

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ del _____

OGGETTO: Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente disfagico nella ASL Roma 1

STRUTTURA PROPONENTE: AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Centro di Costo: L'Estensore:Dott.ssa DOMENICA PATRIZIA SPOSATO Il presente Atto non contiene dati sensibili

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento

AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Dott.ssa DOMENICA PATRIZIA SPOSATO

Dott.ssa PATRIZIA MAGRINI

L'Atto non comporta impegno di spesa

Parere del Direttore Amministrativo Dr. Francesco Quagliariello

Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Non favorevole

Parere del Direttore Sanitario Dr. Gennaro D'Agostino

Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Non favorevole

Il presente provvedimento si compone di n.57 pagine di cui n. 53 pagine di allegati

Il Direttore Generale
Dr. Giuseppe Quintavalle

IL DIRETTORE DELL'AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

VISTA la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 1 del 1° gennaio 2016, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla Legge Regionale n. 17 del 31.12.2015 e dal DCA n. 606 del 30.12.2015;

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00006 del 10 gennaio 2025, avente ad oggetto: "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I" con il quale è stato nominato Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma I, il Dott. Giuseppe Quintavalle;

VISTA la Deliberazione 138 del 25/02/2025 avente ad oggetto: "*Sistema aziendale di deleghe e conseguente individuazione delle competenze nell'adozione degli atti amministrativi*", con la quale tra l'altro, sono state individuate le competenze nell'adozione degli atti amministrativi;

VISTO nelle more della sua completa attuazione che avverrà con opportuna gradualità l'Atto di Autonomia Aziendale adottato con Delibera n. 377 del 04/04/2025, approvato con Deliberazione di Giunta Regionale del 8 maggio 2025 e pubblicata sul BURL n. 38 del 13/05/2025;

VISTA la Determinazione 18 dicembre 2020, n. G15691 "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA nella cronicità".

VISTA la Determinazione G18206/2022 "Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022 n. 643 "Approvazione del documento Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'art. 1 comma 2 del citato provvedimento"

VISTA la Determinazione G02706/2023 "Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale G14215 del 19 ottobre 2022"

PREMESSO che la ASL Roma I propone un approccio integrato per affrontare le minacce per la salute secondo il Modello One Health e che il PDTA rappresenta uno strumento per realizzare tale modello in quanto percorso di presa in carico del Paziente globale per ogni bisogno assistenziale del paziente dalla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) alla riabilitazione tramite interventi multiprofessionali e multidisciplinari che interessano diversi ambiti: psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità con il coinvolgimento del territorio e dei MMG in un percorso integrato di cura, sia territoriale sia ospedaliero, orientato alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico

CONSIDERATO che la ASL Roma I promuove modelli assistenziali integrati e percorsi condivisi per la gestione delle patologie croniche e della fragilità, valorizzando il raccordo tra ospedale e territorio

CONSIDERATO che la disfagia rappresenta una condizione clinica ad elevato impatto assistenziale, frequentemente associata a patologie neurologiche, geriatrico-degenerative e oncologiche, con rilevanti rischi di malnutrizione, disidratazione e polmonite ab ingestis;

RITENUTO che risulta necessario adottare un Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) aziendale per la Disfagia, finalizzato a:

- uniformare le modalità di screening, diagnosi e trattamento;
- definire ruoli e responsabilità dei professionisti coinvolti (medici, logopedisti, infermieri, dietisti, riabilitatori);
- garantire appropriatezza delle prestazioni, sicurezza dell'alimentazione e continuità assistenziale;
- migliorare gli esiti clinici e la qualità della vita dei pazienti;

CONSIDERATO che l'adozione di un PDTA aziendale consente di rafforzare la governance clinica, la sicurezza delle cure e l'allineamento agli indirizzi nazionali e regionali vigenti.

ATTESTATO che il presente provvedimento a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e ss.mm.ii. nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e ss.mm.ii,

PROPONE

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

- di adottare il "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente disfagico nella ASL Roma 1".
- Letta la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente Responsabile dell'Unità in frontespizio indicata;
- Preso atto che il Direttore della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge n. 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;
- Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69, nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali e autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alla finalità di pubblicazione.

Il Responsabile
del procedimento
Dr.ssa Domenica Patrizia Sposato
FIRMATO
DIGITALMENTE

Il Direttore di Area Direzione Ospedaliera
Dr.ssa Patrizia Magrini
FIRMATO
DIGITALMENTE

IL DIRETTORE GENERALE

IN VIRTÚ dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D. Lgs 502/1992 e ss.mm.ii.
- dall'art. 8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii.

nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione n. T00006 del 10 gennaio 2025;

LETTA la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente della Struttura proponente in frontespizio indicata;

PRESO ATTO che il Dirigente della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

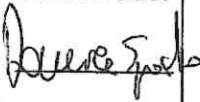
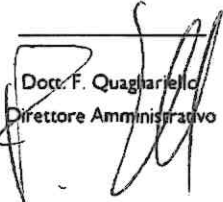
DELIBERA

- di adottare il “ Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente disfagico nella ASL Roma I” e relativi allegati che formano parte integrante del presente atto
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69, nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali e autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alla finalità di pubblicazione.

Il Responsabile del procedimento provvederà all'attuazione della presente deliberazione curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici/organi rispettivamente interessati

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Quintavalle

 ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I	 REGIONE LAZIO
	PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE DISFAGICO NEL TERRITORIO DELLA ASL ROMA I	Rev. 0 del 05/12/2025

DATA	REVISIONE	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
05/12/2025	Rev.0	Per il GdL Dott.ssa D. Sposato Direzione Generale 	Dott.ssa P. Magrini Dir. Area di Direzione Ospedaliera  Dott.ssa M. Quincili Dir. UOC SORM  Dott.ssa M. C. Altavista Dir. UOC Neurologia  Firmato digitalmente da: ELISA GULLINO Org. 0422565 - C.F. 01866710001 Data: 30/12/2025 12:16:23 Dott.ssa Elisa Gullino Dott. C. Turci Dir. Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali 	 Dott. G. Quintavalle Direttore Generale  Dott. G. D'Agostino Direttore Sanitario Aziendale  Dott. F. Quagliariello Direttore Amministrativo

INDICE

1. GLOSSARIO	4
2. PREMESSA	5
3. SCOPO E OBIETTIVI	5
4. CAMPO DI APPLICAZIONE	5
5. RESPONSABILITÀ	6
6. DISFAGIA	8
6.1 CLASSIFICAZIONE, CAUSE E TIPI DI DISFAGIA	8
7. CRITERI DI INCLUSIONE	10
8. DESCRIZIONE DEL PERCORSO	10
8.1 FASE DI IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO	10
8.2 FASE DI PRESA IN CARICO	10
8.2.1 DEFINIZIONE DEL PERCORSO TERRITORIALE DEI PAZIENTI CON DISFAGIA MOTORIA ORO-FARINGEA AMBULATORIALI	10
8.2.2 PAZIENTI CON DISFAGIA MOTORIA ORO-FARINGEA NON TRASPORTABILI E ASSISTITI AL DOMICILIO(PERCORSO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO)	14
8.3 FASE DI VALUTAZIONE	16
8.3.1 VALUTAZIONE LOGOPEDICA	16
8.3.2 VALUTAZIONE FISIATRICA	17
8.3.3 VALUTAZIONE DEL FONIATRA/DISFAGISTA	18
8.3.4 VALUTAZIONE DIETISTICA	18
8.4 FASE DI TRATTAMENTO	20
8.4.1 TRATTAMENTO RIABILITATIVO LOGOPEDICO	20
8.4.2 SUPPORTO E TERAPIA NUTRIZIONALE	20
8.4.2.1 TERAPIA DIETETICA DEL PAZIENTE DISFAGICO: LE CONSISTENZE MODIFICATE	21
8.4.2.2 CLASSIFICAZIONE IDDSI PER LA MODIFICA DELLA CONSISTENZA DEI PASTI	21
8.4.2.3 PRESCRIZIONE DEGLI ADDENSANTI	22
8.4.3 NUTRIZIONE ARTIFICIALE	22
8.4.3.1 NUTRIZIONE ENTERALE (NE)	22
8.4.4 NPT (NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE)	25
8.4.5 MONITORAGGIO DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE	25
8.2.3 ATTIVAZIONE DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE (NAD)	26
9 RIFERIMENTI	26
INDICATORI	28
RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA	29
CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI	29
ALLEGATI	29
ALLEGATO N. 1	30
ALLEGATO N. 2	31
ALLEGATO N. 3	32
ALLEGATO N. 4	33
ALLEGATO N. 5	34
ALLEGATO N. 6	38
ALLEGATO N. 7	39
ALLEGATO N. 8	41
ALLEGATO N.9	42
ALLEGATO 14: INFORMATIVA SULLA PRIVACY	50

GRUPPO DI LAVORO

Nome e Cognome	Ruolo / Unità Operativa
Cinzia Roberti	Responsabile UTN SFN, UOC Neurologia. Coordinatore GdL e Responsabile del PDTA
M. Concetta Altavista	Direttore UOC Neurologia
Dott.ssa Stefania Greghini	Resp. Funzione Organizzativa Risk Management – UOC SQRM
Antonella Cosenza	Foniatra Disfagista UOC ORL SFN
Sara Cisternino	Foniatra Disfagista UOC ORL SFN
Sara Gallina	Dirigente Medico UOC Gastroenterologia SFN
Tiziana Magnante	Farmacista UOSD Nutrizione Clinica SFN
Giancarlo Graziani	Direttore sostituto UOC Medicina Riabilitativa
Angelo Dezi	Direttore UOC Gastroenterologia
Miriam Giambattista	Dietista UOSD Nutrizione Clinica SFN
Ludovica Guerrieri	Dirigente UOSD Assistenza Riabilitativa
Maria Rosaria Grasso	Fisiatra UOC Medicina Riabilitativa
Daniela Chiodi	Coordinatore dietista UOC Diabetologia e Dietologia
Elisa Gullino	Direttore UOC Distretto I e Direttore ff Distretto II
Chiara Pandolfo	Logopedista CAD Nuovo Regina Margherita
Silvia Cavalletti	Logopedista UOC Geriatria NRM
Lucia Dognazzi	Coordinatrice Servizio di Riabilitazione NRM
Antonietta Olivieri	Logopedista Servizio di Riabilitazione P.O. SFN
Simona Tempesta	Logopedista Servizio di Riabilitazione P.O. SFN
Daniela Maggi	Dirigente Medico UOC Gastroenterologia SFN
Anna Lottarini	Fisiatra UOC Medicina Riabilitativa
Adele Acciarri	Specialista Ambulatoriale Neurologia
Guido Levi della Vida	Dirigente Medico Geriatra UOC Geriatria NRM
Luca Cipriani	Direttore Dipartimento Specialità Mediche – Direttore UOC Geriatria
Silvia Caldarini	Farmacia Territoriale
Silvia Ippolito	Specialista ORL
Umberto Perugino	Specialista Ambulatoriale – Responsabile Branca Neurologia
Fabio Picariello	Funzione Organizzativa Aree Tematiche – UOC Tecnici Sanitari
Carolina Francesca Bolli	Dietista UOC Diabetologia e Dietologia
Serena Pesolo	Dietista UOSD Nutrizione Clinica SFN
Anna Rita Zaccheo	Resp. UOS NAD P.N.R.M.
Francesco Caputo	Coordinatore Infermieristico UOS NAD
Domenica Patrizia Sposato	Direzione Generale
Giovanna Carluccio	

I. GLOSSARIO

BSE Bedside Swallowing Evaluation
BSA: Body Surface Area
BMI Body Mass Index
FEES Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing
NRS Nutritional Risk Screening
MUST Malnutrition Universal Screening
TEE Total Energy Expenditure
BEE Basal Energy Expenditure
REE Resting Energy Expenditure
NE Nutrizione enterale
NPT Nutrizione Parenterale Totale
NA Nutrizione Artificiale
SNG Sondino naso-gastrico
PEG Percutaneous Endoscopic Gastrostomy
PICC Peripherally Inserted Central Catheter
FICC Femoral Inserted Central Catheter
CICC Centrally Inserted Central Catheter
CVC Central Venous Catheter
ONS Supplementi nutrizionali orali
UTN Unità di Terapia Neurovascolare

2. PREMESSA

La disfagia è la diminuzione della capacità di deglutizione che rende difficile la normale progressione del cibo dalla bocca allo stomaco. È spesso associata

a un ampio numero di condizioni neurologiche come ictus, sclerosi laterale amiotrofica e malattie del motoneurone, malattia di Parkinson e parkinsonismi, demenze, miastenia gravis, sclerosi multipla e traumi cranici. Inoltre, può manifestarsi, anche, in soggetti anziani sani a causa di modificazioni dell'orofaringe dovute all'età o in corso di eventi acuti (es. sepsi, polmoniti, fratture, ecc..) oppure essere secondaria ad alcuni trattamenti farmacologici.

La disfagia è un disturbo che, spesso, nella pratica clinica non viene riconosciuto precocemente o viene sottovalutato; questo ritardo diagnostico espone i pazienti che ne sono affetti a rischio di gravi complicanze. Lo sviluppo, pertanto, di un modello di management globale, integrato e continuativo per la gestione clinico-organizzativa del paziente a rischio deglutitorio e/o disfagico è prioritario e prevede azioni coordinate e congiunte volte alla corretta valutazione e al trattamento di tale disturbo.

Il percorso proposto è frutto di un lavoro di condivisione tra tutti i professionisti coinvolti nella gestione del paziente disfagico che, pur con azioni e tempi diversificati, concorrono sinergicamente a realizzare una presa in carico efficace e globale del paziente. È previsto, anche, il coinvolgimento del caregiver e la focalizzazione su aspetti della comunicazione-educazione in modo da garantire la continuità del percorso di cura a domicilio per ridurre l'isolamento sociale, il rischio di complicanze e i costi ad essi associate. Inoltre, il percorso proposto include la misurazione degli outcomes di cura.

3. SCOPO E OBIETTIVI

Lo scopo del documento è quello di introdurre nel territorio della ASL Roma I un modello di gestione integrata, multiprofessionale e multidisciplinare dedicato al paziente con disfagia oro-faringea attraverso la definizione di un percorso clinico-organizzativo condiviso. Il documento tiene conto delle evidenze più recenti della letteratura, delle professionalità presenti in azienda e del contesto generale in cui si opera. Lo scopo dell'elaborato è anche quello di assicurare cure appropriate attraverso il coinvolgimento diretto del paziente e dei caregivers nel processo di cura per migliorarne la qualità di vita.

Gli obiettivi che si intendono perseguire, attraverso l'implementazione nei Presidi territoriali della ASL Roma I del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale dedicato alla gestione del paziente disfagico sono i seguenti:

1. Individuare i pazienti a rischio di disfagia e/o disfagici attraverso l'uso di test di screening validati e condivisi
2. Stabilire la causa, il tipo e il grado di disfagia da cui è affetto il paziente attraverso la valutazione multiprofessionale.
3. Identificare i soggetti disfagici che necessitano di nutrizione artificiale ed il tipo di nutrizione artificiale più appropriato
4. Identificare i soggetti malnutriti e/o a rischio di malnutrizione per elaborare il piano nutrizionale individuale
5. Elaborare ed attivare il piano riabilitativo personalizzato
6. Ridurre il rischio delle complicanze nutrizionali e respiratorie legate alla disfagia

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente PDTA si applica agli ambulatori del Nuovo Regina Margherita e del San Filippo Neri.

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE DISFAGICO NEL TERRITORIO DELLA ASL ROMA I	PDTA DISFAGIA	Rev.0 del 05/12/2025	Pag. 5 di 53
---	---------------	----------------------	--------------

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Funzioni Attività	Nutrizionista/ Dietista	Infermiere	Logopedista	Fisiatra	Medico specialista responsabile della presa in carico del paziente	Foniatra	MMG
Valutazione dello stato nutrizionale.	R*	I	-	-	R*		R*
Impostazione di un corretto regime alimentare	R*	I	I	-	I		
Valutazione e trattamento riabilitativo per le difficoltà motorie che interferiscono con una corretta deglutizione (es. postura ottimale); promozione della forza muscolare	-	C	I	R*	I		
Valutazione del paziente, screening dei deficit deglutitori. indicazioni al paziente e al care-giver	-	I	R*	I	I		
Valutazione e trattamento riabilitativo della disfagia, dei disturbi cognitivi e comunicativi.	-	I	R*	R*	I		
Gestione del percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale e riabilitativo del paziente	R*	R*	R*	R*	R*	R*	R*

Valutazione- rivalutazione stato nutrizionale e per alimentazione artificiale alternativa	R						
Valutazioni specialistiche cliniche e strumentali della deglutizione e delle patologie correlate.					R*	R	
Counseling e follow up	R*	R*	R*	R*	R*	R*	R*

Legenda: R= responsabile; R*= responsabile per ambito di competenza; C= collabora; I= informato

6. DISFAGIA

La difficoltà di deglutizione è una condizione che può presentare carattere persistente o saltuario in base alla causa scatenante. Le maggiori complicanze ad essa correlate sono la malnutrizione e l'aspirazione di materiale estraneo con rischio di insufficienza respiratoria di vario grado e di processi infettivi come la polmonite ab ingestis e la sepsi. Per tali motivi, la disfagia si correla ad alta mortalità, alta morbilità e alti costi di assistenza ospedaliera secondari all'aumento dei tempi di degenza.

6.1 CLASSIFICAZIONE, CAUSE E TIPI DI DISFAGIA

L'apparato digerente superiore comprende la cavità orale, la faringe, l'esofago e lo stomaco.

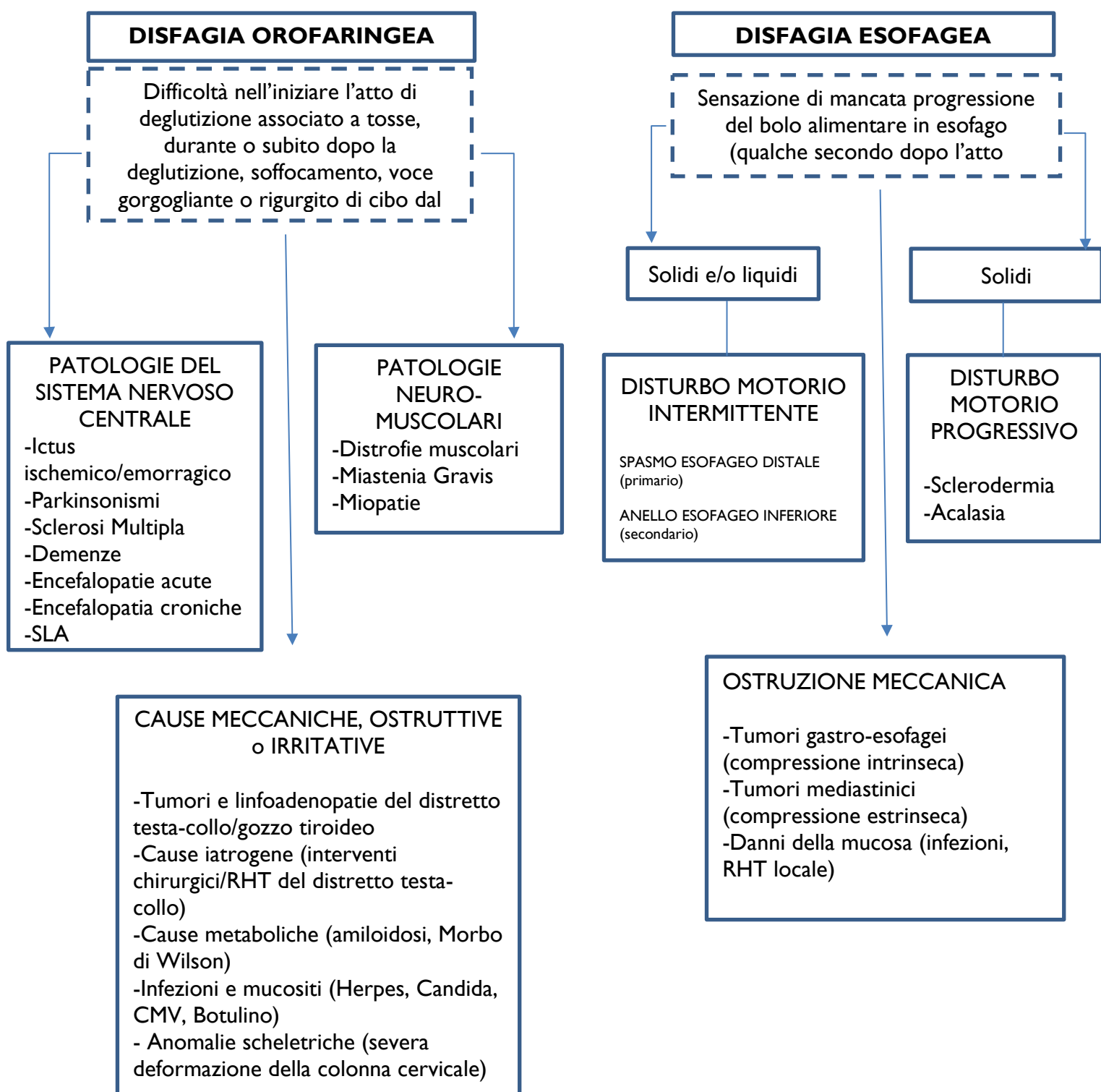
Tale sistema ha un tratto in comune con le vie aeree superiori da cui è separato dall'epiglottide. Quest'ultima struttura, avendo funzioni di valvola, separa i rispettivi spazi proteggendo le vie aeree dall'aspirazione di cibi e/o liquidi.

Fisiologicamente nell'atto della deglutizione possiamo distinguere le seguenti fasi:

- 1) **FASE ANTICIPATORIA:** Il cibo viene trattato e preparato nella cavità orale con la masticazione (controllo volontario);
- 2) **FASE ORALE:** Il bolo viene spinto contro il palato duro e, con la spinta della lingua, passa attraverso l'istmo delle fauci (controllo volontario);
- 3) **FASE FARINGEA:** Il bolo attraversa il "quadripartito laringeo" (incrocio della via deglutitoria e respiratoria). La coordinazione di diversi meccanismi di controllo e la peristalsi permettono il transito del bolo verso l'esofago (controllo involontario);
- 4) **FASE ESOFAGEA:** Il bolo transita attraverso l'esofago fino ad arrivare allo stomaco per mezzo di onde peristaltiche (controllo involontario);

Dal punto di vista clinico distinguiamo la **disfagia orofaringea**, che riguarda le prime tre fasi della deglutizione, dalla **disfagia esofagea** che riguarda invece la fase finale.

Per l'inquadramento clinico della disfagia si utilizza l'algoritmo diagnostico di seguito riportato (Figura 1).

Figura 1. ALGORITMO DIAGNOSTICO

7. CRITERI DI INCLUSIONE

Il presente PDTA si applica a tutti i pazienti adulti residenti nel territorio della ASL Roma I che abbiano fattori di rischio o sintomi suggestivi per disfagia e che accedono ai Presidi ambulatoriali della Asl Roma I o che siano assistiti al domicilio tramite l'assistenza domiciliare.

Il PDTA si prefigge la precoce individuazione del disturbo deglutitorio di pertinenza oro-faringea al fine di attuare tutte le strategie di cura e, in particolare, di prevenire le complicanze ad esso correlate inclusa la malnutrizione.

La disfagia esofagea non è oggetto del presente PDTA.

8. DESCRIZIONE DEL PERCORSO

Tale percorso consta di fasi successive ed interdipendenti tra loro:

- ❖ Fase di identificazione
- ❖ Fase di presa in carico
- ❖ Fase di valutazione
- ❖ Fase di trattamento

8.1 FASE DI IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO

La valutazione della storia e delle condizioni cliniche generali dei pazienti consente al medico di medicina generale o ai medici specialisti che hanno già in cura il paziente per altre patologie, di identificare precocemente i soggetti a rischio di disfagia, con il supporto di test validati di screening (EAT-10, ALLEGATO 1 e Malnutrition Screening Tools, ALLEGATO 2).

Il Medico di Medicina Generale, nel sospetto di una disfagia, a seconda del quadro clinico complessivo, può inviare il paziente alla visita specialistica che riterrà più indicata, presso gli ambulatori del Nuovo Regina Margherita, che avranno uno slot dedicato per ciascuna branca. La visita specialistica costituisce il primo accesso del PDTA:

- Qualora si identifichi una forma di disfagia **esofagea** il paziente esce dal percorso delineato nel presente PDTA e viene inviato alla valutazione gastroenterologica, volta a chiarirne le cause. In base alla valutazione anamnestica il gastroenterologo prescriverà gli accertamenti necessari per arrivare alla diagnosi (Esofagogastroduodenoscopia, Rx esofago baritato, manometria esofagea) e, nel caso venga confermata, darà indicazione alla terapia più adeguata, sia essa di tipo medico, endoscopico o chirurgico. Il paziente con disfagia esofagea non entra nel percorso delineato nel presente PDTA.
- Nel sospetto di disfagia **orofaringea** il punto di partenza del percorso è affidato allo specialista (ORL, neurologo, geriatra, fisiatra) a cui il MMG ha inviato il paziente, che individua o conferma un sospetto di disfagia anche in relazione ai fattori di rischio.

Se il sospetto viene confermato, il paziente viene inviato all'ambulatorio "Disfagia" per la presa in carico.

8.2 FASE DI PRESA IN CARICO

I pazienti possono essere seguiti presso l'ambulatorio dedicato o, se non trasportabili, direttamente al domicilio

8.2.1 DEFINIZIONE DEL PERCORSO TERRITORIALE DEI PAZIENTI CON DISFAGIA MOTORIA ORO-FARINGEA AMBULATORIALI

Il percorso territoriale si avvale della costituzione di un ambulatorio per la Disfagia, multidisciplinare e multiprofessionale, a cui afferiscono il Foniatra, il Logopedista, il Dietista e il Fisiatra presso il PP Nuovo

Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale del Paziente Disfagico nel territorio della ASL Roma I	PDTA DISFAGIA	Rev.0 del 05/12/2025	Pag. 10 di 53
---	---------------	----------------------	---------------

Regina Margherita (NRM) e di slot dedicati presso il già esistente ambulatorio logopedico del San Filippo Neri.

Inizio del percorso per il paziente ambulatoriale

La segnalazione può avvenire attraverso il MMG (che individua i pazienti con sospetto clinico di disfagia funzionale oro-faringea sulla base del test di autovalutazione per il monitoraggio della capacità deglutitoria EAT-10 (ALLEGATO 1), e sulla valutazione dello stato nutrizionale con il test MST (ALLEGATO 2).

I pazienti così individuati vengono inviati allo specialista della ASL Roma I che fa parte del percorso, in base al problema clinico del paziente:

- otorinolaringoiatra,
- geriatra,
- neurologo,
- fisiatra

inviando la richiesta alla COT-D di competenza territoriale con l'impegnativa dematerializzata della visita corrispondente, riportando nelle note la dicitura "PDTA disfagia".

Nelle agende dei seguenti ambulatori, situati al Nuovo Regina Margherita sono presenti spazi dedicati per le prenotazioni della prima visita:

Tabella 1: Ambulatori e slot per la prima visita

Specialità'	Giorno	Ora	Ambulatorio	Denominazione agenda
Neurologia	Lunedì	11.00-11.30	Neurologia	H232 Malattie cerebrovascolari
Otorinolaringoiatria	1°-3° Mercoledì	10.15-11	Foniatra (prenotabile da CUP, geriatria NMR, CAD)	Foniatrica per la deglutizione
Geriatra	Lunedì	8.30-9.00	Geriatra	H226Ger
Fisiatria	Giovedì	9.30-10	Fisiatria	Or-dott.sergiacomipaolo

La COT-D contatta il paziente, fornisce indicazioni sul percorso e fissa l'appuntamento prenotando su apposita agenda CUP.

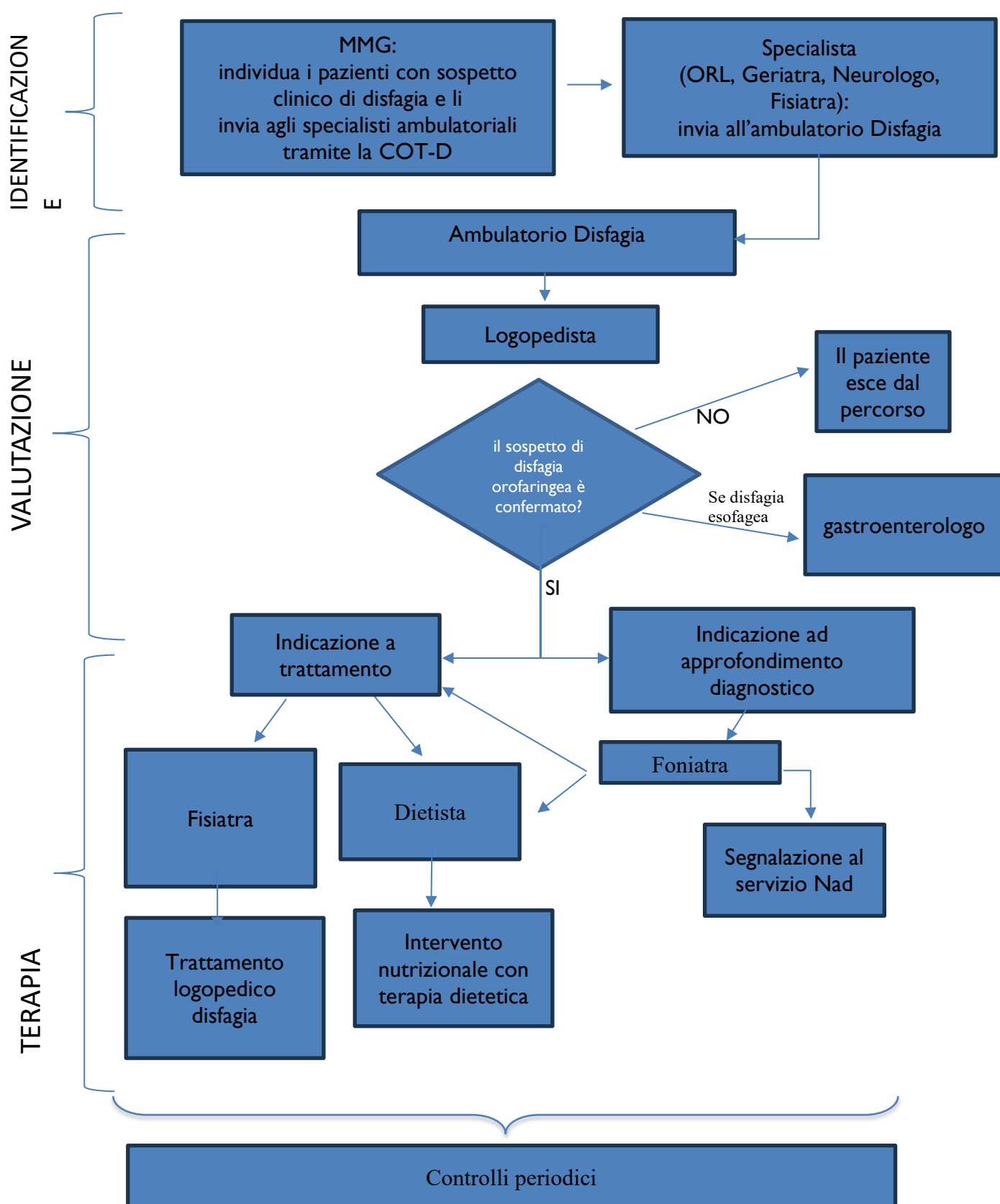
Gli specialisti, se confermano il sospetto clinico di disfagia, attivano l'ambulatorio per la Disfagia (che prevede la valutazione logopedica, con l'eventuale successivo invio alla visita otorino-foniatrica, la visita fisiatrica, e consulenza nutrizionale effettuata dal dietista), fornendo al paziente le seguenti impegnative:

- 1: Valutazione apparato digerente e deglutizione (93.01.9_0) – per la valutazione logopedica
- 2: plicometria, valutazione dello stato nutrizionale (93.07.2_0) – per la valutazione dietistica
- 3: visita foniatrica (95.43_3) + videoendoscopia delle vie aeree e digestive superiori (29.19.1_0)
- 4: prima visita di medicina fisica e riabilitazione (89.78.2_0) – per la presa in carico riabilitativa

Gli stessi specialisti, se individuano un sospetto di disfagia nei pazienti che hanno già in carico, possono attivare il percorso con uguali modalità.

Tabella 2. Ambulatorio della disfagia: slot disponibili per le fasi successive all'ingresso nel percorso

Valutazione	Sede	Giorno	Orario	Denominazione agenda
Logopedica	NRM	Mercoledì	8.30-13.00	Nuova agenda
Logopedica	SFN	Dal Lunedì al venerdì	14.30-16.30	SFN_FKT001
Dietistica	NRM	Mercoledì	8.30-13.00	
Foniatrica	NRM	I e III Mercoledì	9.00-12.30	Foniatrica per deglutizione
Fisiatrice	NRM	Giovedì	9.30-10.00	Or-dott.sergiacomipaolo

Fig. 2: Flow-Chart paziente AMBULATORIALE con sospetto clinico di disfagia

La gestione della disfagia a livello territoriale ambulatoriale sarà diversa a seconda della gravità del quadro clinico, secondo quanto riportato nella tabella sottostante (Tabella 2).

Tabella 2. Gestione della disfagia per livello di gravità

Gravità della disfagia	Raccomandazioni
<i>Nessuna disfagia</i>	Controlli in base alle necessità cliniche del paziente
<i>Disfagia a basso rischio di aspirazione</i> Il paziente deglutisce senza difficoltà cibi semisolidi e solidi. Ha occasionali difficoltà nella deglutizione dei liquidi	Riabilitazione logopedica presso l'ambulatorio disfagia con cicli ripetibili Compensi posturali Addestramento al care-giver Controlli periodici
<i>Disfagia a moderato rischio di aspirazione</i> Il paziente deglutisce senza difficoltà cibi semisolidi. Ha difficoltà nella deglutizione dei liquidi.	Modificazione delle consistenze Attivazione NAD: liquidi addensati-acqua gel Riabilitazione logopedica presso l'ambulatorio disfagia con cicli ripetibili Controlli periodici
<i>Disfagia grave</i> Il paziente ha difficoltà con tutte le consistenze	Invio al servizio NAD-richiesta di visita otorino (foniatria)

8.2.2 PAZIENTI CON DISFAGIA MOTORIA ORO-FARINGEA NON TRASPORTABILI E ASSISTITI AL DOMICILIO (PERCORSO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO)

8.2.2.1

Segnalazione attraverso il medico ospedaliero

Il Medico Ospedaliero attraverso la scheda SUS, segnala i pazienti con Disfagia alla TOH di competenza e richiede la presa in carico domiciliare. La T.O.H. di competenza attiva la C.OT. distrettuale. La C.OT. distrettuale attiva il C.A.D.

Il Medico Ospedaliero invia, inoltre, la visita foniatria e la valutazione logopedica effettuata in ospedale, la prescrizione eventuale di terapia e l'attivazione del Servizio NAD, laddove se ne riscontri la necessità.

8.2.2.2 Segnalazione attraverso il medico di medicina generale

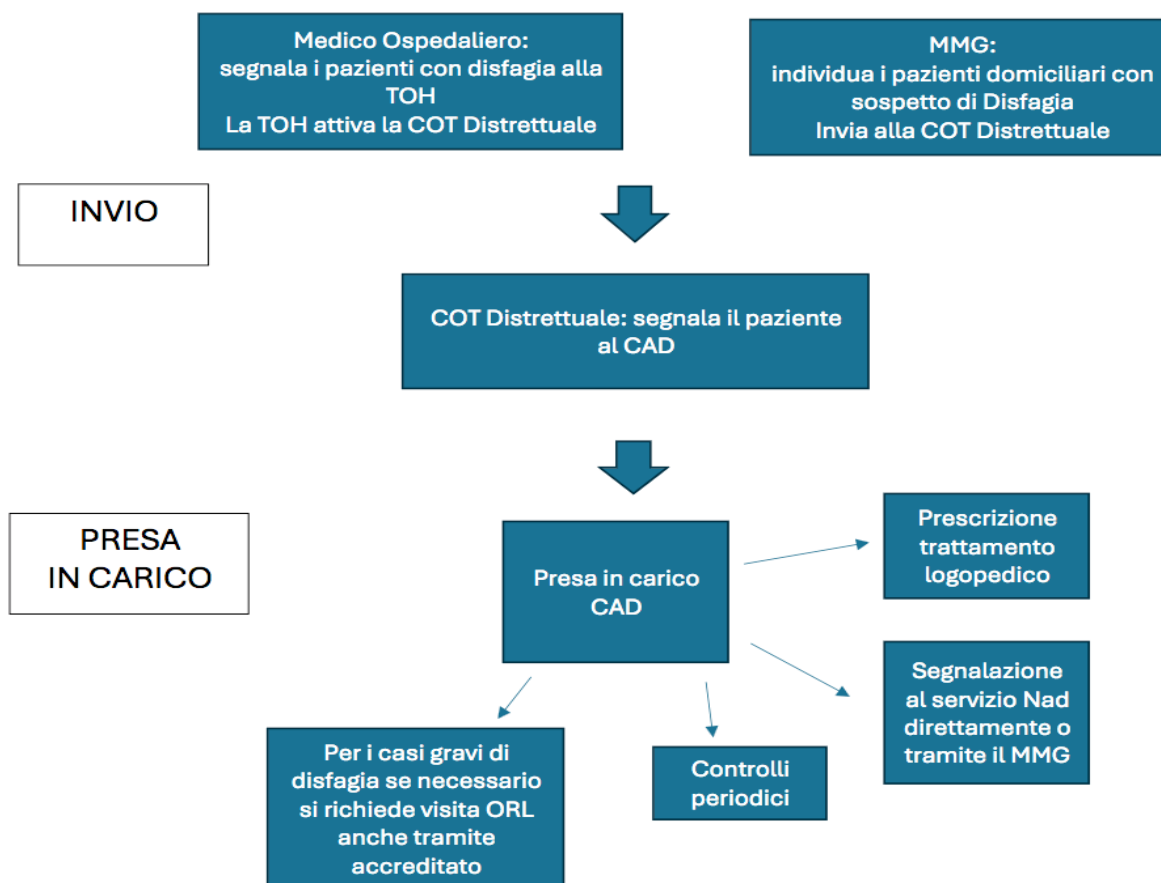
Il care-giver segnala al MMG la difficoltà di deglutizione del paziente, il medico invia la SUS alla COT Distrettuale, la quale attiva il servizio CAD.

Il CAD prende in carico il paziente e, laddove se ne riscontri la necessità, effettua la prescrizione di terapia logopedica, e l'attivazione del servizio NAD direttamente o tramite il MMG.

8.2.2.3 Segnalazione tramite gli specialisti del CAD

Nei pazienti già presi in carico dal CAD gli specialisti stessi possono avviare il percorso.

Flow-Chart paziente DOMICILIARE con disfagia o con sospetto clinico di disfagia



La gestione della disfagia a livello territoriale DOMICILIARE sarà diversa a seconda della gravità del quadro clinico, secondo quanto riportato nella tabella sottostante.



Gravità della disfagia	Raccomandazioni
<i>Nessuna disfagia</i>	Controlli in base alle necessità cliniche del paziente
<i>Disfagia con basso rischio di aspirazione:</i> il paziente deglutisce senza difficoltà cibi semisolidi e solidi. Ha occasionali difficoltà nella deglutizione dei liquidi.	Riabilitazione logopedica con cicli ripetibili attivati attraverso il CAD Compensi posturali Addestramento care-giver Controlli periodici
<i>Disfagia con moderato rischio di aspirazione:</i> il paziente deglutisce senza difficoltà cibi semisolidi e solidi. Ha difficoltà con i cibi liquidi	Modificazione delle consistenze-dieta semisolida, Attivazione NAD: liquidi addensati-acqua gel Riabilitazione logopedica cicli ripetibili attivati attraverso il CAD controlli periodici
<i>Disfagia grave</i> Il paziente ha difficoltà con tutte le consistenze	invio al servizio NAD-Richiesta di visita ORL anche tramite accreditato

8.3 FASE DI VALUTAZIONE

8.3.1 VALUTAZIONE LOGOPEDICA

Nella pratica clinica lo screening serve a identificare i pazienti che dovranno essere sottoposti a una presa in carico specialistica (foniatria e logopedica). Le procedure di screening devono tenere in considerazione, come prerequisiti alla deglutizione, alcune caratteristiche cliniche di base (vigilanza, attenzione, orientamento).

Tra le procedure di screening che si possono somministrare ci sono:

- il Test dell'acqua (o Three-Oz Water Swallow Test) (ALLEGATO 3).
- il Gugging Swallowing Screen (GUSS). Quest'ultimo è un altro strumento utilizzabile in fase di screening, composto da due sezioni: indagine preliminare/prova indiretta di deglutizione e prova diretta di deglutizione, in cui vengono testate tre consistenze diverse (semisolida, liquida e solida) (ALLEGATO 4)

Entrambi vengono somministrati, nell'ambulatorio di disfagia, dal logopedista.

È inoltre raccomandata, nel caso della rilevazione di segni di disfagia allo screening, l'esecuzione di una valutazione clinica standardizzata più approfondita (Bedside Assessment) secondo il Protocollo di Logemann (Scottish Intercollege Guidelines Network - SIGN 2004) (ALLEGATO 5)

La valutazione logopedica consiste in:

- raccolta dei dati rilevati in cartella clinica
- osservazione del paziente (prerequisiti alimentazione/comunicazione)
- osservazione del livello di collaborazione
- valutazione dei livelli cognitivo e comunicativo-linguistico
- valutazione della deglutizione secondo il protocollo di Logemann che comprende la valutazione della morfologia, motricità, sensibilità delle strutture capo-collo; valutazione prassico-articolatoria dei riflessi linguo-bucco-facciali patologici e fisiologici; valutazione della coordinazione pneumo-fono deglutitoria, valutazione della qualità vocale; valutazione di deglutizioni spontanee, elevazione laringea, tosse volontaria e raclage; prove di deglutizione di liquido (acqua), semisolido (budino) e solido (biscotto) effettuate con saturimetro. Il dato internazionalmente accettato come criterio per un anormale abbassamento della SpO2 è il 2% di variazione.

Nel caso si rilevi disfagia per una o più delle consistenze esaminate si dà indicazione alla valutazione fisiatrica, per indicazione al trattamento, o foniatrica, se necessario approfondimento diagnostico.

8.3.2 VALUTAZIONE FISIATRICA

La valutazione fisiatrica viene eseguita in seguito a formulazione di diagnosi di disfagia, in equipe multiprofessionale. Essa prevede una valutazione globale del paziente considerando le seguenti aree di intervento:

- Area della stabilità internistica
- Area delle funzioni vitali di base
- Area delle funzioni sensitivo-motorie
- Area della mobilità e dei trasferimenti
- Area comunicativo-relazionale
- Area cognitiva-comportamentale
- Area delle autonomie e cura della persona
- Area del riadattamento e del reinserimento sociale

Il paziente oggetto di valutazione potrà essere:

- eleggibile alla presa in carico per iniziare il percorso riabilitativo
- non idoneo alla riabilitazione logopedica;
- suscettibile di un intervento educativo (strategie in cui il paziente e/o il caregiver sono coinvolti attivamente, quali tecniche compensatorie come l'adozione di posture idonee, o riabilitative come il rinforzo della muscolatura linguale).

Dopo la valutazione di ognuna delle aree di intervento sopra nominate, il medico fisiatra redige il Progetto Riabilitativo, di cui è responsabile, e che rappresenta il momento primario e indispensabile per la presa in carico riabilitativa si intende la gestione del paziente disfagico per il quale non sia possibile praticare una terapia eziologica o patogenetica. Essa prevede il coinvolgimento di diversi ambiti, quali: diagnosi medica, diagnosi fisiopatologica, prevenzione delle complicanze polmonari e nutrizionali, identificazione delle risorse disponibili, progetto e programma riabilitativo.

Dopo la valutazione di ognuna delle aree di intervento sopra nominate, il Medico Fisiatra redige il Progetto Riabilitativo Individuale, di cui è responsabile, e che rappresenta il momento primario e indispensabile per la riabilitazione della disfagia.

Il progetto riabilitativo deve definire gli obiettivi a breve, medio e lungo termine. Per tale finalità sarà indispensabile considerare, da un lato il quadro clinico generale, dall'altra le risorse disponibili, quindi:

- funzioni cognitive, esecutive e comunicative
- prognosi quoad vitam e quoad valitudinem
- eventuale presenza di personale sanitario addestrato alla gestione della disfagia
- caregiver non sanitari.

Un aspetto importante del progetto riabilitativo riguarda lo stabilire le priorità e i tempi di intervento; infatti, spesso, la disfagia si inserisce in un quadro più complesso dove rientrano molteplici ambiti di intervento.

Il programma riabilitativo, elaborato per competenza dal logopedista, consiste in interventi in grado di determinare cambiamenti permanenti nei meccanismi della fisiologia deglutitoria sfruttando le abilità residue del paziente e coinvolgendo e addestrando il caregiver nelle strategie da attuare al domicilio e nella fase di preparazione dei pasti.

8.3.3 VALUTAZIONE DEL FONIATRA/DISFAGISTA

La richiesta della valutazione arriva dalle logopediste che, in collaborazione con le dietiste, hanno valutato il paziente inviato loro in ambulatorio dal neurologo, dal fisiatra, dal geriatra e/o dall'otorinolaringoiatra. La valutazione è clinica e strumentale.

a. La valutazione clinica terrà conto di tutti gli elementi precedentemente raccolti ed eventuale integrazione in base al giudizio clinico sulla base dei seguenti parametri:

- anamnesi generale e specifica, mirata alla storia dell'insorgenza ed evoluzione del disturbo della deglutizione, ai farmaci assunti, allo stato di salute e nutrizionale (calo ponderale e disidratazione), alla funzione respiratoria;
- livello di vigilanza, funzioni comunicative e cognitive;
- stato dell'alimentazione (consistenze, modalità di assunzione, presenza di nutrizione enterale o parenterale);
- abitudini alimentari;
- sintomi percepiti dal soggetto;
- valutazione morfo-dinamica degli organi coinvolti nella deglutizione (labbra, lingua, palato duro e palato molle, mandibola), delle prassie orobuccali su comando e/o su imitazione, dei riflessi normali e/o patologici, della tosse volontaria e riflessa e della loro efficacia.

b. L'indagine strumentale

L'indagine strumentale consiste nello studio fibroendoscopico della deglutizione (FEES Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing), metodica poco invasiva, ben tollerata dai pazienti, possibile per tempi prolungati, ripetibile, economica, utile nel feed-back terapeutico.

L'illustrazione della metodica è indicata (ALLEGATO 6)

Con la FEES si ottengono l'osservazione diretta della fase faringea della deglutizione e la valutazione della situazione postdeglutitoria. In tal modo si forniscono raccomandazioni su:

1. l'adeguatezza della deglutizione;
2. la possibilità di una nutrizione orale;
3. l'impiego di appropriati interventi per facilitare una deglutizione sicura ed efficiente.

8.3.4 VALUTAZIONE DIETISTICA

I pazienti malnutriti o a rischio di malnutrizione, individuati dai medici di medicina generale, dagli specialisti ambulatoriali (otorino, geriatra, neurologo, fisiatra), dal logopedista o dal foniatra vengono sottoposti a valutazione da parte dei Dietisti.

8.3.4.1 IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE MALNUTRITO

L'alterazione della meccanica deglutitoria, determinando per il paziente difficoltà e rallentamento nella progressione degli alimenti a livello oro-faringeo, induce molto frequentemente (~12-54%) una riduzione dell'intake alimentare, causa di malnutrizione proteico-calorica, e di liquidi, causa di disidratazione.

Per la diagnosi della malnutrizione in ambito clinico i criteri GLIM costituiscono uno strumento validato applicato a livello globale. Questi criteri prevedono uno schema in due fasi: in primo luogo effettuare uno screening per identificare i soggetti a rischio malnutrizione, ricorrendo agli strumenti che abbiamo a disposizione, mentre la seconda fase consiste in una valutazione per diagnosticare e classificare la gravità della malnutrizione. Per individuare i soggetti a rischio il Malnutrition Screening Tool (MST) è uno strumento di screening nutrizionale validato rapido e di facile esecuzione, applicabile sia in regime di ricovero che ambulatoriale. Il test può essere autosomministrabile o effettuato dal personale sanitario (MMG, infermiere, OSS ecc.) e si basa su tre semplici domande relative a perdita di peso e introiti alimentari a cui viene attribuito un punteggio (ALLEGATO 2).

Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale del Paziente Disfagico nel territorio della ASL Roma I	PDTA DISFAGIA	Rev.0 del 05/12/2025	Pag. 18 di 53
---	---------------	----------------------	---------------

La diagnosi di malnutrizione secondo i criteri GLIM prevede la presenza di almeno un criterio eziologico (ridotto introito o assorbimento alimentare, infiammazione o morbidità) e di uno fenotipico (calo di peso non intenzionale, basso indice di massa corporea, ridotta massa muscolare), mentre per determinare la severità della malnutrizione ci si basa sui soli criteri fenotipici.

La positività al test di screening MST, così come la diagnosi di malnutrizione, rende necessaria una valutazione nutrizionale completa da parte del dietista che consiste nella stima degli introiti giornalieri (anamnesi alimentare) mediante intervista al paziente, consultazione della documentazione clinica disponibile per acquisire dati relativi all'eventuale presenza di condizioni patologiche che possano influire sullo stato di nutrizione e rilevazione dei parametri biochimici e antropometrici di interesse per stimare il fabbisogno calorico-proteico giornaliero. I parametri più comunemente usati per la diagnosi di malnutrizione sono schematizzati nella Tabella 3 dell'ALLEGATO 7

Una semplice e pratica classificazione della gravità della malnutrizione proteico-calorica è riportata nella Tabella 4 dell'ALLEGATO 7

Va tuttavia precisato che il principale indicatore dello stato di nutrizione, quello in generale più facilmente acquisibile ed a costo zero, è il peso corporeo. Una perdita involontaria > 10% del peso abituale negli ultimi 6 mesi è considerata un indice sensibile di malnutrizione proteico-calorica.

Stima del fabbisogno calorico giornaliero

Nella pratica clinica il dietista può effettuare la stima dei fabbisogni calorici mediante l'utilizzo della formula di Harris e Benedict e la formula semplificata per classi di patologia.

La formula di Harris e Benedict fornisce una stima del dispendio energetico basale (BEE) in funzione del sesso, dell'età (E, anni), dell'altezza (A, cm) e del peso corporeo attuale (PA, Kg):

Femmine:	$BEE = 655,095 + (9,563 \times PA) + (1,8496 \times A) - (E \times 4,6756)$
Maschi:	$BEE = 66,473 + (13,7516 \times PA) + (5,0033 \times A) - (E \times 6,755)$

Poiché lo stato di malattia e lo stress aumentano significativamente il dispendio energetico e, di conseguenza il fabbisogno calorico, il BEE calcolato con tale formula deve essere corretto moltiplicandolo per gli opportuni fattori di correzione in relazione alla patologia del paziente come di seguito riportato nella tabella 5 dell'ALLEGATO 7.

Nel paziente severamente malnutrito, al fine di evitare l'insorgenza di una refeeding sindrome, la stima del fabbisogno calorico andrebbe inizialmente effettuata sul peso attuale – consentendo un graduale recupero del peso corporeo – e, solo successivamente, sul peso ideale.

Un modo orientativo e rapido, abbastanza accurato, per stimare il fabbisogno energetico è rappresentato anche dall'applicazione della formula cosiddetta “delle kilocalorie pro-kilo di peso attuale”. Tale formula prevede la somministrazione di una quantità di energia (kilocalorie non proteiche) compresa tra 20 e 35 kcal/kg/die, a seconda del tipo di patologia e del conseguente grado di ipermetabolismo e/o ipercatabolismo (tabella 6):

Tabella 6: Apporti calorici consigliati in rapporto ai fabbisogni

Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale del Paziente Disfagico nel territorio della ASL Roma I	PDTA DISFAGIA	Rev.0 del 05/12/2025	Pag. 19 di 53
---	---------------	----------------------	---------------

FABBISOGNI ENERGETICI	APPORTI (kcal/kg/die)
Normali	20
Aumentati	25-30
Elevati	30-35

Una volta quantificata la quota calorica da somministrare, va stabilita la ripartizione calorica tra carboidrati e lipidi. La suddivisione delle kcal non proteiche indicata per la maggior parte delle condizioni cliniche è del 70% di carboidrati e del 30% di lipidi.

Riguardo la quota proteica gli apporti devono essere modulati in base al grado di catabolismo (normale, lieve, moderato, severo). Poiché, convenzionalmente, 1 g di N è contenuto in 6.25 g di aminoacidi (o proteine) gli apporti consigliati sono compresi tra 0.1 e 0.4 g/kg/die (come N) ovvero tra 0.7 e 2-2.5 g/kg/die (come AA o proteine). Sarebbe ottimale valutare la perdita di azoto attraverso il dosaggio dell'urea urinaria; qualora non fosse praticabile, un inquadramento sommario relativo alla patologia può dare indicazioni attendibili sul fabbisogno di N del paziente disfagico, come schematizzato nella tabella 7 (ALLEGATO 7).

8.4 FASE DI TRATTAMENTO

Il trattamento della disfagia è finalizzato al raggiungimento dei seguenti obiettivi, in relazione alla gravità del quadro clinico:

- modificare le posture scorrette;
- impostare corrette modalità di assunzione del cibo e della via di somministrazione dei nutrienti anche con la collaborazione del logopedista e del dietista;
- fornire prodotti nutrizionali adeguati tramite collaborazione/attivazione del medico nutrizionista e del dietista
- posizionare vie di accesso adeguate se necessaria la nutrizione artificiale

8.4.1 TRATTAMENTO RIABILITATIVO LOGOPEDICO

Il trattamento riabilitativo prevede l'intervento su tre aree:

- a) Generale: intervento logopedico olistico con stimolazione delle abilità comunicative, di attenzione e concentrazione, controllo del capo e del tronco, coordinazione segmentale;
- b) Aspecifica: esercizi e proposte terapeutiche per il miglioramento della sensibilità e della funzionalità neuromuscolare degli organi preposti alla deglutizione;
- c) Specifica: proscrizione di riflessi patologici, posture di compenso, stimolazione sensoriale, rinforzo muscolare, modificazione delle caratteristiche reologiche dei cibi.

La riabilitazione logopedica consiste nell'impostazione di specifici esercizi per:

- riabilitazione delle funzioni comunicative
- riabilitazione delle funzioni cognitive e mnesico-attentive
- riabilitazione neuromotoria orale
- riabilitazione della coordinazione pneumo-fono-deglutitoria
- individuazione consistenze degli alimenti adatte al paziente
- impostazione delle posture e strategie di compenso e di supporto della deglutizione
- monitoraggio delle capacità deglutorie con rivalutazioni periodiche
- counselling informativo/formativo per disfagia a paziente, caregiver, altri operatori

8.4.2 SUPPORTO E TERAPIA NUTRIZIONALE

Una volta diagnosticata e inquadrata la disfagia viene proposto l'adeguato supporto e monitoraggio nutrizionale per assicurare un precoce intervento sulla malnutrizione.

Dai dati che emergono nel corso dei controlli clinici il supporto nutrizionale varierà a seconda delle specifiche necessità emerse del singolo paziente.

In caso di insufficiente apporto calorico/proteico potrà essere indicata una assunzione di cibi ipercalorici/iperteici, di alimenti fortificati con l'utilizzo di integratori modulari o completi, liquidi o cremosi - Oral Nutritional Supplements (ONS). Si ricorda che attualmente gli ONS non sono dispensabili dal SSN.

Nel caso in cui la disfagia non sia più controllabile con trattamento dietetico-riabilitativo ed il paziente non riesca ad alimentarsi sufficientemente e a soddisfare i propri fabbisogni nutrizionali si valuterà il ricorso alla nutrizione artificiale.

Per tutti i pazienti che si avviano a nutrizione artificiale, indipendentemente dalla via di accesso prescelta, andrà attivata l'assistenza domiciliare CAD per la gestione dei presidi e delle sacche a domicilio, tranne che i pazienti ricoverati in strutture pubbliche o private.

8.4.2.1 TERAPIA DIETETICA DEL PAZIENTE DISFAGICO: LE CONSISTENZE MODIFICATE

La scelta di proporre una dieta a consistenza modificata deve rispettare sia i criteri di sicurezza, stabiliti dalla valutazione clinica del logopedista e di eventuale valutazione strumentale del medico foniatra/disfagista, sia l'adeguatezza nutrizionale valutata dal dietista.

Efficacia e sicurezza devono affiancarsi ad adeguate proprietà nutrizionali ed edonistiche. Spesso una dieta a consistenza modificata può non essere adeguata dal punto di vista nutrizionale a causa della diluizione, di eccessivi volumi o dell'esclusione di alcuni alimenti oppure il paziente può rifiutare di alimentarsi per la scarsa palatabilità degli alimenti consigliati.

Pertanto, sulla base delle informazioni cliniche acquisite, il dietista procede all'impostazione di un piano dietetico personalizzato adeguando la consistenza alimentare alla capacità deglutitoria e all'esigenze del paziente.

Riguardo all'indicazione delle diete a consistenza modificata o del grado di addensamento dei liquidi ci si può rifare alla classificazione dell'International Dysphagia Diet Standardization Initiative (IDDSI).

Nella pratica, per la gestione nutrizionale dei pazienti identificati dal presente PDTA, dietisti e logopedisti hanno individuato e condiviso cinque tipologie di diete:

- Liquida
- Semiliquida (con doppie consistenze)
- Omogeneizzata Cremosa
- Solido Morbida
- Solida (senza doppie consistenze per disfagia ai liquidi)

Qualora la sola alimentazione per os non sia sufficiente a coprire i fabbisogni calorico-proteici del paziente è necessario ricorrere all'utilizzo di Supplementi Nutrizionali Orali (ONS).

L'intervento nutrizionale realizzato è soggetto a successiva rivalutazione in base al decorso clinico della disfagia e allo stato nutrizionale del paziente.

8.4.2.2 CLASSIFICAZIONE IDDSI PER LA MODIFICA DELLA CONSISTENZA DEI PASTI

L'Iniziativa Internazionale per la Standardizzazione della Dieta in Disfagia (IDDSI) nasce nel 2013 con l'obiettivo di sviluppare, a livello internazionale, una nuova terminologia standardizzata e definire descrizioni di "texture" degli alimenti modificati e dei liquidi addensati utilizzate per persone affette da disfagia. Il Comitato internazionale ha quindi elaborato un diagramma "Quadro" consistente in un continuum di 8 livelli (0-7). I livelli sono dettagliatamente descritti e identificati da numeri, etichette di testo e codici colore. Tale documento fornisce un supporto per i pazienti disfagici, operatori sanitari, medici, professionisti della ristorazione al fine di individuare il livello in cui un alimento o una bevanda si inserisce (ALLEGATO 8).

8.4.2.3 PRESCRIZIONE DEGLI ADDENSANTI

La prescrizione a carico del SSR è prevista solo per l'acqua gelificata e la polvere addensante e deve essere necessariamente effettuata dal centro NAD. A tal fine, lo specialista che ha accertato la disfagia e la necessità di addensanti, dovrà inviare una sua relazione clinica con copia del documento d'identità, codice fiscale, indirizzo di domicilio e recapito telefonico del paziente al centro NAD di riferimento:

- DISTRETTI 1,2,3: uo.nad.onrm@aslroma1.it
- DISTRETTI 13,14,15: nadsfn@aslroma1.it

Il centro NAD invierà direttamente la prescrizione al servizio farmaceutico del S. Maria della Pietà che dispenserà i prodotti. Il piano ha validità di 3 mesi allo scadere dei quali è necessario inviare richiesta rinnovo tramite mail.

8.4.3 NUTRIZIONE ARTIFICIALE

La valutazione per l'avvio alla nutrizione artificiale (NAD) va effettuata seguendo il percorso descritto nell'allegato 9. Andrà inoltre compilata la modulistica regionale (ALLEGATO 10) comprensiva del consenso alla nutrizione artificiale, ed inviata al centro NAD di riferimento per la presa in carico e la prescrizione.

8.4.3.1 NUTRIZIONE ENTERALE (NE)

La Nutrizione Enterale è da considerarsi la prima opzione in caso di necessità di Nutrizione Artificiale (NA).

I vantaggi di assicurare una via enterale sono i seguenti:

- Mantenimento dell'integrità anatomico-funzionale-immunologica della mucosa intestinale
- Mantenimento della perfusione intestinale
- Trofismo del microbiota
- Una più fisiologica utilizzazione dei substrati
- Una minor incidenza di complicanze sia metaboliche che settiche
- Una maggiore facilità e sicurezza di somministrazione
- Costi nettamente inferiori.

Le controindicazioni principali riguardano tutte quelle condizioni in cui la via intestinale non è utilizzabile per cause ostruttive o per insufficiente capacità assorbente delle sostanze:

- occlusione o subocclusione cronica intestinale di origine meccanica
- grave ischemia intestinale su base non volemica
- megacolon tossico
- diarrea severa, vomito intrattabili
- fistole digiunali o ileali ad alta portata (output >400 ml/die)
- peritonite
- emorragie del tratto digestivo superiore
- atresia digiuno-ileale
- sindrome dell'intestino corto (nell'adulto <50 cm di ileo residuo)
- cachessia grave
- varici esofagee ad alto rischio di sanguinamento.

Ad oggi sempre più evidenze impongono inoltre una attenta valutazione all'indicazione della NE nei pazienti anziani affetti da demenza di grado avanzato, a meno che l'aggravamento delle condizioni e della capacità ad alimentarsi siano dovute ad evento intercorrente acuto che possa giovare di un trattamento specifico e della NE. In tale contesto la nutrizione enterale sarà da effettuarsi tramite sondino per il miglior profilo di sicurezza e beneficio, a fronte dei rischi procedurali legati alla tecnica invasiva della PEG (perforazione, emorragia, sepsi) e anestesiológicos, di polmonite ab ingestis, di infezione dello stomaco.

Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale del Paziente Disfagico nel territorio della ASL Roma I	PDPA DISFAGIA	Rev.0 del 05/12/2025	Pag. 22 di 53
---	---------------	----------------------	---------------

Le vie di somministrazione

Sono rappresentate dal sondino nasogastrico o nasoenterale, dalla PEG (gastrostomia percutanea endoscopica) e dalla digiunostomia (JPEG):

- Se l'alimentazione enterale è indicata per brevi periodi, si usa abitualmente un sondino nasogastrico o naso enterico, flessibile, di piccolo calibro, realizzato in poliuretano. Il SNG (sondino naso-gastrico) risulta essere l'approccio più semplice e meno invasivo, mantenendo la corretta validità del trattamento nutrizionale;
- Nel caso in cui l'alimentazione enterale sia richiesta per un periodo a più lungo termine, è da considerare che i sondini nasoenterali attualmente disponibili possono garantire una buona funzionalità per periodi comunque prolungati. Ove clinicamente possibile, potrà essere considerato il confezionamento di una sonda di gastrostomia (PEG, percutaneous endoscopic gastrostomy) o dove indicato successivamente una digiunostomia (JPEG), posizionata per via endoscopica, chirurgicamente o radiologicamente. Si sottolinea comunque che la scelta riguardante la via di somministrazione non dipende solo dalla durata prevista della nutrizione che risulta una indicazione orientativa, ma soprattutto da fattori quali la malattia di base e le condizioni generali del paziente, la prognosi, i rischi dovuti alla procedura e l'accettazione da parte del paziente o del tutore.

La PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy)

I pazienti candidati a posizionamento PEG, da qualsiasi distretto provengano, effettueranno la procedura presso il P.O. San Filippo Neri in regime di Day Hospital.

Tutti i pazienti, in previsione del posizionamento PEG, dovranno effettuare i seguenti esami e portarli in visione per la valutazione anestesiológica a cui verranno sottoposti prima della procedura:

1. Emocromo, INR, glicemia, creatinina, azotemia, elettroliti;
2. E.C.G. con valutazione cardiologica per la sedazione profonda;
3. RX torace.

L'appuntamento per il posizionamento PEG verrà comunicato direttamente del Servizio di Endoscopia al paziente o al caregiver. Il paziente dovrà:

- Mantenere il digiuno da almeno 12 ore prima della procedura, in particolare se già in NE attraverso SNG.
- Sospendere terapia antiaggregante 5 giorni prima (nel caso di clopidogrel 7 gg prima), da riprendere 1-2 gg la procedura
- DOAC almeno 48 h prima (ultima dose 3 gg prima, 5 gg prima in caso di dabigatran con CI creat tra 30-50 ml/min), da riprendere 2-3 gg dopo la procedura, TAO 5 gg prima, INR < 1.5. Sostituire con eparina a basso peso molecolare, da sospendere comunque 24 ore prima della procedura
- Farmaci antidiabetici orali andranno sospesi 48 h prima

Il giorno della procedura il paziente si recherà presso il Servizio di Endoscopia del P.O. S. Filippo Neri dove verrà sottoposto a valutazione anestesiológica e, previo nulla osta alla sedazione, al posizionamento della PEG. Se per fattori dipendenti dall'anatomia del paziente non si riesca ad ottenere una corretta transilluminazione addominale, la PEG non può essere posizionata endoscopicamente. A quel punto il paziente andrà riferito alla Chirurgia per il posizionamento chirurgico della stessa.

Successivamente all'impianto il paziente verrà dimesso e reinviato a domicilio o alla struttura sanitaria di provenienza il giorno stesso. Per i pazienti a domicilio, il rientro dopo il posizionamento PEG può essere delicato e va concordato con il personale del CAD che possa aiutare il caregiver nei passaggi immediatamente successivi ossia:

Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale del Paziente Disfagico nel territorio della ASL Roma I	PDTA DISFAGIA	Rev.0 del 05/12/2025	Pag. 23 di 53
---	---------------	----------------------	---------------

Subito dopo l'intervento

- Lasciare sonda a caduta per 12 ore
- Nelle successive 24 ore infondere tramite PEG sol Glucosata al 5% a 21 ml/h
- Iniziare NE in modalità *start* (mai sopra 40 ml/h)
- controllare lo stoma detergendo la cute peristomale con clorexidina al 2% in sol acquosa a 24 ore, coprendo con garza sterile

La PEG di primo impianto, se in buone condizioni, può essere tenuta in sede fino ad un anno. Successivamente andrà programmata la prima sostituzione, anche questa presso il P.O. San Filippo Neri in regime di Day Hospital. La prima sostituzione PEG va richiesta sempre inviando email con i dati del paziente a nadsfn@aslroma1.it. Le sostituzioni successive alla prima possono essere effettuate a domicilio da personale infermieristico CAD e non richiedono l'intervento dello specialista gastroenterologo.

Le controindicazioni alla PEG

In generale non è indicato il posizionamento di una PEG per esigenze nutrizionali in presenza di una malattia incurabile/terminale e ad andamento rapidamente progressivo, oppure quando è prevedibile che la nutrizione enterale sia necessaria per un breve periodo. I dati di evidenza clinica dimostrano che la PEG migliora lo stato nutrizionale senza però fornire una evidenza convincente circa la prevenzione dell'aspirazione o del miglioramento della qualità di vita e della sopravvivenza. Inoltre, il posizionamento della PEG prevede delle adeguate condizioni anestesilogiche e comporta rischi post-intervento quali polmoniti da aspirazione, perforazione esofagea, migrazione del tubo, emorragia ed infezione dello stoma.

Ovviamente, le controindicazioni all'esecuzione di un esame endoscopico del tratto digestivo superiore sono parimenti controindicazioni al posizionamento di una PEG, come in presenza di stenosi faringo-esofagee, e in tale circostanze potrà essere valutato l'approccio radiologico o chirurgico.

Le controindicazioni assolute alla PEG sono:

- la presenza di una severa coagulopatia non correggibile
- l'impossibilità di ottenere una soddisfacente transilluminazione gastrica e la digitopressione che possono indicare la possibile l'interposizione di un organo (fegato, colon), per la presenza di ascite, per esiti di precedente chirurgia gastrica, per obesità
- Dialisi peritoneale
- Ulcera gastrica o fistola gastroenterica ad alto output
- Sepsì, peritonite, infezione parete addome
- Ipertensione portale grave (ascite)
- Prognosi infausta nel breve tempo

Le controindicazioni relative sono:

- la presenza di malattie neoplastiche, infiammatorie ed infiltrative della parete gastrica o addominale
- Ipertensione portale con varici esofagee o gastriche
- Grave compromissione cardio-respiratoria, epatica, renale e metabolica.

Dai dati della letteratura si evidenzia una controindicazione al posizionamento della PEG in pazienti con decadimento cognitivo severo o forme di Alzheimer, a fronte della percentuale di rischio elevata per le possibili complicanze. In tale contesto è sempre da valutare attentamente la proposta di intervento con la NE in generale, dopo adeguato colloquio dei familiari informati dei rischi e dei benefici, sottolineando che ad oggi le evidenze non mostrano un beneficio in termini di qualità di vita, di prevenzione delle aspirazioni, dei parametri nutrizionali e sopravvivenza. Infine si sottolinea come da un punto di vista nutrizionale il sondino naso gastrico appare equivalente alla PEG.

Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale del Paziente Disfagico nel territorio della ASL Roma I	PDTA DISFAGIA	Rev.0 del 05/12/2025	Pag. 24 di 53
---	---------------	----------------------	---------------

Le complicanze della PEG

La frequenza delle possibili complicanze è:

- Globali 16-70%
- Minori fino al 30% (dislocazione tubo, perdite peristomali, infezioni, sanguinamenti lievi)
- Maggiori 3-8 % (polmonite ab-ingestis, emorragia, danno ad organi interni, perforazioni, infezioni gravi che necessitano la rimozione della PEG fino alla fascite necrotizzante)
- Mortalità 0.5-2.1%

Si sottolinea che la presenza di pneumoperitoneo (circa il 50% dei casi) in assenza di peritonite non ha significato clinico. Un'altra possibile complicanza dovuta alla trazione eccessiva della PEG è la sindrome del bottone incarcerato nella parete gastrica (Buried Bumper Syndrome) descritta nel 2-4% dei casi.

Alle complicanze locali della procedura vanno poi aggiunte le complicanze generali della PEG legate alla somministrazione della nutrizione enterale: diarrea, nausea e vomito, reflusso gastroesofageo, aspirazione polmonare.

Di fondamentale importanza risulta pertanto l'attenta selezione dei pazienti al fine di ridurre il numero di complicanze. A tale proposito è fondamentale l'utilizzo della check list (ALLEGATO 11) da reinviare compilata, tramite l'indirizzo email nadsfn@aslroma1.it, alla UOC Gastroenterologia del S. Filippo Neri, presso il cui Day Hospital verranno organizzate le procedure di posizionamento. Posta l'indicazione al posizionamento della PEG, sarà opportuno discutere con il paziente e con i caregiver dei vantaggi e degli svantaggi della procedura ai fini di ottenere valido consenso informato (ALLEGATO 12).

8.4.4 NPT (NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE)

La NPT verrà presa in considerazione solo in presenza di un'accertata controindicazione alla NE, al posizionamento della PEG o in caso di rifiuto da parte del paziente a posizionare un accesso per NE. Studi clinici suggeriscono che la NPT è possibile come alternativa alla NE in pazienti con malattia avanzata ed insufficienza respiratoria severa.

In caso di NPT si dovrà prevedere a:

- posizionamento di un accesso centrale (Port a Cath, PICC, FICC, CICC) o in alternativa accessi periferici tipo midline e mini-midline. La NPT può essere somministrata per via periferica quando sia necessario fornire soltanto un supporto parziale e di durata limitata, ponendo attenzione alla tolleranza dell'osmolarità che in una vena periferica non deve superare 850 mOsmol/L). La scelta ed il posizionamento dell'accesso vascolare va concordato tramite richiesta del distretto con la Terapia del Dolore del S. Filippo Neri.
- Attivazione della NAD di riferimento con modulistica regionale ai fini della prescrizione della sacca nutrizionale e dei presidi per la somministrazione a domicilio.

8.4.5 MONITORAGGIO DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Per i pazienti in nutrizione artificiale è fondamentale un attento monitoraggio clinico, metabolico e più strettamente nutrizionale.

Durante la fase di induzione della nutrizione artificiale i controlli dovranno essere più frequenti, (i primi giorni quotidiani; quando la condizione clinica è stabile, i controlli andranno eseguiti in media due volte a settimana, e poi (nel caso della nutrizione artificiale domiciliare) si ridurranno a una volta ogni 10-15 giorni, per poi diventare mensili, salvo diversa necessità clinica.

Sia che il paziente riceva una nutrizione parenterale che una enterale i controlli saranno gli stessi, eccezione fatta per il controllo dell'accesso venoso centrale o periferico e la sua medicazione (n. parenterale) e per il controllo della pervietà e del corretto posizionamento del sondino naso-gastrico o della sonda da stomia (n.

enterale). Nel caso della nutrizione enterale, vanno controllate attentamente la peristalsi e la funzione intestinale, al fine di escludere la comparsa di ristagno gastrico.

Quotidianamente va inoltre monitorizzata la temperatura corporea: un aumento della temperatura corporea in un paziente in nutrizione parenterale somministrata attraverso un catetere venoso centrale potrebbe essere segno di infezione a partenza del catetere stesso (più raramente può essere riferibile ad overfeeding). Un esame obiettivo del paziente, nella prima fase quotidiano e poi ripetuto due, tre volte a settimana, servirà a notare tempestivamente l'eventuale comparsa di edema, ascite, segni di disidratazione, ittero o altro che possa essere in rapporto con la somministrazione di una N.A. Nel dettaglio il monitoraggio riguarderà non solo l'aspetto strettamente nutrizionale ma anche parametri clinici e bioumorali (ALLEGATO 13).

8.2.3 ATTIVAZIONE DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE (NAD)

L'attivazione della NAD (NE, NPT, addensanti/acqua gelificata) tramite uno dei servizi N.A.D. indicati dalla Regione Lazio per le varie ASL della provincia di Roma o per le altre province del Lazio, avviene sulla base della residenza/domicilio sanitario del paziente.

Per i residenti nei municipi 13, 14 e 15 e nella ASL ROMA 4, l'attivazione sarà predisposta dalla UOC di Gastroenterologia del P.O. SFN; per quelli residenti nei municipi 1, 2 e 3 dalla UO NAD PTP Nuovo Regina Margherita compilando la modulistica regionale da parte della UOC richiedente:

- dichiarazione di ricevuta informazione e consenso al trattamento Nutrizionale Artificiale Domiciliare;
- proposta di Nutrizione Artificiale Domiciliare (ALLEGATO 10).

I moduli debitamente compilati vanno inviati come indicato precedentemente alla NAD di riferimento per il singolo paziente.

Nel rispetto della libertà di scelta del paziente di afferire alla UOS NAD di sua preferenza, il servizio, ricevuta l'attivazione provvede a:

- valutare il paziente e verificare l'accettazione dell'intervento NAD da parte di quest'ultimo e della famiglia;
- prescrivere la via di accesso ed il tipo di trattamento, prescrivere i prodotti e le formule nutrizionali;
- aprire una scheda/posizione individuale ed acquisire il consenso al trattamento dei dati sensibili ed allo scambio di informazioni con le ASL di residenza/domicilio e con gli altri servizi coinvolti;
- sottoporre il paziente o le persone con lui conviventi ad un opportuno corso di preparazione, verificare la disponibilità, la comprensione delle istruzioni impartite, ed il grado di apprendimento per l'autogestione;
- contattare l'equipe NAD di riferimento della ASL residenza/domicilio dell'assistito per verificare i prodotti, presidi, nutripompe o altro immediatamente disponibili fra quelli ritenuti necessari;
- inviare la scheda informativa, integrata della prescrizione al farmacologico di competenza
- coordinare la fase di avvio alla NAD al fine di favorire la deospedalizzazione precoce o evitare l'ospedalizzazione;
- monitorare lo stato di nutrizione del paziente con la collaborazione del CAD.

9 RIFERIMENTI

9.1 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Dysphagia Management and Stroke Units David G. Smithard. Curr Phys Med Rehabil Rep (2016) 4:287–294 DOI 10.1007/s40141-016-0137-2

- ESPEN guidelines for nutrition screening 2002, Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). Clin Nutr. 2003 Aug;22(4):415-21. doi: 10.1016/s0261-5614(03)00098-0.
- Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002 - Parte Speciale: Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale / Anno 20 S5, pp. S17-S22 Vie di somministrazione della Nutrizione Artificiale
- ESPEN guidelines on nutrition in dementia Dorothee Volkert, Michael Chourdakis , Gerd Faxen-Irving, Thomas Frühwald, Francesco Landi , Merja H Suominen , Maurits Vandewoude, Rainer Wirth, Stéphane M Schneider. Clin Nutr 2015 Dec;34(6):1052-73.
- Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale / Anno 20 S5, pp. S105-S107 Nutrizione Artificiale in geriatria.
- Finucane TE, Christmas C, Travis K. *Tube feeding in patient with advanced dementia: A review of the evidence.*
- JAMA 1999;282:1365-70.
- Gillick MR. *Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia.* N Engl J Med 2000;342:206-10.
- Cervo FA et al: *To PEG or not to PEG A review of evidence for placing feeding tubes in advanced dementia and decision-making process.* Geriatrics 2006, 61(6):30-35
- Linee guida per l'applicazione e l'assistenza di gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) nel bambino e nell'adulto - Anote/Anigea, 2009
- A.S.P.E.N, Board of Directors, Standards for nutrition support physicians, NutrClin Pract, 1996;11:235-240
- A.S.P.E.N., Board of Directors, Guidelines for the use of Parenteral and Enteral Nutrition Adult and Pediatric Patients, January-February 2002; suppl. 26(1), 8SA
- A.S.P.E.N., Boards of Directors, Indications, types and route of administration: Enteral nutrition. JPEN January-February 2002; 26 (1), suppl. 97SA; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition: Pediatric Nutrition Handbook
- EFNS Task Force on Diagnosis and Management of Amyotrophic Lateral Sclerosis: Andersen PM, Abrahams S, Borasio GD, de Carvalho M, Chio A, Van Damme P, Hardiman O, Kollewe K, Morrison KE, Petri S, Pradat PF, Silani V, Tomik B, Wasner M, Weber M. EFNS guidelines on the clinical management of amyotrophic lateral sclerosis (MALS)--revised report of an EFNS task force. Eur J Neurol. 2012 Mar;19(3):360-75.
- Sancho J, Servera E, Chiner E, et al. Noninvasive respiratory muscle aids during PEG placement in ALS patients with severe respiratory impairment. J Neurol Sci 2010; 297: 55–59.
- Shaw AS, Ampong MA, Rio A, et al. Survival of patients with ALS following institution of enteral feeding is related to pre-procedure oximetry: a retrospective review of 98 patients in a single centre. Amyotroph Lateral Scler 2006; 7: 16–21.
- Scott AG, Austin HE. Nasogastric feeding in the management of severe dysphagia in motor neurone disease. Palliat Med 1994; 8: 45–49.
- Verschueren A, Monnier A, Attarian S, Lardillier D, Pouget J. Enteral and parenteral nutrition in the later stages of ALS: an observational study. Amyotroph Lateral Scler 2009; 10: 42–46.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patient with stroke, Identification and management of dysphagia. 2004 Available from url: <http://www.sign.ac.uk>
- Linee guida sulla gestione del paziente disfagico adulto in foniatria e logopedia, Consensus Conference 2007.
- Bengisu, S., Öge-Daşdöğen, Ö. & Yıldız, H.Y. Comparative analysis of videofluoroscopy and pulse oximetry for aspiration identification in patients with dysphagia after stroke and non-dysphagics. Eur Arch Otorhinolaryngol 281, 3095–3105 (2024)

Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale del Paziente Disfagico nel territorio della ASL Roma I	PDTA DISFAGIA	Rev.0 del 05/12/2025	Pag. 27 di 53
---	---------------	----------------------	---------------

- Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool(EAT-10). *Annals Otology Rhinology & Laryngology* 2008; 117(12): 919-924
- Cederholm T, et al., GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition e A consensus report from the global clinical nutrition community, *Clinical Nutrition* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.002>

9.2 RIFERIMENTI NORMATIVI

- SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. Ictus cerebrale: Linee guida italiane di prevenzione e trattamento – 2016
- Delibera 920 Del 12/07/2002 Regione Lazio,
- DGR 865/2008 Regione Lazio,
- DGR242/2009 Regione Lazio
- Delibera Commissario Ad Acta U00404 Del 03/09/2013 Regione Lazio
- Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002.

9.3 RIFERIMENTI INTERNI

- PG_Documento Sicurezza farmaci - Procedura per la sicurezza nell'utilizzo dei farmaci solidi secondo raccomandazione ministeriale n. 19
- Procedura per la prevenzione e controllo delle complicanze infettive correlate agli accessi vascolari- PRO CC-ICA n. 1.

INDICATORI

INDICATORE	Fonte DATI	TARGET	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
N. pz inviati a ambulatorio disfagia/mese	SIAS	>10	Responsabile del PDTA	6 mesi
N. pz inviati a visita foniATRICA / N. pz ambulatorio disfagia	SIAS	50%	Responsabile del PDTA	6 mesi
N. prescrizioni dietetiche / N. pz ambulatorio disfagia	SIAS	50%	Responsabile del PDTA	6 mesi
N. visite gastroenterologiche per NAD/ N. pz ambulatorio disfagia	SIAS	10%	Responsabile del PDTA	6 mesi

RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA

Il documento è disponibile in formato cartaceo nelle UU.OO. coinvolte e in formato elettronico sull'Intranet aziendale

CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

La presente procedura sarà oggetto di revisione in caso di approvazione di nuove normative sull'argomento e/o a seguito di cambiamenti organizzativi o gestionali all'interno dell'Azienda.

ALLEGATI

Allegato n. 1 EAT-10: Test per il monitoraggio della capacità deglutitoria. (per i MMG)

Allegato n. 2 Malnutrition Screening Tools (MST) e criteri GLIM

Allegato n. 3 Test dell'acqua

Allegato n. 4 Test Guss Valutazione Logopedica per il paziente ambulatoriale

Allegato n. 5 Screening per la disfagia orofaringea (Logeman et al 1991)

Allegato n. 6 Modalità esecuzione della FEES

Allegato n. 7 Identificazione e valutazione del paziente malnutrito

Allegato n. 8 Classificazione IDDSI per la modifica della consistenza dei pasti

Allegato n. 9 Percorso NAD

Allegato n. 10 Modello regionale di proposta di nutrizione artificiale

Allegato n. 11 Percorso in caso di PEG (check list)

Allegato n. 12 Consenso Informato alla PEG

Allegato n. 13 Monitoraggio

Allegato n. 14 Informativa sulla privacy

ALLEGATO N. I**EAT-10: Test per il monitoraggio della capacità deglutitoria (per i MMG)****Obiettivo:**

Il test EAT-10 aiuta a misurare le difficoltà di deglutizione del paziente (se > o uguale a 3 il paziente va segnalato agli specialisti ambulatoriali). Segnalare inoltre segni di malnutrizione/disidratazione.

A. Istruzioni:

Risponda ad ogni domanda barrando il valore corrispondente all'entità del sintomo, considerando che: 0 corrisponde a nessun problema e 4 corrisponde a un problema severo.

B. Punteggio: È dato dalla somma dei singoli punteggi.

Punteggio totale (massimo 40 punti)

C. Cosa fare dopo:

Se il punteggio totale del paziente è pari o maggiore di 3, potrebbe avere problemi a deglutire in modo corretto e sicuro. In questo caso il paziente va inviato a una valutazione specialistica presso i centri Disfagia (NRM, San Filippo Neri)

1) La difficoltà a deglutire mi ha causato una perdita di peso

0 | 1 2 3 4

2) La difficoltà a deglutire mi rende difficile pranzare fuori casa

0 | 1 2 3 4

3) Deglutire i liquidi mi risulta difficoltoso

0 | 1 2 3 4

4) Deglutire cibi solidi mi risulta difficoltoso

0 | 1 2 3 4

5) Ho difficoltà a deglutire i medicinali (pillole, compresse, capsule)

0 | 1 2 3 4

6) Deglutire mi causa dolore

0 | 1 2 3 4

7) La difficoltà a deglutire mi riduce il piacere del pasto

0 | 1 2 3 4

8) Quando deglutisco, il cibo mi si ferma in gola

0 | 1 2 3 4

9) Quando mangio tossisco

0 | 1 2 3 4

10) Deglutire mi genera ansia

0 | 1 2 3 4

ALLEGATO N. 2

Malnutrition Screening Tool (MST)

Ha perso peso involontariamente di recente?	
No	0
Non sono sicuro	2
Se sì, quanto peso (kilogrammi) ha perso?	
1 – 5	1
6 – 10	2
11 – 15	3
> 15	4
Non sono sicuro	2
Sta mangiando poco per mancanza di appetito?	
No	0
Sì	1
Totale	

Punteggio ≥ 2 = rischio di malnutrizione

Ferguson M et al. *Nutrition* 1999

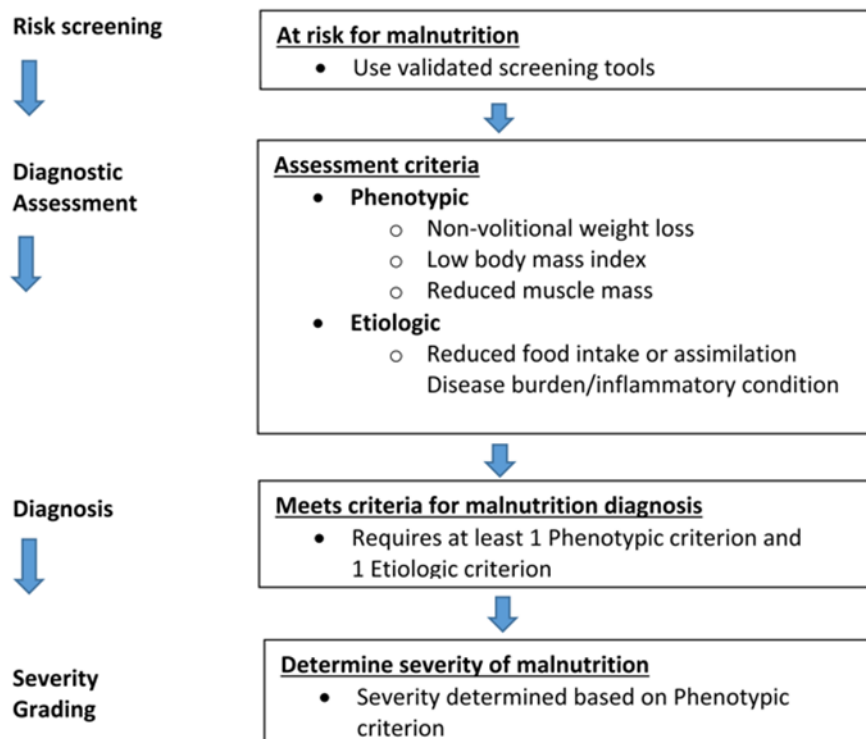


Fig. 1. GLIM diagnostic scheme for screening, assessment, diagnosis and grading of malnutrition.

Table 3
Phenotypic and etiologic criteria for the diagnosis of malnutrition.

Phenotypic Criteria ^a			Etiologic Criteria ^b	
Weight loss (%)	Low body mass index (kg/m ²)	Reduced muscle mass ^c	Reduced food intake or assimilation ^{d,e}	Inflammation ^{d,f}
>5% within past 6 months, or >10% beyond 6 months	<20 if <70 years, or <22 if >70 years Asia: <18.5 if <70 years, or <20 if >70 years	Reduced by validated body composition measuring techniques ^g	<50% of ER > 1 week, or any reduction for >2 weeks, or any chronic GI condition that adversely impacts food assimilation or absorption ^h	Acute disease/injury ^{i,j} or chronic disease-related ^j

(da Cederholm T, et al. 2018)

ALLEGATO N. 3**TEST DELL'ACQUA**

REPARTO/STRUTTURA: _____ _____				
DATI PAZIENTE				
Cognome:			Nome:	
Data di nascita /	/	Sesso: ☐ M ☐ F	Nosologico:	
TEST DELL' ACQUA				
	Prova dei 3 cucchiaini		Prova dei 50 ml	
	SI	NO	SI	NO
Tosse				
Voce gorgogliante				
Rigurgiti nasali				
Tentativi ripetuti di deglutizione				
Deglutizione assente				
Desaturazione				
N.B. In caso di 1 o più segni di disfagia alla prova dei 3 cucchiaini sospendere il test. Se segni assenti procedere con la prova dei 50 ml.				

ALLEGATO N. 4

Valutazione Logopedica per il paziente ambulatoriale
Test Guss - versione italiana

G U S S - I T A (Gugging Swallowing Screen)		Nome: _____ Data: _____ Ora: _____	
1. Indagine preliminare / Prova indiretta di deglutizione			
Vigilanza (Il paziente deve essere vigile per almeno 15 minuti). Tossire e/o schiarire la voce (tosse volontaria) (Il paziente deve tossire o schiarirsi la voce due volte)	SI* 1 ☐ 1 ☐	NO 0 ☐ 0 ☐	
Deglutizione della saliva • Deglutizione senza difficoltà	1 ☐	0 ☐	
• Perdita di saliva • Modifica della voce (rauca, gorgogliante, velata, debole)	0 ☐ 0 ☐	1 ☐ 1 ☐	
TOTALE	(5) 1 - 4 = Indagare ulteriormente * 5 = Continuare con la 2ª parte		
2. Prova diretta di deglutizione (Materiale: acqua, cucchiaino da tè, addensante alimentare, pane)			
Nel seguente ordine:	1 ? SEMISOLIDO*	2 ? LIQUIDO**	3 ? SOLIDO***
DEGLUTIZIONE: • Deglutizione non possibile • Deglutizione ritardata (> 2 sec.) (Consistenza solida > 10 sec.) • Deglutizione avvenuta correttamente	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐
TOSSE (involontaria): (prima, durante o dopo la deglutizione - fino a 3 minuti dopo) • Sì • No	0 ☐ 1 ☐	0 ☐ 1 ☐	0 ☐ 1 ☐
PERDITA DI SALIVA: • Sì • No	0 ☐ 1 ☐	0 ☐ 1 ☐	0 ☐ 1 ☐
MODIFICA DELLA VOCE: (ascoltare la voce prima e dopo la deglutizione - il paziente deve pronunciare "O") • Sì • No	0 ☐ 1 ☐	0 ☐ 1 ☐	0 ☐ 1 ☐
TOTALE	(5) 1 - 4 = Indagare ulteriormente * 5 = Continuare con i cibi liquidi	(5) 1 - 4 = Indagare ulteriormente * 5 = Continuare con i cibi solidi	(5) 1 - 4 = Indagare ulteriormente * 5 = Nella norma
PUNTEGGIO TOTALE: Prova indiretta di deglutizione e Prova diretta di deglutizione _____ (20)			
* Per prima cosa somministrare da 7 fino a 1/2 cucchiaino d'acqua con addensante alimentare (consistenza di un budino). Se non insorgono sintomi, somministrare da 3 a 5 cucchiaini. Valutare dopo il 5° cucchiaino.			
** 3, 5, 10, 20 ml d'acqua - se non ci sono sintomi continuare con 50 ml d'acqua (Daniels et al 2000; Gottlieb et al 1998). Valutare e fermare le indagini quando uno dei criteri viene osservato.			
*** Clinico: Pane secco; FEES: Pane secco inzuppato in liquido chiaro.			
† Utilizzare le indagini funzionali come la valutazione endoscopica della deglutizione con registrazione video (VFES) o la valutazione endoscopica della deglutizione con fibra ottica flessibile (FEES).			

G U S S-ITA

(Gugging Swallowing Screen)

GUSS – VALUTAZIONE

RISULTATI		CODICE DI GRAVITA'	RACCOMANDAZIONI
20	Cibi di consistenza semisolida / liquida e cibi solidi deglutiti senza difficoltà	Lieve disfagia / disfagia assente minimo rischio di aspirazione.	- Dieta normale - Liquidi regolari (<u>La prima volta sotto la supervisione di un logopedista o di un infermiere esperto</u>)
15-19	Cibi di consistenza semiliquida o liquida deglutiti senza difficoltà mentre i cibi solidi con difficoltà	Lieve disfagia con basso rischio di aspirazione.	- Dieta per la disfagia (frullati e cibi morbidi) - Ingerire liquidi molto lentamente – un sorso alla volta - Valutazione funzionale della deglutizione come Valutazione endoscopica della deglutizione con fibra ottica flessibile (FEES) o Valutazione endoscopica della deglutizione con registrazione video (VFES) - Fare riferimento a un logopedista
10-14	Cibi semisolidi deglutiti senza difficoltà mentre i liquidi con difficoltà	Moderata disfagia con rischio di aspirazione.	La dieta per disfagia inizia con: - cibi di consistenza semisolida come alimenti per neonati e nutrizione parenterale supplementare - Tutti i liquidi devono essere addensati! - Le compresse devono essere tritate e mescolate con liquido denso - Niente medicinali liquidi! - Ulteriori valutazioni funzionali della deglutizione (FEES, VFES) - Fare riferimento a un logopedista Integrazione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale
0-9	Indagine preliminare fallita o deglutizione dei cibi semisolidi fallita	Grave disfagia con alto rischio di aspirazione.	- NPO (nulla per os = niente per bocca) - Ulteriori valutazioni funzionali della deglutizione funzionale (FEES, VFES) - Fare riferimento a un logopedista Integrazione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale

ALLEGATO N. 5

Valutazione Clinica Standardizzata (Bedside Assessment) secondo il Protocollo di Logemann

CLINICAL BEDSIDE ASSESSMENT
(Logemann et al, 1999)

Conservato

Compromesso

Anamnesi

1. Storia di ricorrenti polmoniti
2. Frequenti innalzamenti di temperatura
3. Ipotesi di polmonite ab ingestis
4. Lungo periodo di intubazione (+ 1 sett) o di cannula tracheostomica

Comportamento

5. Vigilanza
6. Assenza di collaborazione / agitazione
7. Attenzione / capacità di interazione
8. Consapevolezza del problema di deglutizione
9. Consapevolezza delle secrezioni
10. Capacità di gestire le secrezioni

Funzioni motorie aspecifiche

11. Controllo posturale
12. Affaticabilità

Risultati dei test delle funzioni motorie orali

13. Anatomia e fisiologia orale, faringea, laringea
14. Capacità di eseguire ordini
15. Disartria
16. Deficit di forza facciale
17. Aprassia orale
18. Sensibilità orale
19. Contrazione della parete faringea nel morso
20. Deglutizione di saliva
21. Tosse volontaria, autodetersione delle vie aeree

Osservazione durante prove di deglutizione: 1 cc di liquido, 1 cc di budino, ¼ di biscotto (a masticazione conservata)

22. Aprassia della deglutizione
23. Residui orali
24. Tosse, autodetersione delle vie aeree
25. Ritardo di innesco
26. Ridotta elevazione laringea
27. Voce gorgogliante
28. Deglutizioni ripetute per singolo bolo

Dalle categorie soprariportate sono state create tre livelli di punteggio

1. il numero totale di risposte “compromesso” ottenute dalle 28 osservazioni
2. il numero totale di risposte “compromesso” ottenute dalle categorie Comportamento e Funzioni motorie aspecifiche
3. il numero totale di risposte “compromesso” ottenute dalle categorie inerenti le Funzioni motorie orali e le osservazioni durante le prove di deglutizione.

INTERPRETAZIONE DEL TEST di LOGEMANN (1999)

Identificazione della presenza di aspirazione

Variabili singole significative:

- 24 tosse/schiarimento di gola (miglior predittore singolo)
- 19 contrazione delle pareti faringee allo stimolo del vomito
- 26 ridotta elevazione laringea
- 27 voce gorgogliante
- 28 ripetute deglutizioni per ogni bolo
- Più di 5 risposte "SI" ai test oro-motori e della prova di deglutizione

Combinazione di variabili (almeno 2 su 3) che predicono aspirazione:

- 24 tosse/schiarimento di gola
- 26 ridotta elevazione laringea
- I storia di polmoniti ricorrenti

Identificazione della presenza di problema deglutitorio a livello orale

Variabili significative:

- 15 disartria (miglior predittore singolo)
- 5 stato di veglia alterato
- 7 ridotta attenzione/interazione
- 8 non coscienza del deficit deglutitorio
- 20 assenza di deglutizione di saliva
- 16 debolezza della muscolatura facciale
- 17 aprassia orale
- 18 ridotta sensibilità orale
- 22 aprassia della deglutizione
- 23 residui intraorali
- 25 ritardo di innesco del riflesso
- Risposte "SI" > 8/28 items
- Risposte "SI" > 2 delle variabili comportamentali
- Risposte "SI" > 5 delle osservazioni ai test oro-motori e prove di deglutizione

Identificazione della presenza di ritardo faringeo

Variabili singole significative:

- 6 agitazione/ridotta collaborazione
- 7 ridotta attenzione/interazione
- 8 non coscienza del deficit deglutitorio
- 20 assenza di deglutizione di saliva
- 15 disartria
- 16 debolezza della muscolatura facciale
- 18 ridotta sensibilità orale
- 21 assenza di tosse
- 22 aprassia della deglutizione
- 23 residui intraorali
- 24 tosse/schiarimento di gola
- Risposte "SI" > 8/28 items (miglior predittore singolo)
- Risposte "SI" > 2 delle variabili comportamentali

- Risposte “Sì” > 5 delle osservazioni ai test oro-motori e prove di deglutizione

Combinazioni di variabili (almeno 2 su 3) che predicono ritardo faringeo

- Risposte “Sì” > 8/28 items
- 25 ritardo innesco del riflesso
- 16 debolezza della muscolatura facciale

Identificazione della presenza di problema deglutitorio a livello faringeo

Variabili:

- 26 ridotta elevazione laringea (miglior predittore singolo)
- 16 debolezza della muscolatura facciale
- 17 aprassia orale
- 18 ridotta sensibilità orale
- 24 tosse/schiarimento di gola

ALLEGATO N. 6**Modalità esecuzione della FEES**

Gli elementi indispensabili per l'esecuzione dell'esame sono un fibroendoscopio flessibile e una fonte luminosa.

Il paziente viene collocato in posizione seduta.

La FEES è un esame complesso della durata media di 15 minuti; prima dell'esame, al paziente viene spiegata dettagliatamente la procedura diagnostica.

Questa si compone di cinque parti:

1) osservazione delle strutture anatomiche coinvolte nelle fasi orali e faringee della deglutizione: trofismo delle mucose nasali rino-, oro- e ipo-faringee, orali, laringee e tracheali; integrità dello sfintere velofaringeo, della parete faringea posteriore, della base lingua, della laringe, dell'ipofaringe e della trachea;

2) osservazione della motricità e della sensibilità delle strutture faringo-laringee critiche per la deglutizione: motricità velare, della base lingua, delle pareti faringee laterali, delle aritenoidi; sensibilità della base della lingua, delle pliche ariepiglottiche, dell'epiglottide e delle corde vocali;

3) osservazione delle secrezioni e della loro gestione: sede, natura e quantità. Viene inoltre rilevata l'efficacia di attività motorie spontanee, o richieste al paziente, per smaltire le secrezioni a ristagno;

4) valutazione diretta della deglutizione di alimenti di diversa consistenza (liquidi, semiliquidi, semisolidi, solidi). La prova viene ripetuta almeno tre volte per ogni consistenza.

In particolare si presta attenzione allo scolo pre-deglutitorio, alla latenza/assenza del riflesso di deglutizione faringeo, alla presenza di penetrazione/aspirazione, di ristagno post-deglutitorio nelle vallecole glossoepiglottiche, nei seni piriformi o nella zona interaritenoidica; alla tosse post-deglutitoria riflessa e alla sua efficacia; alla durata complessiva dell'atto deglutitorio e alla comparsa della fatica con il ripetersi delle varie prove.

5) osservazione degli effetti di manovre terapeutiche atte a migliorare la deglutizione.

Follow-up: I pazienti vengono rinviati alla riabilitazione logopedica in ambulatorio, e rivalutati a tre o sei mesi di distanza a seconda del quadro clinico riscontrato.

ALLEGATO N. 7**Identificazione e valutazione del paziente malnutrito**

Tabella 3: Parametri utilizzati per la diagnosi ed il monitoraggio della malnutrizione	
Anamnesi ed esame obiettivo	Abitudini alimentari, uso di farmaci, patologie rivelanti dal p.d.v. metabolico-nutrizionale, variazioni indesiderate del peso corporeo, aspetto della cute e degli annessi cutanei
Indici antropometrici	Peso (attuale vs abituale), spessore delle pliche cutanee, circonferenza del braccio, indice di massa corporea (IMC, peso/altezza ²)
Indici biochimici	Proteine sieriche (albumina, transferrina, pre-albumina, retinol-binding protein), indice creatininuria/altezza, azoturia
Indici funzionali	Immunologici (conta dei linfociti ematici totali) Funzione muscolare (forza di pressione della mano o hand-grip dynamometry)

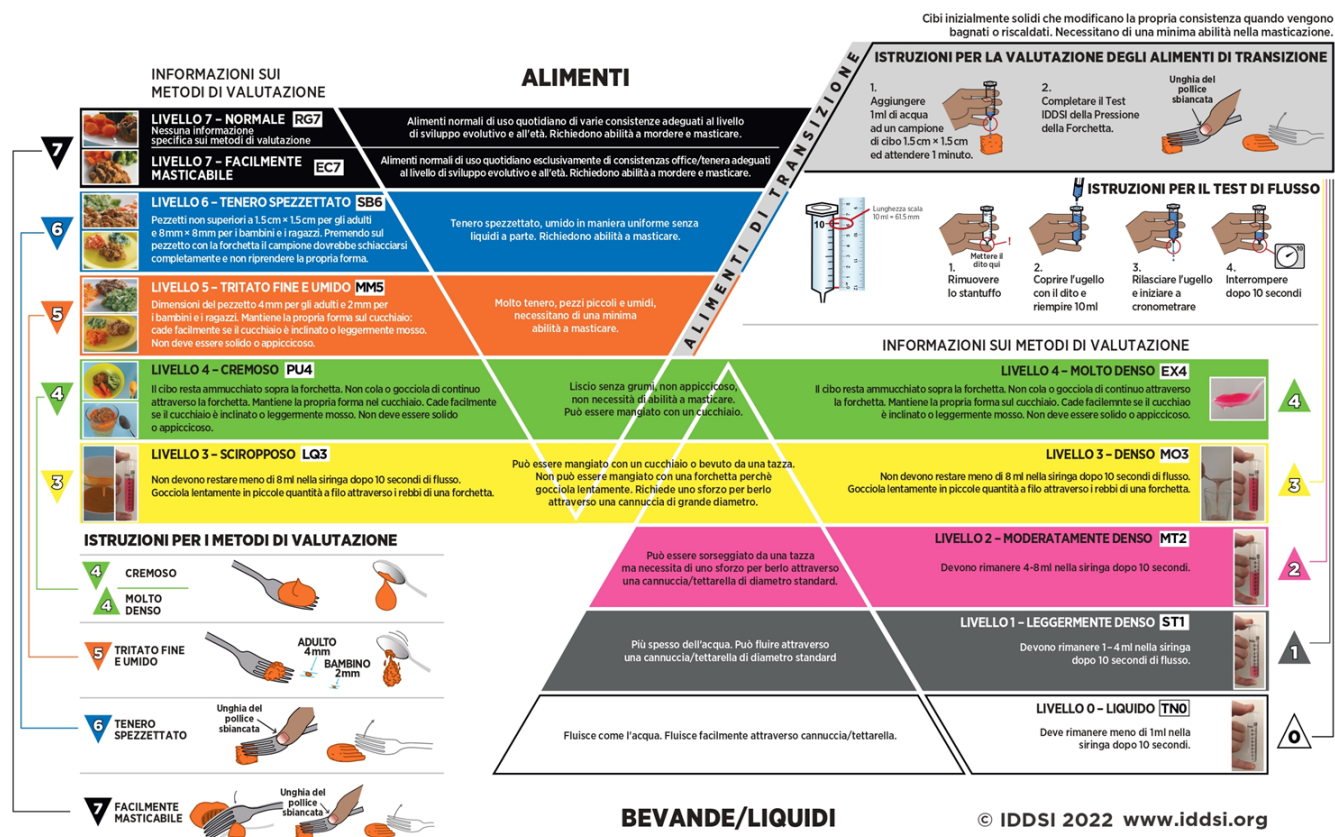
Tabella 4: Classificazione della malnutrizione proteico-calorica			
	MALNUTRIZIONE		
PARAMETRO	LIEVE	MODERATA	GRAVE
Calo ponderale (su peso abituale)	5-10%	11-20%	> 20%
IMC (Kg/m ²)	17-18,4	16-16,9	< 16
Indice creatininuria/altezza	99-80	79-60	< 60
Albumina (g/dL)	3,5-3,0	2,9-2,5	< 2,5
Transferrina (mg/dL)	150-200	100-149	< 100
Prealbumina (mg/dL)	18-22	10-17	< 10
Proteina legante retinolo (mg/dL)	2,5-2,9	2,1-2,4	< 2,1
Linfociti ematici/mm ³	1200-1500	800-1199	< 800

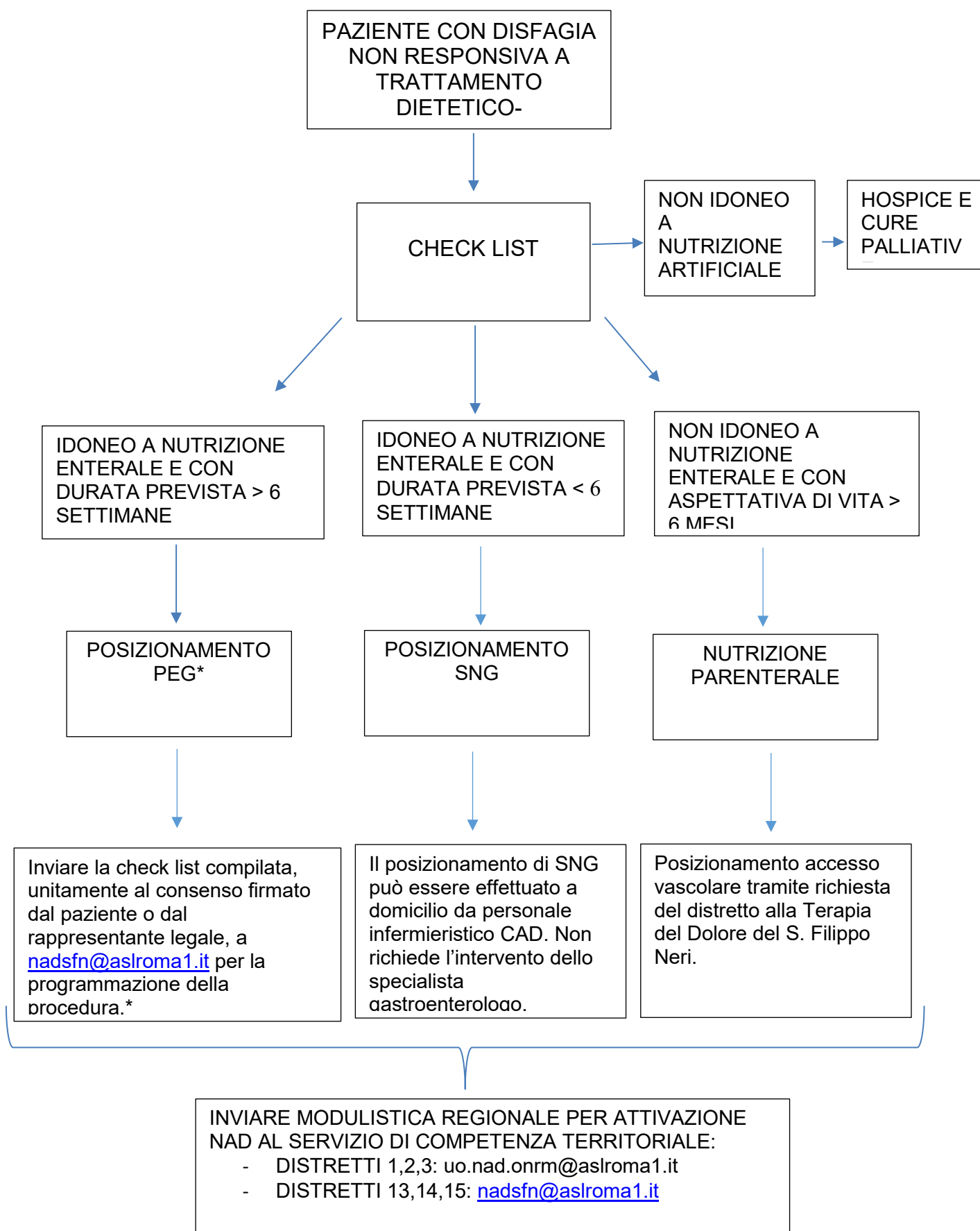
Tabella 5: Fattori di correzione del BEE per patologia	
CONDIZIONE CLINICA	FATTORE DI CORREZIONE (fabbisogni)
Post-operatorio non complicato	1.0 x (normali)
Ictus	1.15-1.3 x (aumentati)
Cancro	1.1-1.3 x (aumentati)
Peritonite/sepsi	1.1-1.3 x (aumentati)
Infezioni gravi politrauma	1.2-1.4 x (elevati)
Multiple organ failure (MOF)	1.2-1.4 x (elevati)

Tabella 7: Valutazione grado di catabolismo		
LIEVE + 10% fabbisogno basale N	MODERATO + 40% fabbisogno basale N	SEVERO + 60% fabbisogno basale N
Insufficienza cardiorespiratoria	Patologie neurochirurgiche	Tetraplegia
Chirurgia minore	Paraplegia	Chirurgia maggiore obesi
Patologie digestive non complicate	Patologie digestive complicate	Sepsi
Neoplasie del fegato	SIC	AIDS
Neoplasie gastrointestinali non metastatiche	Anoressia	Insufficienza epato-renale
Linfomi	Chirurgia maggiore	Ustioni
	Leucemie	Trapianti
		Politraumi

ALLEGATO N. 8

CLASSIFICAZIONE IDDSI PER LA MODIFICA DELLA CONSISTENZA DEI PASTI



ALLEGATO N.9**PAZIENTE CON DISFAGIA NON RESPONSIVA A TRATTAMENTO DIETETICO**

ALLEGATO 10



All'UOS Nutrizione Artificiale
Domiciliare (NAD)
ASL Roma 1

Timbro della struttura proponente

DA CONSEGNARE ENTRO SETTE GIORNI

PROPOSTA DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

Struttura proponente: _____

Reparto: _____

Tel: _____ Fax: _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo e data di nascita: _____ Cod. Fiscale/Regionale _____

Indirizzo di residenza: _____

Tel: _____ ASL di residenza: _____

Indirizzo del domicilio: _____
(specificare se diverso da quello di residenza)

Patologia di base: _____

Altezza: _____ Peso abituale (prima della patologia): _____ Peso attuale (anche solo stimato): _____

INDICAZIONE ALLA NAD:

- | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Neoplasia capo collo | ☐ | Neoplasia + marcata anoressia | ☐ | Mal. Infiamm. Intestinali | ☐ | Malattia cronico degenerativa SNC | ☐ |
| Neoplasia esofago/stomaco/duodeno | ☐ | S. da intestino corto | ☐ | Enteropatia post-attinica / postchemio | ☐ | Anoressia mentale | ☐ |
| Carcinosi peritoneale | ☐ | Fistole digestive | ☐ | Malnutrizione | ☐ | Discinesia deglutizione a base neurologica | ☐ |

Altro (specificare) _____

ANALISI OBBLIGATORIE¹

Data: _____

Creatininemia		GGT		Calcio	
Glicemia		Fosfatasi alcalina		Fosforo	
Azotemia		Sodio		Hb	
Albuminemia		Potassio		Leucociti	
ALT		Cloro		Linfociti	
AST		Magnesio			

¹
trascrivere i dati.
MOD. 1

Allegare al modulo copia delle analisi oppure

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO: _____

ALTRE TERAPIE: _____

PRODOTTO PER NUTRIZIONE ARTIFICIALE UTILIZZATO PRESSO LA STRUTTURA PROPONENTE: _____
(quantità/die): _____

INDICE DI KARNOFSKY: _____

100 Normale. Non ha segni o sintomi di malattia.
90 Capace di attività normale. Lievi sintomi o segni di malattia.
80 Attività normale con sforzo. Alcuni sintomi o segni di malattia.
70 Può accudire a se stesso. Incapace di condurre attività normale o lavoro attivo.
60 Richiede assistenza occasionale, ma è in grado di accudire alla maggior parte delle proprie necessità.
50 Richiede notevole assistenza e frequenti prestazioni mediche.
40 Costretto a letto. Richiede assistenza e cure speciali.
30 In condizioni serie. E' indicata l'ospedalizzazione.
20 In condizioni gravi. E' necessaria l'ospedalizzazione ed un intenso trattamento generale di supporto.
10 In condizioni gravissime. Progressione rapida della malattia.
0 Deceduto.

SE PATOLOGIA NEOPLASTICA

Sede primitiva della neoplasia: _____

Referto istologico: _____

Classificazione TNM: _____

TIPO DI ACCESSO PER LA NAD:

Sonda naso gastrica ☐ Sonda naso-digiunale ☐ PEG ☐ **Data posizionamento:** _____

Gastrostomia chirurgica ☐ Enterostomia chirurgica ☐ PEJ ☐ _____

Altro (specificare) _____ Ø sonda Ch/Fr: _____

specificare, la marca, il modello e il codice identificativo del dispositivo:

Tipo port (totalmente impiantato) ☐ CVC tunnelizzato con porzione extravascolare ☐ **Data posizionamento:** _____

Altro (specificare) _____

specificare, la marca, il modello e il codice identificativo del dispositivo:

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO NUTRIZIONALE ARTIFICIALE DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a.....

il..... e residente in.....

Per se stesso/a, ovvero per il familiare.....

- Dichiaro di aver ricevuto le informazioni relative al proprio stato di salute (o del congiunto) e di aver compreso termini, modalità e rischi della nutrizione artificiale ENTERALE / PARENTERALE, avente lo scopo di consentire al mio organismo di alimentarsi essendo precluso o insufficiente l'utilizzo della via naturale.
- Dichiaro di aver ricevuto e compreso le informazioni verbali e scritte relative alle manipolazioni che dovrò fare.
- Dichiaro di aver ricevuto informazioni chiare sulle strutture cui rivolgermi in caso in cui insorgano problematiche che non sono risolvibili attraverso quegli accorgimenti e manovre che mi sono state insegnate.
- Dichiaro di essere stato informato sul tipo di supporto che potrò ricevere ordinariamente dalle strutture territoriali, in particolare dal CAD, nel caso in cui non sia agevole recarmi in ambulatorio.

Sulla base di quanto sopra esprimo il mio CONSENSO / DINIEGO alla effettuazione del trattamento sanitario indicato.

Mi impegno a condurre il trattamento secondo quanto appreso seguendo scrupolosamente le istruzioni ricevute e di effettuare i controlli clinici, tecnici e di laboratorio che mi verranno prescritti.

.....li.....

firma del paziente o di chi ne fa le veci

firma del medico

ALLEGATO N. II

CHECK LIST PER VALUTAZIONE PEG



ALLEGATO 1 -

CHECK LIST PER VALUTAZIONE PEG

COGNOME:

NOME:

DATA DI NASCITA:

CODICE FISCALE:

DOMICILIO:

PROVENIENZA: ☐ DOMICILIO ☐ STRUTTURA SANITARIA (specificare _____)1) IL PAZIENTE PRESENTA UNA O PIU' DELLE SEGUENTI CONTROINDICAZIONI ALLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE?☐ SI ☐ NO

- a. Aspettativa di vita inferiore a 6 mesi
- b. Deterioramento psico-organico avanzato
- c. Il paziente e/o i suoi legali rappresentanti non accettano un programma di NED o è improbabile che lo rispettino e/o ci sono problemi organizzativi/logistici che non possono essere superati

Se SI, inviare il paziente a cure palliative. Non indicata attivazione NAD. Se NO, proseguire nella Check-list.

2) IL PAZIENTE PRESENTA UNA O PIU' DELLE SEGUENTI CONTROINDICAZIONI ALLA NUTRIZIONE ENTERALE?☐ SI ☐ NO

- a. Grave ischemia intestinale
- b. Megacolon tossico
- c. Diarrea severa, vomito intrattabili
- d. Fistole digiunali o ileali ad alta portata (output >400 ml/die)
- e. Peritonite
- f. Atresia digiuno-ileale
- g. Sindrome dell'intestino corto (nell'adulto <50 cm di ileo residuo)
- h. Varici esofagee ad alto rischio di sanguinamento.

Se SI, inviare modulistica regionale per attivazione NAD per nutrizione parenterale. Se NO, proseguire nella Check-list.

3) IL PAZIENTE PRESENTA UNA O PIU' DELLE SEGUENTI CONTROINDICAZIONI AL POSIZIONAMENTO DELLA PEG?☐ SI ☐ NO

- a. Necessità di NED solo per breve periodo (< 6 settimane)
- b. Gravi disturbi della coagulazione (INR > 1,5, PTT > 50 s, piastrine < 50000/mm³)
- c. Instabilità emodinamica
- d. Sepsi o infezioni in atto
- e. Ascite
- f. Infezione della parete addominale nel sito di posizionamento selezionato
- g. Carcinosi peritoneale
- h. Storia di gastrectomia totale
- i. Mancanza di consenso informato per la procedura
- j. Controindicazioni ad esame endoscopico (stenosi/substenosi esofagee)
- k. Dialisi peritoneale

Se SI, posizionare SNG a domicilio ed inviare modulistica regionale per attivazione NAD per nutrizione enterale mediante SNG. Se NO, inviare il presente modulo a nadsfn@aslroma1.it per la presa in carico e la programmazione della procedura di posizionamento PEG.

ASL ROMA 1
Borgo S. Spirito 3
00193 ROMA
Tel.: 066835.1
www.aslroma1.it
p.iva 13664791004

ALLEGATO N. 12

CONSENSO INFORMATO alla PEG
UOC Gastroenterologia**Consensus al posizionamento di Gastrostomia Percutanea Endoscopica (PEG)**

Gentile paziente,

alcune malattie (neurologiche, infettive, neoplastiche, ecc) possono determinare una incapacità temporanea o definitiva ad alimentarsi attraverso la bocca. Quando tale incapacità si prolunghi per oltre 4 settimane viene in genere proposta la applicazione di una gastrostomia percutanea endoscopica (PEG) che permette la alimentazione introducendo il cibo direttamente nello stomaco. A tal fine verrà posto nello stomaco con un endoscopio un tubicino (PEG) attraverso cui possano essere introdotti gli alimenti. Qui di seguito troverà informazioni relative alla metodica di posizionamento della PEG nonché i possibili rischi che ciò potrebbe comportare.

Come si mette la PEG La applicazione della PEG deve essere preceduta da una gastroscopia per poter vedere l'esofago, lo stomaco e il duodeno. Questo esame si effettua introducendo attraverso la bocca un sottile tubo flessibile, l'endoscopio. Una volta ottenuta la transilluminazione e verificata la digitopressione dello stomaco attraverso la parete, previa anestesia locale, verrà punto l'addome con un ago che entrerà nello stomaco. Attraverso l'ago verrà fatto scorrere fino allo stomaco un filo che verrà agganciato dall'endoscopio e tirato fuori dalla bocca. All'estremità del filo verrà legato un tubicino che sarà quindi reinserito nello stomaco e successivamente fatto uscire dalla parete addominale attraverso l'orifizio creato dall'ago. Tale tubicino permetterà l'introduzione degli alimenti direttamente nella cavità dello stomaco.

Come sarà preparato all'esame e che fastidio sentirà durante l'esame? Per effettuare l'esame dovrà essere a digiuno dalla sera prima e saranno effettuati esami e indagini per ottenere informazioni sulla sua salute. Durante la procedura le saranno somministrati farmaci sedativi che la aiuteranno a sopportare l'esame agevolmente. Non sentirà dolore ma solo fastidio alla gola nel momento del passaggio dell'endoscopio, e all'addome per la distensione di questo con aria. Il tipo di farmaci e la intensità della sedazione verranno decisi al momento dell'esame in base alle sue caratteristiche cliniche. Alla fine della procedura potrà rimanere un po' stordito per i farmaci somministrati necessari e potrà avere per alcune ore una lieve dolenzia alla pancia.

Quali sono i rischi della metodica? La PEG come tutti gli atti medici può dar luogo a complicanze di cui non è possibile prevederne prima l'entità del rischio. Le complicanze possono essere dovute in primo luogo ai farmaci utilizzati (importante conoscere eventuali allergie e malattie concomitanti). Nel complesso l'incidenza delle complicanze varia dal 9 al 17%, con una mortalità tra lo 0.5-2%. Le complicanze maggiori (3-8%) sono le seguenti: peritonite, emorragia, fistola gastro-colica, infezione della stomia, fascite necrotizzante, perforazioni, incarceration del bumper, aspirazione. Le complicanze minori (circa 30%) sono febbre, dolore e ileo. Nei giorni successivi al posizionamento della PEG la cute circostante potrà infiammarsi o infettarsi. Qualche volta potrà comparire una piccola perdita di succo gastrico ai lati del tubicino, potranno formarsi ascessi (raccolte di pus nella parete). Il tubicino della PEG potrà con il tempo occludersi. Tutte queste complicanze sono in genere lievi che guariscono in pochi giorni e solo raramente possono richiedere la rimozione della PEG o un intervento chirurgico. **Qual è l'alternativa alla PEG?** La PEG è uno dei modi indicati per alimentare un paziente che non riesca a deglutire. Se decidesse di rifiutare la PEG, al fine di poter introdurre gli alimenti nello stomaco le verrà proposta l'introduzione di un tubicino attraverso il naso o la creazione di un orifizio sulla parete addominale per via radiologica o chirurgica, più fastidiosi e rischiosi per il paziente. Un'ulteriore possibilità di alimentazione è la via endovenosa, un sistema però poco fisiologico indicato solo per brevi periodi di tempo oltre i quali possono determinarsi complicanze e alterazioni della funzione intestinale e del metabolismo.

Per ridurre al minimo il rischio di complicanze le chiediamo di rispondere alle seguenti domande:

- ha allergie a farmaci o ad altre sostanze? NO ☐ SI ☐ _____
- assume farmaci anticoagulanti o antiaggreganti? NO ☐ SI ☐ _____

Io sottoscritto/a Sig./Sig.ra.....nato/a il ____/____/____ sono stato informato/a in merito alla proposta di essere sottoposto/a a gastrostomia percutanea endoscopica (PEG) e avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di

Il sottoscritto in qualità di tutore legale del Sig./Sig.ra nato/a il ____/____/____ avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di

CONSENTIRE ☐ NON ACCONSENTIRE ☐ ad essere sottoposto alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, così come dei rischi prevedibili legati alla non esecuzione della procedura proposta

CONSENTIRE ☐ NON ACCONSENTIRE ☐ ad essere sottoposto alle manovre per la sedazione, tenuto conto anche delle possibili conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti che ne possono derivare.

Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento e che posso revocare le mie decisioni espresse sino al momento dell'esecuzione della prestazione.

Firma del paziente (o tutore legale).....

Firma del Medico.....

Roma ____/____/____

ASL ROMA 1
Borgo S.Spirito 3
00193 ROMA
www.aslroma1.it
p.iva 13664791004

Dipartimento Oncologico
UOC Gastroenterologia
Direttore : Dr. Angelo Dezi
0633062245 - 2373 - 2444
angelo.dezi@aslroma1.it

ALLEGATO N. 13

Monitoraggio clinico

Bilancio idrico

Deve essere sempre effettuato ogni giorno, allo scopo di rilevare precocemente l'insorgenza di uno stato di disidratazione o di iperidratazione.

Nell'eseguire il bilancio dei fluidi è fondamentale calcolare come “entrate” anche l'ammontare dei liquidi “non nutrizionali” che vengono somministrati con i farmaci (diluizioni, farmaci in infusione continua nelle 24 ore etc.).

In corso di nutrizione enterale, il volume di miscela enterale da calcolare ai fini del bilancio dei fluidi è la metà di quello somministrato (es: 1000 ml di miscela = 500 ml di entrate dei liquidi).

Ogni volta che sia possibile va monitorizzato il peso del paziente, soprattutto in regime di alimentazione parenterale: un aumento del peso corporeo di 1-1.5 Kg alla settimana in regime di nutrizione parenterale è considerato accettabile: aumenti di peso maggiori di 1.5 Kg alla settimana sono da attribuire unicamente a ritenzione di liquidi.

Monitoraggio metabolico

Si ottiene ripetendo una serie di esami di laboratorio a intervalli prefissati: all'induzione della N.A. 48 ore dopo e poi ogni 3-6 giorni di nutrizione. Tra i vari esami di laboratorio da effettuare particolare importanza ha il dosaggio degli elettroliti, della glicemia e della trigliceridemia.

Elettroliti: Sodio, Potassio, Fosforo, Magnesio, Calcio.

Glucosio: il controllo dei valori glicemici va effettuato in modo attento in tutti i pazienti all'induzione di una nutrizione artificiale. In genere nelle prime 48 ore di N.A. si eseguono controlli della glicemia ogni 6-8 ore, ogni 4 ore nei pazienti diabetici in nutrizione parenterale. Per i pazienti con un buon controllo della glicemia si passa poi a un controllo glicemico al giorno, nel caso della nutrizione parenterale, e a un controllo ogni 2-3 giorni nel caso si somministri una nutrizione per via enterale.

Nel caso dei soggetti diabetici la frequenza dei controlli sarà maggiore e andrà regolata in base alla situazione metabolica e clinica.

Dopo le prime 3 settimane di nutrizione artificiale, se si è in presenza di una situazione clinica stabilizzata e il paziente (non diabetico) dimostra un buon equilibrio metabolico, la frequenza dei controlli diminuisce a 2 volte la settimana. La glicemia dei pazienti diabetici andrà invece controllata comunque quotidianamente. Trigliceridi: I livelli plasmatici di trigliceridi vanno monitorizzati all'induzione della nutrizione, a 48 ore dall'induzione e poi una volta alla settimana al fine di controllare l'utilizzazione e la metabolizzazione dei lipidi somministrati soprattutto per via parenterale.

Monitoraggio nutrizionale

Il monitoraggio cosiddetto nutrizionale, consiste nel seguire l'andamento di quei parametri che sono considerati avere un significato nutrizionale: in particolare le proteine plasmatiche e il bilancio azotato.

Le variazioni delle concentrazioni plasmatiche delle proteine, in particolare delle proteine a emivita breve (rbp e prealbumina) ci forniscono informazioni sull'utilizzazione, da parte dell'organismo, dei substrati che vengono somministrati con la N.A. e sull'attività di sintesi (in ripresa o no) del fegato semplificando al massimo il problema si può ammettere che in presenza di un aumento dei valori plasmatici di rbp e poi di albumina, almeno una parte dell'azoto e delle calorie fornite dall'organismo vengono utilizzate dal fegato per la sintesi di materiale proteico.

In aggiunta, seguire le variazioni del bilancio azotato ci permette di valutare quanto dell'azoto (e calorie) fornito con la N.A. viene effettivamente trattenuto dall'organismo (e quindi utilizzato per le sintesi proteiche: caratteristica di uno stato anabolico) e quanto viene invece perso.

Rilievi antropometrici: la ripetizione delle misurazioni antropometriche una o due volte alla settimana, specialmente nei casi di N.A. di lunga durata, fornisce ulteriori dati sulla “utilizzo” dei nutrienti somministrati ai pazienti (aumento del pannicolo adiposo, delle masse muscolari etc).

Tratto da “Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002”.

ALLEGATO 14: INFORMATIVA SULLA PRIVACY

INFORMATIVA PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

Gentile Signore/Signora, si è rivolto/a a questa struttura per sottoporsi ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.

Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui si sta affidando, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.

Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi agli accertamenti e alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.

Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla fornitura del presente foglio informativo. Lo scopo che ci prefiggiamo è quello di rendere edotta la persona assistita rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarla in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio ed eventualmente riportate nel foglio informativo hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:

- la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso;
- la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia;
- la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto;
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post-operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche

INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI NEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

Specifica finalità di questi trattamenti è permettere la partecipazione del paziente ad un percorso interdisciplinare di cura cui possono accedere, secondo ragione, gli specialisti della

Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale del Paziente Disfagico nel territorio della ASL Roma I	PDTA DISFAGIA	Rev.0 del 05/12/2025	Pag. 50 di 53
--	---------------	-------------------------	---------------

Asl, il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS) per rispondere ai bisogni complessi di salute del cittadino, promuovendo la continuità assistenziale e favorendo l'integrazione fra gli operatori. Il percorso si svilupperà attraverso una serie di interventi volti a:

- formulare, promuovere e attuare specifici programmi di educazione terapeutica per una maggiore conoscenza della malattia di cui Lei è affetto;
- favorire una attività preventiva tesa ad individuare forme di maggior rischio rispetto allo sviluppo della malattia oggetto del PDTA;
- migliorare la possibilità di accesso a percorsi clinico – assistenziali dedicati;
- favorire la gestione multidisciplinare del paziente allo scopo di individuare il percorso diagnostico e terapeutico più adeguato

Le informazioni raccolte e condivise dagli specialisti della ASL ROMA I nel corso del PDTA potranno essere utilizzate anche per scopi scientifici e nell'ambito di progetti di ricerca, strettamente connessi o comunque affini o simili non incompatibili all'ambito delle patologie oggetto del PDTA unicamente nel caso in cui al paziente, che abbia acconsentito ad essere ricontatto, vengano somministrate ulteriori informazioni privacy ex art. 13 GDPR volte ad informarlo circa lo studio/il progetto che si intende realizzare nonché, volte a raccogliere il consenso esplicito del paziente al trattamento dei propri dati personali per finalità di ricerca.

In attuazione di quanto previsto dal DCA n. U00565 del 22.12.2017 *“Preso d’atto dell’Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto “La nuova Sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d’iniziativa”* e dalla Determinazione GI5691 del 18.12.2020 *“Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità”* della Regione Lazio, desideriamo fornirLe anche alcune informazioni sul trattamento dei dati personali, anche appartenenti a categorie particolari e specificamente attinenti alla salute, che la Asl Roma I (di seguito anche solo “Asl”) e il Suo Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta, in qualità di autonomi titolari effettueranno secondo ragione qualora Lei scelga di intraprendere (ovvero di far intraprendere al terzo di cui Lei ha la responsabilità/legale rappresentanza) il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (di seguito anche solo “PDTA”).

Base giuridica del trattamento dei suoi dati sensibili, che prevede espressamente la condivisione fra più professionisti sanitari, afferenti all’ Asl di Roma I, anche appartenenti a categorie particolari – relativi all’interessato è da rinvenirsi nel consenso esplicito di quest’ultimo ai sensi degli artt. 6, par. 1, lett. a) e 9, par. 2, lett. a) GDPR.

L’adesione al percorso è sempre facoltativa, ma nel caso in cui si decidesse di partecipare al PDTA, i dati personali necessari per l’accesso e la fruizione dello stesso che potranno essere trattati sono quelli anagrafici del paziente ed eventualmente di chi ne ha la responsabilità ovvero la legale rappresentanza e quelli relativi allo stato di salute del paziente stesso. I dati in questione saranno condivisi fra tutti professionisti di questa Asl, il MMG e il PLS coinvolti nel percorso di diagnosi, trattamento e cura del paziente salva sempre la possibilità per Lei di escluderne qualcuno comunicando, nel caso, la Sua scelta all’atto dell’attivazione del PDTA ovvero successivamente ai recapiti di seguito indicati. Resta inteso che, laddove decidesse di escludere un professionista dal percorso, la sua prestazione

professionale non potrà essere svolta in quell'ambito. **È comunque garantita la piena fruizione delle prestazioni di diagnosi e cura anche a chi scegliesse di non partecipare al PDTA. Sarà altresì garantita la partecipazione al PDTA ai pazienti che non daranno il consenso ad essere ricontattati per futuri progetti di ricerca negli ambiti strettamente connessi alla patologia oggetto del PDTA.**

È sempre esclusa qualsiasi diffusione dei dati trattati per questa finalità.

Il trattamento dei dati relativo al PDTA è effettuato con procedure manuali e informatizzate e con l'ausilio di strumenti elettronici, adeguati a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, esclusivamente da personale previamente autorizzato al trattamento da uno dei titolari autonomi e adeguatamente istruito. Nell'ambito del PDTA, i dati saranno conservati in apposita cartella ambulatoriale per la durata di cinque anni dall'ultima prestazione erogata. I dati, solo previa trasformazione in forma assolutamente anonima, potranno anche essere conservati oltre tale termine.

Titolari autonomi dei rispettivi trattamenti sono la Asl Roma I, con sede in Roma presso Borgo Santo Spirito 3, e il Suo MMG e/o il PLS.

La informiamo, infine, che sui dati personali trattati nell'ambito del PDTA, ogni interessato potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare, l'interessato ha il diritto di chiedere, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti dalla legge. L'interessato ha anche il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. L'apposita istanza potrà essere inviata alla Asl Roma I presso la sede di Borgo Santo Spirito 3, contattabile all'indirizzo dpo@asl.roma1.it nonché, per i trattamenti di loro titolarità, al Suo MMG e/o al PLS.

La revoca del consenso all'adesione al PDTA presentata nei confronti di uno dei Titolari autonomi verrà considerata come formulata nei confronti di entrambi.

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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____ e residente in _____, alla via _____, n.
_____, CAP _____, recapiti telefonici _____, e-mail
(facoltativo) _____, in qualità di _____

DICHIARO

- di aver letto e compreso per intero il documento informativo riguardante le attività trattamentali che saranno svolte con i miei dati personali;

Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale del Paziente Disfagico nel territorio della ASL Roma I	PDTA DISFAGIA	Rev.0 del 05/12/2025	Pag. 52 di 53
---	---------------	----------------------	---------------

- di aver letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei miei dati personali e di aver avuto sufficiente tempo per decidere, liberamente e volontariamente, se prestare o meno il consenso;
- con la presente dichiara di aver letto e compreso le informazioni che precedono e, con la propria sottoscrizione, esprime il consenso all'inserimento – proprio o del soggetto rappresentato – nel PDTA PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE

Firma (*leggibile*) _____

Acconsento al trattamento dei miei dati personali e sanitari per le attività inerenti all'adesione ed esecuzione del PDTA PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLE FRATTURE DI COLLO FEMORE

- ☐ SI
☐ NO

Firma (*leggibile*) _____

Acconsento alla possibilità di essere ricontattato/a per l'eventuale arruolamento in progetti di ricerca strettamente connessi all'ambito delle patologie oggetto del PDTA secondo le modalità descritte nelle presenti informazioni.

☐ presta il consenso (numero di telefono _____ - email _____)

☐ non presta il consenso

Firma (*leggibile*) _____

Firma di chi riceve il consenso _____