

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

AULSS 8 BERICA

UOC/UOSD

Gastroenterologia Vicenza & Montecchio Maggiore

Oncologia Vicenza e Montecchio Maggiore

Nutrizione Clinica

Cure Primarie Distretto Est ed Ovest

**PERCORSO ASSISTENZIALE
PRESA IN CARICO DI PAZIENTI CHE DEVONO
POSIZIONARE PEG**

(Aspetti logistici ed organizzativi)

Azienda ULSS 8 Berica

Preparazione	Coordinatore GdL Dott. Paolo Pallini	
Verifica	Referente Qualità Dott. Sara Mondino Responsabile Risk Management	
Approvazione	Direttore Dott. Romina Cazzaro	
Rev.	Data 30 Ottobre 2023	
Riconferma	Responsabile Data	

1. PREMESSA	pag. 3
2. GRUPPO DI LAVORO	pag. 3
3. GLOSSARIO E ACRONIMI	pag. 4
4. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	pag. 4
5. METODOLOGIA UTILIZZATA PER STESURA PIANO ASSISTENZIALE	pag. 4
6. MODALITÀ OPERATIVE & RESPONSABILITÀ	pag. 4
7. INDICATORI	pag. 9
8. TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE	pag. 9
7. SINTESI	pag. 10
6. BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	pag. 11

Con il termine PEG (gastrostomia endoscopica percutanea) si intende il **posizionamento di un sondino per nutrizione direttamente nello stomaco del paziente attraverso la parete addominale**; il posizionamento della sonda avviene durante una manovra endoscopica (esofagogastroscoopia).

Lo scopo è di collegare la cavità gastrica con l'esterno, mediante un tubicino, creando una via di comunicazione artificiale. Tale procedura permette di poter somministrare nutrienti, liquidi e farmaci direttamente nello stomaco in soggetti che hanno difficoltà a deglutire (per malattie organiche o funzionali) utilizzando il tubicino posizionato. Tale device favorisce la gestione domiciliare della nutrizione artificiale enterale. Può essere anche facilmente rimosso (senza necessità di intervento e/o di eseguire suture) se si ottiene il recupero della autonomia deglutitoria.

La PEG-PEJ descrive la procedura con cui si posiziona sempre durante una manovra endoscopica un tubicino attraverso la parete addominale in stomaco e la cui estremità però viene portata oltre al piloro per poter somministrare nutrienti, liquidi e farmaci oltre lo stomaco direttamente in digiuno.

Il posizionamento della PEG e della PEG-PEJ costituiscono interventi endoscopici con i quali si crea una comunicazione artificiale fra cavità gastrica ed esterno (si crea di fatto una "perforazione" ad arte!) e necessitano di due operatori medici endoscopisti, di due infermieri (almeno) e spesso del Collega Anestesista, per la fragilità dei pazienti a cui viene proposta la procedura ed un altro infermiere che segue la gestione anestesiológica. Esistono più tecniche endoscopiche di posizionamento che vanno utilizzate in base alle esigenze cliniche dei singoli pazienti.

Il fabbisogno di PEG nella nostra azienda si aggira intorno ai 250 posizionamenti all'anno che vengono gestiti prevalentemente dalle due Unità Operative di Gastroenterologia dell'Azienda: quella di Vicenza e quella di Arzignano. La richiesta ovviamente è distribuita fra i vari reparti con maggiore prevalenza per quelle specialità che più frequentemente hanno pazienti disfagici (Geriatrics, Neurologia, Chirurgia Maxillo-facciale, ORL, Oncologia, Pneumologia, Chirurgia generale e toracica, Gastroenterologia).

La procedura richiede un ricovero breve (48-72 ore) per i pazienti che non sono istituzionalizzati.

La procedura endoscopica di posizionamento PEG e/o PEG-PEJ non costituisce mai una procedura in emergenza.

Pertanto la gestione del paziente candidato al posizionamento di PEG richiede un percorso chiaro per organizzare ricovero, gestione del paziente fragile, disponibilità degli operatori coinvolti e dell'Anestesista e di sala endoscopica e/o operatoria adeguata alla situazione clinica del paziente.

GRUPPO DI LAVORO

<i>Paolo Pallini</i>	<i>Direttore UOC di Gastroenterologia Vicenza</i>
<i>Maurizio Pantalena</i>	<i>Direttore UOSD di Gastroenterologia MM</i>
<i>Giuseppe Aprile</i>	<i>Direttore UOC di Oncologia di Vicenza</i>
<i>Martina Padovani</i>	<i>UOSD di Oncologia di MM</i>
<i>Paola Costa</i>	<i>Direttore Cure Primarie Distretto Est</i>
<i>Giovanni Girardi</i>	<i>Cure Primarie Distretto Est</i>
<i>Silvia Manea</i>	<i>Direttore Cure Primarie Distretto Ovest</i>
<i>Valentina Niero</i>	<i>Cure Primarie Distretto Ovest</i>
<i>Luisa Milan</i>	<i>Direttore UOS di Endoscopia Digestiva Vicenza</i>
<i>Gessica Schiavo</i>	<i>Direttore UOS di Nutrizione clinica</i>
<i>Daniela Di Muzio</i>	<i>UOC Gastroenterologia Vicenza</i>
<i>Giulia Girardin</i>	<i>UOSD di Gastroenterologia MM</i>
<i>Veronica Sgarabottolo</i>	<i>Coordinatore UOS di Endoscopia Digestiva</i>

Hanno collaborato alla stesura ed alla discussione del testo del PDTA I Colleghi: Chirurgia Generale (Gian Maria Rossi); Chirurgia Maxillo Facciale (Ugo Bacilliero) Chirurgia Pediatrica (Lorenzo Costa, Fabio Chiarenza) Geriatrics (Umberto Lorenzoni); Medicina Generale (Giovanni

Scanelli); Neurochirurgia (Lorenzo Volpin); Neurologia (Francesco Perini e Giacomomaria Minicucci); Neurologia Villa Margherita (Manuela Pilleri); Otorino-laringoiatria (Roberto Saetti) Pneumologia (Giuseppe Idotta); Riabilitazione e recupero funzionale (Giovanni Sensi)

GLOSSARIO E ACRONIMI

EGDS	Esofagogastroduodenoscopia
MAP	Medico di Assistenza Primaria
NE	Nutrizione Enterale
PEG	Gastrostomia Endoscopica Percutanea
PEG-PEJ	Digiunostomia Endoscopica Percutanea (attraverso la PEG)
PEJ	"Estensione" digiunale percutanea (tubicino digiunale come JET)
JET	"Estensione" digiunale percutanea (tubicino digiunale) con PEJ
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operativa Semplice a valenza dipartimentale
UUOO	Unità Operative

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo di questo PDTA è di condividere la gestione del paziente candidato al posizionamento di PEG prendendo in considerazione la fase prima e dopo il posizionamento, creando un percorso organizzativo che aiuti il paziente e tutti gli operatori coinvolti nella gestione di questo paziente per ridurre al minimo le difficoltà ed i disagi con indicazioni chiare di chi e come lo prenderà in carico

METODOLOGIA UTILIZZATA PER STESURA PERCORSO ASSISTENZIALE

AUDIT delle situazioni vissute che hanno presentato criticità e difficoltà nella gestione, discussione collegiale delle proposte nate dall'AUDIT.

MODALITA' OPERATIVE/RESPONSABILITÀ

Le fasi del processo che portano al posizionamento di una PEG e/o PEG-PEJ sono:

Fasi per PEG e/o PEG-PEJ	Descrizione	Proposta	Responsabilità
1. Indicazione al posizionamento	Fase critica nei pazienti fragili con aspettativa di vita breve	Comitato etico multidisciplinare per decisione in situazioni complesse (richiesta di consulenza rapida)	Medici che hanno in carico il paziente
2. Appuntamento	Fase critica per programmare il ricovero	Gestione a carico della UO di Gastroenterologia in base alle esigenze cliniche del paziente (situazione clinica, anestesista, sala operatoria, sala endoscopica)	UOC di Gastroenterologia
3. Ricovero	Fase necessaria	Da gestire da chi ha in carico il paziente, in accordo con	UOC che segue il paziente,

		l'appuntamento fornito dalla UOC di Gastroenterologia. Quando sarà operativo il reparto di Week Surgery per ovviare alla difficoltà di trovare il posto letto si potrà chiedere di organizzare la disponibilità di due letti la settimana per il posizionamento PEG soprattutto per quelli che già seguono terapia nutrizionale enterale. Quelli week surgery saranno posti disponibili per tutti i reparti con Pazienti PEG; il paziente sarà formalmente in carico alla UO che lo ha proposto e che segue il paziente	ricovero organizzato su appuntamento già concordato con Gastroenterologia
4. Posizionamento	Scelta di procedure, tecniche e setting	A carico della UOC di Gastroenterologia che valuta la situazione anche con il Collega Anestesista	UOC di Gastroenterologia
5. Osservazione post Posizionamento	Fase di osservazione breve (max 48 ore)	A carico delle UOOO che ricoverano il paziente	UOC che ha ricoverato il paziente
6. Presa in carico per la Nutrizione enterale	Fase di gestione della terapia nutrizionale	A carico della UOS di Nutrizione Clinica, che dovrà essere attivata già prima del ricovero per posizionamento	UOS di Nutrizione Clinica UOC che eroga il farmaco e che segue il paziente (es. Neurologia per Duo-Dopa)
7. Gestione e controllo del device (sonda PEG e stomia)	Fase di osservazione a lungo termine (spesso a domicilio)	A carico del MAP e del personale infermieristico di Assistenza Domiciliare (ADI) e delle strutture residenziali e del personale dell'UO Nutrizione Clinica	MAP, Personale ADI e/o personale Strutture Residenziali
8. Sostituzione del device (sonda PEG)	Fase di osservazione a lungo termine (spesso a domicilio)	La UO di Gastroenterologia sostituisce il primo impianto e le successive sostituzioni, se non problematiche, possono essere effettuate anche a domicilio da parte del	<ul style="list-style-type: none"> • Primo impianto: sostituisce UOC di Gastroenterologia (programmando appuntamento) • Dal secondo anche personale ADI addestrato

		personale ADI addestrato.	
9. Eventuale sospensione NE e rimozione definitiva del device	Fase necessaria se si osserva il recupero della totale autonomia deglutitoria	Può essere gestita anche a domicilio da parte del personale ADI.	Anche a domicilio con personale ADI

Fase 1. Indicazione al posizionamento

La scelta della indicazione è facile se il paziente ha una aspettativa di vita lunga e soprattutto se è previsto un utilizzo della PEG e/o PEG-PEJ temporaneo (anche di qualche anno), con una buona probabilità di recupero funzionale e quindi possibilità di rimozione del device.

La scelta è difficile, invece, quando la situazione del paziente non rispecchia le caratteristiche sopraesposte e potrebbe configurarsi un "accanimento terapeutico". In questa ultima situazione sarebbe utile poter accedere ad un parere multidisciplinare per valutare indicazioni, benefici, prospettive ed aspetti anche etici. Attualmente non esiste un Comitato Etico per la PEG, che dovrebbe avere caratteri di Mutidisciplinarietà, di rapidità di consulto (i casi difficili sono pochi, meno di 10 in un anno) e rapidità di decisione per poter poi procedere o meno alle fasi successive (richiesta di parere urgente al Comitato etico per la pratica clinica).

Fase 2. Appuntamento

Le UUOO di Gastroenterologia, una volta ricevuta la richiesta di posizionamento e valutato che la procedura può essere eseguita ed è stato stabilito la tipologia di procedura ed il setting adeguato, daranno un appuntamento, in modo che le UUOO che hanno in carico il paziente possono programmare il ricovero, se il posizionamento precede un intervento chirurgico, cercheranno di far coincidere, concordandolo se possibile, il ricovero per intervento con quello di posizionamento della PEG- PEG-PEJ.

Fase 3. Ricovero

Le UUOO che hanno in carico il paziente dovranno ricoverare il paziente, di solito il ricovero viene effettuato il pomeriggio che precede l'intervento endoscopico di posizionamento.

Se vi è necessità dell'Anestesista il paziente dovrà eseguire visita anestesiologicala possibilmente prima del ricovero per poter effettuare le indagini che Il Collega Anestesista riterrà necessario prescrivere. Il paziente per il ricovero e per l'accesso ad un sala operatoria ha bisogno di eseguire tampone Molecolare per il COVID che non sia antecedente alle 48 ore che precedono il posizionamento.

Se il paziente segue terapia con antiaggreganti e/o anti coagulanti questi dovranno essere sospesi e/o sostituiti con EBPM secondo indicazioni cliniche in tempo utile prima della procedura. E comunque si dovrà concordare ed informare i Colleghi Gastroenterologi che effettueranno il posizionamento. Il posizionamento della PEG PEG-PEJ è a tutti gli effetti un intervento in cui si esegue incisione di cute, sottocute e parziale del piano muscolare della parete addominale.

Quando sarà operativo il reparto di Week Surgery per ovviare alla difficoltà di trovare il posto letto si potrà chiedere di organizzare la disponibilità due letti la settimana per il posizionamento PEG per alcuni dei pazienti, soprattutto per quelli che già seguono terapia nutrizionale enterale tramite sondino. Quelli del week surgery saranno posti disponibili per tutti i reparti con Pazienti PEG; il paziente sarà formalmente in carico alla UO che lo ha proposto e che segue il paziente

Fase 4. Posizionamento

Fase tecnica a completo carico delle UUOO di Gastroenterologia che sceglieranno fra le varie tipologie di PEG (PULL, PUSH, INTRODUCER) la migliore per quel paziente e proporranno il setting adeguato per il posizionamento confrontandosi per i pazienti più fragili anche con il Collega Anestesista e con i Colleghi della UOS di Nutrizione Clinica. I Colleghi della Gastroenterologia saranno disponibili per consigli ed

eventuali consulenze se necessarie durante il periodo di degenza ospedaliera del paziente in caso di complicanze e/o sequele post posizionamento.

Fase 5. Osservazione post posizionamento

È la fase breve, non superiore alle 24-48 ore, che segue il posizionamento della PEG. Per monitorare il paziente nel post intervento ed intercettare precocemente i sintomi e/o segni di sequele - complicanze precoci (sanguinamento, peritonite, dislocazione precoce del sondino).

Generalmente sono eventi molto rari e l'incidenza è molto bassa <1% in letteratura, e di solito sono eventi di modesta entità e facilmente risolvibili, che non allungano i tempi di degenza.

La medicazione va cambiata giornalmente per la prima settimana. In seguito se la ferita chirurgica è ben guarita non ci sarà necessità di medicazioni, ma basterà lavare con acqua e sapone la cute e la parte esterna del sondino

La medicazione viene eseguita nei primi giorni con clorexidina in soluzione acquosa (o comunque soluzioni non corrosive) per rimuovere eventuali incrostazioni sotto il bumper esterno (quello a contatto con la cute) con l'ausilio di una garza, effettuando movimenti circolari dal centro verso l'esterno.

Per completare la medicazione della stomia basta applicare una garza parzialmente tagliata intorno alla sonda e coprire con una seconda garza intera fissando la medicazione con cerotto anallergico avendo cura di non angolare la sonda. Evitare di creare spessore con garze e/o altri materiali tra la cute ed il bumper esterno

Fase 6. Presa in carico per Nutrizione enterale

Il posizionamento di un sondino della PEG prevede sempre la necessità di nutrire artificialmente il paziente con nutrizione enterale, ovvero la somministrazione di Nutrienti (NON Alimenti) attraverso il device in stomaco o in intestino allo scopo di coprire i fabbisogni calorico-proteici ed evitare il danno della barriera intestinale conseguente al digiuno, e diminuire i fenomeni di traslocazione batterica attraverso la parete intestinale, mantenendo un adeguato microbiota intestinale.

Per tali motivi è necessaria di inviare le richieste di presa in carico del paziente da parte dei Colleghi della UOS di Nutrizione Clinica, prima ancora che il paziente venga ricoverato per il posizionamento della PEG. Lo scopo è programmare il piano terapeutico nutrizionale e prevedere il trasferimento a domicilio del paziente in collaborazione con l'ADI di pertinenza territoriale con la fornitura delle attrezzature, dei materiali e delle miscele necessario e con istruzione ed educazione del paziente e caregiver già effettuate.

Sarebbe utile che il paziente fosse già valutato prima del posizionamento o almeno al momento del ricovero. Per i pazienti in nutrizione artificiale, è prevista la verifica e l'eventuale rinforzo dell'addestramento del paziente e del caregiver iniziato effettuato in ospedale, da parte del personale del service esterno e di quello infermieristico dell'assistenza domiciliare, finalizzato a garantire l'autonomia del caregiver/paziente stesso nella gestione della sonda enterale e della somministrazione della terapia (uso dei sistemi di infusione e manovre di attacco e stacco). È necessario che il servizio ADI venga attivato prima della dimissione mediante segnalazione di dimissione protetta in Atlante, con il coinvolgimento del Medico di Assistenza Primaria al fine di concordare il percorso assistenziale. Si rammenta che la Nutrizione Artificiale richiede l'attivazione di un profilo di assistenza ADIMED/ADI-D (così come indicato dalle linee guida applicative della Regione Veneto DGR 5273 del 29.12.1998), pertanto è necessario coinvolgere, con congruo preavviso, l'UO Cure Primarie del Distretto di residenza dell'assistito, per l'organizzazione, la convocazione e lo svolgimento di una UVMD prima della dimissione, per l'attivazione dell'ADIMED, nonché per la fornitura delle attrezzature e dei prodotti necessari secondo quanto prescritto in cartella nutrizionale.

I pazienti, dopo la dimissione, verranno seguiti dal punto di vista nutrizionale dall'UOS Nutrizione Clinica.

Fase 7. Gestione e controllo del device (sondino)

Il sondino (di silicone oppure di Poliuretano) richiede un controllo periodico da parte del caregiver e del personale dell'assistenza domiciliare per riconoscere segni di usura e possibile dislocazione.

Il sondino e la cute peristomale vanno lavati giornalmente con acqua e sapone e poi vanno asciugati (si può utilizzare anche l'aria calda di un phon se fosse difficile asciugare la cute).

Il sondino giornalmente richiede almeno tre/quattro lavaggi con acqua "potabile" per garantire che non si occluda. Tutti i giorni va mobilizzato, ovvero solo per la PEG va fatto ruotare di 360 gradi e mosso avanti e indietro. Se questo non riesce vuol dire che il sondino non è più libero e quindi va valutato da personale esperto in questo device (infermiere esperto dell'ADI e/o della UOC di Gastroenterologia). Se il sondino non funziona bene (si fa fatica lavarlo ed infondere i nutrienti, non gira di 360°) potrebbe essere necessaria la sua sostituzione.

Il primo sondino della PEG può rimanere in sede fino a 12 mesi dopo il posizionamento, se viene utilizzato per la nutrizione enterale; quando invece il sondino è utilizzato solo per l'infusione di farmaci (es.: infusione duodopa) il sondino può essere sostituito dopo 24 mesi.

I sondini di sostituzione con palloncino come bumper interno, dovrebbero essere sostituiti dopo 3-4 mesi dal loro posizionamento, questi sono sondini utilizzati sempre ed esclusivamente per la nutrizione enterale.

La sostituzione della PEG nella maggior parte dei casi non necessita di EGDS (solo in casi selezionati questa è necessaria)

La sostituzione della PEG-PEJ invece richiede sempre EGDS e sedo-analgesia procedurale (sedazione). Dopo una settimana dal posizionamento della PEG non c'è necessità di alcuna medicazione della stomia.

Fase 8. Sostituzione del Device (sondino)

Dopo un anno dal posizionamento del primo sondino PEG per alimentazione, questo va sostituito. Il primo cambio va fatto in sala endoscopica in quanto il primo sondino andrebbe rimosso con trazione (cosa a volte non facile) e quindi in questo caso i Gastroenterologi possono utilizzare l'endoscopia per effettuare il cambio. Se il sondino è utilizzato solo per l'infusione di farmaci (es.: infusione duodopa mediante PEG-PEJ) il sondino può essere sostituito dopo 24 mesi, in questo particolare caso tutte le sostituzioni dovranno essere fatte in Gastroenterologia con la visione endoscopica perché si riposiziona sia la PEG che il sondino digiunale.

Il sondino che sostituisce il primo ha come bumper interno un palloncino gonfiato con soluzione per preparazioni iniettabili (acqua bidistillata =senza presenza di sali per non chiudere con la loro precipitazione il tramite attraverso il quale si gonfia e sgonfia il palloncino).

Questa tipologia di sondino può essere sostituita anche a domicilio (quindi senza necessità di spostare il paziente) dal personale dell'Assistenza domiciliare. Nel 2019 sono stati tenuti dei corsi pratici per il personale dell'assistenza domiciliare e delle case di riposo per addestrare alcuni infermieri a queste manovre e attualmente la maggior parte dei sondini della PEG possono essere sostituiti a domicilio del paziente.

Per ogni esigenza in pazienti portatori di PEG ed a domicilio il primo interlocutore è il personale ADI ed il MAP, che decideranno se risolvere la criticità in autonomia oppure contattare il Servizio di Nutrizione che deciderà se inviare il paziente alla UO di Gastroenterologia, previ accordi ed appuntamento con il Coordinatore della UOS di Endoscopia Digestiva..

Fase 9. Eventuale sospensione della Nutrizione enterale e rimozione definitiva del device (sondino)

Costituisce la fase di maggior soddisfazione per gli operatori e per il paziente. Significa, infatti, che la terapia nutrizionale ha fatto effetto ed ottenuto un grande risultato con normalizzazione della situazione clinica ed il paziente è diventato nuovamente autonomo nella gestione della sua nutrizione.

Il sondino potrà essere rimosso anche a domicilio da parte del personale infermieristico dell'assistenza domiciliare su prescrizione del Servizio di Nutrizione. Una volta rimosso, si esegue una medicazione a piatto sulla sede della stomia che nell'arco di 8 giorni cicatrizzerà e chiuderà completamente il tramite fistoloso creato con il posizionamento della PEG.

Gestione delle complicanze e/o difficoltà gestionali del sondino della PEG

Per pazienti portatori di PEG a domicilio, in caso di problematiche relative al device, il primo interlocutore è il personale ADI ed il MAP, che decideranno se risolvere la criticità in autonomia oppure inviare il paziente alla UO di gastroenterologia, previo accordi ed appuntamento con il Coordinatore della UOS di Endoscopia Digestiva.

Il sondino della PEG prevalentemente va soggetto ad usura che rende difficile il suo utilizzo e ne richiede la sostituzione.

In casi eccezionali il sondino si può accidentalmente dislocare, per accidentale trazione del sondino.

In questo caso sarebbe indispensabile il posizionamento nelle stomia di un sondino (anche un catetere vescicale per tenerla pervia e poi riposizionare sondino della PEG oppure prendere accordi con la UO di Gastroenterologia per riposizionamento.

La UOC di gastroenterologia ha già redatto nel 2019 un protocollo ancora attuale che tiene conto di tutti gli aspetti clinici e tecnici che alleghiamo a questo Percorso il cui fine è la presa in carico del paziente con PEG.

INDICATORI

N. PEG posizionate /Anno

N. PEG richieste di posizionamento /Anno

N. PEG/PEJ posizionate /Anno

N. PEG7PEJ richieste di posizionamento/anno

TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE

Dal 01 Gennaio 2023

SINTESI

	Azione	Responsabilità
1	Indicazione	Medici che seguono il paziente
2	Appuntamento	UOC di Gastroenterologia
3	Ricovero	UOC che segue il paziente, ricovero organizzato su appuntamento già concordato con Gastroenterologia
		Già attivati prima del ricovero <ul style="list-style-type: none"> • UOS di Nutrizione Clinica • Attivazione Distretto, Cure primarie ed ADI-MED prima del ricovero
4	Posizionamento	UOC di Gastroenterologia
5	Osservazione post-posizionamento	UOC che ha ricoverato il paziente
6	Preso In carico Nutrizionale/farmacologica (già avviata prima del ricovero)	UOS di Nutrizione Clinica UOC che eroga il farmaco e che segue il paziente (es. Neurologia per Duo-Dopa)
7	Gestione /controllo device	MAP, Personale ADI e/o personale strutture residenziali
8	Sostituzione sondino	<ul style="list-style-type: none"> • Primo impianto: sostituisce UOC di Gastroenterologia (programmando appuntamento) • Dal secondo anche personale ADI addestrato
9	Sospensione	Anche a domicilio con personale ADI
	URGENZE	<p>VICENZA : UOC di Gastroenterologia è raggiungibile da Lunedì a Venerdì dalle ore 08:00 alle ore 13:00 al telefono 0444/753198 per PROGRAMMARE eventuale intervento nella nostra struttura, se non risolvibile al telefono.</p> <p>MONTECCHIO MAGGIORE – ARZIGNANO la UOSD di Gastroenterologia è raggiungibile dal Lunedì al Venerdì dalle ore 08:00 alle ore 13:00 al telefono 0444/708140 per PROGRAMMARE eventuale intervento nella nostra struttura, se non risolvibile al telefono</p>

NB: si allega a Codesto PDTA la Protocollo per il primo impianto di PEG elaborata revisionata dalla UOC di Gastroenterologia per poter avere le informazioni tecniche relative al posizionamento

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. Stephan C. Bischoff et al. - ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition *Clinical Nutrition* 41 (2022) 468e488
2. Jean-Charles Preiser et al. - A guide to enteral nutrition in intensive care units: 10 expert tips for the daily practice *Critical Care* (2021) 25:424
3. Arved Weimann et al. - ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery *Clinical Nutrition* 40 (2021) 4745e4761
4. Marianna Arvanitakis et al. - Endoscopic management of enteral tubes in adult patients – Part 1: Definitions and indications. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline *Endoscopy* 2021; 53: 81–92; 2020
5. Paraskevas Gkolfakis 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* 2021; 53: 178–195 | 2020
6. Thomas Welbank and Matthew Kurien - To PEG or not to PEG that is the question Conference on 'Diet and digestive disease' BAPEN Practitioners' Session - Proceedings of the Nutrition Society (2021), 80, 1–8
7. Gabriele Roveron et al. - Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients - *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2018;45(4):326-334.
8. Andrea Ticinesi et al. - Survival in older adults with dementia and eating problems: To PEG or not to PEG? - *Clinical Nutrition* 35 (2016) 1512e1516
9. Christiane Druml et al. - ESPEN guidelines on ethical aspects of artificial nutrition and hydration *Clinical Nutrition* xxx (2016) 1e12