

INDICAZIONI ALLE PRIORITA' IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

LINEE GUIDA REGIONALI

Dr.ssa Valeria Bertoncello



***U.O.S. di Endoscopia Digestiva
Ospedale S. Bortolo- Vicenza***

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2854 del 28 dicembre 2012

**Standardizzazione delle specifiche cliniche di alcune
prestazioni di Gastroenterologia ai sensi della**

DGR n° 3535 del 12/11/2004

DGR n. 600 del 13/03/2007

DGR n° 2611 del 07/08/2007

DGR n° 863 del 21/06/2011

DGR n° 993 del 05/06/2012

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Si propone l'adozione delle specifiche cliniche di alcune prestazioni di Gastroenterologia in continuità con quanto determinato con le

DGR n° 2611/2007 e n° 993/2012

al fine di promuovere la qualità della appropriatezza prescrittiva

Tali specifiche cliniche rappresentano delle linee di indirizzo **per tutti i soggetti prescrittori**, anche in quelle Aziende che hanno già prodotto le proprie specifiche cliniche,

al fine di uniformare il più possibile i comportamenti prescrittivi

e, conseguentemente, le modalità di erogazione delle prestazioni, nell'ambito della Regione Veneto,

secondo il rispetto del principio di equità ed omogeneità

Successivamente



analisi dei dati relativi alla criticità di erogazione e alle problematiche prescrittive di alcune prestazioni ambulatoriali appartenenti alla Branca 58 "Gastroenterologia"



la Segreteria per la Sanità ha individuato un **Tavolo tecnico** per la **definizione e la standardizzazione delle specifiche cliniche di gastroenterologia**, costituito da due Direttori Sanitari e sei Direttori di U.O.A. di Gastroenterologia delle Aziende ULSS del Veneto, tra cui due rappresentanti delle Società Scientifiche di gastroenterologia, coordinato dal Responsabile del Coordinamento Regionale Controlli sanitari, appropriatezza e Liste d'Attesa.

Cod. 45.23 COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE**Cod. 45.25 PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA**

CLASSE DI PRIORITA'	Specifiche cliniche di prescrizione
TIPO U* Obbligatorio accesso in Pronto Soccorso per valutazione clinica	<ul style="list-style-type: none">- Emorragia digestiva in atto (rettorragia e/o enterorragia massive);- Corpi estranei.
CLASSE B Entro 10 gg	<ul style="list-style-type: none">- Rettorragia persistente, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva;- Anemia di recente riscontro con sintomi digestivi con Hb <10 g/dl;- Sospette neoplasie rilevate obiettivamente e/o con diagnostica strumentale.
CLASSE D Entro 60 gg	<ul style="list-style-type: none">- Anemia sideropenica cronica;- Perdite ematiche minori (ematochezia);- Calo ponderale importante con alterazioni dell'alvo;- Diarrea cronica che perdura da almeno 30 giorni con accertamenti infettivologici negativi;- Riscontro radiologico di polipi;- Positività test del sangue occulto;- Stadiazione pretrapianto.
CLASSE P Entro 180 gg	<ul style="list-style-type: none">- Sintomatologia dolorosa addominale persistente con alterazioni dell'alvo (non già indagata con colonscopia negli ultimi 5 anni);



Cod. 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA[EGDS]

Cod. 45.16 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA[EGDS]CON BIOPSIA

CLASSE DI PRIORITA'	Specifiche cliniche di prescrizione
TIPO U* Obbligatorio accesso in Pronto Soccorso per valutazione clinica	<ul style="list-style-type: none">- Emorragia digestiva in atto (ematemesi, melena, enterorragia massiva);- Ingestione caustici, corpi estranei vulneranti, corpi estranei esofagei.
CLASSE B Entro 10 gg	<ul style="list-style-type: none">- Sospette neoplasie rilevate obiettivamente e/o con diagnostica strumentale;- Esigenza di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti.- Anemia di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb <10 g/dl; ✓ Sintomi d'allarme:<ul style="list-style-type: none">▪ vomito significativo e persistente,▪ disfagia,▪ calo ponderale importante con sintomi digestivi.
CLASSE D Entro 60 gg	<ul style="list-style-type: none">- Anemia sideropenica cronica;- Sindrome dispeptico-dolorosa in pazienti >50 anni (non indagata con EGDS);- Sospetta celiachia-malassorbimento;- Stadiazione pretrapianto.
CLASSE P Entro 180 gg	<ul style="list-style-type: none">- Sindrome dispeptico-dolorosa persistente in pazienti < 50 anni;- Valutazione ipertensione portale;



APPROPRIATEZZA IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE E INFERIORE

CRITERI CLINICI di priorità

Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, 2011

OBIETTIVI

 **Obiettivo principale:** produrre strumenti che sintetizzino le migliori evidenze disponibili, sia per supportare le decisioni diagnostiche dei professionisti, sia per coinvolgere in modo informato e consapevole i pazienti. L'utilizzo di questi strumenti, e il monitoraggio nel tempo della loro adeguatezza potrà favorire

un appropriato ed **efficiente utilizzo** delle risorse diagnostiche disponibili, **limitando il numero di esami diagnostici non indispensabili** o non appropriati e **garantendo una tempistica di esecuzione** adeguata alle esigenze cliniche.

 **Altri obiettivi di questo progetto:** favorire comportamenti omogenei tra medici (un aspetto che contribuisce indirettamente a garantire equità di prestazioni ai pazienti) e il confronto e la collaborazione tra chi richiede e chi esegue le indagini endoscopiche.

- Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni mediche specialistiche sono di comune osservazione
- È la conseguenza del fatto che **le risorse a disposizione sono limitate** e quindi non in grado di garantire tutti gli esami a tutti in poco tempo.
- Neppure un ipotetico aumento delle risorse può assicurare l'eliminazione delle attese in sanità, in quanto è noto da tempo che un incremento dell'offerta **non comporta necessariamente una riduzione dei tempi di attesa**



è stato anche descritto un aumento dei tempi di attesa a seguito di una maggiore disponibilità di offerta

COME MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Giornale Italiano di Endoscopia Digestiva
2011

- Molti studi hanno evidenziato **inappropriatezza** alle indicazioni all'endoscopia in percentuali significative, dal 15 al 35 % a seconda delle statistiche
- Migliorando l'appropriatezza **si aumenta la capacità diagnostica** delle prestazioni, si concorre al governo della domanda e si riducono i tempi di attesa.
- Si ha una **migliore allocazione delle risorse**.
- Ogni esame endoscopico è un esame gravoso per il paziente, impegnativo per l'operatore e non privo di rischi, per quanto rari, ma potenzialmente gravi.

Una recente **indagine multicentrica italiana** condotta su un ampio campione di pazienti (**N=171.832**) sottoposti ad esame endoscopico routinario delle prime vie digestive ha evidenziato:

- una prevalenza media dell'**esofagite** pari all' **8.6%**
- Tale valore risulta del tutto simile a quello dell' **ulcera duodenale (8.5%)**
- e di gran lunga maggiore rispetto a quello dell' **ulcera gastrica (3.5%)**

tab. 1: indicazioni appropriate alla colonscopia

Indicazioni	N°	%
Rettorragia	113/423	26.7%
FOBT + / Anemia sideropenica	85/423	20.0%
Follow-up dopo resezione per CRC	53/423	12.6%
Follow-up post-polipectomia	48/423	11.3%
Modifiche persistenti delle abitudini alvine	48/423	11.3%
Parenti di 1° grado di pazienti affetti da CRC	28/423	6.6%
Dolore addominale cronico per escludere patologie organiche	20/423	4.72%
Perdita di peso non spiegata	11/423	2.6%
Alterazioni riscontrate all'Rx Clisma Opaco	9/423	2.1%
Follow-up delle MICI	8/423	1.9%

tab. 3: indicazione incerta per colonscopia

Indicazioni	N°	%
CEA elevato	6/11	54.5%
Sindrome paraneoplastica	1/11	9.0%
Mucorrea	1/11	9.0%
Ispezzimento di parete all'ecografia	1/11	9.0%
Valutazione preoperatoria	1/11	9.0%
Massa addominale palpabile in assenza di sintomi	1/11	9.0%

tab. 2: indicazioni inappropriate alla colonscopia

Indicazioni	N°	%
Sorveglianza di polipi al di fuori delle Linee Guida	36/114	31.4%
Dolore addominale risolto	24/114	21.0%
Sorveglianza di cancro coloretale al di fuori delle Linee Guida	20/114	17.5%
Alterazioni transitorie dell'alvo	14/114	12.7%
Rettorragia in pazienti di età < 40 anni senza precedente rettoscopia	9/114	7.7%
Screening in famigliari di pazienti affetti da cancro colo-rettale	4/114	3.5%
Follow-up di IBD	3/114	2.6%
Incontinenza fecale	2/114	1.8%
Adenocarcinoma metastatico di origine ignota senza sintomi intestinali	1/114	0.9%
Prurito anale	1/114	0.9%

tab. 4: reperti patologici nelle colonscopie appropriate

Patologia	N°	%
Adenoma basso grado di displasia	39/100	39.0%
Cancro colo-rettale	27/100	27.0%
Polipi indeterminati (non recuperati)	12/100	12.0%
Adenoma alto grado di displasia	10/100	10.0%
IBD	9/111	9.0%
Adenocarcinoma in situ	3/100	3.0%



GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA IN REPARTI DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Giornale Italiano di Endoscopia Digestiva 2009

- Prime esperienze all'estero sulle **priorità cliniche** in Nuova Zelanda, Canada e Regno Unito.
- Prime esperienze in Italia: Reggio Emilia, Trento (primi anni 2000)
- Modalità di accesso che non si basa su un principio di tipo cronologico, ma su un **principio di priorità e complessità clinica**
- Il **modello RAO** (raggruppamenti di attesa omogenei) consente la diagnosi di patologie endoscopicamente significative (neoplasie, malattia peptica ,IBD...) in percentuale maggiore statisticamente significativa rispetto a richieste effettuate senza priorità.

UOS DI ENDOSCOPIA DI VICENZA STATISTICA MESE DI SETTEMBRE 2013

- 52 ricette con priorità B nei primi 10 giorni del mese (gastroscopie)
- Stima di circa 150 ricette con priorità B nel mese su un totale di 206 gastroscopie (oltre il 70%)

APPROPRIATEZZA IN ENDOSCOPIA GASTROSCOPIE

NOSTRA CASISTICA: SETTEMBRE-DICEMBRE 2013

GASTROSCOPIE CON PRIORITA' B (TOT 79)

- **INAPPROPRIATEZZA ALL'INDICAZIONE: 21/79
(26%)**

- **INAPPROPRIATEZZA ALLA PRIORITA' B: 56/79
(70%)**

APPROPRIATEZZA IN ENDOSCOPIA COLONSCOPIE

***NOSTRA CASISTICA: SETTEMBRE-DICEMBRE 2013
COLONSCOPIE CON PRIORITA' B (TOT 92)***

- **INAPPROPRIATEZZA ALL'INDICAZIONE: 23/92
(25%)** (es: diarrea da 20 gg, dolore addominale cronico già indagato con precedenti colonscopie...)
- **INAPPROPRIATEZZA ALLA PRIORITA' B: 66/92
(71%)**

UOS DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA OFFERTA DI ENDOSCOPIE CON PRIORITA' B

- **GASTROSCOPIE: 20 A SETTIMANA**
(pari al **38%** del totale di EGDS per esterni).
- **N° MEDIO DI EGDS PER ESTERNI: 52 A SETTIMANA**

In una realtà non dissimile dalla nostra, l'attuale media prescrittiva di egds+ colonscopie con codice di priorità è del **20%** (Trento- Rovereto)

UOS DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA OFFERTA DI COLONSCOPIE CON PRIORITA' B

- **COLONSCOPIE: 25 A SETTIMANA**
(pari al **35%** di colonscopie per esterni)
- **N° MEDIO DI COLONSCOPIE PER ESTERNI: 72 A SETTIMANA**
(18 riservate allo screening ccr)

MA TUTTO QUESTO SEMBRA ANCORA NON BASTARE

SE SI DECIDE CHE UN ESAME DEVE ESSERE
PRENOTATO CON PRIORITA' B, **ASSICURARSI CHE:**

- Il paziente si presenti alla segreteria del Servizio di Endoscopia
- E si presenti il più presto possibile rispetto alla data di erogazione della ricetta

Endoscopic surveillance for gastric intestinal metaplasia has not been extensively studied in the U.S. and therefore cannot be routinely recommended (C).

However, there may be a subgroup of high-risk patients who will benefit from endoscopic surveillance (B).

ASGE guideline: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract

Gastrointest Endosc 2006 Apr; 63 (4) 570-580

Linee guida SIED 2005

L'esofagogastroduodenoscopia sequenziale o periodica (follow up) generalmente non è indicata per :

- a. sorveglianza periodica di atrofia gastrica (con o senza metaplasia intestinale), anemia perniziosa, acalasia, precedenti interventi chirurgici sullo stomaco**
- b. sorveglianza di malattie benigne guarite come esofagite, ulcera gastrica o duodenale.**
- c. sorveglianza dopo dilatazione di stenosi benigne a meno che non intervenga un cambiamento della sintomatologia**

Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS)

Guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHSO), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa

A multidisciplinary group of **63 experts** from **24 countries** developed these recommendations by means of repeat online voting and a meeting in June in Porto, Portugal.

The recommendations emphasize the increased cancer risk in patients with **gastric atrophy and metaplasia**, and the need for adequate staging in the case of high grade dysplasia, and they focus on treatment and surveillance indications and methods

Follow-up of premalignant lesions in patients at risk for progression to gastric cancer

Endoscopy. 2013;45(4):249-56.

Conclusions:

*Premalignant gastric lesions found in the corpus have the highest risk of progression, especially **intestinal metaplasia**, which has excellent interobserver agreement. This supports the importance of **intestinal metaplasia** as marker for follow-up in patients with premalignant gastric lesions*