

	PROTOCOLLO GESTIONE STOMIE, PEG E SNG	RSA.MR.66	
		Data: 04/03/2023 Rev. 0	Pag. 1 di 13

RSA.MR.66

LISTA DI DISTRIBUZIONE

N°	FUNZIONE	NOME	FIRMA
1	Direttore Generale	D.ssa Chiara Bucalossi	
2	Uff. Attività Socio-sanitaria	D.ssa Angelica Lionetti	

0	09/11/2022	1° Emissione		
Rev	Data	Causale	Revisione e Verifica	Approvazione
			RGQ	Direttore Generale

 <p>Centro Residenziale Matteo Remaggi AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA</p>	<p>PROTOCOLLO GESTIONE STOMIE, PEG E SNG</p>	<p>RSA.MR.66</p>	
		<p>Data: 04/03/2023 Rev. 0</p>	<p>Pag. 2 di 13</p>

INDICE

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ
4. DEFINIZIONE STOMIA
 - 4.1 Tipologie di stomia
 - 4.1.1 Stomie digestive
 - 4.1.2 Stomie urologiche o urostomie
5. PROCEDURA PER SOSTITUZIONE SACCA STOMIA
 - 5.1 Tipologie dei presidi
 - 5.2 Igiene stomale e peristomale
 - 5.3 Materiale necessario
 - 5.4 Sequenza degli atti
 - 5.5 Caratteristiche del presidio ideale
6. DEFINIZIONE DI PEG
 - 6.1 Controindicazioni
 - 6.2 Cura della gastrostomia
 - 6.3 Materiale occorrente alla medicazione/cambio sacca
 - 6.4 Medicazione iniziale
 - 6.5 Medicazione di mantenimento/cambio sacca
7. DEFINIZIONE DI SNG
 - 7.1 Materiale occorrente
 - 7.2 Procedura di applicazione
 - 7.3 Gestione del sng
 - 7.4 Materiale occorrente per la gestione
8. IL RUOLO DELL'OSS
9. MONITORAGGIO E RISULTATI ATTESI

	PROTOCOLLO GESTIONE STOMIE, PEG E SNG	RSA.MR.66	
		Data: 04/03/2023 Rev. 0	Pag. 3 di 13

1. SCOPO

Fornire una corretta e completa informazione relativa al corretta gestione della stomia e all'utilizzo dei suoi presidi, della PEG e del SNG.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Rivolto al personale socio-sanitario responsabile dell'assistenza alla persona della ASPS Matteo Remaggi.

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

	COORD. INFERMIERISTICO	INFERMIERE	MEDICO DI FAMIGLIA
Controllo eventuali compiacanze	I	R	R
Controllo infezioni	I	R	R
Controllo cambio presidi	I	R	R

Leggenda: R (Responsabile) I (Informato)

4. DEFINIZIONE STOMIA

Il termine "stoma" deriva dal greco e significa apertura, bocca.

Una stomia è pertanto l'apertura di un varco, di solito di forma ovale o circolare e di dimensione variabile, che consente all'organismo di espellere feci o urine da una nuova apertura collocata sull'addome, questo quando le vie naturali sono state compromesse a causa di una grave patologia (tumori, gravi infiammazioni o lesioni dell'apparato digerente o urinario).

Una stomia può essere definitiva o temporanea.

La stomia non è provvista di uno sfintere muscolare; quindi gas, feci o urine escono spontaneamente senza poter essere trattenute o controllate. La pelle che circonda lo stoma, detta cute peristomale, è quella porzione di pelle su cui saranno applicati i presidi di raccolta.

Esistono diverse tipologie di stomie che prendono nomi diversi a seconda del tratto digestivo o urinario coinvolto.

4.1 Stomie digestive

Si chiamano stomie digestive perché l'organo interessato è l'intestino.

	PROTOCOLLO GESTIONE STOMIE, PEG E SNG	RSA.MR.66	
		Data: 04/03/2023 Rev. 0	Pag. 4 di 13

- **Ileostomie.** L'intestino tenue è quella parte d'intestino che si trova tra il duodeno e il colon. Il primo tratto è chiamato digiuno, il secondo ileo ed è in questa porzione intestinale che solitamente viene confezionata una ILEOSTOMIA.

Tra le cause che possono portare ad un'ileostomia si segnalano:

- Colite ulcerosa
- Morbo di Crohn
- Poliposi del colon.

Nell'intervento di ileostomia lo stoma viene confezionato fissando temporaneamente o definitivamente l'ileo alla parete addominale, escludendo in tal modo tutto il colon.

L'apertura dello stoma si trova solitamente a destra, e in questo caso può assumere due forme:

- Terminale: quando ha un'unica apertura da cui fuoriesce il materiale intestinale
- Laterale o a Doppia Canna: sull'addome appaiono due orifizi, ma solamente da uno fuoriesce il materiale intestinale.

All'interno dell'intestino tenue, l'acqua viene assorbita solo in parte, quindi le deiezioni si presentano piuttosto liquide e molto aggressive per la cute, poiché si tratta di materiale intestinale composto da succhi gastrici, acqua, bile, enzimi.

Stomia	Organi coinvolti	Natura feci	Presidio
Ileostomia	Intestino tenue	Molto fluide, piuttosto aggressive per la cute	Sacca a fondo aperto, monopezzo o due pezzi

- **Colostomie.** Il colon è il tratto d'intestino che veicola le feci verso l'ano da cui sono espulse verso l'esterno. Nel tratto d'intestino crasso (colon), l'acqua contenuta negli alimenti viene assorbita. In questo caso le feci hanno una frequenza regolare (da 1 a 3 volte al giorno) e sono del tutto simili alle feci espulse naturalmente. Anche in questo caso la persona non avverte degli stimoli prima e durante l'evacuazione, in quanto il tratto d'intestino connesso alla cute è sprovvisto di sfintere.

1. COLOSTOMIA ASCENDENTE O DESTRA La colostomia ascendente si trova nel primo tratto dell'intestino crasso. In questo caso le feci sono liquide e molto irritanti, molto simili a quelle dell'ileostomia, poiché l'assorbimento dell'acqua non è avvenuto completamente. Particolare attenzione deve essere perciò posta nella cura della cute peristomale, poiché potrebbe essere soggetta a dermatiti a causa del contenuto intestinale aggressivo. I presidi da utilizzare sono le sacche con fondo aperto, o dotate di un dispositivo di scarico.

2. COLOSTOMIA DISCENDENTE O SINISTRA Questo tipo di stomia digestiva viene realizzata nel tratto discendente del colon, da qui il nome. In questa posizione le feci sono solide o semi solide, perché è stata assorbita gran parte dell'acqua nei tratti precedenti dell'intestino. Il presidio per questa tipologia di colostomia è una sacca con fondo chiuso.

3. COLOSTOMIA TRASVERSA È situata sul segmento trasverso del colon, e lo stoma può trovarsi a destra (caso più frequente), in posizione mediana, oppure sulla sinistra. Le feci sono "pastose", abbondanti e piuttosto aggressive, poiché in questo tratto intestinale l'acqua non è stata completamente assorbita. Può essere necessario aumentare la protezione

cutanea con l'uso della pasta o delle salviettine protettive nell'area peristomale. Il paziente utilizzerà una sacca a fondo aperto dotata di un dispositivo di scarico.

Stomia	Organi coinvolti	Tipologia feci	Presidio
Colostomia ascendente o destra	Primo tratto del colon	Liquide, aggressive	Sacca a fondo aperto
Trasversostomia	Tratto trasversale del colon	Pastose, piuttosto aggressive	Sacca a fondo aperto
Colostomia discendente o sinistra	Tratto finale del colon	Solide, poco aggressive	Sacca a fondo chiuso

4.2 Stomie urologiche o urostomie

Si chiama urostomia l'aboccamento di un tratto dell'apparato urinario alla cute della parete addominale. Può essere temporanea o definitiva. In genere viene praticato questo tipo di stomia quando la via fisiologica naturale non è più in grado di funzionare ed è necessario, quindi, creare una nuova via di uscita alle urine. Anche in questo caso, il paziente non può controllare volontariamente l'emissione dell'urina, quindi saranno necessari dei dispositivi di raccolta. I presidi utilizzati per questo tipo di stomia sono delle sacche che devono possedere queste caratteristiche:

- Materiale, in genere, trasparente
- Dispositivo antireflusso per impedire il ritorno delle urine verso lo stoma
- Sistema di scarico delle urine, che può essere connesso con i raccoglitori da gamba o da letto.

Le cause principali che portano a questo tipo d'intervento chirurgico sono:

- Tumori della vescica
- Tumori dell'uretere
- Fibrosi post-attinica
- Drenaggio nelle ostruzioni acute.

Si possono riscontrare diverse tipologie di stomia anche a livello dell'apparato urinario, a seconda dell'organo interessato e della tecnica chirurgica impiegata:

- **Nefrostomia.** Questa tipologia di stomia ha il compito di convogliare all'esterno l'urina che si raccoglie nel bacinetto renale e che, per ostacoli completi o parziali, non può seguire la via fisiologica di eliminazione. Una nefrostomia può essere temporanea (drenaggio in caso di ostruzioni acute, idronefrosi, ecc.) o definitiva (tumori che implicano la rimozione di un organo dell'apparato).

- **Ureterocutaneostomia.** Consiste nell'aboccamento diretto degli ureteri alla cute. Per evitarne la chiusura saranno inseriti dei piccoli cateteri che devono essere sostituiti ogni 20 giorni circa. Le cause che possono portare a questa tipologia di stomia sono:

- Neoplasie o infiammazioni croniche della vescica (con conseguente completa asportazione)
- Congelamento pelvico (a seguito di processi tumorali o di trattamenti di radioterapia)
- Malformazioni congenite (agenesia) o neurologiche (vescica neurologica)
- Traumi vescicali o uretrali.

	PROTOCOLLO GESTIONE STOMIE, PEG E SNG	RSA.MR.66	
		Data: 04/03/2023 Rev. 0	Pag. 6 di 13

L'ureterocutaneostomia richiede al paziente un'attenzione particolare per la presenza dei cateterini a permanenza. Sono quindi particolarmente indicati i sistemi a due pezzi (placca + sacca), perché la sola sostituzione della sacca riduce la possibilità di una rimozione involontaria degli stessi.

5 PROCEDURA PER SOSTITUZIONE SACCA STOMIA

5.1 Tipologie dei presidi

La scelta del dispositivo di raccolta dipende dal tipo di stomia confezionata, e dal materiale emesso. A volte nella scelta del presidio, si rende necessario considerare anche la forma della stomia (che si potrebbe presentare rotonda, ovale o irregolare) e dalle caratteristiche anatomiche dello stoma e della parete addominale (utilizzare in questo caso una placca piana o convessa).

Di norma si utilizzano:

- Sacche a fondo chiuso per colostomie (feci formate);
- Sacche a fondo aperto per ileostomie (feci liquide e irritanti!);
- Sacche con sistema di scarico (rubinetto) per urostomia (considerare anche la possibilità di collegare il presidio ad un'apposita sacca di raccolta esterna per permettere alla persona di riposare durante la notte).

I presidi possono essere:

- **Monopezzo:** dove la sacca e la barriera cutanea sono integrate (offrono massima discrezione, semplicità e flessibilità, e sono disponibili nella versione ritagliabile e/o pretagliata, si sostituiscono una/due volte il giorno) presenta sicuramente maggiori vantaggi sia per quanto riguarda la praticità, la facilità d'uso, minore visibilità, maggiore vestibilità;
- **Due pezzi:** dove la sacca si unisce alla placca mediante una flangia di aggancio (ciò permette la sostituzione della sacca al bisogno almeno una volta al giorno e/o al bisogno, mantenendo in sito la placca, che deve essere sostituita invece ogni due/tre giorni e/o al bisogno). Permette una maggiore protezione cutanea visto che la placca viene cambiata solo al bisogno (indicata in caso di lesioni peristomali della cute), minore irritazione cutanea (indicata per pelli molto sensibili e facilmente irritabili).

5.2 L'igiene stomale e peristomale

Il posto sicuramente più comodo ed ideale, dove provvedere al bisogno di igiene della persona stomizzata è la stanza da bagno, dove verrà conservato il materiale occorrente.

Utilizzare delle spugne morbide o fazzolettini da naso soffici (è sconsigliato l'utilizzo del cotone idrofilo o della carta igienica).

Passati alcuni giorni dall'intervento chirurgico, la persona può immergersi nella vasca da bagno, o se preferisce può lavarsi sotto la doccia.

Lo stoma va asciugato eseguendo delle tamponature, e mai frizionando con forza, per evitare che sanguini.

Il foro della placca deve avere lo stesso diametro dello stoma o al massimo 2-3 mm più grande, per evitare che lesioni o traumatizzi lo stoma; per aiutarci possiamo utilizzare calibratori di vario genere.

Con il tempo lo stoma modifica le sue dimensioni: tende a restringersi nei mesi successivi all'intervento chirurgico.

	PROTOCOLLO GESTIONE STOMIE, PEG E SNG	RSA.MR.66	
		Data: 04/03/2023 Rev. 0	Pag. 7 di 13

5.3 Materiale necessario

- Contenitore con acqua tiepida o acqua corrente della stanza da bagno;
- Sapone neutro;
- Spugnetta o fazzoletti;
- Sacchetto in plastica;
- Forbici punta arrotondata;
- Eventuale foglio guida per verificare diametro stoma (calibratore);
- Un nuovo dispositivo di raccolta;
- I dispositivi non vanno smaltiti nel water! (alcuni di nuova generazione si, perché sono biodegradabili!).

5.4 Sequenza degli atti

1. Lavaggio sociale delle mani;
2. Predisporre il materiale;
3. Informare l'ospite della procedura che si andrà ad eseguire;
4. Rimuovere il presidio con un movimento dall'alto verso il basso;
5. Riporlo in un contenitore o nell'apposito sacchetto fornito nella confezione;
6. Rimuovere eventuali residui di feci con della carta umida, in modo da non graffiare lo stoma;
7. Effettuare la detersione della cute peristomale (CON MOVIMENTI CIRCOLARI DALL'ESTERNO VERSO LO STOMA!) con i fazzolettini imbevuti di acqua e passati leggermente con il sapone neutro;
8. Risciacquare ed asciugare la cute per permettere adesività del presidio;
9. Misurare il diametro con il calibratore;
10. Ritagliare il foro della placca delle stesse dimensioni della stomia;
11. Rimuovere la pellicola che protegge l'adesivo;
12. Piegare a metà la placca ed appoggiare il margine inferiore del foro al margine inferiore dello stoma;
13. Completare l'adesione della placca dal basso verso l'alto, evitando di formare pieghe e tirando eventuali pliche cutanee per permettere alla placca la perfetta adesività;
14. Massaggiare la parte adesiva con le dita per alcuni secondi in modo da riscaldarla e permettere una migliore adesività.

5.5 Caratteristiche del presidio ideale

- => Perfetta adesività alla cute;
- => Protezione della zona peristomale;
- => Assenza di residui alla rimozione;
- => Anallergicità;
- => Impermeabilità totale agli odori e ai liquidi;
- => Silenziosità;
- => Discrezione.

6 DEFINIZIONE DI PEG

	PROTOCOLLO GESTIONE STOMIE, PEG E SNG	RSA.MR.66	
		Data: 04/03/2023 Rev. 0	Pag. 8 di 13

La **Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG)** consiste nell'applicazione chirurgica di una sonda, la quale collega lo stomaco all'esterno. Il posizionamento della PEG avviene attraverso l'esecuzione di una esofagogastroduodenoscopia.

La **PEG** viene applicata a pazienti la cui situazione clinica presenta la necessità di ricevere un'alimentazione enterale per un periodo di tempo superiore ad un mese.

Le indicazioni più frequenti sono:

- **Patologie locali** dell'orofaringe, dell'esofago e del mediastino, che si distinguono in **estrinseche** (localizzazioni neoplastiche del mediastino) o **intrinseche** (stenosi peptiche, neoplasie, diverticoli, lesioni da caustici);
- **Patologie a carico del Sistema Nervoso Centrale o Periferico** come, ad esempio: morbo di Parkinson, Sclerosi Multipla, Vasculopatie cerebrali, S.L.A, rabbia, botulismo, morbo di Alzheimer, Sindrome pseudo-bulbare.

6.1 Controindicazioni

Sono da considerarsi controindicazioni all'applicazione di una PEG (seppur non in maniera tassativa): sepsi, dialisi peritoneale, coagulopatie, precedenti interventi demolitivi allo stomaco, estese cicatrici addominali.

L'unica **controindicazione assoluta** è rappresentata dall'impossibilità di un corretto contatto tra la parete gastrica e quella addominale, cosa che può essere valutata nel momento in cui viene eseguita l'anestesia della parete gastrica attraverso la visualizzazione endoscopica dell'ago utilizzato per la stessa.

6.2 Cura della gastrostomia

La **cute peristomale va controllata quotidianamente**, verificando l'assenza di segni di infezione, così come è necessario controllare che la posizione e la distanza della flangia cutanea sulla sonda corrisponda a quella registrata sulla documentazione clinica. **La medicazione** va cambiata giornalmente per la prima settimana, a giorni alterni per i successivi 8/10 giorni. In seguito andranno effettuate medicazioni settimanali.

Prestare sempre particolare **attenzione all'eventuale fuoriuscita di succhi gastrici**, i quali potrebbero portare ad erosione dei tessuti circostanti.

6.3 Materiale occorrente alla medicazione/cambio sacca.

- Guanti monouso;
- Garze sterili;
- Soluzione fisiologica/acqua e sapone neutro;
- Betadine e/o acqua ossigenata (H₂O₂)
- Forbici;
- Cerotti Medicati

6.4 Medicazione iniziale.

- Trattare come una ferita chirurgica
- Detergere la zona della stessa utilizzando garze sterili imbevute di soluzione fisiologica, effettuando dei movimenti circolari da centro verso l'esterno.
- Disinfettare con soluzione iodata o acqua ossigenata.
- Asciugare la zona trattata con garze sterili asciutte.

	PROTOCOLLO GESTIONE STOMIE, PEG E SNG	RSA.MR.66	
		Data: 04/03/2023 Rev. 0	Pag. 9 di 13

- Applicare garza parzialmente tagliata intorno alla sonda e coprire con una seconda garza intera.
- Fissare la medicazione con cerotto anallergico avendo cura di non angolare la sonda.

6.5 Medicazione di mantenimento/cambio sacca

Dopo 30 giorni la cicatrice è consolidata, quindi:

- Pulizia locale con acqua e sapone/soluzione fisiologica;
- Asciugare accuratamente;
- È importante ruotare la sonda per evitare arrossamenti ed ulcere da decubito sulla cute; se la sonda dovesse risultare fissa avvertire il medico per eventuale sostituzione;
- Verificare la presenza di eventuali arrossamenti o irritazioni.

7 DEFINIZIONE DI SNG

Il **sondino naso-gastrico** è un tubicino lungo e flessibile che, introdotto nello stomaco a partire dal naso, può servire a:

- la somministrazione di sostanze nutritive;
- l'eliminazione di un determinato contenuto gastrico indesiderato (gas, sangue, oggetti ingeriti accidentalmente ecc.);
- la lavanda gastrica;
- la decompressione gastrica,
- la somministrazione di farmaci;
- l'espansione polmonare (è un fattore favorente).

Realizzati in poliuretano, PVC o silicone, i moderni sondini naso-gastrici sono dispositivi medici adatti a un uso a breve/medio termine; il loro utilizzo prolungato, infatti, può essere causa di spiacevoli effetti collaterali.

Esistono due tipologie principali di sondino naso-gastrico: il sondino naso-gastrico a singolo lume, noto come sonda di Levin, e il sondino naso-gastrico a lume doppio, conosciuto come sonda di Salem.

Questi due tipi di sondino naso-gastrico differiscono per caratteristiche come il diametro o la lunghezza massima, e per le indicazioni cliniche.

Di norma, il sondino naso-gastrico rappresenta una soluzione a **breve/medio termine**, a prescindere dalle indicazioni, in quanto il suo uso prolungato può risultare molto fastidioso ed essere causa di spiacevoli effetti collaterali.

Pertanto, prendendo ad esempio la nutrizione enterale tramite sondino naso-gastrico, il ricorso a quest'ultima è indicato:

- Nelle prime fasi di un'eventuale incapacità o non volontà di mangiare. Dopodiché, avviene il passaggio a un'altra forma di nutrizione artificiale (enterale o parenterale);
- Quando è previsto un recupero in tempi rapidi della capacità di nutrirsi in modo indipendente. Se mancano tali presupposti, i medici preferiscono fin da subito ricorrere a forme di nutrizione artificiale ideate appositamente per un loro utilizzo prolungato.

7.3 Materiale occorrente

- Guanti monouso non sterili
- S.N.G. in silicone o poliuretano a seconda della destinazione d'uso
- Lubrificante
- Cerotto di tela o in TNT

 <p>Centro Residenziale Matteo Remaggi AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA</p>	<p>PROTOCOLLO GESTIONE STOMIE, PEG E SNG</p>	<p>RSA.MR.66</p>	
		<p>Data: 04/03/2023 Rev. 0</p>	<p>Pag. 10 di 13</p>

- Schizzettone
- Spugnetta preinsaponata
- contenitore con acqua
- Panno-carta
- Medicazioni a base di idrocolloidi
- telino
- Garze non sterili in TNT
- Pompa infusionale e deflussore per N.E.
- Contenitore per rifiuti

7.4 Procedura di applicazione

L'applicazione di un sondino naso-gastrico è una procedura medica non banale, che richiede una certa abilità e alcune cautele da parte di chi la esegue. Per questo, è bene che a effettuarla sia sempre personale con un'appropriata preparazione e con una buona esperienza nel campo in questione.

I passaggi principali dell'applicazione di un sondino naso-gastrico, che generalmente vedono per protagonista un infermiere qualificato, sono:

AZIONE	MOTIVAZIONE
Se cosciente informare il pz della procedura	Ottenere la collaborazione del pz stesso, rendere partecipe l'utente della scelta terapeutica
Eeguire il lavaggio delle mani o frizione con soluzione alcolica	Rimozione della flora batterica patogena e quindi riduzione della trasmissione di agenti patogeni
Indossare i guanti non sterili	Prevenire il rischio biologico nell'operatore
Posizionare il pz semi-seduto con il collo in posizione neutra	Favorire l'inserimento e l'avanzamento del SNG attraverso la fisiologica via esofagea e ridurre il rischio di aspirazione tracheale
Ispezionare le cavità nasali e scegliere la narice più idonea	Verificare eventuali deformazioni, irritazioni o piccole ulcere.
Se possibile, chiedere al paziente di soffiarsi il naso; se questo non è possibile, eseguire un accurata pulizia del viso delle narici e del cavo orale rimuovendo eventuali protesi dentarie	Evitare impedimenti durante la manovra di inserimento
Palpare l'addome del paziente e valutare la peristalsi	Valutare la trattabilità ed eventuale distensione addominale

PROTOCOLLO GESTIONE STOMIE, PEG E SNG

RSA.MR.66

Data: 04/03/2023

Rev. 0

Pag. 11 di 13

Misurare la distanza orecchio-naso-processo xifoideo (NOX) (+15cm per posizionare nella porzione distale dello stomaco) e far riferimento alla tacca segnata sul SNG	Determinare la lunghezza necessaria a raggiungere lo stomaco. Non è corretto posizionare la punta del sondino nel cardias per l'alto rischio di reflusso
Lubrificare la punta del sondino	Facilitare l'inserimento e lo scorrimento del sondino stesso
Introdurre delicatamente il sondino nella narice e quando si arriva in faringe invitare il paziente a deglutire, se possibile	Far avanzare con facilità il sondino aiutato dai fisiologici movimenti esofagei
Ispezionare il cavo orale qualora si presentassero difficoltà nell'avanzamento del SNG	Evitare che il sondino si possa arrotolare all'interno del cavo orale
Far avanzare il sondino fino al punto prestabilito	Giusta collocazione
In caso di tosse, ipossia o cianosi rimuovere immediatamente e ripetere la manovra	Evitare che venga posizionato nelle vie aeree
Aspirare succo gastrico	VERIFICARE IL CORRETTO POSIZIONAMENTO DEL SNG se non si riesce ad aspirare nulla si può far avanzare il sondino di qualche cm
Fissare con cerotto di tela	Evitare la rimozione accidentale del sondino e far sì che rimanga posizionato nel punto stabilito mentre si effettua il controllo del corretto inserimento
In caso di tosse, ipossia o cianosi rimuovere immediatamente e ripetere la manovra	Evitare la rimozione accidentale del sondino e far sì che rimanga posizionato nel punto stabilito mentre si effettua il controllo del corretto inserimento
Richiedere eventuale RX di controllo	Garantire il corretto posizionamento
Controllare presenza di eventuale ristagno gastrico o tensione addominale	Valutare se iniziare e/o somministrare procinetici

È responsabilità del medico di famiglia riposizionare il SNG.

 <p>Centro Residenziale Matteo Remaggi AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA</p>	<p>PROTOCOLLO GESTIONE STOMIE, PEG E SNG</p>	<p>RSA.MR.66</p>	
		<p>Data: 04/03/2023 Rev. 0</p>	<p>Pag. 12 di 13</p>

7.5 Gestione del SNG

- Eseguire lavaggio sociale delle mani, o con soluzione idroalcolica;
- Indossare i guanti;
- Rimuovere il cerotto e pulire con acqua e sapone neutro ed asciugare accuratamente la superficie cutanea interessata;
- Controllare la presenza di eventuali arrossamenti e/o piccole lesioni sull'ala del naso interessata e sulla parte interna della narice;
- Applicare sull'ala una piccola porzione di idrocolloide facendone ruotare una piccola porzione anche all'interno della narice;
- Applicare un nuovo cerotto facendolo aderire bene sia alla pelle che all'idrocolloide;
- All'inizio di ogni turno controllare il ristagno gastrico e il posizionamento del sondino;
- Controllare giornalmente il fissaggio del Sondino e cambiarlo secondo necessità.

7.6 Materiale occorrente per la gestione

- Soluzione idroalcolica;
- Guanti monouso;
- Idrocolloide;
- Cerotto di Tela o TNT;
- Acqua e sapone neutro;
- Garze non sterili;
- Schizzettone.

8 Il ruolo dell'OSS

La gestione di sondino nasogastrico (SNG), gastrostomia (PEG) e Colostomie/ileostomie/urostomie è di pertinenza medica ed infermieristica. Tuttavia vi sono dei compiti specifici che l'Operatore socio sanitario può e deve assolvere, collaborando nell'assistenza al paziente.

All'OSS è chiesto di supportare i sanitari nella sorveglianza del paziente portatore di SNG, PEG o PEG e del suo stato di salute, nonché di controllare e segnalare eventuali anomalie presenti nella zona interessata dall'intervento.

Esistono tuttavia dei compiti specifici che l'OSS deve assolvere, senza sforare di competenza.

All'inizio di ogni turno, le prime cose di cui l'OSS deve accertarsi, una volta entrato in camera di un paziente portatore di sondino naso gastrico, sono che:

- il paziente si trovi in posizione semiseduta (30°). Questo per prevenire un eventuale reflusso, ma anche per facilitare la peristalsi fisiologica;
- il sondino sia ben fissato;
- non ci siano arrossamenti sull'ala del naso o lesioni all'interno delle narici.

L'operatore è tenuto ad avvisare l'infermiere ogni volta che noterà delle anomalie e dovrà preoccuparsi dell'igiene del naso e dell'igiene del cavo orale

Denti e labbra invece devono essere lavati almeno due volte al giorno e il cavo orale mantenuto umido. Il paziente respirerà principalmente con la bocca e le mucose tenderanno a seccarsi.

L'OSS può occuparsi anche:

- della preparazione dei flaconi di miscele per nutrizione enterale o liquidi
- del corretto funzionamento del sistema.

	PROTOCOLLO GESTIONE STOMIE, PEG E SNG	RSA.MR.66	
		Data: 04/03/2023 Rev. 0	Pag. 13 di 13

Per quanto riguarda la PEG e la STOMIA, l'operatore socio sanitario ha il compito di occuparsi in primis dell'igiene della stomia, ossia del lavaggio quotidiano della cute circostante.

Come per qualsiasi altra parte del corpo, a meno che non si tratti della prima settimana dall'intervento in cui la medicazione deve essere effettuata tutti i giorni dall'infermiere, l'OSS può usare del sapone neutro e dell'acqua. La parte sottostante la placca invece deve essere pulita con garza e fisiologica (per la PEG). In caso di un leggero arrossamento in questa zona e solo dopo aver consultato l'infermiere, dopo la pulizia è possibile passare un po' di disinfettate adeguato.

Gli altri compiti dell'OSS, dopo avere lavato accuratamente le mani, sono:

- preparazione degli alimenti, che possono essere sotto forma: liquida, in flacone o in sacca. Le soluzioni vanno agitate bene prima dell'uso, composte con acqua se indicato nella confezione e portate a temperatura ambiente se conservate in frigorifero;
- preparazione dell'ambiente, del materiale e del paziente, ossia predisposizione della miscela, di una siringa da 50/60 ml e acqua potabile, che serviranno all'infermiere per la pulizia della sonda e posizionamento del paziente semi-seduto. Sollevare quindi la testiera del letto o collocare dei cuscini dietro alla schiena del paziente;
- sorveglianza del paziente durante il pasto. Informare l'infermiere o il medico in caso di comparsa di sintomi quali nausea, vomito, alterazione della coscienza, tosse;
- pulizia del cavo orale, due volte al giorno.

9.INDICATORE MONITORAGGIO E VALORI ATTESI

INDICATORE DENOMINATORE	INDICATORE NUMERATORE	VALOR E ATTESO
Numero di ospiti portatori di device gestiti secondo procedura	Numero di ospiti portatori di device	100 %

È responsabilità del coordinatore infermieristico accertarsi che il protocollo venga seguito dettagliatamente.

Tutti gli ospiti della struttura portatori di stomie, peg e sng saranno accuratamente valutati dal personale sanitario e riceveranno un'appropriata gestione.