

# Fondazione PTV POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

**Deliberazione n. 663 del 01.06.2023**

**Struttura proponente:** Direzione Sanitaria.

**Oggetto:** approvazione ed adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la persona che necessita di gastrostomia.

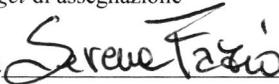
## A CURA DELLA STRUTTURA PROPONENTE

Il Direttore, a seguito dell'istruttoria effettuata, con la sottoscrizione del presente atto, ATTESTA CHE, come meglio riportato nel preambolo e nel dispositivo deliberativo:

- l'atto è legittimo e utile per il pubblico servizio;
- i costi/ricavi, così come riportati nel dispositivo, sono correttamente valorizzati in relazione agli effetti derivanti dal presente atto OVVERO  gli effetti del presente atto non comportano oneri/non attivano proventi imputabili al bilancio
- gli oneri di cui al presente atto  sono  non sono ricompresi nel *budget* di assegnazione

L'estensore: (Dr.ssa Serena Fazio)

Firma



Il Responsabile del procedimento: (Dr.ssa Maria Franca Mulas)

Firma



Il Direttore: (Prof. Andrea Magrini)

Firma



## A CURA DEL DIRETTORE UOC RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE

Il Direttore, con la sottoscrizione del presente atto:

- ATTESTA che i costi/ricavi di cui al presente atto, così come riportati e valorizzati nel dispositivo a cura della struttura proponente, sono correttamente imputati sui conti/sottoconti economici/patrimoniali ivi indicati  OVVERO CONFERMA che gli effetti del presente atto non comportano oneri/non attivano proventi imputabili al bilancio
- CONFERMA: che gli oneri di cui al presente atto  sono  non sono ricompresi nel *budget* di assegnazione

Il Direttore: Dr. Stefano Piccari

N. cronologico: 674/2023/DS

Parere Direttore Amministrativo

Favorevole  Contrario

Dr. Francesco Quagliariello

Parere Direttore Sanitario f.f.

Favorevole  Contrario

Prof. Andrea Magrini

# Fondazione PTV POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

## IL DIRETTORE GENERALE

**PREMESSO CHE** con deliberazione del Consiglio di Amministrazione assunta in data 26.02.2021, su designazione del Presidente della Regione Lazio con proprio Decreto n. T00026 del 25.02.2021 d'intesa con il Rettore della Università Tor Vergata, il Dott. Giuseppe Quintavalle è stato nominato Direttore Generale della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata e dell'Azienda ospedaliera universitaria PTV Policlinico Tor Vergata;

**VISTA** la Circolare del Direttore Generale del PTV, Prot. n. 7972/2016 del 25/03/2016, che riporta le *“DISPOSIZIONI in materia di redazione degli atti deliberativi a firma del Direttore Generale”* e alla quale si fa integrale rinvio;

**DATO ATTO CHE** la definizione ed implementazione dei PDTA rappresenta un obiettivo LEA demandato alle responsabilità delle Regioni e quindi delle Aziende del SSR;

**DATO ATTO ALTRESI' CHE** l'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità delle cure attraverso un continuum dell'assistenza, che consideri tutte le tappe del processo di cura, permettendo il superamento del concetto di singole prestazioni, migliorando gli outcome clinici “risk-adjusted”, aumentando la soddisfazione dell'utenza e garantendo anche una corretta allocazione delle risorse;

**CONSIDERATO CHE** la Gastrostomia Percutanea Endoscopica (PEG) è uno strumento essenziale per la nutrizione enterale a medio e lungo termine in pazienti per i quali non è possibile l'alimentazione per via orale;

**CONSIDERATO ALTRESI' CHE** l'indicazione al posizionamento di PEG-J avviene nell'ambito di un percorso multi-disciplinare al termine del quale il medico gastroenterologo posiziona la gastrostomia per via endoscopica;

**RITENUTO NECESSARIO** delineare nel contesto dell'Azienda Ospedaliera Universitaria PTV Policlinico Tor Vergata un percorso terapeutico assistenziale per i pazienti che necessitano di gastrostomia, volto a definire l'iter per il posizionamento della gastrostomia percutanea, al fine di stabilire la corretta indicazione al posizionamento della PEG-J e ridurre l'incidenza di complicanze post-impianto;

**VALUTATO**, pertanto, di approvare ed adottare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la persona che necessita di gastrostomia (Allegato 1), che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, redatto dal gruppo di lavoro multidisciplinare dedicato per i fini sopra specificati;

**ACQUISITA**, da parte del Responsabile della struttura proponente, l'attestazione, tramite la sottoscrizione riportata in frontespizio, che il presente atto non comporta oneri a carico del Bilancio né genera proventi allo stesso imputabili, così come confermato dal Direttore della UOC Risorse economiche e finanziarie in sede di parere riportato in frontespizio;



# Fondazione PTV POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

**PRESO ATTO** che il Direttore proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittimo e utile per il servizio pubblico;

**VISTO** il parere del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo in frontespizio riportato, formulato per quanto di rispettiva competenza;

## DELIBERA

per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

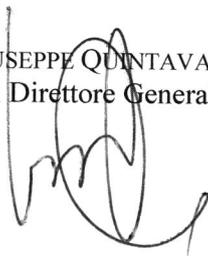
- di approvare ed adottare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la persona che necessita di gastrostomia (Allegato 1), che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, redatto dal gruppo di lavoro multidisciplinare dedicato, per i fini citati in premessa;
- di individuare quale case manager del percorso il Dr. Giovanni Fiorito, coordinatore infermieristico Endoscopia digestiva;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio del PTV;
- di dare mandato al Responsabile della Struttura proponente di procedere alla comunicazione/trasmissione del presente atto ai destinatari dello stesso;
- di dare mandato alla UOSD Accoglienza, Tutela e Partecipazione - URP di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel portale aziendale nella pagina dedicata ai PDTA.

La presente deliberazione è composta di n. 3 pagine (comprehensive del frontespizio) e di n. 1 Allegato così formato:

- Allegato n. 1, costituito da n. 32 pagine;

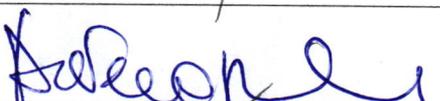
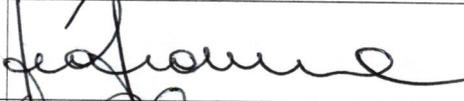
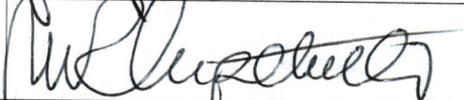
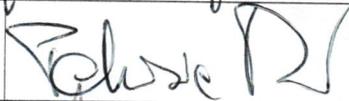
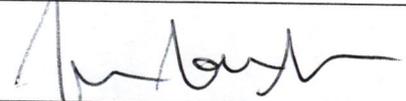
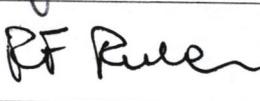
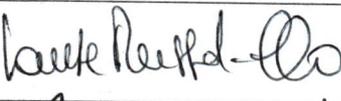
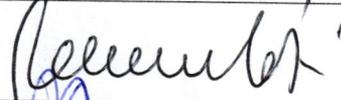
La presente deliberazione è posta in pubblicazione all'Albo pretorio *online* sul sito *web* istituzionale aziendale [www.ptvonline.it](http://www.ptvonline.it) per quindici giorni consecutivi ed è resa disponibile, tramite canale telematico, al Collegio dei Revisori.

GIUSEPPE QUINTAVALLE  
Il Direttore Generale



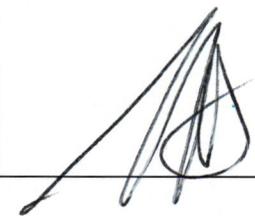
	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p align="center">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p align="center"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p align="center">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 1 di 23)</p>
<p align="center">DS-Direzione Sanitaria</p>		

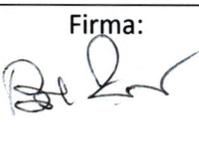
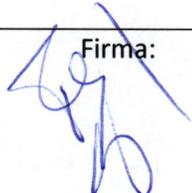
### Gruppo di lavoro

Nome e Cognome	Qualifica	Firma
Mario Dauri	Direttore UOC Anestesia e Rianimazione	
Giovanna Del Vecchio Blanco	Resp.le Unit Percorsi Endoscopici	
Stefano Di Girolamo	Direttore UOC Otorinolaringoiatria	
Giovanni Fiorito	Coordinatore infermieristico Endoscopia Digestiva (Case Manager)	
Eleonora Gravina	Coordinatore infermieristico Dip.to Scienze Mediche	
Mariarita Lupattelli	Nutrizionista	
Patrizia Marroni	Logopedista	
Giovanni Monteleone	Direttore UOC Gastroenterologia	
Maria Franca Mulas	Medico Direzione Generale	
Laura Russolillo	Medico U.O.S.D. Operations Management, Direzione Generale	
Alessandro Sili	Dirigente UOC direzione infermieristica	
Alessandro Stefani	Responsabile U.O.S.D. Parkinson	

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p align="center">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p align="center"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p align="right">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 2 di 23)</p>
<p align="center">DS-Direzione Sanitaria</p>		

### Per Approvazione

Nome e Cognome	Qualifica	Firma
Prof Umberto Tarantino	Direttore Dipartimento Emergenza e Accettazione e Direttore ad interim del Dipartimento Scienze Mediche	
Prof Alberto Siracusano	Direttore del Dipartimento Benessere della Salute Mentale e neurologica, dentale e degli organi sensoriali, Direttore ad interim del Dipartimento dei Processi Assistenziali Integrati	

Causale preparazione / modifica documento:					
Revisione	Redazione	Verifica DI	Verifica RM	Approvazione DS	Emissione IQ/RM
Prima emissione	Gruppo di lavoro	Dr. A. Sili	Dott.ssa B. Passini	Prof. A. Magrini	Dott.ssa F. Ignesti
	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
	Firma: 	Firma: 	Firma: 	Firma: 	Firma: 



	<p align="center"> <b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale          PER LA PERSONA CHE NECESSITA          DI GASTROSTOMIA</b>          UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici          UOC Direzione Infermieristica  <b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b> </p>	<p align="right">         DS_POS-PEG          Rev. 1          Del 29-3-23          (Pagina 3 di 23)       </p>
<p align="center">DS-Direzione Sanitaria</p>		

## INDICE

<b>1. PREMESSA.....</b>	<b>4</b>
<b>2. SCOPO.....</b>	<b>4</b>
<b>3. OBIETTIVI.....</b>	<b>4</b>
<b>4. VALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE.....</b>	<b>5</b>
<b>5. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI.....</b>	<b>5</b>
<b>6. GLOSSARIO.....</b>	<b>6</b>
6.1 DEFINIZIONI.....	6
6.2 ABBREVIAZIONI.....	6
<b>7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....</b>	<b>7</b>
<b>8. ORGANIZZAZIONE DEL PROGETTO.....</b>	<b>7</b>
8.1 RESPONSABILE E COORDINATORE DEL PROGETTO.....	7
8.2 CENTRI E STRUTTURE COINVOLTE.....	8
<b>9. MODALITÀ OPERATIVE.....</b>	<b>10</b>
<b>10. SISTEMI INFORMATIZZATI.....</b>	<b>15</b>
<b>11. GLI ASPETTI CLINICI ED ASSISTENZIALI DEL PDTA.....</b>	<b>15</b>
12.1 STRUMENTI PER LA DIAGNOSI.....	15
12.2 INQUADRAMENTO CLINICO.....	16
12.3 TERAPIA.....	20
<b>12. INDICATORI*.....</b>	<b>21</b>
<b>13. RIFERIMENTI NORMATIVI.....</b>	<b>22</b>
<b>14. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>22</b>
<b>15. ALLEGATI.....</b>	<b>23</b>



	<p align="center"> <b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale          PER LA PERSONA CHE NECESSITA          DI GASTROSTOMIA</b>          UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici          UOC Direzione Infermieristica  <b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b> </p>	<p align="right">         DS_POS-PEG          Rev. 1          Del 29-3-23          (Pagina 4 di 23)       </p>
<p align="center">DS-Direzione Sanitaria</p>		

## 1. PREMESSA

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la persona che necessita di gastrostomia ha come obiettivo quello di definire il percorso diagnostico- assistenziale per la gestione del paziente con disfagia o difficoltà ad alimentarsi per via orale, individuando ruoli e responsabilità cliniche e organizzative dei diversi professionisti coinvolti nella gestione dei pazienti, dalla diagnosi ai vari processi di cura e di follow-up.

La Gastrostomia Percutanea Endoscopica (PEG) è uno strumento essenziale per la nutrizione enterale a medio e lungo termine in pazienti per i quali non è possibile l'alimentazione per via orale. La PEG può essere anche utilizzata per somministrare la levodopa-carbidopa gel a pazienti affetti da Malattia di Parkinson attraverso un sondino aggiuntivo che viene posizionato nel digiuno (PEG-J).

L'indicazione al posizionamento di PEG-J avviene nell'ambito di un percorso multi-disciplinare al termine del quale il medico Gastroenterologo posiziona la gastrostomia per via endoscopica.

## 2. SCOPO

Predisporre un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale volto a definire l'iter per il posizionamento della gastrostomia percutanea al fine di stabilire la corretta indicazione al posizionamento della PEG-J e ridurre l'incidenza di complicanze post-impianto.

## 3. OBIETTIVI

- Garantire al paziente che necessita di nutrizione artificiale/terapia con levodopa-carbidopa gel tramite PEG/PEG-J la presa in carico condivisa, per ridurre i tempi di attesa per l'impianto della gastrostomia;
- Integrazione intra-ospedaliera/presa in carico multi-disciplinare del paziente che necessita di nutrizione artificiale mediante gastrostomia, dal momento in cui viene identificata l'impossibilità alla nutrizione per via orale;
- Integrazione Ospedale-Territorio: presa in carico condivisa del paziente in nutrizione artificiale fra specialisti del Policlinico Tor Vergata e specialisti dei centri NAD sul territorio.

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p align="center">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p align="center"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p align="center">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 5 di 23)</p>
<p align="center">DS-Direzione Sanitaria</p>		

## 4. VALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE

Il PDTA si propone di rispondere a vari bisogni assistenziali:

- Garantire ai pazienti ricoverati all'interno del Policlinico Tor Vergata un percorso di qualità relativo alla diagnosi di disfagia e all'indicazione alla nutrizione artificiale secondo le linee guida internazionali (presa in carico multi-disciplinare);
- Offrire agli specialisti dei centri NAD del territorio un centro di riferimento per la presa in carico condivisa del paziente in nutrizione artificiale;
- Ridurre i tempi di attesa per l'impianto di gastrostomia e avere un riferimento per la gestione delle complicanze post impianto per i pazienti che necessitano di nutrizione artificiale/terapia con levodopa-carbidopa gel tramite PEG/PEG-J.

## 5. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Il presente PDTA PEG/PEG-J si applica a:

- pazienti adulti con patologie neurologiche acute o croniche degenerative o secondarie a neoplasia o a emorragia cerebrale, con impossibilità alla nutrizione per via orale;
- pazienti affetti da Morbo di Parkinson che necessitano di terapia con levodopa-carbidopa gel mediante sonda digiunale.

I destinatari sono:

- ✓ pazienti degenti presso le unità operative del Policlinico Tor Vergata (PTV);
- ✓ pazienti provenienti da altri Ospedali e/o Servizi NAD del territorio.

Sono esclusi i pazienti che alla valutazione con l'apposita scheda valutativa allegata al PDTA (ALLEGATO 1) presentano controindicazioni al posizionamento di PEG/PEG-J.

Tutti i pazienti firmano il modulo informativo sul trattamento dei dati personali e di manifestazione del consenso per la partecipazione al presente PDTA (ALLEGATO 6).

	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b> UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica <b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b>	DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 6 di 23)
DS-Direzione Sanitaria		

## 6. GLOSSARIO

### 6.1 DEFINIZIONI

Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG): consiste in una comunicazione (fistola) che si crea tra lo stomaco e la cute attraverso il posizionamento, durante EGDS, di un tubicino fissato alla parete gastrica mediante un *bumper* che consente la somministrazione dall'esterno direttamente nello stomaco della nutrizione enterale. In alcuni pazienti è necessario passare attraverso la sonda gastrica un tubicino che viene portato con una pinza biottica fino alla seconda porzione duodenale (PEG-J). Esofagogastroduodenoscopia (EGDS): è un esame endoscopico che consente la visualizzazione dell'esofago, dello stomaco e del duodeno, rilevando eventuali alterazioni, sia benigne che maligne.

### 6.2 ABBREVIAZIONI

ADT	Applicativo interno al Policlinico Tor Vergata per la gestione dell'ammissione, dimissione, trasferimento pazienti e richiesta di esami.
ASL	Azienda sanitaria locale
BEE	Metabolismo basale
BMI	<i>Body mass index</i>
DgR	Delibera della Giunta Regionale
EGDS	EsofagoGastroDuodenoscopia
Hb	Emoglobina
INR	International normalitation ratio
LES	<i>Low esophageal sphincter</i>
MUST	<i>Malnutrition Universal Screening Tool</i>
NAD	Nutrizione artificiale domiciliare
NE	Nutrizione Enterale
NRS	<i>Nutritional Risk Screening</i>
PDTA	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
PEG	Gastrostomia percutanea endoscopica
PEG-J	Gastrostomia percutanea endoscopica con sonda digiunale
PTV	Policlinico Tor Vergata
SLA	Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)
SNC	Sistema nervoso centrale
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operati Semplice Dipartimentale
UOS	Unità Operativa semplice



	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p align="center">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p align="center"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p align="right">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 7 di 23)</p>
<p align="center">DS-Direzione Sanitaria</p>		

## 7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

ATTIVITA'  FIGURE PROFESSIONALI	Nutrionista	Gastroenterologo	Infermiere	Neurologo	Logopedista	Anestesista	Otorinolaringoiatra
Valutazione dello stato nutrizionale	R	C	I				
Valutazione del grado di disfagia e dell'eventuale indicazione a nutrizione artificiale.	I		I	C	I		R
Valutazione del grado di disfagia ed eventuale elaborazione del programma riabilitativo		I	I	I	R		I
Valutazione della presenza di eventuali controindicazioni al posizionamento della stomia.	I	R	C		I		
Posizionamento della PEG	I	R	I	I	I		I
Assistenza e gestione infermieristica peri e post procedurale al posizionamento di PEG-J, monitoraggio e gestione delle complicanze precoci e tardive, educazione sanitaria per l'addestramento del paziente e/o del caregiver nella gestione della sonda nutritiva e nella somministrazione della NE.	I	C	R	C			
Valutazione specialistica per indicazione alla terapia con levodopa-carbidopa gel tramite sonda digiunale per il Morbo di Parkinson.		I	I	R			
Monitoraggio e gestione delle complicanze tardive di PEG-J a domicilio. Eventuale sostituzione del dispositivo.	I	C	R	C			
Valutazione del rischio anestesilogico ed esecuzione della sedazione profonda per l'impianto della gastrostomia.		I	I	I		R	

**Legenda:** R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato

## 8. ORGANIZZAZIONE DEL PROGETTO

### 8.1 RESPONSABILE E COORDINATORE DEL PROGETTO

Centro Coordinatore: UOC GASTROENTEROLOGIA-UNIT PERCORSI ENDOSCOPICI

Direttore: Prof. Giovanni Monteleone

Responsabile del Coordinamento: Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco



	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b> UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica <b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b>	DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 8 di 23)
DS-Direzione Sanitaria		

## 8.2 CENTRI E STRUTTURE COINVOLTE

Il team multidisciplinare del Policlinico Tor Vergata è costituito dai medici gastroenterologi, dalla nutrizionista della UOC di Gastroenterologia, dagli otorinolaringoiatri, dai logopedisti, dai neurologi, dagli anestesisti, neurologi, dal personale infermieristico del servizio di endoscopia e dell'ambulatorio infermieristico delle cronicità.

Sono coinvolti nel PDTA anche i medici delle strutture esterne al Policlinico Tor Vergata, afferenti ai centri NAD delle diverse ASL, i medici neurologi di altre strutture ospedaliere e i medici che hanno in gestione pazienti che necessitano di posizionamento della PEG/PEG-J presso strutture di lungodegenza o riabilitazione.

<b>UOC Gastroenterologia:</b>	Dott. Enrico Grasso Dott. Mario Giannelli Dott. Edoardo Troncone Dott.ssa Elena De Cristofaro Dott.ssa Giorgia Sena Dott.ssa Irene Marafini Dott.ssa Michelangela Mossa Dott.ssa Maria Rita Lupattelli (nutrizionista)
<b>UOC Anestesia:</b>	Prof. Mario Dauri Dott. Pasquale De Vico
<b>UOSD Otorinolaringoiatria:</b>	Prof Stefano Di Girolamo
<b>Logopedia:</b>	Dott.ssa Patrizia Marroni Dott.ssa Chiara Baldini Dott.ssa Batelli Raffaella
<b>U.O.S.D. Parkinson:</b>	Prof. Alessandro Stefani Dott.ssa Mariangela Pierantozzi Dott. Rocco Cerroni
<b>Area Funzionale Professioni Sanitarie e Sociali:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinatore Infermieristico Dipartimento di Scienze Mediche: Dott.ssa Eleonora Gravina</li> <li>- Coordinatore Gestionale Endoscopia Digestiva e Case Manager: Dott. Giovanni Fiorito</li> <li>- Gruppo Infermieristico della UNIT Percorsi Endoscopici</li> <li>- Coordinatore Infermieristico delle Attività Cliniche Dott.ssa Paola D'Alessandro</li> <li>- Infermiera Ambulatorio delle Cronicità Dott.ssa Concettina Donzelli</li> <li>- Gruppo Infermieristico Ambulatorio delle Cronicità</li> </ul>



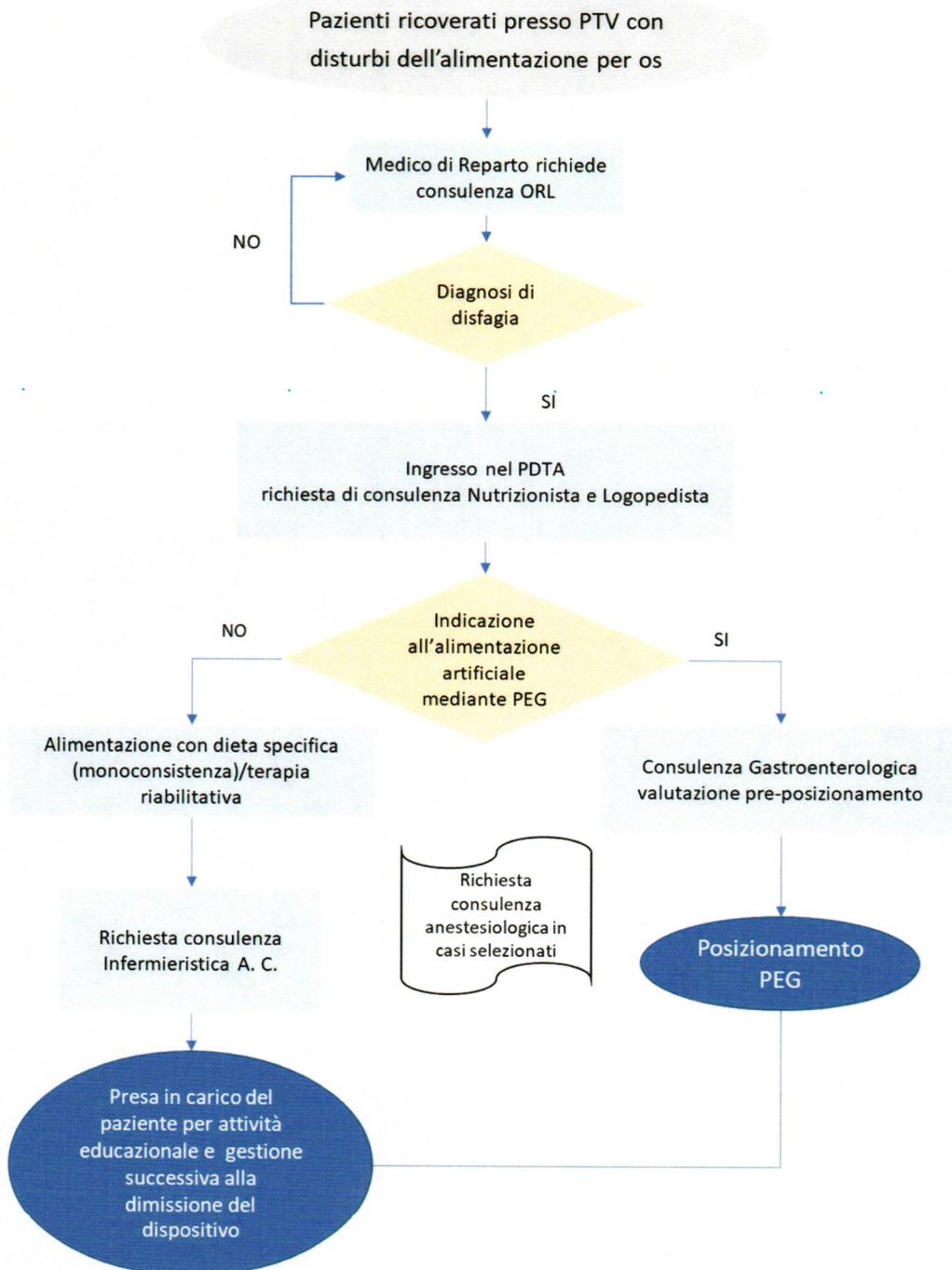
	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p align="center">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p align="center"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p align="center">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 9 di 23)</p>
<p align="center">DS-Direzione Sanitaria</p>		

Gli ambiti di competenza del gruppo multi-disciplinare sono:

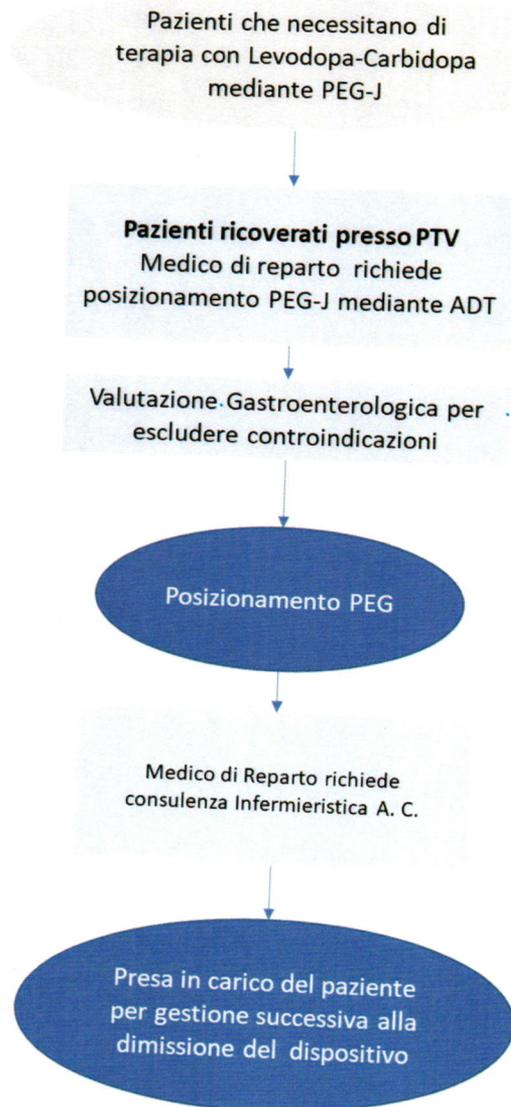
<b>Gastroenterologo</b>	Gestione del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente e valutazione specialistica per indicazione a posizionamento di gastrostomia.
<b>Anestesista</b>	Valutazione del paziente per il rischio anestesilogico e esecuzione della sedazione profonda durante gli esami endoscopici.
<b>Otorinolaringoiatra</b>	Valutazione specialistica per diagnosi di disfagia.
<b>Neurologo</b>	Valutazione specialistica per indicazione alla terapia con levodopa-carbidopa gel tramite sonda digiunale per il Morbo di <i>Parkinson</i> .
<b>Logopedista</b>	Valutazione funzionale della abilità deglutitoria e delle abilità cognitive e comunicative quale supporto alla diagnosi medica di disfagia di primo e secondo livello. Eventuale elaborazione del programma riabilitativo e relativo trattamento a seguito di diagnosi di disfagia. <i>Counseling e follow-up</i> .
<b>Nutrizionista e dietista</b>	Valutazione dello stato nutrizionale, impostazione di un corretto regime alimentare. <i>Counseling</i> .
<b>Infermiere</b>	Assistenza e gestione infermieristica peri e post procedurale al posizionamento di PEG/PEG-J, monitoraggio e gestione delle complicanze precoci e tardive, educazione sanitaria per l'addestramento del paziente e/o del <i>caregiver</i> nella gestione della sonda nutritiva e nella somministrazione della NE.



## 9. MODALITA OPERATIVE



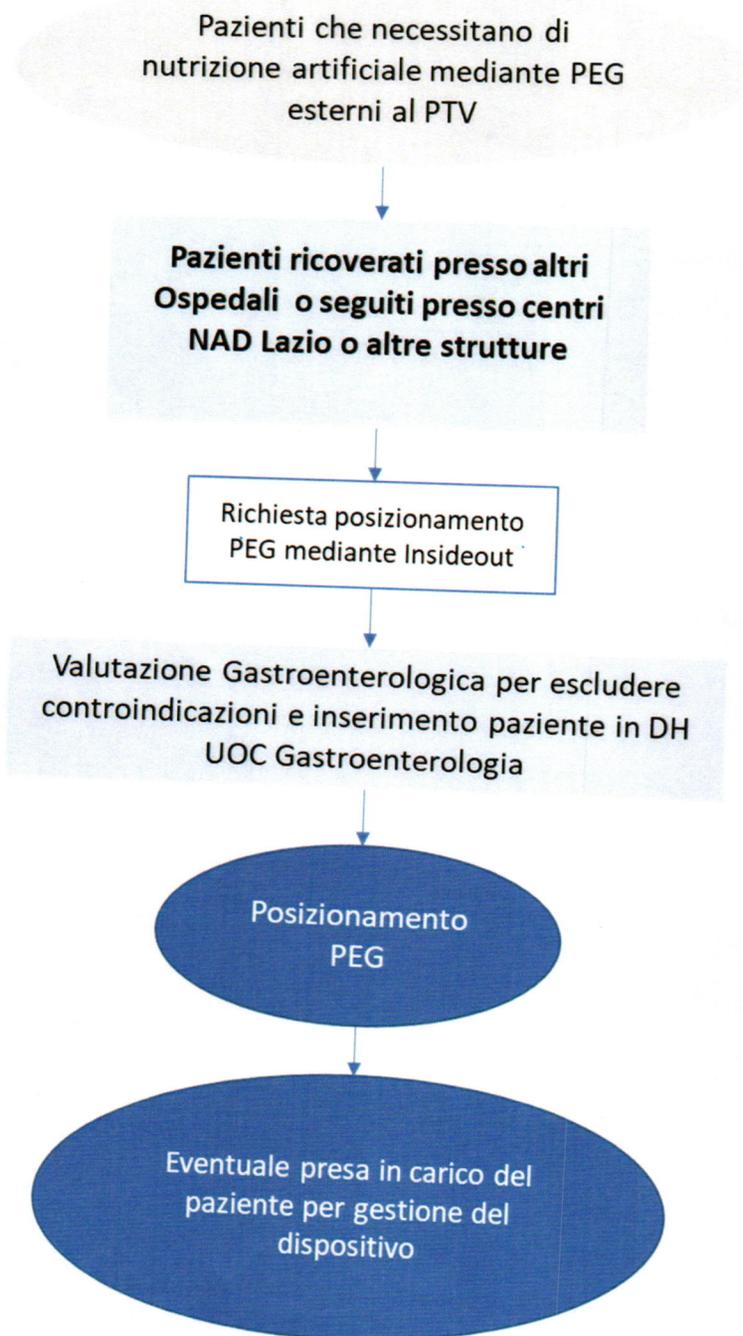
**Flow chart 1: pazienti ricoverati al PTV**



**Flow chart 2:** pazienti ricoverati al PTV



	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p align="center">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p align="center"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p align="center">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 12 di 23)</p>
<p align="center">DS-Direzione Sanitaria</p>		



**Flow chart 3:** pazienti provenienti da altre strutture



	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p align="center">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p align="center"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p align="center">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 13 di 23)</p>
<p align="center">DS-Direzione Sanitaria</p>		

I pazienti con impossibilità alla nutrizione per os sono nella maggior parte dei casi pazienti degenti, in regime ordinario, nelle unità operative di gastroenterologia, medicina interna, neurologia e geriatria del Policlinico Tor Vergata, oppure pazienti seguiti presso altri centri NAD delle diverse ASL di Roma.

(sono esclusi dal PDTA i Pazienti con demenza in fase terminale con disturbi dell'alimentazione i quali seguiranno un percorso differenziato da procedura interna aziendale)

L'accesso al PDTA PEG/PEG-J avviene:

- tramite richiesta di valutazione nutrizionale tramite ADT per i pazienti interni;
- tramite richiesta di valutazione della disfagia alla UOC di Otorinolaringoiatria o di valutazione logopedistica tramite ADT (**flowchart 1**);
- tramite richiesta di consulenza alla UOC Gastroenterologia per valutazione posizionamento PEG e, successivamente, per posizionamento PEG, attraverso la piattaforma aziendale ADT per i pazienti interni al PTV (**flowchart 2**);
- tramite richiesta di posizionamento PEG su piattaforma INSIDEOUT per i pazienti degenti in altre strutture (**flowchart 3**);
- tramite richiesta di posizionamento PEG su piattaforma Insideout per i pazienti in carico presso i vari centri NAD, strutture di lungodegenza (**flowchart 3**) e invio su medesima piattaforma della "**Scheda per la prima valutazione del paziente proveniente da strutture diverse dal Policlinico Tor Vergata**" (ALLEGATO 1).

Ciascuno specialista coinvolto nel PDTA, per la propria area di competenza, garantisce le prestazioni ai pazienti, come di seguito descritto:

### **Area di Gastroenterologia**

I medici della gastroenterologia garantiscono:

- ricovero del paziente in regime di DH presso il reparto di gastroenterologia per il posizionamento della PEG/PEG-J per pazienti provenienti da altre strutture diverse dal PTV (Torre 6, 2° Piano, Lato Ovest);
- valutazione del paziente con screening nutrizionale mediante richiesta di "VISITA VALUTAZIONE TERAPIA NUTRIZIONALE" (GA1.2). La valutazione viene effettuata tutti i giorni, dal Lunedì al Venerdì (dalle ore 9.00 alle ore 12.00);
- consulenza gastroenterologica (VIDEAT PER IMPIANTO PEG) al fine di escludere controindicazioni al posizionamento della gastrostomia;



	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b> UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica <b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b>	DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 14 di 23)
DS-Direzione Sanitaria		

- esame endoscopico del tratto digestivo superiore per valutazione eventuale patologia dell'esofago, dello stomaco o del duodeno e posizionamento della gastrostomia (POSIZIONAMENTO PEG/PEG-J).

Prima dell'impianto della gastrostomia, alle strutture esterne che inviano pazienti alla UOC di Gastroenterologia, viene inviata mediante piattaforma Insideout la scheda di valutazione del paziente (ALLEGATO 1) e la **procedura di preparazione del paziente prima del posizionamento PEG/PEG-J** (ALLEGATO 2).

Successivamente all'impianto della gastrostomia, i medici della UOC di Gastroenterologia indicano al reparto di provenienza del paziente (o alla struttura esterna che ha inviato il paziente) di attivare la consulenza infermieristica dell'Ambulatorio delle Cronicità e consegnano al paziente il modulo con le **indicazioni sulla gestione dopo posizionamento PEG/PEG-J** (ALLEGATO 3).

#### **Area anestesiologicala**

Il medico anestesista effettua la valutazione del paziente per il rischio anestesiologicalo e il giorno dell'impianto esegue la sedazione profonda per il posizionamento della gastrostomia.

#### **Area Otorinolaringoiatria**

Il medico otorinolaringoiatra, dopo opportuna valutazione e in seguito a richiesta di VIDEAT OTORINOLARINOIATRA, esegue la fibrolaringoscopia per la valutazione della disfagia.

#### **Area di Riabilitazione - Ambulatorio di Logopedia**

La valutazione della disfagia avviene dopo richiesta di CONSULENZA LOGOPEDISTA. Il logopedista valuta lo stato funzionale della deglutizione sulla base di test esistenti in letteratura ed elaborando, successivamente alla diagnosi medica, l'eventuale programma riabilitativo.

#### **Area neurologica**

Il neurologo esegue la valutazione del paziente e pone indicazione alla terapia con levodopa-carbidopa gel tramite sonda digiunale.

#### **Area infermieristica**

Il gruppo infermieristico della Gastroenterologia e della UNIT Percorsi Endoscopici assiste il personale medico durante il posizionamento della gastrostomia.



	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p align="center">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p align="center"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p align="center">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 15 di 23)</p>
<p align="center"><b>DS-Direzione Sanitaria</b></p>		

Fornisce informazioni relative alla gestione infermieristica dello stoma e della sonda dopo posizionamento della gastrostomia e assistenza in caso di necessità di sostituzione del bottone o di involontaria rimozione della sonda. Inoltre, fornisce informazioni agli infermieri dei reparti di pertinenza del paziente circa le modalità di disinfezione e prevenzione delle complicanze.

Il personale infermieristico sarà coinvolto direttamente dopo la consulenza gastroenterologica tramite il Coordinatore Gestionale del servizio di Endoscopia Digestiva, Dott. G. Fiorito.

Il gruppo infermieristico dell'Ambulatorio delle Cronicità, prende in carico il paziente dopo il posizionamento della gastrostomia tramite richiesta su ADT di consulenza infermieristica, dal reparto di provenienza del paziente.

Il gruppo infermieristico attuerà interventi di educazione sanitaria al paziente stesso e/o al *caregiver* nella fase pre e post posizionamento PEG/PEG-J per la gestione domiciliare della sonda nutritiva e per la prevenzione delle complicanze tardive.

Inoltre, l'ambulatorio delle Cronicità continuerà a seguire il paziente portatore di PEG/PEG-J dopo la dimissione ordinaria, secondo quanto concordato con lo specialista gastroenterologo.

## 10. SISTEMI INFORMATIZZATI

Per le richieste di posizionamento della PEG/PEG-J e di consulenze per i pazienti ricoverati all'interno del Policlinico Tor Vergata si utilizza la piattaforma informatica "ADT".

Per le richieste da parte di strutture esterne al Policlinico Tor Vergata viene utilizzata la piattaforma "INSIDE/OUT".

Per la refertazione degli esami endoscopici si utilizza il sistema "ENDOBASE".

## 11. GLI ASPETTI CLINICI ED ASSISTENZIALI DEL PDTA

### 12.1 STRUMENTI PER LA DIAGNOSI

In presenza di un paziente con impossibilità all'alimentazione per via orale, la diagnosi di natura della patologia prevede l'intervento dell'Otorinolaringoiatria, eventualmente del Radiologo e del Logopedista che eseguono una valutazione funzionale della deglutizione, e impostano l'eventuale trattamento riabilitativo.

	<p style="text-align: center;"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p style="text-align: center;">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p style="text-align: center;"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p style="text-align: center;">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 16 di 23)</p>
<b>DS-Direzione Sanitaria</b>		

Poiché un prolungato e ridotto apporto nutritivo può portare alla malnutrizione, si rende necessaria una valutazione del grado e del tipo di malnutrizione da parte del medico Nutrizionista e, successivamente, una valutazione del Gastroenterologo per il posizionamento della gastrostomia.

La difficoltà di masticazione e di deglutizione induce frequentemente una riduzione degli introiti alimentari portando così ad una compromissione dello stato di nutrizione e della qualità della vita. Infatti, la malnutrizione si associa all'aumento del rischio di infezioni, del tempo di degenza e della mortalità nei pazienti ricoverati, con ovvie ripercussioni sui costi sanitari.

In ogni paziente con disfagia è indicato lo screening nutrizionale per individuare i pazienti a rischio nutrizionale che devono quindi essere prontamente inviati al personale medico con documentate competenze di nutrizione clinica per una valutazione completa e la prescrizione della terapia nutrizionale.

## 12.2 INQUADRAMENTO CLINICO

La **disfagia** è classificata, a seconda della fase della deglutizione indicata, in:

- 1) **Fase orale** (alta): compromissione dei primi atti della deglutizione, ossia nella preparazione del bolo, convogliamento del bolo nell'istmo delle fauci, induzione del riflesso faringeo della deglutizione;
- 2) **Fase faringea**: compromissione del transito del quadrivio faringeo (incrocio della via respiratoria e della via deglutitoria);
- 3) **Fase esofagea** (bassa): compromissione dello stadio esofageo (transito esofago-stomaco);
- 4) **Mista**: compromissione di più fasi.

### Presbifagia

Alterazione della deglutizione nell'anziano per effetto dei normali processi di invecchiamento. Comporta lievi e non significative alterazioni dell'atto: allungamento dei tempi di deglutizione per involuzione delle funzioni sensoriali, motorie e di regolazione nervosa.

In questa condizione possono essere presenti:

- 1) ridotta efficienza della fase preparatoria orale (con alterazione del gusto e dell'olfatto);
- 2) alterazioni dell'apparato stomatologico (con perdita di denti, riduzione della salivazione, deficit di propulsione del bolo per ridotta pressione sviluppata dalla lingua);
- 3) rallentamento della peristalsi faringea, ritardo dell'innalzamento della laringe, ritardo dell'apertura dello sfintere esofageo superiore.



	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p align="center">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p align="center"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p align="center">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 17 di 23)</p>
<p align="center">DS-Direzione Sanitaria</p>		

La presbifagia è una condizione che aumenta il rischio di complicanze.

### **Cause**

Patologie organiche: flogosi (faringiti, ascessi, tbc, ecc); neoplasie benigne, maligne, metastasi; membrane (*sindrome di Plummer-Winsons*); compressioni esterne (gozzo, spondilosi cervicale, ecc.); interventi chirurgici (laringectomia, chirurgia radicale del collo); radioterapia e chemioterapia; anomalie congenite; diverticoli.

Patologie neuromuscolari (SNC): ictus, sclerosi multipla, Morbo di *Parkinson*, demenze, SLA, tumori del tronco encefalico.

Patologie del sistema nervoso periferico: poliomielite, neuropatie periferiche (diabete, alcool, ecc.), malattie della placca motrice, miastenia *gravis*.

Malattie muscolari: distrofie muscolari, malattie metaboliche (come tireotossicosi, mixedema, ecc.), amiloidosi, polimiosite, LES, dermatomiosite.

Altro: traumi cranici, corpi estranei, perforazioni, farmaci.

### **Complicanze**

Le principali complicanze della disfagia sono di tipo respiratorio e nutrizionale.

### **Competenze specifiche**

#### **Otorinolaringoiatra**

L'Otorinolaringoiatra valuta, mediante la laringoscopia a fibre ottiche l'integrità dell'atto deglutitorio.

#### **Neurologo**

Il neurologo esegue la valutazione specialistica per indicazione alla terapia con levodopa-carbidopa gel tramite sonda digiunale per il Morbo di *Parkinson*.

#### **Logopedista**

Il Logopedista, a seguito dell'indicazione da parte del gastroenterologo, valuta "funzionalmente" le abilità deglutitorie, cognitive e affettive del paziente.

La valutazione del logopedista rappresenta un supporto alla valutazione clinica e strumentale, necessaria ai fini della diagnosi di primo e secondo livello per disfagia. L'approccio clinico e funzionale del logopedista, eseguito inizialmente mediante *bedside examination assessment*, è universalmente applicabile per la scarsa necessità di strumentazione e costi contenuti. L'applicazione



	<p align="center"> <b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale          PER LA PERSONA CHE NECESSITA          DI GASTROSTOMIA</b>          UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici          UOC Direzione Infermieristica  <b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b> </p>	<p align="center">         DS_POS-PEG          Rev. 1          Del 29-3-23          (Pagina 18 di 23)       </p>
<p align="center">DS-Direzione Sanitaria</p>		

di tale protocollo richiede grande esperienza da parte dell'esaminatore. Per tale ragione, la valutazione viene eseguita dal personale specializzato in terapia del linguaggio. La semeiotica clinica si basa sull'osservazione diretta del paziente con prove più o meno strutturate. Per la valutazione funzionale il Logopedista, unitamente all'osservazione clinica, utilizza test standardizzati presenti in letteratura.

La *bedside examination* se non associata a esami strumentali ha un grado relativo di efficacia. E' stato calcolato che sfugge a tale valutazione il 40% dei soggetti disfagici la cui aspirazione è silente. Per aumentare l'attendibilità della valutazione clinica vengono eseguiti due metodi:

- test di deglutizione di acqua (De Pippo 1992)
- determinazione con ossimetro della saturazione di ossigeno durante 5 assunzioni di 10 ml di acqua (Zaidi, 1995; Lim 2001).

### **Nutrizionista**

Il Nutrizionista esegue una valutazione complessiva dello stato nutrizionale e delle necessità calorico-proteiche del paziente, indicando i fabbisogni nutrizionali del paziente. In collaborazione con il logopedista, pone l'indicazione al tipo di supporto nutrizionale più adeguato, suggerendo quale sarà la via di accesso opportuna attraverso la quale sarà possibile nutrire il paziente. Prescrive la terapia nutrizionale, imposta il monitoraggio nutrizionale durante la degenza ospedaliera e imposta il follow-up ambulatoriale dietologico. Inoltre, aggiorna i colleghi del reparto di appartenenza del paziente circa l'andamento clinico-nutrizionale e condivide con essi le eventuali scelte terapeutiche.

### Screening nutrizionale

Lo screening nutrizionale si esegue per identificare i pazienti che possono beneficiare di un supporto nutrizionale. Esso deve essere eseguito con strumenti validati e ripetuto sistematicamente. Gli strumenti di screening raccomandati nel presente PDTA per praticità di esecuzione e validità scientifica sono il *Nutritional Risk Screening 2002 (NRS)* (ALLEGATO 4) e il *Mini Nutritional Assessment (MNA)* (ALLEGATO 5). I pazienti a rischio nutrizionale devono poi effettuare una valutazione completa per la prescrizione del supporto nutrizionale.

### Valutazione nutrizionale

Con il termine "valutazione nutrizionale" si intende l'insieme delle determinazioni intese all'accertamento dello stato nutrizionale, ovvero del grado con cui sono soddisfatte le necessità fisiologiche di un individuo in relazione ai nutrienti introdotti con la dieta. Lo scopo della valutazione nutrizionale è non solo identificare il grado di malnutrizione, ma anche guidare i clinici nella scelta

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p align="center">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p align="center"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p align="center">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 19 di 23)</p>
<p align="center">DS-Direzione Sanitaria</p>		

terapeutica più opportuna. Essa è effettuata dal medico nutrizionista, supportato dalla dietista, e prevede le seguenti misurazioni, spesso valutate in combinazione tra loro:

- dati antropometrici: peso, altezza, *body mass index* (BMI);
- anamnesi ponderale: in particolare, l'eventuale calo ponderale rispetto al peso abituale in buona salute e nei 3-6 mesi precedenti la valutazione;
- stima dei fabbisogni calorico-proteici: stima del metabolismo basale (BEE), mediante la formula di *Harris-Benedict* moltiplicato per un fattore di correzione variabile a seconda dello stato clinico e di attività;
- stima dei fabbisogni proteici;
- alimentazione: stima degli introiti alimentari mediante anamnesi alimentare;
- sintomatologia impattante l'alimentazione e l'assorbimento di nutrienti: presenza di anoressia, disfagia, odinofagia, disgeusia, nausea, vomito, diarrea;
- parametri ematochimici: glicemia, Emoglobina glicata (HbA1c), trigliceridi, elettroliti, sideremia, ferritina, funzionalità renale, funzionalità epatica, prealbumina, proteina C-reattiva, vitamina B12, acido folico.

Dopo valutazione clinica del paziente verrà prescritto il piano terapeutico nutrizionale dal medico nutrizionista della Gastroenterologia del Policlinico Tor Vergata.

### **Gastroenterologo**

Dopo valutazione del gruppo multi-disciplinare e indicazione a posizionamento di gastrostomia percutanea, il Gastroenterologo valuta la presenza di eventuali controindicazioni al posizionamento della stomia ed esegue, prima del posizionamento, una EGDS per valutare l'integrità del tratto digestivo superiore.

### **Anestesista**

Il medico anestesista valuta il paziente per il rischio anestesilogico ed esegue la sedazione profonda per l'impianto della gastrostomia.

### **Infermiere**

Il *core* dell'assistenza infermieristica al paziente a cui viene confezionata una PEG/PEG-J riguarda la gestione appropriata del nuovo dispositivo, la promozione dell'auto-cura, l'*empowerment* del paziente, la



	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p align="center">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p align="center"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p align="center">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 20 di 23)</p>
<p align="center">DS-Direzione Sanitaria</p>		

prevenzione di complicanze locali e generali correlate alle modifiche anatomico-funzionali dell'apparato digerente.

Ciò presuppone che gli infermieri coinvolti nei diversi ambiti di cura possiedano conoscenze e competenze che li rendano in grado di assicurare la continuità dell'assistenza volta al soddisfacimento dei bisogni di salute in modo pertinente ed efficace.

Le Linee Guida sulla Gestione Infermieristica della PEG/PEG-J in pazienti adulti raccomandano:

- la preparazione del paziente alla procedura PEG/PEG-J e monitoraggio peri-procedurale;
- la medicazione dello stoma, gestione della sonda, somministrazione della formula nutritiva e dei farmaci, prevenzione degli errori di somministrazione;
- la gestione delle complicanze precoci e tardive della PEG/PEG-J;
- l'addestramento del paziente e/o del *caregiver* nella gestione della sonda nutritiva e nella somministrazione della miscela nutritiva e dei farmaci, sostituzione della sonda gastrostomica e digiunale.

### **12.3 TERAPIA**

Nell'ambito del presente PDTA PEG/PEG-J viene considerata "terapia" la nutrizione artificiale PEG/PEG-J che permette un adeguato apporto calorico per via enterale, è associata ad un basso rischio di complicanze e può, in genere, essere gestita agevolmente dal paziente e dai suoi familiari, dopo opportuna formazione, anche al di fuori del contesto ospedaliero.

#### CONTROINDICAZIONI

Il posizionamento della gastrostomia non è possibile nel caso in cui siano presenti le seguenti patologie: stenosi dell'esofago, coagulopatie severe non corrette, malattie rapidamente progressive (prognosi inferiore ai 30 giorni), sepsi, ascite massiva, ipertensione portale con varici esofagee, cancro gastrico, carcinosi peritoneale, dialisi peritoneale, ulcera o fistola gastroenterica, INR >1.5



	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p align="center">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p align="center"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p align="center">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 21 di 23)</p>
<p align="center">DS-Direzione Sanitaria</p>		

## 12. INDICATORI

Indicatore	Valore atteso	Responsabile	Modalità di rilievo	Frequenza di rilevazione
Numero pazienti che hanno posizionato PEG o PEG-J/ Numero totale pazienti valutati per posizionamento PEG o PEG-J	70 %	UOC Gastroenterologia Unit percorsi endoscopici	Endobase/controllo gestione per <i>videat</i> posizionamento PEG	annuale
Numero pazienti che presentano complicanze/ Numero totale pazienti che hanno impiantato PEG o PEG-J	2 %	UOC Gastroenterologia Unit percorsi endoscopici	Registro complicanze-Endobase	annuale
Numero pazienti provenienti da altre strutture che hanno posizionato PEG o PEG-J/ Numero totale pazienti che hanno impiantato PEG o PEGJ	15 %	UOC Gastroenterologia Unit percorsi endoscopici	Insideout	annuale
Numero pazienti con PEG o PEG-J presi in carico dall'ambulatorio delle cronicità/ Numero totale pazienti che hanno impiantato PEG o PEG-J	20 %	UOC Gastroenterologia Unit percorsi endoscopici	Cartella ambulatoriale	annuale



	<p style="text-align: center;"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p style="text-align: center;">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p style="text-align: center;"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p style="text-align: center;">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 22 di 23)</p>
DS-Direzione Sanitaria		

### 13. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determina della regione Lazio N. G15691 del 18.12.2020 “Linee di indirizzo per la stesura dei PDTA nella cronicità”;
- Decreto del Commissario ad Acta n. U00081 del 25.6.2020, “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”;
- Determinazione n. G12631 del 29.10.2020, “Regolamento per l’attività dei gruppi di lavoro Area Rete Ospedaliera e Specialistica”

### 14. BIBLIOGRAFIA

- Lim SH, Lieu PK, Phua SY, Seshadri R, Venketasubramanian N, Lee SH, Choo PW. Accuracy of bedside clinical methods compared with fiberoptic endoscopic examination of swallowing (FEES) in determining the risk of aspiration in acute stroke patients. *Dysphagia* 2001 Winter;16(1):1-6.
- Linee guida sulla gestione del paziente disfagico adulto in foniatria e logopedia . Consensus Conference, Gennaio 2007
- Validation of the 3-oz Water Swallow Test for Aspiration Following Stroke Kathleen L. De Pippo, MS; Marlene A. Holas, MS; Michael J. Reding, MD *Arch Neurol.* 1992;49(12):1259-1261. doi:10.1001/archneur.1992.00530360057018
- AGA Guidelines for GI access for NET– *Gastroenterology*2011;141:742-7652018
- ASGE Standards of Practice Committee, Jain R, Maple JT, Anderson MA, Appalaneni V, Ben-Menachem T, Decker GA, Fanelli RD, Fisher L, Fukami N, Ikenberry SO, Jue T, Khan K, Krinsky ML, Malpas P, Sharaf RN, Dominitz JA. The role of endoscopy in enteral feeding. *Gastrointest Endosc.* 2011;74:7-12.
- Rahnama-Azar AA, Rahnamaiazar AA, Naghshizadian R, Kurtz A, Farkas DT. *World J Gastroenterol.* 2014;28;20:7739-51. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications and management.
- Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, Soeters P, Weimann A, Bischoff SC. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr.* 2016;35:545-56.
- Fisher M. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke – AHA – ASA – Guideline 2017 LG Spread Update on the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Guidelines. *Stroke.* 2018 Dec 7:STROKEAHA118023990
- Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, Fletcher J, Laviano A, Norman K, Poulika KA, Ravasco P, Schneider SM, Stanga Z, Weekes CE, Bischoff SC. ESPEN



	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PER LA PERSONA CHE NECESSITA DI GASTROSTOMIA</b></p> <p align="center">UOC Gastroenterologia - Unit Percorsi Endoscopici UOC Direzione Infermieristica</p> <p align="center"><b>Responsabile Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</b></p>	<p align="center">DS_POS-PEG Rev. 1 Del 29-3-23 (Pagina 23 di 23)</p>
<p align="center"><b>DS-Direzione Sanitaria</b></p>		

guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. Clin Nutr. 2018;37:336-353.

- Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, Gomes F, Jesús P, Leischker A, Muscaritoli M, Poulia KA, Preiser JC, Van der Marck M, Wirth R, Singer P, Bischoff SC. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. Clin Nutr. 2018;37:354-396.
- Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Raynaud-Simon A, Sieber CC, Sobotka L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019 ;38:10-47
- Bas L. A. M. Weusten, Maximilien Barret, Albert J. Bredenoord, et al. Endoscopic management of gastrointestinal motility disorders – part 1: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2020; 52: 498–515
- Paraskevas Gkolfakis, Marianna Arvanitakis, Edward J. Despott et al. Endoscopic management of enteral tubes in adult patients – Part 2: Peri- and post-procedural management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline Endoscopy 2020; 52

## 15. ALLEGATI

- **ALLEGATO 1:** Scheda per la prima valutazione del paziente proveniente da strutture diverse dal Policlinico Tor Vergata “MOD SC.VALUT.PZ” (Rev. 2 del 12/01/2023)
- **ALLEGATO 2:** Procedura di preparazione del paziente prima di posizionamento PEG/PEG-J per pazienti provenienti da altra struttura “MOD PEG/PEG-J ESTERNI” (Rev. 2 del 14/11/2022)
- **ALLEGATO 3:** Indicazioni sulla gestione dopo posizionamento PEG/PEJ “MOD PEG/PEG-J INDIC. POST PROCEDURA” (Rev. 3 del 24/02/2023)
- **ALLEGATO 4:** Scheda “Nutritional Risk Screening (NRS) 2002”
- **ALLEGATO 5:** Scheda “Mini Nutritional Assessment (MNA)”
- **ALLEGATO 6:** Informativa sul trattamento dei dati personali e manifestazione del consenso per PDTA “MOD PEG/PEG-J informativa privacy e consenso” (Rev. 1 del 24/02/2023)



	<b>Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per paziente che necessita di nutrizione enterale tramite gastrostomia o terapia con levodopa-carbidopa gel tramite PEG-J (PDTA PEG/PEG-J)</b>	<b>ALL. 1 PDTA PEG-PEG-J</b>  MOD SC.VALUT.PZ Rev. 2 del 12/01/2023 (Pagina 1 di 2)
	Coordinatori: Prof. Giovanni Monteleone - Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco UOC GASTROENTEROLOGIA - POLICLINICO TOR VERGATA	

## SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Cognome:	Nome:	Sesso: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Data di nascita:	Luogo di nascita:	
Luogo di residenza:	Via	CAP:
(1) Tel:	(2) Tel:	
Paziente proveniente da:	<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Ospedale	

<b>Diagnosi Principale:</b>	
<input type="checkbox"/> SLA	<input type="checkbox"/> Vasculopatia
<input type="checkbox"/> Demenza senile	<input type="checkbox"/> Neoplasia testa-collo
<input type="checkbox"/> M. Alzheimer	Neoplasia esofago
<input type="checkbox"/> M. Parkinson	Altro
<b>Segnalare se presente:</b>	
<input type="checkbox"/> Coagulopatia	<input type="checkbox"/> Psicosi
<input type="checkbox"/> Carcinosi peritoneale /ascite	Altro
<input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale	<b>Interventi chirurgici pregressi:</b>
<input type="checkbox"/> Derivazione ventricolo-peritoneale	
<b>Motivazione ad iniziare la NE</b>	<b>Sintomi aggiuntivi</b>
<input type="checkbox"/> Impossibilità ad assumere cibo (totale)	<input type="checkbox"/> Disfagia
<input type="checkbox"/> Impossibilità ad assumere cibo (parziale)	
<input type="checkbox"/> Cachessia	<input type="checkbox"/> Altro
<b>E' già in Corso NE tramite sondino o NPP</b>	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NPP <input type="checkbox"/> NPT
<b>In caso di sostituzione specificare il tipo di dispositivo già impiantato</b>	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SND <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ <input type="checkbox"/> Digiunostomia

Peso Kg:	Altezza cm :
Terapia in atto vedi scheda preparazione:	
Allergie:	
Precedenti tentativi di posizionamento PEG/PEJ <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> successo <input type="checkbox"/> fallimento, causa:	





	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per paziente che necessita di nutrizione enterale tramite gastrostomia o terapia con levodopa-carbidopa gel tramite PEG-J (PDTA PEG/PEG-J)</b></p>	<p align="center"><u>ALL. 2 PDTA PEG-PEG-J</u> MOD PEG/PEG-J ESTERNI Rev. 2 del 14/11/2022 Pag.1 di 2</p>
<p align="center">U.O.C. di Gastroenterologia - Direttore: Prof. Giovanni Monteleone UNIT PERCORSI ENDOSCOPICI: Resp.le Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</p>		

## PER IL CENTRO NAD/NEUROLOGIA RICHIEDENTE PRESTAZIONE

### PREPARAZIONE DEL PAZIENTE PER POSIZIONAMENTO PEG/PEG-J

#### CHECK LIST DI CONTROLLO DA VERIFICARE PRIMA DI INOLTARE LA RICHIESTA

Al fine di ottimizzare i tempi di attesa per posizionamento PEG/PEG-J, prima di inoltrare la richiesta di prestazione per e-mail, accertarsi che il/la Paziente abbia:

1. **quando non è in grado di intendere e volere, un familiare che abbia acquisito la tutela legale o che sia amministratore di sostegno, anche provvisorio.**  
**E' possibile richiedere in urgenza, al tribunale di competenza o tramite gli Assistenti Sociali della zona di residenza, la nomina di un amministratore di sostegno per prestazioni sanitarie.**
2. Indicazione a posizionamento della gastrostomia (PEG) da parte del nutrizionista che conferma impossibilità alla nutrizione per os e presa in carico del centro NAD.  
Indicazione dello specialista neurologo a trattamento con levodopa-carbidopa gel, somministrato attraverso PEG-J.
3. Assenza di uno stato settico. In particolare, escludere che sia presente polmonite ab-ingestis o altra infezione polmonare o sistemica.
4. Indagini ematiche eseguite entro 7-10 giorni dall'impianto (emocromo, INR, sodiemia, potassiemia, glicemia, azotemia, creatininemia. Controllare il valore dell'INR che deve risultare <1,5 ).
5. Tampone, anche rapido, per SARS-COV2 eseguito entro 48 ore dalla procedura.
6. ECG refertato, eseguito entro 3 mesi dalla procedura.
7. Rx torace nel caso siano presenti disturbi respiratori, oppure ossigeno-terapia domiciliare H12/24.



	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per paziente che necessita di nutrizione enterale tramite gastrostomia o terapia con levodopa-carbidopa gel tramite PEG-J (PDTA PEG/PEG-J)</b></p>	<p align="center">ALL. 2 PDTA PEG-PEG-J MOD PEG/PEG-J ESTERNI Rev. 2 del 14/11/2022 Pag.2 di 2</p>
<p align="center">U.O.C. di Gastroenterologia - Direttore: Prof. Giovanni Monteleone UNIT PERCORSI ENDOSCOPICI: Resp.le Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</p>		

8. Sospensione, 5 giorni prima della procedura, della terapia con antiaggreganti Clopidogrel/Plavix (previo consulto con il cardiologo). **L'ASPIRINA NON DEVE ESSERE SOSPESA.**  
Sospensione, 5 giorni prima della procedura, della terapia con Warfarin (previo consulto con il cardiologo).  
Sospensione, 3 giorni prima della procedura, della terapia con NAO Dabigatran/Pradaxa, Rivaroxaban/Xarelto, Apixaban/Eliquis (previo consulto con il cardiologo).  
L'eventuale terapia sostitutiva con eparina a basso peso molecolare non va somministrata il giorno prima della procedura
9. Sospensione, almeno 10 ore prima dell'impianto, della nutrizione enterale (se in corso) e di ogni altro tipo di alimentazione per os (anche acqua o altri liquidi).

### **Il giorno dell'esame:**

- Il paziente deve giungere all'orario stabilito presso il Day Hospital della UOC Gastroenterologia/Servizio di Endoscopia Digestiva (Torre 6 - Il piano, dall'ingresso principale seguire la linea arancione T6)
- **La data dell'impianto verrà comunicata al medico di riferimento presso il centro prescrittore e ai famigliari in modo che il paziente, entro 12 ore, possa essere rivalutato per la gestione di eventuali complicanze che potrebbero insorgere.**

*ml*

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per paziente che necessita di nutrizione enterale tramite gastrostomia o terapia con levodopa-carbidopa gel tramite PEGJ (PDTA PEG/PEG-J)</b></p>	<p align="center">ALL. 3 PDTA PEG/PEG-J MOD PEG/PEG-J INDIC. POST PROCEDURA Rev. 3 del 24/02/2023 Pag.1 di 1</p>
<p align="center">U.O.C. di Gastroenterologia - Direttore: Prof. Giovanni Monteleone UNIT PERCORSI ENDOSCOPICI: Resp.le Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</p>		

## **INDICAZIONI SULLA GESTIONE DOPO POSIZIONAMENTO PEG/PEG-J**

- Seguire le indicazioni fornite dal centro NAD e CAD di riferimento.
- Mantenere la sonda gastrostomia o digiunale a caduta per le prime 12 ore.
- Controllare la posizione della sonda gastrica o digiunale, facendo riferimento alla lunghezza della fistola indicata nel referto dopo il posizionamento della gastrostomia.
- Fare attenzione che non vi siano arrossamenti della cute che circonda lo stoma e che la sonda non sia eccessivamente in tensione per evitare il rischio di ischemia e necrosi.
- Nei primi giorni, ruotare quotidianamente la sonda di 360°. Successivamente, 1 volta a settimana (la sonda digiunale non va sottoposta a rotazione).
- Medicare il punto di uscita della sonda gastrica o digiunale dopo 24 ore dal posizionamento con soluzione salina e garza sterile per rimuovere secrezioni o materiale presente attorno alla sonda.
- Proseguire la detersione 1 volta al giorno, per 7 giorni.
- Non utilizzare creme o polveri attorno lo stoma che possano favorire la proliferazione di germi patogeni.
- E' possibile utilizzare la sonda dopo 12 ore dal posizionamento, così come verrà indicato dal centro NAD e dal CAD di riferimento.

### **IN CASO DI DISLOCAZIONE DEL TUBO GASTROSTOMICO**

**Chiamare IMMEDIATAMENTE il numero 06-20908315**

dal Lunedì al Venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 20.00

il Sabato, dalle ore 8.00 alle ore 13.00

OPPURE

contattare chiamare il centro NAD di riferimento

OPPURE

Recarsi al più vicino Pronto Soccorso per inserimento di nuovo tubo gastrostomico/bottone/sonda di sostituzione o di catetere di Foley per mantenere la pervietà della fistola.

### **IN CASO DI ALTRE COMPLICANZE POST-IMPIANTO DI TIPO MINORE**

**Chiamare il numero 06-20908315**

dal Lunedì al Venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 20.00

il Sabato, dalle ore 8.00 alle ore 13.00



## NRS-2002

1	Il BMI è < 20,5?	SI	NO
2	Il paziente ha perso peso negli ultimi 3 mesi?	SI	NO
3	Il paziente ha ridotto gli introiti alimentari nell'ultima settimana?	SI	NO
4	Il paziente presenta una patologia acuta grave?	SI	NO

Se la risposta è SI ad almeno una delle domande è necessaria una valutazione nutrizionale completa.

ALTERATO STATO NUTRIZIONALE		GRAVITÀ DELLA PATOLOGIA (≈ aumento dei fabbisogni)	
Assente Score 0	Stato nutrizionale normale	Assente Score 0	Fabbisogni nutrizionali normali
Lieve Score 1	Perdita di peso >5 % in 3 mesi oppure Introiti alimentari tra 50-75% dei normali fabbisogni nelle settimane precedenti	Lieve Score 1	Traumi con fratture Paziente cronico, in particolare con complicazioni acute: cirrosi, COPD . <i>Emodialisi cronica, diabete, oncologia</i>
Moderato Score 2	Perdita di peso >5 % in 2 mesi oppure BMI 18,5-20 + alterate cond. generali oppure Introiti alimentari tra 25-50% dei normali fabbisogni nelle settimane precedenti	Moderato Score 2	Chirurgia addominale maggiore  Ictus  <i>Polmoniti gravi, onco-ematologia</i>
Grave Score 3	Perdita di peso >5 % in 1 mese (>15% in 3 mesi) oppure BMI < 18,5 + alterate cond. generali oppure Introiti alimentari tra 0-25% dei normali fabbisogni nelle settimane precedenti	Grave Score 3	Trauma cranico  Trapianto di midollo  <i>Pazienti della terapia intensiva (APACHE &gt; 10)</i>
Score:		+Score:	
= Score totale: <input type="text"/>			
Età se ≥ 70 anni aggiungere 1 score allo score totale; Score corretto per età = <input type="text"/>			
FIRMA DEL MEDICO.....		DATA.....	

# MNA (Mini Nutritional Assessment)

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Sesso: \_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_

Peso, kg: \_\_\_\_\_

Altezza, cm: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Risponda alla prima parte del questionario indicando, per ogni domanda, il punteggio appropriato. Sommi il punteggio della valutazione di screening e, se il risultato è uguale o inferiore a 11, completi il questionario per ottenere una valutazione dello stato nutrizionale.

## Screening

**A Presenta una perdita dell' appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione)**

- 0 = grave riduzione dell'assunzione di cibo  
 1 = moderata riduzione dell'assunzione di cibo  
 2 = nessuna riduzione dell'assunzione di cibo

**B Perdita di peso recente (<3 mesi)**

- 0 = perdita di peso > 3 kg  
 1 = non sa  
 2 = perdita di peso tra 1 e 3 kg  
 3 = nessuna perdita di peso

**C Motricità**

- 0 = dal letto alla poltrona  
 1 = autonomo a domicilio  
 2 = esce di casa

**D Nell' arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici?**

- 0 = sì    2 = no

**E Problemi neuropsicologici**

- 0 = demenza o depressione grave  
 1 = demenza moderata  
 2 = nessun problema psicologico

**F Indice di massa corporea IMC = peso in kg / (altezza in m)<sup>2</sup>**

- 0 = IMC < 19  
 1 = 19 ≤ IMC < 21  
 2 = 21 ≤ IMC < 23  
 3 = IMC ≥ 23

Valutazione di screening  
 (totale parziale max. 14 punti)

12-14 punti:                      stato nutrizionale normale  
 8-11 punti:                        a rischio di malnutrizione  
 0-7 punti:                         malnutrito

Per una valutazione più approfondita, continuare con le domande G-R

## Valutazione globale

**G Il paziente vive autonomamente a domicilio?**

- 1 = sì    0 = no

**H Prende più di 3 medicinali al giorno?**

- 0 = sì    1 = no

**I Presenza di decubiti, ulcere cutanee?**

- 0 = sì    1 = no

**J Quanti pasti completi prende al giorno?**

- 0 = 1 pasto  
 1 = 2 pasti  
 2 = 3 pasti

**K Consuma?**

- Almeno una volta al giorno dei prodotti lattiero-caseari?                      sì  no   
 Una o due volte la settimana uova o legumi?    sì  no   
 Oni giorno della carne, del pesce o del pollame?                                      sì  no   
 0.0 = se 0 o 1 sì  
 0.5 = se 2 sì  
 1.0 = se 3 sì



**L Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura?**

- 0 = no    1 = sì

**M Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succhi, caffè, té, latte...)**

- 0.0 = meno di 3 bicchieri  
 0.5 = da 3 a 5 bicchieri  
 1.0 = più di 5 bicchieri



**N Come si nutre?**

- 0 = necessita di assistenza  
 1 = autonomamente con difficoltà  
 2 = autonomamente senza difficoltà

**O Il paziente si considera ben nutrito? (ha dei problemi nutrizionali)**

- 0 = malnutrizione grave  
 1 = malnutrizione moderata o non sa  
 2 = nessun problema nutrizionale

**P Il paziente considera il suo stato di salute migliore o peggiore di altre persone della sua età?**

- 0.0 = meno buono  
 0.5 = non sa  
 1.0 = uguale  
 2.0 = migliore



**Q Circonferenza brachiale (CB, cm)**

- 0.0 = CB < 21  
 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22  
 1.0 = CB > 22



**R Circonferenza del polpaccio (CP in cm)**

- 0 = CP < 31  
 1 = CP ≥ 31

Valutazione globale (max. 16 punti)

Screening

Valutazione totale (max. 30 punti)

Valutazione dello stato nutrizionale

- 24-30 da 24 a 30 punti  
 17-23.5 da 17 a 23,5 punti  
 meno 17 punti

- stato nutrizionale normale  
 rischio di malnutrizione  
 cattivo stato nutrizionale

Referee:

Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.  
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M366-377.  
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.

FIRMA DEL MEDICO.....

DATA.....

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per paziente che necessita di nutrizione enterale tramite gastrostomia o terapia con levodopa-carbidopa gel tramite PEGJ (PDTA PEG/PEG-J)</b></p>	<p align="center"><u>ALL. 6 PDTA PEG/PEG-J</u> MOD PEG/PEG-J Informativa privacy e consenso Rev. 1 del 24/02/2023 Pag.1 di 2</p>
<p align="center">U.O.C. di Gastroenterologia - Direttore: Prof. Giovanni Monteleone UNIT PERCORSI ENDOSCOPICI: Resp.le Prof.ssa Giovanna Del Vecchio Blanco</p>		

**INFORMAZIONI EX ARTT. 13 E 14 REGOLAMENTO (UE) 2016/679 E MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO  
PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)**

Gentile Signora/Egregio Signore,

in attuazione di quanto previsto dal DCA n. U00565 del 22.12.2017 "Presa d'atto dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto "La nuova Sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa" e dalla Determinazione G15691 del 18.12.2020 "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità" della Regione Lazio, desideriamo fornirLe alcune informazioni sul trattamento dei Suoi dati personali, anche appartenenti a categorie particolari e specificamente attinenti alla Sua salute, che la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata (di seguito anche solo "PTV" in qualità di titolare del trattamento effettuerà secondo le proprie competenze qualora Lei scelga di intraprendere (ovvero di far intraprendere al terzo di cui Lei ha la responsabilità/legale rappresentanza) il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PEG/PEG-J (di seguito anche solo "PDTA").

Specifiche finalità di questi trattamenti è permettere la partecipazione del paziente ad un percorso interdisciplinare di cura cui possono accedere, secondo ragione, gli specialisti del PTV per rispondere ai bisogni complessi di salute del cittadino, promuovendo la continuità assistenziale e favorendo l'integrazione fra gli operatori. Il percorso si svilupperà attraverso una serie di interventi volti a:

- favorire una attività preventiva tesa ad individuare i soggetti con maggior rischio di sviluppare la malattia oggetto del PDTA;
- formulare, promuovere e attuare specifici programmi di educazione terapeutica per una maggiore conoscenza della malattia da cui si è affetti;
- migliorare la possibilità di accesso a percorsi clinico – assistenziali dedicati.

Base giuridica del trattamento dei dati – anche appartenenti a categorie particolari – relativi all'interessato è da rinvenirsi nel consenso esplicito di quest'ultimo ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. a) del Regolamento (UE) 2016/679.

**L'adesione al percorso è sempre facoltativa**, ma nel caso in cui si decidesse di partecipare al PDTA, i dati personali necessari per l'accesso e la fruizione dello stesso che potranno essere trattati sono quelli anagrafici del paziente ed eventualmente di chi ne ha la responsabilità ovvero la legale rappresentanza e quelli relativi allo stato di salute del paziente stesso. I dati in questione saranno condivisi fra tutti i professionisti del PTV coinvolti nel percorso di diagnosi, trattamento e cura del paziente salva sempre la possibilità per Lei di escluderne qualcuno comunicando, nel caso, la Sua scelta all'atto dell'attivazione del PDTA ovvero successivamente ai recapiti di seguito indicati. Resta inteso che, laddove decidesse di escludere un professionista dal percorso, la sua prestazione professionale non potrà essere svolta in quell'ambito. **È comunque garantita la piena fruizione delle prestazioni di diagnosi e cura anche a chi scegliesse di non partecipare al PDTA.** È sempre esclusa qualsiasi diffusione dei dati trattati per questa finalità.

Il trattamento dei dati relativo al PDTA è effettuato dal PTV con procedure manuali e informatizzate e con l'ausilio di strumenti elettronici, adeguati a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, esclusivamente da personale previamente autorizzato al trattamento dal titolare e adeguatamente istruito ovvero allo scopo nominato Responsabile ex art. 28 del Regolamento (UE) 2016/679. Presso il PTV, nell'ambito del PDTA, i dati saranno conservati in apposita cartella ambulatoriale per la durata di cinque anni dall'ultima prestazione erogata e successivamente cancellati, ovvero, previa trasformazione in forma assolutamente anonima, potranno anche essere conservati oltre tale termine e utilizzati per finalità di studio e/o ricerca.

Titolare del trattamento è la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, con sede in Roma, Viale Oxford n. 81. La informiamo, infine, che sui dati personali trattati nell'ambito del PDTA, ogni interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare, l'interessato ha il diritto di chiedere, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti dalla legge. L'interessato ha anche il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso eventualmente espresso senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. L'apposita istanza potrà essere inviata alla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata presso la sede di Viale Oxford n. 81 – 00133 Roma, anche in tal caso per il tramite del Responsabile della protezione dei dati personali contattabile all'indirizzo [dpo@ptvonline.it](mailto:dpo@ptvonline.it).



L'interessato che ritenga che il trattamento dei propri dati personali effettuato nell'esecuzione di quanto disciplinato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, avrà il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)), come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_

- in proprio
- in qualità di \_\_\_\_\_ di/su \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

con la presente dichiara di aver letto e compreso le informazioni che precedono e, con la propria sottoscrizione, esprime il consenso all'inserimento –proprio o del soggetto rappresentato– nel PDTA PEG/PEG-J

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma (*leggibile*) \_\_\_\_\_

Firma di chi riceve il consenso \_\_\_\_\_



**DIREZIONE AMMINISTRATIVA**  
**UOC AFFARI GENERALI**

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che in data 06.06.2023 la deliberazione n° 663 del 01.06.2023 in formato *pdf* conforme all'originale agli atti d'ufficio, è pubblicata all'Albo Pretorio *on line* sul sito *web* istituzionale del PTV [www.ptvonline.it](http://www.ptvonline.it) ai sensi dell'art. 31 L.R. Lazio 45/1996, come previsto dall'art. 32 L. 69/2009 e dall'art. 12 L.R. Lazio 1/2011, per rimanervi affissa 15 giorni consecutivi. E' resa inoltre disponibile, tramite canale telematico, al Collegio dei Revisori dei conti.

DIRETTORE UOC AFFARI GENERALI  
(DR. FRANCESCO COSI)

Visto, l'incaricato della pubblicazione

---

DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ ALL'ORIGINALE

La presente deliberazione si compone di n. \_\_\_\_ pagine e di n. \_\_\_\_ allegati ed è conforme all'originale conservato agli atti dell'Ufficio.

Roma, \_\_\_\_\_

DIRETTORE UOC AFFARI GENERALI  
(DR. FRANCESCO COSI)