AZIENDA SANITARIA LOCALE
NAPOLI 2 NORD
Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

Deliberazione N. 2721 del 24/11/2026

PROPONENTE: **DIREZIONE SANITARIA**

OGGETTO: **DGRC n. 611 del 14/11/2024 – Revisione PDTA "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione e il trattamento delle emorragie digestive superiori (EDS) dell'adulto" di cui alla Deliberazione n. 1828 del 24/11/2021 – Deliberazione nr. 2562 del 06/11/2026 - Rettifica per mero errore materiale**

In pubblicazione dal 24/11/2026 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

Atto immediatamente esecutivo

Pubblicato da U.O.C. AFFARI GENERALI

Elenco firmatari

Anna Spizuoco - U.O.C. AFFARI GENERALI

Pasquale Di Girolamo Faraone - DIREZIONE SANITARIA

Carmela Zito - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Monica Vanni - DIREZIONE GENERALE

Redatto da

Angela Castaldi

IL DIRETTORE GENERALE
Nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n.96 del 07/08/2025, in esecuzione della DGRC n. 425 del 26/06/2025

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

AZIENDA SANITARIA LOCALE
NAPOLI 2 NORD

Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

Oggetto: DGRC n. 611 del 14/11/2024 – Revisione PDTA "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione e il trattamento delle emorragie digestive superiori (EDS) dell'adulto" di cui alla Deliberazione n. 1828 del 24/11/2021 – Deliberazione nr. 2562 del 06/11/2026 - Rettifica per mero errore materiale

IL DIRETTORE SANITARIO

Premesso che

- Con Deliberazione nr. 2562 del 06/11/2026 è stato adottato il PDTA "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione e il trattamento delle emorragie digestive superiori (EDS) dell'adulto" in revisione al PDTA di cui alla Deliberazione n. 1828 del 24/11/2021.

Atteso che

- Per mero errore materiale, il dr. Ferdinando Dello Vicario, Direttore UOC Medicina e Pronto Soccorso del P.O. di Giugliano, non veniva inserito tra i redattori del succitato PDTA;

Ritenuto necessario

- Rettificare mediante inserimento del nominativo del dr. Ferdinando Dello Vicario tra i redattori del documento;

Visti:

- ✓ Il d.lgs. 502/92 e il d.lgs. 229/99;
- ✓ la L.R. 16/08;

per i motivi di cui alla narrativa, che qui si intendono integralmente riportati, e attestato che il presente provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche

PROPONE
Al Direttore Generale

- di rettificare, per la sola parte relativa ai nominativi dei redattori, il PDTA "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione e il trattamento delle emorragie digestive superiori (EDS) dell'adulto" adottato con deliberazione nr. 2562 del 06/11/2026;
- di specificare che il PDTA "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione e il trattamento delle emorragie digestive superiori (EDS) dell'adulto" adottato in revisione al PDTA di cui alla Deliberazione n. 1828 del 24/11/2021, risulta sia nella forma che nella sostanza il medesimo PDTA adottato con Deliberazione nr. 2562 del 06/11/2026;
- di allegare alla presente il PDTA "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione e il trattamento delle emorragie digestive superiori (EDS) dell'adulto" adottato con Deliberazione nr. 2562 del 06/11/2026, rettificato alla pag. 1 mediante inserimento del nominativo del dr. Ferdinando Dello Vicario;

Il Direttore Sanitario
Dr. Pasquale Di Girolamo Faraone

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

AZIENDA SANITARIA LOCALE
NAPOLI 2 NORD

Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

IL DIRETTORE GENERALE

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore Sanitario e delle risultanze degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché di espressa dichiarazione, mediante la sottoscrizione dello stesso da parte del proponente, della regolarità e legittimità del presente atto nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utilità per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94, e successive modifiche;
Sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo

DELIBERA

- di rettificare, per la sola parte relativa ai nominativi dei redattori, il PDTA "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione e il trattamento delle emorragie digestive superiori (EDS) dell'adulto" adottato con deliberazione nr. 2562 del 06/11/2026;
- di specificare che il PDTA "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione e il trattamento delle emorragie digestive superiori (EDS) dell'adulto" adottato in revisione al PDTA di cui alla Deliberazione n. 1828 del 24/11/2021, risulta sia nella forma che nella sostanza il medesimo PDTA adottato con Deliberazione nr. 2562 del 06/11/2026;
- di allegare alla presente il PDTA "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione e il trattamento delle emorragie digestive superiori (EDS) dell'adulto" adottato con Deliberazione nr. 2562 del 06/11/2026, rettificato alla pag. 1 mediante inserimento del nominativo del dr. Ferdinando Dello Vicario;
- di dare alla presente immediata esecuzione;
- di inviare la presente deliberazione per l'opportuna conoscenza della rettifica di cui trattasi

A cura della UOC Affari Generali a:

- ✓ Collegio Sindacale;
- ✓ Regione Campania;

A cura della Direzione Sanitaria a:

- ✓ Direttori Presidi Ospedalieri e per il loro tramite alle UU.OO. presidiali;
- ✓ Direttori dei Distretti Sanitari;
- ✓ Direttore Dipartimento Ospedaliero Area Chirurgica;
- ✓ Direttore del Dipartimento di Area Medica;
- ✓ Direttore del Dipartimento Farmaceutico;
- ✓ Dipartimento di Laboratorio;
- ✓ Dipartimento Materno Infantile;
- ✓ Dipartimento Emergenza e Area Critica;
- ✓ Direttore Dipartimento Diagnostica per immagini;
- ✓ Direttore Dipartimento di Prevenzione;
- ✓ Direttore UOC Cure Primarie;
- ✓ Direttore UOC Cure Domiciliari;
- ✓ Direttore UOC Accreditamento e controllo della spesa sanitaria;
- ✓ Direttore U.O.C. Strutture residenziali e semiresidenziali

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

- ✓ Direttore UOC Qualità e Risk Management;
- ✓ Direttore UOC Appropriatezza clinica e organizzativa;
- ✓ Direttore UOC Comunicazione, Marketing URP;
- ✓ Direttore UOC Controllo di Gestione;
- ✓ Redattori e verificatori del documento.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Carmela Zito

IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Monica Vanni

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

	NOME	FUNZIONE	DATA	
REDAZIONE	Dott. Roberto Lamanda	Direttore UOC di Gastroenterologia P.O. di Pozzuoli		Firmato in originale
	Dott. Fabio Giuliano Numis	Direttore di Dipartimento di Emergenza ed Area Critica		Firmato in originale
	Dott. Antonio Pagano	Responsabile UOS Pronto Soccorso/OBI P.O. Frattamaggiore		Firmato in originale
	Dott. Luigi Martorelli	Responsabile U.O.S.D Endoscopia Digestiva/ERCP P.O. Giugliano		Firmato in originale
	Dott.ssa Filomena Sibilio	Direttore UOC Qualità e Risk Management		Firmato in originale
	Dott. Fabio Dorato	Dirigente Medico UOC Qualità e Risk Management		Firmato in originale
	Dott.ssa Elena Frongillo	Dirigente Medico UOC Qualità e Risk Management		Firmato in originale
	Dott. Luigi Langella	Direttore UOC 118 e Centrale Operativa Emergenza. ed Urgenza Pre-Ospedaliera		Firmato in originale
	Dott. Ferdinando Dello Vicario	Direttore UOC Medicina e Pronto Soccorso-PO Giugliano		Firmato in originale
	Dott.ssa Claudia Lancia	Dirigente Medico UOC 118 e Centrale Operativa Emergenza ed Urgenza Pre-Ospedaliera		Firmato in originale

	Dott.ssa Daniela De Riso	Specialista Ambulatoriale Direzione Sanitaria Aziendale		Firmato in originale
	Dott.ssa Loredana Pacelli	Direttore ff. UOC Appropriatezza Clinica e Organizzativa		Firmato in originale
	Dott.ssa Maria Femiano	Direttore UOC Controllo di Gestione e Budgeting		Firmato in originale
	Dott.ssa Isabella Scherillo	Responsabile UOS Stabilimento Procida, Dirigente Medico DMP P.O. Pozzuoli		Firmato in originale
	Ing. Salvatore Flaminio	Direttore UOC Sistemi informativi e Transizione Digitale		Firmato in originale
	Dott. Giuseppe Di Costanzo	Responsabile UOS Radiologia Interventistica P.O Pozzuoli		Firmato in originale
	Dott. Francesco Amodio	Direttore UOC Radiologia P.O. Frattamaggiore		Firmato in originale
VERIFICA	Dott. Nunzio Quinto	Direttore Sanitario P.O. di Giugliano/ P.O Pozzuoli		Firmato in originale
	Dott. Carlo Bruno	Direttore Dipartimento di Diagnostica per immagini		Firmato in originale
	Dott. Giovanni Napolitano	Direttore di Dipartimento Area Medica		Firmato in originale
APPROVAZIONE	Dott. Pasquale Di Girolamo Faraone	Direttore Sanitario ASL Napoli 2 Nord		Firmato in originale

SOMMARIO

Sommario

1. Premessa 5

1.1. Emorragie digestive superiori: dati epidemiologici 5

1.2. La rete emergenze-urgenze gastroenterologiche (REGA) 6

1.3. Definizioni, termini e acronimi 7

2. Scopo/Obiettivi 9

2.1. Scopo 9

2.2. Obiettivi 9

3. Campo di applicazione 9

3.1 Criteri di inclusione: 9

3.2 Criteri di esclusione: 9

4. Analisi del contesto 10

5. Destinatari 10

6. Matrice delle Responsabilità / Attività 11

7. Mappatura delle fasi del percorso 12

8. Descrizione delle Attività 13

9. 118 PROTOCOLLI OPERATIVI INTER/INTRA- AZIENDALI 333

10 . DOCUMENTI OPERATIVI – LE SCHEDE DI ORIENTAMENTO 355

11. IDENTIFICAZIONE DEL SOSPETTO EDS CON SINTOMI "RIFERITI" 355

13. LA GESTIONE DEL PAZIENTE EMORRAGICO IN TERAPIA CON ANTICOAGULANTI ORALI 366

15. IL CONSENSO INFORMATO 36

16. TERAPIA FARMACOLOGICA DEL PAZIENTE SOSPETTO NON VARICEALE 377

17. TERAPIA FARMACOLOGICA DEL PAZIENTE SOSPETTO VARICEALE 377

18. SECOND LOOK ENDOSCOPICO 388

19. INDICAZIONI ALLA TIPS 399

20. linee guida al referto endoscopico 399

21. DOCUMENTI OPERATIVI – LE SCHEDE INFORMATIVE 40

22. Formazione 488

23. Indicatori/Parametri di Controllo 488

24. Riferimenti 488

25. Elenco allegati 50

25.1 ALLEGATI 511

26. Bibliografia 60

1. PREMESSA

1.1. EMORRAGIE DIGESTIVE SUPERIORI: DATI EPIDEMIOLOGICI

Tasso di incidenza delle emorragie digestive (ED) in Italia – (il valore è sovrapponibile per ordine di grandezza al dato regionale):

- 50 - 100 Pazienti (range) ogni 100.000 abitanti
- sensibile prevalenza per le ED superiori (circa il 50% in più)
- prevalenza per i soggetti maschili (circa il 60%)
- età media del Paziente di circa 65 anni

Tasso di mortalità/letalità delle emorragie digestive acute valori in Italia (il valore è sovrapponibile per ordine di grandezza al dato regionale):

- 5%-10% sui nuovi ricoveri (per i Pazienti ri-ospedalizzati è più elevato)
- circa il 15% per i Pazienti anziani, con comorbidità ed emorragia non da varici
- circa il 20% per Pazienti anziani, con comorbidità ed emorragia da varici ü circa il 25% per Pazienti già ricoverati in ospedale per altre esigenze cliniche-assistenziali
- tasso di mortalità/letalità pressoché costante negli ultimi 15 anni
- tasso di EDSNV (emorragia digestiva non da varici) che è di circa l'85%
- tasso di risanguinamento medio è in media del 15%

Epidemiologia analitica ED

Seppur rappresentata solo mediante un'elencazione, l'osservazione analitica del fenomeno ci indica una crescita continua degli attuali principali fattori di rischio per le ED acute e il conseguente incremento dei Pazienti critici: l'invarianza del tasso di mortalità/letalità negli anni, nonostante una sensibile evoluzione tecnologica dei dispositivi endoscopici che dovrebbe migliorare gli outcomes clinici, indica chiaramente che sono in continuo aumento i fattori di rischio principali quali

- l'aumento dell'età media e la consequenziale comorbidità
- l'infezione da Helicobacter Pylori
- l'alcol
- l'uso di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), antitrombotici, nuovi anticoagulanti orali (DOAc) e gli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI - che possono potenziare la gastrolesività dei FANS).

Epidemiologia dei Servizi Sanitari ED

Ulteriori utili informazioni fenomenologiche sono ricavabili dalle tabelle SDO 2022 sulle emorragie gastrointestinali acute, da cui si rilevano i seguenti dati fortemente impattanti sui costi dell'assistenza sanitaria:

- complicanze: rilevate nel 75% dei casi
- degenza media: 9,3 gg se con complicanze e 6,2 gg senza complicanze
- degenza oltre i 4gg: nell'86% dei casi con complicanze e nel 70% dei casi senza complicanze

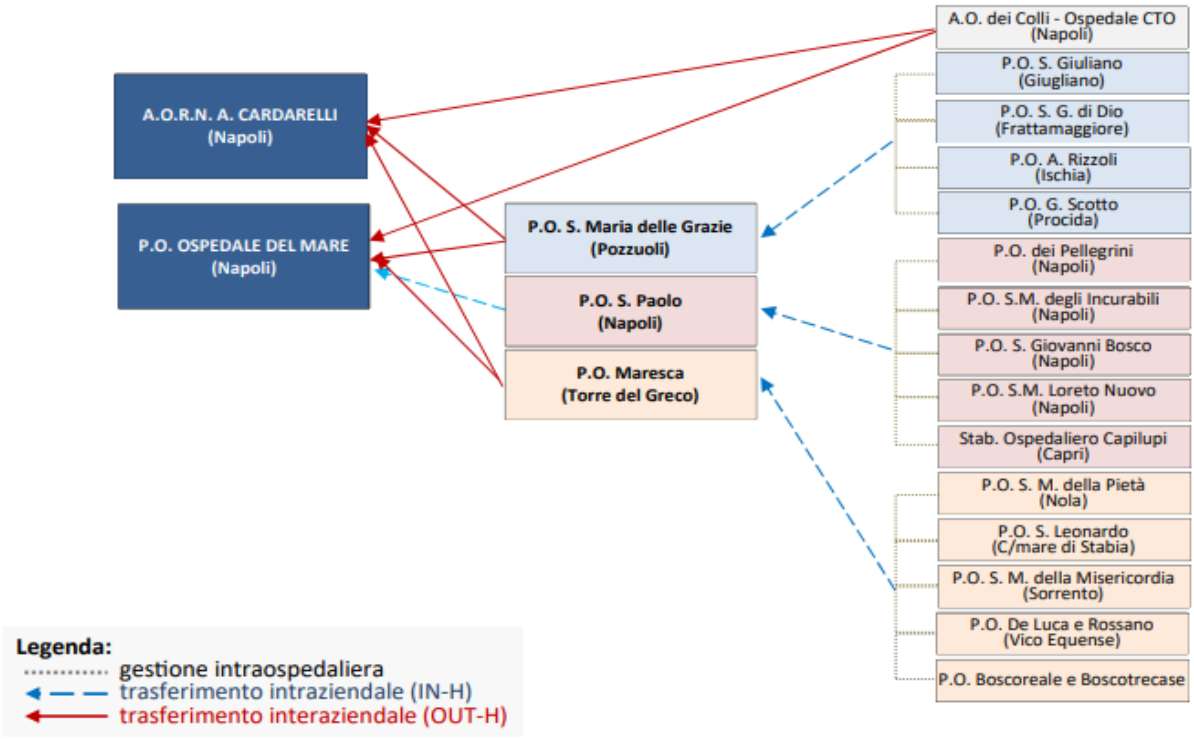
1.2. LA RETE EMERGENZE-URGENZE GASTROENTEROLOGICHE (REGA)

Le emergenze/sanitarie in gastroenterologia presentano un percorso complesso che combina aspetti gestionali, clinici e strumentali, in particolare endoscopici, che richiedono lo sviluppo di una rete improntata sul modello di integrazione dei servizi di tipo "orizzontale" al fine di garantire il miglioramento della gestione di prestazioni ad elevata complessità, soprattutto se erogate in un contesto di emergenza e urgenza, in centri qualificati sia dal punto di vista strutturale e tecnologico sia da quello delle professionalità presenti. Il **percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA),** integrato nel sistema di risposta sanitaria alle emergenze-urgenze gastroenterologiche della Regione Campania denominato **Rete REGA**, regolamenta la gestione del Paziente con emorragia digestiva superiore nell'ambito del I e II livello di setting assistenziale del network. Ogni percorso è da ritenersi, ex L.24/2017, valido salvo diversa e motivata indicazione del Medico che ha in carico il Paziente per specificità del caso concreto e sulla base di evidenze scientifiche e/o contingenze. L' obiettivo dello "strumento" di clinical governance è quello di garantire che gli Operatori sanitari siano messi nelle condizioni di rispettare integralmente le indicazioni scientifiche (fatta eccezione la migliore cura per il caso specifico) utilizzando percorsi più rigorosi e precisi nell'ambito del più largo perimetro operativo declinato dalle guidelines.

L'obiettivo del Piano di Rete è ottimizzare tutte le risorse delle singole Strutture sanitarie nell'ambito di una razionale integrazione regionale che consenta: - una maggiore sicurezza per il Paziente - un upgrade della qualità sanitaria generale - una maggiore uniformità territoriale della risposta sanitaria all'emergenza La rete per le emorragie digestive è costituita dalle unità di Gastroenterologia con Endoscopia Digestiva organizzate secondo il modello Hub e Spoke (tabella 1)

Tabella 1

Provincia	HUB	SPOKE
Avellino / Benevento	A.O. S. Giuseppe Moscati (Avellino)	A.O. San Pio (Benevento)
Caserta	A.O. Caserta	P.O. S. Giuseppe Moscati (Aversa) P.O. di Marcianise
Salerno	A.O.U. Ruggi d'Aragona (Salerno)	P.O. Umberto I (Nocera inf.) P.O. S. Luca (Vallo della Lucania)
Napoli	**A.O. Cardarelli** (Napoli) **P.O. Ospedale del Mare** (Napoli)	P.O. S. Paolo (Napoli) **P.O. S. Maria delle Grazie (Pozzuoli)** P.O. Maresca (Torre del Greco)



1.3. DEFINIZIONI, TERMINI E ACRONIMI

ADT:	Sistema Informativo Ospedaliero – Accettazione/Dimissione/Trasferimento
adulto:	età uguale o maggiore di 14 anni
Bleeding Team:	Medico di PS o di setting, Gastroenterologo, Anestesista e Chirurgo *(se del caso e a discrezione del Medico che ha in carico il Paziente*)
CCI:	Cartella Clinica Informatizzata
EDSNV:	emorragia digestiva superiore non variceale
EDSV:	emorragia digestiva superiore variceale
EGDS:	esofagogastroduodenoscopia
flow -chart	Diagramma di flusso che rappresenta, graficamente, una ricostruzione logico-sequenziale delle attività da svolgere
Hub & Spoke:	è un modello in cui l'assistenza è prevista mediante centri di eccellenza (regionali o aziendali) detti appunto hub, a cui afferiscono dai centri periferici, detti spoke, i pazienti per i quali il livello di complessità degli interventi attesi superi quello che può essere fornito dai suddetti centri periferici

LG:	Linee Guida specifiche
Paziente non responder:	quadro clinico persistentemente alterato, MEWS non modificato (vedi classificazione); clearance del lattato < 20% (*vedere scheda informativa "Valutazione e trattamento dell'instabilità secondaria ad una EDS" – pag.39*)
Paziente parzialmente responder:	*o in via di stabilizzazione,* quadro clinico in via di miglioramento, MEWS ridotto di almeno una classe, clearance del lattato > 20% (*vedere scheda informativa "Valutazione e trattamento dell'instabilità secondaria ad una EDS" – pag.39*)
Paziente responder:	(o stabilizzato) quadro clinico normalizzato, MEWS normale o basso, normalizzazione della lattatemia (*vedere scheda informativa "Valutazione e trattamento dell'instabilità secondaria ad una EDS" – pag.39*)
scheda di orientamento:	documento che disciplina ma non dispone con indicazioni cliniche formative / raccomandazioni finalizzate a rendere più omogenee le modalità diagnostiche e terapeutiche
scheda informativa:	documento esclusivamente informativo con approfondimenti clinici e tecnici finalizzati alla formazione dell'Operatore ed alla condivisione di specifiche esperienze professionali
TAE:	embolizzazione arteriografica transcatetere *(TransArterial Embolization)*
tempo zero (Tzero):	il momento in cui è obiettivata una ematemesi o melena (ematochezia o rettorragia) da un sanitario oppure il momento in cui il Paziente presenta un quadro clinico e laboratoristico suggestivi per sospetto EDS

2. SCOPO/OBIETTIVI

2.1. SCOPO

Lo scopo principale di questo pdta condiste nella:

- maggiore precocità diagnostica, necessaria per garantire un'elevata qualità delle cure e riduzione del tasso di mortalità;
- riduzione della necessità di intervento chirurgico, dei tempi di ospedalizzazione, dei ricoveri inappropriati e dei trasferimenti poco appropriati nell'ambito della rete aziendale e/o regionale.

2.2. OBIETTIVI

ASSET MANAGEMENT: ottimizzazione delle risorse professionali, strumentali ed organizzative

QUALITA'-APPROPRIATEZZA CLINICA E ORGANIZZATIVA-SICUREZZA DELLE CURE

- Miglioramento del livello comunicativo tra le componenti coinvolte nel percorso assistenziale
- individuazione del setting di cura più appropriato al paziente attraverso la valutazione dei rischi/benefici
- integrazione e coordinamento tra la componente territoriale (emergenza 118) e ospedaliera e tra la componente intra/inter-ospedaliera
- ottimizzazione degli output e miglioramento degli outcomes
- riduzione del contenzioso.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le modalità operative previste dal presente percorso devono essere applicate da tutti gli operatori coinvolti nella gestione del paziente con sospetta o accertata emorragia digestiva superiore ed interessa principalmente le seguenti UUOO e strutture:

- Dipartimento dell'Emergenza e Area Critica;
- U.O.C. 118 ed Emergenza Territoriale;
- U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva;
- Complessi operatori;
- Reparti di degenza dei PP.OO. dell'ASL Napoli 2 nord.

3.1 CRITERI DI INCLUSIONE:

- quadro clinico suggestivo di EDS
- età uguale o superiore a 14 anni

3.2 CRITERI DI ESCLUSIONE:

- età inferiore a 14 anni

4. ANALISI DEL CONTESTO

Requisiti organizzativi e strutturali dei P.O. dell'ASL Na2 Nord:

principali strutture sanitarie dell'ASL Napoli 2 nord

requisiti organizzativi	P.O. S. M. delle Grazie (Pozzuoli Spoke Regionale)	P.O. S. Giuliano (Giugliano DEA I livello)	P.O. S. Giovanni di Dio (Frattamaggiore - PS)	P.O. A. Rizzoli (Ischia PS)	PO. G. Scotto (Procida PS)
disponibilità del servizio endoscopia digestiva:	*Guardia attiva H12 reperibilità notturna e festiva*	Guardia attiva H6 *lun – sabato 8.00 - 14.00*	Guardia attiva H6 *lun – venerdì 8.00 - 14.00*	NO	NO
disponibilità del servizio di radiologia interventistica:	Guardia attiva H6 Lun a Ven 8-14	NO	NO	NO	NO
Setting attività endoscopica in urgenza/emergenza: camera operatoria	L'attività endoscopica in urgenza/emergenza deve essere eseguita in camera operatoria (sala urgenze) con le seguenti risorse professionali: 1 medico endoscopista + 1 anestesista + 2 infermieri dedicati, di cui uno appartenente alla U.O. di Gastroenterologia in guardia attiva o in pronta disponibilità e l'altro di camera operatoria assegnato alla sala urgenza (in caso di urgenze contemporanee nel blocco operatorio si segue quanto disciplinato nel regolamento aziendale sul percorso chirurgico adattato ai contesti presidiali).				

5. DESTINATARI

Sono destinatari del presente documento:

- U.O.C. 118 e Centrale Operativa Emergenza ed Urgenza Pre Ospedaliera
- Pronto soccorso dei PP.OO. aziendali
- UU.OO.CC. Anestesia e Rianimazione dei presidi aziendali
- UOC Gastroenterologia PO di Pozzuoli
- UOSD Endoscopia Digestiva/ERCP presso il P.O. di Giugliano
- UU.OO.CC. Medicina dei presidi aziendali
- UOC Medicina d'Emergenza-Urgenza P.O. di Pozzuoli
- UOC Radiologia e Diagnostica per immagini PO di Pozzuoli
- UOC Laboratorio dei presidi aziendali

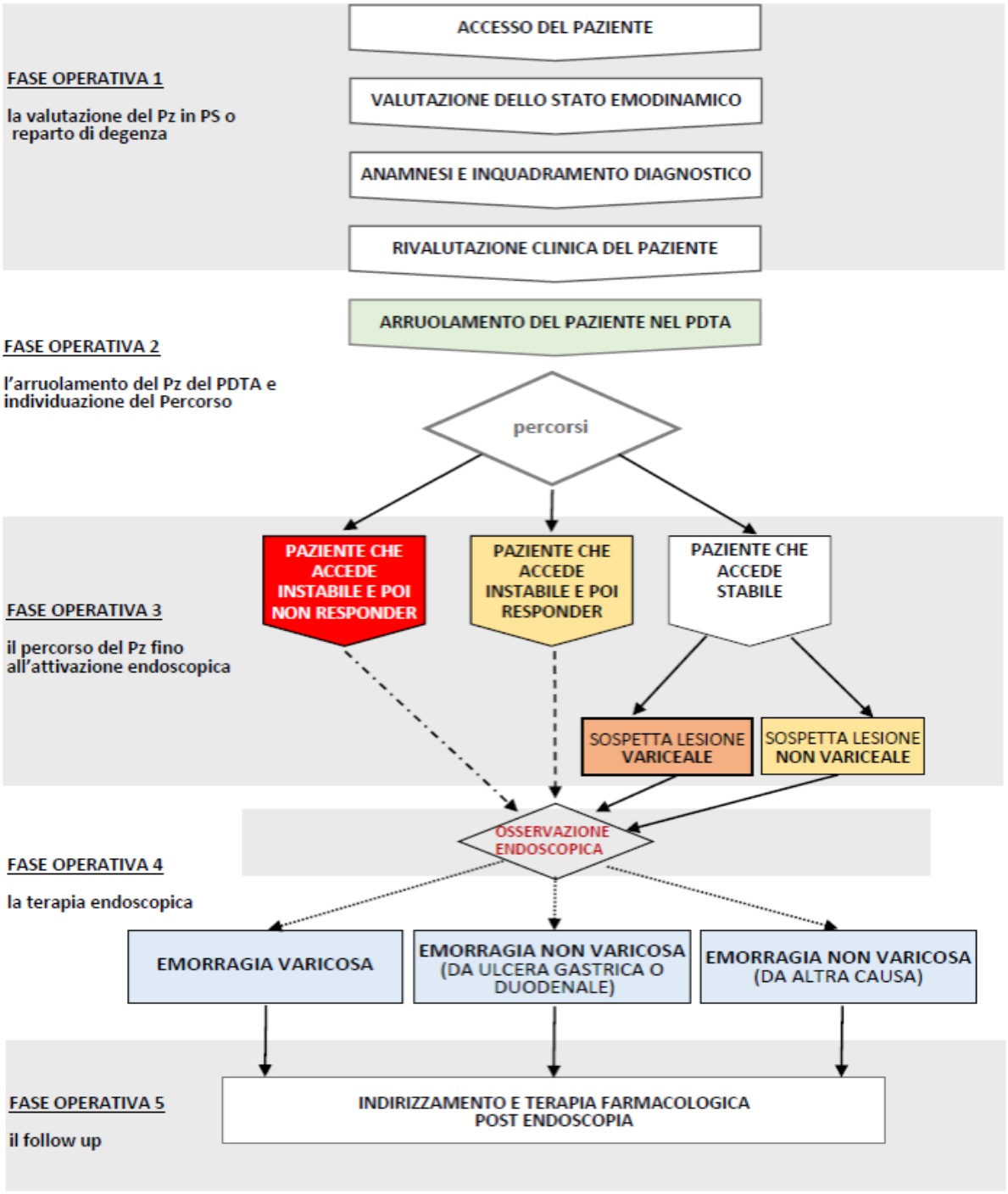
Gli operatori del settore sanitario sia dell'area comparto che della dirigenza, dei dipartimenti "dell'emergenza e dell'area critica", "dell'area medica", "dell'area chirurgica", "di diagnostica per immagini", coinvolti nel percorso assistenziale.

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ / ATTIVITÀ

Attori Attività	**Medico 118**	**Infermiere 118**	**C.O.T.**	**Inf Triage reparto**	**Medico Ps/ Reparto degenza**	**Laboratorio**	**Medico Anestesista-Rianimatore**	**Medico Radiologo interventista**	**Medico gastroenterologo**	**Medico Chirurgo**	**Inf. Endoscopia digestiva**
FASE PRE-OSPEDALIERA 118	**R**	**C**	**R**								
FASE OPERATIVA 1 E 2 Valutazione del Pz in PS o reparto di degenza Pz **stabile**				**R**	**R**	**C**					
Valutazione del Pz in PS o reparto di degenza Pz **instabile**				R	**R**	C	**R**				
FASE OPERATIVA 3 Percorso del Pz fino all'attivazione endoscopica					**R**	C	**C**	**I**	C		**C**
FASE OPERATIVA 4 Terapia endoscopica					**I**	**C**	**R**		**R**		**C**
Attivazione consulto multidisciplinare nei casi previsti					I		**C**	**C**	**R**	**C**	**C**
FASE OPERATIVA 5 Follow up					**R**				**R**		
TRASFERIMENTO INTRAZIENDALE-INTERAZIENDALE			**R**		**R**		**R**		**R**		

R= Responsabile C= Collabora I= Informato

7. MAPPATURA DELLE FASI DEL PERCORSO



8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

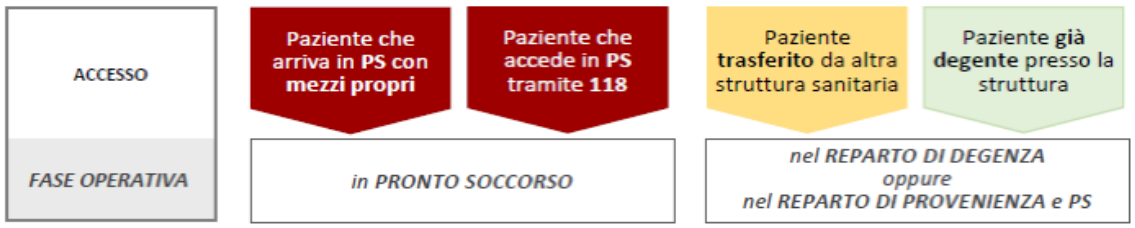
PRODROMO AL PDTA: STRATIFICAZIONE DEI RISCHI, CLASSIFICAZIONE E TIMING ENDOSCOPICO

NOTA ESPLICATIVA: Preventiva stratificazione del rischio pre-endoscopico per il Paziente, mediante il quale si collega opportunamente la classificazione al timing endoscopico, consentendo una maggiore uniformità dei trattamenti nonché una codifica terminologica univoca in cartella clinica, nell'ambito dell'ampia forbice temporale prevista dalle linee guida



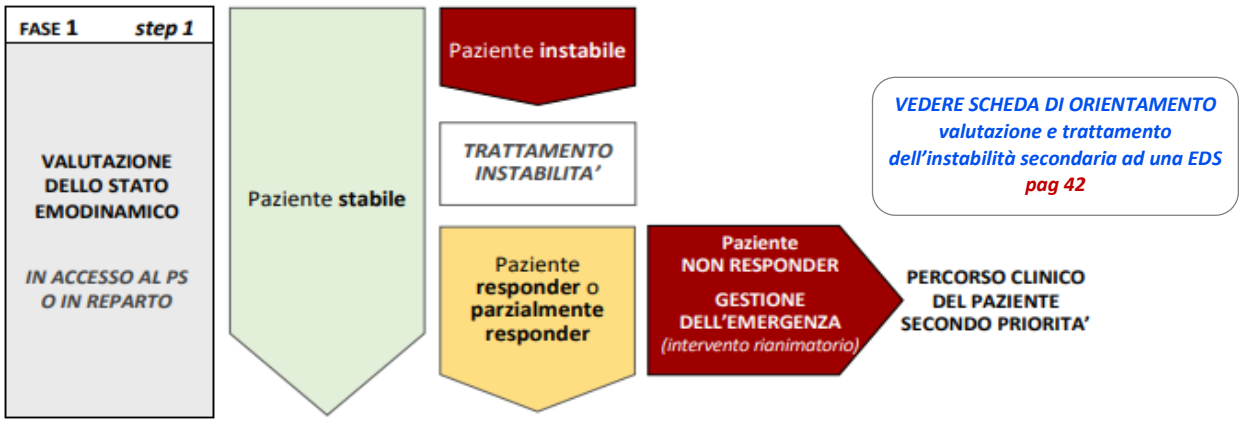
FASE OPERATIVA 1
DIAGNOSI E INQUADRAMENTO DEL PAZIENTE SOSPETTO EDS

Questa fase, finalizzata alla diagnosi precoce ed al corretto inquadramento del Paziente con sospetto EDS, si realizza in Pronto Soccorso o nel reparto di degenza / provenienza, ed è caratterizzata, schematicamente, dai momenti operativi di seguito cronologicamente descritti.



Nota operativa

L'Infermiere triagista deve annotare i parametri per il calcolo del MEWS e selezionare la scheda triage specifica per emorragia digestiva.



VEDERE SCHEDA DI ORIENTAMENTO valutazione e trattamento dell'instabilità secondaria ad una EDS pag 42

FASE 1 *step 2*

ANAMNESI E INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

TRIAGE

segni clinici significativi

più caratteristici
EMATEMESI E/O MELENA

meno caratteristico
RETTORRAGIA obiettivata

Anamnesi specifica minima – verifica fattori di rischio

USO DI FARMACI ANTIFIAMMATORI (fans o coxib)
USO DI FARMACI ANTIAGGREGANTI E/O ANTICOAGULANTI
ABUSO DI ALCOOL O SOSTANZE STUPEFACENTI
STORIA DI ULCERA PEPTICA
STORIA DI CIRROSI EPATICA

VEDERE SCHEDA DI ORIENTAMENTO identificazione del sospetto EDS con sintomi "riferiti" pag.35

VEDERE SCHEDA INFORMATIVA riduzione del rischio di mancata o ritardata diagnosi di EDS pag 41

FASE 1 *step 3*

RIVALUTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE

ESAMI URGENTI MINIMI INDEROGABILI

ESAMI DI LABORATORIO

EMOCROMO COMPLETO (ripetuto a 2h)
AZOTEMIA
GLICEMIA
GOT/GPT
INR – PT – PTT
CREATINEMIA
ELETTROLITI

ESAMI OBIETTIVI

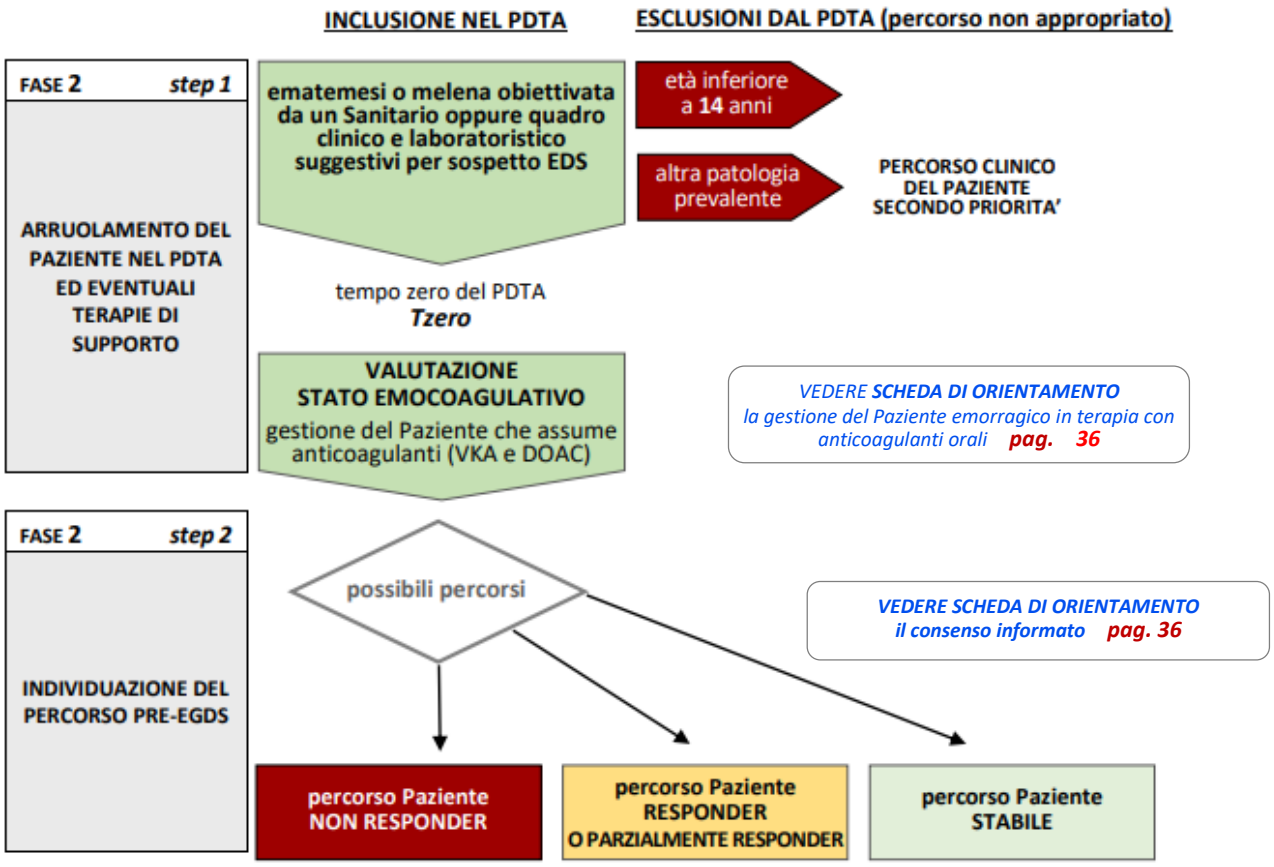
ESPLORAZIONE CAVITÀ OROFARINGEA
ESPLORAZIONE RETTALE

ESAMI DIAGNOSTICI

EGA VENOSO (ripetuto a 2h)
ECG

FASE OPERATIVA 2
ARRUOLAMENTO DEL PAZIENTE – IL TEMPO ZERO

Conclusa la fase diagnostica, quella successiva + relativa all'inclusione del paziente nel PDTA e la conseguente gestione clinica (vedi anche scheda di orientamento) mediante percorsi specifici (vedi scheda orientamento "il consenso informato")



NOTE OPERATIVE:

- il Paziente può accedere al percorso mediante il 118, l'accesso autonomo in PS e se già degente presso una U.O.
- nell'identificazione del Paziente con sospetta EDS acuta il Sanitario che "osserva" direttamente l'ematemesi o la melena può essere anche del 118
- il tempo zero è un artificio tecnico che consente, mediante delta temporali con attendibilità operativa (inclusivi della possibile incertezza e/o approssimazione nella sua determinazione), di garantite la tempestività endoscopica, conforme a quanto previsto dalle linee guida, sia nel percorso intraospedaliero che post trasferimento.

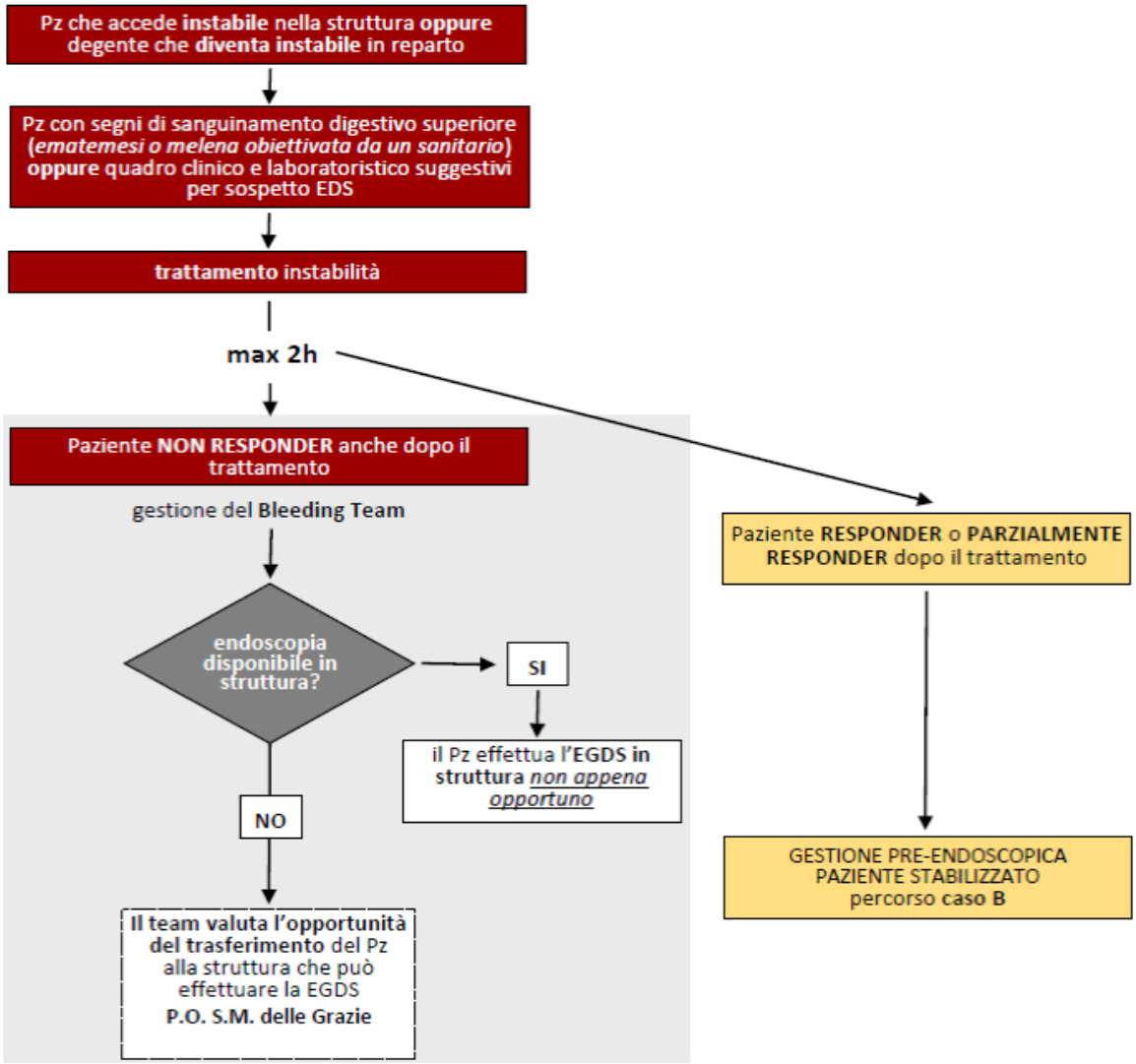
FASE OPERATIVA 3
PERCORSO DEL PAZIENTE FINO ALL'ATTIVAZIONE ENDOSCOPICA

Arruolato il paziente nel PDTA, la fase operativa 2 si conclude con la determinazione del percorso specifico diversificato in base alle ***condizioni emodinamiche***. La successiva fase, definibile anche come "gestione pre-endoscopica", include anche la probabile **causa di sanguinamento** e prevede, quindi, 4 possibili opzioni operative.

caso A	*caso B*	*caso C1*	*caso C2*
Pz che accede instabile **NON RESPONDER** *pag. 16*	Pz che accede instabile **RESPONDER O PARZIALMENTE RESPONDER** *pag. 17*	Pz che accede stabile **SOSPETTO VARICEALE** *pag. 19*	Pz che accede stabile **SOSPETTO NON VARICEALE** *pag. 20*

FASE 3 *caso A* **Il Paziente che accede INSTABILE – la gestione pre-EGDS del NON RESPONDER**

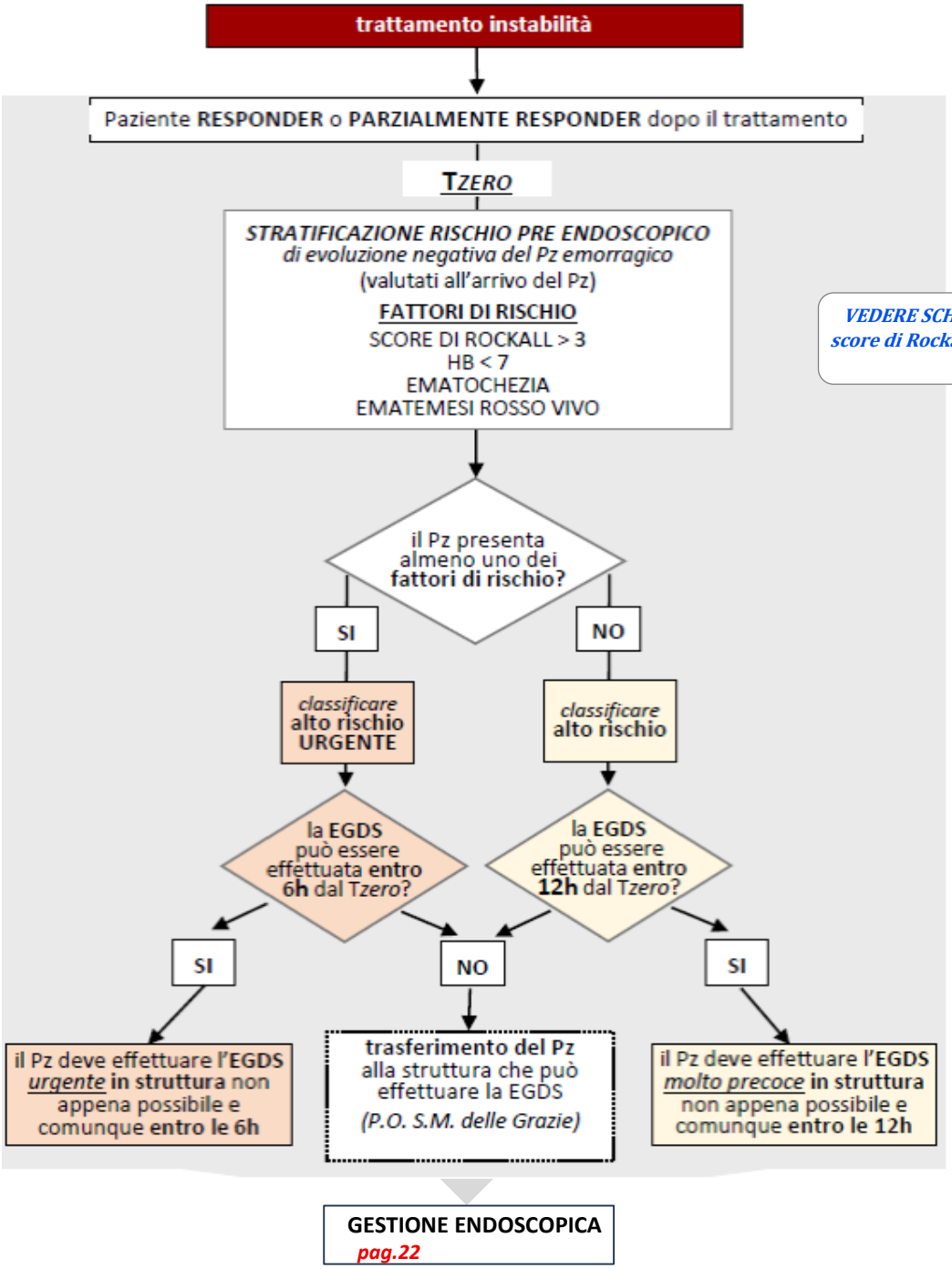
La valutazione immediata dello stato emodinamico del Paziente con EDS è fondamentale per migliore gestione del percorso clinico in quanto una precoce stabilizzazione riduce significativamente il rischio di mortalità.



NOTE OPERATIVE:

- le 2 ore di trattamento dell'instabilità non devono ritenersi un timing terapeutico minimo o massimo ma solo un riferimento temporale, rilevato mediante un trade-off rischi benefici, in cui è opportuno rivalutare il Paziente coinvolgendo, se non già fatto, il gastroenterologo per definire il prosieguo del percorso (endoscopia o continuare la resuscitation)

FASE 3 *caso B* **La gestione pre-EGDS del Paziente STABILIZZATO**



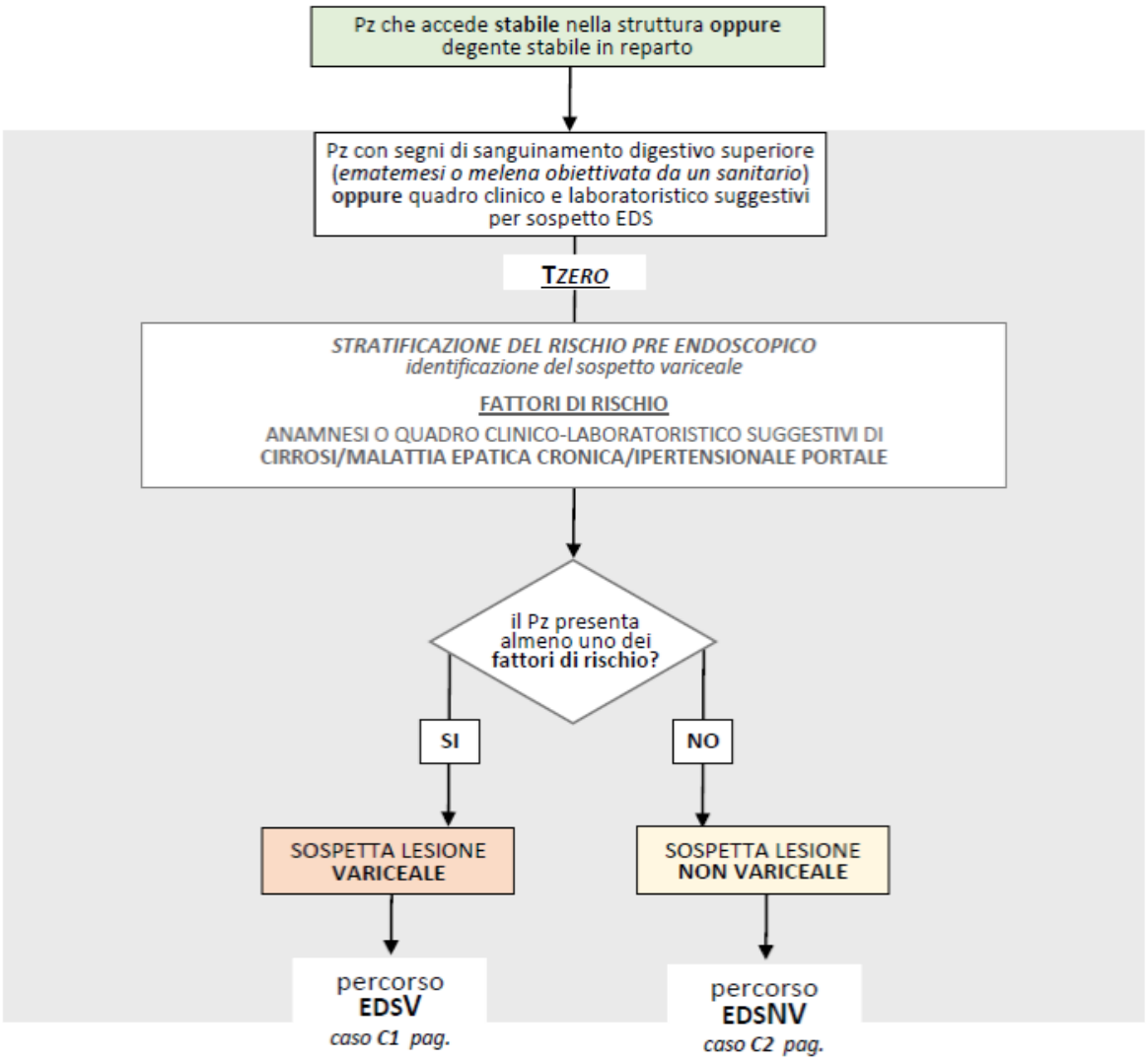
VEDERE SCHEDA INFORMATIVA score di Rockall "pre-endoscopico" pag. 43

GESTIONE ENDOSCOPICA *pag.22*

FASE 3 *casi C* **La gestione pre-EGDS del Paziente STABILE**

Nel Paziente che non presenta significative criticità emodinamiche, sia il percorso di cura che il timing dell'eventuale indagine endoscopica hanno, nella probabile origine del sanguinamento, il fattore di rischio più determinante.

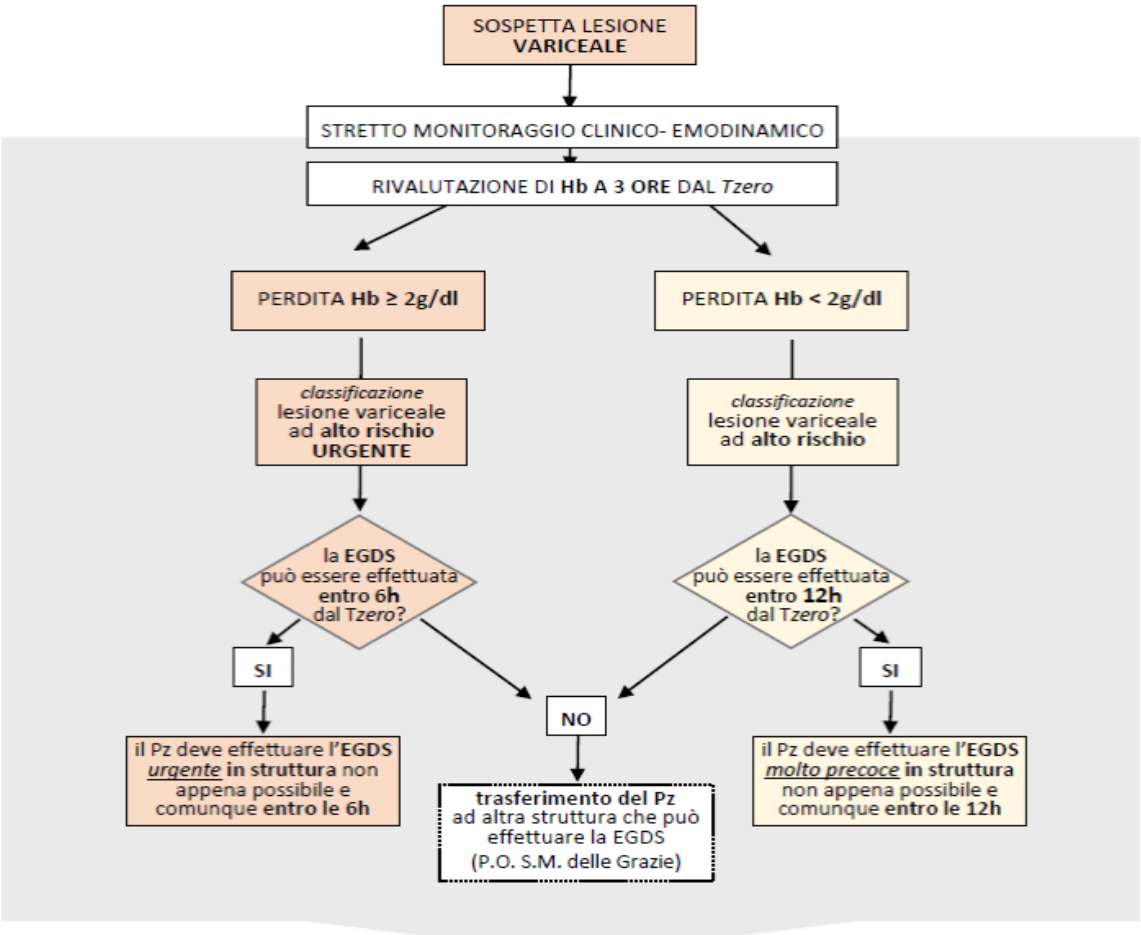
Questo ci consente di costruire un **percorso gestionale ottimizzato** (*cioè in grado sia di garantire la massima precocità per i Pz maggiormente a rischio, sia di evitare una poco appropriata urgenza per quelli meno a rischio*) partendo dalla dicotomizzazione tra il sospetto "variceale" e il sospetto "non variceale".



Gestione endoscopica *pag. 22*

FASE 3 *caso C1* **La gestione pre-EGDS del Paziente STABILE sospetto EDS VARICEALE - EDSV**

Premettendo che la rottura di varici esofagee rappresenta il 20% delle cause di emorragia digestiva superiore e che, nel 16-20% dei casi, l'esame endoscopico evidenzia più di una lesione potenzialmente causante il sanguinamento, l'ottimizzazione del percorso gestionale si completa con un'ulteriore stratificazione del rischio ottenuta mediante un trade-off tra le indicazioni delle LG e i rischi di trasferimento (*quindi anche di improvvisa instabilità emodinamica*), con una dicotomizzazione sul possibile calo di emoglobina.



Gestione endoscopica *pag*. 22

Note operative

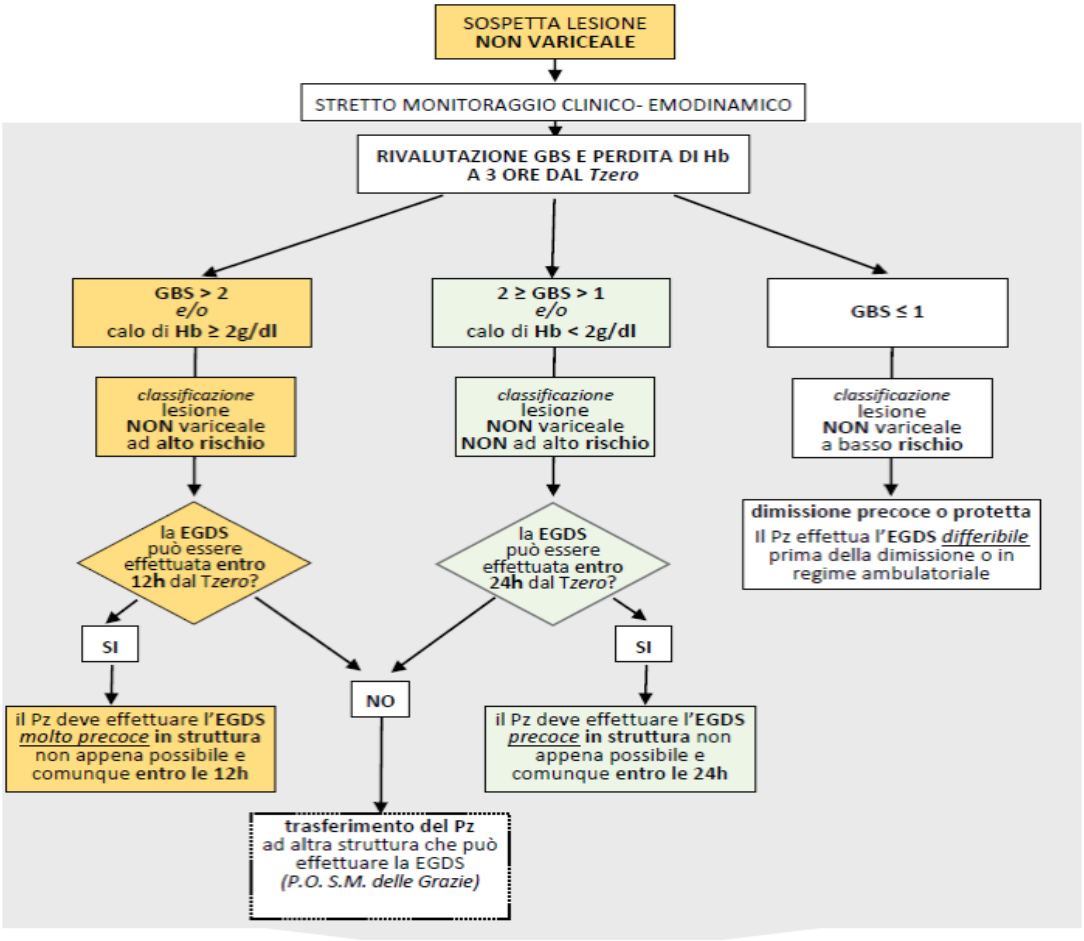
- l'indicazione relativa alla possibilità di effettuare l'EGDS entro 6h dal tempo zero per **le lesioni variceali ad alto rischio urgente** deve essere, comunque, sempre soggetta alla valutazione del Medico che ha in carico il Paziente che, in base alle condizioni cliniche del Paziente e alla gravità dell'emorragia (più o meno "importante"), può ritenere di effettuare l'endoscopia o trasferire il Paziente allo SPOKE il prima possibile, in quanto la gestione deve sempre essere condizionata da un trade-off rischi (di trasferimento o di attesa) / benefici
- la stratificazione dei rischi e predisposta sulla variazione di Hb in quanto la riduzione del timing endoscopico tiene conto dei maggiori rischi di improvvisa instabilità emodinamica del Paziente
- nel caso sia stata definita la necessita di trasferimento del Paziente allo SPOKE per indisponibilità endoscopica, questo deve avvenire **il prima possibile** anche per mettere in condizione l'Azienda ricevente di rispettare agevolmente il timing endoscopico auspicato

il **trasferimento del paziente *cross-SPOKE*** può avvenire **esclusivamente** se, in base alle valutazioni del medico o del team che ha in carico il Paziente, il caso clinico specifico richiede oggettivamente l'expertise e le dotazioni presenti nell'HUB e non nello SPOKE

-nel caso di Struttura sanitaria in zona disagiata, e possibile prevedere, se del caso specifico, anche il trasferimento del Paziente *cross-SPOKE* all'HUB afferente

FASE 3 *caso C2* **La gestione pre-EGDS del Paziente STABILE sospetto EDS NON VARICEALE - EDSNV**

Dove l'esame dei fattori di rischio non conduce ad un sospetto variceale (*quelle non da varici sono le origini più comuni di EDS, di cui la malattia ulcerosa gastro-duodenale è la più frequente – 31-58%*), il trade-off di riferimento **indirizza l'ottimizzazione del percorso in 3 livelli.**



NOTE OPERATIVE

- anche in questo caso e stato differenziato il timing endoscopico, previsto dalle linee guida entro 12-24h, in base al risk-case per aumentare la sicurezza del Paziente sia dal punto di vista clinico che inerente all'eventuale trasferimento - nel caso sia stata definita la necessita di trasferimento del Paziente allo SPOKE (o nodo centrale aziendale) per indisponibilità endoscopica, questo deve avvenire **il prima possibile** in modo che l'Azienda ricevente possa rispettare il timing endoscopico indicato (anche tenendo conto che trattasi di "sospetto" non variceale e che la diagnosi definitiva e solo post-endoscopica, motivo per cui il sanguinamento potrebbe anche rivelarsi "da varici" e, pertanto, con un livello di rischio superiore)
- il **trasferimento del paziente *cross-SPOKE*** può avvenire **esclusivamente** se, in base alle valutazioni del medico o del team che ha in carico il Paziente, il caso clinico specifico richiede oggettivamente dei servizi, l'expertise e/o le dotazioni presenti nell'HUB e non nello SPOKE
- **score GBS in nota SCHEDA INFORMATIVA a pag 45**

FASE OPERATIVA 4
LA GESTIONE ENDOSCOPICA

Le urgenze emorragiche digestive, che hanno nell'emostasi endoscopica la prima opzione operativa, trovano solo nella gestione ottimale ed appropriata di tutte le fasi del percorso un'elevata probabilità di outcome positivo.

L'argomento non può che essere trattato facendo riferimento alla prevalenza della letteratura scientifica relativa alla gestione endoscopica ottimale, convergente sulle origini più frequenti di emorragia digestiva superiore, quali l'ulcera peptica (*circa il 50%, nonché causa di sanguinamento per il 30% dei Pz cirrotici*) e le varici esofago-gastriche (*circa 15-20%*).

CAUSE DI EMORRAGIE DIGESTIVE SUPERIORI	
ulcera peptica	45-50%
varici	15-20 %
erosioni gastroduodenali/esofagite	10-15%
s. Mallory Weiss	4-8%
neoplasie	1-4%
altre cause	9-14%

Con "gestione endoscopica" si intende l'intera fase operativa sul sanguinamento, dalla diagnosi, alla valutazione / classificazione, dall'emostasi endoscopica al possibile risanguinamento ed alla terapia rescue correlata.

16.1 La diagnosi, la classificazione e la terapia endoscopica

La gestione endoscopica cronologicamente prevede:

1. **la diagnosi**: schematizzata nei seguenti 3 casi, per cui sono previste specifiche terapie

caso 1	*caso 2*	*caso 3*
emorragia **NON VARICEALE** da ulcera gastrica o duodenale	emorragia **NON VARICEALE** da altra causa	emorragia **VARICEALE**

2. **la valutazione endoscopica**: che riguarderà l'entità, l'acuzie e la localizzazione del sanguinamento, nonché l'aspetto della lesione, con conseguente **classificazione del rischio di mortalità** mediante score affidabili, quali:
   - quella di **Forrest** in tutti i Pazienti con emorragia da ulcera peptica al fine di differenziare le stigmate endoscopiche in base al rischio di risanguinamento e, quindi, di indirizzare sia la terapia endoscopica, sia il successivo follow up;
   - quella di **Sarin** per le emorragie varicose che consente di indirizzare la terapia endoscopica in base alla loro localizzazione, tipologia e il rapporto con le varici esofagee.

CLASSIFICAZIONE DI FORREST

tipo di lesione	class	risanguinamento *entro 72 ore*	rischio risanguinamento
sanguinamento **attivo**			
sanguinamento a **getto**	**Ia**	70%	**Alto Rischio**
sanguinamento a **nappo**	**Ib**	55%	
segni di **recente** sanguinamento			
vaso visibile (non sanguinante)	**IIa**	43%	**Medio Rischio**
coagulo adeso	**IIb**	23%	
pigmento ematico	**IIc**	10%	
nessun segno di sanguinamento			
base detersa	**III**	5%	**Basso Rischio**

CLASSIFICAZIONE DI SARIN

descrizione	class.
esofago-gastriche (GOV)	
si estendono al di sotto della giunzione squamocolonnare associate alle esofagee lungo la piccola curva	**GOV1**
si estendono verso il fondo gastrico	**GOV2**
varici gastriche isolate (IGV)	
non in continuità con varici esofagee localizzate al fondo gastrico	**IGV1**
eptopiche (*in altro distretto dello stomaco o duodenale*)	**IGV2**

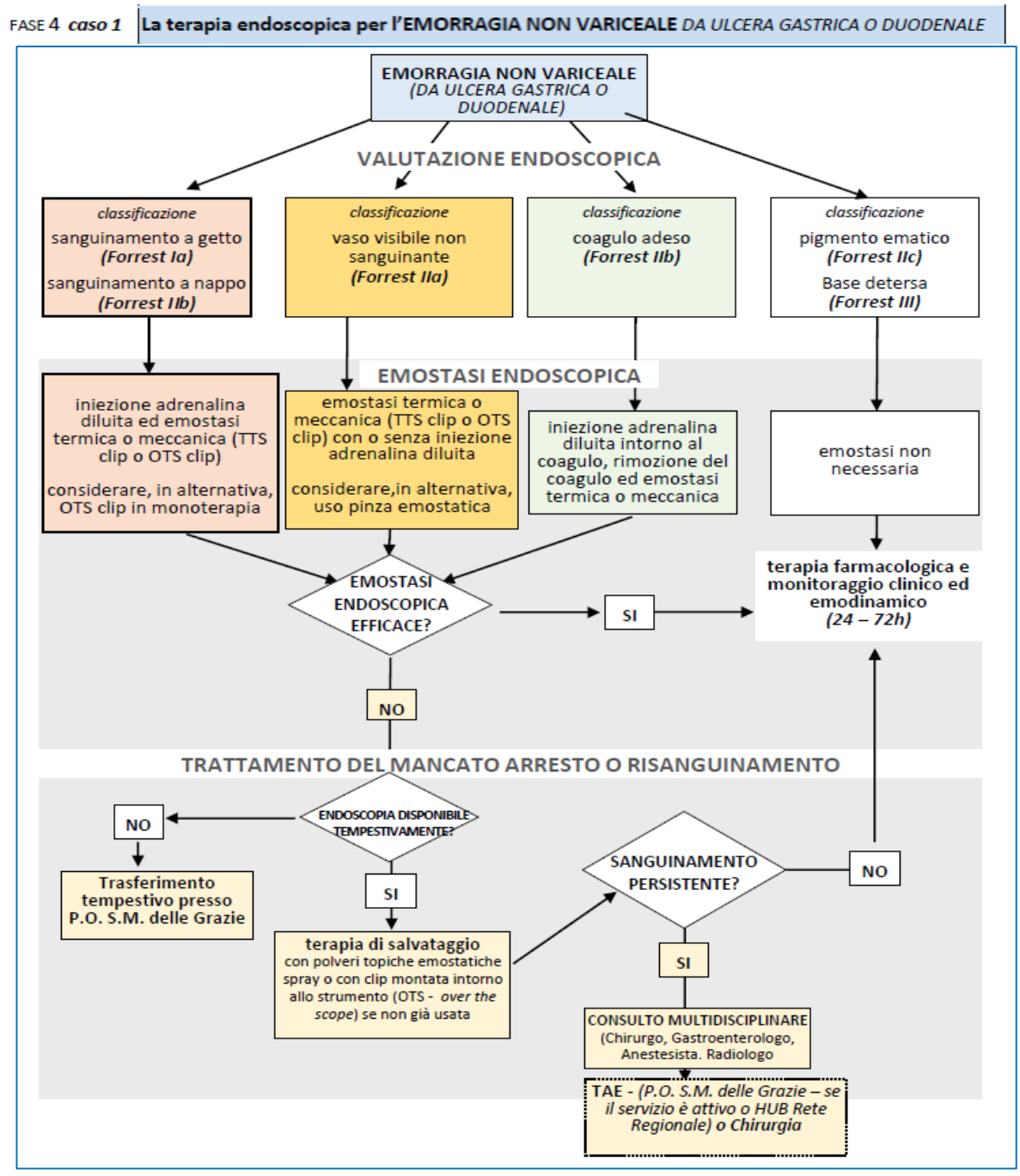
3. **la terapia**: con l'emostasi endoscopica più opportuna (*vedere successive flow chart*).

La procedura endoscopica viene eseguita in sala operatoria.

Il timing della procedura in camera operatoria viene concordato tra Anestesista responsabile di sala e Gastroenterologo-Urgentista, in rapporto alle condizioni cliniche del paziente (a tal proposito viene compilato l'apposito modello):

- il paziente instabile (nonostante i tentativi di stabilizzazione) ha priorità immediata;
- il paziente stabilizzato esegue la procedura entro un'ora;
- il paziente stabile entro 6 ore.

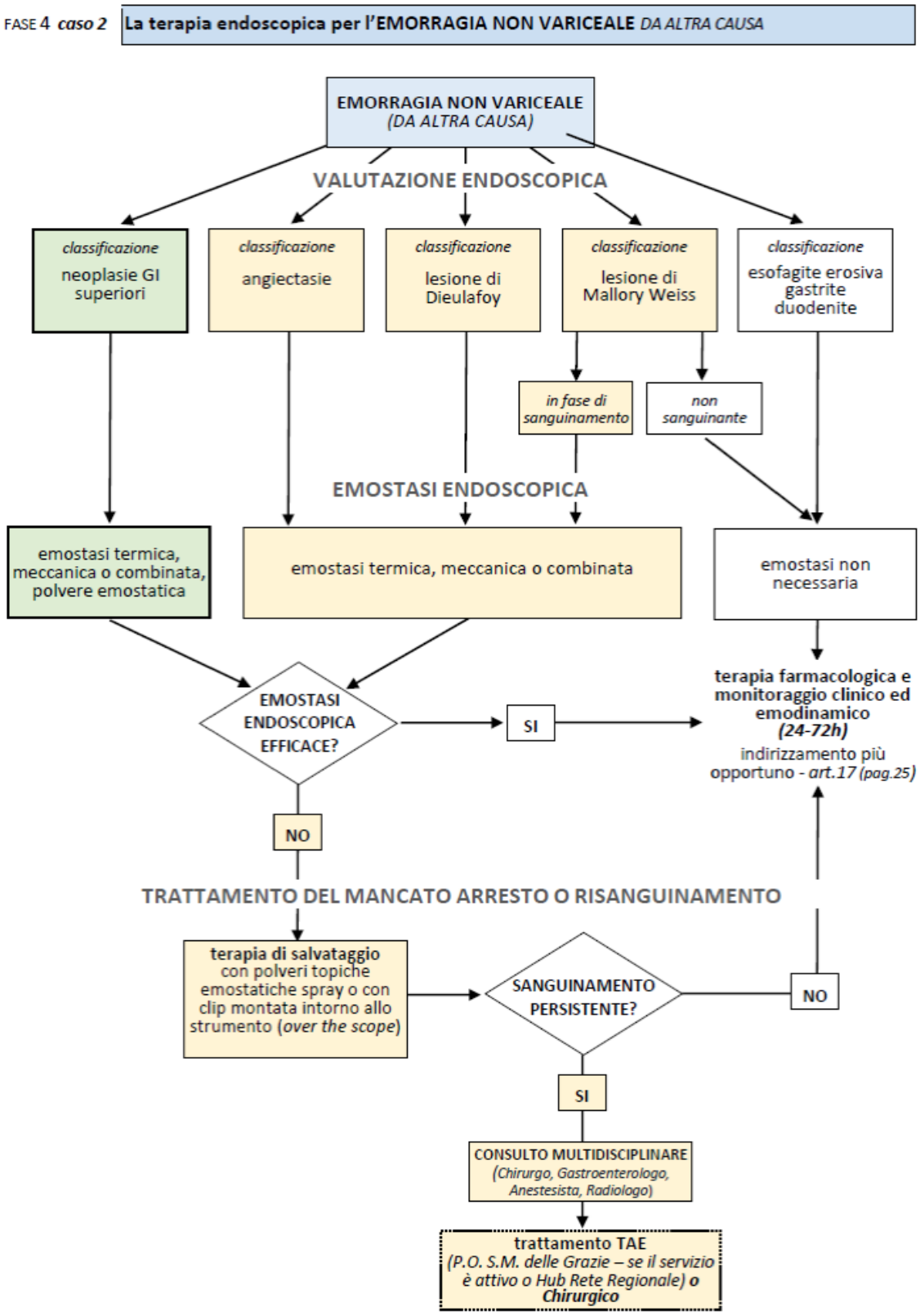
Nota bibliografica: World Journal of Emergency Surgery 2023 18:32

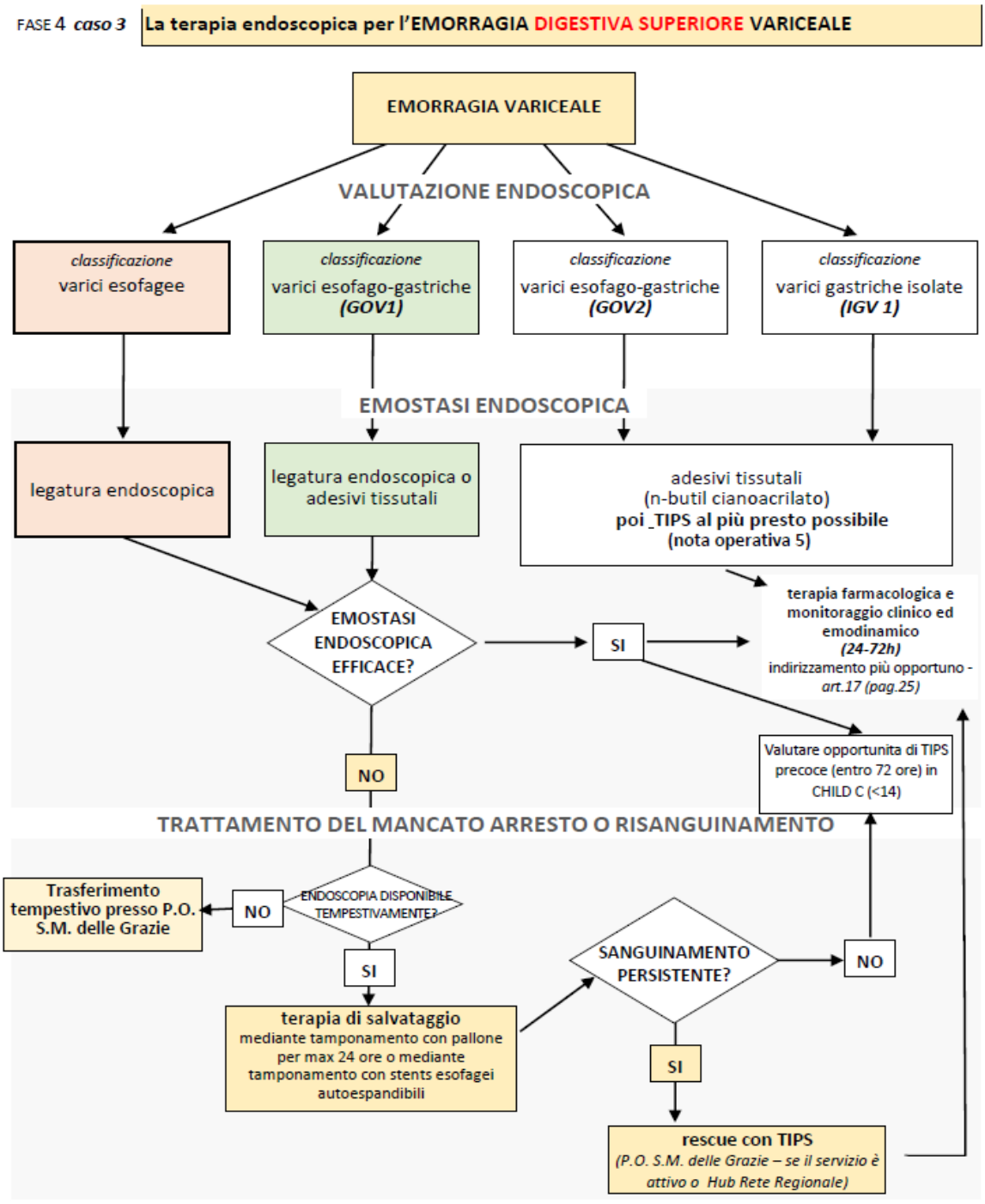

FASE 4 caso 1
La terapia endoscopica per l'EMORRAGIA NON VARICEALE DA ULCERA GASTRICA O DUODENALE
EMORRAGIA NON VARICEALE (DA ULCERA GASTRICA O DUODENALE)
VALUTAZIONE ENDOSCOPICA
classificazione
sanguinamento a getto (Forrest Ia)
sanguinamento a nappo (Forrest IIb)
classificazione
vaso visibile non sanguinante (Forrest IIa)
classificazione
coagulo adeso (Forrest IIb)
classificazione
pigmento ematico (Forrest IIc)
Base detersa (Forrest III)
EMOSTASI ENDOSCOPICA
iniezione adrenalina diluita ed emostasi termica o meccanica (TTS clip o OTS clip)
considerare, in alternativa, OTS clip in monoterapia
emostasi termica o meccanica (TTS clip o OTS clip) con o senza iniezione adrenalina diluita
considerare,in alternativa, uso pinza emostatica
iniezione adrenalina diluita intorno al coagulo, rimozione del coagulo ed emostasi termica o meccanica
emostasi non necessaria
EMOSTASI ENDOSCOPICA EFFICACE?
SI
terapia farmacologica e monitoraggio clinico ed emodinamico (24 – 72h)
NO
TRATTAMENTO DEL MANCATO ARRESTO O RISANGUINAMENTO
ENDOSCOPIA DISPONIBILE TEMPESTIVAMENTE?
NO
Trasferimento tempestivo presso P.O. S.M. delle Grazie
SI
terapia di salvataggio con polveri topiche emostatiche spray o con clip montata intorno allo strumento (OTS - over the scope) se non già usata
SANGUINAMENTO PERSISTENTE?
NO
SI
CONSULTO MULTIDISCIPLINARE (Chirurgo, Gastroenterologo, Anestesista. Radiologo
TAE - (P.O. S.M. delle Grazie – se il servizio è attivo o HUB Rete Regionale) o Chirurgia

NOTE OPERATIVE:

- Considerare la possibilità di utilizzare l' ***eritromicina prima dell'endoscopia nei seguenti casi:***
  - Esordio clinico con ematemesi, vomito caffeano, melena
  - Ematemesi persistente
  - Sospetto clinico di sangue residuo
  - Assenza di allergia a macrolidi
  - Assenza di QT lungo
  - Nessun concomitante uso di farmaci con possibile interazione con macrolidi

  se non disponibile *eritromicina*, considerare la possibilità di utilizzare la ***metoclopramide***
- eseguire test ***Helicobacter Pylori*** alla prima endoscopia;
- in caso di emorragia digestiva da ulcera F1a, F1b, > 2cm, con ampio vaso visibile > 2mm, o localizzata in aree come piccola curva gastrica, o se di aspetto escavato/fibrotico, considerare la possibilità di utilizzo della clip ***over the scope (OTS)*** come ***terapia di prima linea***
- **TAE profilattica** da considerare in casi selezionati (sanguinamento con instabilità emodinamica all'esordio, ulcera localizzata sulla parete posteriore duodenale, ulcera > 2 cm., emostasi endoscopica "incerta")


FASE 4 caso 2
La terapia endoscopica per l'EMORRAGIA NON VARICEALE DA ALTRA CAUSA
EMORRAGIA NON VARICEALE (DA ALTRA CAUSA)
VALUTAZIONE ENDOSCOPICA
classificazione neoplasie GI superiori
classificazione angiectasie
classificazione lesione di Dieulafoy
classificazione lesione di Mallory Weiss
classificazione esofagite erosiva gastrite duodenite
in fase di sanguinamento
non sanguinante
EMOSTASI ENDOSCOPICA
emostasi termica, meccanica o combinata, polvere emostatica
emostasi termica, meccanica o combinata
emostasi non necessaria
EMOSTASI ENDOSCOPICA EFFICACE?
SI
terapia farmacologica e monitoraggio clinico ed emodinamico (24-72h)
indirizzamento più opportuno - art.17 (pag.25)
NO
TRATTAMENTO DEL MANCATO ARRESTO O RISANGUINAMENTO
terapia di salvataggio con polveri topiche emostatiche spray o con clip montata intorno allo strumento (over the scope)
SANGUINAMENTO PERSISTENTE?
NO
SI
CONSULTO MULTIDISCIPLINARE (Chirurgo, Gastroenterologo, Anestesista, Radiologo)
trattamento TAE (P.O. S.M. delle Grazie – se il servizio è attivo o Hub Rete Regionale) o Chirurgico



NOTE OPERATIVE

1. Il sanguinamento acuto da varici (AVB) è definito come un sanguinamento proveniente da varici esofagee, gastriche o ectopiche oppure dalla presenza di varici con segni di sanguinamento recente (coaguli, tappo di fibrina), o ancora di varici in assenza di altre fonti di sanguinamento ma *in presenza di sangue nello stomaco* in un paziente con emorragia gastrointestinale superiore.

2. Tutti i pazienti sono candidati a eseguire **TC con m.d.c** (entro 24 ore) per escludere trombosi delle vena porta/splancnica e HCC e "mappare" i circoli collaterali
3. Il fallimento del trattamento è definito come sanguinamento incontrollato o risanguinamento entro 5 giorni
4. Nei pazienti che soddisfano i criteri per la p-TIPS ma non sono stati sottoposti a TIPS entro la finestra temporale ottimale di 72 ore, l'esecuzione della procedura entro 2 settimane (nei pazienti in classe Child-Pugh C 10-13) o entro 1 settimana (nei pazienti in classe Child-Pugh B >7 con sanguinamento attivo) può comunque apportare benefici
5. La TIPS (con embolizzazione delle varici eseguita il prima possibile) rappresenta l'opzione terapeutica definitiva di scelta nei pazienti con sanguinamento da varici gastriche di tipo **GOV2 o IGV1**. Qualora la TIPS sia controindicata, è possibile ricorrere ad altre strategie definitive — tra cui l'obliterazione transvenosa, le terapie endoscopiche (incluse le tecniche eco-endoscopiche) o le metodiche chirurgiche — in base alle competenze disponibili e previa discussione multidisciplinare, tenendo conto dell'anatomia e della sede del sanguinamento
6. Nei pazienti con ectasia vascolare dell'antro gastrico (GAVE) che necessitano di trasfusioni ripetute, la legatura endoscopica (EVL) è preferibile alla coagulazione con plasma di argon,.
7. La gestione della gastropatia ipertensiva portale si concentra principalmente sulla riduzione della pressione portale mediante l'impiego di beta-bloccanti non selettivi (NSBB). Nei casi di emorragia grave o refrattaria, la TIPS (shunt portosistemico intraepatico transgiugulare) rappresenta la terapia di salvataggio più efficace.
8. L'indicazione al secondo tentativo endoscopico è sempre soggetta alla valutazione del Medico (o del team) che ha in carico il Paziente che, in base alle condizioni cliniche dello stesso, può ritenere di trasferire il Paziente allo SPOKE (Pozzuoli) afferente (o all'HUB se oggettivamente setting più indicato) il prima possibile, in quanto la gestione deve sempre essere condizionata da un trade-off rischi (operativi) / benefici
9. l'eventuale trasferimento del Paziente deve avvenire verso la Struttura più adeguata ed appropriata al setting necessario per il caso specifico, con priorità intraziendale.

FASE OPERATIVA 5
IL FOLLOW UP E L'INDIRIZZAMENTO

La **gestione post-endoscopica** include una terapia farmacologica e l'indirizzamento del Pz ad un follow up con un'appropriata intensità di cure in relazione al rischio di risanguinamento.

Gli elementi emersi nel percorso endoscopico, dei fattori predittivi indipendenti di sanguinamento e l'utilizzo di scores validati (*GBS e Rockall*) ci consentono non solo di gestire l'indirizzamento, ma anche di ottimizzate il timing sulla dimissione.

Il management del risanguinamento

Il risanguinamento (*clinicamente evidente*) si manifesta usualmente con una delle seguenti modalità:

- nuovo episodio di ematemesi, melena o ematochezia insorti dopo l'esame endoscopico;
- tachicardia (>100 b/m') o ipotensione (PA<90 mmHg) dopo stabilizzazione emodinamica;
- melena o ematochezia insorte dopo normalizzazione del colore delle feci;
- calo Hb > 2gr dopo stabilizzazione del valore di Hb.

Fattori predittivi indipendenti di risanguinamento nell'EDSNV

I principali fattori predittivi di risanguinamento nei pazienti sottoposti a terapia endoscopica sono l'instabilità emodinamica, il sanguinamento attivo all'endoscopia, le grandi dimensioni dell'ulcera e la sede dell'ulcera. Questi fattori di rischio, che risultano molto utili per guidare la gestione clinica nei pazienti con EDS, possono essere schematizzati nel seguente modo:

pre-endoscopici	post-endoscopici
instabilità emodinamica	- diametro dell'ulcera (>2cm) - presenza di un vaso visibile non sanguinante di calibro elevato - presenza di sangue in cavità gastrica - localizzazione dell'ulcera sulla parete posteriore del duodeno - localizzazione dell'ulcera sulla piccola curvatura prossimale dello stomaco

Criteri per il ricovero e timing dimissibilità

Se per le emorragie ***variceali*** una stratificazione del rischio finalizzata all'indirizzamento non è opportuna, motivo per cui è prevista la degenza in un reparto dell'Area Medica con un *case management* del Medico che ha in carico il Paziente, per quelle ***non variceali*** è possibile stratificare per ottimizzare l'indirizzamento, come indicato nella tabella di seguito.

PAZIENTE POST EMORRAGIA NON VARICEALE		
Score	*valore*	*indirizzamento*
GBS	0-1	dimissione precoce da Pronto soccorso
ROCKALL	<3	dimesso dopo ricovero breve (max 44h)
	4-6	ricovero in Medicina della Struttura di provenienza
	≥ 7	ricovero in Area dell'Emergenza

*VEDERE **SCHEDA INFORMATIVA** gestione fase iniziale del ricovero in Area Medica* Pag46

*VEDERE **SCHEDA INFORMATIVA** lo score di Rockall "post-endoscopico"* Pag. 45.

Terapia farmacologica fase post-endoscopica

Le terapie farmacologiche indicate sono diverse per tipologia di lesione a cui si aggiungono quelle previste per i Pz che assumono anticoagulanti o antiaggreganti.

POST EMORRAGIA NON VARICEALE

- inibitori di pompa protonica (8 mg/h/e.v) per 72 ore post-endoscopia nei pazienti sottoposti a emostasi endoscopica (Forrest I-IIa-IIb);
- in altri casi (Forrest IIC/III) terapia orale con IPP, dieta regolare;
- terapia antibiotica per eradicazione Helicobacter Pylori se presente alla endoscopia index;
- in caso di test Hp negativo ritestare entro 4 settimane dall'episodio acuto;
- nutrizione per os entro 24 ore dall'emostasi endoscopica efficace
- la terapia anticoagulante può essere ripresa al più presto possibile, in rapporto al rischio tromboembolico. Utile consulto cardiologico.
- terapia con ferro in caso di carenza marziale o anemia.

POST EMORRAGIA VARICEALE

- proseguire farmaci vasoattivi iniziati prima della endoscopia fino a 5 giorni;
- lattulosio per prevenzione encefalopatia;
- Ceftriaxone (1 gr/24 ore) o Amoxicillina\Acido Clavulanico (2,2gr /8ore) per 5/7 giorni per prevenzione PBS.

PAZIENTE CHE ASSUME ANTICOAGULANTI (VKA e DOAC)

La terapia anticoagulante deve essere ripresa non appena il sanguinamento è stato controllato, e nel più breve tempo possibile dall'evento in base al rischio tromboembolico.

La rapida azione del DOAC, rispetto al VKA, va presa in considerazione in questo contesto. L'uso di punteggi validati che stimano il rischio trombotico (*ad esempio, CHA2DS2-VASc*) e rischio di sanguinamento (*ad esempio, HAS-BLED*) può essere utilizzato per guidare la decisione clinica. La stima del rischio tromboembolico individuale rappresenta, quindi, il momento cruciale per stabilire la modalità di ripresa della terapia anticoagulante, ed è stimabile per ogni indicazione alla terapia anticoagulante (*protesi valvolari meccaniche, FANV e TEV*) stratificato in alto, moderato e basso (*vedere tabella di seguito*).

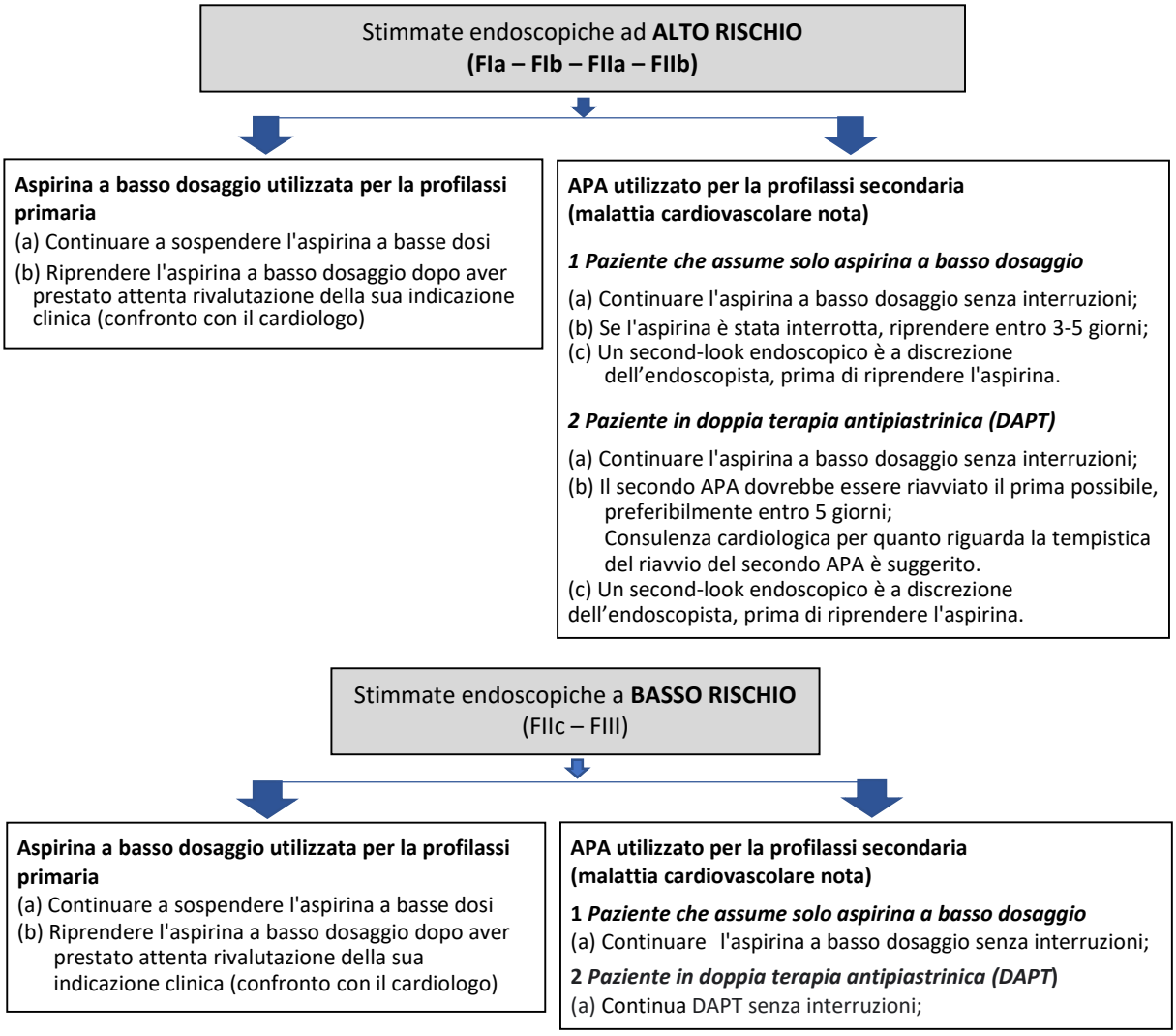
stratificazione del rischio	protesi valvolari meccaniche	FA non valvolare	TEV

RISCHIO ALTO **>10%/anno per cardioembolismo** **>10%/mese per TEV**	Qualsiasi protesi valvolare mitralica meccanica Vecchie protesi valvolari meccaniche aortiche Recente (<6 mesi) TIA/stroke	CHA_2DS_2- VASC ≥ 5 Recente TIA o stroke (< 3 mesi) Valvulopatia reumatica	Episodio di TEV negli ultimi tre mesi Trombofilia severa (mutazione omozigote fattore II o fattore V, doppia eterozigosi fattore II e fattore V, sindrome da Ac antifosfolipidi, deficit di AT, proteina C o proteina S)
RISCHIO NON ALTO *(MODERATO)* **4-10%/anno per cardioembolismo** **4-10%/mese per TEV**	Protesi valvolari aortiche bi-disco associate ad un fattore di rischio di cardioembolismo: FA, età>75 anni, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione arteriosa	CHA_2DS_2- VASC 2-4	Episodio di TEV 3-12 mesi Recidiva di TEV Trombofilia non severa Neoplasia
RISCHIO NON ALTO *(BASSO)* **<4%/anno per cardioembolismo** **<2%/mese per TEV**	Protesi valvolari aortiche bi-disco non associate ad un fattore di rischio di cardioembolismo	CHA_2DS_2- VASC 0-1	Singolo episodio di TEV>12 mesi non idiopatico e nessun altro fattore di rischio

Pertanto, è possibile schematizzare la ripresa della terapia anticoagulante come segue:

stratificazione	Pazienti in terapia con Warfarina	Pazienti in terapia con DOACS
RISCHIO ALTO	riprendere terapia entro 7 gg dall'evento emorragico	terapia a ponte con EBPM tra il 2° e 7° giorno prima di riprendere la terapia al 7° giorno dall'evento emorragico
RISCHIO NON ALTO	riprendere terapia nei 7-15 giorni successivi al sanguinamento	riprendere terapia il 7° giorno successivo al sanguinamento (*no terapia a ponte*)

PAZIENTE CHE ASSUME UNO O PIU' AGENTI ANTIAGGREGANTI (APA)
FONTE EMORRAGICA NON VARICEALE



Nei pazienti che assumono ASA a basso dosaggio per profilassi cardiovascolare primaria è raccomandata la sospensione, rivalutazione dei rischi/benefici dopo confronto con cardiologo, con ripresa della terapia dopo guarigione dell'ulcera o prima se indicato.

Nei pazienti in terapia con ASA a basso dosaggio per profilassi cardiovascolare secondaria, è raccomandata la ripresa subito dopo l'endoscopia iniziale se il rischio di risanguinamento è basso (FIIc, FIII), dopo il terzo giorno nei pazienti ad alto rischio (FIa, FIb, FIIa, FIIb).

Nei pazienti in doppia terapia antiaggregante (DAPT) che sviluppano ulcera peptica sanguinante è raccomandato continuare la terapia con ASA. La ripresa del secondo farmaco antiaggregante deve essere valutata con il cardiologo.

9. 118 PROTOCOLLI OPERATIVI INTER/INTRA- AZIENDALI

INDIRIZZAMENTO PRIMARIO E SECONDARIO INTRAZIENDALE

I pazienti con EDS presi in carico dal Servizio 118, saranno indirizzati agli Ospedali Aziendali, dopo la stratificazione del rischio secondo quanto descritto:

- I Pazienti adulti con E.D.S. non evidente, solo sospetta o riferita, stabili, o stabilizzati, saranno sempre indirizzati al P.S. di riferimento secondo il Territorio di Competenza (Basso Rischio)
- Tutti i Pazienti adulti con possibile emorragia digestiva, in condizioni emodinamiche "INSTABILI", saranno indirizzati al P.S. più vicino.
- I Pazienti stabili o stabilizzati, con valutazione clinica di ematemesi o melena obiettivabile a cui sia stato assegnato un rischio alto in base all'anamnesi (diagnosi pre-esistente di Cirrosi, epatopatia cronica, alcolismo e pertanto fortemente sospetti per "VARICEALI") nei territori in cui i P.O. di riferimento al momento dell'indirizzamento non presentano il Gastroenterologo in turno, saranno sempre trasportati al P.O. di Pozzuoli, previo allertamento del P.S. per effettuare in tale Struttura sanitaria l'endoscopia entro 6h nei casi previsti dal PDTA.
- I Pazienti stabili o stabilizzati non variceali che accedono al PO di Giugliano dalle ore 14 del prefestivo alle ore 22 del festivo successivo saranno sempre trasportati al P.O. di Pozzuoli, previo allertamento del P.S. per effettuare, in tale Struttura sanitaria l'endoscopia nei timing previsti dal PDTA.
- I Pazienti stabili o stabilizzati non variceali che accedono al PO di Frattamaggiore dalle ore 14 del venerdì alle ore 22 della domenica e dalle ore 14 del prefestivo alle 22 del festivo successivo saranno sempre trasportati al P.O. di Pozzuoli, previo allertamento del P.S. per effettuare, in tale Struttura sanitaria l'endoscopia nei timing previsti dal PDTA.
- I pazienti che afferiscono ai PS dei presidi ospedalieri delle isole verranno tutti trasferiti al P.O. di Pozzuoli.

Nota operativa

Il Responsabile dell'Unità Operativa a cui afferiscono i gastroenterologi del P.O. di Frattamaggiore dovrà comunicare per tempo ogni variazione relativa alla disponibilità operativa del Gastroenterologo in sede.

INDIRIZZAMENTO INTERAZIENDALE

SEZIONE 1 – Le modalità di trasferimento

- il trasferimento del Paziente avviene tra Aziende afferenti in base a quanto definito nelle TABELLA 1 (pag. 5)

È stato stipulato un protocollo tra l 'ASL e l'AORN che si impegnano di comune accordo ad effettuare attività di Gastroenterologia presso l'AORN Cardarelli, per la gestione dei pazienti affetti da emorragia digestiva mediante radiologia interventistica nei casi non suscettibili di trattamento endoscopico. L'AORN Cardarelli garantisce a favore dell'ASL Napoli 2 Nord l'accesso a prestazioni di radiologia interventistica ad alta complessità, con particolare riferimento a:

- **Arteriografia ed embolizzazione vascolare in pazienti affetti da emorragia digestiva non varicosa.**
- **TIPS (Shunt Portosistemico Intraepatico Transgiugulare) in caso di emorragia digestiva da ipertensione portale.**

Criteri di trasferimento e valutazione multidisciplinare:
Il paziente ricoverato presso i Presidi Ospedalieri dell'ASL Napoli 2 Nord viene avviato al trasferimento presso l'HUB di riferimento (AORN Cardarelli) qualora l'evento emorragico risulti non suscettibile di trattamento endoscopico risolutivo. Tale indicazione deve scaturire da una valutazione multidisciplinare documentata che coinvolga, secondo le necessità cliniche, le figure del Gastroenterologo, del Chirurgo, del Rianimatore e dell'Internista.

Procedure di Comunicazione e Accettazione:
Il trasferimento deve essere preventivamente concordato tramite contatto telefonico e formale (e mail) con i seguenti referenti:

- UOC Gastroenterologia: Tel. 081.7472235/36 –
  Email: **uosc.gastroenterologiaurgenza@aocardarelli.it**

per conoscenza: **giovanni.lombardi@aocardarelli.it**

- Direzione Sanitaria: Tel. 081.7473921 – Email: **direzione.sanitaria@aocardarelli.it**

Il paziente dovrà essere accompagnato da apposita scheda di trasferimento, redatta in conformità alle indicazioni del PDTA Regionale.

Gestione del posto Letto e continuità Assistenziale:
L'UOC di Gastroenterologia dell'AORN Cardarelli, previo consulto con la Radiologia Interventistica, procede all'accettazione diretta del paziente. In caso di momentanea indisponibilità di posti letto nel reparto di afferenza, la Direzione Medica del Cardarelli si impegna a garantire l'allocazione del paziente in strutture affini (Medicina d'Urgenza o Chirurgia d'Urgenza), assicurando l'immediata presa in carico terapeutica.

10 . DOCUMENTI OPERATIVI – LE SCHEDE DI ORIENTAMENTO

Sono documenti che **disciplinano ma non dispongono,** con indicazioni cliniche formative / raccomandazioni finalizzate a rendere più omogenee le modalità diagnostiche e terapeutiche.

L'obiettivo è quello di completare le indicazioni cliniche ed operative delle flow chart con un approccio al trattamento il più omogeneo possibile in ogni struttura aziendale, evitando la sovrapposizione con altri percorsi specialistici e salvaguardando la necessaria libertà clinica di ogni Operatore.

Di seguito l'elenco delle schede di orientamento previste nel Percorso

INDICE SCHEDE DI ORIENTAMENTO

IDENTIFICAZIONE DEL SOSPETTO EDS CON SINTOMI "RIFERITI" pag. **35**

LA GESTIONE DEL PAZIENTE EMORRAGICO IN TERAPIA CON ANTICOAGULANTI ORALI pag. **36**

INFORMAZIONI MINIME AL PZ ALLA DIMISSIONE pag. **36**

IL CONSENSO INFORMATO pag. **36**

TERAPIA FARMACOLOGICA DEL PZ SOSPETTO NON VARICEALE pag. **37**

TERAPIA FARMACOLOGICA DEL PZ SOSPETTO VARICEALE pag. **37**

SECOND LOOK ENDOSCOPICO pag. **38**

INDICAZIONI ALLA TIPS pag. **39**

LINEE GUIDA AL REFERTO ENDOSCOPICO pag. **39**

11. IDENTIFICAZIONE DEL SOSPETTO EDS CON SINTOMI "RIFERITI"

Questa scheda è dedicata al paziente che si presenta in PS con sintomi, potenzialmente compatibili con una diagnosi di EDS, solo riferiti ed intende orientare i clinici dell'ASL Napoli 2 nord verso un approccio omogeneo al percorso diagnostico.

Sintomi riferiti: ematemesi, feci scure o nere o sanguinamento rettale.

Valutazione iniziale incluso emocromo dopo 2 ore e 6 ore dal T*zero* (*per possibile espressione di anemizzatine acuta*)

12. TRE SCENARI POSSIBILI

- **ASSENZA DI ELEMENTI SIGNIFICATIVI DI EMORRAGIA IN ATTO** (*emocromo stabile, GBS=0-1, non episodi di emorragia digestiva obiettivabili*)
  esito: DIMISSIONE "controllata" (*controllo dal medico curante e/o visita gastroenterologica prima possibile, anche a giudizio dello stesso curante*)

- **ALTERAZIONI BORDER-LINE SOSPETTE DI EMORRAGIA IN ATTO** (*lievi modifiche emocromo, ER dubbia*)
  esito: CONSULENZA GASTROENTEROLOGICA (*se non disponibile "osservazione prolungata*)

- **PRESENZA DI ELEMENTI SIGNIFICATIVI DI EDS**
  esito: arruolamento nel PDTA EDS

13. LA GESTIONE DEL PAZIENTE EMORRAGICO IN TERAPIA CON ANTICOAGULANTI ORALI

Queste indicazioni sono relative alla gestione **pre-endoscopica** del Paziente che assume anticoagulanti (VKA e DOAC):

1. sospendere l'anticoagulante al momento dell'accesso del Paziente;
2. nei pazienti che assumono VKA (*antagonisti Vit. K*) e con instabilità emodinamica deve essere somministrata vitamina K a basso dosaggio integrata con PCC (*complessi protrombinici concentrati*) per via endovenosa o FFP (*plasma fresco congelato*) se PCC non è disponibile;
3. nei pazienti che assumono DOAC (*anticoagulanti orali diretti*) e con grave sanguinamento in corso va presa in considerazione l'uso di un antidoto DOAC o di PCC endovenosa.

14. INFORMAZIONI MINIME AL PAZIENTE ALLA DIMISSIONE

Premesso che il Medico deve sempre dare il maggior numero di informazioni possibili al Paziente, nell'ambito della lettera di dimissioni o referto, deve essere sempre indicato il rischio di sanguinamento acuto (*anche se trascurabile*) per il Paziente dimesso precocemente con previsione di una EGDS ambulatoriale (GBS score 0-1) o risanguinamento per il Paziente dimesso dopo il trattamento endoscopico e relativo follow up, con descrizione dei possibili sintomi e indicazione di recarsi, nel caso, immediatamente al PS e, comunque, di restare in contatto (anche telefonico) con la Struttura che lo ha dimesso.

15. IL CONSENSO INFORMATO

In base a quanto previsto dalla L. 219/2017 e dalla giurisprudenza di legittimità, l'erogazione dell'informazione medica e l'acquisizione del consenso al trattamento sanitario è in capo agli Operatori che hanno in carico il Paziente.

Delibera n.457 del 05/03/2024 "Procedura generale sull'acquisizione del consenso informato. Indicazioni sulla pianificazione condivisa delle cure e sulle disposizioni anticipate di trattamento"

16. TERAPIA FARMACOLOGICA DEL PAZIENTE SOSPETTO NON VARICEALE

Nel momento in cui, sulla base dei rilievi anamnestici, si sospetta una EDSNV, la letteratura medico-scientifica indica una terapia con:

1. PANTOPRAZOLO 80 mg in bolo endovenoso;

2. a seguire: PANTOPRAZOLO 8 mg/h per 72 ore (Pantoprazolo 40 mg 5 fiale in 500 ml di soluzione NaCl 0,9% a 21 ml/h);

3. la somministrazione successiva di Pantoprazolo dipende dalla tipizzazione della lesione secondo la classificazione di Forrest:
   - per Forrest Ia, Ib, IIa e IIb: Pantoprazolo 40 mg (*anche per via orale*) per 2 volte/die dal 4° al 14° giorno, poi Pantoprazolo 40 mg per via orale 1 volta/die per altre 2 settimane;
   - per Forrest IIc e III Pantoprazolo 40 mg per via orale 1 volta/die per 4 settimane.

4. In casi selezionati (vedi criteri in tabella) **ERITROMICINA 250 mg** endovena entro 30-120 minuti prima dell'EGDS, (*efficace nel migliorare la visualizzazione dello stomaco durante l'EGDS, con riduzione degli esami "non diagnostici", della necessità di un "second look" endoscopico, del numero di unità di emazie trasfuse e della durata della degenza*). se non disponibile l'eritromicina considerare possibilità di usare la metoclopramide

Criteri per uso di eritromicina prima della Esofagogastroduodenoscopia

- Esordio clinico con ematemesi, vomito caffeano, melena
- Ematemesi persistente
- Sospetto clinico di sangue residuo
- Assenza di allergia a macrolidi
- Assenza di QT lungo
- Nessun concomitante uso di farmaci con possibile interazione con macrolidi

17. TERAPIA FARMACOLOGICA DEL PAZIENTE SOSPETTO VARICEALE

Nel momento in cui, sulla base dei rilievi anamnestici, si sospetta una EDSV, la letteratura medico-scientifica indica una terapia con:

1. farmaci vasoattivi

GLIPRESSINA: 2 mg endovena diluiti in 100 ml di Soluzione NaCl 0,9% da infondere in 20 minuti. Tale terapia va somministrata ogni 4-6 ore fino al 5° giorno successivo alla conferma diagnostica endoscopica. In alcuni casi la terapia può essere eseguita per 72 ore.

oppure

SOMATOSTATINA: bolo iniziale di 250 µg ev, seguito da una infusione continua alla dose di 250 – 500 µg/h per 5 gg.

2. **antibiotico-profilassi**

   CEFTRIAXONE: 2g endovena/die per 5-7 giorni o AMOXICILLINA/AC. CLAVULANICO 2,2 g per 3 volte al giorno per 5-7 giorni.
   Tale somministrazione si è dimostrata efficace non solo nel ridurre il rischio di infezioni (alto nel paziente cirrotico) ma anche nel ridurre i ri-sanguinamenti e la mortalità;

3. **Inibitori di Pompa Protonica (PPI)**

   PANTOPRAZOLO: 80 mg endovena diluiti in 100 ml di soluzione NaCl 0,9% da infondere in 20 minuti, fino a diagnosi endoscopica di sanguinamento da ipertensione portale.
   Può essere sospesa a meno che non ci sia indicazione a continuare.

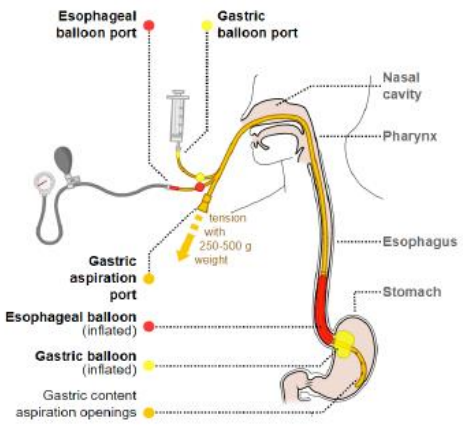
4. **antibiotico**

   ERITROMICINA: 250 mg endovena entro 30-120 minuti prima dell'EGDS.

   Se disponibile e solo in caso di ematemesi massiva, è preferibile la sua somministrazione in quanto efficace nel migliorare la visualizzazione dello stomaco durante l'EGDS, con riduzione degli esami "non diagnostici", riduzione della necessità di un "second look" endoscopico, riduzione del numero di unità di emazie trasfuse e riduzione della durata della degenza;

5. **procedura di stabilizzazione emodinamica in attesa dell'intervento endoscopico**

   Limitatamente ai casi di ematemesi massiva incontrollabile e/o di instabilità emodinamica, è indicato l'inserimento di una SONDA DI SENGSTAKEN-BLACKMORE (*figura*).



18. SECOND LOOK ENDOSCOPICO

Il second look endoscopico di routine è definito come una ripetizione pianificata della valutazione della lesione precedentemente diagnosticata, di solito, eseguita entro 24 ore dopo l'endoscopia indice a prescindere dal tipo di lesione, dal rischio di risanguinamento e dalla presenza di segni clinici di risanguinamento.

Il second look endoscopico di routine non è raccomandato.

Tuttavia, in accordo alle linee guida, potrebbe essere riservato a seguenti casi selezionati:

1. visualizzazione incompleta alla prima endoscopia per presenza di sangue e/o alimenti;
2. impossibilità ad identificare la fonte di sanguinamento;
3. se l'endoscopista ritiene che l'emostasi eseguita sia subottimale

19. INDICAZIONI ALLA TIPS

La TIPS è raccomandata nei pazienti con persistente o ricorrente sanguinamento.

Nei pazienti che soddisfano i criteri per la p-TIPS ma non sono stati sottoposti a TIPS entro la finestra temporale ottimale di 72 ore, l'esecuzione della procedura entro 2 settimane (nei pazienti in classe Child-Pugh C 10-13) o entro 1 settimana (nei pazienti in classe Child-Pugh B >7 con sanguinamento attivo) può comunque apportare benefici

La TIPS (con embolizzazione delle varici eseguita il prima possibile) rappresenta l'opzione terapeutica definitiva di scelta nei pazienti con sanguinamento da varici gastriche di tipo **GOV2 o IGV1**.

Classificazione di Child-Pugh della cirrosi			
Variabile	**1 punto**	**2 punti**	**3 punti**
Encefalopatia	assente	moderata	severa, fino al coma
Ascite	assente	moderata	severa
Birilibina (*vn 0.6-1 mg/dl*)	< 2 mg/dl	2 – 3 mg/dl	> 3 mg/dl
Albumina (*vn 4 g/l*)	> 3.5 g/l	3.5 – 2.8 g/l	< 2.8 g/l
	< 1.3	1.3 – 1.5	> 1 .5

20. LINEE GUIDA AL REFERTO ENDOSCOPICO

Nella presente scheda si indicano i parametri necessari alla predisposizione di una efficace e completa refertazione endoscopica per EDS, importante soprattutto per quelle **non variceali**:

- sede dell'ulcera (*gastrica o duodenale*);
- localizzazione esatta (*ad es. parete posteriore o anteriore del I duodeno – piccola curvatura gastrica, ecc.*);
- presenza o meno di sangue in cavità;
- descrizione stimmate endoscopica;
- terapia endoscopica utilizzata;

nelle conclusioni è utile sintetizzare i parametri riferiti nel referto (*ad es. ulcera gastrica in fase di sanguinamento a getto (Forrest Ia) – emostasi combinata iniettiva + meccanica*).

21. DOCUMENTI OPERATIVI – LE SCHEDE INFORMATIVE

Come riportato nelle definizioni, questi hanno una finalità esclusivamente informativa e formativa in quanto è una condivisione di approfondimenti clinici, tecnici e di specifiche esperienze professionali.

Di seguito l'elenco delle schede informative previste nel percorso.

INDICE SCHEDE INFORMATIVE

I DIECI ERRORI DA EVITARE NELLA GESTIONE DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE ..... pag. **40**

RIDUZIONE DEL RISCHIO DI MANCATA O RITARDATA DIAGNOSI DI EDS ..... pag. **41**

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DELL'INSTABILITÀ SECONDARIA AD UNA EDS ..... pag. **42**

LO SCORE DI ROCKALL "PRE-ENDOSCOPICO" ..... pag. **43**

IL SANGUINAMENTO PERSISTENTE ..... pag. **42**

INTERPRETAZIONE DEL GLASGOW – BLANCHFORD SCORE (GBS) ..... pag. **45**

LO SCORE DI ROCKALL "POST-ENDOSCOPICO" ..... pag. **45**

GESTIONE FASE INIZIALE DEL RICOVERO IN AREA MEDICA ..... pag. **46**

CHIRURGIA VS TAE IN CASO DI SANGUINAMENTO PERSISTENTE ..... pag. **45**

SCHEDA INFORMATIVA

I DIECI ERRORI DA EVITARE NELLA GESTIONE DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE

I numerosi audit prodromici relativi alla patologia da trattare hanno fatto emergere una serie di possibili atti erronei potenzialmente più ricorrenti, quali:

1. non stratificare il rischio del Paziente;
2. sottovalutare il valore della clinica;
3. non stabilizzare il Paziente prima di eseguire l'endoscopia;
4. trasfondere in eccesso;
5. trasfondere in difetto;
6. ritardare l'endoscopia fino alla completa correzione di una coagulopatia;
7. non eseguire l'endoscopia in un Paziente sanguinante dopo un recente infarto del miocardio;
8. non rimuovere il coagulo da una sospetta fonte di sanguinamento;
9. considerare la chirurgia come prima alternativa in caso di fallimento endoscopico;
10. sottovalutare il rischio in un Paziente emodinamicamente stabile.

SCHEDA INFORMATIVA

RIDUZIONE DEL RISCHIO DI MANCATA O RITARDATA DIAGNOSI DI EDS

La presente scheda vuole portare all'attenzione dell'Operatore sanitario alcune possibili presentazioni atipiche che possono caratterizzare, in particolare, il Paziente anziano e con co-morbidità o con deficit cognitivo, quali:

- **SINCOPE o PRE-SINCOPE** non chiaramente spiegabili (*specie se associate al riscontro di ipotensione ortostatica e/o tachicardia*);
- **ANEMIA** non nota;
- **ARITMIE IPERCINETICHE DI** NUOVA **INSORGENZA ED ALTA RISPOSTA VENTRICOLARE MEDIA** (*attenzione: l'alta risposta ventricolare può* mancare *nei pazienti in terapia con farmaci cronotropi negativi come β-bloccanti, Ca++-antagonisti, glicosidi digitalici*);
- **DISPEPSIA**, in particolare se associata a storia di assunzione/abuso di farmaci antinfiammatori non steroidei.

SCHEDA INFORMATIVA

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DELL'INSTABILITA' SECONDARIA AD UNA EDS

La valutazione dello stato emodinamico si baserà sul calcolo del **MEWS** (*vedi tabella – già inserito tra gli scores nel software di PS*), sulla presenza di un **quadro clinico suggestivo** di ipoperfusione tissutale e sul dosaggio della **lattatemia** (valore che si ottiene rapidamente dalla lettura dell'emogasanalisi venoso fatto al T0). Nello specifico, un paziente viene definito ***EMODINAMICAMENTE INSTABILE*** quando presenta una situazione di "insufficienza circolatoria acuta" caratterizzata da una discrepanza tra l'apporto di ossigeno ai tessuti e la sua domanda. Questa condizione di alterata perfusione/ossigenazione tissutale si manifesta *clinicamente* a livello cutaneo (riempimento capillare > 2 secondi, cute pallida, fredda e/o marezzata), cerebrale (alterazione del sensorio fino al coma) e renale (contrazione della diuresi definita come una diuresi inferiore a 0.5 ml/kg/h). Da notare come l'ipotensione arteriosa, definita come una pressione arteriosa sistolica inferiore a 90 mmHg o una pressione arteriosa media (MAP) < a 65 mmHg, seppur presente spesso, non è una condizione necessaria per la definizione di insufficienza circolatoria acuta. Nel setting specifico dello shock emorragico, sia esso traumatico che non, l'ipotensione arteriosa compare solo nella classe III dello shock ossia tardivamente, quando si può stimare una perdita ematica di circa 1,5-2 litri (figura). Al quadro clinico suddetto si aggiungerà il riscontro di una *lattatemia* > 2 mmol/L.

Classes of Shock

	class I	class II	class III	class IV
Blood loss	<15%	15-30%	30-40%	>40%
BP	normal	normal	SBP<90	SBP<70
Pulse	<100	100-120	120-140	>140
Mental	anxiety	anxiety	confused	lethargic
Urine	>30	20-30	<20	negligible
Fluid	crystalloid		crystalloid+blood	

- Adult blood : 70ml/kg
- Child blood : 80ml/kg

La scala MEWS (Modified Early Warning Score) è uno strumento validato che, attraverso una serie di parametri, è in grado di identificare il grado di instabilità clinica del paziente. Il suo utilizzo in Pronto Soccorso è ben definito dalla letteratura scientifica. Un punteggio ≥ 5 o un unico parametro uguale a 3 identifica un paziente clinicamente critico ed instabile (figura).

Score	3	2	1	0	1	2	3
Pulse Rate	<40	-	40-50	51-100	101-110	111-129	=130->130
Resp Rate	<8	-	-	8-20	21-25	26-30	>30
Temp °C	-	=35 or <35	-	35.1-37.9	38-38.4	=38.5 or >38.5	-
AVPU	New weakness	New Confusion	-	Alert	Voice	Pain	Unresponsive
Systolic BP	<80	80-89	90 - 109	110 - 160	161 - 180	181 - 200	>200

In base al valore, possiamo classificare il MEWS nel seguente modo:

NORMALE: 0-1

BASSO: 2-3

MEDIO: 4-6

ALTO: 7-8

CRITICO: > 8

Il trattamento della instabilità emodinamica secondaria ad una EDS riconosce come momento essenziale, l'infusione di liquidi: la "resuscitation" prevedrà la somministrazione empirica di 500-750 ml di cristalloidi (soluzione NaCl 0,9% o Ringer lattato) in 20-30 minuti. L'obiettivo principale sarà quello di "stabilizzare" il paziente, ossia correggere e migliorare la perfusione. Il clinico che avrà in gestione il paziente emodinamicamente instabile ed affetto da EDS, al fine di comprendere se l'obiettivo è stato raggiunto, utilizzerà gli stessi strumenti usati per definire lo stato di instabilità emodinamica (quadro clinico, lattatemia, MEWS).

Nelle linee guida per la gestione delle Emorragie Digestive Superiori la trasfusione di emazie concentrate viene suggerita nell'ambito del paziente emodinamicamente stabile *trovando indicazione quando il valore di emoglobina (Hb) è inferiore a 7 g/dl; nei pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica il cut-off è 8 g/dl. L'obiettivo dell'emotrasfusione sarà nel primo caso quello di portare la concentrazione di Hb a 9 g/dl, nel secondo caso a 10 g/dl.*

L'emotrasfusione quale momento della "resuscitation" trova invece indicazione nei pazienti con shock emorragico indipendentemente dai valori di Hb. Un valore iniziale di Hb < 9, valori elevati di lattatemia (> 2 mmol/L) e valori di "deficit di basi" (BE all'EGA) alterati (> -3 mEq/L), possono essere considerati indice di emorragia severa. In questi casi suggeriamo l'emotrasfusione di 1-2 unità di emazie concentrate al fine di facilitare la stabilizzazione emodinamica.

Resuscitation nei pazienti in terapia con farmaci anticoagulanti: un numero non trascurabile di pazienti assume terapia anticoagulante per diverse patologie (protesi valvolari meccaniche, fibrillazione atriale permanente, malattia tromboembolica venosa). Nel paziente emodinamicamente instabile con sospetta o accertata emorragia digestiva superiore ed in terapia anticoagulante, la "resuscitation", oltre a prevedere ovviamente la sospensione della terapia anticoagulante, deve prevedere la somministrazione del Complesso Protrombinico a 3 fattori, eventualmente associato al fattore VII non attivato (Provertinum®), al fine di favorire il controllo dell'emorragia e quindi la stabilizzazione emodinamica.

a. Pazienti in terapia con ***antagonisti della vitamina K*** (warfarina, acecumarolo): alla somministrazione endovena del complesso protrombinico (35-50 UI/kg) e del fattore VII non attivato (Provertinum 600, 3 fl) verrà associata quella della vitamina K (10 mg in 30'); in questi casi sarà indicato il dosaggio dell'INR a 4-6 ore dalla somministrazione della vitamina K.

b. Pazienti in terapia con ***eparina non frazionata (ENF)***: si tratta di un'evenienza ormai rara; l'esistenza di un antidoto specifico, il SOLFATO DI PROTAMINA (10 mg/1000 UI in 100 ml di SF in 1 ora), unita alla breve emivita della ENF e all'effetto immediato dell'antidoto, rendono questo "reversal" molto rapido ed efficace; in questi casi sarà indicato il dosaggio dell'aPTT dopo 2 ore dalla somministrazione.

c. Pazienti in terapia con ***eparine a basso peso molecolare (EBPM)***: si tratta di un'evenienza molto più frequente della precedente; anche in questo caso l'antidoto specifico è rappresentato dal SOLFATO DI PROTAMINA che, tuttavia, ha un effetto parziale;

d. Pazienti in terapia con ***pentasaccaridi (fondaparinux)***: somministrazione del complesso protrombinico e del fattore VII non attivato (Provertinum);

e. Pazienti in terapia con ***inibitori del fattore X (apixaban, rivaroxaban, edoxaban)***: valutare somministrazione di antidoto specifico (**Andexanet alfa per apixaban e rivaroxaban**) o complesso protrombinico e del fattore VII non attivato (Provertinum);

f. Pazienti in terapia con ***inibitori della trombina (dabigatran)***: valutare la somministrazione del complesso protrombinico e del fattore VII non attivato (Provertinum) si associa quella dell'antidoto specifico IDARUCIZUMAB (Praxbind 2.5 mg/50 ml, 2 fl in bolo ev).

Il tentativo di stabilizzazione emodinamica di fatto non ha un termine ovvero terminerà solo a stabilizzazione avvenuta.

A 2 ore dall'inizio della "resuscitation", in base alla risposta alla terapia, i pazienti potranno essere classificati nel seguente modo:

1. **PAZIENTI NON RESPONDER**: quadro clinico persistentemente alterato, MEWS non modificato (vedi classificazione); clearance del lattato < 20%.
2. **PAZIENTI PARZIALMENTE RESPONDER O IN VIA DI STABILIZZAZIONE**: quadro clinico in via di miglioramento, MEWS ridotto di almeno una classe, clearance del lattato > 20%.
3. **PAZIENTI RESPONDER O STABILIZZATI**: quadro clinico normalizzato, MEWS normale o basso, normalizzazione della lattatemia.

SCHEDA INFORMATIVA

LO SCORE DI ROCKALL "PRE-ENDOSCOPICO"

Da letteratura, il più affidabile indicatore prognostico per individuare i Pazienti a più alto rischio di evoluzione negativa risulta il **Rockall Score**, motivo per cui si è ritenuto di utilizzare il Rockall "clinico" (*valorizzazione del rischio di mortalità del Paziente correlato alle sue condizioni cliniche ed alla comorbilità*) come uno dei fattori di rischio, dove la precocità dell'intervento endoscopico è maggiormente sensibile.

	PUNTEGGIO			
VARIABILI	**0**	**1**	**2**	**3**
Età	< 60 anni	60-79 anni	≥80 anni	
Shock	non shock: PA > 100 mmHg FC < 100	tachicardia: PA > 100 mmHg FC > 100	ipotensione: PA < 100mmHg	
Comorbilità	non comorbilità maggiore		patologia ischemica cardiaca. Insufficienza cardiaca. Qualsiasi comorbilità maggiore	insufficienza renale od epatica. Cancro disseminato

PUNTEGGIO	RISCHIO MORTALITA' PRE-ENDOSCOPICO	
0	0,2%	
1	2,4%	
2	5,6%	
3	11%	
4	24,6%	**FATTORE DI RISCHIO PER EVOLUZIONE NEGATIVA DEL PAZIENTE EMORRAGICO STABILIZZATO O IN VIA DI STABILIZZAZIONE**

SCHEDA INFORMATIVA

IL SANGUINAMENTO PERSISTENTE

In caso di sanguinamento persistente (*sanguinamento attivo refrattario alle tecniche standard di emostasi endoscopica*) in corso di procedura endoscopica, si suggerisce di ricorrere a tecniche "rescue" come spray emostatico o clip tipo "ovesco".
In caso di fallimento di tutte le procedure intra-endoscopiche, ricorrere alla TAE se disponibile o alla chirurgia.

SCHEDA INFORMATIVA

INTERPRETAZIONE DEL GLASGOW – BLANCHFORD (GBS)

Il GBS (*Glasgow-Blatchford Score*), anche se poco utile nel predire i pazienti ad alto rischio, ha dimostrato una sensibilità del 99% nel predire i pazienti con sospetta lesione non variceale che sono **a basso rischio di evoluzione clinica negativa** (*alto valore predittivo negativo*)
Lo score comprende tre variabili cliniche e una variabile di laboratorio.

MARKER DI RISCHIO	PUNTEGGIO
Azotemia mg/dl	
≥ 18 e < 22	2
≥ 22 e < 28	3
≥ 28 e < 70	4
≥ 70	6
Hb uomo (g/L)	
≥ 12.0 e < 13.0	1
≥ 10.0 e < 12.0	3
< 10.0	6
Hb donna (g/L)	
≥ 10.0 e < 12.0	1
< 10.0	6
Pressione arteriosa sistolica (mm Hg)	
100 - 109	1
90 - 99	2
< 90	3
Altri markers	
FC ≥ 100 (per minuto)	1
presentazione con melena	1
presentazione con sincope	2
epatopatia	2
scompenso cardiaco	2

SCHEDA INFORMATIVA

LO SCORE DI ROCKALL "POST-ENDOSCOPICO"

In ambito post-endoscopico, si è ritenuto di utilizzare come score predittivo il Rockall "completo" (*inclusivo della diagnosi endoscopica e di eventuali segni di sanguinamento recenti*) solo per il rischio di evoluzione negativa del Paziente (*mortalità*).

	PUNTEGGIO			
VARIABILI	**0**	**1**	**2**	**3**
Età	< 60 anni	60-79 anni	≥80 anni	
Shock	non shock: PA > 100 mmHg FC < 100	tachicardia: PA > 100 mmHg FC > 100	ipotensione: PA < 100mmHg	
Comorbilità	non comorbilità maggiore		patologia ischemica cardiaca. Insufficienza cardiaca. Qualsiasi comorbilità maggiore	insufficienza renale o epatica. Cancro disseminato
Diagnosi endoscopica	Mallory Weiss o nessuna altra lesione trovata. Assenza di segni di recente emorragia	Tutte le altre diagnosi	Cancro gastrointestinale	
Segni di recente sanguinamento	Nessuno o base coperta di ematina		Sangue nel tratto gastrointestinale superiore, coagulo adeso, vaso visibile o sanguinante	

PUNTEGGIO	RISCHIO MORTALITA' POST-ENDOSCOPICO
0	0,0%
1	0,0%
2	0,2%
3	2,9%
4	5,3%
5	10,8%
6	17,3%
7	27%
> 7	41%

SCHEDA INFORMATIVA

GESTIONE FASE INIZIALE DEL RICOVERO IN AREA MEDICA

Nelle prime fasi del ricovero, la gestione clinica del paziente affetto da EDS sarà diversificata a seconda dello score di Rockall post-endoscopico e dalla causa del sanguinamento. Nello specifico:

In caso di **EDSV O DI EDSNV CON SCORE DI ROCKALL ≥ 6** è necessario, nelle prime ore del ricovero, avere un monitoraggio dei parametri vitali più assiduo; in particolare si procederà alla *valutazione del MEWS e dello Shock Index* ogni ora nelle prime 6 ore e ogni 3 ore nelle successive 12 ore. Successivamente, in assenza di un peggioramento degli indici suddetti, si procederà ad un monitoraggio meno assiduo. Sarà inoltre indicata l'esecuzione di un emocromo dopo 6 e dopo 24 ore dall'ingresso in reparto. I controlli successivi saranno effettuati in base al risultato dell'emocromo precedente.

In caso **DI EDSNV CON SCORE DI ROCKALL < 6** si procederà alla *valutazione del MEWS e dello Shock Index* ogni 6 ore nelle prime 48 ore. Successivamente, in assenza di un peggioramento degli indici suddetti, si procederà a quello che è il monitoraggio standard secondo il reparto. Sarà inoltre indicata l'esecuzione di un emocromo dopo 12 ore dall'ingresso in reparto. I controlli successivi saranno effettuati in base al risultato dell'emocromo precedente.

SCHEDA INFORMATIVA

CHIRURGIA VS TAE IN CASO DI SANGUINAMENTO PERSISTENTE

In caso di sanguinamento persistente o di risanguinamento non responder a tecniche di emostasi endoscopica sono attualmente disponibili 2 opzioni di trattamento, chirurgia ed embolizzazione arteriosa transcatetere (TAE).

Entrambe le opzioni di trattamento presentano vantaggi e svantaggi (*vedere tabelle di seguito*) e richiedono un consenso multidisciplinare (*medico di reparto che ha in carico il paziente, gastroenterologo, chirurgo e radiologo interventista*), inoltre possono essere condizionati da fattori come la presentazione clinica individuale nonché dalla la disponibilità o meno di un radiologo o di un chirurgo esperti.

I pazienti con ulcera duodenale ad alto rischio sono generalmente più anziani (*età media 75 anni*), con maggiore comorbidità, elementi che fanno propendere la scelta verso la TAE piuttosto che per la chirurgia

trattamento	mortalità	tasso di successo tecnico	complicanze	tasso risanguinamento	tasso ospedalizzazione
CHIRURGIA	18-40%	ND	32%	ND	18 gg
Embolizzazione arteriosa transcatetere (TAE)	ND	90-100%	4-8 %	8-55%	9 gg

Il posizionamento di una clip, in corso di endoscopia, nella sede del sanguinamento agevola il radiologo interventista nell'identificare la sede del sanguinamento.

Bibliografia

Transcatheter arterial embolization versus surgery for uncontrolled peptic ulcer bleeding: game is over
Quant Imaging Med Surg 2019; 9(2):144-145

Bleeding Duodenal Ulcer: Strategies in High-Risk Ulcers
Visc Med 2021; 37:52–62

22. FORMAZIONE

Sarà cura del Direttore UOC Gastroenterologia e del Direttore UOC Medicina Emergenza e Urgenza stabilire il fabbisogno formativo relativo al PDTA "Gestione e trattamento emorragie digestive superiori" in accordo con il Direttore UOC Formazione Aziendale.

23. INDICATORI/PARAMETRI DI CONTROLLO

Nella tabella di seguito sono riportati tutti gli indicatori ritenuti utili e funzionali sia agli obiettivi posti che alla migliore operatività del PDTA (*performance*), nel particolare:

Indicatori del PDTA	Monitoraggio
n. Pazienti arruolati nel PDTA con diagnosi principale di EDS	UOC Controllo di Gestione e Budgeting.
n. trasferimenti intraziendali per EGDS	U.O.C 118 e Centrale Operativa Emergenza ed Urgenza Pre-Ospedaliera
n. trasferimenti interaziendali all'HUB regionale	U.O.C. 118 e Centrale Operativa Emergenza ed Urgenza Pre-Ospedaliera
percentuale pazienti con mancato arresto del sanguinamento o risanguinamento	U.O.C Gastroenterologia

24. RIFERIMENTI

FONTI NORMATIVE

- DM n.70/2015
- DCA n. 33/2016 - Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015
- DCA n. 103/2018 - Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento di dicembre 2018
- Legge 219 del 22.12.2017 (Norme in materia di consenso informato e DATI)
- Legge 24 del 08.03.2017 (cd Legge Gelli)
- Decreto Regione Campania n.32 del 25.03.3019 Protocolli 118 (trasporto primario e secondario
- Delibera Regione Campania N.611 del 14.11.2024
- Delibera N. 2331 del 16/10/2026 Presa d'atto del Protocollo d'Intesa stipulato e sottoscritto tra l'ASL Napoli 2 Nord e l'AORN "A. Cardarelli", per la collaborazione e sinergia nell'ambito di un sistema Hub & Spoke per la durata di mesi 12.

INFORMATIVE E DOCUMENTI INTERNI

- Procedura aziendale per la sicurezza del trasporto intraospedaliero, inter-ospedaliero ed extraospedaliero (del. 1090 del 24.04.2026)
- Disposizione del Dipartimento di Emergenza e dell'Area Critica del 09.10.2020.

FONTI TECNICO – SCIENTIFICHE – LINEE GUIDA

In mancanza di linee guida ISS si riferisce alle seguenti linee guida ESGE (linee guida società europea di endoscopia digestiva):

1. Endoscopic diagnosis and management of peptic ulcer bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guidelines – **Update 2026.**
2. Baveno VIII – Advancing Consensus in Portal Hypertension, **2026.**
3. 2022 Ian M. Gralnek, Marine Camus Duboc, Juan Carlos Garcia-Pagan, Lorenzo Fuccio, John GásdalKarstensen, Tomas Hucl, Ivan Jovanovic, Halim Awadie, Virginia Hernandez-Gea, Marcel antau, Alanna Ebigbo, Mostafa Ibrahim, Jiannis Vlachogiannakos, Marc C. Burgmans, Robyn Rosasco, Konstantinos Triantafyllou: Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)Guideline.
4. 2022 Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension J Hepatol. 2022 April; 76(4): 959–974.
5. 2021 Ian M. Gralnek et al. - Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021 Endoscopy 2021; 53: 300–332.

25. ELENCO ALLEGATI

- ALLEGATO n.1 Scheda fenomenologica PDTA EDS
- ALLEGATO n.2 Scheda trasferimento inter o intraziendale paziente con EDS
- ALLEGATO n.3 Scheda Multidisciplinare
- ALLEGATO n.4 Modulo di richiesta di intervento chirurgico in emergenza/urgenza
- ALLEGATO n.5 Diagnosi ICD-9 ICD-10

25.1 ALLEGATI

Allegato n.1

SCHEDA FENOMENOLOGICA PDTA EDS

DATA		**ETNIA:** caucasica - asiatica - africana - latina				
Cognome Nome:		**tel.**		**Sesso:** M - F		
Data nascita: **ETA'**		**C. Residenza:**				
DATA E ORA ACCESSO/CHIAMATA: **FESTIVO SI NO PRE-FESTIVO SI NO**				**Reperibilità? SI NO**		
PO: O Pozzuoli O Giugliano O Frattamaggiore O Ischia O Procida O da struttura non aziendale		**Reparto** O Pronto Soccorso/OBI => O mezzi propri O Medicina O 118 O Chirurgia D'Urgenza O Chirurgia O Rianimazione O Altro_____				
Sintomi ingresso:						
TIPO URGENZA:	**ED SUP**	**ED INF**	**CE**	**CAUSTICI**		
Comorbidità:						
Terapia domiciliare:						
FANS: SI NO		**Antibiotici:** SI NO				
Anticoagulanti/Antiaggreganti (specificare):						
Parametri vitali all'ingresso	PA	FC	Hb	GB	PLT	
Lact:	INR:	**Score Rockall (pre-endoscopia):**		**Glasgow-Blatchford S.:**		
T. medica (pre esame)	PPI	Glipressina	N° Emotrasf.	N° sacche Plasma		
	ALTRO:					
Indagini (pre-esame):	TC	Angio-TC	Altro:			
Delta temporale tra tempo zero ed endoscopia digestiva						
Data e Ora inizio esame:				**Ora fine esame:**		
Consenso informato:	SI		(NO) Urgenza indifferibile			
Sedazione:	No	Sedazione Cosciente		Profonda	Intubato	
Diagnosi endoscopica:						
Tipo emostasi:	adrenalina	emoclips n	APC	Purastat	Gold probe	
ELLA STENT	EVL	Clip OTSC	Glubran	sonda BKM	Polvere emost.	
Accessori utilizzati endocap	ansa	cappuccio lattice taglienti	pinza coccodrillo	pinza dente di topo	Cestello da recupero	
dormia	Altro:					

<table>
<tr><td colspan="2">Biopsie:</td><td>SI</td><td>NO</td><td colspan="4">Sede:</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">Immediato post endoscopia</td><td>Dimissioni</td><td colspan="2">Ricovero</td><td rowspan="2">Decesso</td><td>Intra-proced.</td></tr>
<tr><td>Chirurgia</td><td colspan="2">Radiologia Interv.</td><td>Post-proced.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Score Rockall (Post-endoscopia):</td><td colspan="4">Glasgow-Blatchford Score:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Rebleeding (data e ora):</td><td></td><td colspan="4">Note:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Tipo emostasi:</td><td>adrenalina</td><td>emoclips n</td><td>APC</td><td>Purastat</td><td>Gold probe</td></tr>
<tr><td colspan="3">ELLA STENT</td><td>EVL</td><td>Clip OTSC</td><td>Glubran</td><td>sonda BKM</td><td>Polvere emost.</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">Post-Rebleeding</td><td rowspan="2">Chirurgia</td><td colspan="2" rowspan="2">Radiologia Interv.</td><td rowspan="2">Decesso</td><td>Intra-proced.</td></tr>
<tr><td>Post-proced.</td></tr>
<tr><td>Outcome (30gg):</td><td>ABS</td><td>Re-Bleeding</td><td>Decesso</td><td colspan="4">gg di degenza:
complicanze:</td></tr>
</table>

Allegato n. 2

SCHEDA TRASFERIMENTO INTER O INTRAZIENDALE PAZIENTE CON EDS

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO:

NOME E COGNOME	
DATA DI NASCITA	
OSPEDALE PROVENIENZA	
MELENA	
EMATEMESI	
RETTORRAGIA	
USO DI FANS	
EPATOPATIA CRONICA NOTA	
USO DI FARMACI ANTICOAGULANTI	
USO FARMACI ANTI-AGGREGANTI	
PRESSIONE ARTERIOSA	
LATTATI	
FREQUENZA CARDIACA	
AZOTEMIA	
EMOCROMO	
GLICEMIA	
INR	
TRASFUSIONI	
TEMPO ZERO	

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ◯ SI ◯ NO

perché ……

ESAMI EMATOCHIMICI E STRUMENTALI IN ALLEGATO ……

Allegato n.3

Scheda Multidisciplinare

Nome			
Cognome			
Data di nascita			
Data e ora del consulto			Conclusioni del gruppo multidisciplinare
Gastroenterologo			
Chirurgo			
Radiologo			
Anestesista-Rianimatore			

ALLEGATO n.4

MODULO DI RICHIESTA DI INTERVENTO CHIRURGICO IN EMERGENZA/URGENZA

Presidio Ospedaliero: _____

Unità Operativa: _____

Data: ___/___/_____ Ora richiesta: _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: ___/___/_____

Sesso: ☐ M ☐ F

Reparto di provenienza: _____

TIPOLOGIA DI URGENZA

☐ Emergenza (Intervento non procrastinabile)

☐ Urgenza Differibile (Intervento entro _____ ore)

☐ Urgenza Programmata (entro 24-48 h

DIAGNOSI / INDICAZIONE CLINICA

_____

_____

TIPO DI INTERVENTO PREVISTO

_____

_____ EQUIPE CHIRURGICA

Chirurgo referente: _____

Anestesista coinvolto: _____

Strumentista/Infermiere preposto: _____

RISORSE NECESSARIE

☐ Sala operatoria urgente disponibile

☐ Emocomponenti richiesti

☐ Materiale chirurgico speciale (specificare):

_____

☐ Supporto specialistico esterno (es. tecnico):

_____

NOTE E CRITICITÀ

_____
_____
_____

Firma Chirurgo richiedente: _____
Firma Anestesista di riferimento: _____
Ora di compilazione: _____
Data e ora della presa in carico da parte del RSO/IF: _____

Allegato n. 5

Diagnosi ICD-9 ICD-10

Diagnosi	ICD-9	ICD-10
Ulcera gastrica con emorragia	531.0, 531.2, 531.4, 531.6	K25.0, K25.2, K25.4, K25.6
Ulcera duodenale con emorragia	532.0, 532.2, 532.4, 532.6	K26.0, K26.2, K26.4, K26.6
Ulcera peptica sede non specificata, con emorragia	533.0, 533.2, 533.4, 533.6	K27.0, K27.2, K27.4, K27.6
Ulcera gastro-digiunale con emorragia	534.0, 534.2, 534.4, 534.6	K28.0, K28.2, K28.4, K28.6
Varici esofagee con sanguinamento	456.0	I85.0
Varici gastriche con sanguinamento	456.8	I86.4
Varici esofagee / gastriche in malattia classificata altrove °°	456.20, 456.8	I98.3*, I98.8* in associazione conK70-K71†, K74.-†
Ulcera esofagea con emorragia	530.21	K22.11
Esofagite/Gastrite/Duodenite con emorragia	530.82, 535.01, 535.11, 535.31, 535,41, 535.51, 535.61	K22.8, K29.01, K29.21, K29.41, K29.61, K29.81, K29.91
Sindrome di Mallory-Weiss	530.7	K22.6
Angiodisplasia gastrica /duodenale con emorragia	537.83	K31.811
Lesione di Dieulafoy (emorragica) dello stomaco e del duodeno	537.84	K31.82
Neoplasia sanguinante di esofago, stomaco e intestino tenue°°°	150.x, 151.x, 152.x	C15.x, C16.x, C17.x
Emorragia digestiva superiore non specificata°°°°	578.0, 578.1, 578.9	K92.0 (ematemesi), K92.1 (melena), K92.2 (emorragia gastrointestinale non specificata)

Note sulla codifica ICD-10

Quando indicato, usa i seguenti codici aggiuntivi:

F10.x per identificare Abuso di alcol o altre dipendenze

Y40-Y59 per identificare Farmaci, medicamenti e sostanze biologiche che causano effetti avversi nell'uso terapeutico

°° Applica la Regola Codici asterisco (*) e codici daga (†)

†: identifica la **malattia di base;**

***:** identifica la **manifestazione clinica** della malattia.

Nel caso delle **varici esofagee associate a epatopatia**, il codice **I98.3*** deve essere associato al codice della patologia epatica (**K70-K71†, K74. -†**).

°°° Aggiungere il codice dell'emorragia, se documentata
°°°° Le diagnosi di "ematemesi", "melena/rettorragia" ed "emorragia gastrointestinale non specificata" si usano solo dopo aver escluso le cause note di sanguinamento

Categoria	ICD-9-CM	CIPI 2025	Procedura
Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)	45.13	45.13.0N	Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)
EGDS con biopsia	45.16	45.16.0N - 45.16.4N	EGDS con biopsia
Controllo endoscopico di sanguinamento esofageo	42.33	42.33.7N	Controllo endoscopico di sanguinamento esofageo
Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale	44.43	44.43.0N-44.43.4N	Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale
Scleroterapia endoscopica di varici esofagee	42.33	42.33.5N	Scleroterapia endoscopica di varici esofagee
Legatura endoscopica di varici esofagee	42.33 / 42.91	42.33.6N / 42.91.0N	Legatura endoscopica di varici esofagee
Obliterazione endoscopica varici gastriche	44.43	44.43.0N-44.43.1N	Trattamento endoscopico varici gastriche
Iniezione endoscopica di sostanze adesive per controllo di sanguinamento gastrico o duodenale	44.43	44.43.4N	Iniezione endoscopica di colla/emostatici
Clipping endoscopico di vasi gastroduodenali	44.43	44.43.3N	Applicazione clip emostatiche
Asportazione endoscopica di varici gastriche	43.41 / 45.43	43.41.4N 44.43.0N 44.43.1N	Ablazione di lesioni sanguinanti/GAVE
Ablazione endoscopica di Ectasia Vascolare Gastrica Antrale (GAVE)	43.41	43.41.5N	Ablazione endoscopica GAVE
Embolizzazione mediante cateterismo percutaneo per sanguinamento gastrico o duodenale	44.44	44.44.0B	Embolizzazione percutanea per sanguinamento gastrico-duodenale
Embolizzazione mediante catetere con accesso a cielo aperto per sanguinamento gastrico o duodenale	44.44	44.44.0D	Embolizzazione con accesso a cielo aperto
Derivazione porto-sistemica intraepatica transgiugulare [TIPS]	39.1	39.10.10	Shunt porto-sistemico intraepatico transgiugulare
Ricanalizzazione derivazione porto-sistemica intraepatica transgiugulare [TIPS]	39.1	39.10.30	Ricanalizzazione TIPS
Cateterismo venoso per TIPS	38.93	38.93.x	Cateterismo venoso centrale

Posizionamento Sengstaken-Blakemore	96.06	96.06.00	Inserzione tubo di Sengstaken
Riparazione chirurgica ulcera gastrica	44.41	44.41.0C / 44.41.0S	Riparazione chirurgica ulcera gastrica
Riparazione chirurgica ulcera duodenale	44.42	44.42.0C / 44.42.0S	Riparazione chirurgica ulcera duodenale
Revisione di anastomosi gastrica	44.49	44.45.0C / 44.45.0S	Controllo chirurgico dell'emorragia gastrica
Legatura chirurgica varici esofagee	42.91	42.91.0C	Legatura a cielo aperto
Transezione esofagea chirurgica	42.91	42.91.1C	Transezione esofagea

26. BIBLIOGRAFIA

- 2026 Endoscopic diagnosis and management of peptic ulcer bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guidelines Gralnek Ian Endoscopy 2026.
- 2026 Baveno VIII – Advancing Consensus in Portal Hypertension, Journal of hepatology 2026.
- 2024 Emergency medicine updates: Upper gastrointestinal bleeding - Brit Long, MD a, *, Michael Gottlieb, MD b - The American Journal of Emergency Medicine Volume 81, July 2024, Pages 116-123.
- 2024 'mpact of interhospital transfer status on outcomes of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: insights from the National Inpatient Sample analysis, 2017 to 2020 – Ali Jaan, Zouina Sarfraz, Umer Farooq, Ahmed Shehadah, Raghav Bassi, Ammad JavaidChaudhary, Asad ur Rahman and Patrick Okolo.
- 2023 Scoring systems for risk stratification in upper and lower gastrointestinal bleeding - Franco Radaelli, Simone Rocchetto, Alessandra Piagnani, Alberto Savino, Dhanai Di Paolo, Giulia Scardino, Silvia Paggi, Emanuele Rondinotti - Best Practice & Research Clinical Gastroenterology.
- 2023 The interaction of patients' physical status and time to endoscopy on mortality risk in patients with upper gastrointestinal bleeding: A national prospective cohort study - Cristina Bucci, Clelia Marmo, Marco Soncini, Maria Elena Riccioni, Stig B. Laursen, lan M. Gralnek e Riccardo'Marmoon behalf of the GISED study group.
- 2022 1an M. Gralnek, Marine Camus Duboc, Juan Carlos Garcia-Pagan, Lorenzo Fuccio, John GasdalKarstensen, Tomas Hucl, lvan Jovanovic, Halim Awadie, Virginia Hernandez-Gea, Marcel Tantau, Alanna Ebigbo, Mostafa Ibrahim, Jiannis Vlachogiannakos, Marc C. Burgmans, Robyn Rosasco, Konstantinos Triantafyllou: Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)Guideline.
- 2021 Lamanda Roberto, Numis Fabio Giuliano, Russo Fabio, Pacelli Loredana, Somma lolanda: Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione e il trattamento delle emorragie digestive superiori (EDS) dell'adulto — ASL Napoli 2 nord (del. n.1828/2021).
- 2021 lan M. Gralnek et al. - Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline — Update 2021 Endoscopy 2021; 53: 300-332.
- 2021 Lamb C. et al. - Frontline Twitter debate: controversies in management of upper gastrointestinal bleeding Gastroenterology 2021; 0:1-3. doi:10.1136/flgastro-2020-101738.
- 2020 Karstensen John Gasdal et al. - Endoscopy International Open 2020; 08: E990- E997 Endoscopic treatment of variceal upper gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) — Cascade Guideline.
- 2020 Sobia Muijtaba et al. - Diagnosis and Management of Non-Variceal Gastrointestinal Hemorrhage: A Review of Current - Guidelines and Future Perspectives J. Clin. Med. 2020, 9, 402; doi:10.3390/jcm9020402.
- 2020 Lau JYW et al. - Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. N EnglJ Med 2020; 382:1299-1308.
- 2020 M. Zaeem Cader et al. - Acute Upper Gl Bleeding: Good Night, Sleep Tight, Endoscopy Can Wait until Morning Light Gastroenterology Vol. 159, No. 5.

- 2020 Medical care setting is associated with survival in acute upper gastro-intestinal bleeding: A cohort study - Riccardo Marmo, Marco Soncini, Clelia Marmo, Stig Borbjerg Laursend, lan Mark Gralnekf, Adrian J. Stanley.
- 2019 Changing epidemiology and etiology of upper and lower gastrointestinal bleeding. Oakland K.: Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2019 Oct-Dec;42-43
- 2019 Alan N. Barkun et al. - Management of Non variceal UpperGastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations from the International Consensus Group Annals of Internal MedicineDownloaded from https://annals.org by guest on 10/22/2019.
- 2019 Stanley A. et al. - Management of acute upper gastrointestinal bleeding. BMJ 2019; 364: 1536-1549.
- 2019 Antonio Facciorusso et al. - Efficacy of hemostatic powders in upper gastrointestinal bleeding: A systematic review and meta-analysis. Digestive and Liver Disease 51 (2019) 1633—1640.
- 2018 Sung JJ et al. - Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinalbleeding: an update 2018. Gut 2018; 67: 1757-1768.
- 2017 Garcia-Tsao G. et al. - Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification,
- diagnosis, and management: 2016 practice guidante by the American Association for the study of liver diseases. Hepatology. 2017 Jan;65(1):310-B35. doi: 10.1002/hep.28906. Epub 2016 Dec 1.
- 2015 Gralnek IM. et al. - Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. Endoscopy 2015; 47:1-46.
- 2015 De Franchis R. et al. - Expanding consensus in portal hypertension Report of the Baveno VI.
- Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension.) Hepatol 2015; 63: 743-752.
- 2015 Hayes PC. et al. - UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrotic patients. Tripathi D., Stanley AJ., Hayes PC., el al. Gut 2015; 64:1680-1704.
- 2013 Villanueva C. et al. - Trasfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. N Eng J Med 2013; 368: 11-2.
- 2011 P Garcia-Iglesias et al. - Meta-analysis: predictors of rebleeding after endoscopic treatment for bleeding peptic ulcer Aliment Pharmacol Ther 2011 Oct;34(8):888-900.
- Transcatheter arterial embolization versus surgery for uncontrolled peptic ulcer bleeding: game is over Quant Imaging Med Surg 2019; 9(2):144-145.
- Bleeding Duodenal Ulcer: Strategies in High-Risk Ulcers Visc Med 2021; 37:52–62.