

Convegno

L'APPROPRIATEZZA IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA



Venerdì 25 Novembre 2011
Sale degli Imbarcaderi
Castello Estense – Ferrara

Con il Patrocinio delle Sezioni Regionali
AIGO – SIED – SIGE Emilia Romagna

Sono stati attribuiti 8 Crediti ECM
per Medici ed Infermieri

Appropriatezza delle Richieste: Esperienza di Ferrara

Dr. Lucio Trevisani
M.D. di Endoscopia Digestiva
A.O.U. “S. Anna” di Ferrara



Partecipanti

Ospedale di Argenta	Dott.ssa A. La Froscia Dott.ssa M. Massari
Ospedale di Cento	Dott. S. Parro
Ospedale di Copparo	Dott. D. Piva Aguiari
Ospedale del Delta	Dott.ssa P. Buldrini Dott.ssa G. Marangoni
Ospedale S. Anna di Ferrara	Dott.ssa V. Cifalà, Dott. F. Galvani, Dott. G. Matarese, Dott. M. Ruina, Dott.ssa L. Simone, Dott. A. Zelante

**Requisiti specifici per l'accreditamento
delle Strutture di Endoscopia Digestiva**

Qualificazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali

Devono essere definiti i criteri per le liste di attesa differenziate per tipologia di problemi e di attività, che tengano conto anche delle attività derivanti dal Programma di screening delle patologie del colon-retto. Le procedure di accesso e di comunicazione devono essere chiaramente comunicate all'utenza ed agli altri servizi dell'Azienda, in particolare per quanto riguarda:

- l'indicazione appropriata a ciascuna procedura endoscopica, con riferimento a linee guida validate
- la preparazione per gli esami endoscopici (istruzioni preprocedura, compresi i casi nei quali deve essere eseguita la profilassi antibiotica o gestita l'anticoagulazione)
- i comportamenti da tenere e/o le terapie da eseguire o riprendere dopo gli esami endoscopici (istruzioni postprocedura)

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
-------------	---	--	-----------	-------------------------	---	---------------	---	--

INDICATORI










Acquisizione del consenso informato	N. pazienti con consenso documentato/ n. totale dei pazienti afferenti nel periodo x 100		Fornire informazioni adeguate per una corretta acquisizione del consenso all'esecuzione delle procedure endoscopiche	100%	Aziendale	Documentazione sanitaria	Valutazione semestrale a cura dell'UO	Indicatore che viene monitorato anche per le problematiche medico legali
Eseguire indagini appropriate	N. procedure eseguite secondo LG ASGE/ n. totale di procedure eseguite x 100		Minimizzare il numero di procedure inappropriate	80%	Aziendale	Documentazione sanitaria	Valutazione semestrale a cura dell'UO	

Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara
Procedura Gestione Indicatori Qualità

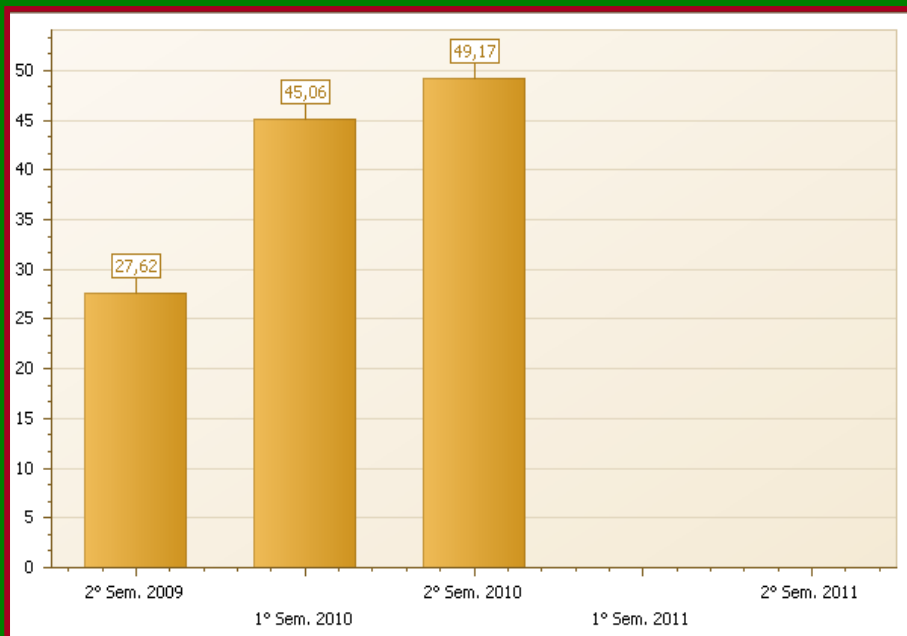
Indicatori

[Chiusura sessione](#)

Elenco indicatori per l'Immissione

CdC	Indicatore	Nome	Azione	hlink
98.0	END DIG 01	Numero di procedure ambulatoriali cancellate		
98.0	END DIG 02	Acquisizione del consenso informato		
98.0	END DIG 03	Adeguatezza della preparazione intestinale per la colonscopia		
98.0	END DIG 04	Completezza dell'esame endoscopico sulle prime vie digestive		
98.0	END DIG 05	Completezza dell'esame endoscopico sulle vie digestive inferiori		
98.0	END DIG 06	Accuratezza della colonscopia di screening negli uomini		
98.0	END DIG 07	Accuratezza della colonscopia di screening nelle donne		
98.0	END DIG 08	Eeguire gastroscopie appropriate		
98.0	END DIG 09	Eeguire colonscopie appropriate		

GastroscoPie



ColonscoPie



PROGETTO VALUTAZIONE APPROPRIATEZZA

- ù Valutare la percentuale di richieste di Gastroscopie e Colonscopie - ambulatoriali e ricoverati - appropriate secondo Linee Guida validate
- ù Qualora la percentuale fosse inferiore allo standard regionale (80%) proporre interventi, concordati con i MMG e i Clinici, atti ad aumentare la percentuale di appropriatezza

Appropriateness of colonoscopy in a digestive endoscopy unit: a prospective study using ASGE guidelines

Renzo Suriani MD,¹ Mario Rizzetto PhD,² Dario Mazzucco MD,³ Silvia Grosso MD,⁴ Paola Gastaldi MD,⁵ Maria Marino MD,⁶ Sabina Sanseverinatti MD,⁷ Ivo Venturini MD,⁸ Athos Borghi MD⁹ and Maria Luisa Zeneroli PhD¹⁰

¹Chief, ^{3,4}Gastroenterologist Department of Gastroenterology, Ospedale degli Infermi, Rivoli, Italy

²Professor and Chief, Department of Gastroenterology, Ospedale Molinette, University of Torino, Torino, Italy

⁵Gastroenterologist, ¹Doctor, ^{8,9}Internist, ¹⁰Chief, Medicina Interna II, Department of Medicine and Medical Specialties, University of Modena e Reggio Emilia, Modena, Italy

Methods We analysed 677 consecutive C performed over an 11-month period in a digestive endoscopy unit with an open access system.

Results The rate of 'generally indicated' C was 77% and 'generally not indicated' C was 18%. The rate of indication not listed in the ASGE guidelines was 5%. The percentage of

Table 2 Frequency of indications according to the referring clinician

	Indications for outpatients, <i>n</i> (%)		
	Appropriate	Not indicated	Unlisted
Gastroenterologist	213 (88.5)	23 (9.5)	5 (2)
Surgeon	23 (60)	11 (29)	4 (11)
Family doctors	101 (67.4)	38 (25.3)	11 (7.3)
Internist	9 (82)	1 (9)	1 (9)
Totals	346 (79)	73 (17)	21 (4)

Conclusions Our results showed the high rate of inappropriate procedures, according to ASGE guidelines, requested by surgeons, internists and primary care doctors for both outpatients and inpatients. The proportion of not indicated endoscopic procedures requested by gastroenterologists must be reduced through more carefully application of ASGE guidelines. Endoscopic findings were more stringent in appropriate C.

PROPOSTA DI AUDIT (2010)

- ü Rilievo prospettico dei dati di EGD e Colonscopie ambulatoriali, su apposita scheda, nei 5 servizi di E.D.
- ü Tempo raccolta dati: 5 settimane (*Giugno – Luglio*)
- ü Analisi dati: entro fine Settembre
- ü Valutazione risultati: nel mese di Ottobre

Progetto: APPROPRIATEZZA DELLE RICHIESTE DI INDAGINI AMBULATORIALI DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

OBIETTIVI DEL PROGETTO

1) Valutare quale sia attualmente la percentuale di richieste di Gastroscopie e Colonscopie appropriate secondo le Linee Guida ASGE (i criteri di accreditamento della regione E-R richiedono una percentuale > 80%); 2) Qualora la percentuale fosse inferiore, effettuare interventi concordati con i Medici di Famiglia atti ad aumentare la percentuale di appropriatezza;

IMPATTO ATTESO DEL PROGETTO

Prospettiva	Obiettivi di impatto
Utenza	ridurre il discomfort (ed il rischio) dei pazienti sottoposti ad esami non appropriati
Attività	migliorare l'appropriatezza delle richieste degli esami endoscopici Uniformarsi con le disposizioni dalla Regione in tema di accreditamento dei Servizi di Endoscopia Digestiva
Organizzazione / Integrazione	migliorare le interfacce fra Medici di Medicina Generale ed i Servizi di Endoscopia Digestiva

WORK BREAKDOWN STRUCTURE

	Fase	Attività	Risultato	Data inizio	Data fine
1. ...D	Fase				
2. ...D					
3. ...F	Fase				
4. ...F	1 ...				
5. ...M	1.01	Attività ...PARTECIPAZIONE RIUNIONE DIPARTIMENTO MEDICO	sensibilizzare Resp. Servizi End. Digestiva USL	1-mar-10	1-mar-10
6. ...F	1.02	Attività ...FORMULAZIONE DEL PROGETTO E INVIO AL DIR. SAN. USL	richiesta approvazione Direzione Aziendale	4-mar-10	11-mar-10
7. ...C	1.03	Attività ...RIUNIONI PREPARATORIE DEL TEAM	formazione team	1-apr-10	15-apr-10
	1.04	Attività ...PREPARAZIONE SCHEDE DI RILEVAZIONE	preparazione schede per rilievo uniforme	16-apr-10	30-apr-10
	1.05	Attività ...RILEVAZIONE DEI DATI	rilevazione dati	1-mag-10	31-mag-10
	Fase				
	2 ...				
	2.01	Attività ...ANALISI DEI DATI NEI SINGOLI SERVIZI	analisi dati nelle singole realtà	1-giu-10	30-giu-10
	2.02	Attività ...ASSEMBLAGGIO RISULTATI E VALUT. STRATEGIE SEGUENTI	assemblaggio risultati e programmazione incontri	1-set-10	30-set-10
	2.03	Attività ...INCONTRI CON I M.M.G. E STESURA DOCUMENTO CONDIVISO	incontri con i MMG e stesura doc. appropriatezza	1-ott-10	31-dic-10
	Fase				
	3 ...				
	3.01	Attività ...AUDIT DI CONTROLLO (ANALISI NEI SINGOLI SERVIZI)	rilevazione dati (controllo) dopo "intervento"	1-feb-11	28-feb-11
	3.02	Attività ...ASSEMBLAGGIO RISULTATI E CONCLUSIONI	valutazioni "conclusive" dopo "intervento"	1-mar-11	31-mar-11

Scheda di Rilevazione:

- Û Sede del rilievo (quale Ospedale)
- Û Tipo (EGD o Colon) e data dell'esame
- Û Dati del Paziente
- Û Motivazione riportata sulla richiesta
- Û Appropriatazza secondo LG ASGE
- Û Appropriatazza secondo LG Italiane (AIGO-SIED-SIGE)
- Û Motivazione rilevata dall'endoscopista con l'anamnesi
- Û Reperto endoscopico (patologia maggiore o minore)

LEGENDA "Precedenti"

ND: dato non disponibile (sconosciuto)

0 (zero): non ha eseguito esami precedentemente

1, 3, 5: esame eseguiti 1,3 o 5 anni precedentemente

Data inizio rilevazione dati

Ospedale di FERRARA

Colon N°	Data	Paz.	M/F	Età	Precedenti (ND, 0,1,3,5 aa)	Motivo (sulla richiesta)	Appr. ASGE (S/N)	Appr. SIED (S/N)	Motivo (all'anamnesi)	Appr. ASGE	Reperto Endoscopico
1	16.06	BD	F	50	0	RSO+	S	S	RSO+	S	NEGATIVO
2	18.06	GA	M	74	0	DIARREA	S	S	DIARREA	S	NEGATIVO
3	18	RF	F	69	0	RSO+	S	S	RSO+	S	NEGATIVO
4	18	RC	M	73	5	FOLLOW-UP	S	S	FOLLOW-UP	S	NEGATIVO
5	18	GL	M	52	0	RSO+	S	S	RSO+	S	DIVERTICOLOSI
6	18	MO	M	76	5	CONTROLLO IN POLIPOSI	S	S	FOLLOW-UP POLIPO	S	DIVERTICOLOSI
7	18	LJ	F	36	0	DIARREA	N	N	DIARREA	N	NEGATIVO
8	14.06	DE	F	35	0	SOSPETTA RCU	S	S	DIARREA MUCO E S.	S	RCU
9	14	PR	M	55	1	NESSUNA	N	N	RSO+	S	POLIPO COLON ASCENDENTE
10	14	KF	F	44	0	DIARREA CRONICA	S	S	DIARREA CRONICA	S	NEGATIVO
11	15	TG	M	79	5	FOLLOW-UP	S	S	FOLLOW-UP	S	POLIPO
12	15	MM	M	56	5	FOLLOW-UP	S	S	FOLLOW-UP	S	NEGATIVO
13	18	AM	F	84	0	DIARREA	N	N	DIARREA ACUTA	N	DIVERTICOLOSI
14	18	TS	F	88	1	RSO+	S	S	RSO+	S	NEGATIVO
15	14.06	PM	M	48	5	RCU	S	S	RCU DA 15 AA	S	NEGATIVA
16	14	BM	M	71	3	RETTORRAGIA	S	S	RETTORRAGIA	S	NEGATIVA
17	14	BG	M	54	0	FAMILIARITA'	S	S	FAMILIARITA'	S	DIVERTICOLOSI
18	14	PV	F	80	0	ANEMIA	S	S	ANEMIA	S	NEGATIVA
19	14	ME	F	57	0	RETTORRAGIA	S	S	RETTORRAGIA	S	NEGATIVA
20	14	LO	F	40	0	RETTORRAGIA	S	S	RETTORRAGIA	S	NEGATIVA
21	15	MF	F	52	5	FOLLOW-UP	S	S	FOLLOW-UP	S	DOLICOLON
22	15	CM	F	72	0	COLON IRRITABILE	N	N	COLON IRRITABILE	N	POLIPI
23	15	GA	F	18	0	RETTORRAGIA	S	S	RETTORRAGIA E DIARREA	S	NEGATIVO
24	16	GI	M	73	3	NESSUNA	N	N	ROHN IN PEGGIORAMENTO	S	FLOGOSI ATTIVA
25	16	PF	F	74	3	DISPEPSIA	N	N	FOLLOW-UP POLIPO	S	POLIPO
26	16	RA	M	79	1	CONTROLLO	N	N	POLIPI PREGRESSI	N	DIVERTICOLOSI
27	16	PG	M	72	2	FOLLOW-UP	S	S	FOLLOW-UP K. RETTO	S	POLIPO
28	21.06	PG	M	62	1	DOLORE IPOC. DX.	N	N	ALGIE ADDOMINALI	N	MICROPOLIPO
29	21	PP	F	92	6 MESI	RETTORRAGIA	S	S	PALLIAZIONE CA. RETTO	S	CA. RETTO
30	21	NS	F	62	1	CONTROLLO	N	N	FOLLOW-UP	N	NEGATIVA
31	21	BR	F	71	5	FOLLOW-UP	S	S	FOLLOW-UP	S	POLIPO RETTO
32	22.06	GF	F	53	6	FALIGLIARITA'	S	S	FAMIGLIARITA'	S	NEGATIVA
33	22	MF	M	47	3	EXERESI MICROPOLIPO	N	N	CONTROLLO	N	DIVERTICOLI
34	22	FO	F	68	1	ACCERTAMENTI	N	N	FOLLOW-UP	N	NEGATIVA
35	23.06	FE	F	49	3	CTRL. POLIPECTOMIA	S	S	FOLLOW-UP POLIPECTOMIA	S	NEGATIVA
36	23	ME	M	63	0	NESSUNA	N	N	RSO+	S	POLIPO SIGMA
37	23	GF	F	68	1	CONTR. POLIPECTOMIA	S	S	FOLLOW-UP	S	POLIPO DISCENDENTE
38	23	FS	M	71	2	CTRL. IN OPERATO CA.	S	S	FOLLOW-UP	S	NEGATIVA
39	24.06	RA	M	74	4 MESI	CONTROLLO	S	S	FOLLOW-UP	S	NEGATIVA
40	25.06.2010	SG	M	72	2	CONTROLLO	N	N	FOLLOW-UP	N	DIVERTICOLOSI
41	25	MM	M	73	0	RSO+	S	S	RSO+	S	CA. COLON
42	5.07	DCM	F	51	0	MICROPOLIPO	S	S	POLIPO AL RX	S	POLIPO COLON
43	5	GL	F	67	1	FOLLOW-UP	S	S	FOLLOW-UP	S	DIVERTICOLOSI
44	6.07	MM	M	55	0	DIVERTICOLOSI	N	N	DIVERTICOLOSI	N	DIVERTICOLOSI
45	6	PG	F	70	1	DOLORI ADDOMINALI	N	N	DOLORI ADDOMINALI	N	DIVERTICOLOSI
46	6	BS	M	67	5	FAMILIARITA'	S	S	FAMILIARITA'	S	DIVERTICOLOSI
47	6	GP	F	63	2	CONTROLLO	N	N	RSO 1 ANNO FA	N	DIVERTICOLOSI
48	7.07	BG	M	69	4	RETTORRAGIA	S	S	RETTORRAGIA	S	RCU
49	8.07	GG	F	70	20 GIORNI	POLIPO NON ASPORTATO	S	S	POLIPECTOMIA	S	POLIPO
50	8	CB	M	84	2	POLIPI	S	S	POLIPI PREGRESSI	S	POLIPI



Appropriate Use of Gastrointestinal Endoscopy

GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

VOLUME 52, NO. 6, 2000

GI endoscopy is generally indicated:

1. If a change in management is probable based on results of endoscopy.
2. After an empiric trial of therapy for a suspected benign digestive disorder has been unsuccessful.
3. As the initial method of evaluation as an alternative to radiographic studies.
4. When a primary therapeutic procedure is contemplated.

GI endoscopy is generally not indicated:

1. When the results will not contribute to a management choice.
2. For periodic follow-up of healed benign disease unless surveillance of a premalignant condition is warranted.

GI endoscopy is generally contraindicated

1. When the risks to patient health or life are judged to outweigh the most favorable benefits of the procedure.
2. When adequate patient cooperation or consent cannot be obtained.
3. When a perforated viscus is known or suspected.

SPECIFIC INDICATIONS STATEMENTS

1. Esophagogastroduodenoscopy (EGD) is generally indicated for evaluating:

5. Colonoscopy is generally indicated in the following circumstances



Appropriate Use of Gastrointestinal Endoscopy

1. Esophagogastroduodenoscopy (EGD) is generally indicated for evaluating:

- A. Upper abdominal symptoms, which persist despite an appropriate trial of therapy
- B. Upper abdominal symptoms associated with other symptoms or signs suggesting serious organic disease (e.g., anorexia and weight loss) or in patients over 45 years of age.
- C. Dysphagia or odynophagia.
- D. Esophageal reflux symptoms, which are persistent or recurrent despite appropriate therapy.
- E. Persistent vomiting of unknown cause.
- F. Other diseases in which the presence of upper GI pathology might modify other planned management. Examples include, patients who have a history of ulcer or GI bleeding who are scheduled for organ transplantation, long-term anticoagulation or chronic nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy for arthritis and those with cancer of the head and neck.
- G. Familial adenomatous polyposis syndromes.
- H. For confirmation and specific histologic diagnosis of radiologically demonstrated lesions:
 - 1. Suspected neoplastic lesion.
 - 2. Gastric or esophageal ulcer.
 - 3. Upper tract stricture or obstruction.
- I. Gastrointestinal bleeding:
 - 1. In patients with active or recent bleeding.
 - 2. For presumed chronic blood loss and for iron deficiency anemia when the clinical situation suggests an upper GI source or when colonoscopy is negative.
- J. When sampling of tissue or fluid is indicated.
- K. In patients with suspected portal hypertension to document or treat esophageal varices.
- L. To assess acute injury after caustic ingestion.
- M. Treatment of bleeding lesions such as ulcers, tumors, vascular abnormalities (e.g., electrocoagulation, heater probe, laser photocoagulation or injection therapy).
- N. Banding or sclerotherapy of varices.
- O. Removal of foreign bodies.
- P. Removal of selected polypoid lesions.
- Q. Placement of feeding or drainage tubes (peroral, percutaneous endoscopic gastrostomy, percutaneous endoscopic jejunostomy).
- R. Dilatation of stenotic lesions (e.g., with transendoscopic balloon dilators or dilation systems employing guidewires).
- S. Management of achalasia (e.g., botulinum toxin, balloon dilation).
- T. Palliative treatment of stenosing neoplasms (e.g., laser, multipolar electrocoagulation, stent placement).

2. EGD is generally not indicated for evaluating:

- A. Symptoms which are considered functional in origin (there are exceptions in which an endoscopic examination may be done once to rule out organic disease, especially if symptoms are unresponsive to therapy).
- B. Metastatic adenocarcinoma of unknown primary site when the results will not alter management.
- C. Radiographic findings of:
 - 1. Asymptomatic or uncomplicated sliding hiatal hernia.
 - 2. Uncomplicated duodenal ulcer which has responded to therapy.
 - 3. Deformed duodenal bulb when symptoms are absent or respond adequately to ulcer therapy.

3. Sequential or periodic EGD may be indicated:

- A. Surveillance for malignancy in patients with premalignant conditions (i.e., Barrett's esophagus)

4. Sequential or periodic EGD is generally not indicated for:

- A. Surveillance for malignancy in patients with gastric atrophy, pernicious anemia, or prior gastric operations for benign disease.
- B. Surveillance of healed benign disease such as esophagitis, gastric or duodenal ulcer.
- C. Surveillance during repeated dilations of benign strictures unless there is a change in status.



Appropriate Use of Gastrointestinal Endoscopy

5. Colonoscopy is generally indicated in the following circumstances

- A. Evaluation of an abnormality on barium enema or other imaging study, which is likely to be clinically significant, such as a filling defect or stricture.
- B. Evaluation of unexplained gastrointestinal bleeding.
 1. Hematochezia
 2. Melena after an upper GI source has been excluded.
 3. Presence of fecal occult blood
- C. Unexplained iron deficiency anemia.
- D. Screening and surveillance for colonic neoplasia
 1. Screening of asymptomatic, average risk patients for colonic neoplasia.
 2. Examination to evaluate the entire colon for synchronous cancer or neoplastic polyps in a patient with treatable cancer or neoplastic polyp.
 3. Colonoscopy to remove synchronous neoplastic lesions at or around time of curative resection of cancer followed by colonoscopy at three years and 3-5 years thereafter to detect metachronous cancer.
 4. Following adequate clearance of neoplastic polyp(s) survey at 3-5 year intervals.
 5. Patients with significant family history.
 - a. Hereditary non polyposis colorectal cancer: colonoscopy every two years beginning at the earlier of age 25, or five years younger than the earliest age of diagnosis of colorectal cancer. Annual colonoscopy should begin at age 40.
 - b. Sporadic colorectal cancer before the age of 60: colonoscopy every five years begin-

ning at age 10 years earlier than the affected relative or every three years if adenoma is found.

6. In patients with ulcerative or Crohn's pan-colitis eight or more years' duration or left sided colitis 15 or more years' duration every 1-2 years with systematic biopsies to detect dysplasia.

- E. Chronic inflammatory bowel disease of the colon if more precise diagnosis or determination of the extent of activity of disease will influence immediate management.
- F. Clinically significant diarrhea of unexplained origin.
- G. Intraoperative identification of a lesion not apparent at surgery (e.g., polypectomy site, location of a bleeding site).
- H. Treatment of bleeding from such lesions as vascular malformation, ulceration, neoplasia, and polypectomy site (e.g., electrocoagulation, heater probe, laser or injection therapy).
 - I. Foreign body removal.
 - J. Excision of colonic polyp.
 - K. Decompression of acute nontoxic megacolon or sigmoid volvulus.
 - L. Balloon dilation of stenotic lesions (e.g., anastomotic strictures).
 - M. Palliative treatment of stenosing or bleeding neoplasms (e.g., laser, electrocoagulation, stenting).
 - N. Marking a neoplasm for localization.

6. Colonoscopy is generally not indicated in the following circumstances

- A. Chronic, stable, irritable bowel syndrome or chronic abdominal pain; there are unusual exceptions in which colonoscopy may be done once to rule out disease, especially if symptoms are unresponsive to therapy.
- B. Acute diarrhea.
- C. Metastatic adenocarcinoma of unknown primary site in the absence of colonic signs or symptoms when it will not influence management.
- D. Routine follow-up of inflammatory bowel disease (except for cancer surveillance in chronic ulcerative colitis and Crohn's colitis).
- E. Upper GI bleeding or melena with a demonstrated upper GI source.

7. Colonoscopy is generally contraindicated in:

- A. Contraindications listed under General Indications statements.
- B. Fulminant colitis.
- C. Documented acute diverticulitis.

Appropriatezza delle indicazioni alla esofagogastroduodenoscopia (EGDS) diagnostica *(linee guida AIGO-SIED-SIGE)*

1. In presenza dei seguenti segni e sintomi:

disfagia acuta ingravescente e/o odinofagia

vomito persistente incoercibile e/o altri sintomi subocclusivi

sospetto radiologico o di altra tecnica per immagini (eco/TAC) di patologia stenotomica oligosintomatica

ematemesi e/o melena recenti riferite o accertate con assetto emodinamico stabile

dispepsia/epigastralgia/pirosi persistente e anamnesi positiva per ulcera gastrica (o senza precedenti accertamenti se età > 45 anni)

dispepsia/epigastralgia/pirosi persistente, sintomatici dopo adeguato trattamento

dispepsia/epigastralgia/pirosi associate ad anoressia-dimagrimento

anemia da carenza di ferro (non spiegata)

dolore toracico atipico con accertamenti cardiologici negativi

2. Per la diagnosi e la sorveglianza di condizioni neoplastiche e/o pre-neoplastiche:

diagnosi nota di neoplasia esofago-gastrica da confermare istologicamente

sorveglianza periodica in pazienti con esofago di Barrett

controllo di fattori di rischio e condizioni precancerose del cancro gastrico in situazioni definite

controllo di ulcere esofagee, delle esofagiti croniche associate ad acalasia sintomatica, delle ulcere gastriche per verificarne la benignità o la guarigione

3. Altre situazioni:

ricerca o follow-up di varici esofagee o gastriche

sospetto clinico-laboratoristico di celiachia

Appropriatezza delle indicazioni alla colonscopia

(da Suppl GIED n. 3/2006)

1) In presenza dei seguenti segni e sintomi

alterazioni significative alla diagnostica per immagini (clisma opaco, eco, TC , RMN) quali: a) stenosi ; b) difetti di riempimento
sanguinamento gastroenterico non spiegato
ematochezia (rettorragie, enterorragie)
in assenza di fonti evidenti di sanguinamento anali
in presenza di fonti di sanguinamento anali nei pazienti di età superiore ai 50 anni
melena (dopo aver escluso la eziologia a carico del tratto digestivo superiore)
positività del sangue occulto nelle feci
calo ponderale significativo (dopo aver escluso altre eziologie)
anemia da carenza di ferro (non spiegata)
modificazioni significative e persistenti dell'alvo

2) Per la diagnosi e la sorveglianza del cancro del colon e dei polipi adenomatosi

screening in pazienti asintomatici a rischio generico
ricerca di cancro sincrono o polipi in pazienti con diagnosi di
cancro operabile
Polipi Adenomatosi
sorveglianza periodica in pazienti:
operati di cancro del colon (dopo il 1° e 2° anno e successivamente ogni 3 anni)
sottoposti ad asportazione endoscopica o chirurgica di polipi adenomatosi (entro 3/5 anni)
pazienti con familiarità per cancro del colon:
con parenti di 1° grado affetti da cancro del colon; almeno 10 anni prima rispetto all'età di insorgenza del cancro nel parente di 1° grado o comunque dopo i 50 anni
nelle sindromi neoplastiche familiari (polipose e non) del colon
pazienti con colite ulcerosa o morbo di Crohn per la diagnosi di displasia o cancro in fase precoce

3) In presenza di Malattie infiammatorie intestinali

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

4) In caso di manovre operative

trattamento di lesioni sanguinanti come alterazioni vascolari, ulcere, neoplasie ed emorragie post-polipectomia
rimozione di corpi estranei
polipectomie
decompressione di megacolon acuto non tossico o di volvolo del sigma
tatuaggio di lesioni da individuare intraoperatoriamente

AMBULATORIALI: *RISULTATI*

Sono state valutate 748 richieste

(EGD: 412; Colonscopie: 336)

Ospedale	TOTALE	EGD	COLONSCOPIE
S. ANNA	330	185	145
DELTA	168	76	92
COPPARO	109	56	53
CENTO	78	51	27
ARGENTA	63	44	19

AMBULATORIALI: *RISULTATI*

	COLONSCOPIE (n: 336)	EGDS (n: 412)
Appropriatezza Richiesta MMG (Criteri ASGE)	205 (61%)	219 (53.1%)
Appopr. Valutazione "Reale" (solo S. Anna e Osp. Cento)	127/172 (73.8%)	137/236 (58%)
Discordanti fra richiesta MMG vs motivazione reale	15/172 (8.7%)	19/236 (8%)

AMBULATORIALI: *RISULTATI*

	COLONSCOPIE (n: 336)	EGDS (n: 412)
Appropriatezza Richiesta MMG (Criteri ASGE)	205 (61%)	219 (53.1%)
Appopr. Valutazione "Reale" (solo S. Anna e Osp. Cento)	127/172 (73.8%)	137/236 (58%)
Discordanti fra richiesta MMG vs motivazione reale	15/172 (8.7%)	19/236 (8%)
Richiesta più frequente	Follow-up: 87	Epigastralgie: 90

AMBULATORIALI: *RISULTATI*

	COLONSCOPIE (n: 336)	EGDS (n: 412)
Appropriatezza Richiesta MMG (Criteri ASGE)	205 (61%)	219 (53.1%)
Appopr. Valutazione "Reale" (solo S. Anna e Osp. Cento)	127/172 (73.8%)	137/236 (58%)
Discordanti fra richiesta MMG vs motivazione reale	15/172 (8.7%)	19/236 (8%)
Richiesta più frequente	Follow-up: 87	Epigastralgie: 90
Richiesta di esame senza motivazione esplicitata	49 (14.5%)	31 (7.5%)

AMBULATORIALI: *RISULTATI*

	COLONSCOPIE (n: 336)	EGDS (n: 412)
Appropriatezza Richiesta MMG (Criteri ASGE)	205 (61%)	219 (53.1%)
Appopr. Valutazione "Reale" (solo S. Anna e Osp. Cento)	127/172 (73.8%)	137/236 (58%)
Discordanti fra richiesta MMG vs motivazione reale	15/172 (8.7%)	19/236 (8%)
Richiesta più frequente	Follow-up: 87	Epigastralgie: 90
Richiesta di esame senza motivazione esplicitata	49 (14.5%)	31 (7.5%)
Referto Endoscopico Negativo	141 (41.9%)	97 (23.5%)
Referto Neg. in rich. Appr. vs rich. Non-Appropriata	81/205 (39.5%) 60/131 (45.8%)	46/219 (21%) 51/193 (26.4%)

PROPOSTA DI AUDIT (2011)

- ü Rilievo prospettico dei dati di EGD e Colonscopie di pazienti ricoverati (Osp. S. Anna e Delta)
- ü Tempo di raccolta dati: 2 mesi

RICOVERATI: *RISULTATI*

Sono state valutate 519 richieste

	GASTROSCOPIE	COLONSCOPIE
OSP. DELTA	50	31
S. ANNA	263	175
TOTALE	313	206

RICOVERATI: *RISULTATI*

Sono state valutate 519 richieste

	GASTROSCOPIE	COLONSCOPIE
OSP. DELTA	50	31
S. ANNA	263	175
TOTALE	313	206
Appropriatezza richiesta (Criteri ASGE)	157/206 (76.2%)	260/313 (83.0%)

RICOVERATI "S. Anna": *RISULTATI*

	COLONSCOPIE (n: 175)	GASTROSCOPIE (n: 263)
Appropriatezza richiesta (Criteri ASGE)	129/175 (73.7%)	212/263 (80.6%)

RICOVERATI "S. Anna": *RISULTATI*

	COLONSCOPIE (n: 175)	GASTROSCOPIE (n: 263)
Appropriatezza richiesta (Criteri ASGE)	129/175 (73.7%)	212/263 (80.6%)
Richiesta più frequente	Anemia: 34 Rettorragia: 24	Anemia: 41 Epigastralgie: 34

RICOVERATI “S. Anna”: *RISULTATI*

	COLONSCOPIE (n: 175)	GASTROSCOPIE (n: 263)
Appropriatezza richiesta (Criteri ASGE)	129/175 (73.7%)	212/263 (80.6%)
Richiesta più frequente	Anemia: 34 Rettorragia: 24	Anemia: 41 Epigastralgie: 34
Referto Endoscopico Negativo	67 (38.3%)	82 (31.2%)

RICOVERATI "S. Anna": *RISULTATI*

	COLONSCOPIE (n: 175)	GASTROSCOPIE (n: 263)
Appropriatezza richiesta (Criteri ASGE)	129/175 (73.7%)	212/263 (80.6%)
Richiesta più frequente	Anemia: 34 Rettorragia: 24	Anemia: 41 Epigastralgie: 34
Referto Endoscopico Negativo	67 (38.3%)	82 (31.2%)
Referto Endoscopico Negativo in Richieste Appropriate vs. Richieste Non-Appropriate	36/127 [^] (28.3%) 31/45 [°] (68.9%) *	47/212 (22.2%) 35/51 (68.6%) *

[^] + 2; [°] + 1 colonscopie incomplete

*** p < 0.001**

RICOVERATI: *COSA AVREMMO PERSO ?*

Sono state valutate: 313 EGD e 206 COLON

GASTROSCOPIE

- Diagnosticati:
 - 14 Tumori
 - 2 U. esofagee
 - 9 U. gastriche
 - 16 U. duodenali

**Solo un Paziente con U.D.
era nel gruppo “richieste
non appropriate”**

COLONSCOPIE

- Diagnosticati:
 - 19 Carcinomi

**Tutti erano nel gruppo
“richieste appropriate”**

CONCLUSIONI

CASISTICA PERSONALE

Mangualde J. WJGE 2011;3:195

	APPR. EGD	APPR. COLON
AMB	53.1%	61%
RI C	76.2%	83.0%

APPR. EGD	APPR. COLON
82.7%	82.6%



Grazie per l'ATTENZIONE!