

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PROCEDURA GENERALE	Appropriately endosc. digest. (GAS.PO.1384.02).doc
		pag1/14

Criteri di appropriatezza per le prestazioni cliniche e strumentali di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma/ evidenza di approvazione</i>
Stesura	Dott.ssa R. Ferraro	Dirigente Medico SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Maggio 2019	<i>F.to in originale</i>
	Sig.ra L. Fraternali	CPSS SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Maggio 2019	<i>F.to in originale</i>
Verifica	Dott. M. Rodi	Dirigente Medico Responsabile SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Maggio 2019	<i>F.to in originale</i>
	Dott.ssa F. Gallone	Direttore SC. Distretto VC	Maggio 2019	<i>F.to in originale</i>
	Dott.ssa F. Riccio	Referente SS Qualità	Maggio 2019	<i>F.to in originale</i>
Autorizzazione	Dott.ssa E. Pastorelli	Direttore SC Direzione Medica di Presidio	Maggio 2019	<i>F.to in originale</i>
Emissione	Dott. M. Rodi	Dirigente Medico Responsabile SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Maggio 2019	<i>F.to in originale</i>

Data di applicazione	Maggio 2019
Revisione	02



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

PROCEDURA GENERALE

Appropriatezza endosc.
digest.
(GAS.PO.1384.02).doc

pag2/14

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI.....	5
5. CRITERI DI APPROPRIATEZZA	5
6. RESPONSABILITÀ.....	10
7. MODALITÀ DI VERIFICA E INDICATORI.....	10
8. RIFERIMENTI	10
9. STORIA DELLE MODIFICHE.....	11
10. ALLEGATI	11

1. PREMESSA

L'ottimizzazione dell'impiego delle risorse disponibili costituisce un imperativo gestionale ed etico. È da molti anni dimostrato che l'aumento della domanda, che ormai si accresce con andamento esponenziale, impone un uso appropriato delle risorse di una Struttura Ospedaliera di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, al fine di garantire ai pazienti un accesso ai servizi equo e coerente con le evidenze disponibili, anche in considerazione del clima di ristrettezze di risorse economiche da destinare alla spesa sanitaria. Bisogna quindi intervenire sull'appropriatezza delle prestazioni ("doing the right things right") sia per quanto attiene l'indicazione dell'esame richiesto sia per quanto riguarda la priorità.

Pertanto, ai fini di una corretta pianificazione, devono essere tenuti in considerazione:

- la rilevanza epidemiologica delle varie patologie dell'apparato digerente,
- le attuali politiche nazionali e regionali di contenimento dei costi in Sanità e di maggiore integrazione fra Ospedale per acuti e Territorio.

Principale scenario epidemiologico italiano delle malattie dell'apparato digerente, e conseguenti implicazioni clinico-organizzative

- **Malattie dell'esofago:** MRGE (sintomi presenti nel 44% della popolazione italiana, in incremento in relazione all'aumento dell'obesità); Esofago di Barrett (prevalenza 1,3%; incidenza 23-131/100000 x anno)
- **Malattie dello stomaco e del duodeno:** Infezione da Helicobacter pylori (prevalenza: 10-20% <50 aa; 40-50% >50 aa); Ulcera peptica (prevalenza: circa 5-10%; incidenza: 1% /anno in soggetti con infezione da H.pylori, in declino)
- **Malattie dell'intestino tenue e del colon:** IBD (MICI; prevalentemente rettocolite ulcerosa e Crohn, prevalenza: 177-254 casi/100000 abitanti; incidenza 2,7-13 casi/anno); Malattia celiaca (prevalenza elevata: 1/100 abitanti; numero elevato di casi non diagnosticati); Sensibilità al glutine non celiaca (Gluten sensitivity, Wheat sensitivity): patologia di recente individuazione, prevalenza non nota, da prime evidenze poi non confermate superiore alla malattia celiaca (1-6%); patologia diverticolare del colon (prevalenza 27-47%; distribuzione per età: 1-2% <30aa, 60-70% >60 aa)
- **Disordini gastrointestinali funzionali** (più frequenti: Dispepsia funzionale, sindrome dell'intestino irritabile - IBS - e Stipsi funzionale): prevalenza 10-20%, notevole impatto sulla spesa sanitaria e pubblica
- **Malattie del fegato:** Epatiti croniche virali (circa 2,5 milioni di italiani, HCV 65-70%; HBV 10-15%); Epatopatia da alcol; Epatopatie steatosiche non-alcol correlate (NAFLD, prevalenza 25%; NASH, prevalenza 3-16%); Calcolosi biliare (prevalenza 13-25%); Epatite autoimmune (prevalenza 1/5000-10000); Cirrosi biliare primitiva-CBP (prevalenza 6,2/100000); Colangite sclerosante primitiva (prevalenza circa 10 volte inferiore alla CBP)
- **Malattie del pancreas:** pancreatite acuta (incidenza: 5-35/100000/anno) e pancreatite cronica (incidenza: 10-15/100000/anno)
- **Tumori dell'apparato digerente:** Esofago (6,7/100000/anno negli uomini; 2,2/100000/anno nelle donne); Stomaco (nel 2006: 62,225 casi); Tenue: raro; Colon-retto (CRC): 564/100000/anno (nei maschi >75 anni: 3564/100000/anno; 60-74 anni: 1594/100000/anno); Centro-Nord: prevalenza 600/100000; Sud: 317/100000; Screening: 87

programmi nel 2008, copertura effettiva 60% al Nord e 5% al Sud; Tumore primitivo del fegato (HCC): prevalenza 37/100000; incidenza 3,7%/anno in cirrosi; colangiocarcinoma: incidenza 0,82-0,95/100000/anno; Tumore del pancreas: prevalenza 18/100000.

Tale scenario epidemiologico, rapportato alla situazione organizzativa della sfera gastroenterologica ospedaliera dell'ASL di Vercelli, strutturata nei due Presidi Ospedalieri di Vercelli e di Borgosesia, ha condotto alla realizzazione di alcune procedure e relativi criteri di priorità, reperibili nell'*Intranet Aziendale* seguendo il percorso. **Documentazione -->Procedure--> SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva**. Al fine poi di renderne più agile l'utilizzo relativamente alle indicazioni e alle classi di priorità, si è proceduto a realizzare delle sinossi articolate in tre grandi capitoli, indicizzati come segue: *visita gastroenterologica (DIS.MO.1046.nn)*, *visita esofagogastroduodenoscopia (DIS.MO.0416.nn)*, *visita colonscopia (DIS.MO.0412.nn)*, e comunque reperibili nella *Intranet Aziendale* seguendo il percorso: **Documentazione-->Modulistica-->Distretto Unico**. Tuttavia nella pratica clinica si è riscontrato nell'ultimo anno solare che fino al 50% delle richieste di prestazioni non presentava elementi di coerenza con i criteri di priorità specificati.

Questo rilevante dato numerico va inteso come polideterminato, in un contesto globale in cui sia la forse non immediata reperibilità della documentazione, una non ottimale diffusione della stessa, e ovviamente, anche la concreta e reale possibilità che non tutte le situazioni cliniche siano catalogabili e irraggiungibili in criteri prefissati rivestono un ruolo rilevante. L'impossibilità pratica di vagliare sistematicamente da parte del personale medico ricevente (Dirigenti Medici di gastroenterologia) la coerenza di detti criteri condiziona un non ottimale utilizzo dell'apparato organizzativo della SSD erogante le prestazioni specialistiche, in questo caso gastroenterologiche, e rende inappropriata la priorità con la quale alcune delle prestazioni medesime vengono espletate.

È inoltre opportuno puntualizzare quali contesti clinici possano venire inizialmente affrontati con terapia empirica prima di essere indirizzati a valutazione specialistica, ed infine stabilire delle indicazioni di massima relativa al timing di utilizzo, o viceversa, di sospensione dei farmaci in previsione di indagini strumentali.

2. SCOPO

Lo scopo della presente procedura è realizzare e condividere con i medici e i professionisti coinvolti nei percorsi di richiesta-esecuzione degli esami endoscopici (MMG, specialisti ambulatoriali ed ospedalieri) un documento finalizzato alla definizione e applicazione di criteri di appropriatezza prescrittiva (compresa l'attribuzione dei codici di priorità) che consenta un'allocazione efficiente delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, nonché una razionalizzazione delle liste di attesa.

Per la presente procedura sono state consultate le linee guida delle società scientifiche AIGO, SIED e SIGE

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i pazienti inviati con richiesta di prestazioni specialistiche gastroenterologiche alla SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'ASL VC.

4. DEFINIZIONI ED ACRONIMI

- AIGO: Associazione Italiana Gastroenterologi Ospedalieri.
- antiH₂ : inibitori dei recettori H₂ dell'istamina.
- CUP: Centro Unificato Prenotazioni.
- EGDS: Esofagogastroduodenoscopia.
- FANS: farmaci antinfiammatori non steroidei.
- Hp: Helicobacter pilori.
- MMG: Medici di Medicina Generale.
- TC: Tomografia Computerizzata.
- PO: Presidio Ospedaliero.
- PPI: inibitori di pompa protonica.
- RM: Risonanza Magnetica (Nucleare).
- SSD: Struttura Semplice Dipartimentale.
- SIED: Società Italiana di Endoscopia Digestiva.
- SIGE: Società Italiana di Gastroenterologia.

5. CRITERI DI APPROPRIATEZZA

5.1 Raccomandazioni generali e specifiche per l'uso appropriato della colonscopia

In generale la Colonscopia è indicata:

- a. se il trattamento del paziente sarà probabilmente influenzato dal risultato della indagine;
- b. quando si presume la esistenza di una patologia che può contemplare una procedura di endoscopia terapeutica.

In generale la Colonscopia non è indicata:

se il risultato della indagine non influenzerà il trattamento del paziente.

In generale la Colonscopia è controindicata:

- a. quando il rischio per la salute o la vita del paziente è giudicato essere più elevato rispetto ai potenziali benefici per il paziente;
- b. quando non è possibile ottenere una adeguata cooperazione del paziente o quando è nota o si sospetta la perforazione di un viscere.

Indicazioni specifiche

La Colonscopia generalmente è indicata:

A. Segni e Sintomi

1. alterazioni significative dal punto di vista clinico:

- al clisma opaco e/o colografia-TC quali: stenosi, difetti di riempimento;
 - alla diagnostica per immagini (ecotomografia e/o TC e/o RMN);
2. *sanguinamento gastroenterico non spiegato:*
- ematochezia in assenza di fonti evidenti di sanguinamento anali e/o in presenza di fonti di sanguinamento anali nei pazienti di età > 50 aa;
 - melena (dopo aver escluso la eziologia a carico del tratto digestivo superiore);
 - positività del sangue occulto nelle feci;
3. *calo ponderale significativo dopo aver escluso altre eziologie);*
4. *anemia da carenza di ferro (non spiegata);*
5. *modificazioni significative e persistenti dell'alvo.*

B. Diagnosi e Sorveglianza del cancro del colon e dei polipi adenomatosi

1. *ricerca di cancro sincrono o polipi in pazienti con diagnosi di:*
- cancro operabile;
 - polipi adenomatosi; lesioni serrate;
2. *sorveglianza periodica in pazienti*
- operati di cancro del colon dopo il 1° e 2° anno e successivamente ogni 3 anni o secondo periodicità stabilite da Linee Guida regionali o relativamente a programmi di screening;
 - sottoposti ad asportazione endoscopica o chirurgica di polipi adenomatosi entro 3 anni, con indicazione al nuovo controllo dopo 5 anni solo nei pazienti con polipi multipli o superiori a 1 cm, o riservando periodicità diverse per lesioni serrate a monte del sigma, e comunque rifacendosi a Linee Guida regionali o relativamente a programmi di screening;
3. *pazienti con familiarità per cancro del colon*
- con parenti di 1° grado affetti da cancro del colon; almeno 10 anni prima rispetto all'età di insorgenza del cancro nel parente di 1° grado o comunque dopo i 50 anni;
 - nelle sindromi neoplastiche familiari (polipose e non) del colon;
4. *pazienti con colite ulcerosa e colite di Crohn per la diagnosi di displasia o cancro in fase precoce con periodicità basata su tipologia, durata, estensione di malattia, eventuali ulteriori clinico-anamnestici*

C. Malattie infiammatorie intestinali

Quando una migliore definizione diagnostica o la valutazione della estensione e dell'attività della malattia influenzerà il trattamento del paziente.

La Colonscopia generalmente non è indicata:

- A. *nel dolore addominale da sindrome da intestino irritabile. In questi casi può essere indicato eseguire l'indagine una sola volta, per escludere cause organiche, soprattutto se non c'è stata risposta al trattamento medico;*
- B. *nella diarrea acuta;*
- C. *nella ricerca del tumore primitivo in presenza di metastasi sistemiche in paziente senza segni o sintomi riferibili al colon;*
- D. *nel follow-up delle malattie infiammatorie (ad eccezione delle condizioni del punto B.4);*
- E. *nell'emorragia digestiva alta in cui sia stata già dimostrata la causa alla EGDS.*

La Colonscopia è generalmente controindicata:

- A. *Controindicazioni previste nella parte generale*
- B. *Colite fulminante*
- C. *Diverticolite acuta severa*
- D. *Peritonite*

- E. Megacolon Tossico
- F. Aneurisma delle arterie iliache e dell'aorta clinicamente significativi
- G. Diatesi emorragica grave non correggibile
- H. Scompenso cardiaco grave
- I. Insufficienza Respiratoria grave.

La Colonscopia terapeutica è indicata:

- A. Emostasi delle lesioni sanguinanti del tratto digestivo inferiore (malformazioni vascolari, emorragia post-polipectomia, etc)
- B. Rimozione di corpi estranei
- C. Asportazione endoscopica di polipi
- D. Dilatazione di stenosi post-chirurgiche
- E. Trattamento palliativo di stenosi o sanguinamento da neoplasia
- F. Decompressione di megacolon acuto non tossico o di volvolo del sigma
- G. Tatuaggio di lesioni da individuare intraoperatoriamente.

5.2 Raccomandazioni per l'uso appropriato della EGDS

L'EGDS è generalmente indicata:

1. se il suo risultato può cambiare il trattamento
2. dopo un tentativo terapeutico empirico, inefficace, instaurato per una malattia benigna solo sospettata
3. come metodo iniziale di valutazione in alternativa all'esame radiologico
4. quando è previsto un intervento terapeutico
5. per verificare o confermare riscontri ottenuti con tecniche di diagnostica per immagini.

L'EGDS non è generalmente indicata:

1. se il risultato non è in grado di modificare il trattamento
2. per il follow up periodico di malattie benigne guarite (a meno che non si tratti di una condizione preneoplastica).

L'EGDS è controindicata se:

1. il rischio della procedura è superiore al beneficio atteso
2. manca la collaborazione del paziente
3. si sospetta una perforazione.

L'EGDS diagnostica è generalmente indicata in caso di:

a. Sintomi persistenti a carico dell'addome superiore:

- nei pazienti con più di 45 anni per escludere patologia organica
- nei pazienti con meno di 45 anni se i sintomi persistono nonostante un adeguato tentativo terapeutico
- associati a segni di malattia organica (anoressia, dimagrimento, anemia, sanguinamento)

Nota: anche se il rapporto tra *Helicobacter pylori* (Hp) e sintomi digestivi è ancora incerto, autorevoli linee-guida (come quelle dell'European Pylori Study Group, dell'American Gastroenterological Association e della British Society of Gastroenterology suggeriscono, nei pazienti con meno di 45 anni, l'uso di un test non invasivo per la diagnosi di infezione riservando l'accertamento endoscopico ai pazienti senza infezione ed a quelli i cui sintomi persistono nonostante la eradicazione; il vantaggio di questa strategia in termini di costo-beneficio non è però ancora stato dimostrato.

Inoltre sarebbe necessario programmare l'eventuale endoscopico ad almeno 4 settimane di distanza dal termine di eventuale terapia eradicante o di altra terapia antibiotica, e ad almeno 2 settimane di sospensione di farmaci inibitori della secrezione gastrica (PPI o antiH).

2

b. Disfagia o odinofagia

c. Sintomi da reflusso gastroesofageo persistenti o recidivanti nonostante un corretto tentativo terapeutico (esame endoscopico da programmare ad almeno 2 settimane di sospensione della terapia con PPI e/o antiH)

2

d. Vomito persistente da causa sconosciuta

e. Malattie di altri organi o sistemi nelle quali la presenza di patologia gastrointestinale può modificare il trattamento (es: pazienti con storia di ulcera peptica o di sanguinamento digestivo che sono candidati al trapianto, alla terapia anticoagulante o con FANS a lungo termine)

f. Poliposi adenomatosa familiare

g. Per la conferma e la diagnosi cito-istologica di lesioni sospettate o dimostrate con tecniche di imaging (radiografia, ecografia, TC, RMN) come:

1. neoplasie

2. ulcere gastriche od esofagee

3. stenosi od ostruzioni del tratto gastrointestinale superiore

h. Sanguinamento gastrointestinale acuto

i. In presenza di perdita cronica di sangue o di anemia da carenza di ferro quando la situazione clinica suggerisce una causa a carico del tratto digestivo superiore o quando la colonscopia è negativa

j. Quando è necessaria una biopsia digiunale o duodenale o la raccolta di liquido digiunale

k. Per la diagnosi di ipertensione portale

l. Per valutare il danno acuto dopo ingestione di caustici

L'EGDS diagnostica non è generalmente indicata per la valutazione di:

a. Disturbo cronico, stabile, atipico per malattia organica già considerato di natura funzionale. In casi eccezionali la EGDS può essere a volte giustificata per escludere malattie organiche specialmente se i sintomi non rispondono alla terapia.

b. Pirosi retrosternale di recente insorgenza e che risponde alla terapia

c. Riscontro radiologico di ernia iatale asintomatica o di ulcera duodenale non complicata che ha risposto alla terapia o di deformazione del bulbo duodenale, (asintomatica o che ha risposto alla terapia)

L'EGDS sequenziale o periodica (follow up) è generalmente indicata in caso di:

a. Sorveglianza periodica per esofago di Barrett e per poliposi adenomatosa familiare, in casi selezionati di atrofia gastrica con metaplasia intestinale, anemia perniziosa, acalasia, precedenti interventi chirurgici sullo stomaco

b. Controllo di ulcere esofagee o gastriche o stomali per dimostrarne la guarigione e verificarne la benignità

c. Precedenti riscontri di polipi adenomatosi gastrici o duodenali

d. Follow up dopo sclerosi o legatura di varici esofagee o gastriche e displasia gastrica

L'EGDS sequenziale o periodica (follow up) generalmente non è indicata in caso di:

- a. per la sorveglianza periodica per atrofia gastrica senza metaplasia intestinale,
- b. per la sorveglianza di malattie benigne guarite come esofagite, ulcera gastrica o duodenale
- c. per sorveglianza dopo dilatazione di stenosi benigne a meno che non intervenga un cambiamento della sintomatologia

L'EGDS terapeutica è generalmente indicata per:

- a. Trattamento di lesioni sanguinanti
- b. Scleroterapia o legatura di varici esofagee o gastriche
- c. Asportazione di corpi estranei
- d. Asportazione di polipi
- e. Posizionamento di sondini per drenaggio o nutrizione (es gastrostomie o digiunostomie percutanee)
- f. Dilatazione di stenosi
- g. Trattamento palliativo delle neoplasie.

5.3 Modalità prescrittive

L'indicazione all'esecuzione di esami strumentali (colonscopia, EGDS) o di visite gastroenterologiche con priorità ("U", entro 48 ore; "B", entro 10 giorni: prenotazioni direttamente presso le sedi della SSD Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva dell'Ospedale di Vercelli dell'Ospedale di Borgosesia presentando la relativa richiesta del medico inviante), dovrà essere posta sulla base delle indicazioni contenute nei documenti indicizzati come: visita gastroenterologica (DIS.MO.1046.nn), visita esofagogastroduodenoscopia (DIS.MO.0416.nn), visita colonscopia (DIS.MO.0412.nn), e attualmente reperibili nella Intranet Aziendale seguendo il percorso: Documentazione->Modulistica-->Distretto Unico. Eventuali richieste non coerenti saranno indirizzate alla prenotazione ordinaria presso il CUP di riferimento.

Analogamente, la tempistica di esecuzione delle indagini richieste, pur nelle fasce di priorità, sarà necessariamente correlata all'effettiva disponibilità di risorse organizzative contingenti, ma sempre in considerazione dell'effettivo criterio clinico.

Riferendosi infine alla reale possibilità che non tutte le situazioni cliniche siano catalogabili e irreggimentabili in criteri prefissati, il medico inviante che ritenga di poter discutere un determinato contesto clinico prima di inviare una richiesta specifica di procedura specialistica con un definito grado di priorità, potrà contattare direttamente i Dirigenti Medici della SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva sia presso il PO S. Andrea di Vercelli ai numeri telefonici: 0161593413 – 0161593425, sia presso il PO di Borgosesia ai numeri telefonici: 0163426735 - 0161426278. In caso di impossibilità contingente, da parte dei medici gastroenterologi, di colloquiare al momento della chiamata con il medico richiedente, quest'ultimo potrà far annotare il proprio recapito telefonico, concordando una ricontatto successivo. Inoltre i medici gastroenterologi sono raggiungibili via e-mail ai seguenti indirizzi:

- marcello.rodì@aslvc.piemonte.it,
- gabriella.laino@aslvc.piemonte.it,
- alberto.premoli@aslvc.piemonte.it,
- raffaella.ferraro@aslvc.piemonte.it,
- silvia.carenzi@aslvc.piemonte.it.

Al fine poi di facilitare la consultazione della procedura stessa e dei relativi allegati ai Medici di Medicina Generale, ne è stata richiesta la pubblicazione sul sito Aziendale, al percorso: <http://www.aslvc.piemonte.it/> → P.O VERCELLI → GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

6. RESPONSABILITÀ

<i>Funzione responsabile</i>	<i>Attività</i>
Responsabile SSD Gastroenterologia	Diffondere ed aggiornare la presente procedura. Vigilare sulla corretta applicazione della stessa. Monitorare gli indicatori previsti.
Dirigenti Medici e personale infermieristico SSD Gastroenterologia	Rispettare quanto previsto nella presente procedura, ciascuno per la parte di competenza

7. MODALITÀ DI VERIFICA E INDICATORI

NOME DELL'INDICATORE	FORMULA	ATTESO	Riferimento normativo/bibliografico	Rilevatore
Tasso di coerenza delle richieste prioritarie	(N.richieste con priorità coerente /Numero totale di procedure richieste con priorità x 100)	80%	Ad hoc	SSD Gastroenterologia

8. RIFERIMENTI

- Kress L. The endoscopic Unit. In: Gastrointestinal Disease. An endoscopic approach. Ed. DiMarino A., Stanley B.B. Slack Inc. 2002.
- PROGETTARE, REALIZZARE ORGANIZZARE e GESTIRE un Servizio di Endoscopia Digestiva – F. Cosentino, G. Battaglia, E. Ricci – in: Diritti & Doveri in Endoscopia Digestiva: Il Libro Bianco dell'Endoscopista, 2003 – www.SIED.it
- Wright K.B. A description of the gastroenterology nurse endoscopist role in the United States. Gastroenterol. Nurs. 2000; 23, 2: 78-92.
- PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ GASTROENTEROLOGICHE – F. Bazzoli et al.– in: Diritti & Doveri in Endoscopia Digestiva: Il Libro Bianco dell'Endoscopista, 2003 – www.SIED.it
- Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process – Gastroenterology – 2006; 130: 1377-90.
- Guidelines for clinical practice: from development to use. Institute of Medicine, Usa 1992.
- Manuale “Migliorare la Pratica Clinica”. Pensiero Scientifico Editore, Roma 1995.
- Raccomandazioni per la partecipazione delle Società Medico-Scientifiche alla produzione, disseminazione e valutazione di linee guida di comportamento pratico. A. Liberati e C. Donati, Qa 7 ;77-95,1996.
- Treatment and referral guidelines in gastroenterology. G. Zuccaro Jr, Gastroenterology - Clinics of North America 26: 845-857/1997.

9. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	01/01/14	Prima emissione
01	Febbraio 2019	Prima revisione: aggiornamento della qualifica della Struttura Sanitaria di fattispecie e dei recapiti dei relativi dirigenti medici; ridefinizione dei criteri valutativi e temporali di erogazione delle prestazioni richieste nelle fasce di priorità; aggiunta di indicazione per criterio istologico nell'indicazione alla EGDscopia di controllo
02	Maggio 2019	Modificato allegati di prima visita secondo DD 259 DEL 10.04.2019

10. ALLEGATI

1. Visita gastroenterologica (DIS.MO.1046.nn),
2. Visita esofagogastroduodenoscopia (DIS.MO.0416.nn)
3. Visita colonscopia (DIS.MO.0412.nn)

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	Visita gastroenterologica (DIS.MO.1046.03).doc
		pag1/1

 REGIONE PIEMONTE		
CLASS_RAO 022	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA Codice 89.7	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> Epatopatie acute o croniche in fase di scompenso Ascite di nuova insorgenza Prima diagnosi di IBD (inflammatory bowel disease o malattie infiammatorie intestinali) Riacutizzazione moderata di IBD (inflammatory bowel disease o malattie infiammatorie intestinali) Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia dell'apparato digerente Sintomi d'allarme: <ul style="list-style-type: none"> vomito ricorrente (presenti da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena disfagia/odinofagia (presenti da almeno 5-7 giorni) Ittero senza dolore
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> Calo ponderale (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) Ematochezia IBD (inflammatory bowel disease o malattie infiammatorie intestinali) Sospetto di malattia celiaca e/o malassorbimento (già indagata con esami di laboratorio) Altro (10%)
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> Anemia sideropenica di sospetta origine gastroenterologica (già indagata con EGDS e colonscopia) Diarrea cronica Dolore toracico non cardiaco Ipertransaminasemia (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) Sindrome dispeptico/dolorosa in soggetti adulti (già indagata con ecografia addominale, EGDS e colonscopia) Sospetto di malattia celiaca e/o malassorbimento (già indagata con esami di laboratorio)
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> Alterazione di funzione epatica (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) Deficit accrescitivo ponderale Altro (10%)

Stesura: Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 07/05/2019	Verifica: Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 07/05/2019	Autorizzazione: Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 07/05/2019	Emissione: Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 07/05/2019
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	esofagogastroduodenoscopia (DIS.MO.0416.03).doc
		pag1/1

 REGIONE PIEMONTE		
CLASS_RAO 018	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] Codice 45.13 E BIOPSIA ENDOSCOPICA ESOFAGO, GASTRICA E DUODENALE SEDE UNICA O MULTIPLA Codice 42.24	
CLASSE DI PRIORITÀ	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
B	10 gg	1. Anemizzazione di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb < 10 g/dl 2. Esigenza di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti in pazienti con fattori di rischio per emorragia digestiva 3. Sintomi d'allarme: <ul style="list-style-type: none"> • vomito ricorrente (presenti da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena • disfagia/odinofagia (presenti da almeno 5-7 giorni) • calo ponderale significativo con sintomi digestivi (> 10% in 3 mesi) 4. Sospette neoplasie rilevate obiettivamente e/o con diagnostica strumentale
B (PEDIATRIA)	10 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
D	60 gg	1. Anemia sideropenica 2. Pazienti > 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica dolorosa di recente insorgenza (< 6 mesi), persistente 4 settimane) o non responsivi alla terapia (mai indagata con EGDS) 3. Sospetta celiachia-malassorbimento 4. Stadiazione pretrapianto 5. Valutazione varici/gastropatia da ipertensione portale
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Positività test del sangue occulto in asintomatico 2. Altro (10%)
P	180 gg	1. Pazienti < 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica (mai indagata con EGDS) con sintomi persistenti anche dopo test and treat per HP
P (PEDIATRIA)	180 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
<i>Don. ssa Francesca GALLONE – Distretto – 07/05/2019</i>	<i>Don. ssa Francesca GALLONE – Distretto – 07/05/2019</i>	<i>Don. ssa Francesca GALLONE – Distretto – 07/05/2019</i>	<i>Don. ssa Francesca GALLONE – Distretto – 07/05/2019</i>
<i>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</i>			

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<h2>COLONSCOPIA</h2>	colonscopia (DIS.MO.0412.03).doc
		pag1/1

 REGIONE PIEMONTE		
		COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Codice 45.23 E BIOPSIA COLON E ILEO IN SEDE UNICA O MULTIPLA Codice 45.25 COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Codice 45.23 E BIOPSIA RETTO Codice 48.24 COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Codice 45.23 E POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA INTESTINO CRASSO Codice 45.42
CLASSE DI PRIORITÀ	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
B	10 gg	1. Anemizzazione di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb < 10 g/dl 2. Sanguinamento non compendiatore come urgente, rettorragia/enterorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva 3. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Melena accertata (dopo aver escluso un'eziologia del tratto digestivo superiore) 2. Altro (10%)
D	60 gg	1. Anemia sideropenica 2. Diarrea che perdura da almeno 30 giorni con accertamenti infettivologici negativi 3. Perdite ematiche minori (ematochezia) 4. Sangue occulto positivo nelle feci in paziente asintomatico 5. Sintomatologia dolorosa addominale e alterazione dell'alvo (mai indagata con colonscopia) in paziente con età > 50 anni 6. Alterazioni radiologiche di natura non neoplastica con quadro clinico compatibile 7. Stadiazione pretrapianto
D (PEDIATRIA)	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
P	180 gg	1. Modificazioni significative e persistenti dell'alvo da almeno 3 mesi in pazienti < 50 anni, senza segni o fattori di rischio, dopo inefficacia trattamenti empirici
P (PEDIATRIA)	180 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO

Stesura: Dot. ssa Francesca GALLONE – Distretto – 07/05/2019	Verifica: Dot. ssa Francesca GALLONE – Distretto – 07/05/2019	Autorizzazione: Dot. ssa Francesca GALLONE – Distretto – 07/05/2019	Emissione: Dot. ssa Francesca GALLONE – Distretto – 07/05/2019
<small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small>			