile, ed incoraggia i tentativi fino al raggiungimento di questa fondamentale tappa.

Si crea così un fertile interscambio di informazioni ed esperienze tra logopedista, paziente e rieducatore che accresce nell'utente la consapevolezza di essere aiutato e la fiducia in un

recupero della capacità di comunicare attraverso il canale verbale.

Durante la terapia il rieducatore laringectomizzato prendendo in carico quei pazienti già avviati e ben impostati sugli esercizi in corso, permette ai logopedisti di occuparsi più specificamente dei pazienti ancora in una fase iniziale di apprendimento.

Per concludere, ritengo utile la presenza di un rieducatore laringectomizzato nel gruppo terapeutico riabilitativo.

Rieducatore che ovviamente abbia frequentato il corso specifico, ma soprattutto che posseda personali qualità "umanitarie e di rapporti interpersonali spiccate più che essere un "perfetto" parlatore di voce erigmofonica.

LARINGECTOMIZZATI E IL NUOTO

Le persone laringectomizzate affrontano problemi numerosi e di fondamentale importanza, incluso quello di doversi adattare a respirare dal Tracheostoma e di dover sviluppare un nuovo "organo fonatorio". Inoltre, alcuni di questi soggetti, che in precedenza si divertivano a nuotare, desidererebbero molto essere in grado di continuare questa attività.

È essenziale essere sicuri che gli individui che hanno subito una laringectomia nuotino solo in condizioni controllate e di sicurezza, preferibilmente nell'ambito di un club. Una o due persone di aiuto (parenti, medici, infermieri impegnati con la persona) dovrebbero essere disponibili sul bordo della piscina per aiutare adeguatamente il soggetto durante il nuoto e controllare la situazione. Deve essere disponibile un aspiratore. L'apparecchio è formato da una cannula endotracheale morbida in silicone, cuffiata con un respiratore, accessorio montato nel lume del tubo. È di aiuto per prevenire la tosse, spruzzare in trachea lidocaina 1%, prima di posizionare il dispositivo per nuotare. Ciascun

nuotatore dovrebbe avere il suo personal e dispositivo,
disponibile in 5 misure.

LEGISLAZIONE E DIRITTI DELLA PERSONA LARINGECTOMIZZATA

La legislazione Italiana non prevede una normativa specifica che tuteli il paziente laringectomizzato; pertanto i diritti del medesimo sono da ricercarsi nella normativa generale garantistica nei casi di malattia e nel complesso sistema della sicurezza sociale.

Per quanto attiene i lavoratori dipendenti assumono particolare importanza le norme relative la sospensione del rapporto di lavoro in occasione delle inevitabili assenze per malattia poste in essere dai pazienti laringectomizzati prima e dopo l'intervento risolutore.

Nel settore privato la sospensione dal lavoro è regolamentata dal Codice Civile e segnatamente dall'art.2110 che si riporta integralmente con un breve commento (fig. 1).

La malattia è uno dei casi più rilevanti di sospensione del rapporto di lavoro attinenti alla sfera del lavoratore considerati dall'art.2110 del Codice Civile.

Tra i principi comuni ai casi previsti dalla norma di legge succitata assume ampio rilievo quella per cui il lavoratore ha

diritto alla conservazione del posto per il periodo stabilito dalla legge, dai contratti, secondo gli usi o secondo equità (cosiddetto periodo di comportamento). La conservazione del posto implica che il potere di recesso del datore di lavoro è sospeso per tutto il periodo di comportamento.

I periodi di assenza dal lavoro per malattia sono computati nell'anzianità di servizio a tutti gli effetti, così da consolidare ulteriormente la continuità del rapporto nonostante la sospensione dal lavoro.

Alla conservazione del posto l'art. 2110 accompagna la conservazione del reddito, stabilendo che in mancanza di forme previdenziali equivalenti, il lavoratore ha diritto alla retribuzione per il periodo e nella misura stabilita dalla legge, dal contratto collettivo, secondo gli usi o l'equità.

La conservazione del posto nel caso di malattia è garantita per periodi variabili, di solito a seconda dell'anzianità di servizio del lavoratore e con esclusione dei dipendenti in prova.

L'attuale Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro (C.C.N.L.) dei metalmeccanici prevede in generale un periodo di comportamento di mesi 6 per tutti i lavoratori con anzianità fino a 3 anni; mesi 9

per i lavoratori con anzianità da 3 a 6 anni; mesi 12 per lavoratori con anzianità superiore a quelle sopraindicate.

Questi periodi possono rispettivamente essere prolungati sino a 9 mesi, 13 mesi e mezzo e 18 mesi in caso di ricaduta nella stessa malattia in un periodo massimo di 2 mesi.

Per quanto riguarda la conservazione del reddito nei casi in esame la disciplina legale mantiene ancora la distinzione storica fra operai e impiegati.

Gli impiegati hanno diritto al mantenimento della retribuzione a carico del datore di lavoro, integrale per un certo periodo di tempo, parziale per un periodo successivo.

Gli operai viceversa ricevono un'indennità di carattere previdenziale a carico dell'istituto pubblico competente (I.N.P.S. art.74 della legge 833/1978) anche se anticipata dal datore di lavoro.

L'indennità fissata nella misura del 60% della retribuzione normale, mentre perdura la differenza tra operai ed impiegati riguardo al debitore, la contrattazione ha per lo più unificato, a partire dall'anno 1973, la quantità e la durata del trattamento facendo carico al datore di lavoro di integrare in tutto o in parte

quanto corrisposto dagli Enti Previdenziali agli operai fino a raggugliarlo a quello degli impiegati.

il C.C.N.L. dei metalmeccanici prevede l'intero trattamento per i primi 2 mesi, e metà per altri 4 mesi ai dipendenti con anzianità fino a 3 anni; con trattamenti progressivamente migliori fino ad un massimo della piena garanzia del reddito per i primi 4 mesi e di metà del reddito per altri 8 mesi ai dipendenti con anzianità superiore a 6 anni.

Per il settore pubblico l'istituto dell'aspettativa per malattia trova disciplina nelle norme di cui agli artt. 66-68-70 e 71 del D.P.R. 10 gennaio 1957 n. 3 (fig. 2).

Il paziente laringectomizzato può poi fruire di particolari privilegi a seguito dell'applicazione delle norme relative all'invalidità e a seconda del grado di questa riconosciuto dai competenti collegi medici in base alla tabella sotto riportata: (tab. 1).

I privilegi previsti dalla normativa di cui alle leggi n. 118/1971, n. 18/1980, n. 5008/1988 e n. 509/1988 sono riassunti nella specifica tabella (tab. 2).

Di seguito in allegato alcune Leggi e Decreti a cui lettura è utile a completamento dell'argomento trattato (ali. 1,2,3 e 4).

SUSSIDI FORNITI DAL S.S.N.

Il Decreto del Ministero della Sanità del 28 Dicembre 1992 stabilisce i tipi e le modalità di fornitura gratuita delle protesi e degli ausili previsti in concessione al paziente operato di laringectomia totale.

Per ottenere tali presidi non è necessario il riconoscimento dell'invalidità civile da parte della apposita commissione in quanto la malattia neoplastica è già riconosciuta come malattia sociale e da quindi diritto alla fornitura diretta come previsto dal suddetto decreto.

La prescrizione deve essere redatta, su di un modulo fornito dal Servizio Anziani e Disabili, dallo specialista Otorinolaringoiatra operante nel pubblico impiego ed autorizzata dal responsabile del Servizio.

Alla prescrizione va allegato il preventivo di spesa redatto sull'apposito modulo da parte di un rivenditore abilitato (iscritto all'albo regionale dei fornitori di protesi) e presentato al Servizio Anziani e Disabili per l'autorizzazione.

Con questa il paziente può ritirare il presidio e ritornare dallo specialista per il collaudo.

Possono essere concessi gratuitamente al laringectomizzato i sottoelencati presidi se inclusi nel nomenclatore tariffario :

- la cannula tracheale, può essere metallica o in materiale plastico; vengono erogati due pezzi all'anno salvo diversa prescrizione dello Specialista.

- l'apparecchio fonetico, è un dispositivo elettromeccanico od elettronico atto a produrre una vibrazione a bassa frequenza. Esso viene appoggiato in regione sottomandibolare ed utilizzato come sorgente sonora sostitutiva. L'apparecchio elettronico consente una produzione fonatoria più simile alla voce normale rispetto a quello elettromeccanico.

- Il comunicatore alfabetico, è una macchina da scrivere miniaturizzata elettronica e viene erogato ai disabili con accertata impossibilità di comunicazione verbale e grafica.

Vi sono poi altri presidi che vengono acquistati dall'U.S.L. e assegnati in uso temporaneo agli aventi diritto in caso di accertato bisogno .

- Il nebulizzatore ad ultrasuoni, con dispositivo di regolazione della temperatura.
- L'apparecchio aspiratore, portatile, per la rimozione delle secrezioni catarrali iperprodotte in questi pazienti.

Il materiale di medicazione , se prescritto specificatamente dal medico specialista, viene fornito dall'Unità Operativa Tutela Salute Anziani e Disabili dell'U.S.L. ai sensi della circolare della Regione Liguria del 29/10/1991 n. 120399/3334/AS1 ai fini di prevenirne il ricovero ospedaliero, la prescrizione va redatta in prima istanza dallo specialista O.R.L. dell'U.S.L. specificando il quantitativo ed il consumo preventivato.

BIBLIOGRAFIA:

FONDAMENTI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA UMANA a cura di Silvio Fiocca

CHIRURGIA FUNZIONALE DELLA LARINGE: STATO ATTUALE DELL'ARTE di Marco De Vincentiis

IMPIANTI FONATORI NEL LARINGECTOMIZZATO a cura di I. Serafini, G. Rizzotto

IL LASER A CO2 NELLA CHIRURGIA ENDOSCOPICA DELLA LARINGE di G. Motta

IL CARCINOMA SOPRAGLOTTICO a cura di G. Carlon e I. Serafini

RILIEVI STATISTICI SUL CANCRO DELLA LARINGE NEL SESSO FEMMINILE di G. Ferrari, D. Bottazzi, T. Ferri.

CHIRURGIA DELLA TESTA E DEL COLLO coordinatore H.H. Naumann

ATTI DELLA 1^ GIORNATA LARINGOLOGICA (gennaio 1986) a cura di Dott. M. De Vincentiis

ESPERIENZA DI TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE PREPOSTOPERATORIO DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A LARINGECTOMIA TOTALE a cura di S. Nosengo, A. Panero

PATOLOGIA NEOPLASTICA LARINGEA (convegno Genova ottobre 1990)

ELEMENTI DI BASE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA di A.Cavicchioli, M.Canova, P.Casson, A.Pomes, A.Tronca, G.Zanella

INDICE

- La Voce	pag. 3
- Ringraziamenti	pag. 4
- Introduzione	pag. 6
- Cenni storici	pag. 8

- Parte Prima:

- La chirurgia del carcinoma laringeo

- Cenni anatomici	pag. 9
- Cenni di fisiologia	pag. 22
- Il Carcinoma Laringeo	pag. 24
- La chirurgia del Carcinoma Laringeo	pag. 29
- Fig.1 Pezzo operatorio di laringectomia totale e ricostruttiva secondo Labayale	pag. 38
- Fig.2 Sezione istologica	pag. 38
- Fig.3 Pezzo operatorio di laringectomia sopraglottida	pag. 39
- Fig.4 Sezione istologica	pag. 39
- Fig.5 Pezzo operatorio di laringectomia totale per carcinoma glotto-sottoglottico.	pag. 40
- Fig.6 Sezione istologica	pag. 40

Parte seconda:

- Fondamenti del Nursing

- La comunicazione	pag. 41
- La prestazione infermieristica	pag. 48
- Il concetto di Bisogno	pag. 49
- Il processo di Nursing	pag. 53
- Diagnosi infermieristica e diagnosi medica	pag. 59
- Individuazione degli obiettivi	pag. 60
- Pianificazione degli interventi	pag. 62

- **Parte Terza:**

- *Nursing postoperatorio del Laringectomizzato*

-Piano di assistenza postoperatorio	pag. 68
- Protocolli operativi di prevenzione	pag. 68
- Protocollo di valutazione della persona laringectomizzata nell'immediato postoperatorio	pag. 71
- Protocollo della tracheo-aspirazione	pag. 75
- Procedura della pulizia della cannula tracheale	pag. 79
- Protocollo di aspirazione del cavo orale e delle vie nasali	pag. 82
- Gestione della cannula tracheale	pag. 87
- L'alimentazione postoperatoria	pag. 89
- Nutrizione artificiale (NPT)	pag. 91
- Nutrizione enterale (NE)	pag.100
- Le complicanze gastrointestinali della NE	pag.103
- Ruolo dell'Infermiere Professionale	pag.105
- Prodotti dietetici per la nutrizione enterale	pag.108
- Prodotti industriali o dietartificiali	pag.109
- La voce dell'infermiere come strumento terapeutico	pag.112

- *La riabilitazione del laringectomizzato*

- Aspetti psicologici della persona laringectomizzata e il suo vissuto in famiglia	pag.123
- La rieducazione motoria e respiratoria	pag.134
- La riabilitazione alla deglutizione e alla fonazione dopo la chirurgia conservativa	pag.143
- La riabilitazione vocale dopo la chirurgia demolitiva	pag.145
- La voce erigmofonica	pag.145
- Gli impianti fonatori	pag.146
- Il laringofono	pag.148
- Fig.7 Protesi fonatoria Provox	pag.149
- Fig.8 Protesi vocale a bassa pressione	pag.150
- Fig.9 Laringofono	pag.151
- Rieducazione logopedia individuale e di gruppo	pag.152
- Il rieducatore laringectomizzato	pag.158
- Laringectomizzati e il nuoto	pag.162

Parte Quarta

- Il Laringectomizzato e il S.S.N.

- Legislazione e diritti della persona laringectomizzata pag.163
- Sussidi forniti dal S.S.N, pag.168
- Bibliografia pag. 171
- Indice pag. 172