



**UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE**  
**Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**Corso di Laurea in:**  
**Infermieristica**

Tesi di Laurea:

**PROCESSO EDUCATIVO FORNITO AL  
PAZIENTE PORTATORE DI PEG E AL  
SUO CAREGIVER IN PREVISIONE DI  
DIMISSIONE PROTETTA IN  
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE CON LE  
CURE DOMICILIARI.**

**Candidato:**  
Kaur Gurpreet

**Relatore:**  
Prof. Domenico Lombardi  
Fortino

*Anno Accademico 2019-2020*

## **SOMMARIO**

<b>ABSTRACT</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>6</b>
<b>ALIMENTAZIONE</b> .....	<b>9</b>
<b>LA MALNUTRIZIONE</b> .....	<b>10</b>
<b>NUTRIZIONE ENTERALE</b> .....	<b>10</b>
<b>LA GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA</b> .....	<b>10</b>
<b>TECNICA DI ESECUZIONE (TECNICA PULL)</b> .....	<b>14</b>
<b>CRITICITÀ E COMPLICANZE</b> .....	<b>16</b>
<b>RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA GESTIONE DELLA PEG</b> .....	<b>21</b>
<b>IL CAREGIVER E L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA</b> .....	<b>23</b>
<b>OBIETTIVI</b> .....	<b>26</b>
<b>OBIETTIVO PRIMARIO:</b> .....	<b>26</b>
<b>OBIETTIVO SECONDARIO:</b> .....	<b>26</b>
<b>QUESITO DI RICERCA</b> .....	<b>26</b>
<b>REVISIONE DELLA LETTERATURA</b> .....	<i>Errore. Il segnalibro non è definito.</i>
<b>MATERIALI E METODI</b> .....	<b>26</b>
<b>CAMPIONAMENTO</b> .....	<b>26</b>
<b>CRONOPROGRAMMA</b> .....	<b>28</b>
<b>RISULTATI</b> .....	<b>29</b>
<b>DISCUSSIONE</b> .....	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>40</b>

TABELLA 1 – RAPPRESENTAZIONE GRAFICA RISULTATI STUDIO USA .....	6
TABELLA 2 – RAPPRESENTAZIONE GRAFICA RISULTATI STUDIO ITALIANO .....	7
TABELLA 3 – CRONOPROGRAMMA DI GANTT .....	28
TABELLA 4 - ANALISI DEI DATI 2° STEP .....	31
TABELLA 5 - CONCOMITANZA DI COMPLICANZE IN SOGGETTI CHE HANNO RICEVUTO L'ADDESTRAMENTO .....	35

FIGURA 1 – CONFEZIONAMENTO PEG SECONDO TECNICA PULL .....	12
FIGURA 2 – CONFEZIONAMENTO PEG SECONDO TECNICA PUSH .....	13
FIGURA 3 – TUBO GASTROSTOMICO .....	15

FIGURA 4 – MALE AND FEMALE PIECES OF THE SAFETYBREAK DEVICE IN THE COUPLED (A) AND DECOUPLED POSITION (B) .....	19
FIGURA 5 – SINDROME DI BURRIED BUMBER .....	19
FIGURA 6 - RAPPRESENTAZIONE GRAFICA 2° STEP .....	32
FIGURA 7 – PRESENZA DEL CAREGIVER .....	32
FIGURA 8 - DETERMINAZIONE DEL GRADO COGNITIVO E DI AUTOSUFFICIENZA DEL CAMPIONE ESAMINATO.....	33
FIGURA 9 – ANALISI LUOGO DI PROVENIENZA E LUOGO DI DIMISSIONE .....	33
FIGURA 10 - ANALISI STATO SOCIALE.....	34
FIGURA 11 – MANIFESTAZIONE DELLE COMPLICANZE .....	36
FIGURA 12 – ANALISI DELLE CAUSE .....	36
FIGURA 13 – ANALISI DELLE CAUSE .....	37

## **ABSTRACT**

Il confezionamento della gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) è una procedura minimamente invasiva indicata per la somministrazione a lungo termine della nutrizione enterale in pazienti con limitata capacità di assunzione orale che hanno un tratto gastrointestinale inalterato e funzionale; costituisce la tecnica di prima scelta per la Nutrizione Enterale Domiciliare (NED).

La gestione di tale presidio richiede da parte del paziente e dei caregivers, lo sviluppo di competenze e abilità che vengono acquisite attraverso un processo educativo offerto da tutto il personale sanitario, volto alla risoluzione delle più comuni problematiche legate alla permanenza dei presidi, alla gestione dell'alimentazione e alla somministrazione dei farmaci.

OBIETTIVO: Lo studio consiste nel valutare le strategie adottate da parte degli operatori sanitari, per garantire il processo educativo.

Analizzati gli strumenti educativi usati, si osserva il livello di autogestione raggiunto da parte del paziente e dal suo caregiver.

MATERIALI E METODI: Studio osservazionale di prevalenza; per integrare la numerosità campionaria si decide in itinere di associare l'osservazione delle cartelle cliniche su base retrospettiva, prendendo in esame i pazienti portatori di PEG, ricoverati presso la SOD Dietologia AOU "Ospedali Riuniti" – Ancona nel periodo 2019-2020.

Per la fase di studio di prevalenza il campione analizzato è di convenienza, prendendo in esame i pazienti presenti in ricovero nel periodo di osservazione.

Per la raccolta dei dati è stata costruita una scheda di valutazione che prende in esame tre setting distinti:

- Tipologia di processo educativo offerto (campione riferito agli operatori)

- Analisi demografica dell'utenza
- Analisi del grado di compliance rispetto alle informazioni ricevute.

OUTCOME: raggiungimento da parte del paziente e/o caregiver di un grado ottimale di autogestione del presidio

RISULTATI OTTENUTI: La numerosità campionaria comprende 17 pazienti. Il genere maschile è rappresentato per il 66% nell'analisi della documentazione clinica, per il 100% nella fase di raccolta dei dati in presenza (studio di prevalenza); l'età media oscilla tra 59 e 61 anni.

Il genere femminile è rappresentato per il 44% nell'analisi della documentazione clinica con età media di 82 anni.

Il processo educativo è fornito per tutti i casi analizzati (100%) dall'equipe infermieristica; gli strumenti utilizzati sono Brochure e i video formativi.

Tra i familiari dei pazienti, il 50% hanno riportato un grande beneficio con l'assenza delle problematiche, il 38% hanno riferito la comparsa delle difficoltà in seguito al suo posizionamento.

CONCLUSIONI: Dall'analisi della letteratura si evince che le sonde PEG sono presidi sempre più utilizzati per garantire la nutrizione enterale in pazienti con disfagia o incapacità di mantenere un adeguato apporto nutrizionale. I benefici che l'uso di tali strumenti comportano sono: minori complicanze e un aumento del tasso di sopravvivenza.

Lo studio effettuato, in linea con gli studi citati in bibliografia, dimostrano che l'educazione è fornita per la maggior parte dagli infermieri, attraverso il supporto di strumenti educativi. Tenendo in considerazione l'outcome previsto, si può affermare che il processo formativo erogato risulta essere efficace e di facile comprensione per l'utenza.

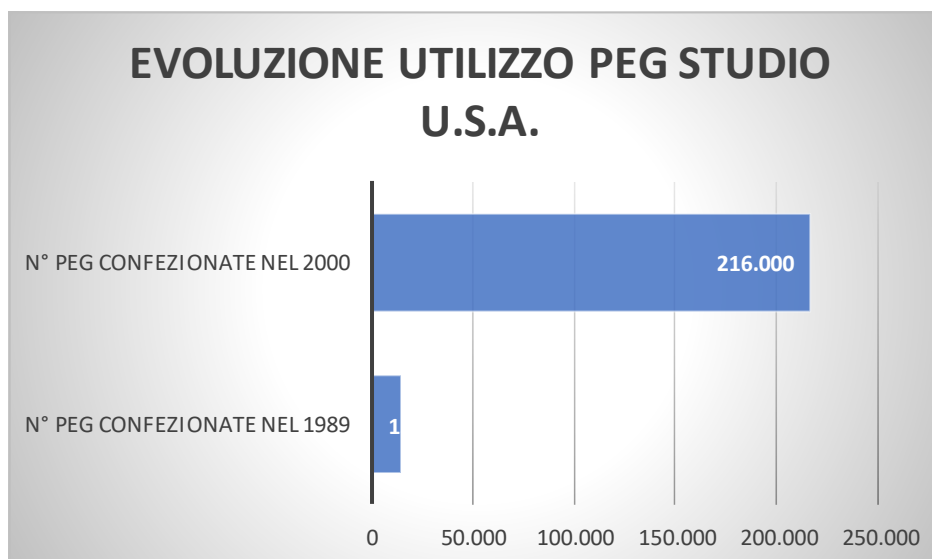
## INTRODUZIONE

La condizione di malnutrizione è un problema comune nei pazienti ospedalizzati che aggrava il quadro clinico generale; spesso si associa ad un aumento della morbilità, della mortalità ed il conseguente aumento della spesa sanitaria. Diversi fattori contribuiscono a uno stato nutrizionale carente, rendendo la malnutrizione la causa o la conseguenza di gravi malattie.

La Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG) è uno strumento terapeutico essenziale in quanto permette di mantenere o reintegrare lo stato di nutrizione dei soggetti in cui la alimentazione orale è controindicata, impraticabile o non sufficiente.

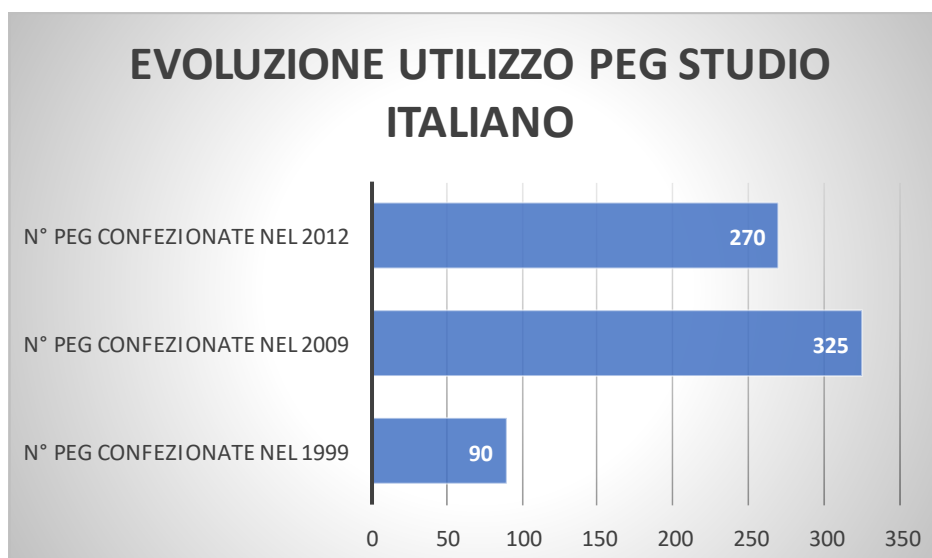
La letteratura afferma che l'impianto del dispositivo PEG è sempre più frequente; per esempio uno studio condotto negli Stati Uniti evidenzia:

*Tabella 1 – Rappresentazione grafica risultati studio USA*



In uno studio italiano, condotto presso la ULSS n.6 di Vicenza mette in evidenza:

**Tabella 2 – Rappresentazione grafica risultati studio Italiano**



L'incremento dell'utilizzo della PEG è determinato principalmente dalla facilità di impianto, dalla ridotta invasività nel suo impianto e dall'estensione delle indicazioni che tutt'oggi comprendono i pazienti che manifestano disfunzioni e conservano una buona funzionalità gastro-intestinale.

Il confezionamento della PEG trova oggi maggiore applicazione rispetto al passato, infatti i dispositivi possono essere impiantati a pazienti con uno stato di coscienza vigile con una prospettiva di permanenza del device in sede per un tempo medio-lungo.

Trova indicazione, inoltre su pazienti ricoverati presso Unità di Terapia Intensiva con un grado elevato di complessità assistenziale o ricoverati in reparti di lungodegenza caratterizzati da un elevato grado di intensività<sup>1</sup>, per soggetti con un grado totalmente o parzialmente compromesso della coscienza, in vari stadi di gravità. Sempre più spesso trova applicazione come supporto per i cosiddetti "grandi anziani"<sup>2</sup>, che per una serie di

<sup>1</sup> L'organizzazione per intensità di cura non raggruppa eccezionalmente i pazienti sulla base delle discipline mediche, bensì prevede l'accoglienza del paziente in un'area appropriata in base al bisogno clinico assistenziale ed al trasferimento successivo al variare delle condizioni cliniche. L'assegnazione del livello di cura richiesto consegue ad una valutazione di instabilità clinica (associata a determinate alterazioni di parametri fisiologici) e di complessità assistenziale (medica ed infermieristica).

<sup>2</sup> L'aumento della vita media determina l'incremento dei cosiddetti "grandi anziani". Al 1° gennaio 2019 si stimano circa 2,2 milioni di individui di età pari o superiore agli 85 anni, il 3,6% del totale della popolazione residente (15,6% della popolazione di 65 anni e oltre). L'Italia, insieme alla Francia, detiene il record europeo del numero di ultracentenari, quasi 15 mila. Fonte: Istat

condizioni derivanti dalla senescenza avanzata e al decadimento delle funzioni cognitive offrono un valido supporto all'alimentazione

Tra i criteri di impianto del dispositivo rientrano la volontarietà del paziente all'esecuzione della procedura, valutazione del quadro clinico, il peso corporeo raggiunto, alla prognosi della malattia di base e all'analisi delle controindicazioni derivanti dalla stessa procedura di impianto.

Autorevoli studi affermano che l'alimentazione per mezzo della PEG risulta essere più efficace e sicura rispetto all'alimentazione attraverso il sondino naso gastrico (SNG); il device è impiantato tramite tecnica chirurgica mini-invasiva, solitamente richiede un ricovero in regime di day hospital o in alcuni casi attraverso prestazioni ambulatoriali e trova larga applicazione a livello domiciliare.

Lo scopo del suo confezionamento consiste proprio nel garantire un appropriato supporto nutrizionale e il miglioramento della qualità di vita dell'individuo.

Questa tecnica di recente acquisizione, è oramai considerata la prima scelta nell'ambito della nutrizione enterale da gestire in ambito domiciliare. L'utilizzo di tale ausilio ha ridotto sensibilmente il numero di complicanze per nutrizione enterale e l'abbattimento dei costi sull'economia sanitaria, in quanto ha ridotto il periodo di degenza favorendo in maniera precoce il reinserimento del paziente nel proprio setting naturale, il proprio nucleo familiare.

Le caratteristiche che l'operatore sanitario deve possedere nella presa in carico del paziente portatore di PEG sono principalmente riconducibili all'importante ruolo di educatore.

L'approccio assistenziale prevede un pieno coinvolgimento dei caregivers in quanto sono chiamati a fornire al proprio congiunto un supporto costante nelle attività di vita quotidiana nel proprio domicilio. L'operatore sanitario deve fornire alla famiglia un supporto sia psicologico che tecnico per gestire in maniera autonoma il dispositivo.



## ALIMENTAZIONE

L'alimentazione oltre ad essere un bisogno primario dell'uomo, indispensabile per la costruzione delle strutture biologiche, rappresenta uno dei processi fondamentali della cultura umana. Il comportamento alimentare infatti, non rappresenta soltanto una necessità biologica di nutrirsi ma anche un fenomeno psicologico, culturale e sociale.

Il cibo, secondo il fenomeno sociale, rappresenta l'espressione di identità e stile di vita, del consumo "esigente" per tutelare sé stessi e i propri cari. La scelta del cibo è la responsabilità sociale ed una spinta al turismo che può essere il tema di comunicazione e cambi culturali.

Innanzitutto è fondamentale definire che l'alimentazione e nutrizione sono due termini che vengono scambiati per sinonimi ma che hanno significati ben diversi.

Per alimentazione si intende il processo di fornire cibo all'organismo e l'organismo stesso ne estrae energia e sostanze fondamentali per rigenerarsi e stare in salute.

Mentre la nutrizione è la scienza che studia il corretto apporto di principi alimentari attraverso il cibo e l'alimentazione; la Federazione delle Società Italiane di Nutrizione (FeSIN) definisce con il termine **nutrizione**: *"Quanto serve a nutrire con riguardo alla qualità o alla quantità. In senso più specifico, indica il complesso dei processi biologici che con-sentono o condizionano la crescita, lo sviluppo e l'integrità dell'organismo vivente (animale o vegetale) in relazione alle disponibilità di energia, nutrienti e altre sostanze d'interesse nutrizionale"*.

La cultura alimentare si modifica costantemente ed è strettamente legata ai processi di globalizzazione che producono veloce e consistente circolazione delle persone, con le loro abitudini alimentari.

I processi migratori svolgono un ruolo principale nella sua diffusione permettendo di conoscere nuovi ingredienti e i sapori che condizionano i gusti delle persone permettono a loro di incontrare l'altro attraverso la cucina quindi tramite lo scambio degli elementi delle rispettive culture.

Le caratteristiche della cultura alimentare varia da paese a paese e rappresenta uno strumento di primo contatto tra cultura dell'accoglienza e cultura della provenienza. La diversità culturale tra i paesi non riguarda soltanto il cibo ma anche l'ospitalità, lo stato psicologico, pratiche religiose e il livello di istruzione.

### *LA MALNUTRIZIONE*

La malnutrizione viene considerata come una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti ed utilizzazione dei nutrienti tale da comportare un eccesso di morbilità e mortalità o un'alterazione della qualità della vita. Include sia alterazioni derivanti da carente apporto di nutrienti, sia da eccessivo apporto, sia da alterato metabolismo degli stessi (SINPE, 2002). Rappresenta una condizione in grado di condizionare negativamente la prognosi della malattia di base che l'ha determinata. La malnutrizione si associa ad incremento della morbilità con ritardata cicatrizzazione, aumento del numero delle complicazioni, e conseguente degenza più lunga, più frequente ri-ospedalizzazione, ed aumento dei costi.

### *NUTRIZIONE ENTERALE*

Per nutrizione enterale si intende un tipo di nutrizione artificiale, che prevede la somministrazione di alimenti attraverso il posizionamento di una sonda che andrà a situarsi nello stomaco del paziente che è impossibilitato a nutrirsi per via orale. L'alimentazione enterale si avvale di soluzioni apposite, prodotte dall'industria farmaceutica o confezionate dai servizi farmaceutici ospedalieri, che devono essere bilanciate dal punto di vista nutritivo e arricchite di vitamine e sali minerali.

## **LA GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA**

La Gastrostomia Endoscopica Percutanea, indicata con l'acronimo PEG, è una tecnica che consente la nutrizione enterale tramite una sonda alimentare che collega la cavità gastrica alla parete addominale, mediante una sonda di 5-7 mm di diametro.

Questa tecnica permette la nutrizione attraverso la somministrazione di miscele nutrizionali direttamente nello stomaco, in pazienti con assenza della funzione di deglutizione o in alcuni casi, come supplemento alla normale alimentazione.

La PEG è una metodica descritta per la prima volta da Ponsky e Gauderer nel 1980. In concomitanza con il progresso avvenuto in medicina e l'avvento di nuove metodiche medico-chirurgiche, la tecnica di inserimento ha subito notevole evoluzione, soprattutto grazie all'introduzione dell'endoscopica. Attraverso l'esame endoscopico di gastro-esofago-digiuno-scopia (EGDS) si è potuto raggiungere un livello elevato in termini di sicurezza e semplicità di impianto; la procedura non richiede un elevato impiego di risorse economiche in quanto tra i numerosi vantaggi, è indicata un'anestesia con sedazione profonda.

Grazie al notevole impiego della tecnologia in medicina, la PEG può essere impiantata oltre che con tecniche endoscopiche anche tramite il ricorso ad altre metodologie chirurgiche mini invasive attraverso la gastroscopia laparoscopica (PLG) per mezzo di guida sonografica (PSG) o fluoroscopia (PFG).

Le tecniche per il posizionamento della sonda per la gastrostomia endoscopica percutanea sono sostanzialmente di tre tipi:

- **Tecnica Pull.** Metodica introdotta da Ponsky-Gauderer nel 1980 e risulta essere l'approccio più utilizzato. Tale tecnica prevede:
  - Insufflazione aria con EGDS
  - Localizzazione del punto per la puntura sulla parete addominale (circa 2/3 distanza ombelico arco costale sinistro) mediante pressione con punta del dito e localizzazione del repere
  - Inserimento di ago-cannula all'interno dello stomaco, visualizzato in EGDS, attraverso la parete addominale
  - Inserimento del filo guida attraverso la cannula che viene catturato nello stomaco dall'endoscopista con uno strumento da presa

- Per via retrograda si porta il filo guida fuori dalla bocca sfilando l'endoscopio
- L'endoscopista assicura la parte terminale del tubo di gastrostomia alla parte buccale del filo guida
- L'operatore che ha praticato il repere con ago-cannula ritira la guida con la PEG fino a fare uscire il tubo gastrostomico e lo fissa alla parete addominale
- L'endoscopista controlla per via endoscopica la posizione del sistema di ancoraggio alla parete gastrica.

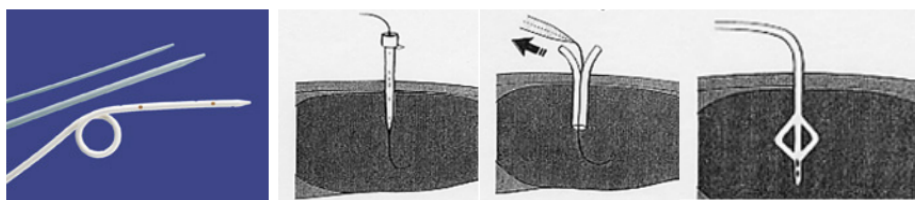
**Figura 1 – Confezionamento PEG secondo Tecnica Pull**



- **Tecnica Push.** Tale metodica è effettuata:
  - Puntura dello stomaco e inserimento di filo guida
  - Uso di dilatatori
  - Inserimento di tubo per gastrostomia che di solito hanno forma tipo pig tail o simile.

La tecnica push è la base per il posizionamento radiologico della gastrostomia percutanea. Lo stomaco viene insufflato con SNG e la puntura dello stomaco è su guida fluoroscopica.

**Figura 2 – Confezionamento PEG secondo Tecnica Push**



- **Tecnica Introducer.** Mediante la realizzazione o meno di una gastropessi si rimuove l'ago, lasciando in situ una guida metallica flessibile lungo la quale si posiziona la sonda gastrostomia;

Se non esistono impedimenti anatomici al transito della protesi gastrostomica le tecniche di prima scelta sono la Pull e la Push.

L'indicazione per il posizionamento del tubo gastrostomico si basa principalmente sull'accertamento dello stato nutrizionale dell'individuo. In ambito ospedaliero, il trattamento di NA risulta indicato nelle seguenti condizioni (SINPE, 2002):

- Presenza di malnutrizione
- “Rischio” di malnutrizione
- Presenza di ipercatabolismo.

Prima di sottoporre il soggetto alla procedura si forniscono tutte le informazioni/indicazioni coinvolgendo attivamente il caregiver; in tale contesto viene acquisito il consenso informato.

Successivamente si procede all'anamnesi e all'esame obiettivo che comporta principalmente la valutazione della conformazione addominale per analizzare uno “*stoma-siting*” ottimale della PEG

Immediatamente prima dell'inizio della procedura viene generalmente effettuata una profilassi antibiotica, per ridurre il rischio di complicanze infettive del tramite gastrostomico. Si raccomanda al paziente di interrompere l'assunzione di eventuali terapie in corso con anticoagulanti per scongiurare eventuali sanguinamenti, visto che la PEG è classificata come procedura endoscopica di tipo interventistico-invasiva.

## *TECNICA DI ESECUZIONE*

La Tecnica Pull prevede le seguenti fasi:

- ***Fase Endoscopica.*** È caratterizzata dall'esecuzione a scopo diagnostico di una EGDS. Lo scopo dell'esame è di escludere la presenza di eventuali patologie e/o lesioni della parete gastrica.
- ***Fase di preparazione all'impianto.*** L'Endoscopista insuffla all'interno dello stomaco aria per aumentare lo spazio viscerale e permettere che la sua parete anteriore sia in prossimità della parete interna addominale.
- ***Stoma siting.*** Utilizzando l'effetto della trans-luminescenza, si applica una digito-pressione sulla parete esterna dell'addome per scegliere il punto ottimale in cui posizionare la PEG. Una volta scelto il punto adatto per il posizionamento della PEG viene effettuata una anestesia locale e quindi una piccola incisione cutanea che permette all'operatore di inserire un ago-cannula che dalla parete addominale penetra nel lume gastrico. Dentro la cannula viene quindi inserito un filo guida che viene preso per via endoscopica e portato all'esterno attraverso il tratto digestivo superiore mediante l'estrazione del gastroscopio.

In base alle recenti Linee Guida relative alla “***Gestione infermieristica della PEG/PEJ in pazienti adulti***” (2018), è affermato che la Nutrizione Enterale (NE) può iniziare 4 ore dopo il posizionamento del tubo gastrostomico in assenza di complicanze garantendo una procedura in sicurezza.

È raccomandato di iniziare con 50ml di acqua biologicamente pura per rilevare eventuali segni che possono indicare il mal posizionamento della sonda nutritiva nonché per valutare il comfort del paziente.

Il tempo di permanenza del presidio viene stabilito dal medico sulla base della valutazione clinica del paziente che è condizionata da vari fattori. Si rende necessario però sostituire il dispositivo in base alle indicazioni fornite dal produttore o quando sorge la necessità (in seguito all'occlusione, deterioramento, comparsa di complicanze e dislocazione accidentale). La sostituzione dopo il primo posizionamento deve avvenire solitamente

quando la fistola gastrostomia è ben consolidata per ridurre il rischio di inserire la nuova sonda nella cavità peritoneale.

Le sonde sono realizzate con materiale biocompatibili, realizzate in poliuretano, eritrotano o in gomma e di silicone; la caratteristica fondamentale di tali materiale è che a contatto con la temperatura corporea sono morbidi e flessibili. Il calibro del sondino dipende dalla miscela nutrizionale e dal sistema di infusione. Per il sistema a caduta sono consigliati i sondini di grosso calibro (almeno 15F) per evitare l'occlusione. Nella pratica clinica, invece, sono utilizzati i sondini con una calibrazione che oscilla tra 14 e 22 F.

Le sonde sono caratterizzate dalla presenza di un rigonfiamento interno noto come “bumper” che evita lo sfilamento della sonda e di un dispositivo esterno che evita spostamenti e migrazioni verso l'interno.

I bumper possono essere classificati come rimovibili e non rimovibili: il sistema rimovibile verso l'esterno ha un dispositivo interno sufficientemente morbido che tirando dall'esterno si potrà deformare e passare attraverso lo stoma della parete addominale. La sonda non rimovibile invece ha un dispositivo interno rigido (bumper) e va sostituita per via endoscopica.

Un particolare tipo di sonde gastrostomiche sono quelle a basso profilo o bottoni gastrici che sporgono esternamente con uno spessore molto ridotto e quindi si possono facilmente nascondere sotto i vestiti. Viene posizionata principalmente nei soggetti giovani o nel caso di rischio di rimozione della sonda tradizionale.

***Figura 3 – Tubo Gastrostomico***



Nella Nutrizione Enterale Domiciliare (NED) il ricorso alla PEG costituisce la tecnica di prima scelta e trova indicazione in pazienti con esiti di disfagia, di patologie neurologiche acute (traumi cranio-encefalici, danno cerebro vascolare) e in molte affezioni neurologiche croniche (sclerosi laterale amiotrofica, demenza di Alzheimer, distrofia miotonica, miastenia, morbo di Parkinson e demenza multi-infartuale); per esempio la prevalenza della malnutrizione a seguito di un ictus acuto potrebbe variare dall'8% al 34% (Omorogieva Ojo, 2016).

Nello specifico, il confezionamento di una PEG è indicata per le seguenti patologia: Malattie neurologiche, Malattie dismetaboliche, Cachessia, Cachessia neoplastica e Patologie ad elevato catabolismo che necessitano di supplemento nutrizionale (fibrosi cistica), Malattie neoplastiche (Neoplasie maligne dell'orofaringe e Neoplasie esofagee), Condizioni post-chirurgiche, Pazienti sottoposti a ventilazione meccanica degenti in una degenza intensiva, Sclerodermia, alcune patologie infettive (Encefalo, mieliti), Patologie ad eccessivo catabolismo proteico (malnutrizione proteico - energetica) e infine la Decompressione gastrica in casi di occlusione intestinale da neoplasie maligne (terapia palliativa).

La gestione di una NE in un setting domiciliare condiziona una programmazione di eventi formativi rivolti al paziente e la sua famiglia che è impegnata al governo della PEG e del materiale annesso: le formule alimentari presenti in commercio, relativi materiali necessari: fornire l'acquisizione di competenze di base garantisce la continuità dell'utilizzo adeguato del dispositivo e la prevenzione di eventuali complicanze di cattiva gestione.

## **CRITICITÀ E COMPLICANZE**

La possibilità di disporre di un supporto nutrizionale ha cambiato in modo sostanziale l'andamento della malattia e le prospettive di sopravvivenza e la qualità della vita.



Il sistema PEG anche se rispetta la fisiologia dell'apparato intestinale, resta comunque una procedura artificiale che sostituisce la naturale funzione di un organo; si rende necessario quindi, che sia gestita in modo corretto, per evitare l'insorgenza di danni iatrogeni anche gravi e complicanze derivanti da una inadeguata gestione.

Si ritiene sottolineare che in ambito di NED il ricorso alla PEG rappresenta oggi un'importante traguardo che consente le dimissioni precoci e protette per la presa in carico della cronicità anche complessa a domicilio.

I vantaggi per il paziente e la sua famiglia sono evidenti, ma si rende indispensabile garantire un sostegno attraverso un percorso continuo e costante di tipo formativo e di sorveglianza nel tempo.

Le problematiche che più frequentemente interessano la gestione della PEG possono essere:

- gestione della dimissione dall'ospedale
- addestramento dei familiari
- capacità dei caregiver e dei servizi territoriali di far fronte e risolvere le problematiche che possono presentarsi
- disponibilità dei presidi necessari
- corretta conoscenza e applicazione delle procedure.

Appare evidente che il momento della transizione tra l'ospedale e il territorio potrebbe costituire un possibile elemento di criticità nel processo che solo l'offerta di una corretta istruzione e trasmissione delle conoscenze può aiutare a superare gli ostacoli non lasciando spazio all'incertezza.

Se a livello ospedaliero la gestione della nutrizione artificiale è affidata al personale sanitario, a livello domiciliare, invece, richiede la coordinazione da parte della famiglia o il caregiver.

Nella NED, nel tentativo di evitare l'insorgenza di inconvenienti, è indispensabile la collaborazione tra le figure professionali e il caregiver/paziente orientato all'acquisizione delle conoscenze specifiche, per esempio sull'utilizzo delle pompe infusionali e delle sonde, sulla

preparazione e sulla somministrazione delle miscele nutrizionali, sulla gestione giornaliera degli accessi centrali, sulla medicazione. L'addestramento dei caregivers risulta essere strategia fondamentale nel processo di domiciliatura che deve iniziare già durante la degenza in ospedale.

Il programma di addestramento dei caregivers/famigliari, deve essere preciso e dettagliato, utilizzando materiali didattici che dia la possibilità di una rapida acquisizione di competenze specifiche. Nello specifico si rende necessario offrire un importante intervento educativo prima della dimissione in modo da attivare un processo di dimissione protetta.

In generale si distinguono complicanze di tipo meccaniche, locali e sistemiche.

Le **complicanze meccaniche** sono legate principalmente ai presidi utilizzati e sono:

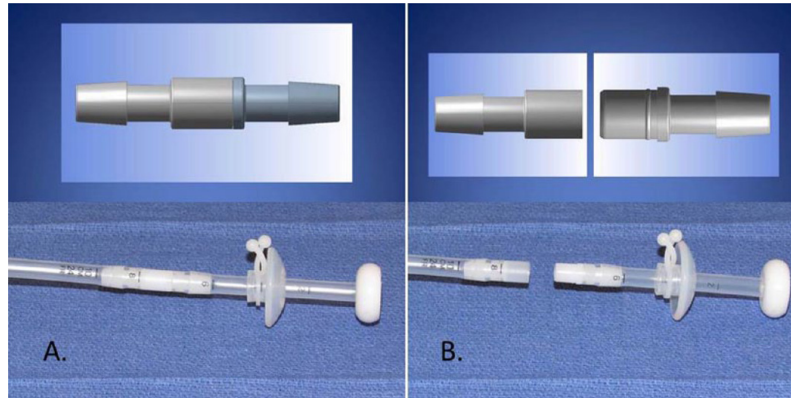
- *Ostruzione della sonda*: si verifica in seguito alla formazione di precipitato all'interno del dispositivo, causato da un insufficiente lavaggio. Si rende necessario quindi, mantenere pulita la sonda tramite dei lavaggi praticati prima e dopo il suo utilizzo
- *Spostamento accidentale*: in ordine di frequenza dell'evento rappresenta un'altra problematica molto frequente. La dislocazione può avvenire:
  - Fuoriuscita della sonda dallo stomaco
  - Scivolamento della sonda per via retrograda verso l'esofago
  - Migrazione della sonda verso il piloro gastrico e quindi verso la porzione del duodeno e ostruire il tratto di efflusso gastrico.

Lo spostamento della sonda può manifestarsi attraverso i seguenti sintomi: portare il vomito, il dolore e la distensione addominale.

È stato ipotizzato che l'uso di un dispositivo di disaccoppiamento sia un meccanismo sicuro ed efficace per ridurre gli spostamenti. Ciò è stato dimostrato in uno studio condotto su 100 pazienti che hanno ricevuto il dispositivo noto come safety break e hanno avuto un follow-up completo.

Tale studio ha dimostrato l'efficacia dello strumento come una soluzione innovativa ed economica al problema dello spostamento accidentale (Laura H Rosenberger , 2015).

**Figura 4 – Male and Female pieces of the SafetyBreak Device in the coupled (A) and decoupled position (B)**



- Buried bumper syndrome: L'eccessiva compressione del tessuto tra il dispositivo di fissazione esterno e interno del tubo gastrostomico è considerato il principale fattore eziologico che porta alla BBS. La posizione ottimale del fissatore esterno gioca quindi un ruolo chiave: una pressione eccessiva può portare a ischemia, necrosi e infezione dei tessuti (come la complicanza PEG più frequente), e successivi cambiamenti infiammatori e fibrosi possono causare BBS. D'altra parte, una sufficiente interposizione del tessuto impedisce la fuoriuscita di contenuto gastrico nella cavità peritoneale e nella peritonite. Uno studio prospettico ha descritto un aumento dell'incidenza dallo 0,8% nel 1998 al 3,6% nel 2004 (Jiri Cyrany 2016).

**Figura 5 – Sindrome di Buried Bumber**



Le **complicanze locali** interessano la cute peristomale e riguardano principalmente:

- *Infiemmazione peristomale*: può essere causata dal mal posizionamento della sonda gastrica, da eccessiva tensione tra i fissatori interni ed esterni o, al contrario, da eccessiva lassità tra i 2 fissatori oppure il contatto delle secrezioni gastriche con la cute peristomale, che comportano manifestazioni locali quali: calore, eritema, escoriazione, presenza di siero giallo o ematico e il dolore.
- *Infezione peristomale*: l'infiammazione della cute peristomale può rappresentare un ottimo substrato per la crescita batterica dando origine ad un'infezione. Tale evenienza rappresenta una delle complicanze maggiormente presenti nei soggetti portatori della PEG. Preparare il paziente all'impianto del device soprattutto attivando una profilassi antibiotica e fornire un'adeguata educazione del paziente e del caregiver alla gestione dello stoma e della sonda gastrostomia, risultano essere importanti azioni preventive.
- *Sanguinamento*: le procedure messe in atto per il posizionamento della sonda nutritiva sono considerata ad alto rischio di sanguinamento. Per questo è importante mettere in atto delle precauzioni necessari soprattutto nei confronti di quei pazienti che assumono terapie anticoagulanti o antiaggreganti.
- *Perdite peristomali*: la fuoriuscita di secrezioni di natura gastrica, formula nutritiva e dei farmaci somministrati per via enterale possono causare *l'allargamento della circonferenza dello stoma*.

Le manifestazioni sopra descritte possono verificarsi in seguito all'insufficiente gonfiaggio del bumper interno, rottura del bumper interno, aumento della pressione addominale (per tosse cronica, costipazione) e una cattiva igiene dello stoma. Si rende necessario mantenere la cute sempre ben pulita e asciutta, in caso di secrezione purulenta disinfettare e applicare pomata antibiotica o eosina (contattare eventualmente gli operatori sanitari di riferimento).

- *Allargamento della circonferenza dello stoma*
- *Granuloma*: descritta come una neoformazione di tessuto cutaneo di color fragola, che si instaura intorno al foro da cui passa il presidio gastrostomico. A volte tende a sanguinare. Per prevenire il sanguinamento è necessario ridurre i movimenti involontari della sonda informare il medico e applicare il medicamento idoneo (toccatore con nitrato di argento).

Sono citate infine le complicanze gastrointestinali e metaboliche legate principalmente alle **modalità di somministrazione e le sostanze nutritive** e sono:

- *Dolore addominale*: che può associarsi a nausea, agitazione e tensione addominale. Si può intervenire rivalutando quantità e tempi di infusione.
- *Diarrea*: Può essere utile ridurre la velocità, sospendere temporaneamente oppure sostituire l'alimento cercando di compensare l'apporto di acqua e Sali minerali.
- *Vomito*: si intende la rapida espulsione del cibo o altro materiale contenuto nello stomaco attraverso la bocca.

Un'altra questione importante da gestire nei soggetti portatori della PEG è rappresentata dal reflusso gastroesofageo. Si presenta in seguito al deficit dello sfintere esofageo inferiore e può determinare polmoniti da aspirazione.

## **RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA GESTIONE DELLA PEG**

La Nutrizione Enterale rappresenta il sistema nutrizionale elettivo quando sia necessario il ricorso all'alimentazione artificiale a lungo termine.

L'uso dell'alimentazione enterale comporta un abbattimento del rischio di insorgenza di gravi complicanze, riduce la traslocazione batterica dall'intestino alla circolazione sistemica, riduce i livelli di citochine infiammatorie circolanti, aiuta a ripristinare la normale funzione intestinale e riduce le complicanze infettive e i costi complessivi dell'assistenza.

Tuttavia, la terapia nutrizionale enterale deve essere adattata alle esigenze specifiche del paziente; lo stato nutrizionale di base di ciascun paziente deve essere valutato attentamente nel contesto della sua anatomia, delle malattie concomitanti e delle attuali condizioni mediche.

La responsabilità dell'infermiere nell'erogare un'assistenza corretta ai pazienti portatori di PEG, nei diversi step di presa in carico, dall'impianto alla dimissione ospedaliera ed alla gestione, è compresa fundamentalmente in tre fasi:

- 1) **Fase di pre-posizionamento:** l'assistenza si basa principalmente sulla preparazione dell'assistito alla procedura di confezionamento della PEG. Preparare in maniera adeguata il paziente e i suoi parenti, significa ottenere un grado di compliance molto più alto e verificare situazioni che potrebbero compromettere la procedura "chirurgica" ed il suo decorso post-operatorio in termini di complicanze.
- 2) **Fase procedurale:** riguarda la presa in carico del paziente durante la procedura di confezionamento della PEG. In tale fase il personale sanitario coinvolto deve assicurare il monitoraggio continuo dei parametri vitali, il confort del paziente e l'integrità della sonda.
- 3) **Fase post-procedurale:** In tale fase è importante attivare un percorso formativo e di analisi delle condizioni psico fisiche dell'assistito. L'obiettivo fondamentale è quello supportare l'utente ad accettare il cambiamento della propria immagine, di stimolare alla partecipazione attività sulla cura di sé stesso, incentivare lo sviluppo di competenze da parte dei familiari, insegnare all'autogestione e al riconoscimento precoce di segni e sintomi; È altresì importante sostenere nelle pratiche igieniche e nelle manovre tecniche quali la medicazione dello stoma, sulle tecniche di fissaggio del dispositivo, sulla procedura di alimentazione e relativi preparati dietetici. La figura infermieristica inoltre ha l'importante funzione di coach nelle funzioni di addestramento nella gestione quotidiana della sonda enterale e nella somministrazione della miscela nutritiva e dei farmaci.

L'addestramento, infatti, rappresenta una delle procedure fondamentali della NED per garantire una dimissione protetta al proprio domicilio.

L'addestramento si basa principalmente sull'educazione terapeutica fornita al paziente e alla sua famiglia e rappresenta parte integrante di tutto il processo assistenziale.

## **IL CAREGIVER E L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA**

La NED rappresenta un processo assistenziale che pregiudica una stretta alleanza con il caregiver nel processo di presa in carico domiciliare e rende indispensabile lo sviluppo di un ottimale programma formativo.

La gestione domiciliare della PEG può essere caratterizzata da pratiche sicure se si è in grado di ottenere un buon livello di formazione da parte degli utilizzatori anche se l'approccio assistenziale deve essere di tipo multi-professionale in quanto è richiesto l'intervento di varie professionalità (medico di medicina generale, dietisti, infermieri, terapisti della riabilitazione e del linguaggio, ecc.).

Si rende necessario coinvolgere attivamente tutto il nucleo familiare compreso il paziente stesso, in quanto l'utilizzo del dispositivo enterale condiziona notevolmente lo stesso stile di vita.

Il cambiamento della qualità della vita del soggetto e dei suoi familiari comporta un mutamento che è stato definito come il modo in cui la malattia, il dolore, la ridotta attività motoria e il disagio possono influenzare il comportamento quotidiano, le attività sociali, il benessere psicologico e altri aspetti della vita di un individuo. Nel valutare la qualità di vita, si è portati generalmente a considerare quattro dimensioni:

- attività motoria
- dimensioni funzionali
- attività psicologiche
- attività sociali.

In particolare, il mutamento della qualità, che si esprime attraverso il fornisce la misura del benessere generale, è in grado di modificare in maniera più o meno sostanziale le variabili sopra descritte.

In un paziente portatore di PEG si possono riscontrare delle alterazioni delle quattro dimensioni citate in conseguenza alla privazione dell'atto di nutrirsi e alla presenza del presidio che entrambi interferiscono sulla vita dell'assistito sia in termini quantitativi che qualitativi.

Il malato, pertanto, necessita di un supporto psicologico per acquisire la consapevolezza e l'accettazione del nuovo cambiamento. È necessario supportare il malato attraverso un approccio di tipo empatico costante che possa conferire un equilibrio psicologico.

L'educazione terapeutica è un approccio assistenziale in grado di aiutare i soggetti coinvolti all'adattamento rispetto allo stato di malattia, a prevenire le complicanze, a eseguire la terapia prescritta e a risolvere problemi che derivano dal misurarsi con nuove situazioni.

L'educazione terapeutica, come definito dall'OMS, dovrebbe permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia, quindi, l'addestramento del paziente nelle abilità di auto-gestione o adattamento del trattamento alla sua particolare situazione di cronicità, nonché nei processi di coping. Deve anche contribuire a ridurre i costi dell'assistenza a lungo termine sia per i pazienti che per la società.

L'educazione è un processo interattivo focalizzato su colui che apprende con l'obiettivo:

- Rafforzare l'autonomia decisionale dell'utente
- Promuovere e facilitare l'uso dei servizi sanitari
- Aiutare a convivere attivamente con la cronicità

Le competenze che l'assistito deve essere guidato a maturare riguardano:

- La comprensione di sé stesso
- La comprensione della malattia e del relativo trattamento



- Le capacità di auto-sorveglianza
- Le capacità di autocura
- Le capacità di adattamento della terapia al proprio stile di vita.

Educare l'assistito quindi vuol dire renderlo autonomo, aiutarlo a trasformare la realtà in cui vive, aiutarlo ad adattarsi ad un nuovo stile di vita necessario per convivere con la malattia che spesso ha un andamento cronico.

Si afferma quindi di “persona competente” come un soggetto che conosce ciò che gli occorre sapere della “sua” malattia, i benefici, i rischi e le corrette modalità di assunzione della “sua” terapia. La persona che mette in pratica (saper fare) ragionamenti e gesti corretti di auto-sorveglianza e cura, che assume atteggiamenti (saper essere) e mette in atto comportamenti (saper agire) sicuri e consoni alle esigenze dettate dalla malattia e dalla cura (Marcolongo R., 2006).

Importante, quindi, da parte dell'infermiere promuovere un'assistenza adeguata e un'educazione mirata a carico dei familiari per promuovere comportamenti adeguati e che limitano anche l'affaticamento della persona che si fa carico dell'assistenza.

Le Linee Guida in merito raccomandano l'addestramento del paziente e/o del caregiver nella gestione della sonda enterale e nella somministrazione della miscela nutritiva e dei farmaci.

Tale formazione richiede l'acquisizione delle seguenti competenze:

- Gestione delle sonde gastrostomiche e digiunali
- Aver cura della cute peristomale per prevenire complicanze
- Riconoscere i segni e i sintomi dell'infezione, dell'ipergranulazione e del BBS
- Riconoscere segni e sintomi che possono indicare la presenza di complicanze

Nell'approccio formativo è importante fornire indicazioni chiare e semplici inoltre far sviluppare la percezione di una continuità assistenziale eliminando il senso dell'abbandono da parte della struttura ospedaliera.

## **OBIETTIVI**

### *OBIETTIVO PRIMARIO:*

- Analizzare il livello formativo raggiunto da parte del paziente e/o caregiver rispetto agli strumenti utilizzati per la gestione domiciliare della PEG.

### *OBIETTIVO SECONDARIO:*

- Valutare il grado di compliance raggiunto dal paziente e dal suo caregiver nella gestione domiciliare della PEG rispetto all'addestramento ricevuto.

## **QUESITO DI RICERCA**

Le informazioni fornite al paziente e al suo caregiver sono sufficienti per gestire a livello domiciliare la PEG limitando l'insorgenza di complicanze? Le modalità e gli strumenti utilizzati sono in grado di sviluppare un buon livello di autogestione?

## **MATERIALI E METODI**

### *CAMPIONAMENTO*

Campionamento di convenienza in base ai pazienti presenti in ricovero nel periodo di osservazione. La numerosità campionaria comprende 17 pazienti

### **CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE**

<b>INCLUSIONE</b>	<b>ESCLUSIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pazienti ricoverati presso SOD Dietologia AOU "Ospedali Riuniti" Ancona</li> <li>• Pazienti adulti</li> <li>• Pazienti portatori di PEG</li> <li>• Pazienti in dimissione presso il proprio domicilio</li> <li>• Pazienti con presenza di un caregiver</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paziente pediatrico</li> <li>• Paziente in dimissione presso strutture territoriali (RSA)</li> </ul>

La raccolta dei dati è stata suddivisa in tre step:

- a) 1°step. **Analisi del processo educativo:** analisi degli strumenti formativi utilizzati per fornire il processo educativo. Lo sperimentatore si è inserito nell'equipe assistenziale e attraverso un colloquio conoscitivo ha potuto analizzare gli strumenti utilizzati.
- b) 2°step. **Analisi dell'utente:** analisi delle caratteristiche dell'utenza presa in carico presso il servizio di dietologia. Lo sperimentatore ha partecipato agli incontri formativi effettuati durante il periodo di osservazione ed ha potuto osservare le caratteristiche cliniche e demografiche del campione.
- c) 3°step. **Analisi della comparsa delle complicanze insorte in seguito all'intervento educativo:** nel corso di incontri avvenuti ad almeno una settimana successiva all'addestramento si è riscontrato il livello di compliance raggiunto dal paziente e dal suo famigliaie attraverso l'analisi della comparsa di eventuali complicanze.

È stata realizzata una scheda per la raccolta dei dati, divisa rispettivamente nei tre step sopra descritti valutando 20 variabili.

- a) Nel primo step sono state valutate le caratteristiche dell'equipe assistenziale e gli strumenti utilizzati per attivare il processo educativo.

1° STEP						
Analisi del processo educativo riferito agli operatori						
1. Profilo professionale		<input type="checkbox"/> Medico Dietologo	<input type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati	<input type="checkbox"/> Colloquio	<input type="checkbox"/> Video	<input type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza	<input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> Individual e <input type="checkbox"/> Gruppo					
3. Luogo	<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro	

- b) Nel secondo step è stata effettuata un'analisi demografica dell'utente, dello stato cognitivo per valutare il grado di autosufficienza nella capacità di autocura, situazione sociale ed eventuale presenza del caregiver.

2° STEP Analisi dell'utente					
4. Presenza caregiver		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente		<input type="checkbox"/> Autosufficiente <input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente <input type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo		<input type="checkbox"/> Vigile/orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza		<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input type="checkbox"/> Struttura Territoriale
9. Età		11. Situazione sociale		a) Vive solo b) Vive con badante c) Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale	Note: se al punto 8 b) – c) esce dall'analisi
10. Genere		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Altro

c) Analisi del grado di adesione ai programmi formativi attraverso l'interesse manifestato durante gli incontri didattici e osservazione di eventuali difficoltà manifestate nell'autogestione della PEG.

3° STEP Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto					
12. Presenza complicanze		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
14. Utilizzo di presidi idonei		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	15. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
16. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Per garantire l'anonimato ogni scheda è stata identificata con un codice alfanumerico.

<b>Matr.</b>	<b>PEG1001</b>
<b>Data</b>	

Ogni singola scheda compilata corrispondeva ad ogni paziente selezionato.

## CRONOPROGRAMMA

Tabella 3 – Cronoprogramma di GANTT

TEMPO \ ATTIVITÀ	NOV.	DIC.	GEN.	FEB.	MAR.	LUG.	AGO.	SETT.	OTT.	NOV.
Strutturazione del Quesito di ricerca										
Revisione della Letteratura										
Costruzione Progetto di Ricerca										
Approvazione										

Progetto di Ricerca										
Presenza visione del Setting Assistenziale di riferimento										
Raccolta Dati										
Elaborazione dati										
Stesura dell'elaborato										
Condivisione dello studio										

## RISULTATI

Il primo step mette in evidenza in entrambi le osservazioni, che il processo formativo è stato fondamentale supportato dalla figura infermieristica in tutte le fasi del processo assistenziale.

Si è osservato che il colloquio è stato condotto individualmente utilizzando Brochure e il video guide come strumenti didattici dimostrando risultati positivi. Il processo di addestramento è effettuato all'interno della Unità Operativa che dispone di un luogo dedicato ed attrezzato per tale scopo.

Il secondo step mette in evidenza i seguenti risultati:

Il genere maschile è rappresentato per il 66% nell'analisi della documentazione clinica, per il 100% nella fase di raccolta dei dati in presenza (studio di prevalenza); l'età media oscilla tra 59 e 61 anni.

Il genere femminile è rappresentato per il 33% nell'analisi della documentazione clinica con età media di 82 anni.

In base ai dati raccolti nello studio osservazionale il 62% degli utenti erano accompagnati da caregivers, mentre il 44% nello studio retrospettivo.

Questa ultima variabile è strettamente correlata al grado di autonomia del paziente e alle relative condizioni fisiche e cognitive dell'utente; infatti la maggior parte dei soggetti analizzati avevano uno stato di autonomia tale da richiedere la presenza di un caregiver. Tale affermazione è confermata dai risultati in cui si analizza che nei soggetti analizzati non erano autosufficienti per il 78% (nello studio retrospettivo) e per il 75% (in quello

osservazionale), rispetto a soggetti autosufficienti 22% e il 25% della popolazione controllata.

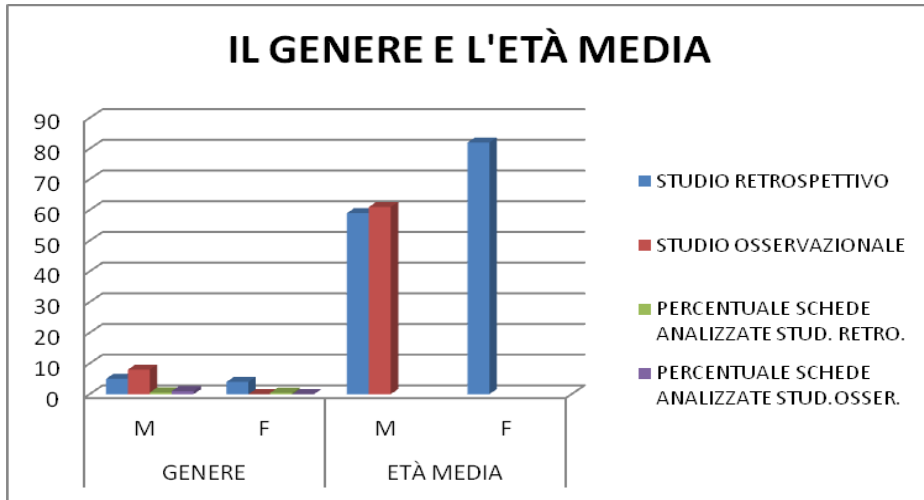
Il 44% dei soggetti risultano vigili e/o orientati e il 56% con il grado di cognizione disorientato nello studio retrospettivo; mentre nello studio osservazionale 50% dei soggetti appaiono vigili e/o orientati, 38% disorientati e 12% incoscienti.

Per quanto riguarda la provenienza e le modalità di dimissione si osserva che il 78% degli individui provengono dal proprio domicilio e l'88% sono stati dimessi verso la propria residenza, dove la figura del caregiver è principalmente rappresentata dal parente con grado di parentela figlio/a. Nello specifico il 62% dei soggetti analizzati nello studio osservazionale vivono a casa con i parenti, il 12% con la badante e il rimanente 12% da solo.

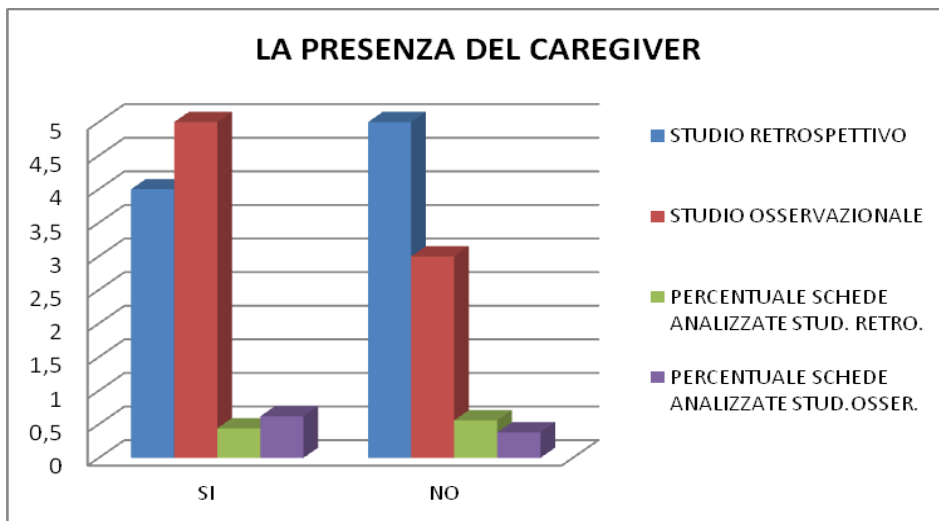
**Tabella 4 - ANALISI DEI DATI 2° STEP**

		STUDIO RETROSPETTIVO		STUDIO OSSERVAZIONALE	
		NUM. CAR.	% SCHEDE CLINICHE 9	NUM. CAR.	% SCHEDE CLINICHE 8
PRESENZA CAREGIVER	SI	4	44%	5	62%
	NO	5	56%	3	38%
GRADO AUTOSUFFICIENZA DI	AUTOSUFF.	2	22%	2	25%
	PARZIAL. AUTOSUFF.	0	0	0	0
	NON AUTOSUFF.	7	78%	6	75%
GRADO COGNITIVO	VIGILE/ORIENTATO	4	44%	4	50%
	DISORIENTATO	5	56%	3	38%
	INCOSCIENTE	0	0	1	12%
PROVENIENZA	DOMICILIO		78%	7	88%
	DH	7	0	0	0
	RICOVERATO ALTRA SOD	0	0	0	0
	STRUTTURA TERRITORIALE	0	22%	1	12%
DIMMISSIONE	DOMICILIO		78%	7	88%
	DIMMESSO IN ALTRA SOD	7	0	0	0
	STRUTTURA TERRITORIALE	0	22%	1	12%
GENERE	M	6	67%	8	100%
	F	3	33%	0	0
SITUAZIONE SOCIALE	VIVE SOLO		11%	1	12%
	VIVE CON BADANTE	1	22%	1	12%
	VIVE A CASA CON PARENTI	2	44%	5	62%
	VIVE IN STRUTTURA TERRIT.	4	22%	1	12%

**Figura 6 - Rappresentazione grafica 2° Step**

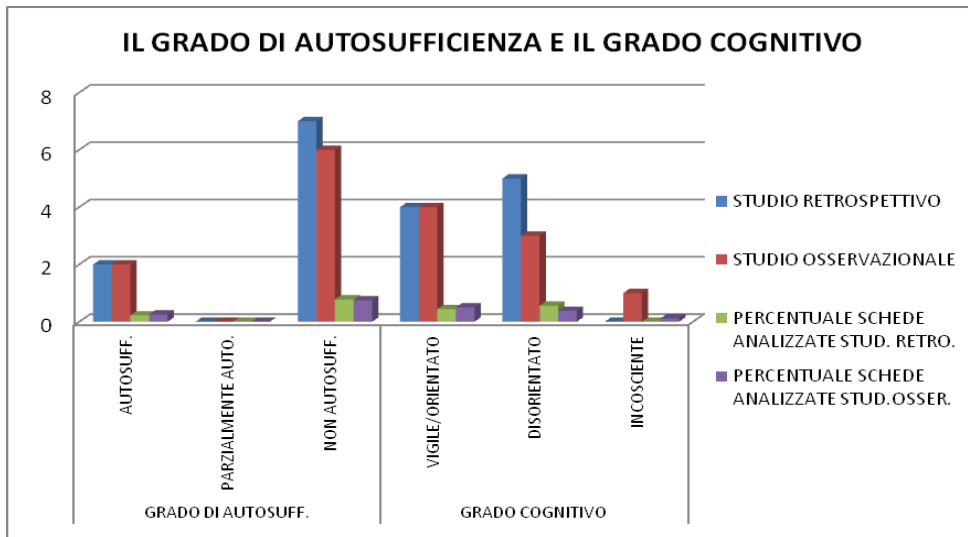


**Figura 7 – Presenza del caregiver**

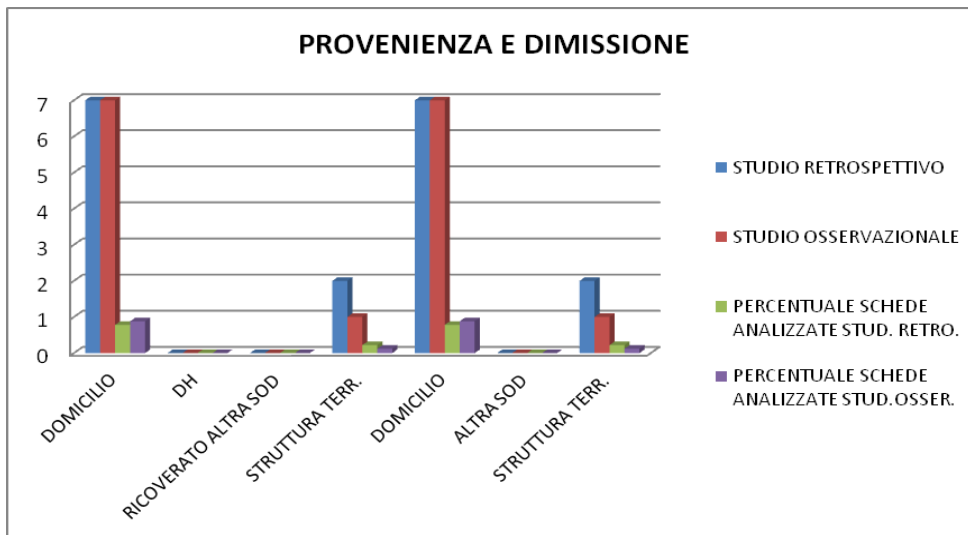




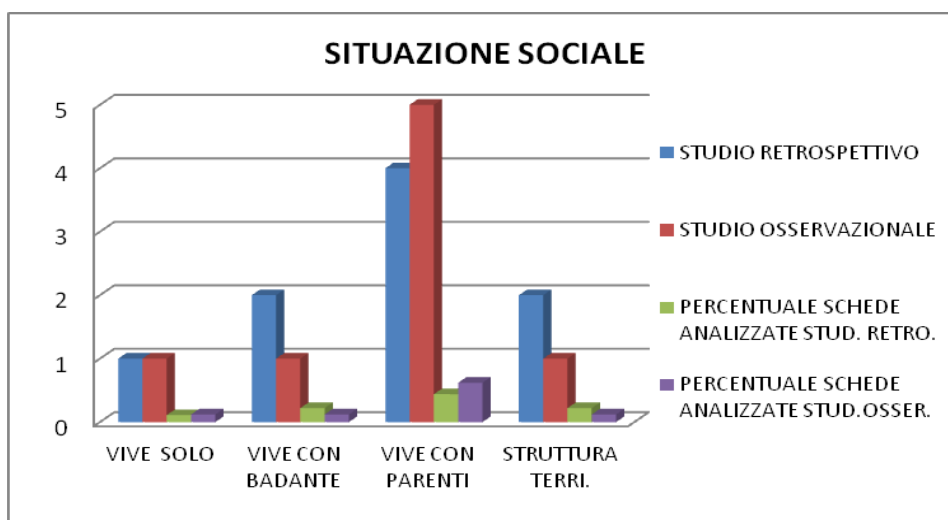
**Figura 8 - Determinazione del grado cognitivo e di autosufficienza del campione esaminato**



**Figura 9 – Analisi luogo di provenienza e luogo di dimissione**



**Figura 10 - Analisi stato sociale**



### ANALISI DEI DATI 3° STEP - COMPLICANZE DELL'UTENTE E/O CAREGIVER RISPETTO ALL'ADDESTRAMENTO RICEVUTO

Il terzo step rileva l'insorgenza di eventuali problematiche relative alla gestione della sonda gastrostomia in seguito all'addestramento ricevuto.

Dai dati raccolti si evince che il 50% dei soggetti sottoposti allo studio osservazionale di prevalenza hanno manifestato le complicanze. Mentre il 38% non presenta complicanze nella cura della PEG a domicilio. La percentuale rimanente, ovvero il 12%, è esclusa dallo studio.

Nello studio retrospettivo invece, il 33% dei soggetti hanno manifestato le complicanze nella gestione della PEG nonostante abbiano ricevuto addestramento, il 44% non sviluppa delle problematiche. Il 23% dei pazienti risultano esclusi dallo studio.

In entrambi gli studi la comparsa delle complicanze non erano correlata a:

- cattiva detersione/ medicazione,
- somministrazione della terapia nutrizionale e farmacologica
- mancanza del corretto utilizzo degli strumenti disponibili.

Si osserva che le complicanze sono principalmente associate alla composizione farmacologica delle miscele nutrizionali che hanno

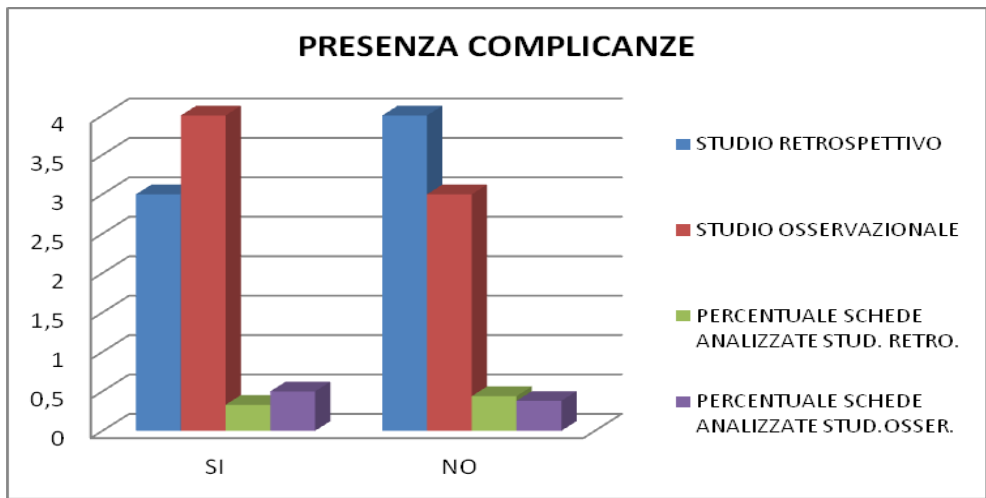
comportano il calo ponderale, stipsi e occlusione intestinale con dolori addominali.

Tra le complicanze si è riscontrato inoltre la dislocazione della sonda accompagnata dalla fuoriuscita dei succhi gastrici, la rottura del palloncino e del tubo gastrostomico e la rimozione accidentale della sonda che hanno richiesto la sostituzione della sonda gastrostomia.

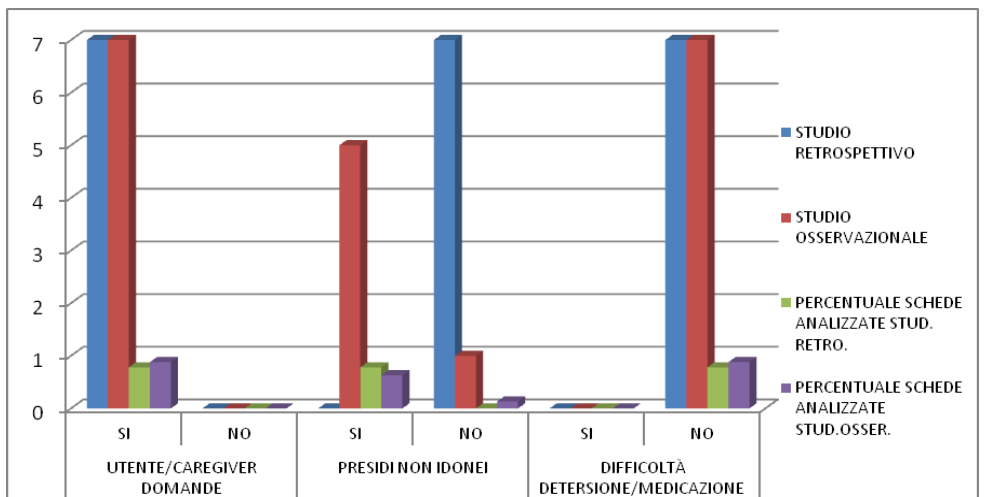
**Tabella 5 - Concomitanza di complicanze in soggetti che hanno ricevuto l'addestramento**

		STUDIO RETROSPETTIVO		STUDIO OSSERVAZIONALE	
			% SCHEDE CLINICHE 9		% SCHEDE CLINICHE 8
PRESENZA COMPLICANZE	SI	3	33%	4	50%
	NO	4	44%	3	38%
UTENTE/CAREGIVER PONGONO DOMANDE	SI	7	78%	7	88%
	NO	0	0	0	0
UTILIZZO DEI PRESIDI NON IDONEI	SI	0	0	5	63%
	NO	7	78%	1	13%
RIFERITA DIFFICOLTÀ NELLA DETERSIONE/MEDICAZIONE	SI	0	0	0	0
	NO	7	78%	7	88%
RIFERITA DIFFICOLTÀ NELL'AVVIARE L'ALIMENTAZIONE	SI	0	0	0	0
	NO	7	78%	7	88%
RIFERITA DIFFICOLTÀ NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI	SI	0	0	0	0
	NO	7	78%	7	88%
RIFERITA DIFFICOLTÀ NELLA CONSULTAZIONE DEL MATERIALE INFORMATIVO	SI	0	0	0	0
	NO	7	78%	7	88%
DIFFICOLTÀ NEL CONTATTARE IL PERSONALE SANITARIO OSPEDALIERO	SI	0	0	0	0
	NO	7	78%	7	88%

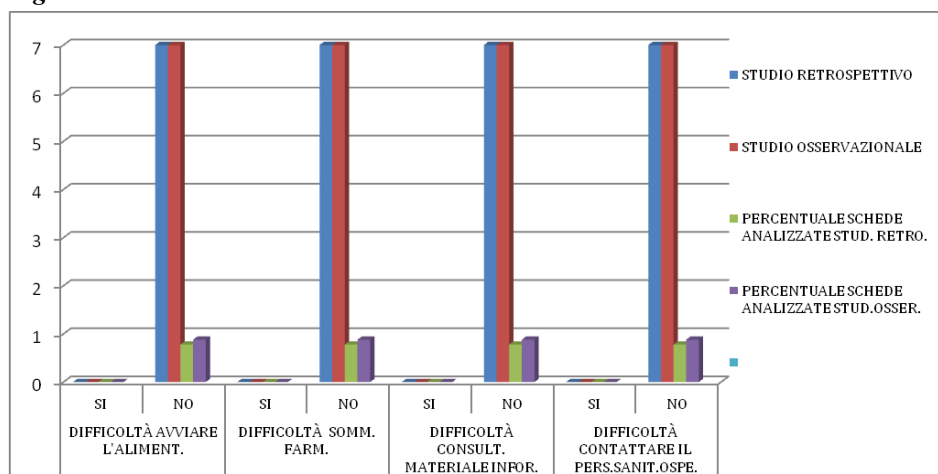
**Figura 11 – Manifestazione delle complicanze**



**Figura 12 – Analisi delle cause**



**Figura 13 – Analisi delle cause**



## DISCUSSIONE

La PEG è una procedura comune, indicata per i pazienti con normale funzione gastrointestinale che dovrebbero richiedere un'alimentazione enterale prolungata.

Lo studio presente viene condotto nei pazienti portatori di PEG, ricoverati presso la SOD Dietologia AOU"Ospedali Riuniti" – Ancona nel periodo 2019-2020. A causa dell’Emergenza Sanitaria derivante dall’infezione da Covid 19, l’Azienda Ospedaliera, in linea con i DPCM, ha dovuto emanare una serie provvedimenti volti a contenere il diffondersi della epidemia; tale situazione a limitato gli accessi in ospedale e ha condizionato la raccolta di dati limitata ad un campione piuttosto ristretto (17 soggetti).

In fase progettuale era stato individuato come obiettivo del presente studio l’osservazione delle seguenti variabili:

- L’analisi del processo educativo fornito dagli operatori;
- l’analisi dell’utente;
- le complicità dell’utente e/o caregiver rispetto all’addestramento ricevuto.

Nel fronteggiare i diversi ostacoli incontrati relativamente all’autorizzazione nella raccolta dei dati, si è ritenuto opportuno modificare l’approccio metodologico combinandolo ad un’analisi della documentazione sanitaria di

pazienti già dimessi già portatori di PEG (approccio retrospettivo), con la finalità di ottenere una numerosità campionaria più rappresentativa.

Quindi i dati sono stati raccolti utilizzando il metodo osservazionale di prevalenza che comprende 8 schede di valutazione e lo studio retrospettivo che analizza 9 schede. In entrambi i casi si è utilizzata la stessa modalità di analisi e l'utilizzo dello stesso strumento per la raccolta dei dati.

In entrambi le metodiche di osservazione si evidenzia che l'addestramento è effettuato in maniera esclusiva dalla figura infermieristica.

L'evento formato era pianificato singolarmente al paziente e al suo familiare in un luogo dedicato. Si è notato che la modalità formativa utilizzata ha permesso ai discenti di comprendere e gestire la situazione e di fare delle domande nel caso di incomprensione. Per facilitare l'apprendimento, all'inizio del processo educativo, veniva proiettato un video educativo che mostrava il posizionamento della PEG e la sua corretta gestione. Successivamente l'infermiere approfondiva su alcune tematiche, per esempio sulle tecniche di stoma-care, sulla somministrazione della nutrizione e dei farmaci.

Il linguaggio utilizzato dal professionista era chiaro, comprensibile e venivano usati esempi e similitudine per permettere un apprendimento immediato.

Al termine del processo educativo veniva fornito un piccolo manuale (Brochure) associato all'occorrenza ad ulteriori indicazioni scritte dal personale sanitario presente.

Per evitare l'insorgenza di sentimenti di abbandono da parte della struttura venivano forniti tutti i riferimenti (telefono, mail ecc.).

I dati raccolti dimostrano che il caregiver rappresenta una figura fondamentale nel processo di presa in carico a livello domiciliare del paziente; tale soggetto ha il ruolo di assistere, sostenere e supportare il malato, generalmente anziano, nei momenti di difficoltà. L'impegno assistenziale del caregiver può variare sulla base del grado di complessità/intensità assistenziale del paziente e soprattutto alla capacità

dello stesso paziente di assolvere alla cura di sé in maniera più o meno autonoma. In tale contesto si rende necessario che la presa in carico coinvolga anche la figura del familiare che si trova investito di responsabilità e carichi eccessivi rispetto alle proprie competenze.

Nel campione esaminato la maggior parte delle complicanze rappresentano un grado minore di gravità; le problematiche maggiori da affrontare a livello domiciliare sono spesso associate alla patologia di base del paziente; spesso infatti i soggetti sono affetti da patologie neurologiche che colpiscono il sistema nervoso centrale e periferico e rappresentano la prima causa di disabilità. Alcune malattie neurologiche sono presenti sin dalla nascita e altre possono insorgere in età adulta. Per esempio l'encefalopatia neonatale rappresenta un disturbo neurologico congenito, che determina l'alterazione dello stato mentale. Tra i sintomi principali si ha il disturbo legato alla deglutizione che richiede l'utilizzo dei presidi necessari per garantire l'adeguato stato nutrizionale. Questa ultima affermazione è confermata dalla presenza anche all'interno del campione preso in esame, di 2 soggetti giovani (26 - 49 anni), affetti rispettivamente da encefalopatia neurologica neonatale.

In tale contesto una delle problematiche che spesso viene affrontata è la verifica dell'effettiva acquisizione delle competenze necessarie per gestire in maniera adeguata il presidio.

Si è osservato che durante gli eventi formativi il caregiver poneva numerose domande rispetto al processo di stoma-care, al funzionamento della pompa peristaltica per la nutrizione, alle modalità di acquisizione delle formule nutrizionali e sulla somministrazione dei farmaci.

Si è riscontrato il bisogno formativo da parte del caregiver che, colto da sentimenti di ansia, depressione e stress, nei confronti della gestione del proprio congiunto, manifesta l'esigenza di raggiungere un livello ottimale di competenza.

## BIBLIOGRAFIA

1. Denise Strijbos<sup>1</sup>, D. (s.d.). pubmed. Tratto il giorno 10 23, 2019 da Percutaneous endoscopic versus radiologic gastrostomy for enteral feeding: a retrospective analysis on outcomes and complications: file:///C:/Users/Utente/Desktop/infermieristica/tesi%20di%20laurea/a-0953-1524.pdf
2. Ticca, P. M. (2003). Ministero della salute. Tratto da Istituto Nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione(INRAN)- linee guida per una sana alimentazione Italiana: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_652\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_652_allegato.pdf)
3. Autorità europea per la sicurezza alimentare. (2019). Tratto da i valori di riferimento per la dieta nell'UE: <https://www.efsa.europa.eu/it/interactive-pages/drvs?lang=it>
4. Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sapienza Università di Roma. (s.d.). Tratto il giorno 2003 da Unità di Ricerca di Scienza dell'Alimentazione e Nutrizione Umana: <http://www.piramideitaliana.it/index.php>
5. Ministero della salute. (s.d.). Tratto il giorno 1996 da LARN- livelli di assunzione raccomandati di energia e nutrienti per la popolazione italiana.
6. SINPE. (2002). Tratto da Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera : <http://www.sinpe.org/wp-content/uploads/2017/02/5-8.pdf>
7. Omorogieva Ojo, J. B. (2016, dicembre 20). pubmed. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27999383/>
8. FeSIN-federazione delle società Italiane di nutrizione. (s.d.). Tratto da Alimentazione e Nutrizione in parole- Glossario di alimentazione e nutrizione Umana: <http://www.sinpe.org/wp-content/uploads/2017/02/425.pdf>
9. valutazione del comitato di etica per la pratica clinica ulss 6 "vicenza". (2015). tratto da nutrizione artificiale tramite p.e.g. Raccomandazioni per l'uso corretto : [http://www.aulss8.veneto.it/allegati/3838-NUTRIZIONE\\_ARTIFICIALE-versione\\_2015.pdf](http://www.aulss8.veneto.it/allegati/3838-NUTRIZIONE_ARTIFICIALE-versione_2015.pdf)
10. Matthew L Bechtold<sup>1</sup>, M. L. (2008). Early versus delayed feeding after placement of a percutaneous endoscopic gastrostomy: a meta-analysis. Tratto da pubmed : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18721239/>
11. Ruben D. Acosta, M. N.-h. (s.d.). ASGE standards of practise commitee. Tratto il giorno 11 24, 2015 da The management of antithrombotic agents for patients.
12. Frances Healey<sup>1</sup>, D. S. (2010). Early detection of complications after gastrostomy: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. Tratto da Pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20442227/>
13. Balasubramanian Karthikumar<sup>1</sup>, S. N. (2018). Pubmed. Tratto da Percutaneous gastrostomy placement by intervention radiology: Techniques and outcome: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30050247/>



14. Gyu Young Pih 1, H. K.-Y. (2018). Pubmed. Tratto da Risk factors for complications and mortality of percutaneous endoscopic gastrostomy insertion: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29954339/>
15. Janusz Sznajder 1, M. Ś.-W. (2017). Pubmed. Tratto da Nutrition accesses among patients receiving enteral treatment in the home environment: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29154244/>
16. Matthew Kurien 1, J. W. (2017). Pubmed-review. Tratto da Malnutrition in healthcare settings and the role of gastrostomy feeding: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27916005/>
17. Sherwin P Schrag 1, R. S. (2007). Pubmed. Tratto da Complications related to percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes. A comprehensive clinical review: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18193123/>
18. Sushma Krishna 1, S. S. (2015). Pubmed. Tratto da Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) site infections: a clinical and microbiological study from university teaching hospital, India: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28989413/>
19. Vasileios Alivizatos 1, V. G. (2012). Pubmed. Tratto da Feeding Tube-related Complications and Problems in Patients Receiving Long-term Home Enteral Nutrition: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22837608/>
20. Gabriele, A. M. (2018). Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Associati. Tratto da Linea guida sulla gestione infermieristica della PEG/PEJ in pazienti adulti: [file:///C:/Users/Utente/Downloads/313-12-30-20-LineeGuidaPEG2016%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Utente/Downloads/313-12-30-20-LineeGuidaPEG2016%20(2).pdf)
21. Alfredo J Lucendo, A. B.-R. (2014). Pubmed. Tratto da Percutaneous endoscopic gastrostomy: An update on its indications, management, complications, and care: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25544410/>
22. Alicia J. Mangram, M., Teresa C. Horan, M. C., Michele L. Pearson, M., Leah Christine Silver, B., & R., W. (1999). Pubmed. Tratto da Guideline for Prevention of Surgical Site: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10196487/>
23. ANTSIFEROV, M. B. (1999). Organizzazione Mondiale della Sanità. Tratto da Educazione terapeutica DEL PAZIENTE : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108151/9289012986\\_ita.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108151/9289012986_ita.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
24. C Tudor 1, C. B.-K. (2016). Pubmed. Tratto da Gastrostomy with peritoneal collar versus percutaneous endoscopic gastrostomy: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27928446/>
25. Dale W Bratzler 1, E. P. (2016). Pubmed. Tratto da Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23327981/>
26. Fang Hua 1, H. X. (2016). Pubmed. Tratto da Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27778318/>

27. Marcolongo R., B. L. (2006). Curare con il malato: l'educazione terapeutica come postura professionale.
28. Omorogieva Ojo 1, E. K.-H. (2019). Pubmed. Tratto da The Effect of Enteral Tube Feeding on Patients' Health-Related Quality of Life: A Systematic Review: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31083338/>
29. Rapetti, C. N.-R. (2013). ANIMO. Tratto da EDUCAZIONE TERAPEUTICA-LA CURA DEL PRENDERSI CURA-“Aiutami a fare da solo” : [https://www.associazione-animo.it/phocadownload/2013/maggio/CN\\_Taormina\\_2013/pdf\\_12052013\\_14.pdf](https://www.associazione-animo.it/phocadownload/2013/maggio/CN_Taormina_2013/pdf_12052013_14.pdf)
30. Douglas L. Nguyen, M. (2017). Pubmed. Tratto da Guidance for Supplemental Enteral Nutrition Across Patient Populations: <https://www.ajmc.com/view/guidance-for-supplemental-enteral-nutrition-across-patient-populations-articles>
31. Tratto da Educazione Terapeutica(2018): [http://www.evidencebasednursing.it/nuovo/ICM/lezioni/olmi/Ed\\_Terapeutica\\_Olmi.pdf](http://www.evidencebasednursing.it/nuovo/ICM/lezioni/olmi/Ed_Terapeutica_Olmi.pdf)
32. Jiri Cyrany 1, S. R. (2016). Pubmed. Tratto da Buried bumper syndrome: A complication of percutaneous endoscopic gastrostomy: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26811611/>
33. <http://www.informareunh.it/il-riconoscimento-della-figura-del-caregiver-familiare/>
34. Laura H Rosenberger 1, C. A. (2015). Pubmed. Tratto da Reducing Accidental Dislodgement of the Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: A Prospective Trial of the "SafetyBreak" Device: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26002112/>

# ALLEGATO 1: Schede Raccolta dati – Fase Osservazionale



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE – CdL TRIENNALE INFERMIERISTICA  
Sede di Ancona

## SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP Analisi del processo educativo riferito agli operatori						
1. Profilo professionale		<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati		<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input checked="" type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni <input type="checkbox"/> Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza <input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo		<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG1001
Data	

2° STEP Analisi dell'utente					
4. Presenza caregiver		<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente	<input type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo		<input type="checkbox"/> Vigile/orientato <input checked="" type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza	8. Dimissione	a) Domicilio b) Dimesso in altra SOD <input checked="" type="checkbox"/> Struttura Territoriale <i>Note: se al punto 8 b) - c) esce dall'analisi</i>
9. Età		26	11. Situazione sociale	a) Vive solo b) Vive con badante c) Vive a casa con parenti <input checked="" type="checkbox"/> Vive in struttura territoriale	<i>Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi</i> <input type="checkbox"/> Altro
10. Genere		<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

3° STEP Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto						
12. Presenza complicità		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi idonei	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione/gastrostomia		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore:						

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino



SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP Analisi del processo educativo riferito agli operatori						
1. Profilo professionale		<input type="checkbox"/> Medico Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati		<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza
3. Luogo		<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG100
Data	

2° STEP Analisi dell'utente						
4. Presenza caregiver		<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente	<input checked="" type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	<input type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo		<input checked="" type="checkbox"/> Vigile/orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input type="checkbox"/> Struttura Territoriale	8. Dimissione	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio b) Dimesso in altra SOD c) Struttura Territoriale
9. Età		56	11. Situazione sociale	<input checked="" type="checkbox"/> Vive solo b) Vive con badante c) Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale	Note: se al punto 8 b) - c) esce dall'analisi	
10. Genere		<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi			

3° STEP Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto						
12. Presenza complicanze		<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi idonei	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia		<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo		<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore: PE Disfagico, calo ponderale → Cambia Nutrizione						

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino



SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP Analisi del processo educativo riferito agli operatori						
1. Profilo professionale		<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati		<input type="checkbox"/> Colloquio o Individuale o Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza <input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo		<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG1003
Data	

2° STEP Analisi dell'utente						
4. Presenza caregiver		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente	<input checked="" type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	<input type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo		<input checked="" type="checkbox"/> Vigile/orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input type="checkbox"/> Struttura Territoriale	8. Dimissione	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio b) Dimesso in altra SOD c) Struttura Territoriale
9. Età		82	11. Situazione sociale	a) Vive solo b) Vive con badante <input checked="" type="checkbox"/> Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale	Note: se al punto 8 d) esce dall'analisi	
10. Genere		<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

3° STEP Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto						
12. Presenza complicanze		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi idonei	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore:						

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino



SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP Analisi del processo educativo riferito agli operatori					
1. Profilo professionale	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati	<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input checked="" type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza <input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo	<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG1004
Data	

2° STEP Analisi dell'utente					
4. Presenza caregiver	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente	<input type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo	<input type="checkbox"/> Vigile/orientato <input checked="" type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input type="checkbox"/> Struttura Territoriale	8. Dimissione	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio b) Dimesso in altra SOD c) Struttura Territoriale <i>Note: se al punto 8 b) - c) esce dall'analisi</i>
9. Età	20	11. Situazione sociale	a) Vive solo b) Vive con badante <input checked="" type="checkbox"/> Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale	<i>Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi</i>	<input type="checkbox"/> Altro
10. Genere	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

3° STEP Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto					
12. Presenza complicanze	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi idonei	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore:					

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino



SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP Analisi del processo educativo riferito agli operatori						
1. Profilo professionale		<input type="checkbox"/> Medico Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati		<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input checked="" type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza <input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo		<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG1005
Data	

2° STEP Analisi dell'utente						
4. Presenza caregiver		<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente	<input type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo		<input type="checkbox"/> Vigile/orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input checked="" type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input type="checkbox"/> Struttura Territoriale	8. Dimissione	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio b) Dimesso in altra SOD c) Struttura Territoriale
9. Età		39	11. Situazione sociale	a) Vive solo b) Vive con badante <input checked="" type="checkbox"/> Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale	Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi	<input type="checkbox"/> Altro
10. Genere		<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

3° STEP Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto						
12. Presenza complicanze		<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi non idonei	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia		<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo		<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore:						

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE – CdL TRIENNALE INFERMIERISTICA  
Sede di Ancona

SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP Analisi del processo educativo riferito agli operatori						
1. Profilo professionale		<input type="checkbox"/> Medico Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo Nutrizionista	<input checked="" type="checkbox"/> Altro INFERMIERE
2. Strumenti utilizzati		<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input checked="" type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input checked="" type="checkbox"/> Simulazioni Manichino	<input checked="" type="checkbox"/> Testimonianza <input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo		<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG1008
Data	19/08/2020

2° STEP Analisi dell'utente						
4. Presenza caregiver		<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente		<input type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo		<input checked="" type="checkbox"/> Vigile/orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza		<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input type="checkbox"/> Struttura Territoriale	8. Dimissione <input checked="" type="checkbox"/> Domicilio b) Dimesso in altra SOD c) Struttura Territoriale <i>Note: se al punto 8 b) - c) esce dall'analisi</i>
9. Età		65	11. Situazione sociale		a) Vive solo <input checked="" type="checkbox"/> b) Vive con badante c) Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale	<i>Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi</i> <input type="checkbox"/> Altro
10. Genere		<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

3° STEP Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto						
12. Presenza complicanze		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi non idonei <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore:						

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino





SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP Analisi del processo educativo riferito agli operatori						
1. Profilo professionale		<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Nutrizionista	<input checked="" type="checkbox"/> Altro <del>Altra</del>
2. Strumenti utilizzati		<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input checked="" type="checkbox"/> Simulazioni <input type="checkbox"/> Manichino	<input checked="" type="checkbox"/> Testimonianza <input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo		<input checked="" type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula <input type="checkbox"/> didattica	<input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG1001
Data	10/8/2020

2° STEP Analisi dell'utente					
4. Presenza caregiver		<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente	<input type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo		<input type="checkbox"/> Vigile/orientato <input checked="" type="checkbox"/> Disorientato <input checked="" type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza	8. Dimissione	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio b) Dimesso in altra SOD c) Struttura Territoriale  <i>Note: se al punto 8 b) - c) esce dall'analisi</i>
9. Età		79	11. Situazione sociale	a) Vive solo b) Vive con badante <input checked="" type="checkbox"/> Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale	<input type="checkbox"/> Altro  <i>Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi</i>
10. Genere		<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

3° STEP Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto						
12. Presenza complicanze		<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi non idonei	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione e del materiale informativo		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore: <u>DISOCCORRENZA della PEG</u>						

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino



SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP Analisi del processo educativo riferito agli operatori					
1. Profilo professionale	<input type="checkbox"/> Medico Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo Nutrizionista	<input checked="" type="checkbox"/> Altro <del>Altra</del>
2. Strumenti utilizzati	<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input checked="" type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza <input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo	<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG1008
Data	23/08/2000

2° STEP Analisi dell'utente					
4. Presenza caregiver	<input checked="" type="checkbox"/> Si (moglie) <input type="checkbox"/> No	5. Grado di autosufficienza del paziente	<input type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo	<input checked="" type="checkbox"/> Vigile/orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input type="checkbox"/> Struttura Territoriale	8. Dimissione	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio b) Dimesso in altra SOD c) Struttura Territoriale  <i>Note: se al punto 8 b) - c) esce dall'analisi</i>
9. Età	59	11. Situazione sociale	a) Vive solo b) Vive con badante <input checked="" type="checkbox"/> Vive a casa con parenti (moglie) d) Vive in struttura territoriale	<i>Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi</i>	<input type="checkbox"/> Altro
10. Genere	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

3° STEP Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto					
12. Presenza complicanze	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi non idonei	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore:					

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino

ALLEGATO 2: Schede raccolta dati - Studio retrospettivo



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE – CdL TRIENNALE INFERMIERISTICA  
Sede di Ancona

SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP						
Analisi del processo educativo riferito agli operatori						
1. Profilo professionale		<input type="checkbox"/> Medico Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati	<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza	<input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo	<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro	

Matr.	PEG1001
Data	26/03/2020

2° STEP						
Analisi dell'utente						
4. Presenza caregiver		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente	<input checked="" type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	<input type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo	<input checked="" type="checkbox"/> Vigile/orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input type="checkbox"/> Struttura Territoriale	8. Dimissione	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio b) Dimesso in altra SOD c) Struttura Territoriale	<i>Note: se al punto 8 b) - c) esce dall'analisi</i>
9. Età	49	11. Situazione sociale	a) Vive solo b) Vive con badante c) Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale	<i>Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi</i>	<input type="checkbox"/> Altro	
10. Genere	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					

3° STEP						
Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto						
12. Presenza complicanze		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi idonei	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Note dello sperimentatore: <i>Disfagia in correlazione con la dieta</i>						



SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP Analisi del processo educativo riferito agli operatori					
1. Profilo professionale	<input type="checkbox"/> Medico Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati	<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input checked="" type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza <input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo	<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG1002
Data	26/08/20

2° STEP Analisi dell'utente					
4. Presenza caregiver	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente	<input type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo	<input checked="" type="checkbox"/> Vigile/orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input type="checkbox"/> Struttura Territoriale	8. Dimissione	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio b) Dimesso in altra SOD c) Struttura Territoriale <i>Note: se al punto 8 b) - c) esce dall'analisi</i>
9. Età	69	11. Situazione sociale	a) Vive solo b) Vive con badante c) Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale	<i>Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi</i>	<input type="checkbox"/> Altro
10. Genere	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F				

3° STEP Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto					
12. Presenza complicità	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi non idonei	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore: STPSI					

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino



SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP						
Analisi del processo educativo riferito agli operatori						
1. Profilo professionale		<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati		<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni <input type="checkbox"/> Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza <input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo		<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG10083
Data	26/08/20

2° STEP					
Analisi dell'utente					
4. Presenza caregiver		<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente		<input type="checkbox"/> Autosufficiente <input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo		<input type="checkbox"/> Vigile/orientato <input checked="" type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza		8. Dimissione
			<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input checked="" type="checkbox"/> Struttura Territoriale		a) Domicilio b) Dimesso in altra SOD <input checked="" type="checkbox"/> Struttura Territoriale
9. Età		55	11. Situazione sociale		<i>Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi</i>
10. Genere		<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Altro

3° STEP					
Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto					
12. Presenza complicità		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande		14. Utilizzo di presidi non idonei
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione		17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero		20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore:					

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino



SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP					
Analisi del processo educativo riferito agli operatori					
1. Profilo professionale	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati	<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni <input type="checkbox"/> Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza <input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo	<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG1004
Data	26/08/2020

2° STEP					
Analisi dell'utente					
4. Presenza caregiver	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente	<input checked="" type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	<input type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo	<input checked="" type="checkbox"/> Vigile/orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input type="checkbox"/> Struttura Territoriale	8. Dimissione	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio b) Dimesso in altra SOD c) Struttura Territoriale <i>Note: se al punto 8 b) - c) esce dall'analisi</i>
9. Età	59	11. Situazione sociale	<input checked="" type="checkbox"/> Vive solo b) Vive con badante c) Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale	<i>Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi</i>	<input type="checkbox"/> Altro
10. Genere	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

3° STEP					
Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto					
12. Presenza complicanze	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi idonei	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastroscintia	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore: <u>Disfago</u>					

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE – CdL TRIENNALE INFERMIERISTICA  
Sede di Ancona

SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP					
Analisi del processo educativo riferito agli operatori					
1. Profilo professionale	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati	<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni <input type="checkbox"/> Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza <input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo	<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG1005
Data	26/08/2020

2° STEP					
Analisi dell'utente					
4. Presenza caregiver	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente	<input type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo	<input type="checkbox"/> Vigile/orientato <input checked="" type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza	<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input checked="" type="checkbox"/> Struttura Territoriale	8. Dimissione	a) Domicilio b) Dimesso in altra SOD <input checked="" type="checkbox"/> Struttura Territoriale <i>Note: se al punto 8 b) - c) esce dall'analisi</i>
9. Età	44	11. Situazione sociale	a) Vive solo b) Vive con badante c) Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale	<i>Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi</i>	<input type="checkbox"/> Altro
10. Genere	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

3° STEP					
Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto					
12. Presenza complicanze	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi non idonei	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore:					

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino



SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP Analisi del processo educativo riferito agli operatori						
1. Profilo professionale		<input type="checkbox"/> Medico Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati		<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza
3. Luogo		<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG10016
Data	26/08/20

2° STEP Analisi dell'utente						
4. Presenza caregiver		<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente	<input type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo		<input checked="" type="checkbox"/> Vigile/orientato <input checked="" type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input type="checkbox"/> Struttura Territoriale	8. Dimissione	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio b) Dimesso in altra SOD c) Struttura Territoriale
9. Età		69	11. Situazione sociale	a) Vive solo b) Vive con badante <input checked="" type="checkbox"/> Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale	Note: se al punto 8 b) - c) esce dall'analisi	<input type="checkbox"/> Altro
10. Genere		<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

3° STEP Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto						
12. Presenza complicanze		<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi idonei	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia		<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo		<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore: occlusione intestinale con dolori addominali						

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino





SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP Analisi del processo educativo riferito agli operatori					
1. Profilo professionale	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati	<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni <input type="checkbox"/> Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza <input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo	<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula <input type="checkbox"/> didattica	<input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG1007
Data	26/08/2020

2° STEP Analisi dell'utente					
4. Presenza caregiver	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza a del paziente	<input type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo	<input type="checkbox"/> Vigile/orientato <input checked="" type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input type="checkbox"/> Struttura Territoriale	8. Dimissione	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio b) Dimesso in altra SOD c) Struttura Territoriale  <i>Note: se al punto 8 b) - c) esce dall'analisi</i>
9. Età	84	11. Situazione sociale	a) Vive solo b) Vive con badante c) Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale	<i>Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi</i>	<input type="checkbox"/> Altro
10. Genere	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F				

3° STEP Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto					
12. Presenza complicanze	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi non idonei	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore: <i>Disagio, Rimozione accidentale -&gt; Reassottamento</i>					

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino



SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP Analisi del processo educativo riferito agli operatori					
1. Profilo professionale	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati	<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni <input type="checkbox"/> Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza <input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo	<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG1008
Data	26/08/2020

2° STEP Analisi dell'utente					
4. Presenza caregiver	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente	<input type="checkbox"/> Autosufficiente	<input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo	<input type="checkbox"/> Vigile/orientato <input checked="" type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza	<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input type="checkbox"/> Struttura Territoriale	8. Dimissione	a) Domicilio b) Dimesso in altra SOD c) Struttura Territoriale  <i>Note: se al punto 8 b) - c) esce dall'analisi</i>
9. Età	95	11. Situazione sociale	a) Vive solo b) Vive con badante c) Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale	<i>Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi</i>	<input type="checkbox"/> Altro
10. Genere	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F				

3° STEP Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto					
12. Presenza complicitanze	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	14. Utilizzo di presidi non idonei	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione gastrostomia	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	17. Riferita difficoltà nella somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione e del materiale informativo	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Note dello sperimentatore: Rimozione accidentale, calo ponderale → riposizionato PE Disfagia.					

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino



SCHEDA DI RACCOLTA DATI

1° STEP Analisi del processo educativo riferito agli operatori						
1. Profilo professionale		<input type="checkbox"/> Medico Dietologo	<input checked="" type="checkbox"/> CPSI	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Biologo Nutrizionista	<input type="checkbox"/> Altro
2. Strumenti utilizzati		<input checked="" type="checkbox"/> Colloquio <input checked="" type="checkbox"/> Individuale <input type="checkbox"/> Gruppo	<input checked="" type="checkbox"/> Video	<input checked="" type="checkbox"/> Brochure	<input type="checkbox"/> Simulazioni Manichino	<input type="checkbox"/> Testimonianza <input type="checkbox"/> Altro
3. Luogo		<input type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Aula didattica	<input type="checkbox"/> Sala Endoscopica	<input type="checkbox"/> Altro

Matr.	PEG1009
Data	26/07/2020

2° STEP Analisi dell'utente					
4. Presenza caregiver		<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	5. Grado autosufficienza del paziente		<input type="checkbox"/> Autosufficiente <input type="checkbox"/> Parzialmente autosufficiente <input checked="" type="checkbox"/> Non autosufficiente
6. Grado cognitivo		<input checked="" type="checkbox"/> Vigile/orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Incosciente	7. Provenienza		<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Ricoverato altra SOD <input type="checkbox"/> Struttura Territoriale
9. Età		77	11. Situazione sociale		a) Vive solo b) Vive con badante c) Vive a casa con parenti d) Vive in struttura territoriale
10. Genere		<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8. Dimissione		<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio b) Dimesso in altra SOD c) Struttura Territoriale <input type="checkbox"/> Altro

Note: se al punto 8 b) - c) esce dall'analisi

Note: se al punto 10 d) esce dall'analisi

3° STEP Compliance dell'utente e/o caregiver rispetto all'addestramento ricevuto					
12. Presenza complicanze		<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	13. Utente/caregiver pongono domande		<input checked="" type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
15. Riferita difficoltà nella detersione/medicazione/gastrostomia		<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	16. Riferita difficoltà nell'avviare l'alimentazione		<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
18. Riferita difficoltà nella consultazione del materiale informativo		<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	19. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Ospedaliero		<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No
			20. Difficoltà nel contattare il Personale Sanitario Territoriale		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Note dello sperimentatore: DISFAGIA in PE con ictus cerebrale

Relatrice: Kaur Gurpreet – Relatore: Dott. Domenico Lombardi Fortino

# ALLEGATO 3: Attestato di addestramento



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
OSPEDALI RIUNITI  
"UMBERTO I – G.M. LANCISI – G. SALESÌ" di ANCONA  
Dipartimento delle Specialità Mediche

**Struttura Operativa Dipartimentale  
Dietetica e Nutrizione Clinica**  
Centro di riferimento regionale per  
Nutrizione Artificiale Domiciliare

**DIRETTORE:**  
Dr. Albano Nicolai

**Dirigenti Medici:**  
Dr.ssa Marina Taus  
Dr. Fumelli Daniele  
Dr.ssa Debora Busni

**Coordinatori:**  
Dretta Grelli  
Marisa Piergiovanni

**Infermieri Professionali:**  
De Gregorio Santina  
Fontana Francesca

**Dietiste:**  
Carla Carletti  
Milena Catani  
Violetta Giambenedetti  
Gloria Giulietti  
Elvira Lucchetti  
Roberta Lucioi  
Rosalba Merli  
Anna Maria Saraceni  
Maria Alessandra Tucci  
Susanna Vitriani

**SEZIONI ED ATTIVITÀ:**

- † Alimentazione Parenterale
- † Alimentazione Enterale
- † Centro Trattamento:
  - Obesità
  - Dislipidemie
  - Sindrome Metabolica
- † Disturbi Comportamento Alimentare
  - Anoressia
  - Bulimia
  - Soft eating
  - Binge eating
- † Celiachia

**SERVIZI:**

- † Nutrizione Artificiale Domiciliare
- † Calorimetria Indiretta
- † Impedenziometria
- † Polisonnografia
- † Ecografia

## ATTESTATO DI ADDESTRAMENTO PER LA GESTIONE DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

Attuale ricovero presso: \_\_\_\_\_

Infermiera/Dietista: \_\_\_\_\_

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

in qualità di: diretto/a interessato/a \_\_\_\_\_  
assistente del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

ha partecipato al corso di addestramento per l'apprendimento delle  
metodiche di gestione della Nutrizione Artificiale Domiciliare di tipo:

**ENTERALE** tramite: \_\_\_\_\_  
Modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

**PARENTERALE** tramite: \_\_\_\_\_  
Modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Tenuto il: \_\_\_\_\_ da: \_\_\_\_\_ Firma addestrato \_\_\_\_\_

Tenuto il: \_\_\_\_\_ da: \_\_\_\_\_ Firma addestrato \_\_\_\_\_

Tenuto il: \_\_\_\_\_ da: \_\_\_\_\_ Firma addestrato \_\_\_\_\_

acquisendo in particolare le conoscenze circa 1) le modalità di  
conservazione e di somministrazione dei prodotti nutrizionali e 2) le  
corrette norme igieniche e/o tecniche asettiche.  
Si giudica il grado di apprendimento del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
non idoneo per l'affidamento della gestione della Nutrizione Artificiale  
Domiciliare  
idoneo per l'affidamento della gestione della Nutrizione Artificiale  
Domiciliare: si allega "Manuale della gestione della Nutrizione Artificiale  
Domiciliare"

ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) o  
altra assistenza attivata SI NO

Si consiglia attivazione ADI o  
altra assistenza SI NO

Ancona, \_\_\_\_\_

(Firma Infermiera/Dietista)

DH ( Infermiere e Dietista) 071 596 35 85  
Fax: 071 596 3586

Segreteria 071 596 3583

Medici 071 596 3587  
0715965272

E-mail: dh.dietologia@ospedaliriuniti.marche.it



**SOD DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA**  
**CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA NAD**  
Direttore Dott. Albano Nicolai



**LA NUTRIZIONE  
ENTERALE  
DOMICILIARE**

ANNO **2011**

Stampa: Servizio Ripr.ne Documenti e Atti

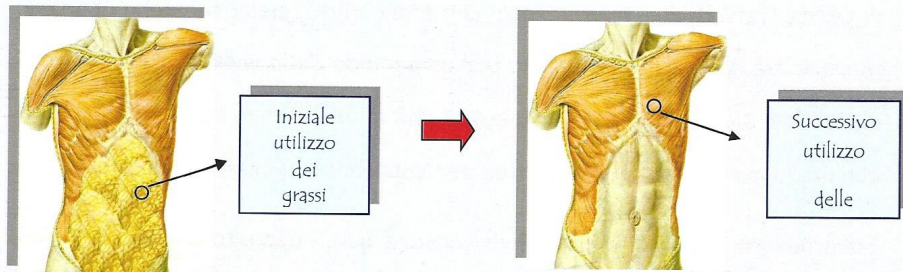
La nutrizione artificiale è una terapia il cui impiego trova particolare indicazione nei pazienti che a causa della loro patologia e/o della terapia non riescono a mantenere un **corretto** equilibrio nutrizionale con l'alimentazione naturale.

Particolari malattie e alcune terapie quali chemioterapia e/o radioterapia, inducono un aumentato fabbisogno **energetico-proteico** a cui l'alimentazione fisiologica non riesce a far fronte.

E' necessaria pertanto :

### UN'ADEGUATA NUTRIZIONE PER NON ARRENDERSI ALLA MALATTIA

Infatti se non si interviene prontamente l'organismo inizia ad utilizzare le proprie risorse energetiche, iniziando dai grassi fino ad arrivare alle proteine. L'organismo demolisce se stesso a scopo energetico fino ad arrivare in casi estremi ad un fenomeno di autocannibalismo che determina una ridotta attività dei vari organi fino alla morte metabolica.



Bisogna evitare che si instauri:  
*"una malattia nella malattia",*  
Esempio:  
neoplasia + malnutrizione

che aggrava in modo considerevole la malattia iniziale.

Nei pazienti affetti da gravi patologie, non in grado di nutrirsi per via fisiologica, con discreta prognosi di vita ed inseriti in un adeguato ambiente familiare, la Nutrizione Artificiale (NA) può essere gestita a domicilio. Si offre al paziente la possibilità di curarsi in un ambiente più confortevole, migliorando lo stato psicologico e quello clinico-metabolico al fine, qualora possibile, di un reinserimento sociale e lavorativo.

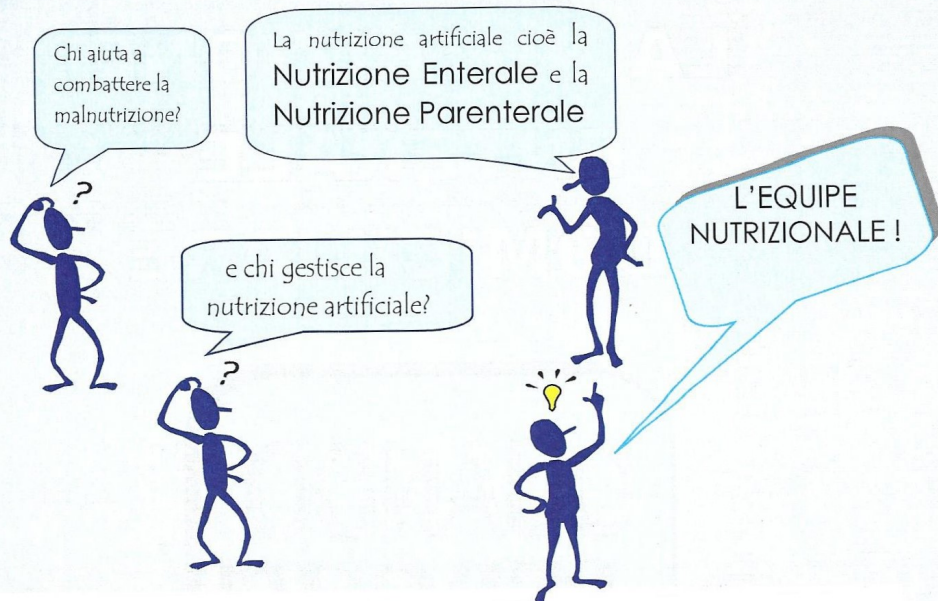
La nutrizione artificiale domiciliare è una delle terapie più eseguite nell'home-care e se supportata da una scrupolosa organizzazione, che parte dall'ospedale e si estende sul territorio, da un efficiente training sulle metodiche di somministrazione e non ultimo da un adeguato ambiente familiare, può garantire un buon stato nutrizionale, indispensabile alleato nella lotta contro la malattia.

L'addestramento teorico-pratico cui sarete sottoposti insieme ai familiari vi permetterà di ripetere a casa, con tranquillità, quelle tecniche apprese in ospedale. Vi accompagneremo per un periodo della vostra vita, aiutandovi sia con consigli terapeutici che di assistenza tecnica, nonché con un supporto psico-terapeutico per superare i momenti più critici.

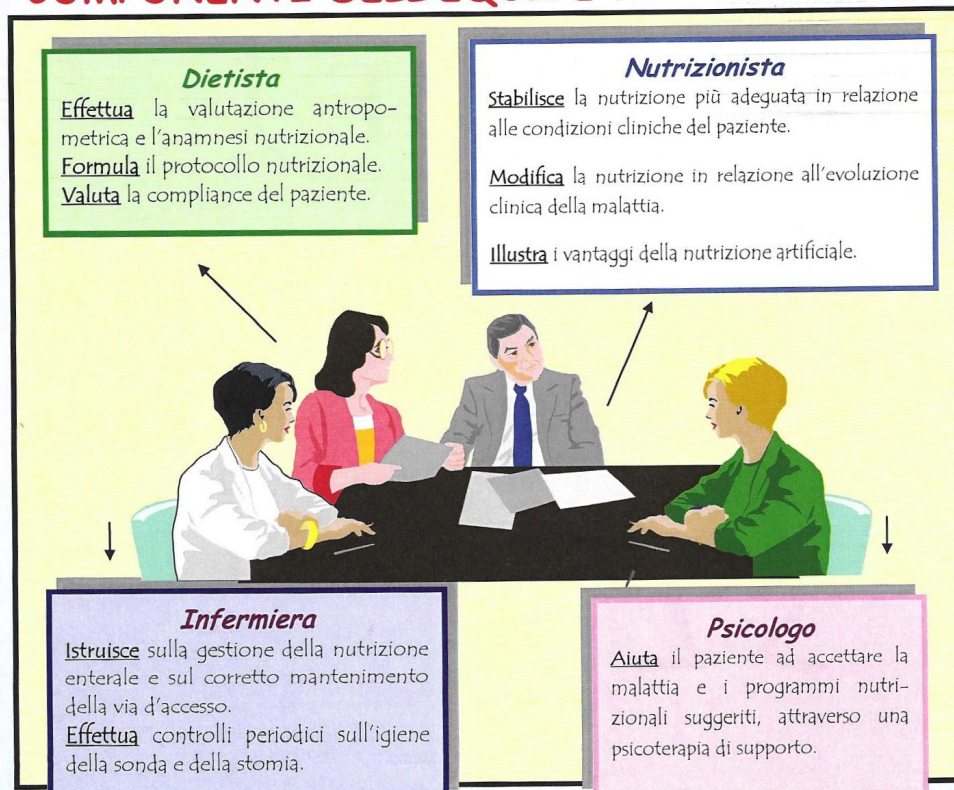
Sarà nostro prioritario obiettivo creare quel rapporto di amicizia che non vi farà sentire mai soli ed offrirvi in qualsiasi momento il nostro aiuto professionale.

A. Nicolai

2



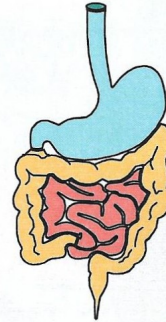
## COMPONENTI DELL'EQUIPE NUTRIZIONALE





# QUANDO

La nutrizione enterale (NE) si effettua in presenza di un apparato gastrointestinale integro o parzialmente compromesso, tale da garantire un adeguato assorbimento dei nutrienti, in pazienti che non possono o non devono alimentarsi, in quelli che non riescono ad alimentarsi in modo adeguato ed in quelli che non vogliono alimentarsi.



## INDICAZIONI ALLA NUTRIZIONE ENTERALE

### Pazienti che non devono mangiare

- Fistole digestive a bassa e media portata
- Pancreatite
- Malattie infiammatorie croniche intestinali
- Stenosi delle alte vie digestive
- Chirurgia addominale

### Pazienti che non possono mangiare

- Chir. ORL (laringectomia, ecc.)
- Chir. Maxillo-facciale
- Coma

### Pazienti che non vogliono mangiare

- Anoressia nervosa
- Psicopatie depressive

### Pazienti che non mangiano abbastanza

- Politraumatizzati
- Oncologici
- BPCO grave
- Cardiopatici gravi
- Divezzamento da NP

# PERCHE'



- E' fisiologica e semplice da gestire.
- Assicura un costante e diretto apporto di substrati energetici per la mucosa intestinale (es. glutammina, SCFA).
- Induce il rilascio di ormoni intestinali e di fattori di crescita.
- Stimola la motilità intestinale, l'attività immunitaria, assorbitiva e digestiva.
- Induce lo sviluppo della microflora intestinale.

La scelta del tipo di nutrizione deve basarsi soprattutto sulla capacità del tratto gastrointestinale di digerire ed assorbire i macronutrienti (proteine, grassi, zuccheri), i minerali e le vitamine.

# COME

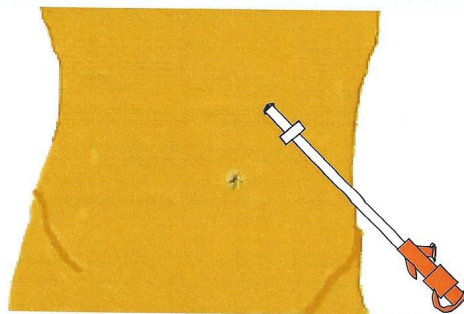
## Nutrizione enterale di breve durata (< 60 giorni)

In tale occasione viene posizionato il sondino nasogastrico (SNG) o nasodigiunale.



## Nutrizione enterale di lunga durata (> 60 giorni)

In tale situazione viene posizionata, a seconda della patologia del paziente, sonda gastrica (es. PEG) o digiunostomica.



8

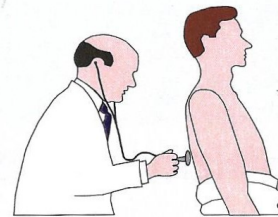
# GESTIONE DEL PAZIENTE

## IN NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE



La valutazione dello stato nutrizionale del paziente candidato alla nutrizione artificiale si effettua, in regime di day-hospital, attraverso lo studio di parametri antropometrici, ematochimici immunologici ed indagini strumentali.

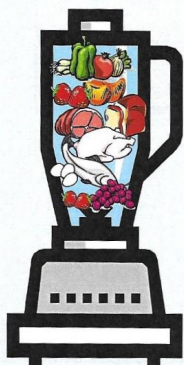
Periodicamente si controllano, sempre in regime Day Hospital, le condizioni nutrizionali del paziente per confermare o modificare il tipo di nutrizione.



Contatti telefonici sono mantenuti tra l'equipe nutrizionale, il medico curante, il paziente e/o i familiari per garantire un'accurata gestione della nutrizione artificiale domiciliare.

# MISCELE NUTRIZIONALI

## ARTIGIANALI



Si ottengono frullando e/o omogenizzando alimenti naturali (carne, pesce, latte, frutta e verdura) perché possano essere somministrati attraverso il sondino nasogastrico o la sonda gastrostomica. Pur essendo costituite dai comuni alimenti presentano però degli aspetti negativi quali:

- non è possibile determinarne l'esatto apporto calorico-proteico,
- hanno un'elevata osmolarità,
- causano flatulenza e distensione addominale per la notevole presenza d'aria dovuta al tipo di preparazione,
- sono facilmente deteriorabili,
- possono essere contaminate da microrganismi patogeni, essendo soggette a manipolazioni,
- richiedono l'uso di sonde di grosso calibro a causa dell'alta viscosità

## INDUSTRIALI



Sono prodotti preparati dall'industria farmaceutica, pronti all'uso che non richiedono alcuna manipolazione. Presentano notevoli vantaggi:

- sono ben tollerate,
- hanno un preciso apporto calorico-proteico,
- sono sterili,
- la loro composizione varia a seconda della patologia del paziente,
- hanno una bassa osmolarità per cui richiedono sonde di piccolo calibro, è minore il rischio della loro occlusione.

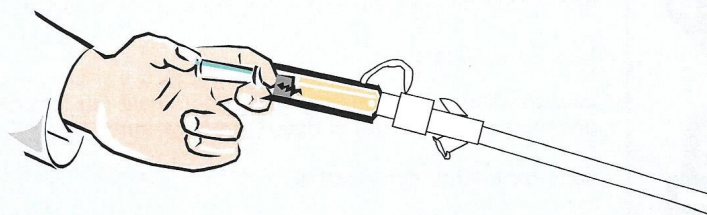
**Per tali motivi attualmente la nutrizione enterale viene effettuata con questo tipo di miscele.**

# MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

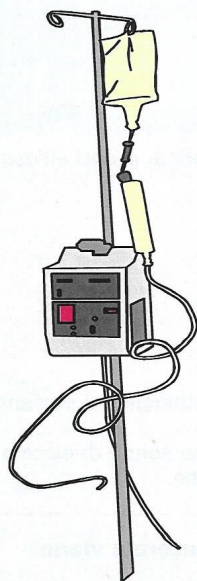
## A BOLO

Consiste nel suddividere l'intero apporto nutrizionale in 5-6 boli (200-300 ml di miscela nutrizionale ciascuno) e somministrarli mediante siringa.

Tale modalità semplice e di facile esecuzione è indicata in pazienti in condizioni cliniche stabili, con una buona funzionalità intestinale.



## CONTINUA



La nutrizione continua può essere effettuata per gravità (a caduta) o attraverso l'uso di pompe infusionali. Soprattutto quest'ultima consente una precisa e controllata erogazione dei nutrienti evitando in tal modo un eccessivo carico osmolare ed energetico, utile soprattutto nei pazienti che riprendono la nutrizione enterale dopo un periodo di digiuno ed in quelli con una funzione intestinale compromessa.

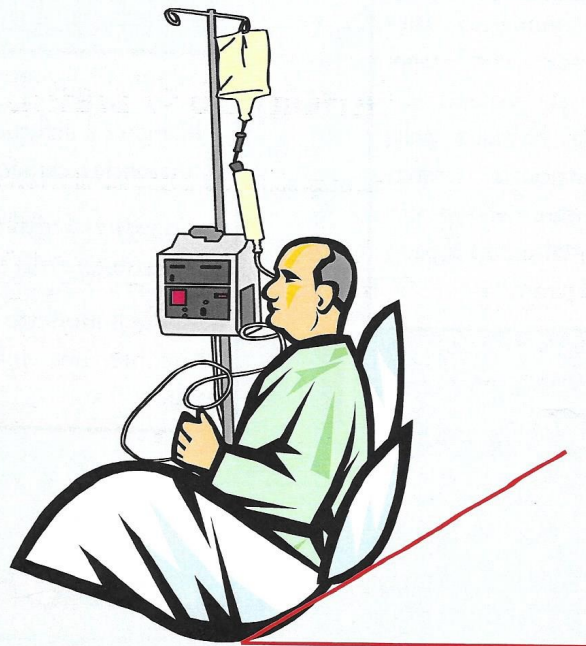
ATTENZIONE

ATTENZIONE



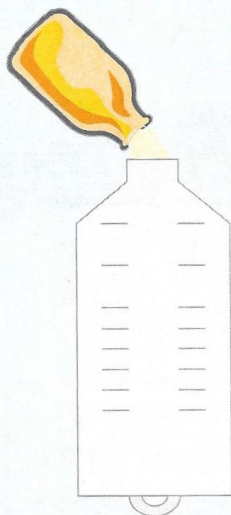
ATTENZIONE

Durante la somministrazione della nutrizione enterale e almeno nell'ora successiva, il paziente deve rimanere seduto o inclinato rispetto al piano del letto di **ALMENO 45°** al fine di evitare rigurgiti che possono provocare polmoniti ab ingestis.



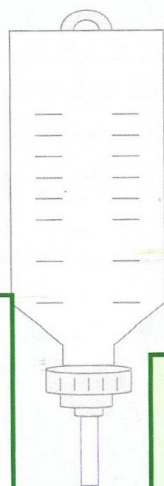
12

# Somministrazione a caduta



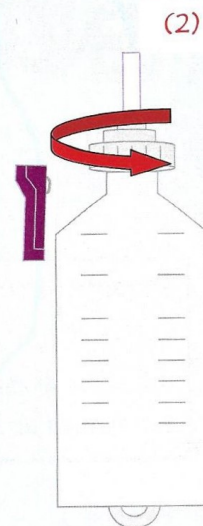
(1)

- Versare la miscela nutrizionale nel contenitore per nutrizione enterale (1).
- Avvitare il tappo del deflussore (2).



Esistono in commercio particolari deflussori con tappi adattatori che si avvitano direttamente alla bottiglia della miscela nutrizionale senza doverla così versare nell'apposito contenitore (in tal modo si passa direttamente il punto 1).

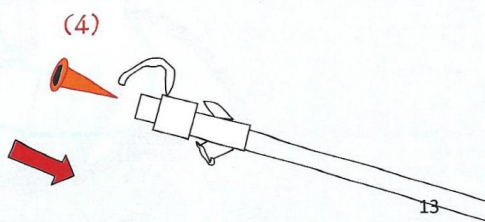
- Agganciare il contenitore all'asta.
- Riempire il deflussore con la miscela nutrizionale e chiudere il morsetto (3)
- Collegare il deflussore al sondino naso-gastrico o alla sonda (4).
- Aprire il morsetto del deflussore per consentire una infusione a goccia lenta.



(2)



(3)

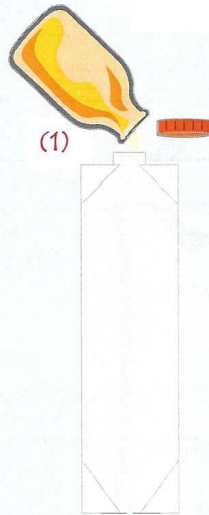


(4)

13

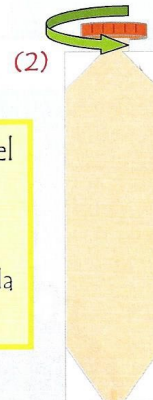


## Somministrazione con pompa volumetrica

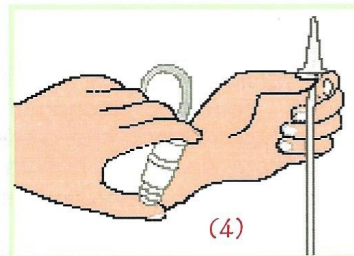


(1)

- Versare la miscela nutrizionale nel contenitore per nutrizione enterale (1).
- Avvitarvi successivamente il tappo (2)
- Mediante digitopressione riempire per metà la camera di gocciolamento del deflussore (3).



(2)

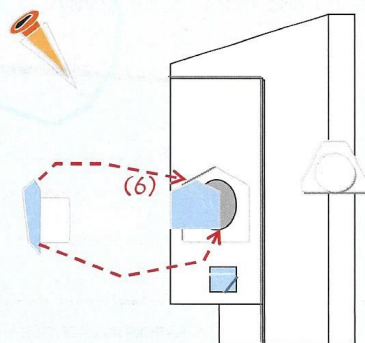


(4)

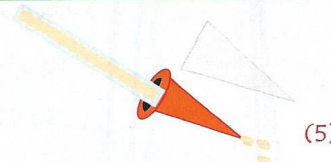


(3)

Comprimere e rilasciare più volte la capsula (4) con soffiETTO fino a quando la miscela non fuoriesce dal connettore. Si consiglia, al fine di favorire la progressione del fluido, l'asportazione del tappo di rivestimento (5).

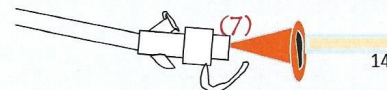


(6)



(5)

- Inserire la capsula nella apposita nicchia posta sul lato della pompa (6) e premere fino allo scatto.
- Collegare il deflussore al SNG o alla sonda (7).

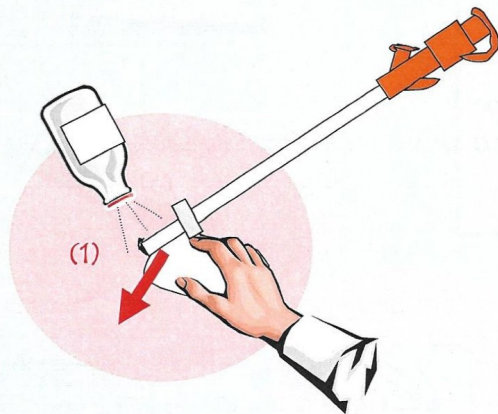


(7)

14

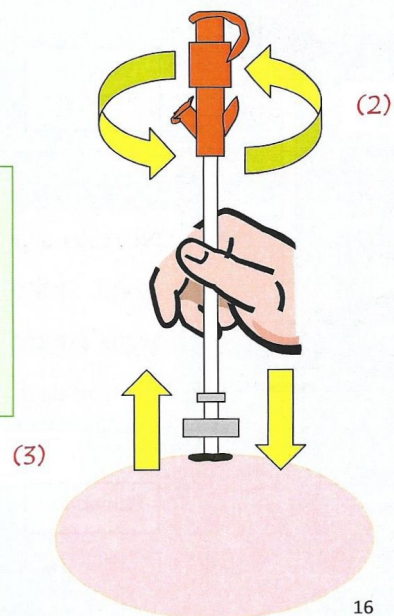
## MANUTENZIONE DELLA SONDA E DELLA STOMIA

Dopo aver rimosso la garza, verificare la presenza di arrossamenti, gonfiori, fuoriuscite purulente o perdite gastriche in corrispondenza della stomia.



Detergere la cute attorno alla stomia con acqua ossigenata ( $H_2O_2$ ) effettuando movimenti a spirale partendo dalla stomia verso l'esterno (1) ed asciugare.

Controllare che la sonda possa essere ruotata agevolmente a  $360^\circ$  (2) e che sia possibile effettuare piccoli movimenti dentro-fuori (3).

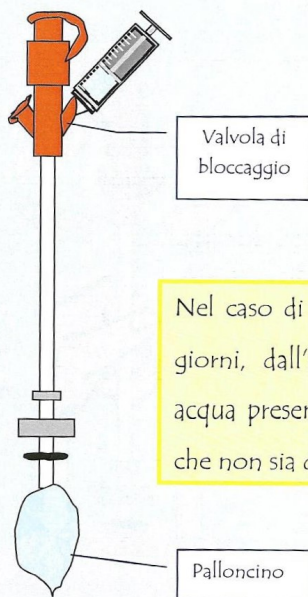
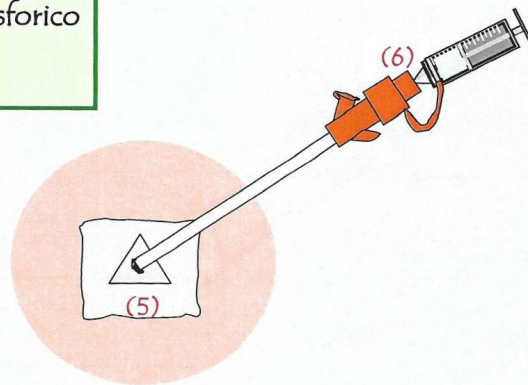
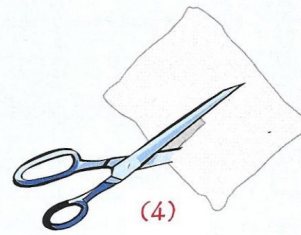


16

- Posizionare una garza pretagliata (4) tra la cute ed il dispositivo di bloccaggio esterno della sonda (5).

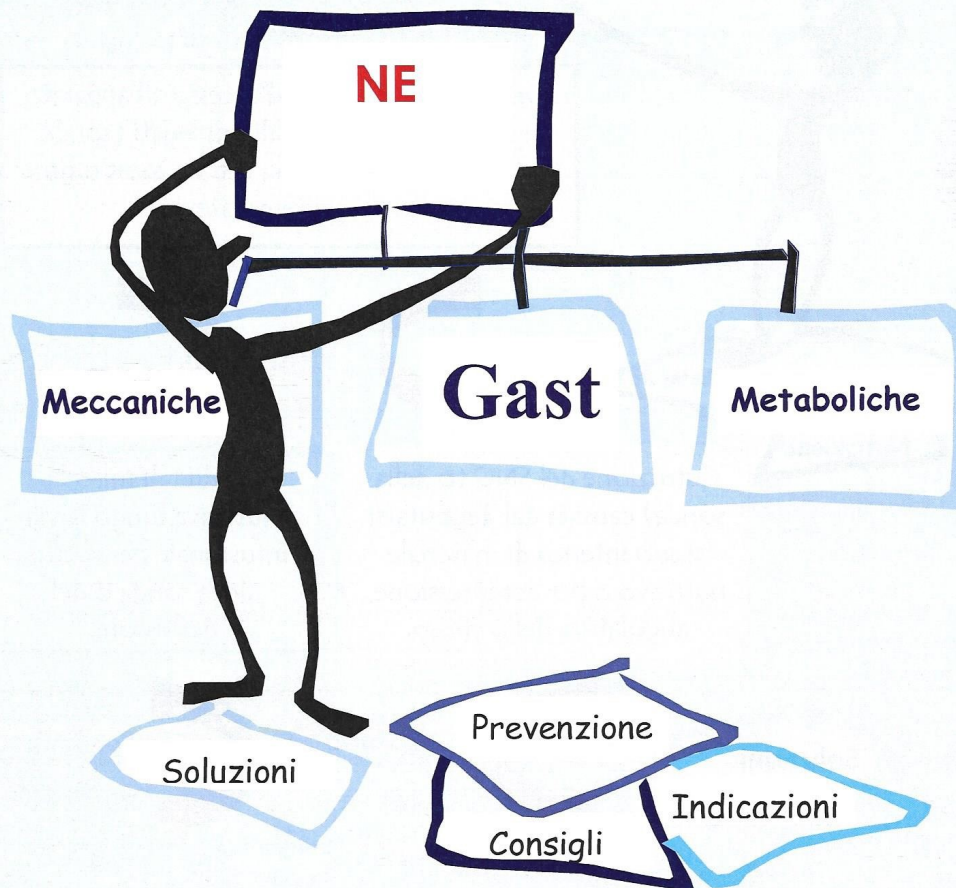
- Lavaggio della sonda con 50 -100 cc di acqua al termine di ogni somministrazione a bolo o ogni 8-10 h nel caso di nutrizione continua (6).

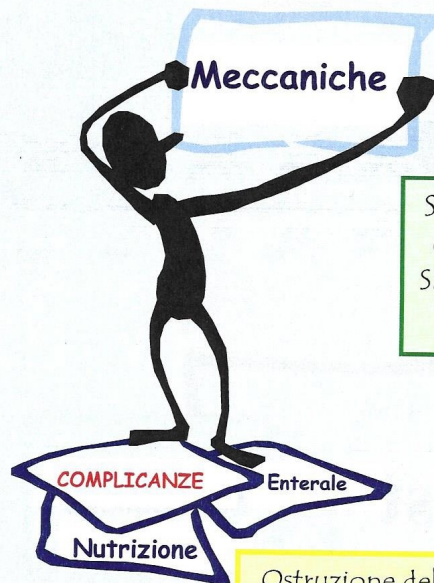
- Lavaggio con 50 cc di soluzione contenente acido ortofosforico (coca cola) ogni 7 giorni.



Nel caso di sonda foley aspirare ogni 7-10 giorni, dall'apposita valvola, il volume di acqua presente nel palloncino per verificare che non sia diminuito (7).

# COMPLICANZE





Sono correlate alla via d'accesso all'apparato digerente ed ai materiali impiegati (sonde, SNG, pompe infusionali, ecc.). Quest'ultime sono rappresentate da:

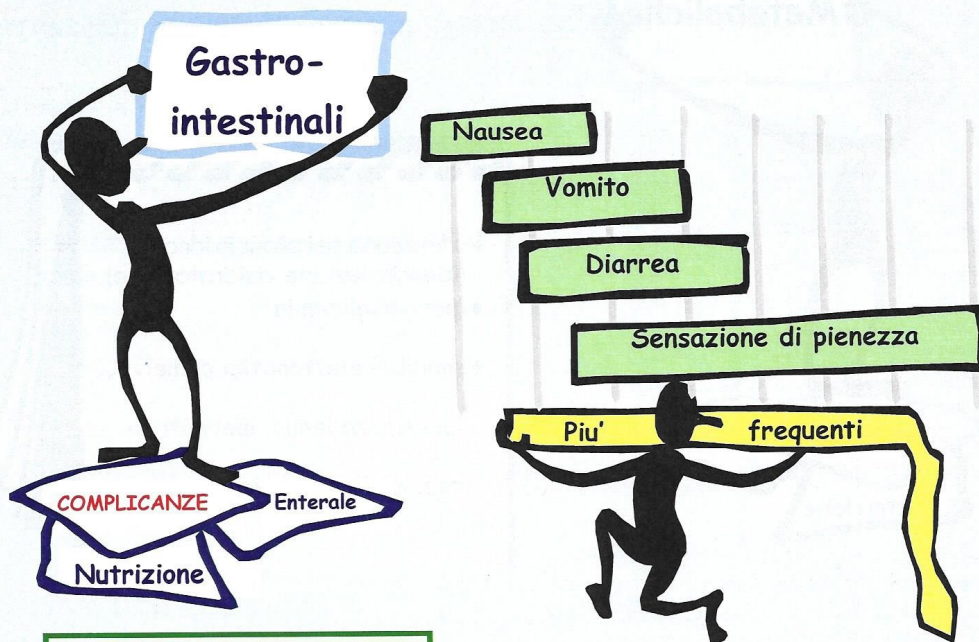
Ostruzione del SNG (o della sonda) causata dal depositarsi al suo interno di materiale nutritivo o per compressione, angolatura dello stesso.

Perdita di miscela nutritiva lungo la via infusionale per rottura della sonda o del deflussore.

Soluzioni

Effettuare sempre il lavaggio del SNG o delle sonda secondo quanto indicato durante il training e fare attenzione che siano ben distesi.

Non effettuare manovre inappropriate e controllare l'esatto posizionamento dei raccordi.



**Cause legate alla miscela nutrizionale**

- ♣ Elevata velocità d'infusione
- ♦ Elevata osmolarità
- ♥ Bassa temperatura
- ♠ Contaminazione batterica
- Eccesso di grassi.

**SOLUZIONI**


- ♣ Ridurre la velocità d'infusione della miscela nutrizionale
- ♦ Diluire la miscela con acqua
- ♥ Controllare che la miscela sia a temperatura ambiente (toglierla dal frigorifero 30-60 minuti prima di utilizzarla)



Il rispetto di tali indicazioni, a prima vista elementari, garantiscono la piena riuscita del programma nutrizionale a domicilio con una netta riduzione delle complicanze.

Per qualsiasi problema chiamare

Il Servizio di Dietetica

 **071/5963585**

**071/5963587 Fax**

Possibilmente dalle 10 alle 13