

Terapie sostitutive della nutrizione

La nutrizione artificiale: un intervento sostitutivo dell'alimentazione per via naturale

Uno degli aspetti più importanti della moderna medicina clinica è la capacità di far fronte alla perdita di una importante funzione organica con una efficace terapia sostitutiva. Questa deve essere in grado di mantenere non solo la sopravvivenza del paziente ma, per quanto possibile, una buona qualità della vita. Numerose sono le terapie sostitutive in medicina. Gli esempi più noti riguardano la dialisi che sostituisce la funzione renale e la terapia insulinica che sostituisce la secrezione ormonale pancreatico nel diabete mellito. Alcuni pazienti perdono la capacità di deglutire, divenendo incapaci ad assumere cibi per via orale; in altri viene meno la funzione digestiva ed assorbitiva dell'intestino; altri presentano alterazioni dello stato di coscienza. In tutti questi casi, gli alimenti che non possono essere assunti regolarmente per via orale vengono somministrati attraverso vie artificiali di accesso al sistema venoso o gastrointestinale. La nutrizione artificiale è quindi un intervento sostitutivo che permette la sopravvivenza del paziente nei casi di perdita della capacità di alimentazione per via naturale. Le situazioni più frequenti riguardano le alterazioni della deglutizione, o disfagie, secondarie a malattie neurologiche (ictus, SLA, ecc.) o tumorali. In questi casi, essendo conservata la funzione intestinale, sarà applicata una nutrizione artificiale per via intestinale tramite sondino nasogastrico o PEG (gastrostomia percutanea). Nei casi meno frequenti di insufficienza intestinale sarà necessaria una nutrizione parenterale, che consiste nella somministrazione di soluzioni sterili di nutrienti elementari (glucosio, aminoacidi, lipidi) attraverso un accesso venoso centrale. Un'indagine nazionale del 2012 della Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (SINPE) indica che 325 persone su milione di abitanti ricevono una nutrizione artificiale di lunga durata, delle quali l'85% viene alimentato per via enterale ed il 15% per via parenterale. I dati



nella città di Trieste sono simili o poco superiori a quelli della media nazionale. Nella nostra città, quindi, poco meno di un centinaio di persone vive grazie alla nutrizione artificiale domiciliare. L'efficacia di queste metodiche è evidente nei bambini e negli adulti affetti da insufficienza intestinale cronica benigna che seguono una nutrizione parenterale totale di lunga (a volte lunghissima) durata che ha come obiettivi il mantenimento di un buon stato di nutrizione e la miglior qualità di vita possibile. Queste considerazioni dimostrano che la nutrizione artificiale, contrariamente ad un'opinione diffusa, non è certamente una metodica da riservare al periodo di "fine vita". Anzi, l'indicazione alla nutrizione parenterale o enterale deve tenere in attenta considerazione la prognosi dei pazienti affetti da una patologia evolutiva in fase avanzata. Infatti, gli effetti collaterali associati alle vie di accesso gastrointestinale (aspirazione nelle vie respiratorie di contenuto gastrico) o parenterali (ingresso di germi nel circolo sanguigno) possono rendere la nutrizione artificiale un trattamento "sproporzionato" rispetto agli obiettivi di trattamento di un paziente terminale. Una

considerazione a parte va fatta per i pazienti affetti da demenza senile. In questi casi, la disfagia e le conseguenti polmoniti da aspirazione fanno parte della storia naturale della malattia. Importante è porre attenzione alla prevenzione mediante un'attenta alimentazione assistita, la cura della consistenza dei cibi e l'uso di addensanti per i liquidi. Nelle fasi molto avanzate di disfagia e deterioramento cognitivo gli studi clinici non dimostrano un inequivocabile aumento della sopravvivenza del paziente trattato con nutrizione artificiale rispetto a quello gestito con atteggiamento conservativo. Deve quindi essere valutato ogni caso individuale tenendo conto delle patologie concomitanti e dei rischi associati al posizionamento delle vie di accesso gastrointestinali o parenterali. L'applicazione della nutrizione artificiale nei pazienti ospedalizzati a Trieste è parte delle competenze metaboliche specialistiche della Clinica Medica dell'"Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste". In questo reparto, oltre al ricovero di pazienti complessi che necessitano di nutrizione artificiale, si svolge un'attività di ricerca di livello internazionale riguardante il metabolismo e la nu-

trizione del paziente acuto ospedalizzato. La dott.ssa Michela Zanetti, medico internista della Clinica Medica e referente ospedaliero per la nutrizione artificiale, assieme a medici ed infermieri dei reparti maggiormente coinvolti (chirurgia, terapia intensiva, oncologia, otorinolaringoiatria, gastroenterologia e neurologia) ed ai dietisti del Servizio di Dietetica della Direzione Medica iniziano quando opportuno la nutrizione artificiale nei pazienti ricoverati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste. Se la nutrizione artificiale deve continuare anche dopo la dimissione del paziente, viene garantito il coordinamento con il personale dell'Azienda territoriale ASS1 per la continuazione delle cure sul territorio, a domicilio o presso le strutture protette. La nutrizione artificiale è un tipico esempio di trattamento basato sulla collaborazione tra le differenti professionalità sanitarie del medico, dell'infermiere, del dietista e del farmacista. La nutrizione artificiale richiede inoltre chiari percorsi organizzativi coinvolgenti sia la medicina ospedaliera che quella territoriale senza dimenticare il ruolo essenziale della famiglia del malato nel percorso di cura.

OSPEDALE/STALKING

L'impegno degli ospedali verso le donne vittime di violenza di genere e di stalking

Il fenomeno della violenza di genere sta assumendo sempre più rilevanza tanto da veder utilizzato sempre più frequentemente il termine femminicidio. L'A.O.U. "Ospedali Riuniti di Trieste", che vede fra i suoi valori fondanti, la centralità della persona e l'equità ha negli anni acquisito competenze e sensibilità per affrontare anche tematiche di genere che coinvolgono ed hanno ricadute su tutta la collettività. In particolare, negli anni passati personale afferente a particolari strutture quali la S. C. Pronto Soccorso (dei due Ospedali) e la S.C. Malattie infettive hanno acquisito competenze in materia di "violenza di genere" e di "ascolto" in situazioni traumatiche; sono state avviate delle procedure in stretta collaborazione con il personale di Polizia, presente nei presidi e con le associazioni attive sul territorio, in particolare il G.O.A.P. ONLUS (Gruppo Operativi Antiviolenza e progetti) A riprova di ciò, le donne che hanno subito atti di violenza e di stalking e che hanno poi fruito dell'assistenza del G.O.A.P. ad una ricerca attuata dalla stessa associazione, hanno espresso un parere positivo sul supporto e sulle informazioni ottenute dal personale dei P.S. Per migliorare sempre più l'impegno degli Ospedali, a seguito dell'approvazione del Piano Nazionale contro la violenza di genere approvato dal Ministro per le Pari Opportunità nel 2010, è stato messo a disposizione un fondo per contribuire a progetti specifici in tale ambito. Tali progetti, cofinanziati da tutti gli attori coinvolti, dovevano contenere azioni atte ad aumentare la specializzazione degli operatori che si occupano dell'assistenza e

della cura di donne che hanno subito violenza e di fatto aumenta le sinergie già esistenti fra gli enti del territorio al fine di realizzare una rete sempre più forte per le risposte ai bisogni delle donne che possono trovarsi in questa drammatica situazione. L'A.O.U. "Ospedali Riuniti di Trieste", con la Direzione Sanitaria e la Direzione Medica di Presidio, il G.O.A.P. e l'ASS1 "Triestina" assieme hanno presentato nel 2012 un progetto, approvato dal Ministero nel 2013, è che ha consentito di aumentare la formazione degli Operatori Sanitari e Medici dei Pronti Soccorsi e di formare dipendenti dell'A.O.U. che lavorano anche in altre Strutture.

Al corso hanno partecipato in totale 50 persone fra cui dipendenti dell'A.O.U. "Ospedali Riuniti di Trieste" appartenenti alle Strutture che in qualche modo possono venire ad interagire con donne che subiscono traumi per poter essere sempre più a fianco di chi si trova in queste situazioni, capaci di relazionarsi nei modi più adeguati alle diverse situazioni.

Durante la formazione i partecipanti hanno potuto aumentare, anche attraverso la condivisione dell'esperienza, la conoscenza degli operatori delle altre realtà e dei diversi ruoli professionali che assieme possono cercare di ridurre il fenomeno delle violenze di genere e di stalking, offrire un aiuto specializzato ed un punto di riferimento per le donne che si trovano in questa triste e complicata situazione, per non rischiare di non essere capite anche nei casi in cui i segnali di richiesta di aiuto sono molto deboli, ma se colti e compresi possono cambiare la vita.

Sostegno psicologico

Dal 2011 presso la Struttura Semplice di Riabilitazione del Cardiopatico è stato realizzato un progetto che prevede un servizio di counseling e supporto psicologico per le persone che afferiscono alla Struttura. I pazienti che hanno fruito di tale servizio sono circa 300 (dati raccolti a partire dal 2012) e tale progetto, studiato con la S.C. Cardiologia, è stato avviato con il contributo dell'Associazione Contro il Dolore in Memoria di Giuseppe Mocavero che da anni collabora con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria. La collaborazione fra l'Azienda Ospedaliera e l'Associazione consente di inserire degli psicologi volontari in Strutture ove per l'impatto della malattia o la malattia stessa, a causa del carico emotivo sopportato dai pazienti è particolarmente elevato. Sulla base del lavoro fino ora effettuato è emersa l'opportunità di ampliare tale progetto al percorso di cura ed assistenza dei pazienti cardiologici già a partire dalla loro eventuale presa in carico della Struttura Complessa Cardiocirurgia per l'effettuazione di interventi chirurgici. Il progetto è il frutto di riflessioni svolte con la Responsabile della S.S. Riabilitazione del Cardiopatico, dottoressa P. Maras,

con il Coordinatore Infermieristico della S.C. Cardiocirurgia dottoressa A. Franovich, con la psicologa responsabile per l'Associazione Mocavero, dottoressa M. Steiner, con la dottoressa M. Abatello psicologa dell'Associazione Mocavero presso la S.S. Riabilitazione del Cardiopatico e la dottoressa L. Dudine, psicologa della Direzione Sanitaria. Con il progetto in C.C.H. che prende avvio in questo mese, si perseguono delle finalità specifiche per i pazienti che si apprestano ad effettuare un intervento di cuore e che sono: ampliare l'incontro e la preparazione di questi pazienti, già svolta dal personale medico ed infermieristico, anche di una parte psicologica ed offrire dove possa essere utile anche un eventuale supporto psicologico all'iter proposto nella struttura. Ai pazienti con specifici bisogni e qualora risulti adeguato potrà essere offerto un ciclo di colloqui psicologici prima dell'intervento. Gli obiettivi specifici sono quelli di favorire l'utilizzo da parte dei pazienti di adeguate strategie in vista dell'intervento programmato e di approfondire i bisogni psicologici dei pazienti al fine di poter offrire risposte sempre più puntuali anche in tali ambiti.

OSPEDALE/DONAZIONE

Come funziona la donazione di midollo osseo

Il midollo osseo è un tessuto dall'aspetto simile al sangue che si trova principalmente all'interno delle ossa piatte del nostro organismo (creste iliache, sterno, ecc) e nelle estremità delle ossa lunghe; esso, oltre ad altre cellule accessorie, contiene le cellule staminali emopoietiche (CSE) che danno origine a tutte le cellule del sangue (globuli rossi, globuli bianchi e piastrine). Proprio per questo motivo il trapianto di midollo osseo viene chiamato anche trapianto di cellule staminali emopoietiche. Le indicazioni al trapianto sono molteplici e spaziano dalle patologie oncologiche ai disturbi congeniti del metabolismo, alla talassemia, all'anemia falciforme, oltre che ad alcune malattie autoimmuni ed a certi tumori solidi. Per una buona parte di queste patologie, il trapianto rappresenta l'unica terapia in grado di guarire il paziente. La procedura di trapianto prevede la raccolta delle cellule staminali emopoietiche da un individuo sano ed il loro successivo trasferimento, mediante trasfusione, nel paziente, previa distruzione del midollo preesistente con chemioterapia e

radioterapia. Le cellule staminali sane, una volta infuse, raggiungono da sole le sedi di propria pertinenza dove, in breve tempo, iniziano a produrre cellule del sangue con le caratteristiche del donatore. La raccolta delle cellule staminali dal donatore può avvenire o mediante prelievo del midollo osseo dalle creste iliache in anestesia generale o epidurale, oppure mediante una procedura di aferesi che isola le cellule staminali emopoietiche direttamente dal sangue del donatore. Perché il trapianto abbia successo, il donatore deve essere "compatibile" al ricevente, dev'essere cioè esprimere sulla superficie delle sue cellule alcune proteine che devono essere uguali o il più possibile simili a quelle del paziente, altrimenti si instaurano delle complesse reazioni immunitarie che portano al fallimento del trapianto. L'informazione per la costruzione di queste proteine è contenuta nei geni HLA. Tutti i candidati al trapianto di CSE vengono pertanto caratterizzati per questi geni (tipizzazione HLA), allo scopo di trovare un donatore compatibile. Il migliore donatore per un pazien-

te è costituito da un fratello che ha ereditato gli stessi geni HLA dai genitori, eventualità che si verifica con una probabilità di 1 su 4. Purtroppo, a causa della scarsa numerosità delle famiglie, solo nel 20% dei casi si trova un donatore in ambito familiare. Nel rimanente 80% dei casi si deve invece ricorrere ad un donatore esterno alla famiglia. Proprio per far fronte a questa necessità, sono nati i Registri dei donatori di midollo osseo che raccolgono, nell'assoluta rispetto della privacy, i dati di migliaia di persone sane che hanno deciso di donare gratuitamente ed in forma anonima il proprio midollo osseo. E' importante che il numero di potenziali donatori di midollo osseo sia il più elevato possibile, in quanto, a causa dell'estrema diversità del sistema HLA, le probabilità di trovare un donatore compatibile variano da 1:1000 ad 1:100000. Ad oggi, in tutto il mondo, il numero totale degli iscritti ai diversi Registri Nazionali ammonta a 21 milioni; di questi, 341.000 sono gli iscritti al Registro Italiano Donatori di Midollo Osseo che hanno al loro attivo 2844 donazioni (dati

aggiornati al 31 dicembre 2012). Può iscriversi al Registro Italiano qualunque persona in buone condizioni di salute, di età compresa tra i 18 ed i 35 anni. In Friuli Venezia Giulia, per incrementare il numero di donatori, il limite d'età per l'iscrizione al Registro è stato portato a 40 anni. Chi desiderasse diventare donatore, lo può fare rivolgendosi ai Centri per la donazione di sangue dei Servizi trasfusionali della Regione. Qui, il potenziale donatore, dopo un colloquio con un medico per la verifica della sua idoneità a donare, viene sottoposto ad un prelievo di sangue per la tipizzazione HLA. Una volta completata la tipizzazione, i dati del donatore vengono inseriti nel database dell'IBMDR, dove il donatore rimane iscritto fino al compimento dei 55 anni. Qualora il potenziale donatore risulti compatibile con un paziente, viene contattato dal Centro Donatori. Ulteriori informazioni sulla donazione di midollo osseo possono essere ottenute consultando il sito dell'Associazione Donatori di Midollo Osseo (ADMO, www.admo.it).