

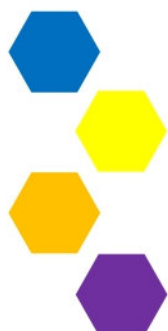


ALLEGATO 1

ASL CASERTA



Appropriatezza Prescrittiva degli esami endoscopici in Gastroenterologia



Indicazioni alla erogabilità e raggruppamenti di attesa omogenei (RAO)

Gruppo di Lavoro

Elenco dei Referenti

dr.ssa Bottiglieri Maria Erminia

dr. Cuomo Rosario

dr. ssa D'Antonio Elvira

dr. Galasso Giovanni

dr. Iorio Roberto

dr. Iuliano Donato

dr. La Cerra Antonio

dr. ssa Lino Maria

dr. Mauro Biagio

dr.ssa Mucherino Caterina

dr.ssa Pagliaro Marta

dr. Pignata Giustino

dr.ssa Sibillo Raffaella



INDICE

1. Premessa	pag. 4
2. Indicazioni all'erogabilità della Esofagogastroduodenoscopia	pag. 6
3. Indicazioni all'erogabilità della Colonscopia	pag. 11
4. Tabelle Riassuntive di Appropriatezza/Inappropriatezza Prescrittive	pag. 15
5. Classi di Priorità: Esofagogastroduodenoscopia (Tabella RAO dell'adulto)	pag. 16
6. Classi di Priorità: Colonscopia (Tabella RAO dell'adulto)	pag. 17
7. EGDS e Colonscopia - Quesiti Diagnostici	pag. 18
8. Codifica Codici Nomeclatore Regionale	pag. 20
9. Bibliografia	pag. 21



PREMESSA

Le liste di attesa sono un aspetto tra i più critici di tutti i sistemi sanitari e anche l'Italia, come è noto, non è esente da questa criticità. I fattori che concorrono a determinare le liste di attesa sono molteplici, tra cui l'invecchiamento della popolazione, la diffusione di percorsi diagnostico-terapeutici sempre più articolati e costosi e la prescrizione di esami non del tutto necessari da parte dei medici di medicina generale e specialisti.

Tali fattori finiscono per incrementare l'inappropriatezza delle prestazioni, che in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva supera il 25% dei casi tra gli esami endoscopici di primo livello (come la esofagogastroduodenoscopia (EGDS) e la colonscopia). Una percentuale sicuramente rilevante che diventa critica se si considera che ogni anno in Italia vengono effettuati non meno 2milioni e 500mila di questi esami.

Definire l'appropriatezza implica anche valutare quanto un determinato intervento diagnostico o terapeutico risponda effettivamente alle necessità del paziente, tenendo conto del contesto clinico specifico. Sebbene i recenti progressi tecnologici e l'espansione della disponibilità di procedure endoscopiche abbiano facilitato l'accesso a questi esami, hanno contemporaneamente dato origine a un incremento delle richieste non giustificate.

Quale strada intraprendere dunque per ridurre le liste di attesa di esami endoscopici? A questa domanda la risposta vincente è lavorare sull'appropriatezza prescrittiva, intesa come la caratteristica per cui si prescrive l'esame più indicato nei tempi opportuni per il singolo paziente. I criteri vengono indicati dalle linee guida tratte dalla letteratura scientifica che stabiliscono l'accesso agli esami in base alle condizioni cliniche del paziente.

Un ulteriore aspetto che garantisce la tempistica corretta dell'esecuzione dell'esame è quello della classificazione delle varie condizioni in raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) dove chi eroga le prestazioni e chi le prescrive concordano su quali siano le reali condizioni cliniche del paziente, per cui vengono stabilite delle priorità di esecuzione differenti in base alla gravità del caso.

I **RAO** sono stati proposti a livello ministeriale sulla scorta delle esperienze maturate da alcuni studi coordinati dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (**AGENAS**) in collaborazione con 85 società medico scientifiche, tra cui AIGO, istituzioni centrali (Ministero della Salute, Istituto Superiore della Sanità), Regioni e Province Autonome e di Cittadinanzattiva e che hanno portato nel 2020 alla pubblicazione di un manuale applicativo RAO. Il Manuale AGENAS si compone di 77 tabelle relative a 109 prestazioni che, in ambito gastroenterologico, includono gastroscopia, colonscopia e la prima visita gastroenterologica.

Gli **obiettivi** specifici della applicazione del **modello RAO AGENAS** sono: ottimizzare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali; migliorare l'appropriatezza delle prestazioni; monitorare i tempi di attesa per singola classe di priorità; verificare periodicamente l'appropriatezza nell'uso dei codici di priorità condivisi e il grado di concordanza raggiunto tra medici di medicina generale e specialisti. Il modello RAO permette così di coordinare l'azione dei medici coinvolti verso un'attività di pianificazione, con la stesura di documenti condivisi. Gli elementi che vengono presi in considerazione per definire i tempi della priorità clinica comprendono **la severità del quadro clinico, la prognosi, l'evoluzione del quadro clinico nel breve periodo, la presenza di sintomatologia o deficit funzionale e se disponibili la valutazione di documenti di riferimento come linee guida o PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali).**

Si tratta però sempre, va chiarito, di raccomandazioni non vincolanti per il medico prescrittore, che può ritrovare negli scenari clinici proposti la giusta indicazione e prioritizzazione all'esame endoscopico ma anche decidere di trovare tempi personalizzati da valutare caso per caso, possibilmente confrontandosi con un medico specialista.

Le Classi di priorità previste nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 sono:



- **Classe U** (Urgente), prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **Classe B** (Breve), prestazioni da eseguire entro 10 giorni;
- **Classe D** (Differibile), prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite / entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- **Classe P** (Programmabile) prestazioni da eseguire entro 120 giorni

Le prestazioni di primo accesso vanno richieste dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta. Nella loro prescrizione va specificata la classe di priorità U (urgente), B (breve), D (differita) e P (programmata). La classe di priorità andrebbe attribuita con riferimento ai cosiddetti RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei), sul cui utilizzo i medici prescrittori andrebbero formati e monitorati. Le prestazioni corrispondenti alle diverse classi di priorità hanno tempi massimi di attesa ovviamente diversi: per le U 72 ore, per le B 10 giorni, per le D 30 giorni per le visite e 60 per gli esami e per le P 120gg. Le agende di prenotazione per le diverse prestazioni vanno tenute distinte tra le tre classi di priorità B, D e P. Classe P (Programmata), prestazioni da eseguire entro 120 giorni.

Nel manuale RAO proposto da AGENAS non vengono inserite situazioni nella priorità U in ambito gastroenterologico, in quanto in caso di emergenza la gastroscopia o la colonscopia viene valutata nel percorso di cure di un Pronto Soccorso o durante un ricovero ospedaliero.

Il modello RAO, pertanto, per essere realmente efficace richiede la **piena alleanza tra cittadini, medici prescrittori e medici esecutori** degli esami e un periodico confronto e monitoraggio dei risultati raggiunti, che per i medici sarà la "concordanza" nella attribuzione alla priorità degli esami e visite sino a raggiungere l'80%- 90% nelle prestazioni di fascia B e D dove si ritrova la casistica con patologie maggiori.

Esempi virtuosi sono già presenti in alcune Regioni dove, oltre all'adozione del Modello RAO di Agenas, si è provveduto ad effettuare aggiornamenti condivisi, tra medici specialisti e rappresentanti dei medici delle cure primarie in ordine alla prescrivibilità. È questo il caso della **Regione Lombardia che ha pubblicato a fine dicembre 2023 un documento di aggiornamento** sull'argomento **che, oltre ad assegnare i tempi di priorità alle prestazioni, rivolge particolare attenzione alla ripetizione degli esami che spesso risultano non appropriati.** In **Emilia-Romagna** si sperimenta in alcune aree del bolognese la presa in carico da parte degli specialisti che contattati dal medico di famiglia programmano l'esame endoscopico e seguono il paziente nell'iter diagnostico terapeutico.

Il presente documento, frutto di una collaborazione tra gli specialisti gastroenterologi ed i medici di medicina generale, che affronta l'appropriatezza delle indicazioni per gli esami endoscopici si propone di fornire orientamenti chiari per tutti i professionisti abilitati a richiedere ed eseguire tali indagini. Sottolinea l'importanza di una prescrizione informata e ben motivata, per promuovere una pratica clinica più responsabile ed efficace.



INDICAZIONI ALL'EROGABILITA' DELLA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

1.	DISPEPSIA O REFLUSSO GASTROESOFAGEO
Inquadramento della condizione	<p>Dispepsia e malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) sono sindromi molto comuni (fino al 40% della popolazione generale) caratterizzate da dolore epigastrico o difficoltà alla digestione/ digestione lenta la prima e pirosi retrosternale/rigurgito acido (sintomi tipici) la seconda.</p> <p>Questi sintomi, però possono essere anche determinati da malattie organiche come ulcera peptica, malattie bilio-pancreatiche, più raramente neoplasie.</p> <p>Per tale motivo le più recenti linee guida raccomandano che i pazienti di età < 55 anni, senza sintomi di allarme o familiarità per neoplasie gastroesofagee, se manifestano sintomi dispeptici devono eseguire la ricerca dell'<i>Helicobacter Pylori</i> e, in caso di positività, effettuare la terapia eradicante. Se manifestano sintomi tipici da reflusso iniziare un trattamento con Inibitori di Pompa (IPP) a dosaggio pieno per 4 settimane.</p> <p>EGDscopia riservata ai pazienti che non rispondono alla terapia o che hanno sintomi recidivanti dopo il I trattamento.</p> <p>EGDscopia consigliabile ai pazienti di età > 55 anni</p> <p>I pazienti che manifestano sintomi da reflusso diversi da quelli tipici o sintomi extraesofagei devono essere sottoposti a consulenza gastroenterologica</p>
Modalità e caratteristiche esecuzione	<p>Da eseguire in paziente a digiuno, preferibilmente dopo almeno 2-4 settimane dalla sospensione della terapia con IPP.</p> <p>EGDscopia sempre con biopsie in antro, corpo e su eventuali lesioni riscontrate</p>
Riferimenti bibliografici	<ol style="list-style-type: none"> 1. United European Gastroenterology (UEG) and European Society of Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. <i>United European Gastroenterology J</i> 2021;9;307-331 2. ACG and CAG Clinical Guideline: management of Dyspepsia. <i>Am J Gastroenterology</i> 2017; 112:988-1013 3. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of gastroesophageal Reflux Disease <i>Am J Gastroenterology</i> 2022; 117: 27-56 4. British Society of Gastroenterology Guidelines on the management of functional dyspepsia <i>Gut</i> 2022; 71: 1697-1723 5. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0 Gyawali CP, et al. <i>Gut</i> 2024; 73:361–371. doi:10.1136/gutjnl-2023-330616



2	DISPEPSIA DI RECENTE INSORGENZA (INSORTA IN ETA' >55 ANNI) O PRESENZA DI SINTOMI DI ALLARME
Inquadramento della condizione	I sintomi dispeptici sono in grado di distinguere in modo affidabile i pazienti con neoplasie o patologie organiche del tratto gastroenterico superiore. Tuttavia l'età > 55 anni, la presenza di sintomi di allarme (calo ponderale inspiegato, sanguinamento gastroenterico o anemia sideropenica, disfagia, odinofagia, vomito persistente) o specifiche condizioni cliniche (ad es. familiarità di I grado per neoplasie gastriche, recente assunzione di FANS) identificano i pazienti dispeptici in cui la presenza di lesioni organiche è più probabile in cui l'EGDScopia va eseguita.
Modalità e caratteristiche esecuzione	Da eseguire in paziente a digiuno, preferibilmente dopo almeno 2-4 settimane dalla sospensione della terapia con IPP. EGDscopia sempre con biopsie in antro, corpo e su eventuali lesioni riscontrate
Riferimenti bibliografici	<ol style="list-style-type: none"> 1. United European Gastroenterology (UEG) and European Society of Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. United European Gastroenterology J 2021;9;307-331 2. ACG and CAG Clinical Guideline: management of Dyspepsia. Am J Gastroenterology 2017; 112:988-1013 3. British Society of Gastroenterology Guidelines on the management of functional dyspepsia Gut 2022; 71: 1697-1723



3	DISPEPSIA O REFLUSSO GASTROESOFAGEO RECIDIVANTI IN NOTA PREGRESSA PATOLOGIA ORGANICA
Inquadramento della condizione	La sintomatologia dispeptica e da MRGE è comune a diverse patologie organiche del tratto gastroenterico (ad es. ulcera gastrica e duodenale, esofagite, gastroduodenite erosiva, neoplasie e malattie infiammatorie gastroduodenali), molte delle quali caratterizzate da decorso cronico recidivante e alcune gravate da possibili complicanze per le quali è richiesta terapia farmacologica e anche chirurgica. I pazienti che ne sono affetti possono quindi presentare recidiva dei sintomi suggestiva per recidiva delle lesioni o di complicanze anche dopo periodi di relativo benessere, in assenza o in presenza di terapia farmacologica di mantenimento o profilattica (ad es. esofagite, ulcera peptica), che può richiedere rivalutazione delle lesioni ed eventuale modifica della terapia medica. La valutazione della ripetizione della EGDS è preferibile affidarla allo specialista gastroenterologo.
Modalità e caratteristiche esecuzione	Da eseguire in paziente a digiuno, preferibilmente dopo almeno 2-4 settimane dalla sospensione della terapia con IPP. EGDscopia sempre con biopsie in antro, corpo e su eventuali lesioni riscontrate
Riferimenti bibliografici	<ol style="list-style-type: none"> 1. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. United European Gastroenterol J.2021;9:307–331. 2. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. Am J Gastroenterol 2017; 112:988–1013 3. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol 2022;117:27-56 4. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia Gut 2022;71:1697–1723



4	FOLLOW UP DI PATOLOGIE, NEOPLASIE, LESIONI PRECANCEROSE
Inquadramento della condizione	Pazienti con gastrite cronica atrofica o metaplasia intestinale (MI) sono a rischio di carcinoma gastrico. Questo sottolinea l'importanza di una diagnosi precisa e di una stratificazione del rischio in queste condizioni
Modalità e caratteristiche esecuzione	EGDscopia con biopsie multiple delle lesioni della mucosa di antro, corpo anche con la ricerca Helicobacter Pylori
Tempistica per ripetizione dell'esame	<p>PATOLOGIE DA SOTTOPORRE A VALUTAZIONE GASTROENTEROLOGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Pazienti con displasia</u> senza lesione definita endoscopicamente: rivalutazione endoscopica immediata con endoscopia di alta qualità e colorazione. Se non si riscontrano lesioni con endoscopia di alta qualità verranno effettuate biopsie per la stadiazione della gastrite (se non precedentemente eseguite) e si procederà a sorveglianza endoscopica. Controllo a 6 mesi per displasie di alto grado e 12 mesi per displasia di basso grado. • <u>Pazienti con metaplasia intestinale:</u> Gli individui con alterazioni focali di GIM limitate all'antro e senza altri fattori di rischio per il cancro gastrico (OLGIM I/II) non necessitano di follow-up di sorveglianza endoscopica continua Solo gli individui con un fenotipo GIM ad alto rischio (ad esempio, GIM esteso al corpo, stadi OLGIM III/IV, GIM da moderato a grave, sottotipo GIM incompleto, infezione persistente refrattaria da Helicobacter pylori o anamnesi familiare di primo grado di cancro gastrico) meritano una sorveglianza regolare, con un intervallo di 3 anni, a meno che non siano presenti fattori di rischio multipli. • Il test dell'H. pylori (e la sua eradicazione se presente) è unanimemente raccomandato • <u>Pazienti con stadi avanzati di gastrite atrofica</u> (gravi alterazioni atrofiche o MI sia nell'antro che nel corpo, OLGA/OLGIM III/IV): endoscopia di alta qualità ogni 3 anni • <u>Pazienti con stadi avanzati di gastrite atrofica e con storia familiare di cancro gastrico:</u> endoscopia ogni 1-2 anni dopo la diagnosi
Riferimenti bibliografici	<ol style="list-style-type: none"> 1. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019. Endoscopy 2019;51 2. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of gastric adenocarcinoma. Gut 2019 3. AGA Clinical Practice Guidelines on Management of Gastric Intestinal Metaplasia . Samir Gupta et al Gastroenterology. 2020 February ; 158(3): 693–702. 4. The road to a world-unified approach to the management of patients with gastric intestinal metaplasia: a review of current guidelines M.D. Ribeiro Gut. 2024 Sep 9;73(10):1607-1617



5	ESOFAGO DI BARRETT
Inquadramento della condizione	L'esofago di Barrett (EB) è una condizione precancerosa rappresentata dalla sostituzione dell'epitelio squamoso stratificato con epitelio colonnare (metaplasia intestinale incompleta), associata a MRGE e caratterizzata da elevato rischio di trasformazione neoplastica, 30-60 volte superiore rispetto alla popolazione generale.
Modalità e caratteristiche esecuzione	EGDS con biopsie (almeno 4; una per quadrante).
Tempistica per ripetizione dell'esame	<u>PATOLOGIA DA SOTTOPORRE A VALUTAZIONE GASTROENTEROLOGICA</u> EB ≤1 cm non necessita di sorveglianza endoscopica. EB di estensione max compresa tra 1-3cm EGDS ogni 5 anni EB di estensione max ≥ 3cm e ≤ 10cm EGDS ogni 3 anni EB ≥10 cm dovrebbe essere seguito in centro terziario Se un paziente ha raggiunto i 75 anni al momento della sua ultima EGDS di sorveglianza, senza evidenza di displasia non dovrà sottoporsi ad ulteriori indagini endoscopiche di sorveglianza. <u>La presenza di EB con riscontro di displasia di ogni grado richiede valutazione gastroenterologica con grado di priorità B</u>
Riferimenti bibliografici	1.Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus: An Updated ACG Guideline Am J Gastroenterol 2022;117:559–587. 2. Diagnosis and management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2023; 55.

6	MALATTIA CELIACA
Inquadramento della condizione	La malattia celiaca (MC) è una frequente patologia immuno-mediata (0.3-1.2% della popolazione) la cui diagnosi definitiva prevede la valutazione istologica della mucosa duodenale, per cui è indispensabile l'esecuzione della EGFDscopia. Nel bambino l'EGDS + biopsie non è più indispensabile per la conferma diagnostica, in quanto il miglioramento clinico e la negativizzazione degli anticorpi sono ritenuti criteri sufficienti per la diagnosi.
Modalità e caratteristiche esecuzione	EGDS con biopsie duodenali e gastriche La valutazione morfologica della biopsia duodenale è l'esame conclusivo per la diagnosi della MC nella maggior parte dei casi. Le biopsie vanno eseguite in numero di 4 nel duodeno distale e 2 nel bulbo duodenale per una corretta valutazione istologica, per la quale è fondamentale un corretto orientamento dei prelievi sui filtri da parte dell'endoscopista
Riferimenti bibliografici	1.European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsC D) guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders. UEG J 2019;7:583-613 2. Guidelines of the Italian societies of gastroenterology on the diagnosis and management of coeliac disease and dermatitis herpetiformis. DLD 2022;54:1304-1319



INDICAZIONI ALL'EROGABILITA' DELLA COLONSCOPIA

1	CONFERMA LESIONE COLICA RICONTRATA CON ALTRA TECNICA DI INDAGINE
Inquadramento della condizione	Ecografia, TAC e altre tecniche di indagine permettono la valutazione del colon e sono spesso usate come primo metodo di indagine (specialmente nei soggetti pediatrici e negli anziani). Tuttavia queste tecniche sono in genere poco sensibili e specifiche.
Tipo di procedura	La colonscopia è l'esame di riferimento per valutare qualsiasi anomalia evidenziata da altre immagini.
Riferimenti bibliografici	1. Quality indicators for colonoscopy. Gastrointest endosc 2015;81:31-53.

2	ANEMIA SIDEROPENICA DI ORIGINE INDETERMINATA
Inquadramento della condizione	L'anemia è presente in circa un terzo della popolazione mondiale, la carenza di ferro (AS) è la causa dominante, con una prevalenza del 2-5% nella popolazione adulta maschile e femminile in postmenopausa.
Tipo di procedura	Le LG consigliano di esaminare il tratto gastrointestinale con EGDS e colonscopia e in alcuni centri queste vengono eseguite nella stessa seduta. Questo approccio risulta più efficiente rispetto alle procedure separate e semplifica la decisione di procedere alla colonscopia in caso di EGDS negativa. La decisione di non effettuare la colonscopia dovrà essere presa solo se viene riscontrato un cancro del tratto digestivo superiore. In generale nelle giovani donne con anemia sideropenica (AS) gli esami endoscopici non sono raccomandati. Ci sono tuttavia alcune situazioni in cui anche in età premenopausale l'esame endoscopico risulta appropriato: 1) età >50aa per l'alto rischio di cancro CR; 2) in donne sottoposte ad isterectomia o con amenorrea; 3) portatrici disintomi d'allarme; 4) familiarità per un rischio aumentato di CCR; 5) AS persistente o ricorrente sproporzionata rispetto alle perdite mestruali. Nei giovani maschi l'AS risulta infrequente e la resa diagnostica degli esami endoscopici risulta più alta rispetto alle donne coetanee. A questi viene riservato lo stesso approccio endoscopico consigliato al paziente anziano.
Riferimenti bibliografici	1. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of iron deficiency anaemia in adults. Gut 2021 2. Diagnosis of chronic anaemia in gastrointestinal disorders: A guideline by the Italian Association of Hospital Gastroenterologists and Endoscopists (AIGO) and the Italian Society of Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (SIGENP). DLD 2019



3	CANCRO DEL COLON: RICERCA DI LESIONI SINCRONE O DOPO RESEZIONE CURATIVA
Inquadramento della condizione	<u>PATOLOGIA DA SOTTOPORRE A VALUTAZIONE ONCOLOGICA/GASTROENTEROLOGICA</u> La sorveglianza postoperatoria nei pazienti trattati per cancro coloretale mediante chirurgia curativa è stata studiata in molteplici studi utilizzando protocolli di esame multimodali che di solito includono la colonscopia postoperatoria. Mentre il beneficio di sopravvivenza associato al follow-up multimodale intensivo dei pazienti con CRC è discutibile, i risultati di due meta-analisi suggeriscono che l'inclusione della colonscopia nel protocollo di follow-up è associata a una mortalità inferiore (rispetto ai pazienti seguiti con strategie di sorveglianza prive di endoscopia), sebbene una colonscopia frequente non comporti alcun ulteriore vantaggio in termini di sopravvivenza. Non vi sono dati della letteratura che supportino la necessità di un follow-up intensivo nei pazienti con cancro pT1 trattato endoscopicamente e con resezione curativa (R0). Pertanto, sono suggeriti i medesimi intervalli di sorveglianza della resezione chirurgica
Tipo di procedura	La colonscopia è l'esame di riferimento per valutare la presenza di lesioni sincrone o metacrone dopo resezione curativa, ed è in genere integrata ad altri esami radiologici o di laboratorio per la diagnosi di ricorrenza di malattia maligna locale o a distanza.
Se esame ripetuto (tempistica)	La colonscopia è raccomandata: <ul style="list-style-type: none"> • Entro 6 mesi da una chirurgia curativa, qualora non eseguita in modo completo prima dell'intervento. Dopo 1 anno dall'intervento chirurgico (primo esame) <ul style="list-style-type: none"> • Dopo 3 anni dalla prima endoscopia di sorveglianza (secondo esame) • Dopo 5 anni dalla seconda endoscopia di sorveglianza (terzo esame) Qualora durante gli esami di sorveglianza siano riscontrate altre lesioni neoplastiche ad alto rischio, sarà da considerare un intervallo di sorveglianza più ravvicinato (3 anni)
Riferimenti bibliografici	Endoscopic surveillance after surgical or endoscopic resection for colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Digestive Oncology (ESDO) Guideline. Endoscopy 2019 Endoscopic surveillance after surgery for colorectal cancer. Minerva Med. 2023 Apr;114(2):224-236. Leonardo Frazzoni, Marina La Marca



4	SORVEGLIANZA DI PAZIENTI CON POLIPI (ADENOMI O POLIPI SERRATI)
Inquadramento della condizione	<p><u>PATOLOGIA DA SOTTOPORRE A VALUTAZIONE ONCOLOGICA/GASTROENTEROLOGICA</u></p> <p>Negli ultimi anni le evidenze della letteratura hanno sottolineato l'importanza della qualità della colonscopia nella prevenzione del CCR, mentre hanno ridimensionato il ruolo della sorveglianza endoscopica post-polipectomia. In particolare, è emerso che dimensione del polipo (>10mm) e displasia ad alto grado (HGD) rappresentano i criteri principali per identificare soggetti a maggior rischio di cancro metacrono e mortalità, e definire pertanto la necessità di sorveglianza endoscopica, mentre la molteplicità degli adenomi è divenuto criterio meno rilevante. Questi criteri sono in generale applicabili sia alle lesioni adenomatose che alle lesioni serrate sessili (SSLs).</p> <p>Nei soggetti di età <75 anni in cui non è raccomandata la sorveglianza endoscopica è invece indicata la ripetizione della colonscopia di screening dopo 10 anni o in alternativa il sangue occulto fecale dopo 5 anni</p>
Tipo di procedura	La colonscopia è l'esame di riferimento per la sorveglianza post-polipectomia. Il presupposto per l'applicazione degli intervalli di sorveglianza è che la colonscopia indice sia eseguita con criteri di alta qualità, inclusa una adeguata preparazione intestinale
Se esame ripetuto (tempistica)	<p><u>INDICAZIONE SPECIALISTICA</u></p> <p>La sorveglianza endoscopica NON è raccomandata nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adenomi a basso rischio (1-4 adenomi, <10mm, displasia a basso grado) • Lesioni Serrate Sessili (SSL) a basso rischio (1-4 SSLs, <10mm, non displastiche) • Polipi iperplastici < 10mm <p>E' raccomandata la sorveglianza endoscopica a 3 anni nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • >5 adenomi • almeno un adenoma >10mm • almeno un adenoma con HGD (displasia di alto grado) • polipo iperplastico > 10mm <p>E' raccomandata la sorveglianza endoscopica a 1 anno nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • >10 adenomi • >5 SSLs > 5mm con sede prossimale al retto • Adenoma o SSL >20mm resecato con tecnica piecemeal (in questo caso la sorveglianza ad un anno deve essere considerata dopo un primo controllo a 3-6 mesi per escludere la ricorrenza precoce)
Riferimenti bibliografici	<p>Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2020, Endoscopy 2020</p> <p>Nuove linee guida di indirizzo per la sorveglianza post-polipectomia nel II livello del programma di screening del cancro coloretale. REGAL Rete EpatoGastroenterologica Lombarda, Febb. 2023</p>



5	DIARREA CRONICA NON EMATICA CHE DURA DA OLTRE 4 SETTIMANE
Inquadramento della condizione	Pazienti che lamentino diarrea non ematica per più di 4 settimane. Non si applica a pazienti con diarrea ematica con segni o sintomi di allarme, con storia familiare di MICI o cancro del colon retto. Dopo esecuzione di dosaggio calprotectina fecale e anticorpi Anti-Transglutaminasi.
Tipo di procedura	Colonscopia anche con biopsie al colon destro e sinistro per escludere colite microscopica
Riferimenti bibliografici	Endoscopic surveillance after surgical or endoscopic resection for colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Digestive Oncology (ESDO) Guideline. Endoscopy 2019 Approach to the adult patient with chronic diarrhea: A literature review O. Gómez-Escuderoa,* , J.M. Remes-Troche b. Revista de Gastroenterología de México 86 (2021) 387---402



TABELLE RIASSUNTIVE DI APPROPRIATEZZA/INAPPROPRIATEZZA PRESCRITTIVE

Esofagogastroduodenoscopia

<ul style="list-style-type: none"> • Verifica radiologica e sorveglianza di ernia iatale da scivolamento asintomatica o non complicata • Follow up e sorveglianza periodica di esofagite, MRGE, ulcera e/o deformazione duodenale, ed ulcera gastrica guarita 	EGDS non indicata
<ul style="list-style-type: none"> • Dispepsia o MRGE persistenti dopo terapia • Dispepsia di recente insorgenza (insorta \geq 55 anni o se paziente proveniente da aree ad alto rischio o con familiarità di cancro esofagogastrico a partire dall'età di 40 anni) o associata a sintomi di allarme • Dispepsia o MRGE recidivanti in nota pregressa patologia organica • Follow up di neoplasie, lesioni precancerose • Esofago di Barrett • Conferma istologica di reperti radiologici • Conferma istologica di reperti radiologici o dati biochimici: per celiachia • Sanguinamento gastrointestinale o anemia 	EGDS indicata
<ul style="list-style-type: none"> • Follow up dell'esofago di Barrett • Follow up di neoplasie e lesioni displastiche gastriche e duodenali • Varici esofagee ed ipertensione portale • Corpi estranei, lesioni da caustici 	Valutazione Gastroenterologica

Colonscopia

<ul style="list-style-type: none"> • Sindrome dell'intestino irritabile • Diverticolosi 	Colonscopia non indicata
<ul style="list-style-type: none"> • Sospetta lesione colica riscontrata con altra tecnica • Sanguinamento di origine indeterminata (ematochezia, melena dopo EGDS negativa, FOBT positivo) • Anemia sideropenica di origine indeterminata • Cancro del colon: ricerca di lesione sincrona o dopo resezione curativa • Sorveglianza di polipi (adenomi o polipi serrati) • Diarrea cronica (>4 settimane) 	Colonscopia indicata
<ul style="list-style-type: none"> • Familiarità per cancro colo-rettale • Sorveglianza nelle malattie infiammatorie croniche intestinali 	Valutazione Gastroenterologica



CLASSI DI PRIORITÀ: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (TABELLA RAO DELL'ADULTO)

Esofagogastroduodenoscopia con eventuali biopsie codici 45.13/45.16.1/45.16.2/42.24		
Classe di priorità	Tempo Massimo di attesa	Indicazioni cliniche raccomandate dal gruppo di lavoro
U	72 ore	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemizzazione di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb <10 g/dl 2. Esigenza di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti in pazienti con fattori di rischio per emorragia digestiva 3. Sintomi d'allarme: <ul style="list-style-type: none"> • vomito ricorrente (presenti da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena • disfagia/odinofagia (presenti da almeno 5-7 giorni) • calo ponderale significativo con sintomi digestivi 4. Sospette neoplasie rilevate obiettivamente e/o con diagnostica strumentale 5. Altro (10%)
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia sideropenica 2. Pazienti ≥ 55 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica dolorosa di recente insorgenza (< 6 mesi), persistente (> 4 settimane) o non responsivi alla terapia (mai indagata con EGDS) 3. Sospetta celiachia-malassorbimento 4. Stadiazione pretrapianto 5. Valutazione varici/gastropatia da ipertensione portale 6. Altro (10%)
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pazienti < 55 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica (mai indagata con EGDS) con sintomi persistenti anche dopo test and treat per HP 2. Altro (10%)



CLASSI DI PRIORITA': COLONSCOPIA (TABELLA RAO DELL'ADULTO)

Colonscopia con eventuali biopsie codici 45.23/45.23.3/45.23.4/45.25		
Classe di priorità	Tempo Massimo di attesa	Indicazioni cliniche raccomandate dal gruppo di lavoro
U	72 ore	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemizzazione di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb <10 g/dl 2. Sanguinamento non compendiatto come urgente, rettorragia/enterorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva 3. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia 4. Altro (10%)
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia sideropenica 2. Diarrea che perdura da almeno 30 giorni con accertamenti infettivologici negativi 3. Perdite ematiche minori (ematochezia) 4. Sangue occulto positivo nelle feci in paziente asintomatico 5. Sintomatologia dolorosa addominale e alterazione dell'alvo (mai indagata con colonscopia) in paziente con età > 50 anni 6. Alterazioni radiologiche di natura non neoplastica con quadro clinico compatibile 7. Stadiazione pretrapianto 8. Altro (10%)
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modificazioni significative e persistenti dell'alvo da almeno 3 mesi in pazienti < 50 anni, senza segni o fattori di rischio, dopo inefficacia trattamenti empirici 2. Altro (10%)



QUESITI DIAGNOSTICI PER EGDS E COLONSCOPIA

Relativa proposta RAO

codice prestazione SISS	Descrizione prestazione SISS	Quesiti diagnostici	Proposta tempistica RAO
584516	ESOFAGOGASTRO DUODENOSCOPIA con eventuali biopsie	Dispepsia/Reflusso Gastroesofageo Persistente dopo terapia	D
-----		Dispepsia di recente insorgenza (insorta dopo 55 anni)	D
		Dispepsia di recente insorgenza in presenza di sint. Di allarme (vomito ricorr.calo pond.disfagia)	B
-----		Paziente ≥ 40 aa proveniente da aree ad alto rischio o con familiarità' di cancro esofago-gastrico	D
		Dispepsia/reflusso gastroesofageo recidivante in nota pregressa patologia organica	D
		Displasia in assenza di lesione visibile EGDS a 6/12 mesi per displasia di grado alto/basso	P
		Stadio avanzato di gastrite atrofica o metaplasia intestinale nell'antro e nel corpo, EGDS a 3 anni	P
		OLGA/OLGIM III/IV. EGDS a 3 anni	P
		Stadio avanzato di gastrite atrofica e familiarità' per cancro gastrico. EGDS a 1-2 anni	P
		Esofago di BARRETT,con estensione ≥ 1 cm e ≤ 3 cm. EGDS a 5 anni	P
		Esofago di BARRETT,con estensione > 3 cm e ≤ 10 cm. EGDS a 3 anni	P
		Esofago di BARRETT,con estensione >10 cm. EGDS a 3 anni	P
		Esofago di BARRETT con riscontro di displasia di ogni grado	D
		EGDS per sospetto clinico e/o strumentale di neoplasie	B
		Paziente adulto. EGDS per conferma istologica di sospetta malattia celiaca	D
		Sanguinamento gastrointestinale occulto/anemia in paziente dispeptico	D
		Anemia sideropenica senza sof non corretta da terapia marziale (dopo valutazione clinica/bochimica)	D
		Anemia normo-microcitica (Hb <10 g/dl) di nuova diagnosi	B
		Stadiazione pre-trapianto	D
		Accertamento presenza varici/gastropatia da ipertensione portale	D



584525	COLONSCOPIA con eventuali biopsie	Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia del colon	B
		Riscontro all'imaging di alterazioni del colon di non univoca interpretazione	D
		Sanguinamento di NDD (ematochezia >45aa. Ematochezia ricorrente <45aa. Melena dopo EGDS neg.)	B
		Sangue occulto positivo nelle feci in paziente asintomatico	D
		Anemia sideropenica di origine indeterminata con età' ≥ 50 anni	D
		Anemia sideropenica in donne sottoposte a isterectomia o con amenorrea	D
		Anemia sideropenica e portatrici di sintomi di allarme	B
		Anemia sideropenica e rischio aumentato di cancro colon-rettale	B
		Anemia sideropenica persistente o ricorrente sproporzionata rispetto alle perdite mestruali	D
		Anemia sideropenica in maschio adulto	D
		Diarrea cronica > 4 settimane non ematica	D
		CCR: ricerca lesioni sincrone o dopo resezione curativa entro 6 mesi se colonscopia indice incompleta	P
		CCR: ricerca lesioni sincrone o dopo resezione curativa. Prima endoscopia di sorv. A 1aa da chirurgia	P
		CCR: dopo resezione curativa a 3aa dalla prima endoscopia di sorveglianza (SECONDO ESAME)	P
		CCR: dopo resezione curativa A 5aa dalla prima endoscopia di sorveglianza (TERZO ESAME)	P
		Sorveglianza Endoscopica post polipectomia a 3aa se ≥ 5 adenomi	P
		Sorveglianza Endoscopica post polipectomia a 3aa se almeno 1 adenoma ≥ 10mm	P
		Sorveglianza Endoscopica post polipectomia a 3aa se almeno 1 adenoma ad alto grado di displasia	P
		Sorveglianza Endoscopica post polipectomia a 3aa se polipo iperplastico ≥ 10mm	P
		Sorveglianza Endoscopica post polipectomia a 1aa se ≥ 10 adenomi	P
		Sorveglianza Endoscopica post polipectomia a 1aa se ≥ 5 lesioni serrate sessili ≥ 5mm con sede proximale al retto	P
		Sorveglianza Endoscopica post polipectomia a 3-6 mesi se adenoma o lesioni serrate sessili > 20 mm	P
		Sanguinamento recidivante (esclusa patologia emorroidaria) diarrea muco-sanguinolenta non infettiva	B
		Anemia normo-microcitica (Hb < 10 g/dl) di nuova diagnosi in soggetti di età' > 40 anni	B
		Sint. Dolorosa addominale e alterazione dell'alvo (mai indagata con colonscopia) in paz età' > 50 anni	D
		Stadiazione pre-trapianto	D
		Modificazioni dell'alvo da ≥ 3 mesi in pazienti < 50aa, senza segni/fattori di rischio dopo terapia	P



CODIFICA Codici Nomenclatore Regionale

Codici nomenclatore regionale EGDS 45.13/45.16.1/45.16.2/42.24

Descrizione Nomenclatore Regionale

45.13= ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)

45.16.1 = ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 E 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)

45.16.2 = ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)

42.24 = ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO. Non associabile a 42.24.1

Codici nomenclatore regionale COLONSCOPIA 45.23/45.23.3/45.23.4/45.25

Descrizione Nomenclatore Regionale

45.23= COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23). Non associabile a 45.29.5

42.23.3 = COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede unica

45.23.4 = COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede multipla

45.25 = BIOPSIA IN SEDE UNICA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24) Non associabile a 45.26.1



Bibliografia

1. United European Gastroenterology (UEG) and European Society of Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. United European Gastroenterology J 2021;9;307-331
2. ACG and CAG Clinical Guideline: management of Dyspepsia. Am J Gastroenterology 2017; 112:988-1013
3. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of gastroesophageal Reflux Disease Am J Gastroenterology 2022; 117: 27-56
4. British Society of Gastroenterology Guidelines on the management of functional dyspepsia Gut 2022; 71: 1697-1723
5. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0 Gyawali CP, et al. Gut 2024; 73:361–371. doi:10.1136/gutjnl-2023-330616
6. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019. Endoscopy 2019;51
7. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of gastric adenocarcinoma. Gut 2019
8. AGA Clinical Practice Guidelines on Management of Gastric Intestinal Metaplasia . Samir Gupta et al Gastroenterology. 2020 February ; 158(3): 693–702.
9. The road to a world-unified approach to the management of patients with gastric intestinal metaplasia: a review of current guidelines M.D. Ribeiro Gut. 2024 Sep 9;73(10):1607-1617
10. Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus: An Updated ACG Guideline Am J Gastroenterol 2022;117:559–587. 2. Diagnosis and management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2023; 55.
11. European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsC D) guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders. UEG J 2019;7:583-613
12. Guidelines of the Italian societies of gastroenterology on the diagnosis and management of coeliac disease and dermatitis herpetiformis. DLD 2022;54:1304-1319
13. European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsC D) guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders. UEG J 2019;7:583-613
14. Guidelines of the Italian societies of gastroenterology on the diagnosis and management of coeliac disease and dermatitis herpetiformis. DLD 2022;54:1304-1319
15. Quality indicators for colonoscopy. Gastrointest endosc 2015;81:31-53+
16. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of iron deficiency anaemia in adults. Gut 2021
17. Diagnosis of chronic anaemia in gastrointestinal disorders: A guideline by the Italian Association of Hospital Gastroenterologists and Endoscopists (AIGO) and the Italian Society of Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (SIGENP). DLD 2019
18. Endoscopic surveillance after surgical or endoscopic resection for colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Digestive Oncology (ESDO) Guideline. Endoscopy 2019
19. Endoscopic surveillance after surgery for colorectal cancer. Minerva Med. 2023 Apr;114(2):224-236. Leonardo Frazzoni, Marina La Marca
20. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2020, Endoscopy 2020
21. Nuove linee guida di indirizzo per la sorveglianza post-polipectomia nel II livello del programma di screening del cancro coloretale. REGAL Rete EpatoGastroenterologica Lombarda, Febb. 2023
22. Endoscopic surveillance after surgical or endoscopic resection for colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Digestive Oncology (ESDO) Guideline. Endoscopy 2019
23. Approach to the adult patient with chronic diarrhea: A literature review O. Gómez-Escudero*, J.M. Remes-Troche b. Revista de Gastroenterología de México 86 (2021) 387---402

