

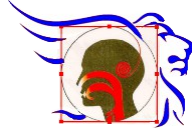
REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA



UOC di Otorinolaringoiatria
- Ospedale dell'Angelo -
Venezia – Mestre
Direttore Dott. Dorianò Politi



Coordinatore Rete Integrata
ORL / Maxillofacciale
Prof. A.c. Roberto Spinato

GUIDA ALLA GESTIONE DEL PAZIENTE TRACHEOSTOMIZZATO



Manuale pratico per assistiti e famigliari

Presentazione

Gentile Signora/e, questo manuale nasce dal desiderio di aiutare i malati e i loro famigliari a gestire al meglio la cura della tracheostomia e della cannula tracheale nei pazienti tracheostomizzati.

Le informazioni contenute in questo opuscolo Le saranno utili per affrontare questa nuova condizione con serenità e il più possibile al sicuro da conseguenze negative.

Sono state inserite anche informazioni utili a procurare i presidi ed i materiali sanitari di cui avrà bisogno, con gli indirizzi, i recapiti telefonici e gli orari dei servizi ed uffici cui rivolgersi per ottenere risposta alle proprie necessità assistenziali.

Prima della dimissione, il personale medico e infermieristico dell'ORL Le fornirà tutte le istruzioni per la gestione ottimale della cannula tracheale e saranno sempre disponibili – anche dopo la dimissione – per risolvere ogni dubbio o necessità.

Con i migliori saluti e auguri

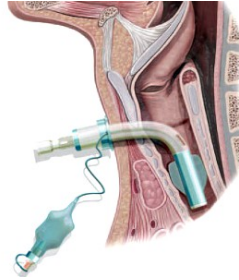
Il Direttore dell'UOC di ORL
Dott. Dorianò Politi

Coordinatore di Rete Integrata
ORL / Maxillofacciale
Prof. A.c. Roberto Spinato

Il Direttore Generale
Giuseppe Dal Ben

Introduzione

La **tracheotomia (TS)** è un accesso chirurgico fra trachea e cute, confezionato con atto operatorio per consentire l'ingresso dell'aria direttamente nei bronchi e nei polmoni, senza passare dal naso e/o dalla bocca. Il tracheostoma è mantenuto aperto dalla **cannula tracheostomica (CT)**.



Tracheostomia con CT cuffiata in sede

A seconda dei casi, la TS può essere confezionata:

1. mantenendo la continuità anatomica fra le vie aeree superiori e quelle inferiori;
2. modificando l'anatomia in modo da separare definitivamente la via digestiva da quella aerea.

Queste due condizioni anatomiche hanno effetti molto diversi sulla respirazione, la deglutizione, l'olfatto e talora anche il gusto, che sono brevemente spiegati nel paragrafo che segue.

COSA CAMBIA CON LA TRACHEOTOMIA?

Il primo cambiamento importante riguarda la **respirazione**, che inizialmente sarà un po' più faticosa del solito, ma migliorerà gradualmente in poco tempo (salvo che la TS non sia stata fatta per gravi problemi respiratori, nel qual caso è considerato un intervento salvavita).

Un altro sintomo importante è la **tosse**, innescata dal fatto che l'aria non viene più riscaldata, umidificata e purificata dal pas-



saggio attraverso il naso e la bocca, in tal modo irritando la mucosa tracheo-bronchiale, stimolando la tosse come meccanismo di difesa.

La tosse viene provocata anche dal movimento della CT nella trachea, dalla sua manipolazione durante la medicazione e la sua sostituzione, nonché dall'aspirazione tracheale. Man mano che prenderà confidenza con queste manovre il breve disagio che esse causano sarà sempre minore.



Se la TS è stata effettuata mantenendo integra la continuità fra vie aeree superiori e inferiori (come nella figura a pagina precedente):

1. **tosse** e **starnuti** avverranno più o meno come prima dell'intervento;
2. può comparire inizialmente un'alterazione della **deglutizione**, che può provocare la penetrazione di liquidi e alimenti in trachea (*ab ingestis*), nel qual caso è possibile che insorga un'infezione respiratoria. A volte, il timore di incorrere in questo problema può indurre a mangiare e a bere meno del necessario.



Tuttavia, qualora insorgesse questo disturbo, sarà possibile controllarlo e risolverlo con un'adeguata riabilitazione; eseguita dal logopedista, essa inizia già durante la degenza in ospedale e prosegue dopo la dimissione. In tal modo si riduce il rischio di sviluppare un'infezione delle vie respiratorie.

Se invece la TS è stata confezionata nell'intervento chirurgico di asportazione totale della laringe, le modifiche rispetto alla normalità sono le seguenti:

1. la **respirazione** e la **tosse** avvengono solo attraverso il tracheostoma;
2. l'**olfatto**, e talvolta anche il **gusto**, sono alterati, mentre non compaiono disturbi della deglutizione perché la via digestiva e la via respiratoria sono separate. Con il tempo entrambe queste funzioni si normalizzeranno.

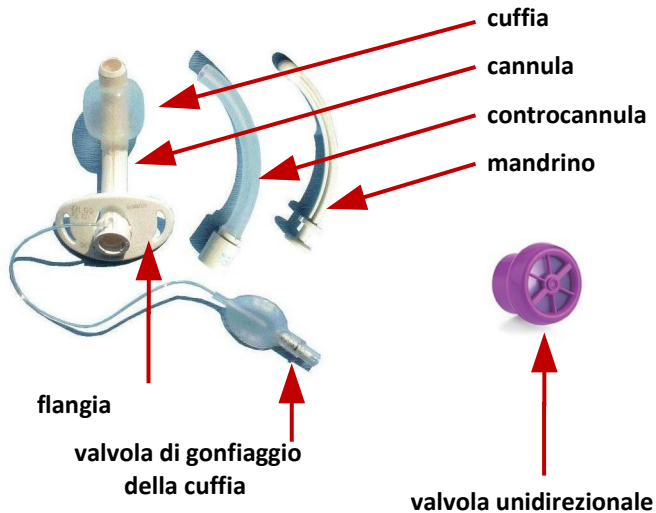
In entrambe le condizioni descritte, le **alterazioni della voce**, connesse non tanto alla presenza della TS e della CT, quanto alla malattia e/o al trattamento chirurgico, prevedono vari tipi di trattamento (logopedico, chirurgico, protesico), che saranno indicati caso per caso.



COME SONO FATTE LA TS E LA CT?

Per gestire correttamente il tracheostoma è innanzitutto utile conoscere le parti che compongono la CT (visibili nella figura a pagina seguente):

- la **cannula tracheale** vera e propria, formata da un tubicino montato su un supporto mobile detto *flangia*. In alcune versioni è dotata di una *cuffia* (palloncino a bassa pressione), che consente di proteggere le vie aeree inferiori dall'ingresso di materiali estranei;
- la **controcannula** (da qui in poi **CC**), un tubicino più piccolo della CT, che si inserisce in questa per mantenerla libera e facilitare la rimozione delle secrezioni bronchiali; esistono anche CC dotate di fori accessori (cannule fenestrate), che servono a facilitare la fonazione;
- il **mandrino**, che serve a facilitare l'inserimento della CT attraverso il tracheostoma, riducendo i rischi di lesioni;
- la **valvola unidirezionale**, accessorio da applicare alla CC; permette di respirare e parlare senza dover usare le mani per occludere il TS.



Componenti e accessori di una CT

CURA DEL TRACHEOSTOMA IN AMBITO OSPEDALIERO

Durante la degenza in ospedale la cura del TS e l'igiene della CT viene assicurata quotidianamente dal personale sanitario (medici e infermieri). Prima della dimissione lo stesso assistito e un familiare - o chi per lui (es. badante) - riceveranno tutte le informazioni e istruzioni utili per eseguire in autonomia la medicazione della TS, la pulizia della CT e le altre manovre necessarie al loro buon funzionamento.

Il livello di apprendimento delle nozioni e delle abilità fondamentali sarà opportunamente verificato dal personale infermieristico, per avere la certezza che, una volta a casa, tutto funzioni a dovere. Sarà comunque sempre possibile ricorrere alla consulenza e assistenza del personale sanitario presente sul territorio (Distretto sanitario, Assistenza Infermieristica Domiciliare), e/o contattare telefonicamente il reparto di ORL (si vedano i recapiti a pagina 21).



CURA DEL TS E DELLA CT A DOMICILIO

Al momento della dimissione il TS è in genere stabilizzato e quindi, a domicilio, non è più necessario medicarlo con i criteri rigorosi utilizzati in ospedale, ma è sufficiente eseguire le diverse operazioni osservando una pulizia scrupolosa.

A domicilio la cura del TS può essere effettuata dalla stessa persona, ponendosi davanti a uno specchio, oppure da un familiare, opportunamente addestrato.

Procedura 1: Medicazione del TS

Se la persona con TS ha un buon livello di autonomia può eseguire la medicazione da sola, stando (in piedi o seduta) davanti allo specchio; diversamente si farà aiutare da qualcuno (familiare, badante, ecc.), assumendo una posizione semiseduta a 45°, con la testa lievemente all'indietro.

Materiale necessario

- ✓ garze sterili
- ✓ soluzione fisiologica sterile (in fiala oppure in flacone da 100ml)
- ✓ guanti monouso non sterili
- ✓ medicazioni per TS (se possibile usando i set predisposti, disponibili rivolgendosi al Distretto Sanitario; vedere alle pagg. 16-17 le modalità di approvvigionamento dei materiali e dei presidi sanitari)
- ✓ fascetta di fissaggio in velcro monouso (procurabile come sopra)
- ✓ antisettico clorossidante allo 0,05% (es. Amuchina®)
- ✓ sistema di aspirazione portatile (fornito direttamente prima della dimissione dall'Ospedale; vedere oltre)
- ✓ acqua ossigenata, per pulire CC e mandrino dalle secrezioni e incrostazioni
- ✓ cestino dei rifiuti, per eliminare il materiale di medicazione.

Le **azioni da compiere** sono le seguenti:

- lavarsi le mani con un detergente antisettico liquido
- disporre su un piano di lavoro ben pulito tutto il materiale necessario

- indossare guanti monouso non sterili
- procedere dapprima con l'aspirazione dei secreti, introducendo il sondino di aspirazione per la sola lunghezza della CC ed eventualmente quelli attorno alla CT (vedere procedura 3)
- rimuovere la medicazione presente e osservare le caratteristiche del materiale che vi si è depositato (vedere pag. 14 – Prevenzione delle infezioni)
- cambiare i guanti monouso
- aprire la confezione del materiale di medicazione sterile e appoggiarla sul piano di lavoro, lasciando il materiale all'interno della confezione, per prelevarlo man mano che serve;
- imbibire di soluzione fisiologica una o più garze sterili e pulire stoma e cute attorno alla TS, procedendo dall'interno verso l'esterno
- asciugare, tamponando la cute con garze o tamponi sterili
- disinfettare lo stoma con l'antisettico, con movimenti dall'interno verso l'esterno usando la garza una sola volta senza ripassare
- lasciar agire per 2 minuti poi asciugare, tamponando la cute con tamponi sterili e quindi rimuovere l'antisettico con s. fisiologica
- applicare la nuova medicazione, interponendo la medicazione pretagliata fra la TS e la flangia
- rimuovere ed eliminare la fascetta sporca, tenendo la CT fra pollice ed indice, eventualmente facendosi aiutare da qualcuno per mantenerla in posizione
- applicare una fascetta pulita, accertandosi che non sia troppo stretta (devono passare 1-2 dita tra fascetta e cute del collo)
- registrare su un apposito quaderno la manovra effettuata e le eventuali osservazioni (condizioni della CT, della CC e del TS alla rimozione, colore dell'escreato, condizioni della pelle attorno al TS, condizioni della persona, ecc.); tale quaderno può costituire un riferimento utile per seguire l'andamento nel tempo, e sarebbe bene portarlo ad ogni visita di controllo successiva.

Procedura 2: Pulizia della CC

Oltre al TS è necessario igienizzare anche la CC, per garantirne sempre la pervietà e prevenire le infezioni (vedi oltre).

Materiale necessario

Si vedano quelle per la medicazione della TS, cui vanno aggiunti:

- ✓ spazzolino di nylon per pulire il lume della CC
- ✓ acqua ossigenata (o altro prodotto detergente e disinfettante) per la pulizia e disinfezione della CC;
- ✓ CC dello stesso calibro di quella in uso, di riserva.

Le **azioni da compiere** sono le seguenti:

- lavarsi le mani con detergente antisettico
- disporre su un piano di lavoro ben pulito tutto il materiale necessario
- procedere ad aspirazione (vedi procedura 3) introducendo il sondino di aspirazione per la sola lunghezza della CC
- sbloccare la CC ruotandola delicatamente di 90° in senso antiorario
- mettere per 2-3 minuti la CC in una piccola bacinella con acqua ossigenata (o altra sostanza detergente disinfettante) per rimuovere le secrezioni, eventualmente usando lo spazzolino per rimuoverle anche dal lume interno e dal bordo esterno, facendo attenzione a non danneggiarla; lavarla con acqua o soluzione fisiologica sterili e asciugarla con garze sterili
- lubrificare la CC all'esterno
- tenendo ferma la CT, riposizionare la CC al suo interno, seguendo la direzione della curvatura, e bloccarla ruotandola delicatamente di 90° in senso orario
- osservare se compaiono tosse o eventuali segni di difficoltà respiratoria, nel qual caso verificare il corretto inserimento della CC; eventualmente rimuoverla e rimetterla dopo qualche minuto
- se necessario procedere alla medicazione del TS (vedi procedura 1)
- registrare su un apposito quaderno la manovra effettuata e le eventuali osservazioni (vedi ultimo punto della procedura 1).

Procedura 3: Aspirazione delle secrezioni tracheobronchiali

La necessità di aspirare le secrezioni tracheo-bronchiali attraverso la CT è segnalata dalla presenza di secrezioni visibili nella CC, dalla loro fuoriuscita attraverso il TS, dalla comparsa di tosse e di difficoltà respiratoria.

A volte la rimozione della CC può essere sufficiente per liberare la via aerea, per cui, prima di procedere con la broncoaspirazione, è opportuno prima di tutto rimuovere la CC e lavarla, e al contempo suggerire alla persona di fare qualche colpo di tosse attraverso il TS.

Se questo non è sufficiente a rimuovere le secrezioni è necessario procedere all'aspirazione meccanica con l'apposito aspiratore elettrico.

Materiale per l'aspirazione tracheobronchiale

- ✓ guanti monouso
- ✓ sondini di aspirazione di diametro opportuno (vedi oltre)
- ✓ aspiratore portatile o centralizzato con pressione di aspirazione regolabile
- ✓ contenitore con soluzione di sodio ipoclorito al 10%, per il lavaggio del circuito di aspirazione
- ✓ garze pulite

Le **azioni da compiere** sono le seguenti:

- **accertare l'effettiva necessità** di procedere con l'aspirazione attraverso il tracheostoma: essendo una manovra poco gradevole e non esente da rischi, è necessario eseguirla solo se strettamente necessario
- lavarsi le mani con un detergente antisettico liquido
- indossare guanti monouso non sterili
- assumere (o far assumere alla persona) la posizione semiseduta a 45°
- se possibile, stimolare la persona a tossire ed aiutarla a tossire prima di procedere con l'aspirazione tracheale
- scegliere una sonda di calibro adeguato in rapporto a quello della CC (la misura corretta si stabilisce moltiplicando per 3 il diametro interno

della CC e dividendo per 2; in ogni caso, prima della dimissione dall'ospedale, saranno fornite indicazioni precise a riguardo)

- aprire la confezione della sonda di aspirazione, senza estrarla
- collegare il cono della sonda al raccordo del sistema di aspirazione, che
va impostato ad una pressione negativa compresa fra 100 e 120 mmHg
- sfilare la sonda dalla confezione evitando di contaminarne la parte inferiore (la contaminazione avviene anche solo toccando il vestito o il viso)
- inserire delicatamente la sonda attraverso la CC, senza aspirare, di norma per la sola lunghezza del suo tratto
- azionare il sistema di aspirazione, aspirando ad intermittenza tramite l'apposita valvola, per periodi non superiori a 10' secondi e controllando che la pressione negativa non superi i 120 mmHg;
- osservare costantemente la persona e consentirle di tossire anche durante l'aspirazione
- con movimento rotatorio, ritirare delicatamente e completamente la sonda, agendo con cautela, ma non troppo lentamente, ed evitando di reinserirla; l'intera manovra non dovrebbe durare più di 10-15 secondi
- se necessario ripetere l'aspirazione; lasciar respirare tra una aspirazione e l'altra; non si dovrebbero effettuare più di tre aspirazioni.
- pulire il sondino all'esterno con una garza pulita e lavarlo aspirando dal contenitore di sodio-ipoclorito
- smaltire il sondino avvolgendolo con i guanti utilizzati per l'aspirazione
- registrare su un apposito quaderno la manovra effettuata e le eventuali osservazioni (vedi ultimo punto della procedura 1).

L'importanza dell'umidificazione dell'aria ambiente

Come si è detto, la TS, escludendo le alte vie aeree, fa entrare in trachea aria più fredda, più secca e talora meno pura; questo provoca una reazione della mucosa bronchiale che, per difendersi, aumenta la produzione

di secrezioni, le quali, però, divengono più dense ed è quindi più difficile espellerle. In tal modo aumenta il rischio di infezioni respiratorie.

Per prevenire l'insorgenza di questa seria complicanza è dunque indispensabile ricorrere a metodi artificiali di umidificazione e riscaldamento dell'aria; questi sistemi possono essere di due tipi: attivi o passivi.

I sistemi di **umidificazione attiva** più indicati a domicilio sono gli *umidificatori ambientali*, che rilasciano nell'ambiente acqua in forma di vapore, in quantità e temperatura variabili a seconda delle dimensioni e della temperatura di esercizio. Questi apparecchi sono particolarmente adatti nella stagione autunnale/invernale, quando è attivo il riscaldamento domestico, il quale riduce notevolmente l'umidità dell'aria respirata, rendendola così secca e irritante per le mucose bronchiali, che possono reagire ad essa innescando la tosse.

In alcuni di questi apparecchi è anche possibile aggiungere dei prodotti balsamici, che possono alleviare l'eventuale irritazione bronchiale.

I sistemi di **umidificazione passiva** (detti anche nasi artificiali) sono invece costituiti da dispositivi collegabili direttamente alla CT e sono in grado di umidificare, riscaldare e purificare l'aria inspirata; ve ne sono di diversi tipi (vedi figura seguente).



Filtri passivi HME per TS



Filtri passivi a T

Questi dispositivi sono indicati per le persone che hanno una buona idratazione, si muovono frequentemente (anche all'aperto) e non hanno molte secrezioni bronchiali.

I filtri passivi hanno però l'inconveniente del rischio di ostruzione, specie in presenza di secrezioni abbondanti, per cui è consigliabile controllarli

spesso e sostituirli almeno una volta al giorno, sia per garantire che la via aerea sia libera, che per prevenire la crescita batterica al loro interno.

Di solito sono monouso, per cui non è consigliabile lavarli e riciclarli, perché possono trattenere una consistente flora batterica, che in presenza di umidità e calore cresce ampiamente, aumentando così il rischio di infezione.

TS E STILE DI VITA: accorgimenti fondamentali

Prima della dimissione dall'ospedale vengono fornite alla persona operata e alla sua famiglia tutte le informazioni essenziali che servono per gestire in sicurezza la TS a domicilio, utilizzando questo piccolo manuale come guida.

Tutto il necessario per la medicazione e la manutenzione della TS sono forniti dall'Azienda ULSS 3, con le modalità spiegate da pagina 16 in poi.

Una volta a casa, è possibile condurre una vita pressoché normale, a condizione di osservare alcuni **accorgimenti fondamentali**:

- è possibile uscire di casa per andare ovunque, ma evitando i luoghi troppo affollati, dato che con la TS è venuta meno la funzione di filtro dell'aria respirata, svolta da naso e vie aeree superiori, ed è quindi maggiore il rischio di inalare batteri e virus patogeni;
- è possibile fare normalmente il **bagno** e la **doccia**, avendo cura di proteggere la CT, per evitare che vi entrino acqua e/o sapone; per la stessa ragione fare attenzione nell'uso di spray e prodotti per il viso, che non devono penetrare nella CT; l'applicazione del filtro passivo può assolvere benissimo questo scopo;
- la TS/CT va sempre protetta con un foulard (di seta o cotone ma NON di materiale sintetico) per evitare traumi e trazioni (che possono ledere lo stoma o la trachea), e consentire un certo filtraggio dell'aria;
- non toccare né tanto meno medicare la TS/CT con le mani sporche; prima di procedere con la



medicazione lavarsi sempre accuratamente le mani con sapone antisettico liquido;

- bere molto (almeno 1 litro e mezzo di acqua al giorno, almeno 2 litri d'estate e durante gli episodi febbrili), per fluidificare le secrezioni bronchiali e facilitarne l'espulsione;
- ricorrere alla broncoaspirazione solo in caso di effettiva necessità, per evitare traumatismi alla mucosa tracheale; cercare invece di espellere le secrezioni bronchiali con colpi di tosse, e solo qualora essi non risultino efficaci si possono aspirare le secrezioni attraverso la sola CC o anche all'esterno della TS (vedere procedura 3);
- evitare maglioni a collo alto o sciarpe o altri indumenti che rilascino fili/peluria, per evitare che penetrino in trachea;
- la sera, prima di coricarsi, verificare la tenuta della fascetta di fissaggio della TS ed eventualmente aspirare le secrezioni, come spiegato nella procedura 3;
- umidificare gli ambienti domestici (in particolare la camera da letto e/o la stanza dove si soggiorna più a lungo) con un umidificatore idoneo, specie nei mesi invernali, quando il riscaldamento è acceso (vedere pagg. 12-13).



Prevenzione delle infezioni respiratorie

L'applicazione scrupolosa degli accorgimenti appena descritti è già di per sé la misura di prevenzione più efficace contro le infezioni respiratorie.

Oltre a tali comportamenti, è importante imparare anche a esaminare la qualità delle secrezioni bronchiali: normalmente sono di colore chiaro o biancastro, di aspetto limpido, perlaceo; se invece divengono torbide, di colore giallastro o bruno o verdastro, e risultano particolarmente maleodoranti, è possibile che si stia instaurando un'infezione ed è quindi necessario rivolgersi quanto prima al proprio medico curante o allo specialista otiatra, che stabilirà la cura da mettere in atto.

Sostituzione della cannula tracheale

La CT può essere sostituita per varie ragioni, fondamentalmente perché:

- si è rotta la cuffia
- risulta deteriorata
- deve essere sostituita con un'altra, diversa (per calibro o per tipologia).

Pertanto la cadenza delle sostituzioni può non essere sempre la stessa.

Si consideri che, in linea di massima, la CT di silicone va sostituita 2 volte l'anno, mentre quelle in PVC vanno sostituite con una frequenza variabile dai 28 ai 60 giorni, a seconda delle indicazioni del produttore.

È quindi essenziale tenere sotto controllo l'integrità di CT e CC e contattare quanto prima uno dei recapiti di cui a pagina 21, qualora si rilevi qualche problema/difficoltà/anomalia.

La sostituzione può essere eseguita in ambito ospedaliero o anche a domicilio, da parte di personale sanitario esperto.

La riabilitazione fonatoria (recupero della voce)

Come accennato in precedenza, la TS e la CT alterano il normale funzionamento dell'organo vocale (laringe). Tale alterazione può essere più o meno importante a seconda del tipo di TS (vedi pagg. 4-5) e di conseguenza la fonazione può risultare più o meno facilmente riattivabile. Lo specialista di questa vera e propria riabilitazione è il logopedista che, dopo aver valutato approfonditamente la situazione, potrà applicare, insegnare e far conoscere una serie di strategie, tecniche ed ausili che consentono di riprendere a comunicare con la voce, evitando così l'isolamento sociale.

Non ci si deve scoraggiare se all'inizio la fonazione potrà risultare problematica; con l'andar del tempo, con gli opportuni esercizi ed eventualmente con un ausilio chiamato laringofono, sarà possibile parlare in modo comprensibile da chiunque.

Quando è opportuno chiedere aiuto ?

Se la CT o la TS sono intasate dalle secrezioni (che possono incrostare anche il lume della CC, al punto da richiedere un cambio della CC) è necessario prestare molta attenzione a come la persona sta respirando.

Se si nota difficoltà respiratoria, segnalata dalla comparsa di difficoltà respiratoria, tosse e talora dalla fuoriuscita di secrezioni o attraverso la CC o dalla zona fra la CT e il TS è quindi necessario innanzitutto rimuovere la CC e igienizzarla (vedi procedura 2), mentre si procede con l'aspirazione tracheale per rimuovere le secrezioni bronchiali in eccesso.

In linea di massima questo è il problema più frequente, ma può essere gestito senza difficoltà seguendo scrupolosamente le procedure riportate in questo manuale, senza bisogno di ricorrere alla consulenza specialistica.

Se tuttavia la situazione non migliora è comunque opportuno contattare quanto prima uno dei recapiti indicati a pagina 21.

Inoltre, è necessario rivolgersi al proprio medico curante o allo specialista quando:

- le secrezioni bronchiali risultano alterate per quantità e qualità e vi sia il sospetto di un'infezione respiratoria (vedi Prevenzione delle infezioni respiratorie, pag. 14);
- si nota la presenza di sangue nelle secrezioni bronchiali;
- compare dolore alla respirazione;
- sia presente un'erosione importante dell'area cutanea attorno al TS;
- vi sia qualsivoglia problema connesso alla presenza della TS/CT.

Per ottenere assistenza nella gestione della routine è necessario far riferimento alle indicazioni riportate da pagina seguente.

COME FARE PER...?

Ottenere la fornitura

- **delle CT:** prima della dimissione dall'Ospedale, il Coordinatore infermieristico dell'ORL consegnerà all'assistito (o a un familiare) un apposito modulo di richiesta, da presentare ad un qualunque negozio di articoli sanitari, che provvederà alla fornitura.

La fattura o il preventivo del negozio, devono essere presentati ad uno degli uffici seguenti dell'Azienda 3, per ottenere il Nulla Osta.

- Per i residenti a **Venezia Centro Storico**: l'Ufficio Protesi presso il **Distretto Sanitario 1** sito nell'(Ex) Ospedale Giustinian di Venezia, aperto il Martedì e Giovedì, dalle 9 alle 11.30; è anche possibile telefonare al numero riportato a pag. 20
- Per i residenti al **Lido di Venezia e nelle isole**: è necessario far riferimento al Servizio di Assistenza Infermieristica Domiciliare, cui è possibile telefonare dal Lunedì al Venerdì, dalle 10.30 alle 12 ai numeri riportati a pagina 20
- Per i residenti a **Mestre e nei Comuni della Terraferma**: l'Ufficio Protesi del Distretto Sanitario 2, sede di Via Cappuccina, 129; è aperto il lunedì, mercoledì e venerdì, dalle 8 alle 12.
- **del materiale di medicazione**: questo materiale comprende le garze, i sondini di aspirazione, i kit di medicazione pronti; può essere ottenuto presentando apposita impegnativa del medico curante al Distretto Sanitario di appartenenza. Per i residenti nel territorio dell'Azienda ULSS 3 ci si può rivolgere al Distretto di Via Cappuccina (Mestre e terraferma) oppure a quello sito nell'ex Ospedale Giustinian.
- **dell'aspiratore da usare a domicilio**: prima della dimissione dall'Ospedale, l'apparecchio verrà consegnato direttamente dal Coordinatore infermieristico dell'UO di ORL di Mestre (o da chi per lui).

In caso di malfunzionamento dell'apparecchio è necessario chiamare l'assistenza tecnica, al n° **041 2608372**.

Le persone residenti al di fuori del territorio dell'Azienda ULSS 3 devono invece rivolgersi al Distretto sanitario di appartenenza.

Prenotare una visita di controllo (follow up) o una consulenza logopedica

In entrambi i casi è necessario rivolgersi al Centro Unico Prenotazioni (**CUP**) dell'Ospedale Dell'Angelo di Mestre, muniti di regolare impegnativa del proprio Medico curante. È anche possibile prenotare la visita per **telefono**, al n° **041 8897908**, tenendo l'impegnativa a portata di mano.

Ottenere l'esonazione dal ticket

La documentazione utile ad ottenere l'esonazione dal ticket, prevista per le persone con patologia tumorale, sarà consegnata prima della dimissione dall'ospedale dal Coordinatore infermieristico dell'UO di ORL (o da chi per lui). Tale documentazione va presentata al Distretto Sanitario di appartenenza, per la registrazione all'anagrafe sanitaria.

Ottenere supporto dall'Associazione Oncologica Italiana Mutilati della voce (AOI)

L'Associazione opera in collaborazione con i logopedisti dell'Azienda 3 per supportare le persone malate con TS e aiutarle a sviluppare la capacità di parlare con la cosiddetta voce esofagea, anche utilizzando il laringofono.

È possibile rivolgersi all'Associazione nei giorni seguenti:

- Ospedale SS. Giovanni e Paolo di Venezia: 1° piano dell'UO di Oculistica, ogni mercoledì, dalle 8 alle 10.
- Ospedale Dell'Angelo di Mestre: 1° piano – Stanza 54 degli Ambulatori, ogni mercoledì, dalle 15 alle 17.

È possibile anche il contatto telefonico, al n° **338 4614667** (Sig. Gino Finotello, Presidente della Sezione di Venezia e Maestro della voce).



Piccolo glossario

TS = Tracheostomia (o tracheostoma); apertura chirurgica della cute del collo e della parete tracheale con cui si crea una comunicazione diretta tra l'ambiente esterno e le vie aeree inferiori, in modo da bypassare (saltare) le vie aeree superiori e consentire il passaggio diretto dell'aria nei bronchi, ma anche di aspirare le secrezioni bronchiali direttamente dalla trachea. In ORL questo intervento si esegue nella maggior parte dei casi dopo l'asportazione della laringe per un tumore;

CT = Cannula Tracheale (o cannula tracheostomica); presidio medico-chirurgico costituito da un tubo di gomma angolato o curvo, di diverso materiale (plastico - PVC o silicone - o metallico), che ha la funzione di mantenere pervia la TS e di consentire l'aspirazione delle secrezioni bronchiali direttamente dalla trachea.

CC = Controcannula; ha la funzione di mantenere pervia la CT e si utilizza di solito quando vi sono abbondanti secrezioni bronchiali ed è necessaria una frequente aspirazione tracheale.

Cuffia: sorta di palloncino posto nella porzione distale della CT; quando essa è in trachea ed è gonfia consente di prevenire la caduta/penetrazione nelle vie aeree inferiori di materiale proveniente dall'ipofaringe o dallo stomaco.

Flangia: lamina perpendicolare alla CT, che serve a mantenerla all'interno del TS, impedendole di penetrare oltre il livello della superficie cutanea. Permette l'ancoraggio della fascetta di fissaggio grazie a piccole asole poste sui lati.

Mandrino: guida (in genere di metallo o di plastica rigida) che serve a facilitare l'inserimento della CT attraverso il tracheostoma, riducendo possibilità di lesione del tessuto tracheale.

Naso artificiale: filtro HME che si applica alla CC per vicariare le funzioni del naso, dato che consente di riscaldare e umidificare l'aria. In genere è un presidio monouso, dato che molto spesso si riempie di secrezioni tracheo-bronchiali.

Tappo: si applica alla CC e occlude completamente la CT. In questo modo l'aria inspiratoria ed espiratoria transita esclusivamente per le vie naturali e non più attraverso la tracheostomia e consente la fonazione.

Valvola fonatoria o valvola unidirezionale: è un accessorio da applicare alla CC. In fase inspiratoria la valvola fonatoria si apre e consente il passaggio dell'aria attraverso la CT. In fase espiratoria, invece, si chiude e il flusso d'aria viene deviato verso le vie aeree superiori. L'aria, attraversando la glottide, mette in vibrazione le corde vocali e dà origine alla voce.

Recapiti telefonici utili

- UO ORL Mestre tel. **041 965 7025**
- UO ORL Venezia tel. **041 529 4277**
- Ambulatorio di Logopedia ORL di Mestre tel. **041 965 7015**
- Ambulatorio di Logopedia ORL di Venezia tel. **041 529 4486**
- **Distretto Sanitario 1 - Venezia centro storico** - presso Ex Ospedale Giustinian – Dorsoduro, 1454
 - Ufficio protesi tel. **041 529 4040** (telefonare il Martedì, Mercoledì e Giovedì, dalle 13 alle 14.30)
 - Assistenza Infermieristica Domiciliare (ADI) tel. **041 529 4903**
- **Distretto Sanitario 1 – Lido di Venezia e isole** – presso le sedi distrettuali delle diverse isole:
 - Burano tel. **041 735580**
 - Cà Savio tel. **041 5300854**
 - Lido di Venezia tel. **041 529 5201**
 - Murano tel. **041 739461**
 - Pellestrina tel. **041 527 5840**
- **Distretto Sanitario 2 – Mestre e Terraferma**
 - Assistenza Infermieristica Domiciliare (ADI)
 - presso Ospedale Villa Salus tel. **041 260 8366 – 7912 - 7918**
 - Marcon, Viale San Marco, 76 tel. **041 260 8270**
 - Quarto d’Altino, Via Tagliamento, 5 tel. **041 260 8270**
 - Ufficio protesi di Via Cappuccina, tel. **041 260 8102-03-21-84**
 - Ambulatorio ORL Favaro Veneto, Via della soia, 20 tel. **041 8896812**
 - Ambulatorio ORL Marghera, Via N. Tommaseo, 7 tel. **041 260 8235**

- **Associazione Oncologica Italiana Mutilati della voce (AOI)**, presso PO dell'Angelo di Mestre e PO SS. Giovanni e Paolo di Venezia tel. **338 4614667**