

APPROPRIATEZZA IN GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

RACCOMANDAZIONI PER LA PRESCRIZIONE DELLE PROCEDURE DI ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) E COLONSCOPIA

RETE EPATO-GASTROENTEROLOGICA IN LOMBARDIA

COMMISSIONE 5. APPROPRIATEZZA IN GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Coordinatore: Marco Soncini ASST Lecco

Componenti area Gastroenterologica: Sergio Segato (ASST Sette Laghi)

Franco Redaelli (Ospedale Valduce)

Antonio Di Sabatino (IRCCS Policlinico "San Matteo" Pavia)

Componente area Epatologica: Stefano Fagioli (ASST Papa Giovanni XXIII)

Componente Area cure primarie: Alessandro Politi (SIMMG)

Davide Fabbrica (SNAMID)

Galdino Cassavia (ATS Milano Città Metropolitana)

INTRODUZIONE

Il tema della appropriatezza in endoscopia digestiva risulta un elemento centrale, che impatta pesantemente sulla sostenibilità dei Servizi che nel modello sanitario italiano svolgono la propria attività in regime open access. L'esofagogastroduodenoscopia (EGDS) e la colonscopia sono entrati stabilmente nei percorsi di diagnosi e cura di molte patologie e le oltre 2.500.000 procedure effettuate in Italia ogni anno ne testimoniano la grande diffusione. A fronte di un costante aumento di esami, corrisponde un incremento delle liste d'attesa e della inappropriatezza prescrittiva che come è noto risulta essere circa il 30% in queste procedure. Infine questo eccessivo numero di prestazioni su un numero ben definito di risorse umane e tecnologiche finisce per impattare sulla qualità delle prestazioni erogate.

SCOPO

Il presente documento elaborato dalla commissione sulla appropriatezza della Rete Epato-Gastroenterologica Lombarda, costituisce un aggiornamento di quanto pubblicato dal Gruppo Approfondimento Tecnico per l'identificazione dei criteri di appropriatezza delle prestazioni di gastroenterologia, contenuto nella deliberazione X/4702 della giunta di Regione Lombardia nella seduta del 29/12/2015. Il documento si propone di aggiornare gli specialisti e i medici delle cure primarie sull'impiego di queste procedure in base alle più recenti linee guida o documenti di posizione nazionali e internazionali, rivolgendo particolare attenzione alle indicazioni, appropriatezza e prioritizzazione clinica per la prescrizione di questi esami di endoscopia digestiva di primo livello.

L'adozione del presente documento, insieme a eventi formativi di confronto tra medici prescrittori e medici erogatori, migliorerà la concordanza ed il grado di appropriatezza con risultati favorevoli anche sul governo delle liste di attesa.

INDICAZIONE DI EROGABILITÀ: EGDS

1. DISPEPSIA O REFLUSSO GASTROESOFAGEO PERSISTENTI DOPO TERAPIA	
Inquadramento della condizione	<p>Dispepsia e malattia da reflusso gastroesofageo sono sindromi molto comuni (sino al 40% della popolazione generale) caratterizzate principalmente da dolore e/o discomfort epigastrico, pirosi e/o rigurgito, rispettivamente.</p> <p>Questi sintomi possono essere determinati anche da malattie organiche come ulcera peptica, esofagite, malattie bilio-pancreatiche, più raramente neoplasie (<1%). Le cause più frequenti (60-70%) sono alterazioni funzionali del tratto gastroenterico superiore.</p> <p>Per tale motivo le più recenti linee guida raccomandano che i pazienti di età <55anni, senza sintomi di allarme o familiarità per neoplasie gastro-esofagee e che lamentano sintomi dispeptici o da reflusso gastroesofageo di nuova insorgenza, vengano sottoposti ad una verifica dello stato di infezione da <i>Helicobacter pylori</i> e in caso di positività ad una terapia di eradicazione mentre se negativi, ad un iniziale trattamento con inibitori della pompa protonica per 1 mese.</p> <p>L'EGDS viene riservata dall' età >40 anni nei pazienti provenienti da aree ad alto rischio di cancro gastrico, o con storia di familiarità per cancro esofago-gastrico.</p> <p>L'EGDS è inoltre consigliata ai pazienti di età ≥55anni, o con sintomi da reflusso gastroesofageo o dispepsia non responders dopo terapia.</p> <p>Per coloro che recidivano dopo sospensione o sono refrattari al trattamento, l'indicazione ad ulteriori EGDS viene posta dallo specialista gastroenterologo.</p>
Modalità e caratteristiche esecuzione	<p>Da eseguire in paziente a digiuno, preferibilmente dopo almeno 2 settimane dalla sospensione della terapia antisecretiva (IPP).</p> <p>EGDS con biopsie di antro e corpo gastrico, di eventuali lesioni, della seconda porzione duodenale (nel sospetto di malassorbimento o patologia duodenale).</p>
Riferimenti bibliografici	<p>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.</p> <p>2. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. Am J Gastroenterol 2017; 112:988–1013</p> <p>3. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease Am J Gastroenterol 2022;117:27-56</p> <p>4. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia Gut 2022;71:1697–1723</p>

2. DISPEPSIA DI RECENTE INSORGENZA (INSORTA IN ETÀ ≥55 ANNI) O PRESENZA DI SINTOMI DI ALLARME	
Inquadramento della condizione	<p>I sintomi dispeptici non sono in grado di identificare in modo affidabile i pazienti con neoplasie o patologie organiche del tratto gastroenterico superiore.</p> <p>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 primo grado per neoplasia gastrica, recente assunzione di FANS) identificano i pazienti dispeptici in cui la presenza di lesioni organiche è più probabile.</p> <p>La prevalenza di cancro gastrico nei pazienti con sintomi di allarme è relativamente bassa (<11%) e circa un quarto dei pazienti con cancro gastrico non presenta sintomi di allarme. Per tale motivo l'EGDS dovrebbe essere considerata per i pazienti dispeptici di recente insorgenza con sospetto clinico di neoplasia, anche in assenza di sintomi di allarme.</p>
Modalità e caratteristiche esecuzione	<p>Da eseguire in paziente a digiuno.</p> <p>L'EGDS va eseguita con biopsie di antro e corpo gastrico, e di eventuali lesioni.</p>
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. 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	<p>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.</p> <p>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 ripetizione della EGDS è maggiormente indicata nei pazienti con recidiva sintomatica oltre i 45-50 anni.</p>
Modalità e caratteristiche esecuzione	<p>Da eseguire in paziente a digiuno.</p> <p>L'EGDS va eseguita con biopsie di antro e corpo gastrico, e di eventuali lesioni.</p>
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 accurata e di una stratificazione del rischio per questi pazienti.
Modalità e caratteristiche esecuzione	EGDS con biopsie multiple delle lesioni e della mucosa di antro e corpo gastrico anche per la ricerca di Hp.
Se esame ripetuto (tempistica)	<p>PATOLOGIA DA SOTTOPORRE A VALUTAZIONE GASTROENTEROLOGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nei pazienti con displasia in assenza di una lesione definita endoscopicamente si raccomanda una rivalutazione endoscopica immediata di alta qualità con CE (virtuale o basata su colorazione). Se non viene rilevata alcuna lesione in questa endoscopia di alta qualità, verranno effettuate biopsie per la stadiazione della gastrite (se non precedentemente eseguite) e si procederà a una sorveglianza endoscopica. - Da 6 mesi (se displasia di alto grado) a 12 mesi (se displasia di basso grado) - Per pazienti con atrofia da lieve a moderata limitata all'antro non ci sono prove per raccomandare la sorveglianza. - I pazienti con metaplasia intestinale in un'unica sede hanno un rischio più elevato di cancro gastrico. Tuttavia, questo aumento del rischio non fa giustificare la sorveglianza endoscopica nella maggior parte dei casi, in particolare se una endoscopia di qualità con biopsie ha escluso stadi avanzati di gastrite atrofica. - Pazienti con stadi avanzati di gastrite atrofica (gravi alterazioni atrofiche o IM sia nell'antro che nel corpo, OLGA/OLGIM III/IV) dovrebbero essere seguiti da un endoscopia di alta qualità ogni 3 anni. - Pazienti con stadi avanzati di gastrite atrofica e con una storia familiare di cancro gastrico possono trarre beneficio da un follow-up più intensivo (ad es. ogni 1 – 2 anni dopo la diagnosi).
Riferimenti bibliografici	<p>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</p> <p>2. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of gastric adenocarcinoma. Gut 2019</p>

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).
Se esame ripetuto (tempistica)	<p>PATOLOGIA DA SOTTOPORRE A VALUTAZIONE GASTROENTEROLOGICA</p> <p>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.</p> <p>La presenza di EB con riscontro di displasia di ogni grado richiede valutazione gastroenterologica con grado di priorità B</p>
Riferimenti bibliografici	<p>1.Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus: An Updated ACG Guideline Am J Gastroenterol 2022;117:559–587.</p> <p>2. Diagnosis and management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2023; 55.</p>

6. CONFERMA ISTOLOGICA DI REPERTI RADIOLOGICI	
Inquadramento della condizione	<p>Indagini radiografiche come TAC, RMN, PET o radiogrammi seriati con bario delle prime vie digestive possono evidenziare o sospettare lesioni organiche di varia natura a carico di esofago, stomaco e duodeno.</p> <p>In relazione al sospetto clinico l'EGDS è l'unico esame diagnostico che consente di confermare o escludere la lesione e di caratterizzarne la natura mediante biopsie ed esame istologico.</p> <p>In assenza di lesioni mucose, l'EGDS può anche porre il sospetto di lesioni sottomucose da rivalutare mediante indagini opportune (ad es. ecoendoscopia).</p>
Tipo di procedura	EGDS con biopsie.
Modalità e caratteristiche esecuzione	In relazione al sospetto diagnostico (ad es. neoplasia), l'EGDS viene richiesta con priorità B.
Riferimenti bibliografici	Appropriate use of GI endoscopy. ASGE guideline. Gastrointest Endosc 2012

7. CONFERMA ISTOLOGICA DI SOSPETTA MALATTIA CELIACA	
Inquadramento della condizione	La malattia celiaca (MC) è una frequente patologia immuno-mediata (0.3-1.2% della popolazione) la cui diagnosi prevede la valutazione istologica della mucosa duodenale. 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. <Invece nell'adulto il controllo istologico è essenziale per confermare la diagnosi, valutare l'eventuale refrattarietà e le presenza di complicanze.
Tipo di procedura	EGDS con biopsie duodenali e gastriche.
Modalità e caratteristiche esecuzione	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.
Se esame ripetuto (tempistica)	Biopsie duodenali di follow up dovrebbero essere eseguite nei pazienti con malattia celiaca che hanno sintomi persistenti o anomalie dei test di laboratorio mentre assumono una dieta priva di glutine
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

8. SANGUINAMENTO GASTROINTESTINALE O ANEMIA	
Inquadramento della condizione	Ematemesi, melena, la presenza di un sanguinamento occulto o una anemia sideropenica, possono essere determinate da varie lesioni gastroduodenali (esofagite, ulcere, varici esofago gastriche, neoplasie...) ed avere gravità variabile da forme lievi e limitate, all'emorragia digestiva tale da richiedere una EGDS in corso di un accesso in Pronto Soccorso. Il sanguinamento gastrointestinale occulto e l'anemia sideropenica possono dipendere da numerose patologie digestive. Tuttavia poiché le lesioni neoplastiche del colon sono più frequenti di quelle gastriche, l'EGDS è in genere richiesta dopo una colonscopia totale negativa, eccetto nel paziente con sintomi dispeptici. Anemia sideropenica e anemia megaloblastica sono manifestazioni frequenti di patologie gastroenteriche come la malattia celiaca e la gastrite atrofica autoimmune. In questi casi l'EGDS dovrebbe essere successiva o concomitante ad indagini biochimiche, atte ad escludere cause non gastroenteriche (ad es. dismenorrea, diete ferroprive, perdite urinarie).
Tipo di procedura	EGDS con biopsie (di antro e corpo gastrico, e anche duodenali nell'anemia)
Modalità e caratteristiche esecuzione	Nei pazienti epatopatici con sanguinamento da varici viene raccomandata una EGDS entro le 12 ore ottenuta una stabilizzazione emodinamica. Nel caso di un sanguinamento non varicoso viene raccomandata una EGDS entro le 24 ore in quanto una endoscopia urgente (entro 12 ore) non ha porta a un miglioramento degli esiti. EGDS da considerare dopo l'ileocolonscopia nel sanguinamento occulto con o senza anemia, se paziente non dispeptico. EGDS solo dopo valutazione clinica e biochimica nell'anemia senza sangue occulto, se non è corretta da adeguata terapia marziale orale.

Riferimenti bibliografici	<p>1. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. Endoscopy 2021; 53</p> <p>2. Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2022</p>
---------------------------	--

INDICAZIONE DI EROGABILITÀ: COLONSCOPIA

1. CONFERMA DI LESIONE COLICA RISCONTRATA 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 anormalità evidenziata da altre immagini.
Riferimenti bibliografici	1. Quality indicators for colonoscopy. Gastrointest endosc 2015;81:31-53.

2. SANGUINAMENTO DI ORIGINE INDETERMINATA (EMATOCHEZIA >45 ANNI, EMATOCHEZIA RICORRENTE <45 ANNI, MELENA DOPO EGDS NEGATIVA, FOBT POSITIVO).	
Inquadramento della condizione	Il sanguinamento inferiore si può manifestare con ematochezia, tuttavia il 10% dei pazienti con ematochezia possono sanguinare dal tratto digestivo superiore. La melena è spesso manifestazione di un sanguinamento digestivo superiore.
Tipo di procedura	<p>-La colonscopia è raccomandata come primo esame nel paziente emodinamicamente stabile in caso di sanguinamento digestivo inferiore.</p> <p>-Nel paziente con sanguinamento digestivo maggiore la colonscopia andrà eseguita nel corso del ricovero poiché non esistono evidenze di alta qualità che sostengono una colonscopia in urgenza.</p> <p>-Non viene raccomandata una colonscopia senza preparazione in corso di sanguinamento digestivo acuto.</p> <p>-Nei pazienti che presentano un sanguinamento digestivo inferiore e una instabilità emodinamica viene raccomandata una EGDS a meno che un'angioTAC abbia evidenziato una fonte di sanguinamento nel colon.</p>
Riferimenti bibliografici	1. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2021;53:850-868

3. 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	<p>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.</p> <p>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 pre-menopausale 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 di</p>

	<p>sintomi d'allarme; 4) familiarità per un rischio aumentato di CCR; 5) AS persistente o ricorrente sproporzionata rispetto alle perdite mestruali.</p> <p>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.</p>
Riferimenti bibliografici	<p>1. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of iron deficiency anaemia in adults. Gut 2021</p> <p>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</p>

4. CANCRO DEL COLON: RICERCA DI LESIONI SINCRONE O DOPO RESEZIONE CURATIVA	
Inquadramento della condizione	<p>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.</p> <p>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</p>
Tipo di procedura	<p>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.</p>
Se esame ripetuto (tempistica)	<p>La colonscopia è raccomandata:</p> <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) • Dopo 3 anni dalla prima endoscopia di sorveglianza (secondo esame) • Dopo 5 anni dalla seconda endoscopia di sorveglianza (terzo esame) <p>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)</p>
Riferimenti bibliografici	<p>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</p>

5. SORVEGLIANZA DI PAZIENTI CON POLIPI (ADENOMI O POLIPI SERRATI)	
Inquadramento della condizione	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 ($\geq 10\text{mm}$) 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). 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
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>INDICAZIONE SPECIALISTICA</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, $<10\text{mm}$, displasia a basso grado) • Lesioni Serrate Sessili (SSL) a basso rischio (1-4 SSLs, $<10\text{mm}$, non displastiche) • Polipi iperplastici $< 10\text{mm}$ <p>E' raccomandata la sorveglianza endoscopica a 3 anni nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 5 adenomi • almeno un adenoma $\geq 10\text{mm}$ • almeno un adenoma con HGD • polipo iperplastico $\geq 10\text{mm}$ <p>E' raccomandata la sorveglianza endoscopica a 1 anni nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 10 adenomi • ≥ 5 SSLs $\geq 5\text{mm}$ con sede prossimale al retto • Adenoma o SSL $>20\text{mm}$ 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 colorettale. REGAL Rete EpatoGastroenterologica Lombarda, Febb. 2023</p>

6. DIARREA CRONICA >4 SETTIMANE NON EMATICA	
Inquadramento della condizione	<p>Pazienti che lamentino diarrea non ematica per più di 4 settimane.</p> <p>Non si applica a pazienti con diarrea ematica con segni o sintomi di allarme, con storia familiare di MICI o cancro del colon retto.</p> <p>Dopo esecuzione di dosaggio calprotectina fecale e anticorpi Anti-Transglutaminasi.</p>
Tipo di procedura	Colonscopia anche con biopsie al colon destro e sinistro per escludere colite microscopica

Riferimenti bibliografici	<p>Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd edition. Gut 2018;67:1380–1399</p> <p>AGA Technical Review on the Evaluation of Functional Diarrhea and Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome in Adults (IBS-D).Gastroenterology. 2019 Sep;157(3):859-880.</p>
---------------------------	---

TABELLE RIASSUNTIVE DI APPROPRIATEZZA/INAPPROPRIATEZZA PRESCRITTIVE

EGDS

<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 non complicata 	EGDS non indicata
<ul style="list-style-type: none"> Dispepsia o MRGE persistenti dopo terapia Dispepsia di recente insorgenza (insorta ≥ 55 anni o se paziente proveniente da aree ad alto rischio o con familiarità di cancro esofago-gastrico 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 PRIORITÀ : 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	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	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	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%)

EGDS E COLONSCOPIA QUESITI DIAGNOSTICI

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Codice Tariffario Regionale	Descrizione Tariffario Regionale	Codice SISS	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3
45.16	EGDS; endoscopia dell'intestino tenue. Incluso eventuali biopsie di una o più sedi e/o eventuali brushing o washing per raccolta di campione non eseguibile con: Biopsia (endoscopica) dell'esofago (42.24), dello stomaco (44.14), dell'intestino tenue (45.14)	584516	Dispepsia/Reflusso gastroesofageo persistente dopo terapia	Dispepsia di recente insorgenza (insorta ad una età ≥ 55anni) o presenza di sintomi di allarme	Dispepsia/Reflusso gastroesofageo recidivante in nota pregressa patologia organica
			Quesito 4 Follow up di patologie, neoplasie, lesioni precancerose	Quesito 5 Esofago di Barrett	Quesito 6 EGDS per conferma istologica di reperti radiologici
			Quesito 7 EGDS per conferma istologica di sospetta malattia celiaca	Quesito 8 Sanguinamento gastrointestinale	Quesito 9 Anemia sideropenica o megaloblastica

COLONSCOPIA

Codice Tariffario Regionale	Descrizione Tariffario regionale	Codice SISS	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3
45.25	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Incluso eventuali biopsie di una o più sedi e/o eventuali brushing, washing per prelievo di campione. Non associabile a Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24). Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino crasso, Proctosigmoidoscopia (48.24)	584525	Sospetta lesione colica riscontrata con altra tecnica di indagine	Sanguinamento dndd (ematochezia>45aa, ematochezia ricorrente<45aa, melena dopo EGDS neg, FOBT pos)	Anemia sideropenica di origine indeterminata
			Quesito 4 Cancro del colon: ricerca lesioni sincrone o dopo resezione curativa	Quesito 5 Sorveglianza di pazienti con polipi (adenomi o polipi serrati)	Quesito 6 Diarrea cronica > 4 settimane

RETTOSIGMOIDOSCOPIA

Codice Tariffario Regionale	Descrizione Tariffario regionale	Codice SISS	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3
48.24	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE; Endoscopia del retto, colon discendente. Incluso eventuali biopsie di una o più sedi e/o brushing o washing per raccolta di campione. Non associabile a Colonscopia con endoscopio flessibile (45.25). Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	584824	Sospetta lesione colica riscontrata con altra tecnica di indagine	Sanguinamento dndd (ematochezia>45aa, ematochezia ricorrente<45aa, melena dopo EGDS neg, FOBT pos)	Anemia sideropenica di origine indeterminata
			Quesito 4 Cancro del colon: ricerca lesioni sincrone o dopo resezione curativa	Quesito 5 Sorveglianza di pazienti con polipi (adenomi o polipi serrati)	Quesito 6 Diarrea cronica > 4 settimane

COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA

Codice Tariffario Regionale	Descrizione Tariffario regionale	Codice SISS	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3
45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	5845231	Sospetta lesione colica riscontrata con altra tecnica di indagine	Sanguinamento dndd (ematochezia >45aa, ematochezia ricorrente <45aa, melena dopo EGDS neg, FOBT pos)	Anemia sideropenica di origine indeterminata
			Quesito 4 Diarrea cronica > 4 settimane		

codice prestazione SISS	Descrizione prestazione SISS	NUOVI QUESITI DIAGNOSTICI (upgrade 2023)	Proposta tempistica RAO
584516	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA 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 >= 40aa PROVENIENTE DA AREE AD ALTO RISCHIO O CON FAMILIARIETA' 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 FAMILIARIETA' PER CANCRO GASTRICO. EGDS A 1/2 ANNI	P
		ESOFAGO DI BARRETT, ESTENSIONE > 1cm E < 3cmCM. EGDS A 5 ANNI	P
		ESOFAGO DI BARRETT, ESTENSIONE >= 3cm E <= 10cm. EGDS A 3 ANNI	P
		ESOFAGO DI BARRETT, ESTENSIONE >= 10cm	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
		PAZIENTE CELIACO CON DIETA SENZA GLUTINE CON SINTOMI PERSISTENTI O ANOMALIE TEST DI LABORATORIO.	D
		SANGUINAMENTO GASTROINTESTINALE OCCULTO/ANEMIA IN PAZIENTE DISPEPTICO	D
		ANEMIA SIDEROPENICA SENZA SOF NON CORRETTA DA TERAPIA MARZIALE (DOPO VALUTAZIONE CLINICA/BIOCHIMICA)	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 ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON EVENTUALI BIOPSIE	SOSPETTO CLINICO E/O STRUMENTALE DI NEOPLASIA DEL COLON	B
		RISCONTRO ALL'IMAGING DI ALTERAZIONI DEL COLON DI NON UNIVUCA INTERPRETAZIONE	D
		SANGUINAMENTO DNDD (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 ETA' >=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
		SORVEGL. ENDOSCOPICA POST POLIPECTOMIA A 3aa SE >= 5 ADENOMI	P

		SORVEGL. ENDOSCOPICA POST POLIPECTOMIA A 3aa SE ALMENO 1 ADENOMA \geq 10mm	P
		SORVEGL. ENDOSCOPICA POST POLIPECTOMIA A 3aa SE ALMENO 1 ADENOMA AD ALTO GRADO DI DISPLASIA	P
		SORVEGL. ENDOSCOPICA POST POLIPECTOMIA A 3aa SE POLIPO IPERPLASTICO \geq 10mm	P
		SORVEGL. ENDOSCOPICA POST POLIPECTOMIA A 1aa SE \geq 10 ADENOMI	P
		SORVEGL. ENDOSCOPICA POST POLIPECTOMIA A 1aa SE \geq 5 SSLs \geq 5mm CON SEDE PROSSIMALE AL RETTO	P
		SORVEGL. ENDOSCOPICA POST POLIPECTOMIA A 3-6 MESI SE ADENOMA O LESIONI SERRATE SESSILI (SSL) $>$ 20mm	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 \geq 3 MESI IN PAZIENTI $<$ 50 aa, SENZA SEGNI/FATTORI DI RISCHIO DOPO TERAPIA	P