

Considerazioni finali

Cambiare Volpi, panzetta e pierotti

Già scelte e altre foto da mettere

Quest'ultimo capitolo sarà un breve riassunto di quanto detto ad uso di chi ha letto fin qui questo libro. Il riassunto serve per sintetizzare le indicazioni fin qui date. Ogni indicazione può essere ricercata nel testo attraverso l'appendice dei riferimenti.

Alla fine del riassunto ci sarà un paragrafo di raccomandazioni indirizzate al lettore a seconda che sia medico, infermiere o familiare di un paziente o il paziente stesso.

Seguite le indicazioni. Spero di aver ampiamente dimostrato che la NED è una terapia estremamente efficace e sicura sia nelle tecniche che nelle possibili complicanze. Ma bisogna considerare che questo libro stabilisce un percorso che è sicuro e garantito fino a quando lo si segue fedelmente. Se, per dare un esempio, si usano le sonde da noi indicate, ma si esegue il lavaggio quotidiano con delle siringhe da 10 cc (fornendo ai parenti o agli infermieri gli adattatori, che pure esistono in commercio), c'è il rischio che la sonda esploda in faringe e la soluzione nutrizionale venga inalata con risultati catastrofici. E pessimi risultati si avranno pure se non si controlla il transito intestinale che deve essere sempre libero dai pericolosissimi fecalomi.

Valutazione iniziale. Prima di decidere se trattare il paziente valutate bene lo stato di nutrizione e l'anamnesi.

Lo stato di nutrizione va valutato attraverso il peso (confrontandolo con l'algoritmo che questo libro vi offre) e l'albuminemia che deve superare 3.5 gr%. Questa valutazione deve considerare le possibili

interferenze di fattori non nutrizionali (iperidratazione, disidratazione, ascite etc).

L'anamnesi deve essere raccolta con un occhio al passato per valutare l'autonomia nutrizionale del paziente ed un occhio al futuro, l'eventualità di un intervento chirurgico, di un trattamento chemioterapico, una riabilitazione motoria che ci impongono delle scadenze sulle quali si gioca talvolta la vita o la qualità di vita del paziente.

Catalogare il paziente. Se decidiamo di trattare il paziente con la NED il primo atto deve essere quello di catalogare il paziente in una delle otto categorie che abbiamo visto.

Leggete bene il capitolo relativo all'indicazione in cui ricade il paziente. Troverete gli estremi per riconoscere il paziente nella categoria, l'impostazione che bisogna dare al trattamento nutrizionale e informazioni utilissime su come regolarsi sull'alimentazione per os, nei casi in cui è possibile. Ricordate che, mentre la NED è sicura, un cucchiaino di minestra può essere causa di infiniti guai, anche se sembra assurdo.

Parlate con il paziente. Abbiamo bisogno del suo consenso o di quello dei familiari. Il sondino o la PEG sono due approcci che non comportano alcun rischio. La PEG comporta l'inconveniente della gastroscopia (che non è poi niente di terribile). Per quel che riguarda il sondino è come ingoiare uno spaghetti. Leggete l'approccio psicologico a questi due accessi.

Naturalmente la PEG è meglio del sondino, sia per il paziente che per chi lo deve governare. Ma il sondino permette risultati perfettamente paragonabili alla PEG, basta applicare la dovuta cura alla pulizia giornaliera. Raramente un

paziente decide di sfilare il sondino dopo averlo messo anche con molta riluttanza.

Molte volte i pazienti arrivano già indirizzati verso la NP da medici poco accorti. Bisogna dissuaderli senza però eccedere nel dipingere di nero la NP: se il paziente rifiuta la NE è l'unica possibilità che ci resta.

E poi ogni scelta non è mai definitiva. Si

perché la ASL o l'Ospedale non fornisce altro. Meglio non fare la NED che farla male. Tenete conto che la fase impegnativa del trattamento è quella del recupero nutrizionale. Qui abbiamo bisogno di tutte le risorse.

Al limite vorrà dire che il paziente le dovrà acquistare, ma non dobbiamo fallire all'inizio in quanto vuol dire perdere per sempre

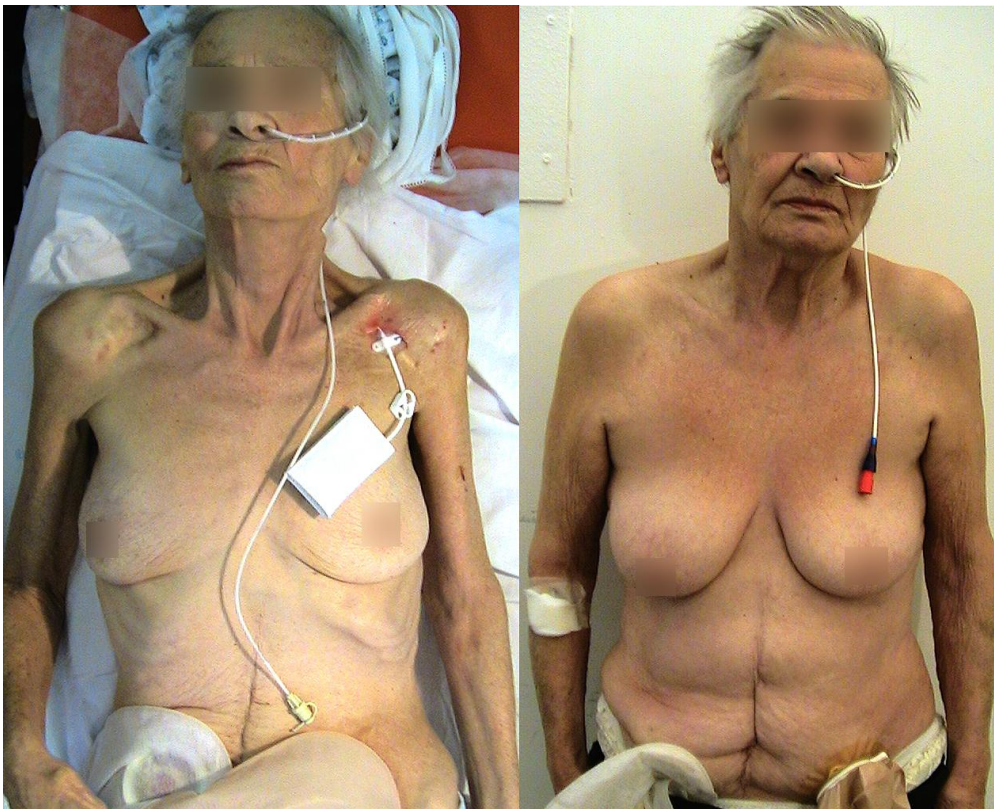


Fig:1: diabete, ca vescica, intervento di cistectomia e uretero-cutaneostomia transileale. Dopo un anno occlusione intestinale e intervento disperato di digiunostomia a 100 cm dal Treiz. Arriva da noi che è dimagrita di 25 kg: pesa 34. Ha pezzi di ciliegie nel sacchetto della digiunostomia. Inizia NED e infusione giornaliera di liquidi EV. Inizia a Luglio, a Novembre recupera il peso ideale di 53 kg e inizia lo svezzamento dalla flebo. A Gennaio dell'anno dopo vive solo con NED 24 ore su 24. La glicemia è sotto controllo. Speriamo di passare presto a trattamento solo notturno.

può iniziare con la NP e poi passare alla NE. O viceversa.

Procurate i materiali giusti. Non accettate di usare materiali non idonei, semplicemente

una possibilità che la NED ci offriva.

Un esempio viene anche dalla mia esperienza: di tutte le ASL del Lazio ce n'è una, una sola, che si ostina a dare ai miei pazienti la sua pompa, un catafalco che deve stare

agganciato ad una piantana. Come fa un paziente a vivere attaccato ad una piantana, come un cane alla catena, per tutto il tempo necessario al

catafalco della sua ASL potrà essere utilizzato benissimo visto che il paziente deve usarlo solo la notte.

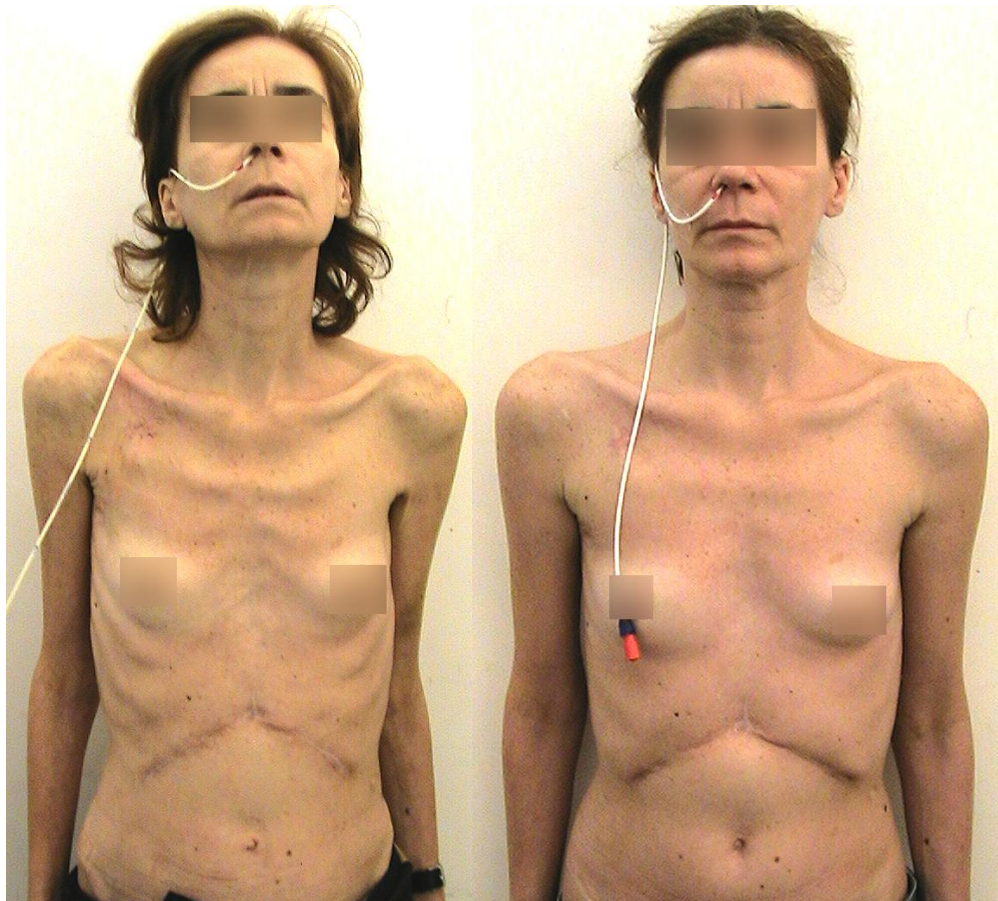


Figura 2: Pesava 50 kg, poi astenia a febbre, si trova un ca papilla, niente ittero, duodenocefalopancreasectomia, emorragia interna e reintervento, 20 giorni senza alimentarsi. Trovano trombosi della vena porta e da allora diarrea liquida, Fanno NPT. Arriva a noi che pesa 36 kg. Inizia NED. Quando arriva a 43 kg alla diarrea si sostituisce grave costipazione, eliminata la quale la paziente continua a salire fino al peso ideale di 52 kg. Dopo 5 mesi di NED è ancora in fase di svezzamento.

recupero nutrizionale? Infatti si stacca spesso e volentieri e alla fine non aumenta di peso per niente (e questo, tra l'altro moltiplicherà le spese della ASL che vuole risparmiare i pochi centesimi in più del set della pompa buona). Il paziente si compri i set della pompa, oppure cambi domicilio per andare nella zona di un'altra ASL. Ma quando sarà arrivato al peso il

Iniziate con prudenza, ma con decisione. Occhio alla canalizzazione dell'intestino: è l'unico grande problema.

Controllare subito gli esami ematochimici di routine e stabilire la terapia nutrizionali e le eventuali supplementazioni di sodio, di ferro, di proteine.

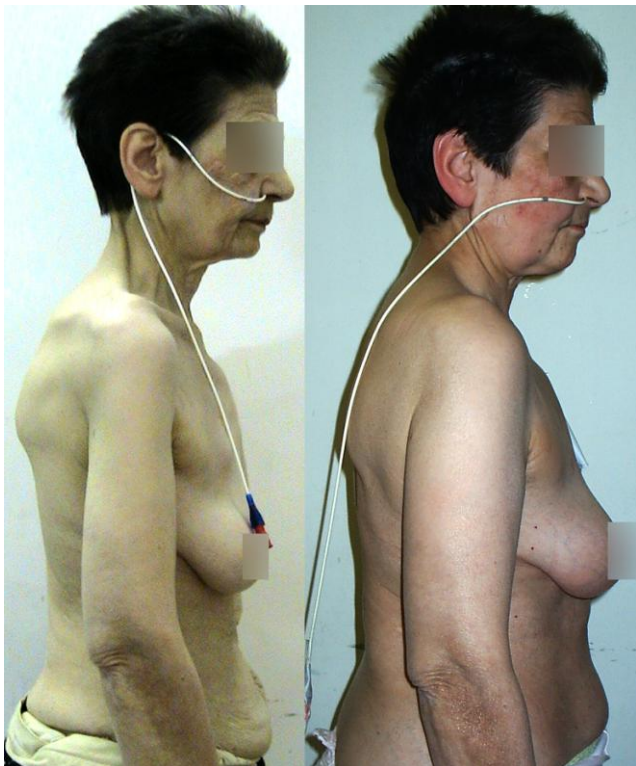


Figura 3: Pesava 45 kg. Operata per ca ovarico, fa chemio e poi occlusione per volvolo da briglia. Intervento d'urgenza: resezione intestinale estesa e residuo 80 cm di intestino tenue con valvola ileocecale conservata. Arriva da noi che pesa 34 kg ed ha un catetere endocavale infetto. Inizia NED con supplementazione di liquidi e anche periodi di NPD. Dopo un anno si è completamente affrancata dalle infusioni EV e pesa 45 kg, il suo peso ideale. Da 3 mesi combattiamo con un difficilissimo svezzamento in quanto la paziente vuole riprendere prima del tempo l'alimentazione orale.

Da subito bisogna insistere che il paziente venga pesato, è il nostro faro di riferimento. Senza di esso non arriveremo da nessuna parte. Tra l'altro l'effetto psicologico che l'aumento del peso determina su pazienti e parenti è indispensabile perché ci seguano in tutte le altre incombenze del trattamento (pulizia delle sonde, somministrazione dell'olio di vaselina, ma anche clisteri e svuotamenti rettali).

Rinutrizione. Quasi tutti i pazienti devono recuperare peso. Bisogna fin dall'inizio stabilire il nostro obiettivo. I parenti devono continuamente controllare il peso ed avvertire se c'è un ritardo sulla tabella di marcia, bisogna subito trovare le cause (cattiva pulizia della linea nutrizionale, paziente discolo che non resta attaccato alla pompa, contemporaneo riassorbimento di liquidi sequestrati).

Io ho l'impressione che non esistano pazienti che rispondono più o meno al trattamento: tutti i pazienti rispondono bene escluso un piccolo numero che fin dall'inizio ha fatto le cose male. E non risponde per niente, l'ago della bilancia sembra incollato.

Insieme alla valutazione del peso bisogna valutare la riserva proteica attraverso le variazioni dell'albuminemia. Eventualmente arricchire di proteine le soluzioni.

Mantenimento/Svezzamento.

Arrivati al peso il nostro lavoro è ormai fatto. Bisogna difenderlo da scelte avventate. Se si deve svezzare il paziente bisogna sospendere la NE solo quando siamo sicuri che il paziente è davvero autonomo.

Se invece il paziente dovrà indefinitamente continuare con la NED allora bisogna non abbassare la guardia. Continuare a controllare il peso, continuare a controllare gli

esami ematochimici, magari rarefacendo i prelievi.

Controllare specialmente che la riserva proteica sia sempre ben conservata: molto spesso si riduce senza un apparente motivo.

Raccomandazioni per i medici

Il medico che ha deciso di occuparsi di NED, ha fatto una scelta molto intelligente, in quanto è un campo che ha un futuro sicuro.

Commento [K1]:

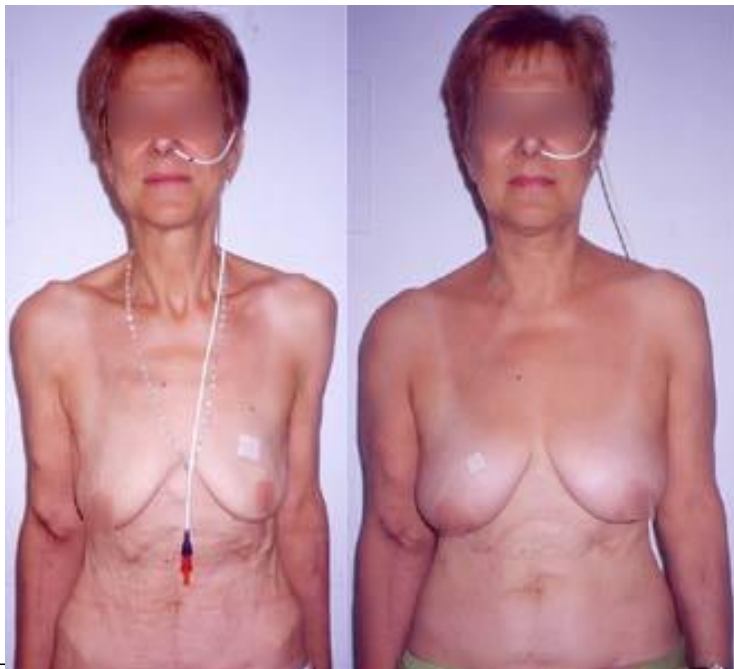


Figura 4: pesava 65. Insufficienza renale per sindrome nefrosica. Gastrectomia per carcinoma, ma dolore postprandiale nel postoperatorio, malnutrizione, fanno NPT e si infetta il catetere. Peggiora l'insufficienza renale e passa in dialisi. Arriva da noi che pesa 35.5 kg. Inizia NED. Dopo 45 gg pesa 50 kg che è il peso ideale e dopo un altro mese è completamente svezzata. Dopo un anno e mezzo pesa 55 kg e sta benissimo.

Quello che si fa oggi di questa terapia non è un decimo di quello che si potrebbe fare se esistesse la cultura del tubo nel naso (o della PEG). Oggi questa cultura non c'è, ma presto ci sarà.

L'unico aspetto negativo è il tipo di paziente che normalmente richiede la NED: non è certo entusiasmante. Pazienti anziani, pazienti neoplastici, pazienti con malattie neurologiche gravi e progressive: per la maggior parte vivranno e moriranno in NED. Ci vuole un medico un po' missionario, uno che ci crede.

Io penso che il medico ideale per questo lavoro deve essere d'estrazione chirurgica, ma non posso negare di essere chirurgo anch'io e di vedere probabilmente le cose dal mio punto di vista. Certo che la gestione delle stomie, il posizionamento delle sonde e delle briglie si avvicinano molto alla manualità che chirurgo. E

poi tutta la terapia si gioca molto della mentalità aggressiva e fondamentalmente positiva del chirurgo.

Comunque sia la prima raccomandazione per il medico NED è dare disponibilità ai pazienti: essere sempre reperibile. La reperibilità non è un peso particolare per questo genere di terapie, ma permette all'esercito di parenti che giorno per giorno combattono la battaglia della NED di non sentirsi soli. Il solo pensiero che al secondo squillo quella voce ti risponderà, e sarà gentile, permette loro di dormire sogni tranquilli.

Il parente in genere è una brava persona che ha passato e sta

passando momenti di angoscia ed incertezza: ha diritto a tutto il nostro rispetto. Ma talvolta è sfiduciato e allora bisogna confortarlo. E sono i fatti quelli che confortano di più: il peso che sale, il paziente che sta meglio, il decubito che si chiude, il paziente che diventa più facile da gestire.

Ogni tanto capita un parente neghittoso, infingardo, presuntuoso: ce lo dobbiamo tenere caro lo stesso, visto che non abbiamo alternativa, ma dobbiamo sfruttare ogni occasione per dimostrargli come si sta inutilmente complicando la vita, come gli altri pazienti vadano meglio e come lui stesso sia un problema per noi, per il paziente e per se stesso.

Per quel che riguarda il paziente, bisogna visitarlo bene, da cima a fondo, anche quando esce dall'ospedale più prestigioso, dove talvolta è stato messo lì, in un angolo, e considerato solo superficialmente. Io non prendo in trattamento

Commento [K2]:

un paziente se non ho avuto la possibilità di visitarlo accuratamente. E' successo talvolta che l'ho rimandato da dove era venuto in quanto presentava delle patologie (versamenti pleurici, ascessi addominali) che non erano idonee al trattamento a domicilio.

Per quel che riguarda l'organizzazione del trattamento e i materiali da utilizzare il medico deve rendersi conto che è in prima linea: una pompa non idonea, una soluzione che coagula nel sondino nasale sono tutte telefonate di soccorso che arriveranno al medico, non alla ASL che vuole risparmiare qualche centesimo. Il medico che gestisce il paziente deve imporre i materiali adatti e inchiodare alle proprie responsabilità la ASL che fornisce materiali fasulli.

Per quel che riguarda la gestione delle complicanze bisogna sempre ricordare che la metà dei problemi nascono dal maledetto transito intestinale. L'olio di vaselina deve scorrere a fiumi e i clisteri e, eventualmente, le purghe devono arrivare al momento giusto. In genere i problemi sono nelle prime settimane di trattamento, una volta che l'intestino è stato bonificato dai fecalomi, mantenere il transito diventa un gioco (se i parenti collaborano a pieno).

Se il paziente continua a presentare rigurgito o vomito bisogna pensare a sondini posizionati in digiuno (io li uso di routine in tutti i pazienti) o PEG a due vie (con una via che drena lo stomaco): sono una soluzione efficace al



Figura 5: pesava 68, poi incidente della strada e alla lastra del polmone trovano una macchia del polmone sin, fatta una lobectomia, fa chemioterapia, dopo 6 mesi linfonodi del mediastino, inizia radio ed insorge disfagia, pesa 52, non passa neanche la saliva, ma passa il sondino e rapidamente il paziente recupera 17 kg. L'esofago si è ricanalizzato. Dopo 3 mesi di trattamento sta ancora facendo lo svezzamento.



Figura 6: pesava 70kg. Poi viene ricoverato per ematoma della milza e pancreatite cronica, fatta splenectomia, intervento di Puestow e colecistectomia. Ma da allora pesa 39 kg e sono passati 4 anni. Si uniscono diabete, depressione e malassorbimento. Ed anche un testone: con la NED ci mette 6 mesi a recuperare il peso ideale di 58kg. Lo dobbiamo ancora svezzare. Non sorride mai.

problema dello svuotamento dello stomaco che in molti casi è resistente a qualsiasi trattamento farmacologico e mette a rischio seriamente la riuscita del trattamento e la sopravvivenza stessa del paziente.

Raccomandazioni per i parenti

Il medico sceglie la Nutrizione Artificiale come suo campo d'azione. Il parente invece non sceglie nulla, è stato scelto dal destino.

Ho visto migliaia di parenti cimentarsi con la NED. Ci sono quelli che vivono questa situazione come una dannazione, passivamente, con angoscia e senza trovare il modo di accettarla come una delle tante cose che ti capitano nella vita. Altri invece la accettano fin dall'inizio e ne fanno volontariamente una parte della loro vita. Sono attivi e positivi. Il mio consiglio è quello di cercare di appartenere al secondo gruppo, l'impresa diventa più facile e meno angosciata. Ma riconosco che questo

dipende più dal carattere di ogni persona che dalla sua buona o cattiva volontà.

Comunque sia il suo atteggiamento di base, la prima cosa che deve fare il parente è riconoscere il suo ruolo che, come abbiamo visto, è fondamentale.

Chi fa il corso di preparazione impara le NED, ma riceve anche un'investitura, adesso è lui il responsabile del trattamento ed ha doveri molto precisi ai quali non deve venire meno.

Il dovere n°1 è quello di portare serenità. Specialmente all'inizio la prima causa di angoscia e sofferenza per la famiglia è l'incertezza del futuro. Si sentono scaricati (non è così) dall'Ospedale e 'abbandonati' al loro destino.

Il parente che ha fatto il corso deve dire:

in collegamento costante con un esperto che mi guida. Il parente deve dimostrarsi sicuro e serafico in qualsiasi situazione ed evitare perfino che gli altri familiari sentano le sue telefonate più o meno allarmate al medico di riferimento. Tranquilli, si fa così.

Del resto vi ho dimostrato che questa strada è stata percorsa da migliaia di famiglie, ma perché l'ennesima famiglia, messa alla prova, non dovrebbe riuscire? Se proprio non riusciremo ricovereremo il paziente, oggi gli Ospedali sono pieni di letti vuoti, ma non è questa la soluzione migliore, il meglio per il paziente è stare a casa sua.

Il dovere n° 2 è quello di seguire il programma che ha stabilito insieme al suo

medico guida al quale bisogna dare tutta la fiducia: fare le cose imparate al corso, con semplicità e decisione, sapendo che sono la strada per il successo. Al minimo dubbio telefonare e al secondo squillo una voce gli dirà, stai calmo, fai quello che ti è stato detto.

Attenzione però a non inventare cose che non fanno parte dell'addestramento. Non siete medici e al di fuori delle semplici cose che vi sono state insegnate siete delle mine vaganti. Ricordo una deliziosa nipotina con lunghi capelli biondi ed occhi azzurri come il cielo che iniettò nelle vene dell'amato nonnino le gocce per la tosse. Non è successo niente, ma perché non telefonare prima di lanciarsi a fare cose che non ti sono state insegnate?



Figura 7: pesava 58. Per 5 mesi problemi alla masticazione, pensano a problemi di denti, dimagrisce, poi trovano ca del palato. Pesa 50 kg: inizia subito NED, poi radio e chemioterapia. Dopo meno di un mese ha recuperato il peso fino a 60 kg. Ma poi il tumore si ulcera. Dopo 10 mesi si continua a combattere.

ci sono io che ho fatto e capito un corso e sono

Tante volte sono i medici curanti che portano fuori strada i miei parenti. Ma anche qui la regola è semplice: avete una terapia scritta, seguitela alla lettera. Se chiunque vi dice di cambiare la minima cosa, telefonare immediatamente: la modifica deve essere approvata dal medico guida.

Il dovere n°3 è pesare il paziente. Non lo si dirà mai abbastanza chiaramente. Se non si pesa il paziente è come cercare di guidare una macchina ad occhi bendati, non si va da nessuna parte. Il peso va rilevato con esattezza e bisogna controllare che segua il programma che

abbiamo prefissato. Se non segue il programma, telefonare subito.

Il dovere n°4 è rendere il paziente autonomo. Non si può applicare a tutti i casi, certamente. Ma tenete conto che molti malati si appoggiano ai parenti in modo eccessivo. E' solamente un atteggiamento psicologico dettato da un'inconscia paura di essere abbandonati nella malattia. Ho visto parenti portare la pompa, reputata troppo pesante, ma poi mi dicono che tornando a casa il paziente, non avendo l'ascensore, si farà tre piani di scale, senza problemi.



Figura 8: iniziale Alzheimer, era quasi autonoma, poi frattura di femore per cui viene operata, da allora non parla più ed è completamente allettata. Progressivo calo ponderale e decubiti. Perde 20 kg di peso e adesso pesa 46. Mette sondino e briglia. Arriva a 58 kg che è il peso ideale. Adesso in trattamento notturno da circa 9 mesi. Albuminemia 3.57g%. Decubiti guariti. I parenti non acconsentono alla PEG.

Bisogna contrastare, magari inventandosi qualche scusa, questi atteggiamenti di dipendenza. Il paziente deve imparare a far funzionare la pompa, a spegnere l'allarme, a rabboccare la soluzione. Ma questo non solo perché dia una mano alla gestione del trattamento. Se lui usa la pompa la sentirà come una cosa sua, non avrà la sensazione di subirla, di esserne schiavo. La pompa corre il rischio di diventare una specie di odioso monumento alla malattia del paziente e invece deve essere vista come un'amica che ti accompagna fuori dai guai tenendoti per mano.

Il dovere n°5 è quello di far riconoscere il proprio ruolo. All'interno della famiglia e per il paziente voi avete un compito preciso e dovete farvi rispettare perché questo compito possa essere eseguito. Sarete sempre spalleggiati dal medico guida, ma è anche vero che la sua vicinanza è solo telefonica, lui non è a casa vostra. Non sa nulla di quello succede se voi non glielo fate sapere.

La stessa cosa è nei confronti della ASL: voi siete nel ruolo di dipendenti della ASL (ahimè a tempo pieno e gratuito) che svolgono un ruolo di assistenza sanitaria, per mesi, per anni. Permettete di risparmiare un ricovero ospedaliero che costerebbe almeno 7.500 euro al mese. Vi devono spianare le strade, nei limiti del possibile. Devono dimostrare partecipazione del vostro sforzo e buona volontà nei vostri confronti. La ASL dovrebbe ricompensarvi per il vostro sforzo e invece voi lavorate gratis, non dimenticate di ribadirlo in ogni occasione. E fate conoscere i vostri risultati quando il paziente aumenta di peso, quando i decubiti guariscono, quando il paziente sta meglio.

Tutto qui. Non mi sembra troppo. Aggiungerei una sesta dovere, ma non è un dovere, è solo una mia speranza. Voi siete stati fortunati perché avete trovato un Servizio di NED che vi ha adottato. Mille altre famiglie in Italia non hanno avuto la stessa fortuna: non sapevano nulla della NED e nessuno gliene ha parlato. Quanti anziani, quanti neoplastici avete visto, in passato e anche al presente, diventare scheletrici e quindi morire? Adesso voi sapete che è un errore dettato dall'ignoranza e anche dall'incuria.

Aiutateci a raggiungere questi pazienti. Tra qualche anno non ce ne sarà più bisogno perché la NED sarà universalmente riconosciuta e il tubo nel naso o il piercing dello stomaco saranno un uso di tutti i giorni. Sarà come è oggi vedere un anziano con un apparecchio acustico o un ragazzo con un apparecchio dentale. Ma fino ad allora quanti pazienti moriranno di fame?

Allora voi raccontate loro, semplicemente, la vostra esperienza: qualche volta salverete una vita, quasi sempre ridurrete le sofferenze di qualche povero disgraziato.

Raccomandazioni per infermieri e dietisti

Ritagliatevi un vostro ruolo in questa grande impresa, ne avrete un momento di qualificazione professionale aprendo i vostri orizzonti su qualcosa di completamente nuovo che una grande futuro.

I consigli che vanno a voi sono grossomodo gli stessi che vanno ai medici in quanto nell'ambito della NED il vostro ruolo è molto simile anche se in qualche modo subordinato al medico guida.

Ma io aggiungerei un consiglio importante che viene dalla mia esperienza di infermieri e dietisti che si impegnano sul campo della NED. Voi entrate in un mondo dove non siete da soli, ci sono e ci devono essere i medici curanti, altri infermieri, altri dietisti: tanta gente con cui dobbiamo collaborare. I miei infermieri ed i miei dietisti, forti dell'esperienza entusiasmante della NED, sapendo di portare una soluzione a tanti problemi, entrano in questa collaborazione con troppa boria, troppa presunzione. Tendono a dare giudizi sugli altri, a fare critiche, talvolta giustificate, ma sempre inopportune.

Ricordate che il nostro dovere primo è quello di circondare i nostri pazienti di certezze. Devono vivere, quanto più è possibile, in un mondo ovattato dove le cose si incastrano l'una nell'altra. Noi sappiamo che non è così e che questa perfezione non è raggiungibile. Ma le divergenze e le discussioni non devono attraversare la vita del nostro paziente, anche quando sono in gioco problemi importanti.

Un altro consiglio è quello di riconoscere che il vostro è un ruolo di supporto al ruolo fondamentale del parente al quale non vi potete sostituire in quanto un'assistenza 24 ore su 24 non solo non è possibile, ma non è neanche auspicabile in quanto andreste a violare per mesi, per anni l'intimità della famiglia che noi invece vogliamo preservare.

Se il sondino nasale si ostruisce e il parente non riesce a disostruirlo e voi arrivate lì e lo disostruite, è tutto sbagliato. Dovete aiutare il parente a disostruirlo con il vostro aiuto. Dovete approfittarne per insegnare loro la tecnica.

Molti infermieri sono quasi gelosi della loro professionalità, ma qui non vi ruba niente nessuno. Il vostro, come anche quello del medico, è un ruolo di supporto. Dovete imparare ad insegnare, controllare più che fare: questo è quello che vi si richiede a casa del paziente. Perché questa è la NED.

Raccomandazioni per i lettori di questo libro

Ho cercato di offrirvi nel modo più semplice tutto quello che ho imparato in anni di

.....

lavoro, nell'interesse dei pazienti che sono in NED o che la devono iniziare.

Anche i proventi della vendita di questo libro vanno in gran parte all'ANAD, Associazione per la Nutrizione Artificiale Domiciliare, un'associazione che è stata fondata nel 1994, raccoglie parenti e pazienti in NED ed ha lo scopo di difendere e promuovere la NED.

Le tecniche che voi avete imparato non sono eterne: cambieranno con l'arrivo di nuovi materiali e di nuove metodiche. Potete trovare gli aggiornamenti sul sito dell'ANAD, w3.uniroma1.it/step/nad, dove anche troverete informazioni su come e dove reperire i materiali che usiamo per le nostre tecniche (sondini, guide di ferro, guide di plastica, PEG, gastroscopi).

E troverete anche centinaia di pagine sulla Nutrizione Artificiale.

Il mio indirizzo e-mail è cappello.g@tin.it e il telefono della mia segretaria è 06-4452691. Se avete bisogno di un consiglio, se volete discutere, se volete proporre, scrivete o telefonate. Mi troverete sempre disponibile.