

# TAVOLA ROTONDA: Appropriatelyzza delle Richieste

## La richiesta urgente: quando, dove, con chi

**Dott Alberto Merighi**

Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva  
Dipartimento di Medicine e Specialità Mediche

*Azienda Ospedaliero–Universitaria  
Policlinico di Modena*

university of ferrara  
university of ferrara

Convegno

---

**L'APPROPRIATEZZA IN  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

**Venerdì 25 Novembre 2011**  
*Sala degli Imbarcaderi  
Castello Estense – Ferrara*

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

# La richiesta urgente: quando, dove, con chi

- Appropriatelyzza ed endoscopia in urgenza
- Priorità della richiesta esami CUP
- Emergenze-urgenze endoscopiche



# Appropriate Use of Gastrointestinal Endoscopy

A consensus statement from the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Initially prepared by the Committee on Endoscopic Utilization. Revised by the Standards of Practice Committee and approved by the Governing Board.

## 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.

## The spectrum of judgment about appropriateness



Copyright © - GIMBE®

Da Muir Graj JA. Churchill Livingstone, 2001

Gastrointestinal Endoscopy 2000; 52: 831-837

## SPECIFIC INDICATIONS STATEMENTS

### 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. Dilation 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).

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.

# QUALITY AND OUTCOMES ASSESSMENT IN GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

Specific Quality Indicators

EGD/ Colonoscopy

*Demographic*

**Indications:** ASGE approved indications

*Sedation*

*Complications*

*Patients satisfaction*

*Procedure success*

# Accreditamento Regionale

## 1217 Indicatori Strutture di Endoscopia Digestiva

- N. procedure eseguite secondo LG ASGE / n. totale di procedure eseguite x 100

### 8.1 Procedure

Sono state redatte procedure per l'accesso alla struttura (eleggibilità, liste di attesa, accesso in urgenza/emergenza)

## 1143 Struttura di endoscopia diagnostico-operativo avanzata.

La struttura che effettua Indagini Endoscopiche diagnostico-operative avanzate esegue almeno una delle seguenti procedure endoscopiche diagnostico-operative avanzate come endoscopia d'urgenza per i casi di emorragia digestiva superiore ...

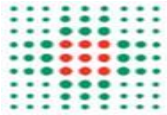
## 1184-1186 Dotazione di personale e clinical competence

## 1192 Struttura di endoscopia diagnostico-operativo avanzata.

- Gestione delle emergenze endoscopiche (ove previsto nel contesto organizzativo)

## How to predict a high rate of inappropriateness for upper endoscopy in an endoscopic centre?

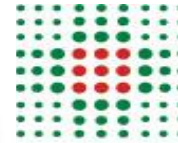
- Rate of patients referred by primary care physician
- Rate of urgent examinations
- Prevalence of relevant diseases
- Academic status



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena  
Policlinico



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI MODENA E REGGIO EMILIA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

## APPROPRIATEZZA NELLA DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE

►► CRITERI CLINICI DI PRIORITÀ

*Documento di sintesi del lavoro  
dei panel multidisciplinare*

Strumenti per  
L'APPROPRIATEZZA  
Aprile 2009

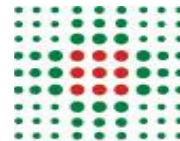
3

## APPROPRIATEZZA IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA DEL TRATTO DIGESTIVO INFERIORE

►► CRITERI CLINICI DI PRIORITÀ

Strumenti per  
L'APPROPRIATEZZA  
Luglio 2011

3b



### Composizione del panel

Dott.ssa <b>Barchi Tiziana</b>	Endoscopia Digestiva
Dott.ssa <b>Bonesi Maria Grazia</b>	MMG
Dott. <b>Callegaro Alessandro</b>	Direzione Sanitaria
Dott. <b>Cavalli Mario</b>	Emergenza-Urgenza
Dott. <b>Chahin Nabil</b>	Endoscopia Digestiva
Dott.ssa <b>Conigliaro Rita</b>	Endoscopia Digestiva
Dott. <b>Dal Borgo Paolo</b>	Endoscopia Digestiva
Dott.ssa <b>De Luca M.Luisa</b>	Dipartimento Cure Primarie
Dott.ssa <b>Gualtieri M. Chiara</b>	Direzione Sanitaria
Dott.ssa <b>Maccaferri Cristina</b>	CSA
Dott. <b>Mazzi Wainer</b>	MMG
Dott. <b>Merighi Alberto</b>	Endoscopia Digestiva
Dott. <b>Piancone Cataldo</b>	MMG
Dott. <b>Salinaro Francesco</b>	MMG
Dott.ssa <b>Salvo Erica</b>	Dipartimento Cure Primarie
Dott.ssa <b>Scarpa Marina</b>	MMG
Dott.ssa <b>Torcasio Francesca</b>	Direzione Sanitaria
Dott. <b>Trande Paolo</b>	Gastroenterologia Endoscopia Digestiva

### Coordinamento

Dott.ssa <b>Loretta Casolari</b>	Direzione Sanitaria - Ricerca e Innovazione
----------------------------------	---

Si ringraziano per il contributo fornito alle stesure del presente documento la Dott.ssa Boarino Valentina, il Dott. Cassarini Marco e la Dott.ssa De Martinis Elvira.

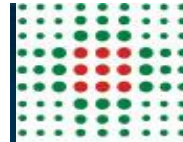
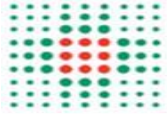
### Composizione del panel

Dott. <b>Stefano Bellentani</b>	Endoscopia Digestiva Azienda USL MO
Dott.ssa <b>Ilaria Bernardini</b>	Oncologia Azienda USL MO
Dott.ssa <b>Helga Bertani</b>	Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva Azienda USL MO
Dott.ssa <b>Valentina Boarino</b>	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Policlinico
Dott.ssa <b>Maria Grazia Bonesi</b>	Medico di Medicina Generale
Dott. <b>Alessandro Callegaro</b>	Direzione Sanitaria Policlinico
Dott. <b>Mario Cavalli</b>	Emergenza-Urgenza Azienda USL MO
Dott. <b>Chahin Nabil</b>	Endoscopia Digestiva Endoscopia Hesperia Hospital
Dott.ssa <b>Rita Conigliaro</b>	Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva Azienda USL MO
Dott.ssa <b>Rossella Corradini</b>	Screening Colon Retto
Dott.ssa <b>M.Luisa De Luca</b>	Dipartimento Cure Primarie Azienda USL MO
Dott. <b>Giuseppe Longo</b>	Oncologia Policlinico
Dott. <b>Claudio Luppi</b>	Chirurgia Generale Azienda USL MO
Dott.ssa <b>Cristina Maccaferri</b>	Centro Servizi Ambulatoriali
Dott. <b>Wainer Mazzi</b>	Medico di Medicina Generale
Dott. <b>Lorenzo Medici</b>	Endoscopia Digestiva Osp. Sassuolo
Dott. <b>Alberto Merighi</b>	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Policlinico
Dott.ssa <b>Lucia Pederzini</b>	Direzione Sanitaria Policlinico
Dott. <b>Cataldo Piancone</b>	Medico di Medicina Generale
Dott.ssa <b>Erica Salvo</b>	Dipartimento Cure Primarie Azienda USL MO

### Coordinamento

Dott.ssa <b>Maria Chiara Gualtieri</b>	Direzione Sanitaria Azienda USL MO
--	------------------------------------

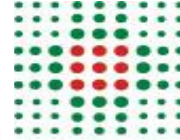
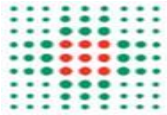
Si ringrazia il Dr. Mauro Manno (Gastroenterologia -Endoscopia Digestiva Azienda USL MO) per il contributo sul paragrafo dell'enteroscopia, il Dott. Emanuele Dabizzi e il Dr. Paolo Trande (Gastroenterologia -Endoscopia Digestiva Azienda USL MO) per il contributo su alcuni altri scenari clinici, il Dr. Gianpiero Olivetti (già Responsabile del II Livello del Programma Regionale dello Screening dei tumori del Colon-Retto) e la Sig.ra Rita Lombardo della Segreteria del Presidio Ospedaliero/ Nuovo Ospedale S. Agostino-Estense per la stesura grafica definitiva del Documento



# Metodologia di lavoro

## Il panel multidisciplinare ha:

- Analizzato e definito le **problematiche e gli scenari clinici** risultati particolarmente critici per il livello di inappropriatezza, dopo un lavoro di audit eseguito sulle richieste CUP in un periodo campione di 3 mesi
- Ricercato le **evidenze disponibili** sugli argomenti individuati come prioritari, privilegiando linee guida prodotte da società scientifiche o agenzie sanitarie governative. La ricerca è stata svolta su banche dati elettroniche.
  - [www.sied.it](http://www.sied.it)
  - [www.asge.org](http://www.asge.org)
  - [www.epage.ch](http://www.epage.ch)
  - [www.jopasco.org](http://www.jopasco.org)
  - [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com)
  - [www.giscor.it](http://www.giscor.it)
  - [www.prodigy.nhs.uk](http://www.prodigy.nhs.uk)
- Elaborato e condiviso i **criteri di appropriatezza** (applicabilità nel contesto locale, disponibilità risorse a livello aziendale e provinciale)



APPROPRIATEZZA  
NELLA DIAGNOSTICA  
ENDOSCOPICA DEL TRATTO  
DIGESTIVO SUPERIORE

CRITERI CLINICI DI PRIORITÀ

Documentazione di sintesi del lavoro  
dei punti multidisciplinari

3  
Stipendiati per  
L'APPROPRIATEZZA  
Aprile 2008

SOMMARIO

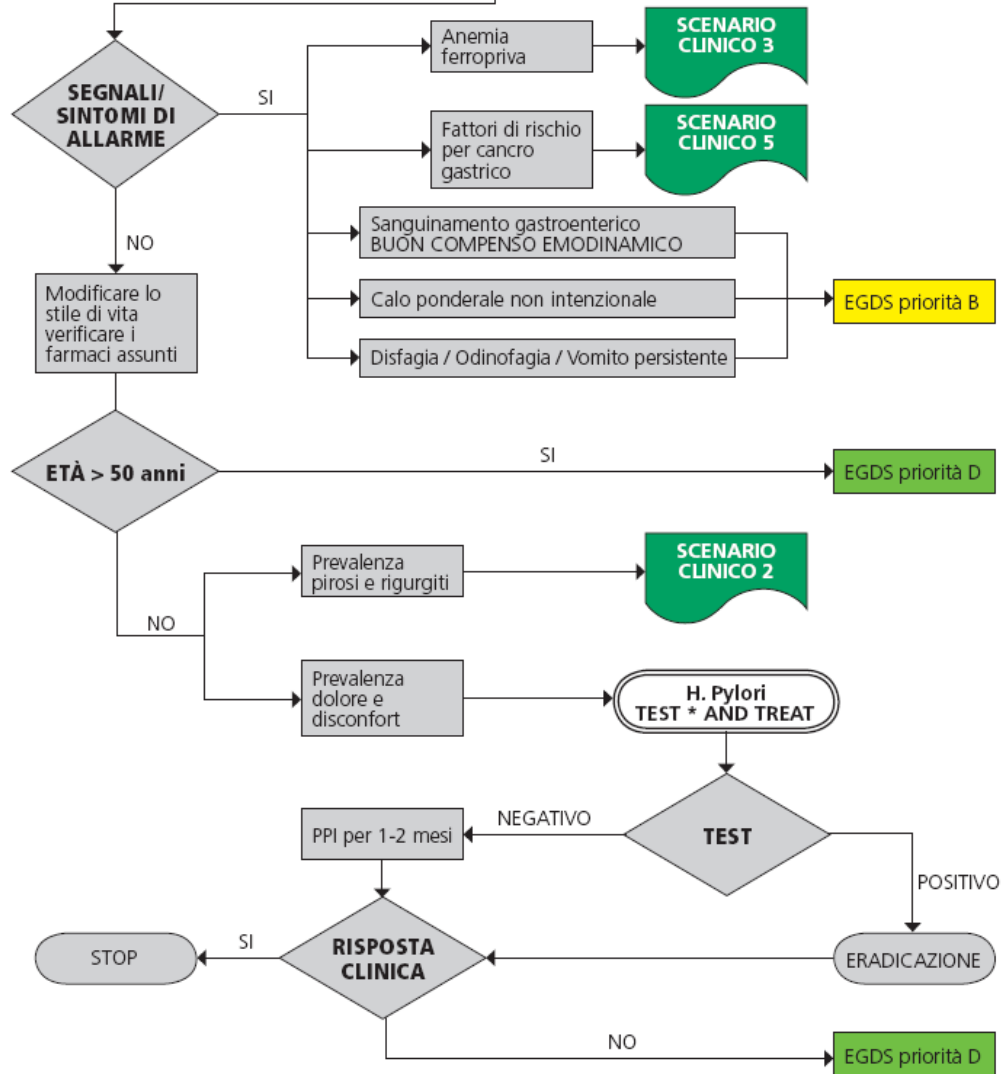
INTRODUZIONE	4
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)	6
SCENARI CLINICI – TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE	7
SCENARIO CLINICO 1: Dispepsia	7
SCENARIO CLINICO 2: Malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE)	10
SCENARIO CLINICO 3: Anemia ferropriva	12
SCENARIO CLINICO 4: Sorveglianza dei pazienti con esofago di Barrett (EB)	13
SCENARIO CLINICO 5: Fattori di rischio per cancro gastrico	14
CRITERI CLINICI DI PRIORITÀ	15
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) preparazione all'esame	16
MODALITÀ DI RICHIESTA, RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA E PERCORSI DI ACCESSO	17
BIBLIOGRAFIA CONSULTATA	19
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	19

- Appropriatezza della EGDS
- Scenari clinici
- **Richiesta e criteri di priorità**
- Informazioni per il paziente e il Medico

# DISPEPSIA

**VALUTAZIONE CLINICA**  
ANAMNESI - ESAME OBIETTIVO  
considerare:

- cardiopatie
- patologie biliari
- patologie epatiche
- patologie pancreatiche



**LIVELLO DI PRIORITÀ:**



**(ENTRO 60 GG)  
Esame non critico**

- Sintomi persistenti di MRGE in paziente già trattato e nonostante la eradicazione dell'Helicobacter pylori (compreso "Hp test and treat")
- Persistente dispepsia in paziente di età > 50 aa senza precedenti accertamenti endoscopici
- Anemia da carenza di ferro (dopo approfondita valutazione clinica delle patologie che causano perdita o mancato assorbimento)
- Affezioni extra-digestive in cui la presenza di una patologia digestiva può modificare il trattamento pianificato (ad esempio terapia anticoagulante a lungo termine, terapia cronica con FANS o altri antiaggreganti, in attesa di trapianto con anamnesi positiva per lesioni ulcerative o emorragiche, neoplasie respiratorie prossimali)
- Sospetta celiachia (anticorpi positivi)
- Ricerca varici in paziente con ipertensione portale

**LIVELLO DI PRIORITÀ:**



**(OLTRE 60 GIORNI)  
controllo periodico/  
Follow-up**

È indicata in pazienti che hanno già effettuato indagini endoscopiche e che hanno una patologia nota allo specialista e che richiede controlli a distanza

- Esofago di Barrett (con periodicità definita dal grado di displasia)
- Acalasia (circa 15 anni dopo la diagnosi/sintomi di acalasia; intervalli non definiti)
- Sorveglianza esofagea nei pazienti con tumori del distretto testa-collo
- Lesioni da caustici (15-20 anni dopo l'ingestione dei caustici a intervalli di 1-3 anni)
- Metaplasia intestinale gastrica (non ci sono evidenze sulla utilità della sorveglianza; tenere conto degli elementi etnici, della familiarità e della presenza dell'Helicobacter pilory)
- Displasia gastrica
- Poliposi adenomatosa (controllo a 1 anno dalla asportazione e controlli successivi a intervalli di 3-5 aa)
- FAP (poliposi adenomatosa familiare)
- Pregressa resezione gastrica per Early Gastric Cancer
- Sorveglianza periodica dei pazienti sottoposti a scleroterapia o legatura elastica di varici esofagee

LIVELLO DI PRIORITÀ:

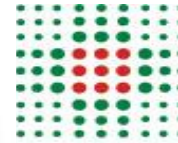
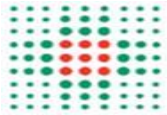


(ENTRO 7 GG)  
Esame critico

- Sanguinamento gastro-intestinale anamnestico, buon compenso emodinamico
- Dispepsia e calo ponderale non intenzionale
- Dispepsia e disfagia/odinofagia/vomito persistente
- Pirosi/rigurgito e calo ponderale non intenzionale
- Pirosi/rigurgito e disfagia/odinofagia/vomito persistente
- Sospetto "radiologico" (RX, ECO, TC, RM etc) di patologia neoplastica del I tratto digerente

PRESTAZIONE	PRIORITÀ E ACCESSO			
	PRESTAZIONI URGENTI 24 ORE	PRESTAZIONI URGENTI DIFFERIBILI 7 GG	PRESTAZIONI PROGRAMMABILI DI 1° ACCESSO 60 GIORNI	PRESTAZIONI PROGRAMMABILI DI CONTROLLO PERIODICO E DI FOLLOW UP OLTRE I 60 GIORNI
C-Urea Breath Test	Non prevista*	Non prevista*	Prenotazione presso tutti i punti di prenotazione	Prenotazione presso tutti i punti di prenotazione
EGDS	Non prevista*	Prenotazione Cup	Prenotazione presso tutti i punti di prenotazione	Prenotazione presso tutti i punti di prenotazione

\*prestazione non disponibile agli sportelli di prenotazione.



# APPROPRIATEZZA IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA DEL TRATTO DIGESTIVO INFERIORE

▶▶ CRITERI CLINICI DI PRIORITÀ

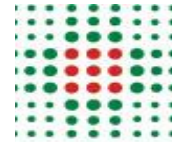
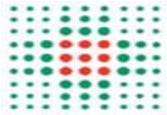
Strumenti per  
L'APPROPRIATEZZA  
Luglio 2011



- Appropriatelyzza della colonscopia
- Scenari clinici
- **Richiesta e criteri di priorità**
- Informazioni per il paziente e il Medico

## SOMMARIO

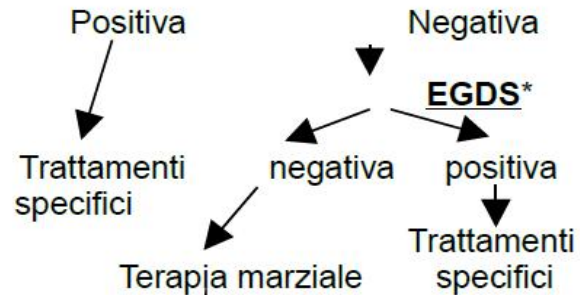
INTRODUZIONE .....	4
COLONSCOPIA .....	7
DOLORE ADDOMINALE .....	8
MALATTIA DIVERTICOLARE .....	11
ANEMIA CON DOCUMENTATA CARENZA MARZIALE (IDA) .....	14
SORVEGLIANZA DEI PAZIENTI A RISCHIO DI SVILUPPARE NEOPLASIA DEL COLON RETTO .....	18
SORVEGLIANZA DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO PER CANCRO DEL COLON E DEL RETTO .....	23
SCREENING PER NEOPLASIA DEL COLON-RETTO .....	24
CRITERI CLINICI DI PRIORITA' .....	28
PREPARAZIONE ALLA COLONSCOPIA .....	30
CASI PARTICOLARI .....	38
MODALITA' DI RICHIESTA DELLA COLONSCOPIA .....	40



## ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO

1. Et  (< / > 50 anni)
2. Sintomi e segni: -Sintomi d'allarme presenti  
-FOBT positivo  
-Non risposta al re-integro marziale
3. Esclusione di patologia gastroduodenale  
(vedi documento EGDS)
4. Altro: -familiarit  per neoplasie gastrointestinali  
-IBD  
-gastrectomia

### COLONSCOPIA



Miglioramento valori emoglobinici?

Si

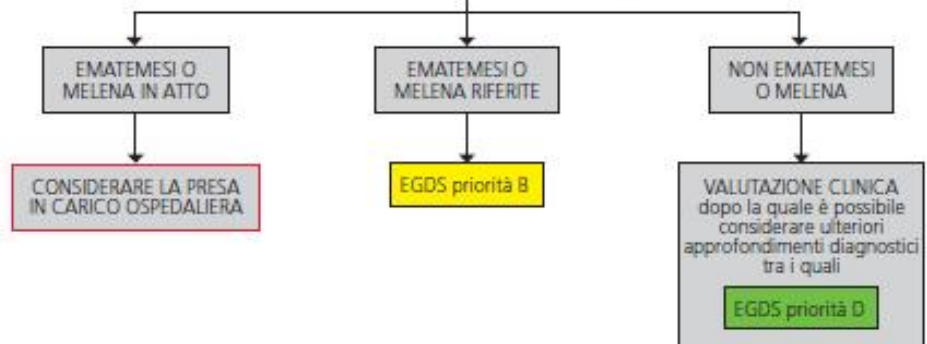
Osservazione clinica  
Controlli bioumorali

No

Ripetere EGDS e colonscopia  
Videocapsula  
Enteroscopia

## ANEMIA FERROPRIVA

VALUTAZIONE CLINICA



LIVELLO DI PRIORITÀ:	   	(ENTRO 60 GIORNI) Esame non critico
	PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE	

- Alterazioni al clisma opaco: difetti di riempimento
- Alterazioni all'ECO/TC/RMN (es: ispessimenti di parete)
- Sanguinamento gastroenterico sporadico di modesta entità
- Sangue Occulto Fecale (FOBT) positivo
- Calo ponderale significativo (dopo aver escluso altre eziologie)
- Anemia
- Modificazioni significative e persistenti dell'alvo da almeno 3 mesi.

LIVELLO DI PRIORITÀ:	   	(OLTRE 90 GIORNI) controllo periodico/ Follow-up
	PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE	

E' la colonscopia di sorveglianza periodica indicata in pazienti che hanno già effettuato indagini endoscopiche e che hanno una patologia nota allo specialista e che richiede sorveglianza e controlli a distanza

- Sorveglianza post-polipectomia
- Familiari di pazienti affetti da neoplasia del colon-retto
- FAP (poliposi adenomatosa familiare)
- AFAP (poliposi familiare attenuata)
- HNPCC (neoplasia colo-rettale ereditaria non poliposico)
- IBD (malattie infiammatorie croniche intestinali)
- Sorveglianza post chirurgica o post intervento (pazienti sottoposti ad asportazione endoscopica e/o chirurgica di neoplasia del colon-retto)

<b>LIVELLO DI PRIORITÀ:</b>	   	<b>(ENTRO 7 GG)</b>
	<b>PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE</b>	<b>Esame critico</b>

- Alterazioni significative al clisma opaco o altre metodiche di diagnostica per immagini per verosimile stenosi (non "per difetto di riempimento")
- Sanguinamento riferito o accertato con perdita ematica significativa e/o anemizzazione sintomatica
- Diarrea sanguinolenta intermittente persistente da almeno 6 settimane
- Melena significativa ed accertata (dopo aver escluso un'eziologia del tratto digestivo superiore)
- Diagnosi di neoplasia del retto/sigma ottenuta con esplorazione rettale o rettoscopia o altre metodiche di diagnostica per immagini da confermare all'istologia o ricerca di primitività in metastasi documentate

L'accesso ai percorsi diagnostici in relazione agli scenari clinici, sono stati schematizzati differenziando la tipologia della prestazione, la priorità della prestazione e le modalità di accesso:

PRESTAZIONE	PRIORITÀ DI ACCESSO			
	PRESTAZIONI URGENTI 24 ORE	PRESTAZIONI URGENTI DIFFERIBILI 7 GG	PRESTAZIONI PROGRAMMABILI DI 1° ACCESSO 60 GG	PRESTAZIONI PROGRAMMABILI DI CONTROLLO PERIODICO E DI FOLLOW UP OLTRE I 60 GIORNI
Colonscopia	Non prevista*	Prenotazione tramite Call Center 800/039171	Prenotazione tramite CUP	Prenotazione tramite CUP

\*prestazione non disponibile agli sportelli di prenotazione.

# Colonscopie urgenti (priorità B)

Criteria	n° richieste	% richieste
1. Alterazioni significative in metodiche di diagnostica per immagini ...	18	5%
2. Sanguinamento riferito o accertato con perdita ematica significativa ...	168	44%
3. Diarrea sanguinolenta intermittente ...	18	5%
4. Melena significativa ed accertata ...	9	2%
5. Diagnosi di neoplasia del retto-sigma ...	18	5%
<i>Altro</i>	<i>147</i>	<i>39%</i>
TOTALE	378	100%

Dal 1 aprile al 31 agosto 2011

# ENDOSCOPIA IN URGENZA E APPROPRIATEZZA

## Classificazione

### 1. Health Interventions

*("intervento giusto al paziente giusto")*

### 2. Timing

*("al momento giusto e x la durata giusta")*

### 3. Setting

*("nel posto giusto")*

### 4. Professional

*("dal professionista giusto")*

**Appropriatezza  
professionale**



**Appropriatezza  
organizzativa**

# Emergenze-urgenze in Endoscopia Digestiva

Primavera 2009 – maggio 2010

Regione Emilia-Romagna  
Società Gastroenterologiche  
e Medicina d'urgenza



Necessità di percorsi condivisi



# Campi di applicazione

- Trattamento intensivo del paziente critico
- Emorragia digestiva (superiore/inferiore, varicosa/non-varicosa)
- Ingestione di corpi estranei
- Ingestione di caustici
- Impiego dell'ERCP in urgenza
- Identificazione di un set di indicatori per l'audit

# Presentazione del documento

Convegno intersocietario

## EMERGENZE-URGENZE ENDOSCOPICHE: percorsi integrati fra Pronto Soccorso ed Endoscopia Digestiva

**POSITION STATEMENT**

Reggio Emilia

27 Febbraio 2010



9.10

**METODOLOGIA DI LAVORO**

Stefano De Pietri (Reggio Emilia)

**SESSIONE MATTUTINA**

Presidenti: Anna Marla Ferrarì (Reggio Emilia), Lucio Trevisani (Ferrara)

9.30

**EMORRAGIE DIGESTIVE**

Moderatori: Angelo Fanclulli (Cesena), Nicola D'Imperio (Bologna)

9.30

**LA GESTIONE PRE-ENDOSCOPICA NEL DEA**

Antonfranco Mereu (Scandiano - Reggio Emilia)

9.45

**LA GESTIONE IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA: EMORRAGIE NON VARICOSE**

Mauro Manno (Modena)

10.00

**LA GESTIONE IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA:  
EMORRAGIE VARICOSE E DEL TRATTO DIGESTIVO INFERIORE**

Alberto Merighi (Modena)

10.15

**Discussione - Rilevazione delle criticità del percorso**

Discussant: Tino Casetti (Ravenna)

# Documento finale



AIGO-SIED-SIGE-SIMEU Sezioni regionali Emilia Romagna  
Ver. 05.2010



***EMERGENZE-URGENZE ENDOSCOPICHE:  
PERCORSI INTEGRATI FRA PRONTO  
SOCCORSO ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA***

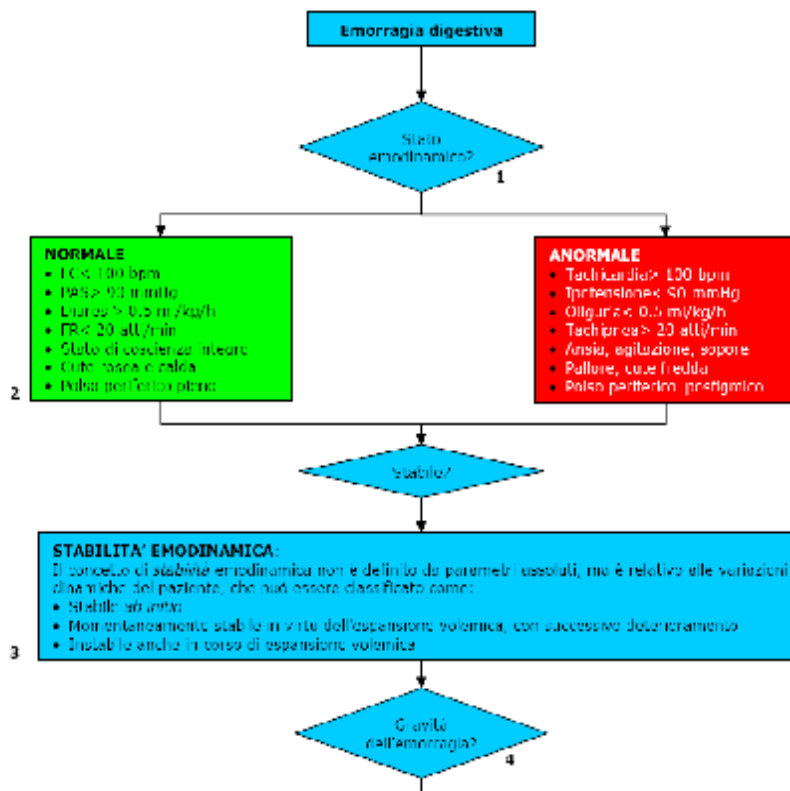
# Formato del documento

## ALGORITMO COMMENTATO Agile, immediato

Utilizzo in diversi scenari  
(consultazione ed approfondimento)



ALGORITMO 1: INQUADRAMENTO DELLO STATO EMODINAMICO



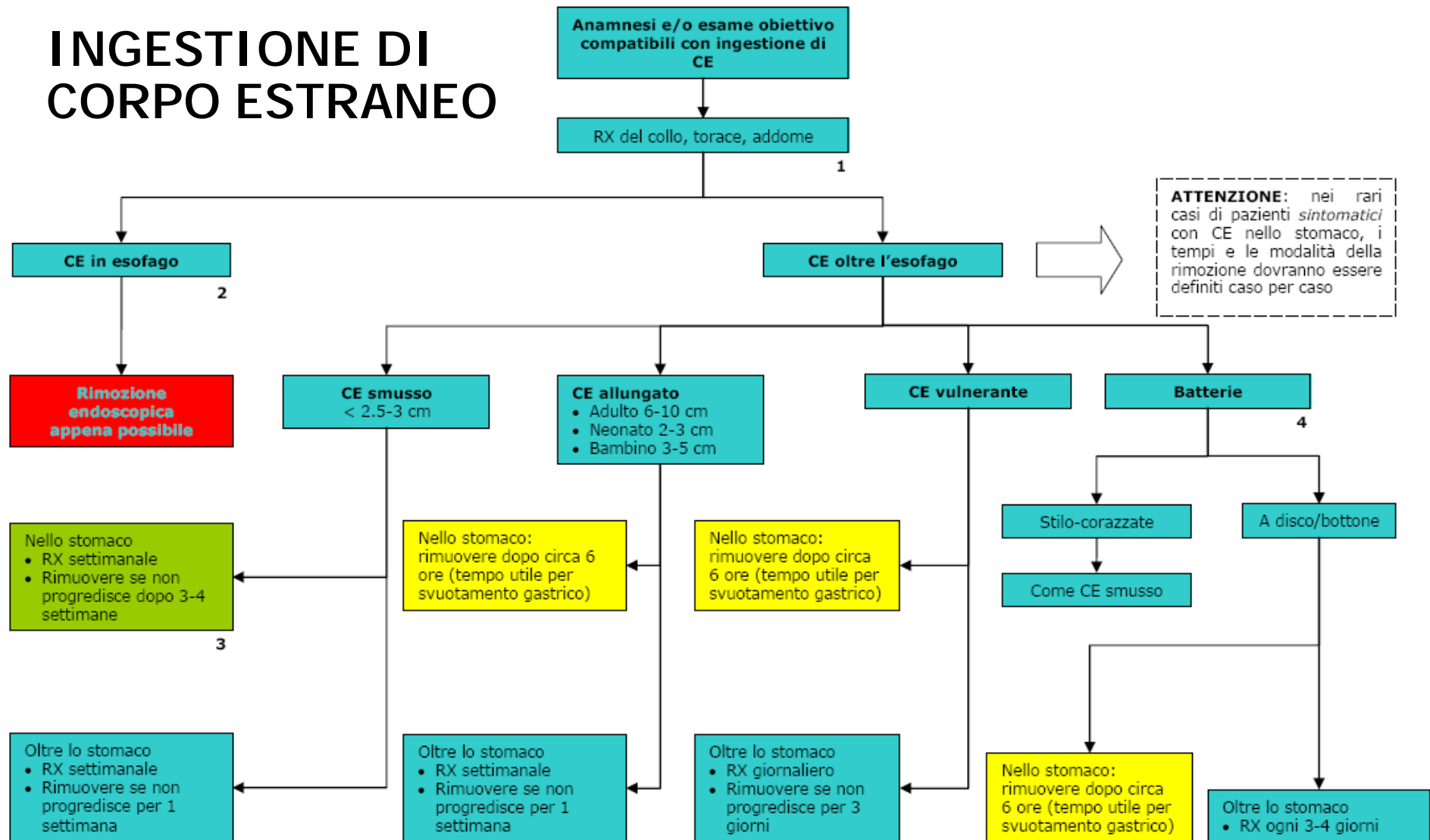
### COMMENTI AGLI ALGORITMI

1. **STATO EMODINAMICO?**: lo stato emodinamico è influenzato dal volume circolante, dalla *performance* cardiaca e dalle resistenze periferiche. Cruciale è la capacità di mantenere un'adeguata *perfusione d'organo*, che nel paziente emorragico risulta progressivamente compromessa a causa dell'ipovolemia acuta (la depressione cardiaca e la vasodilatazione da esaurimento di amine vasoattive sono fenomeni tardivi, preceduti da fenomeni opposti: aumentato lavoro cardiaco e vasocostrizione periferica).
2. **NORMALITA' EMODINAMICA**: lo stato emodinamico può essere classificato come normale o non normale in base a parametri clinici (stato di coscienza, irrorazione cutanea, caratteristiche del polso periferico) e fisiologici (frequenza cardiaca e respiratoria, pressione arteriosa sistolo-diastolica e differenziale, diuresi). L'alterazione di alcuni parametri emodinamici in risposta all'emorragia, senza ipotensione, indica solo l'efficacia dei meccanismi di compenso (più efficienti nel giovane e nell'atleta) e non deve indurre a misconoscere la gravità del sanguinamento.
3. **STABILITA' EMODINAMICA**: in virtù dei meccanismi fisiologici (richiamo di liquidi dall'interstizio, tachicardia) e di fattori iatrogeni (reintegro del volume) il paziente emorragico può raggiungere uno stato di compenso, suscettibile di variazioni dinamiche: lo stato emodinamico, nel tempo, può mantenersi stabile oppure modificarsi, configurando un quadro di *instabilità* (deterioramento di alcuni o tutti i parametri emodinamici). Il paziente *instabile* emodinamicamente non può esibire parametri *normali* (la variazione di frequenza sotto la soglia della tachicardia o la riduzione della PA sopra la soglia dell'ipotensione non configurano instabilità emodinamica), mentre un paziente con parametri non normali può mantenersi stabile su tali valori.

# Quando, dove, con chi

## Indicazioni all'EGDS URGENTE

### INGESTIONE DI CORPO ESTRANEO



# Quando, dove, con chi

## Indicazioni all'EGDS URGENTE

### SITUAZIONI PARTICOLARI

#### **Ingestione di magneti<sup>1</sup>**

L'ingestione di un *magnete singolo* viene gestita in base alla sua forma, dimensione e sede nel tubo digerente.

L'ingestione di *magneti multipli* può causare gravi danni (perforazioni, necrosi, emorragie, occlusioni) a causa dell'adesione fra i magneti stessi e della conseguente compressione di anse intestinali interposte.

Si raccomanda pertanto in questi casi di:

- rimuovere rapidamente tutti i magneti ingeriti presenti nello stomaco
- ricovero del paziente e stretto monitoraggio clinico e radiologico dei magneti transitati oltre il duodeno
- rapido consulto chirurgico in caso di sintomi di allarme

#### **Corpi estranei contenenti piombo<sup>1</sup>**

Dato il rischio di grave tossicità si raccomanda:

- rapida rimozione endoscopica
- determinazione basale della *piombemia*
- somministrazione di PPI e.v. al fine di rallentare la liberazione di *piombo* a livello gastrico
- eventuale terapia chelante, sulla scorta delle indicazioni fornite dal CAV

#### **Corpi estranei contenenti stupefacenti – “narcotic packets”<sup>2, 6, 7</sup>**

Questo genere di CE non dovrebbe in genere essere rimosso endoscopicamente per l'elevato rischio di rottura o danneggiamento del contenitore, con conseguente tossicità acuta sistemica legata alla sostanza stupefacente.

#### **Assunzione di grande quantità di farmaci in pillole o compresse<sup>5</sup>**

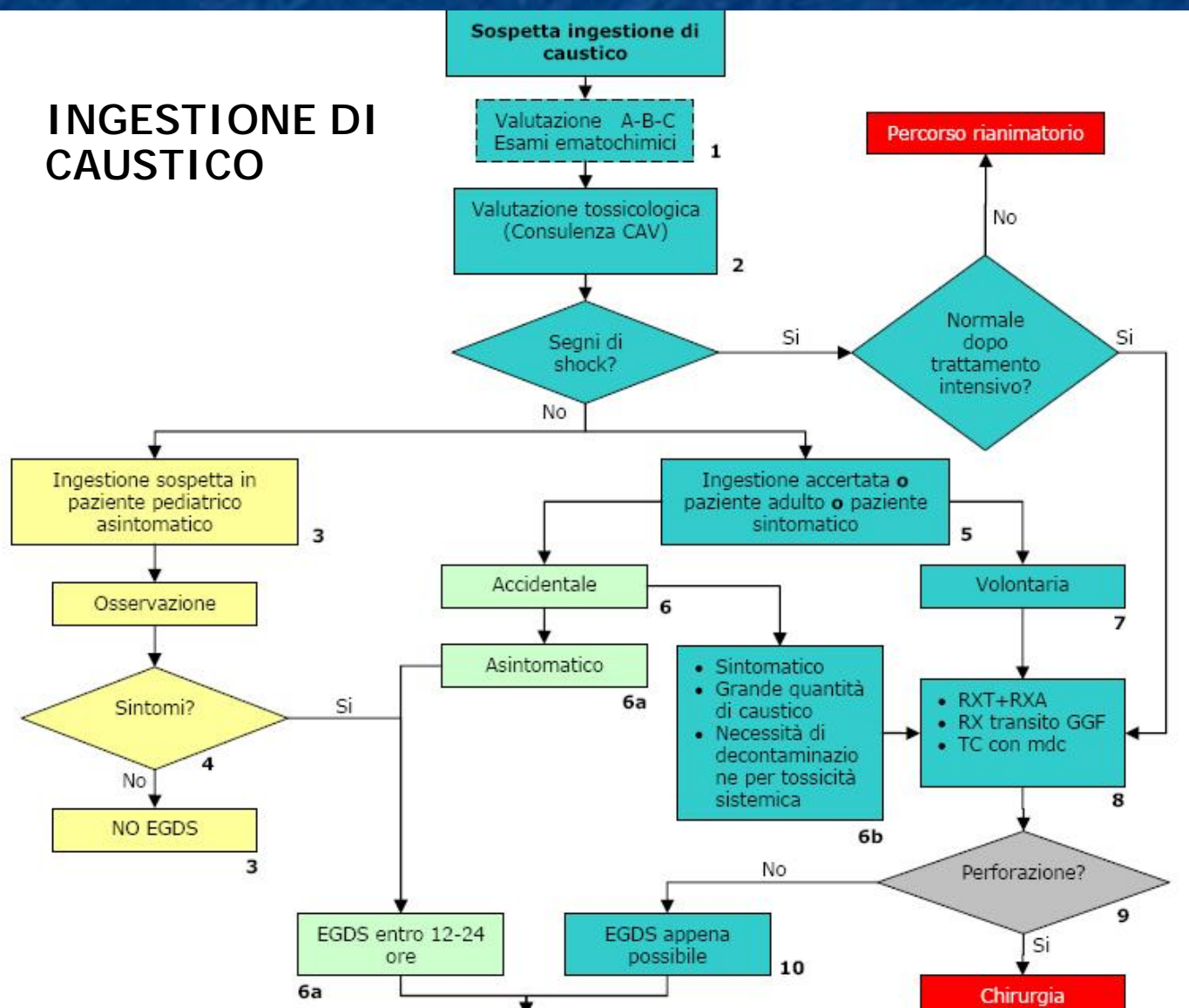
In questi casi è raccomandato rivolgersi al CAV di riferimento e seguirne le indicazioni. A volte le compresse si *compattano* fra loro condizionando una riduzione dell'assorbimento del farmaco; la loro rimozione endoscopica può quindi ridurre la tossicità.

## INGESTIONE DI CORPO ESTRANEO

# quando, dove, con chi

## Indicazioni all'EGDS URGENTE

### INGESTIONE DI CAUSTICO



# Quando, dove, con chi

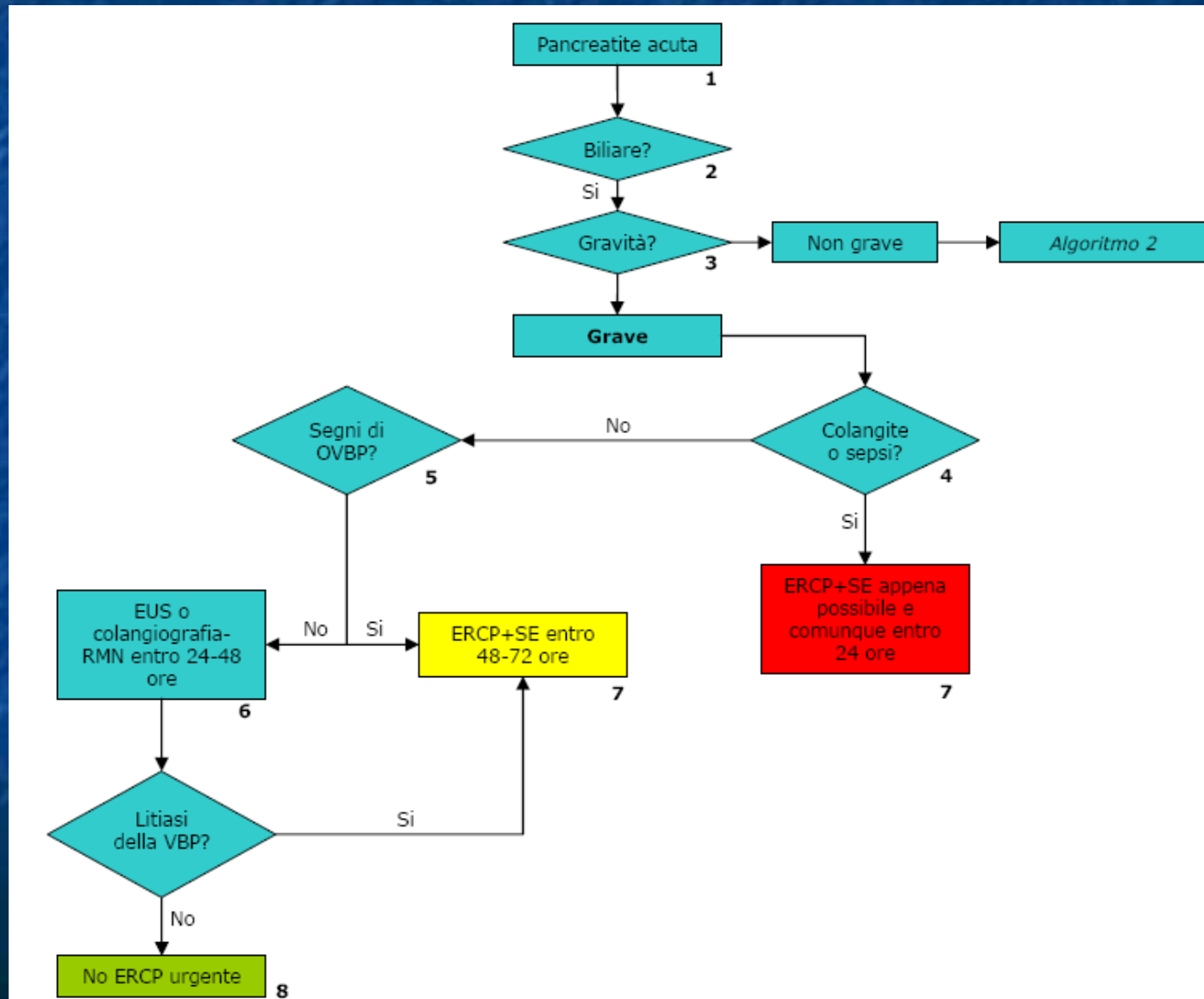
## Indicazioni all'EGDS URGENTE

### INGESTIONE DI CAUSTICO

1. **VALUTAZIONE A-B-C/ESAMI EMATOCHIMICI:** metodo di approccio al paziente tipico dell'emergenza-urgenza, con valutazione sequenziale di vie aeree (*Airways*), attività respiratoria (*Breathing*) e circolatoria (*Circulation*). Alla valutazione segue il trattamento immediato di eventuali problemi immediatamente minacciosi per la sopravvivenza. L'obiettivo di questo metodo è normalizzare i parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione periferica di O<sub>2</sub> dell'emoglobina) e mantenerli stabili nel tempo. Per quanto riguarda gli esami ematochimici: una *leucocitosi neutrofila* (in particolare se > 2x10<sup>4</sup>/ml) entro le prime 12 ore dall'ingestione sembra essere un fattore prognostico negativo; l'ingestione di caustici può determinare quadri di *acidosi metabolica*, *emolisi*, *coagulazione intravascolare disseminata (CID)*, *insufficienza renale* e *insufficienza epatica*<sup>2</sup>.
2. **VALUTAZIONE TOSSICOLOGICA: CONSULENZA CENTRO ANTIVELENI (CAV):** lo scopo è identificare la sostanza caustica e i fattori che ne possono determinare l'effetto tossico. Del prodotto ingerito sono importanti: il *pH* (da misurare con una *cartina tornasole* con spettro di pH da 0 a 14), il *principio attivo*, la *concentrazione*, lo *stato fisico* (solido o liquido), la *viscosità* (es. crema o gel), la *quantità*, la *modalità di ingestione* (accidentale o volontaria), l'eventuale *tossicità sistemica*. Altri dati anamnestici utili sono: la *coassunzione di farmaci o altri prodotti* in grado di aumentare la lesività del caustico, il *tempo intercorso dall'ingestione*, eventuali *comorbidità del paziente*<sup>1</sup>.
3. **INGESTIONE SOSPETTA IN PAZIENTE PEDIATRICO ASINTOMATICO/NO EGDS:** la modalità di ingestione del caustico può condizionare la gravità delle lesioni e la decisione di sottoporre o meno il paziente ad indagine endoscopica. In età pediatrica, la quasi totalità delle ingestioni si verifica per cause accidentali.<sup>3</sup>  
Le lesioni sono spesso meno gravi e limitate all'orofaringe perché il paziente tende ad interrompere la deglutizione ed espellere la sostanza.  
In presenza di assunzione dubbia, in paziente asintomatico di *età pediatrica*, molti autori sono concordi nel ritenere adeguata un'osservazione di 24-36 ore, riservando l'esecuzione della EGDS ai casi che manifestano sintomi.<sup>3, 4, 5, 6, 7</sup> In particolare lo studio osservazionale

# quando, dove, con chi

## Indicazioni all'ERCP URGENTE



# quando, dove, con chi

## Indicazioni all'ERCP URGENTE

5. **SEGNI DI OVBP [ostruzione della via biliare principale]?**: un ostruzione della VBP deve essere sospettata in presenza di compatibili elementi *anamnestici*, *obiettivi* (presenza di ittero), *biumorali* (elevazione degli indici epatici di colestasi), *strumentali* (ecografia transaddominale o endoscopica, TC, RMN).
6. **EUS O COLANGIOGRAFIA-RMN ENTRO 24-48 ORE**: l'ecografia endoscopica (*endoscopic ultrasonography* – EUS) è una tecnica non invasiva ormai diffusa per la visualizzazione delle vie biliari<sup>10</sup>. La sua accuratezza diagnostica<sup>11</sup>, semplicità, sicurezza ed i costi contenuti sono stati suggeriti già oltre dieci anni fa<sup>12</sup> da Canto e coll.. Una recente revisione sistematica di Petrov e coll.<sup>13</sup> ha mostrato come, in pazienti con sospetta coledocolitiasi, l'EUS consenta di evitare nei due terzi dei casi l'esecuzione della ERCP, riducendo in questo modo l'incidenza delle complicanze che inevitabilmente gravano su quest'ultima metodica. Le recenti linee guida della *British Society of Gastroenterology*<sup>10</sup> sulla gestione della coledocolitiasi riportano che l'EUS, insieme alla colangiografia-RMN: "...are both recommended as being highly effective at confirming the presence of CBDS [common bile duct stones n.d.r.]..." e raccomandano che la scelta fra le due metodiche (EUS e colangiografia-RMN) sia fatta principalmente sulla base delle caratteristiche del paziente, dell'accessibilità ed esperienza locali.
7. **ERCP+SE ENTRO 48-72 ORE/APPENA POSSIBILE E COMUNQUE ENTRO 24 ORE**: il ruolo della ERCP nella PA biliare appare oggi indebolito (sul versante diagnostico) alla luce della disponibilità di metodiche d'indagine altrettanto accurate ma meno invasive e gravate da un minor rischio di complicanze, *in primis* l'EUS (vedi punto 6 di questo algoritmo)<sup>13, 14</sup>.<sup>15</sup> Numerosi studi primari e secondari hanno indagato negli ultimi anni indicazioni e *timing*

# Documento

Disseminazione: *copie elettroniche*

*copie cartacee*

*pieghevoli e poster*

Implementazione: *reminders*

*coinvolgimento degli opinion leader*

*incontri formativi locali*

**LE EMERGENZE-URGENZE  
IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA:**  
*Gestione Mediante Percorsi Integrati nella Realtà Ferrarese*



Aggiornamento: *previsto ogni 2 anni*

*in anticipo per nuove  
evidenze scientifiche*

# Indicatori - audit



## Prospettive di implementazione del percorso

Informazione e formazione  
del personale

Start - up

Audit Clinico



Adozione del documento

Convegno con  
ritorno dei risultati

Ritorno dell'esperienza



# Indicatori - audit

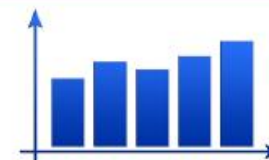
## Struttura



standard	indicatore	codice ind.	fonte indicatore
Deve essere disponibile un servizio di endoscopia urgente per pazienti ad alto rischio	% di pazienti sottoposti ad endoscopia digestiva "out of hours" in strutture ove è previsto un servizio di guardia o reperibilità	ST. 1.1	
Deve essere disponibile un servizio di endoscopia urgente per pazienti ad alto rischio	% di pazienti sottoposti ad endoscopia digestiva "out of hours" provenienti da strutture dove non è previsto un servizio di guardia o reperibilità	ST. 1.2	
Le prestazioni endoscopiche in emergenza devono essere effettuate da personale esperto	Numero di prestazioni in emergenza (EGDS, Colonscopia, ERCP) per singolo operatore che partecipa alla guardia/reperibilità	ST. 2.1	
Le prestazioni endoscopiche in emergenza devono essere effettuate da personale esperto	% di strutture con servizio di guardia/reperibilità con personale infermieristico dedicato	ST. 2.2	

# Indicatori - audit

## Esito



QUADRO	indicatore	codice ind.	fonte indicatore
EMORRAGIA DIGESTIVA	Percentuale di pazienti deceduti per emorragia digestiva non sottoposti ad EGDS	EDS.E. 3	UK National Audit 2007
EMORRAGIA DIGESTIVA	% di mancate emostasi dopo EGDS	EDS.E. 5	UK National Audit 2007
EMORRAGIA DIGESTIVA INFERIORE	Incidenza di perforazioni a seguito di colonscopia eseguita secondo protocollo	EDI.E.1	ASGE Quality Indicators 2006
PANCREATITE ACUTA	Tasso di complicanze a seguito di ERCP eseguite secondo protocollo	ERCP.E. 2	ASGE Quality Indicators 2006

# CORSO REGIONALE 2011 AIGO-SIED-SIGE Emilia-Romagna



BOLOGNA, 17 DICEMBRE 2011

Ospedale Bellaria  
Aula Biblioteca  
Bologna

A cura delle sezioni regionali Emilia Romagna di:



## Programma

AIGO-SIED-SIGE Emilia-Romagna del 17/12/2011

**8:30**

Saluto dei Presidenti  
O. Triossi, A. Merighi e D. Festi

**8:45**

(Moderatori: N. D'Imperio, T. Casetti)  
Introduzione ai lavori da parte dell'Assessore alla Sanità della Regione (o suo delegato)

**9:00**

Risultati dello screening CRC a 5 anni dal suo inizio  
(C. Naldoni)

**9:20**

Definizione organizzativa del percorso CRC  
(C. Descovic)  
Ruolo del gastroenterologo  
(P. Landi)

Proposta per l'istituzione di un servizio di endoscopia digestiva in rete aziendale  
(V. Cennamo)

Domande?

(M. Cavina, G. Aragona, L. Trevisani)

**10:00**

(Moderatori: F. Bazzoli, E. Ricci)  
Letture: approccio alle lesioni polipoidi  
• Caratterizzazione delle lesioni non polipoidi  
(F. Buffoli)  
• Resezione delle lesioni polipoidi e non polipoidi del colon  
(G. Gizzi)

Domande?

(A. Buzzi, A. Scarcelli, S. Guglielmo,  
P. Pozzato, S. Gherzi, N. Zanini)

**11:00** Break

**11:15**

(Moderatori: A. Franzé, R. Conigliaro)  
Adeguatezza prescrittiva e liste d'attesa per EGDS e colonscopia  
(O. Triossi)

**11:35**

Organizzazione del lavoro e qualità della prestazione  
(A. Merighi)

**11:55**

Update sul percorso delle urgenze in Regione  
(L. Camellini)

Domande?

(M. Di Marco, L. Ceroni, H. Bertani)

**12:15**

(Moderatori: C. De Angelis, L. Solmi, F. Fornari)  
Tavola rotonda: modelli organizzativi di alcune tecniche di endoscopia potenziata  
• Videocapsula (M. Brancaccio)  
• Mucosectomia ed ESD (F. Azzolini)  
• Ecoendoscopia (P. Fusaroli)  
• Enteroscopia (M. Manno)  
• Mezzo di contrasto (F. Giangregorio)  
• Magnificazione/cromoendoscopia/ NBI  
(A. Casadei)

Domande?

(A. Pezzoli, V. Lunedei, M. Serrani,  
E. Cavargini, A. Polifemo, V. Boarino)

**13:30** Pausa pranzo

**14:30**

(Moderatori: G.C. Caletti, P. Pazzi)  
Il Libro bianco della Gastroenterologia Italiana  
(F. Bazzoli)

**15:00**

(Moderatori: E. Villa, D. Festi)  
Tavola rotonda: formazione e ruolo del Medico in formazione specialistica  
(R. Casadei, M. Bianchini, A. Mussetto, L.H. Eusebi)

**15:30**

(Moderatori: P. Gionchetti, M. Ventrucci)  
Organizzazione di una gestione diagnostico-terapeutica integrata di pazienti affetti da malattie infiammatorie del colon  
(D. Valpiani)

**16:00**

(Moderatori: A. Rossi, S. Gullini)  
Letture: SOF e colonscopia negativa  
(R. Sassatelli)

**16:30**

Chiusura lavori  
(C. Fabbri, F. Ferrara)

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

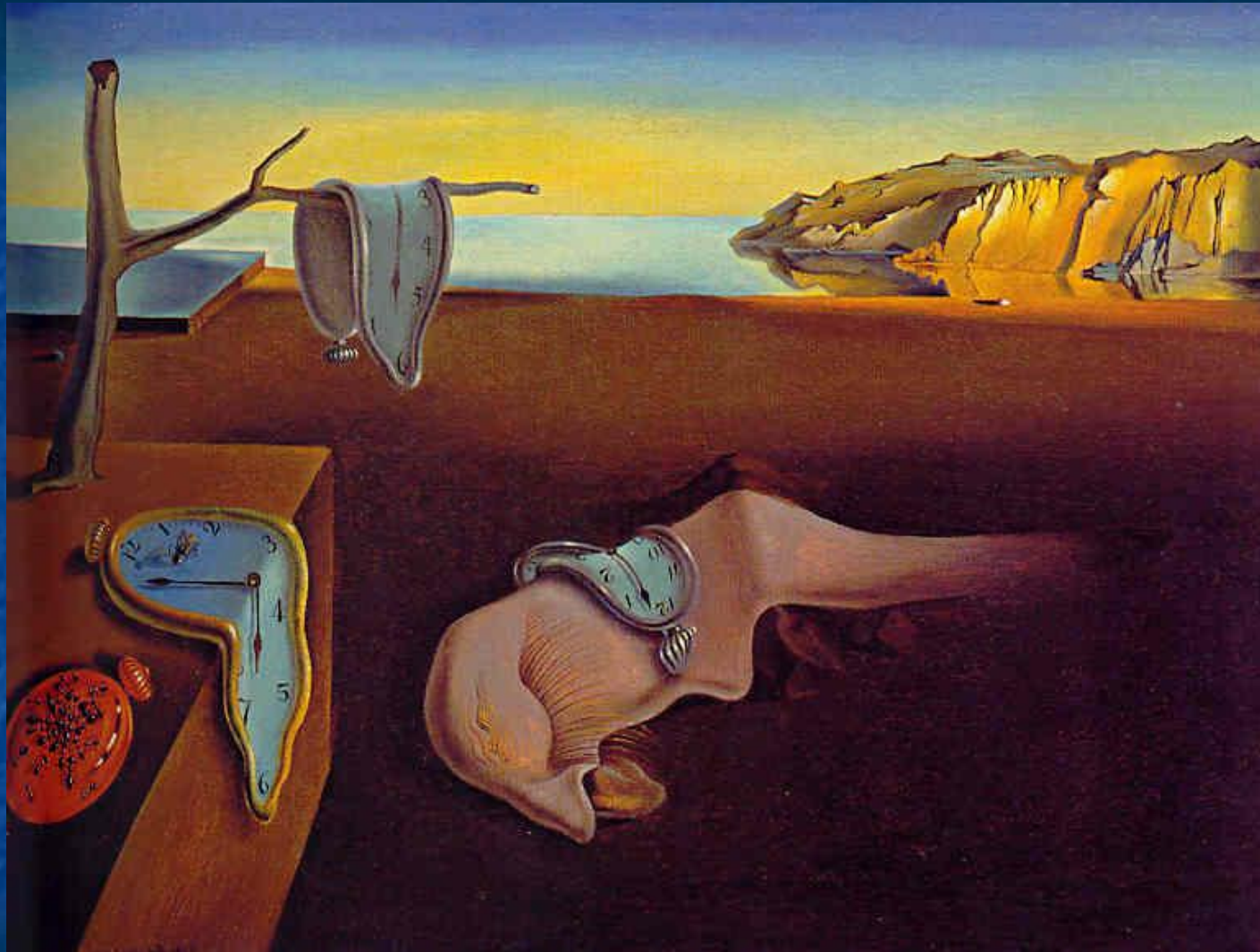
DreamFree S.r.l.

Via Broccaindosso, 36/2

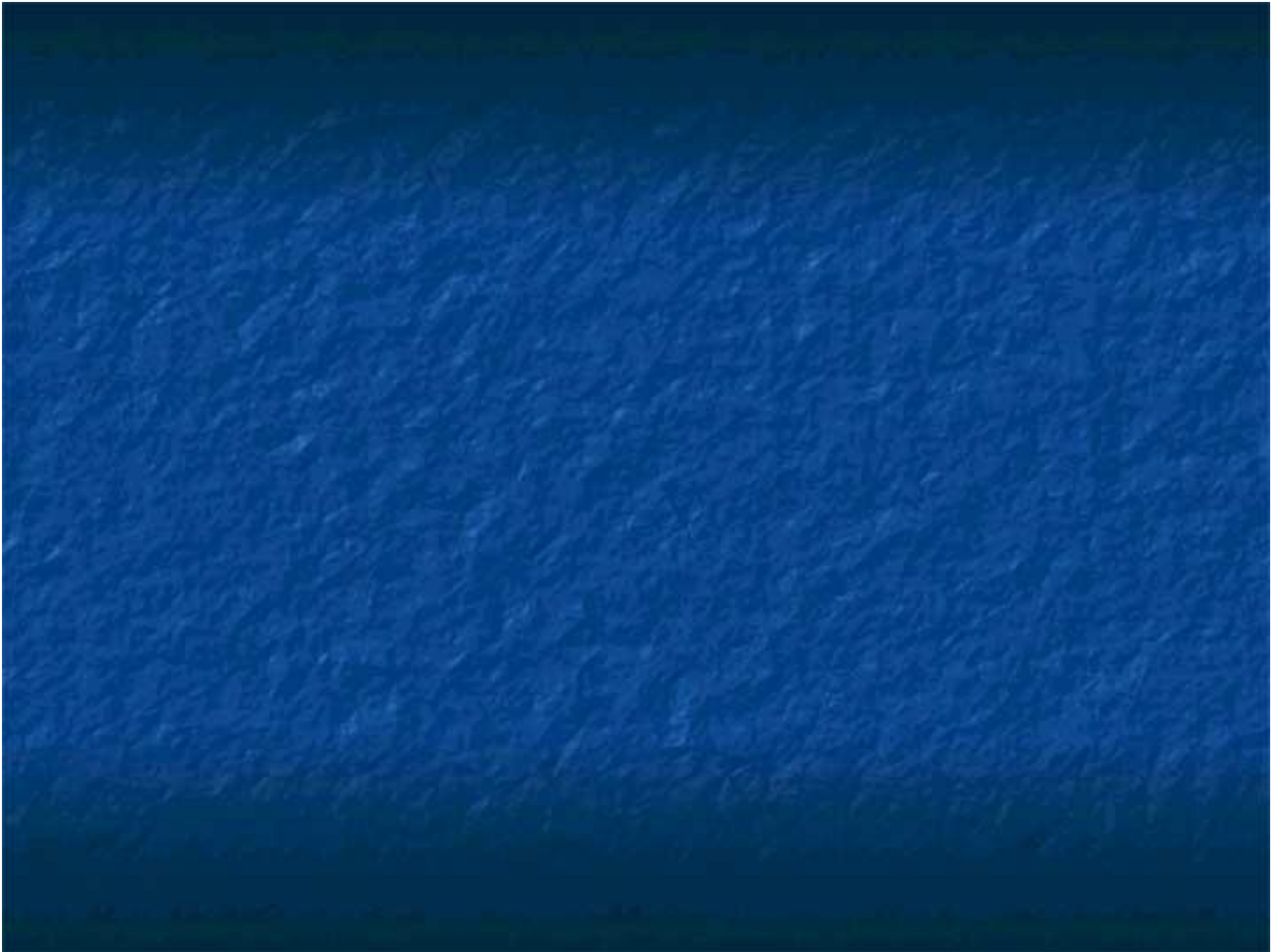
40125 Bologna

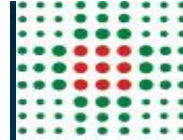
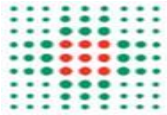
Tel. 051.0954086 Fax 051.0954086

e-mail: info@dreamfree.it



grazie per l'attenzione





# Obiettivi



- Produrre strumenti che **sintetizzino** le migliori evidenze disponibili per aumentarne la conoscenza e la condivisione fra i professionisti supportando le decisioni diagnostiche.
- Favorire un **appropriato** ed **efficiente utilizzo** delle risorse diagnostiche disponibili, riducendo il **numero degli esami** diagnostici non indispensabili o non appropriati e riducendo le **liste di attesa**.
- Favorire comportamenti **omogenei** e la collaborazione tra specialisti e MMG e quindi garantire maggior equità di prestazioni ai pazienti
- **Coinvolgere** in modo informato e consapevole i pazienti.

# Indicatori - audit

## Processo



## Emorragia Digestiva Superiore Varicosa (EDS - V)

QUADRO	algoritmo	punto	standard	indicatore	codice ind.	fonte indicatore
EMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIORE VARICOSA	1	3	I pazienti con emorragia di origine varicosa con nota o sospetta cirrosi epatica devono essere sottoposti a trattamento medico specifico	% di pazienti con emorragia di sospetta origine varicosa che iniziano un trattamento con farmaci vasoattivi prima di essere sottoposti a EGDS	EV.1.1	
EMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIORE VARICOSA	1	4	L'EGDS deve essere eseguita appena possibile in tutti i pazienti con EDS-V per confermare la diagnosi ed attuare il trattamento dell'emorragia	Tempo medio per EGDS nei pazienti con stato emodinamico persistentemente instabile e/o anormale o normalizzati e stabili dopo TI;	EV.1.6	

# La necessità di un percorso

Frequenza

Gestione multidisciplinare

Ricadute organizzative/impegno di risorse

- elevato impegno di personale (anche reperibile)
- interferenza con le attività quotidiane

Rischio clinico e medico legale

Variabilità dei comportamenti

Disponibilità di evidenze scientifiche in letteratura

Disponibilità di un percorso condiviso a livello regionale

