

**D.g.r. 18 dicembre 2023 - n. XII/1568**  
**Disposizioni in ordine all'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni Eco Color Doppler (ECD) in angiologia e delle prestazioni di gastroenterologia ed endoscopia digestiva**

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la seguente normativa nazionale:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della l. 23 ottobre 1992 n. 421»;
  - il d.p.c.m. 29 novembre 2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza.»;
  - la legge 23 dicembre 2005 n. 266, che prevede la stipula di una intesa tra Stato e Regioni, ai sensi dell'art. 8 comma 6, della legge del 5 giugno 2003 n. 131 in merito alla realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa;
  - il d.p.c.m. 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502», in particolare l'allegato 5, in cui l'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del Sistema Sanitario Nazionale e l'erogazione dei servizi entro i tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza;
  - il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, approvato in sede di Intesa del 21 febbraio 2019 stipulata, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti 28/CSR);
  - il decreto del Ministero della Salute 20 giugno 2019 che ha istituito l'Osservatorio Nazionale sulle Liste d'Attesa - composto da rappresentanti del Ministero della Salute, di AGENAS, di tutte le Regioni e Province Autonome, dell'Istituto Superiore di Sanità e dalle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute - con il compito di supportare le Regioni e le Province Autonome nell'implementazione delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa PNGLA 2019-2021 e di svolgere il monitoraggio dell'effettiva applicazione delle disposizioni contenute nel citato Piano Nazionale;
  - il decreto legge 14 agosto 2020, n. 104 «Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia.», convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 13 ottobre 2020, n. 126, con particolare riferimento all'art. 29 (Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa) e il decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla l. 23 luglio 2021, n. 106, con particolare riferimento all'art. 26 (Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse);
  - la legge 30 dicembre 2021, n. 234 «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024», con particolare riferimento all'art. 1, commi 268, 276, 277, 278, 279;
  - la legge 29 dicembre 2022, n. 197 «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025.»;
- Richiamati i provvedimenti regionali in materia di contenimento dei tempi di attesa e, in particolare:
- la d.g.r. n. XI/1865 del 9 luglio 2019 con la quale si è provveduto al recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 21 febbraio 2019 (rep. atti 28/csr) sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019 - 2021 ed all'approvazione della proposta di Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) che, tra l'altro, ha disposto la promozione, facendo seguito alle sperimentazioni in atto in diverse Regioni, del modello dei «Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO» per le prestazioni specialistiche ambulatoriali come ulteriore strumento di governo della domanda;
  - la d.g.r. n. XI/7475 del 30 novembre 2022 «Primo provvedimento urgente per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale» che ha dato mandato alla Direzione Generale Welfare di definire le azioni di indirizzo sull'appropriatezza prescrittiva e sull'accessibilità, finalizzate a contribuire al contenimento dei tempi di attesa;
  - la d.g.r. n. XII/88 del 3 aprile 2023 «Determinazioni in ordine al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste nel PNGLA e per i ricoveri in attuazione del piano per le liste di attesa dell'anno 2023 di

cui alla d.g.r. n. XII/61 del 27 marzo 2023» che, tra le altre cose, ha conferito mandato alla Direzione Generale Welfare di costituire, presso la Direzione Generale stessa, un gruppo di lavoro sulle liste di attesa per coordinare a livello istituzionale le ATS e gli Enti erogatori nell'attuazione delle azioni definite dai provvedimenti adottati dalla Giunta Regionale finalizzati al monitoraggio dell'andamento delle prestazioni erogate sul territorio lombardo e al contenimento delle liste di attesa e per il monitoraggio dei volumi di prestazioni definiti;

- la d.g.r. n. XII/511 del 26 giugno 2023 «Approvazione del Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero previste nel PNGLA e ulteriori azioni sull'appropriatezza prescrittiva» con la quale, tra l'altro, è stato disposto:
- di adottare il modello dei «Raggruppamenti di Attesa Omogenei» (RAO) di cui all'allegato C del PNGLA 2019 - 2021 «Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO», riportato nell'allegato n. 4 del provvedimento;
- di dare mandato alle ATS di attivare specifici tavoli con gli MMG/PLS e con le ASST per gli specialisti ambulatoriali del territorio di competenza, per l'applicazione del metodo RAO prevista dal provvedimento e per l'applicazione delle indicazioni contenute nell'allegato n. 2 dello stesso provvedimento relative all'appropriatezza prescrittiva;
- il decreto a firma del Direttore Generale Welfare n. 6337 del 2 maggio 2023, ad oggetto «Costituzione gruppo di lavoro per il monitoraggio delle liste di attesa in attuazione della d.g.r. n. XII/88 del 3 aprile 2023» al quale è stata affidata, tra gli altri compiti, la definizione delle azioni di indirizzo sull'appropriatezza prescrittiva e sull'accessibilità finalizzate alla predisposizione di indicazioni cliniche utili alla prescrizione delle prestazioni a carico del SSN;

Ribadito che la gestione delle liste di attesa può essere efficacemente affrontata facendo ricorso a strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo, sia quelli che operano nell'ambito erogativo, sia i destinatari del servizio sanitario stesso, attraverso un uso consapevole e responsabile delle prestazioni offerte dal servizio sanitario;

Considerato altresì che la revisione del sistema d'offerta in un'ottica di qualità e sostenibilità non può prescindere dal miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, in particolare per quelle prestazioni diagnostiche caratterizzate da volumi di erogazione elevati le quali, in assenza di chiare indicazioni cliniche e di evidenze scientifiche a sostegno di un miglioramento dell'outcome, comportano costi elevati e un improprio assorbimento di risorse che potrebbero essere canalizzate verso altre attività;

Dato atto che il modello RAO costituisce una efficace strategia di governo delle liste di attesa in quanto:

- indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni, definendo linee di indirizzo comuni per tutti i soggetti prescrittori, al fine di uniformare i comportamenti prescrittivi e conseguentemente le modalità di erogazione delle prestazioni, nel rispetto del principio di equità, omogeneità e di appropriatezza prescrittiva;
  - ha l'obiettivo di differenziare i tempi di attesa per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate direttamente dal SSN o per conto del SSN, in base a criteri clinici espliciti;
  - è uno strumento fondamentale per la gestione della domanda e prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e di soggetti erogatori;
  - è basato sull'identificazione di precise situazioni cliniche e del relativo tempo massimo d'attesa per ognuna delle quattro classi di priorità riprese dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) (Urgente, Breve, Differita, Programmata) in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da poter assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui;
- Considerato quindi che tale modello permette di coordinare l'azione dei Medici di Medicina Generale e dei Medici Specialisti verso un'attività di pianificazione, con la stesura di documenti condivisi, con i seguenti obiettivi:
- migliorare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
  - migliorare l'appropriatezza delle prestazioni;
  - monitorare i tempi di attesa per singola classe di priorità;
  - verificare periodicamente l'appropriatezza nell'uso dei codici di priorità condivisi e il grado di concordanza raggiunto

Serie Ordinaria n. 51 - Venerdì 22 dicembre 2023

tra MMG e Medici Specialisti;

Dato atto che la Direzione Generale Welfare, sulla base dell'analisi e con il supporto scientifico del gruppo dei clinici di cui al decreto sopra citato n. 6337/23 e delle indicazioni della Commissione sulla appropriatezza della Rete Epato-Gastroenterologica Lombarda, ha riscontrato che:

- l'analisi delle prestazioni di Eco Color Doppler evidenzia un costante aumento delle prestazioni effettuate per patologie dei tronchi sovra aortici e degli arti inferiori sia venosa, sia arteriosa;
- in gastroenterologia ed endoscopia digestiva l'incremento delle prestazioni erogate, se non governate, rischia di incrementare l'inappropriatezza prescrittiva che è già piuttosto rilevante nelle procedure di primo livello, come la esofago-gastroduodenoscopia (EGDS) e la colonscopia;

Ritenuto pertanto di individuare inizialmente alcune indicazioni per il settore della diagnostica Eco Color Doppler e di Endoscopia Digestiva, affinché siano identificati e condivisi con i professionisti criteri di erogabilità delle prestazioni, in relazione a precise indicazioni cliniche, e l'attività del sistema sia sempre più orientata a fornire una risposta appropriata ai bisogni sanitari che rispetti criteri di appropriatezza e di costo - efficacia nell'uso dei sistemi diagnostici accurati e relativamente complessi e costosi;

Stabilito pertanto di approvare i seguenti documenti, predisposti dal gruppo di lavoro di cui al decreto sopra citato n. 6337/23 con il contributo della Commissione 5 (Appropriatezza in gastroenterologia e endoscopia digestiva) della Rete Epato-Gastroenterologica Lombarda e della Commissione di Angiologia e Chirurgia Vascolare della Rete Cardiovascolare, allegati che costituiscono parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:

- allegato n. 1 «Raccomandazioni per la prescrizione di eco color doppler per la diagnostica delle patologie dei tronchi sovra aortici e degli arti inferiori»;
- allegato n. 2 «Appropriatezza in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva», avente ad oggetto esami di endoscopia digestiva di primo livello (EGDS e colonscopia);

Dato atto che il contenuto di tali documenti è stato condiviso con rappresentanti delle società scientifiche dei MMG;

Precisato che le Linee di indirizzo definite negli allegati n. 1 e n. 2 del presente provvedimento:

- costituiscono un utile strumento che la Regione ha inteso mettere a disposizione di tutti i medici prescrittori, allo scopo di meglio indirizzare le prescrizioni Eco Color Doppler;
- non rappresentano un vincolo o una limitazione prescrittiva, ma intendono fornire indicazioni pratiche, finalizzate a promuovere una maggiore appropriatezza nella scelta di questi esami diagnostici;
- il medico prescrittore, ferma restando la sua autonomia di giudizio, potrà servirsi di queste raccomandazioni al momento della valutazione dell'esame più idoneo ad indagare una patologia dei distretti corporei menzionati, con l'obiettivo di operare la scelta più appropriata al singolo caso in esame;

Ritenuto di dare mandato alle Direzioni Generali delle ATS di definire ed avviare con le ASST e con gli Enti Erogatori del proprio territorio un progetto, i cui esiti dovranno essere trasmessi semestralmente alla Direzione Generale Welfare, che preveda un piano di intervento mirato alla realizzazione di iniziative informative/formative sulle raccomandazioni prescrittive declinate negli allegati n.1 e 2 del presente provvedimento, tra medici delle cure primarie, medici specialisti ospedalieri, associazioni dei pazienti;

Stabilito in particolare che la formazione dei Medici di Medicina Generale venga demandata dalle ASST alle Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT), quali forme organizzative dell'assistenza primaria di cui all'art. 10 della l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità»;

Ritenuto inoltre di demandare a PoliS Lombardia l'inserimento, nel corso formativo triennale di medicina generale, di seminari didattici sull'impiego del modello RAO relativi alle prestazioni ambulatoriali e alle principali metodiche strumentali e prime visite. Le risorse economiche destinate a tale attività saranno definite con successivo provvedimento.

Valutato di dare mandato ad Aria s.p.a. di attivare le azioni necessarie affinché i medici prescrittori possano avere a disposizione soluzioni informatiche contenenti le indicazioni cliniche e le relative classi di priorità RAO che agevolino i medici nella fase prescrittiva dell'esame diagnostico e nella definizione della prio-

rità di esecuzione. Le risorse economiche destinate a tale attività saranno definite con successivo provvedimento;

Dato atto inoltre che l'allegato n. 1 del presente provvedimento aggiorna e sostituisce il punto 5,6 dell'allegato A «Criteri di appropriatezza delle prestazioni di angiologia» contenuto nella d.g.r. n. X/3993 «Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2015» e che l'allegato n. 2 del presente provvedimento aggiorna e sostituisce il sub allegato n. 16 «Raccomandazioni per la prescrizione delle procedure di esofago-gastroduodenoscopia (EGDS) e colonscopia» contenuto nella d.g.r. n. X/4702 del 29 dicembre 2015 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016»;

Ritenuto che l'applicazione delle allegate linee di indirizzo, insieme ai menzionati 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, contribuendo al miglioramento nella gestione delle priorità critiche e alla riduzione del carico globale, a scopo diagnostico, per i pazienti con tali patologie;

Stabilito che le prestazioni esposte negli allegati del presente provvedimento dovranno essere coerenti con la normativa vigente ed i provvedimenti regionali in tema di Nomenclatore tariffario;

Dato atto da ultimo che il presente provvedimento non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del d.lgs. n. 33/2013;

Richiamata la l.r. 30 dicembre 2009 n. 33 «Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità»;

Vagliate e fatte proprie le predette considerazioni;

All'unanimità dei voti, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare i seguenti documenti, predisposti dal gruppo di lavoro di cui al decreto sopra citato n. 6337/23 con il contributo della Commissione 5 (Appropriatezza in gastroenterologia e endoscopia digestiva) della Rete Epato-Gastroenterologica Lombarda e della Commissione di Angiologia e Chirurgia Vascolare della Rete Cardiovascolare allegati che costituiscono parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:

- allegato n. 1 «Raccomandazioni per la prescrizione di eco color doppler per la diagnostica delle patologie dei tronchi sovra aortici e degli arti inferiori»;
- allegato n. 2 «Appropriatezza in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva», avente ad oggetto esami di endoscopia digestiva di primo livello (EGDS e colonscopia);

2. di dare atto che il contenuto di tali documenti è stato condiviso con rappresentanti delle società scientifiche dei MMG;

3. di precisare che le Linee di indirizzo definite negli allegati n. 1 e n. 2 del presente provvedimento:

- costituiscono un utile strumento che la Regione ha inteso mettere a disposizione di tutti i medici prescrittori, allo scopo di meglio indirizzare le prescrizioni Eco Color Doppler;
- non rappresentano un vincolo o una limitazione prescrittiva, ma intendono fornire indicazioni pratiche, finalizzate a promuovere una maggiore appropriatezza nella scelta di questi esami diagnostici;
- il medico prescrittore, ferma restando la sua autonomia di giudizio, potrà servirsi di queste raccomandazioni al momento della valutazione dell'esame più idoneo ad indagare una patologia dei distretti corporei menzionati, con l'obiettivo di operare la scelta più appropriata al singolo caso in esame;

4. di dare mandato alle Direzioni Generali delle ATS di definire ed avviare con le ASST e con gli Enti Erogatori del proprio territorio un progetto, i cui esiti dovranno essere trasmessi semestralmente alla Direzione Generale Welfare, che preveda un piano di intervento mirato alla realizzazione di iniziative informative/formative sulle raccomandazioni prescrittive declinate negli allegati n.1 e 2 del presente provvedimento, tra medici delle cure primarie, medici specialisti ospedalieri, associazioni dei pazienti;

5. di stabilire in particolare che la formazione dei Medici di Medicina Generale venga demandata dalle ASST alle Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT), quali forme organizzative dell'assistenza primaria di cui all'art. 10 della l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità»;

6. di demandare inoltre a PoliS Lombardia l'inserimento, nel corso formativo triennale di medicina generale, di seminari didattici sull'impiego del modello RAO relativi alle prestazioni am-

bulatoriali e alle principali metodiche strumentali e prime visite. Le risorse economiche destinate a tale attività saranno definite con successivo provvedimento.

7. di dare mandato altresì ad Aria s.p.a. di attivare le azioni necessarie affinché i medici prescrittori possano avere a disposizione soluzioni informatiche contenenti le indicazioni cliniche e le relative classi di priorità RAO che agevolino i medici nella fase prescrittiva dell'esame diagnostico e nella definizione della priorità di esecuzione. Le risorse economiche destinate a tale attività saranno definite con successivo provvedimento;

8. di dare atto inoltre che l'allegato n. 1 del presente provvedimento aggiorna e sostituisce il punto 5.6 dell'allegato A «Criteri di appropriatezza delle prestazioni di angiologia» contenuto nella d.g.r. n. X/3993 «Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2015» e l'allegato n. 2 del presente provvedimento aggiorna e sostituisce il sub allegato n. 16 «Raccomandazioni per la prescrizione delle procedure di esofago-gastroduodenoscopia (EGDS) e colonscopia» contenuto nella d.g.r. n. X/4702 del 29 dicembre 2015 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016»;

9. di ritenere che l'applicazione delle allegate linee di indirizzo, insieme ai menzionati 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, contribuendo al miglioramento nella gestione delle priorità critiche e alla riduzione del carico globale, a scopo diagnostico, per i pazienti con tali patologie;

10. di stabilire che le prestazioni esposte negli allegati del presente provvedimento dovranno essere coerenti con la normativa vigente ed i provvedimenti regionali in tema di Nomenclatore tariffario;

11. di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del d.lgs. n. 33/2013;

12. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sul sito web della Regione Lombardia: [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it).

Il segretario: Riccardo Perini

— • —

**Allegato 1****ANGIOLOGIA e CHIRURGIA VASCOLARE****RACCOMANDAZIONI PER LA PRESCRIZIONE DI ECO COLOR DOPPLER PER LA DIAGNOSTICA DELLE PATOLOGIE DEI TRONCHI SOVRA AORTICI E DEGLI ARTI INFERIORI**

Documento redatto con il supporto tecnico della commissione di chirurgia vascolare della rete cardiovascolare (DDGW 18447/19) composta da:

- Raffaello Bellosta (Referente SICVE - Fondazione Poliambulanza)
- Andrea Khalberg (IRCCS Ospedale San Raffaele; SICVE)
- Gabriele Piffaretti (ASST Settelaghi)
- Giovanni Nano (IRCCS Policlinico San Donato)
- Gaetano Lanza (IRCCS Multimedica; SICVE)
- Santi Trimarchi (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico)
- Valerio Tolva (ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda)
- Stefano Pirrelli (ASST Papa Giovanni XXIII)
- Stefano Bonardelli (ASST Spedali Civili di Brescia)

**FINALITÀ E CONTENUTO DELLE RACCOMANDAZIONI**

Il presente documento contiene raccomandazioni condivise per la prescrizione di Eco Color Doppler per alcune patologie ad elevato impatto epidemiologico, soprattutto nella popolazione anziana, in particolare:

- le patologie dei tronchi sovra aortici
- le patologie venose degli arti inferiori
- le patologie arteriose degli arti inferiori.

Le presenti raccomandazioni costituiscono un utile strumento che la Regione ha inteso mettere a disposizione di tutti i medici prescrittori, allo scopo di meglio indirizzare le prescrizioni Eco Color doppler per alcuni tra i distretti maggiormente indagati con tali metodiche.

Le presenti linee di indirizzo, definite dalla Regione in condivisione con la comunità professionale, non costituiscono un vincolo o una limitazione prescrittiva, ma intendono fornire indicazioni pratiche, finalizzate a promuovere una maggiore appropriatezza nella scelta di questi esami diagnostici.

Il Medico prescrittore, ferma restando la sua autonomia di giudizio, potrà servirsi di queste raccomandazioni al momento della valutazione dell'esame più idoneo ad indagare una patologia dei distretti corporei menzionati, con l'obiettivo di operare la scelta più appropriata al singolo caso in esame.

L'applicazione delle presenti raccomandazioni per la prescrizione degli Eco Color Doppler per i distretti sopra menzionati, oltre a contenere l'entità della domanda inappropriata, potrà contribuire alla riduzione dei tempi d'attesa per la diagnostica per immagini, al miglioramento nella gestione delle priorità critiche e alla riduzione del carico globale, a scopo diagnostico, per i pazienti con tali patologie.

Si sottolinea che, per implementare queste raccomandazioni nella pratica clinica, sarà indispensabile che le Aziende Sanitarie pubbliche, private accreditate e IRCCS promuovano attività formativa specifica, rivolta a tutto il personale sanitario coinvolto nella prescrizione e nell'erogazione di tali prestazioni (Medici Specialisti e Medici di Medicina Generale), oltre ad iniziative di comunicazione rivolte all'utenza.

Quanto segue si articola in sezioni dedicate a:

1. individuazione di un percorso per supportare il Medico nell'identificazione della prescrizione più appropriata, rappresentato attraverso gli alberi decisionali (Flow Chart) riportati in Appendice 3) per le seguenti condizioni cliniche (Appendici 1 e 2):
  - le patologie dei tronchi sovra aortici
  - le patologie venose degli arti inferiori
  - le patologie arteriose degli arti inferiori.
  
2. predisposizione e codifica, per ciascun albero decisionale, di quesiti diagnostici a cui i medici prescrittori potranno riferirsi per effettuare le richieste di prestazioni di Eco Color Doppler per le condizioni patologiche sopra citate. È prevista l'implementazione sperimentale dei quesiti diagnostici nei principali applicativi informatici utilizzati dai prescrittori, in modo da facilitare il medico nella scelta di una prescrizione appropriata (Appendice 3)

## Appendice 1

### APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA DELL'ECD TSA

#### **Razionale delle indicazioni per l'esecuzione di Eco-Color-Doppler dei Tronchi Sovra Aortici**

L'esame eco Color Doppler (ECD) dei Tronchi Sovra-Aortici (TSA) rappresenta quasi la metà degli accertamenti non invasivi per malattie vascolari con un'appropriatezza prescrittiva che viene stimata al 40% circa dai maggiori centri di riferimento.

Come tutti gli esami ecografici, anche l'ECD dei TSA è da considerare operatore-dipendente, necessita di una curva di apprendimento non breve e dovrebbe essere eseguito in centri selezionati da Medici specialisti.

Nel caso delle patologie vascolari possono inoltre essere confondenti i differenti metodi interpretativi delle lesioni di parete e dei livelli di stenosi vasale.

L'ultrasonografia è infatti un esame accessibile e non invasivo, con una sensibilità del 94% ed una specificità del 92%.

In questo documento, che non deve essere considerato una "linea-guida", si è voluto dare indicazione per consentire di avviare all'esame tutti quei pazienti che, in base alle imprescindibili valutazioni cliniche ed anamnestiche abbiano maggiori probabilità di soffrire di una patologia vascolare a carico dei tronchi sovra-aortici possibile causa di eventi ischemici cerebrali (TIA, ictus).

Sono prioritariamente state individuate tutta una serie di evenienze, tratte dalla pratica quotidiana, che "di per sé" non hanno alcuna indicazione ad un esame ECD dei TSA e non traggono da esso elementi utili per indirizzare diagnosi e terapia:

- Screening nella popolazione generale
- Deficit mnesici
- Demenza senile
- Cefalea
- Algie/parestesie cervicali
- Turgore giugulare
- Edema del collo

In questa sede, si vuole ribadire quanto sottolineato nelle linee-guida europee; lo screening della popolazione generale non è raccomandato per la ricerca di stenosi carotidee asintomatiche.

Circa il 15% degli ictus ischemici è correlato a stenosi carotidee del 50-99% della carotide omolaterale.

Si è osservato una riduzione degli ictus con la Best Medical Treatment (BMT) ed il controllo dei fattori di rischio.

L'obiettivo dunque, è stato, identificare una coorte di paziente a più alto rischio di stenosi carotidea > del 50 e 70%.

I fattori di rischio individuati includono l'età avanzata, il sesso maschile, il fumo, il diabete mellito, precedenti strokes o TIA, concomitante cardiopatia ischemica e la dislipidemia. Lo screening permette di identificare le stenosi carotidee severe e agire sulla modificazione dei fattori di rischio e sull'ottimizzazione della terapia medica. I pazienti a più alto rischio di stroke in BMT possono essere candidabili a rivascolarizzazione carotidea.

Non c'è evidenza che lo screening nella popolazione generale possa ridurre l'incidenza dello stroke.

Nei casi invece di attacco ischemico transitorio (TIA) in particolare se monolaterale (amaurosi, ipostenia/parestesia dell'arto superiore o inferiore) il paziente deve eseguire un

ecocolordoppler dei TSA in regime di urgenza dilazionabile (24-48 h). In presenza di ictus - in fase acuta- il Paziente deve essere inviato direttamente al Pronto Soccorso dove eseguirà studio Eco-Color-Doppler e/o studio di II livello.

In tutti gli altri casi l'esecuzione dovrà essere considerata "programmata" con follow-up in tempi stabiliti od indicati dallo specialista, così come per il post-operatorio in seguito ad intervento carotideo.

### **La valutazione della stenosi**

Allo stato attuale sono in uso differenti metodi per valutazione della stenosi nelle malattie vascolari arteriose dei vasi del collo:

- Criteri morfologici (misurazione per diametri o per aree)
- Criteri velocimetrici

Le misurazioni che tengono conto dei diametri sono le più usate e derivano da grandi studi angiografici degli anni '90, uno americano (NASCET) ed uno europeo (ECST), che validarono l'intervento di Trombo Endoarteriectomia (TEA) carotidea per la prevenzione degli eventi vascolari cerebrali.

I vari metodi che utilizzano diametri ed aree forniscono risultati anche molto differenti tra loro per lo stesso livello di stenosi con una graduazione che si può grossolanamente descrivere come: Stenosi per AREE > Stenosi per diametri ECST > Stenosi per diametri NASCET con una sopravvalutazione ed una sottovalutazione del 15% circa nel primo e nel terzo caso rispetto al metodo europeo ECST (per esempio: stenosi per AREE 90%, stenosi per diametri ECST 70%, stenosi per diametri NASCET 50%).

Il metodo ECST viene utilizzato nelle misurazioni all'Eco Color Doppler, mentre quello NASCET nelle misurazioni angiografiche.

In considerazione della variabilità di correlazione tra i diversi laboratori strumentali, è auspicabile che ogni laboratorio validi la propria metodica di correlazione per immagini angiografiche o reperti anatomici. Oltre al grado di stenosi è opportuno validare sempre altri parametri quali morfologia e composizione della placca. Quest'ultima infatti può essere ulcerata o liscia, a contenuto omogeneo o meno, lipidico, emorragica, o calcifico, la tortuosità o la presenza di kinking che modificano la velocità, la stenosi lunga ipoplasica dell'interna che prende il nome di "string sign".

La valutazione della velocità ematica a livello della stenosi può far riferimento a parametri morfologici e velocimetrici.

I criteri morfologici come descritti sopra si riferiscono alla valutazione NASCET (diametro del lume residuo a livello della stenosi/diametro della carotide sana a valle della stenosi \* 100) o ECST (diametro del lume residuo a livello della stenosi/diametro massimo della carotide a livello della stenosi \* 100)

I criteri velocimetrici più utilizzati valutano la velocità di picco sistolico (VPS), la velocità di picco diastolico a livello della stenosi e il rapporto tra VPS massima a livello della stenosi e la velocità in carotide comune pre-biforcazione (Tabella allegata)

L'utilizzo di entrambi i criteri migliora sensibilmente l'affidabilità dell'esame e può rendere superflua la richiesta di un esame di II livello (Angio-TC o Angio-RM vasi collo).

Tabella criteri velocimetrici utilizzabili

Percentuale di stenosi	Velocità picco sistolico in carotide interna (VPS ICA) cm/sec	Rapporto VPS carotide interna/VPS carotide comune cm/sec
< 50	< 125	< 2
50-59	>125	2-3
60-69	150-220	3-4
70-79	>220	>4
80-89	>300	>5
>90	>400	>6

Ogni centro di diagnostica vascolare deve indicare nel referto con quale metodo è stata fatta la valutazione.

#### **L'indicazione ai controlli nel tempo in caso di paziente asintomatico dovrebbe essere:**

-stenosi carotidee <50% prevedono ECD a 3-5 anni a meno di nuova insorgenza di sintomi di lato.

-Stenosi 50 -70% ECD annuale

-Stenosi carotidee > 70% necessitano di valutazione specialistica

In caso di insorgenza di nuovi sintomi cerebro-vascolari (sintomi di lato, cadute a terra improvvise, sindrome vertiginosa acuta):  
ecodoppler TSA entro 24-48 ore

E' compito inoltre dello specialista dare eventuali indicazioni particolari sulla tempistica del follow up in base alle caratteristiche morfologiche della placca (se instabile o ulcerata), che dovranno essere documentate e ben descritte nel referto.

#### **Bibliografia essenziale**

1. Grant EG, Benson CB, Moneta GL, et al. Carotid Artery Stenosis: Gray-Scale and Doppler US Diagnosis-Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference. *Radiology*. 2003; 229:340-346.
2. SIDV-GIUV Società Italiana di Diagnostica Vascolare: Diagnostica Vascolare: Diagnosis of vascular diseases. *Ultrasound investigations guidelines. Int Angiol* 2012; suppl.1 al n 5:1-77
3. SIDV-GIUV Società Italiana di Diagnostica Vascolare: Diagnostica Vascolare Ultrasonografica con elementi di Neurosonologia ed. altre metodiche 2/ed 2013, SEU Società Editrice Universo.
4. Setacci C, Argentero A, Cremonesi A, et al. Italian Society for Vascular and Endovascular Surgery. Guidelines on the diagnosis and treatment of extracranial carotid artery stenosis from the Italian Society for Vascular and Endovascular Surgery. *J Cardiovasc Surg* 2014; 55(1):119-31
5. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2023 Clinical Practice Guidelines on the Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease
6. Guidelines on carotid surgery for stroke prevention: updates from the Italian Society of Vascular and Endovascular Surgery, *Journal of Cardiovascular surgery* 2022 August;63(4):471-91

## Appendice 2

### **Razionale delle indicazioni per l'esecuzione di Eco Color Doppler degli Arti Inferiori**

#### **Premessa**

L'inquadramento clinico rimane il primo, essenziale strumento in grado, unitamente alla conoscenza della patologia e delle metodiche d'esame, di indirizzare il percorso diagnostico terapeutico mediante la formulazione di un quesito diagnostico accurato.

#### **Eco Color Doppler Venoso degli Arti Inferiori**

Nel sospetto di una trombosi venosa profonda (TVP), formulato sulla base di un'anamnesi significativa e dati laboratoristici (D-dimero positivo), il quadro deve essere chiarito in tempi brevi mediante esame ecocolordoppler. Dopo l'indicazione alla terapia anticoagulante, un controllo strumentale della trombosi non è appropriato prima del termine della terapia. Dopo interventi correttivi sul sistema venoso profondo (tromboaspirazione/stenting) è indicato un controllo strumentale da 1 a 4 settimane dopo la procedura e comunque secondo il protocollo del centro.

In tutti i Pazienti con trombosi venosa superficiale (TVS) diagnosticata clinicamente è indicato un ecocolordoppler in tempi brevi, al fine di individuare i casi di TVS che per localizzazione meritano di essere trattati come TVP, nonché una TVP concomitante.

Nei casi di insufficienza venosa cronica caratterizzati da edema bilaterale di vecchia data non complicato da distrofia cutanea, così come in caso di teleangectasie e vene reticolari l'ecocolordoppler non è in grado di aggiungere maggiori informazioni rispetto alla valutazione clinica, quindi non è opportuno richiederlo.

Al contrario, nei Pazienti affetti da IVC candidati ad intervento correttivo (chirurgia, termoablazione, terapia sclerosante), anche in stadi iniziali della patologia, l'indagine deve essere eseguita prima dell'intervento stesso dall'operatore che eseguirà la procedura al fine di un corretto planning. Un ecocolordoppler di follow-up è raccomandato dopo le procedure chirurgiche e di termoablazione secondo il protocollo del centro.

Nei casi di insufficienza venosa cronica caratterizzati da distrofia cutanea sino all'ulcera venosa e nei casi di sospetta sindrome post-flebitica è indicato un ecocolordoppler programmabile.

#### **Eco Color Doppler Arterioso degli Arti Inferiori**

Nell'ambito della arteriopatia obliterante cronica periferica (AOCP) degli arti inferiori, l'ecocolordoppler è il primo esame di imaging arterioso per la visualizzazione, localizzazione e caratterizzazione di steno-ostruzioni arteriose.

Tuttavia, il Paziente che si presenti all'esame clinico con validi e simmetrici polsi periferici non ha indicazione a sottoporsi ad ecocolordoppler arterioso degli arti inferiori.

Il Paziente che, in assenza di uno o più polsi, si presenti con claudicatio intermittens, dolore a riposo o lesione trofica di difficile guarigione va indagato con ecocolordoppler programmabile.

Il paziente diabetico pur in assenza di qualsiasi sintomo ma che presenti una lesione

trofica e/o altri tipi di alterazioni cutanee digitali deve essere inviato con sollecitudine al centro per il piede diabetico di II o III livello secondo DGR XII/163 del 17.04.2024 prima ancora della richiesta di ecocolordoppler degli arti inferiori che verrà direttamente eseguito nel centro accogliente.

Un ecocolordoppler programmato è indicato anche nel sospetto di lesione aneurismatica e fistola arterovenosa non iatrogena.

I casi di ischemia acuta o fistola arterovenosa iatrogena, vengono studiati in regime ospedaliero con ecocolordoppler ed eventuali indagini di II livello nell'ambito del ricovero.

Dopo rivascolarizzazione chirurgica o endovascolare, è indicato un follow-up secondo il protocollo del centro in cui è stato eseguito il trattamento.

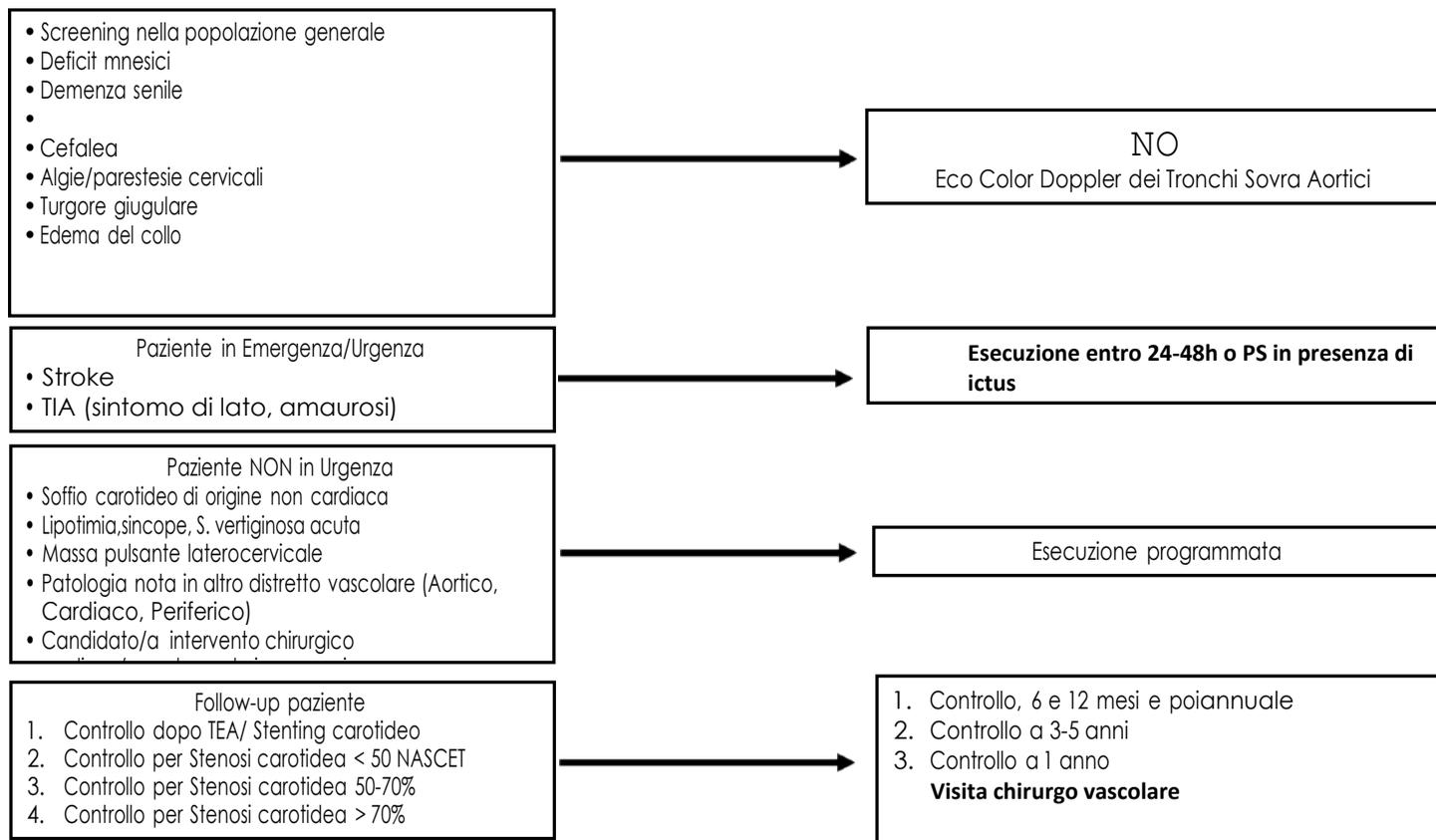
In presenza di ecocolordoppler che identifichi un'arteriopatia periferica non è indicato un esame di II livello (Angio-TC o Angio-RM) prima di una visita specialistica chirurgica vascolare.

#### **Bibliografia essenziale**

1. *Andreozzi, G.M., Antignani, P.L., Arosio, E., Arpaia, G., Crescenzi, B., Di Salvo, M.M., et al. Modello di percorso diagnostico e terapeutico per l'arteriopatia obliterante periferica. MINERVA CARDIOANGIOLOGICA 2012; 60(2 s4), 1-35.*
2. *Agus GB, Allegra C., Arpaia G., De Franciscis S., Gasbarro V. Linee guida Collegio Italiano di flebologia revisione 2013. Acta Phlebologica 2013;14 (suppl. 1 al N.2):1-169*
3. *European Society for Vascular Medicine (ESVM) Guideline on peripheral arterial disease 2019. European Journal of Vascular Medicine 2019*
4. *Global Vascular Guidelines on the Management of Chronic Limb-Threatening Ischemia. Eur J Vasc Endovasc Surg (2019) 58, S1-S109*
5. *European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. Eur J Vasc Endovasc Surg (2022) 63, 184-267*
6. *European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis Eur J Vasc Endovasc Surg (2021) 61, 9-82*

**Appendice 3 - Flow Chart e Quesiti Diagnostici**

**1) ECO COLOR DOPPLER DEI TRONCHI SOVRA AORTICI**

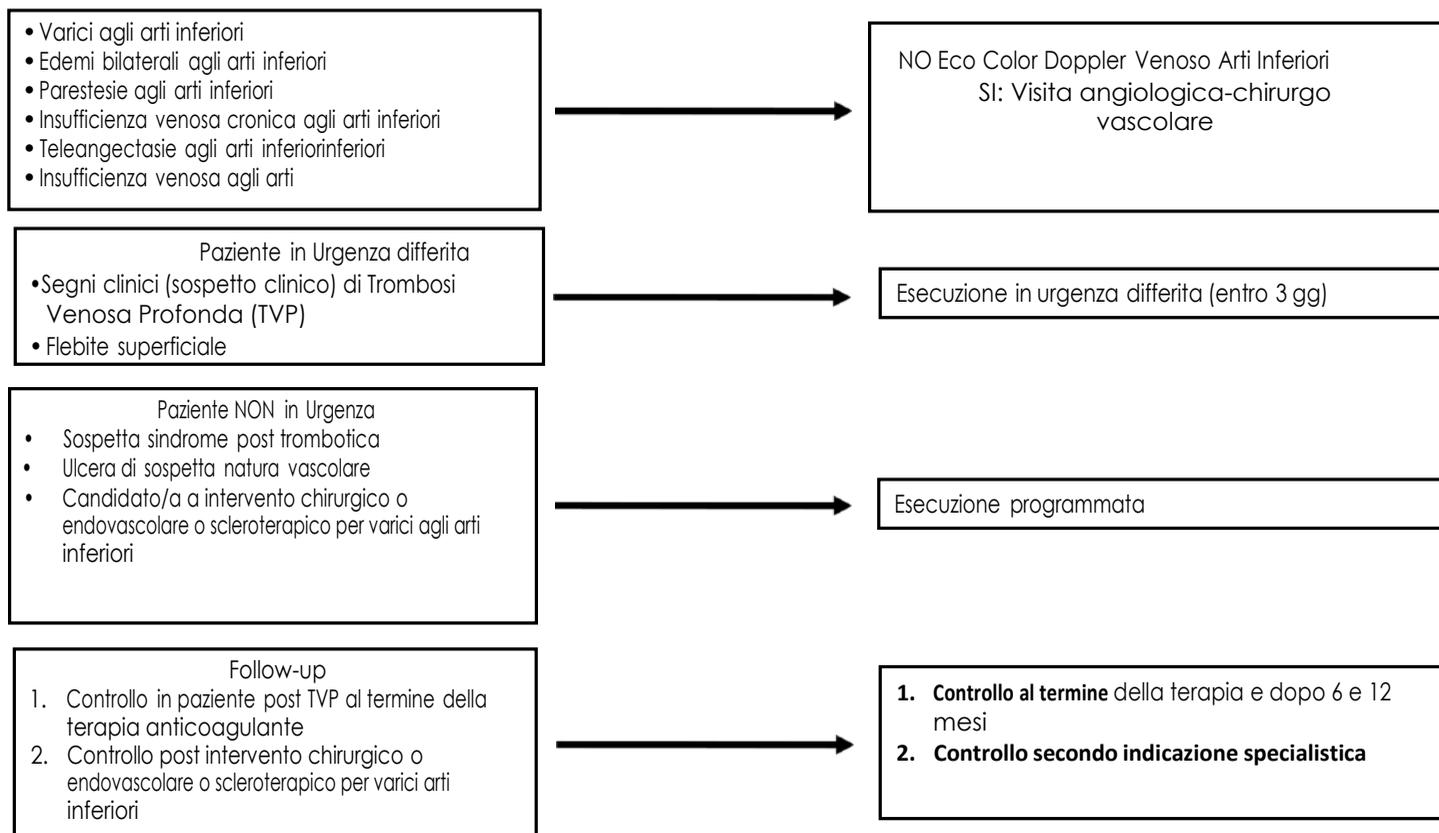


**Appendice 3 - Flow Chart e Quesiti Diagnostici**
**QUESITI DIAGNOSTICI CODIFICATI PER ECO COLOR DOPPLER DEI TRONCHI SOVRA AORTICI**

Codice SISS	Descrizione Prestazione SISS	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3	Quesito 4	Quesito 5
0188735.02	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRA AORTICI A RIPOSO	Soffio carotideo di origine non cardiaca	Lipotomia, sincope, S. vertiginosa acuta	Massa pulsante laterocervicale	Patologia nota in altro distretto vascolare	Per intervento chirurgico cardiaco/vascolare arterioso maggiore
Codice SISS	Descrizione Prestazione SISS	Quesito 6	Quesito 7	Quesito8	Quesito 9	
0188735.02	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRA AORTICI A RIPOSO	Controllo dopo TEA/Stenting carotideo	Controllo per stenosi carotidea <50%	Controllo per stenosi carotidea 50-70%	Controllo per stenosi carotidea >70%	

**Appendice 3 - Flow Chart e Quesiti Diagnostici**

**2) ECO COLOR DOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI**

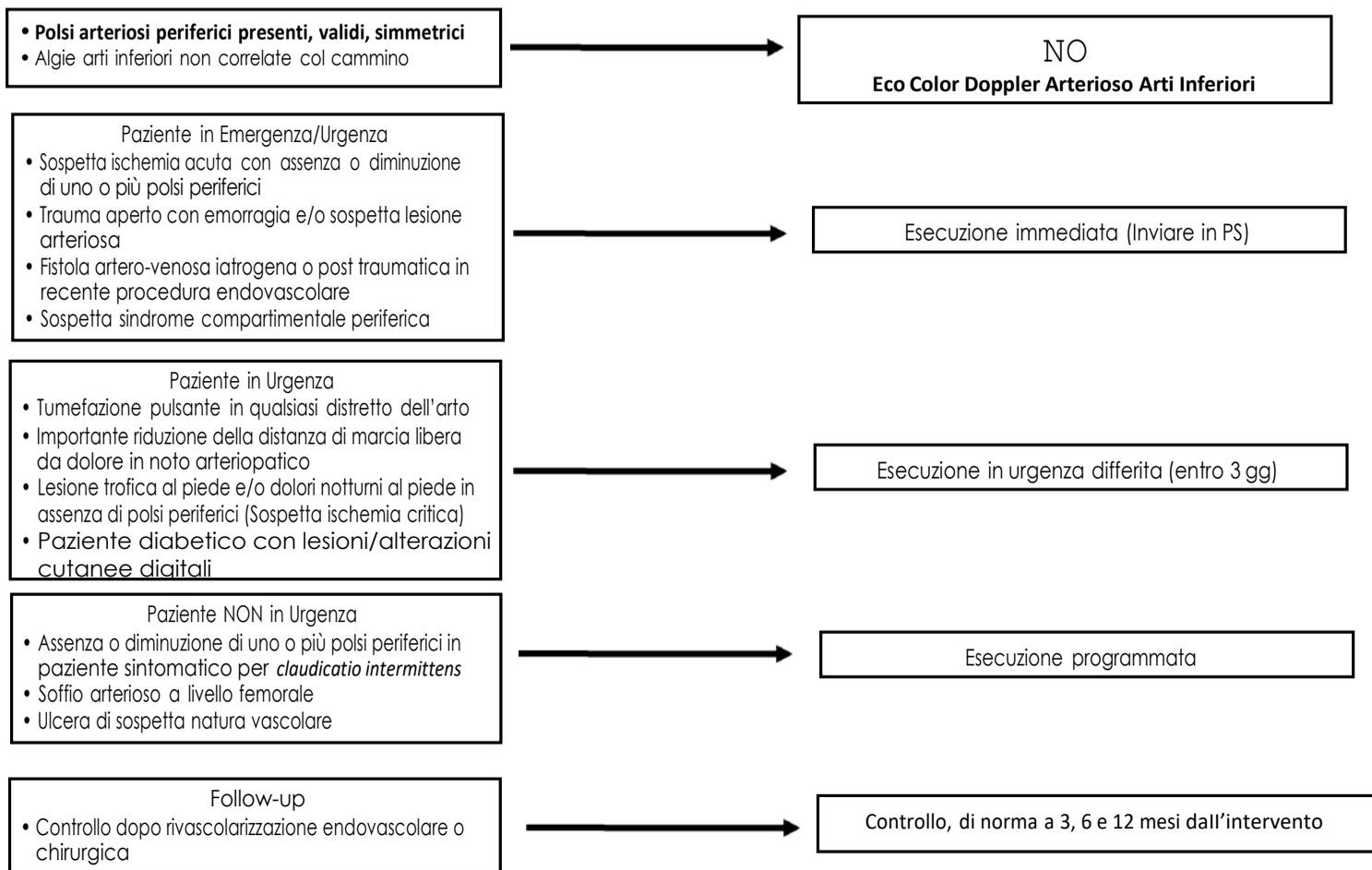


**Appendice 3 - Flow Chart e Quesiti Diagnostici**
**QUESITI DIAGNOSTICI CODIFICATI PER ECO COLOR DOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI**

Codice SISS	Descrizione Prestazione SISS	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3
0188772.04	ECOCOLORDOPPLER VENOSO ARTI INFERIORI	Segni clinici (sospetto clinico) di trombosi venosa profonda	Sospetta sindrome post trombotica	Ulcera di sospetta natura vascolare
Codice SISS	Descrizione Prestazione SISS	Quesito 4	Quesito 5	Quesito 6
0188772.04	ECOCOLORDOPPLER VENOSO ARTI INFERIORI	Per intervento chirur/endovasc/scleroterapic o varici arti inferiori	Controllo in paziente post TVP al termine della terapia anticoagulante	Controllo post intervento per varici arti inferiori

**Appendice 3 - Flow Chart e Quesiti Diagnostici**

**3) ECO COLOR DOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI**



**Appendice 3 - Flow Chart e Quesiti Diagnostici**
**QUESITI DIAGNOSTICI CODIFICATI PER ECO COLOR DOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI**

Codice SISS	Descrizione Prestazione SISS	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3	Quesito 4
0188772.02	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI	Tumefazione pulsante all'arto inferiore	Importante riduzione distanza di marcia senza dolore in arteriopatico	Lesione trofica al piede e/o dolori notturni al piede in assenza di polsi periferici	Assenza o diminuzione di 1 o più polsi periferici in pazienti con Claudicatio
Codice SISS	Descrizione Prestazione SISS	Quesito 5	Quesito 6	Quesito 7	
0188772.02	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI	Soffio arterioso a livello femorale	Ulcera di sospetta natura vascolare	Controllo dopo rivascolarizzazione endovascolare o chirurgica	

CLASS_RAO 005	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5 Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE
B	10 gg	1. Trombosi retinica arteriosa accertata 2. Stroke 3. TIA (sintomo di lato, amaurosi) 4. Altro (10%)
D	60 gg	1. Arteriopatia clinica manifesta 2. Cardiopatia ischemica o arteriopatia obliterante degli arti inferiori sintomatica o dilatazione aortica 3. Presenza di gradiente pressorio >30 mm Hg tra i due arti superiori 4. Soffio carotideo isolato 5. Altro (10%)
P	120 gg	1. Fattori di rischio cardiovascolare 2. Altro (10%)

CLASS_RAO 007	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO – Codici 88.77.4 e 88.77.5 ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO – Codici 88.77.6 e 88.77.7	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ARTERIOSO: segni di peggioramento di arteriopatia nota, con dolore a riposo e/o lesioni trofiche distali</li> <li>2. VENOSO: sospetta trombosi venosa superficiale o sua recidiva</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ARTERIOSO: claudicatio (&lt; 100 metri per arto inferiore)</li> <li>2. ARTERIOSO: sospetto clinico di aneurisma al livello di arta superiore e inferiore.</li> <li>3. Altro (10%)</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ARTERIOSO: claudicatio &gt; 100 metri</li> <li>2. ARTERIOSO: fattori di rischio cardiovascolare</li> <li>3. VENOSO: valutazione dell'indicazione alla chirurgia in sindrome varicosa cronica.</li> <li>4. Altro (10%)</li> </ol>

CLASS_RAO 008	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI - Codice 88.76.3	
	Escluso: vasi viscerali	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Massa addominale pulsante con sintomatologia dolorosa addominale o dorsolombare</li> <li>2. Aneurisma già noto od operato con sintomatologia dolorosa addominale o dorsolombare</li> </ol>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obiettività clinica suggestiva per aneurisma dell'aorta addominale</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>
D	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Calcificazioni aortiche (dopo esecuzione imaging) suggestive per patologia aneurismatica dell'aorta addominale</li> <li>2. Altro (10%)</li> </ol>

PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE • CodIce 89.7A.6 PRIMA VISITA ANGIOLOGICA • CodIce89.7A.2		
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aneurisma già noto od operato sintomatico</li> <li>2. Paziente sintomatico con microembolia periferica</li> <li>3. Paziente sintomatico con tumefazione pulsante in sede: inguinale, poplitea, latero cervicale</li> <li>4. Paziente sintomatico post rivascolarizzazione e/o angioplastica</li> <li>5. Piede diabetico ischemico / infetto</li> <li>6. Sospetto clinico di TVP</li> <li>7. Sospetta ischemia cerebrale acuta</li> </ol>
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE
B	10gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. AAA o AATdi diametro trasverso o AP&gt; di 50 mm (dopo esecuzione imaging)</li> <li>2. Aneurisma iliaco con diametro trasverso o AP&gt; di 30 mm (dopo esecuzione imaging)</li> <li>3. Aneurisma viscerale o delle arterie degli arti inferiori con diametro trasverso o AP&gt; di 20 mm (dopo esecuzione imaging)</li> <li>4. Arteriopatia obliterante arti inferiori con dolore a riposo e o lesione trofica di recente comparsa o in peggioramento</li> <li>5. Massa addominale pulsante asintomatica</li> <li>6. Riscontro all'esame strumentale di placca carotidea complessa</li> <li>7. Sospetta trombosi venosa superficiale o sua recidiva</li> <li>8. Sindrome vertiginosa con sospetto furto della succlavia, dopo valutazione ORL</li> <li>9. Ulcera vascolare</li> <li>10. Altro (10%)</li> </ol>
D	30gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acrocianosi - Fenomeno di Raynaud</li> <li>2. Claudicatio invalidante (&lt; a 100 mt)</li> <li>3. Sindrome dello stretto toracico (ipostenia do sforzo, differenza pressoria Ira gli arti &gt; di 30 mm HG)</li> <li>4. Sindrome post trombotica</li> <li>5. Altro (10%)</li> </ol>

P	120gg	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Aneurisma aortico &gt; 4 cm e &lt; 5 cm di nuova insorgenza</li><li>2. Claudicatio (&gt; di 100mt)</li><li>3. Presenza di gradiente pressorio &gt; 30mm Hg Ira i due arti superiori</li><li>4. Varici degli arti inferiori</li><li>5. Varicocele</li><li>6. Altro (10%)</li></ol>
---	-------	--

## GRUPPO DI LAVORO CHE HA STILATO IL DOCUMENTO

- Raffaello Bellosta (Referente SICVE - Fondazione Poliambulanza)
- Andrea Khalberg (IRCCS Ospedale San Raffaele; SICVE)
- Gabriele Piffaretti (ASST Settelaghi)
- Giovanni Nano (IRCCS Policlinico San Donato)
- Gaetano Lanza (IRCCS Multimedica; SICVE)
- Santi Trimarchi (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico)
- Valerio Tolva (ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda)
- Stefano Pirrelli (ASST Papa Giovanni XXIII)
- Stefano Bonardelli (ASST Spedali Civili di Brescia)

**Allegato 2****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 inappropriata prescrizione 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 Epatogastroenterologica 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**

<b>1. DISPEPSIA O REFLUSSO GASTROESOFAGEO PERSISTENTI DOPO TERAPIA</b>	
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 (&lt;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 <b>età &lt;55anni</b>, 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' <b>età &gt;40 anni</b> nei pazienti provenienti da aree ad alto rischio di cancro gastrico, o con storia di familiarità per cancro esofago-gastrico. L'EGDS è inoltre consigliata ai pazienti di <b>età ≥55anni</b>, 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. <i>United European Gastroenterol J</i> 2021;9:307-331.</li> <li>2. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. <i>Am J Gastroenterol</i> 2017; 112:988–1013</li> <li>3. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease <i>Am J Gastroenterol</i> 2022;117:27-56</li> <li>4. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia <i>Gut</i> 2022;71:1697–1723</li> </ol>

<b>2. DISPEPSIA DI RECENTE INSORGENZA (INSORTA IN ETÀ ≥55 ANNI) O PRESENZA DI SINTOMI DI ALLARME</b>	
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 (&lt;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"> <li>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.</li> <li>2. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. Am J Gastroenterol 2017; 112:988–1013</li> <li>3. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia Gut 2022;71:1697–1723</li> </ol>

<b>3. DISPEPSIA O REFLUSSO GASTROESOFAGEO RECIDIVANTI IN NOTA PREGRESSA PATOLOGIA ORGANICA</b>	
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"> <li>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.</li> <li>2. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. Am J Gastroenterol 2017; 112:988–1013</li> <li>3. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol 2022;117:27-56</li> <li>4. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia Gut 2022;71:1697–1723</li> </ol>

<b>4. FOLLOW-UP DI PATOLOGIE, NEOPLASIE, LESIONI PRECANCEROSE</b>	
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 antrum e corpo gastrico anche per la ricerca di Hp.
Se esame ripetuto (tempistica)	<p><b>PATOLOGIA DA SOTTOPORRE A VALUTAZIONE GASTROENTEROLOGICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>-Da 6 mesi (se displasia di alto grado) a 12 mesi (se displasia di basso grado)</li> <li>-Per pazienti con atrofia da lieve a moderata limitata all'antrum non ci sono prove per raccomandare la sorveglianza.</li> <li>-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.</li> <li>- Pazienti con stadi avanzati di gastrite atrofica (gravi alterazioni atrofiche o IM sia nell'antrum che nel corpo, OLGA/OLGIM III/IV) dovrebbero essere seguiti da un'endoscopia di alta qualità ogni 3 anni.</li> <li>- 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).</li> </ul>
Riferimenti bibliografici	<ol style="list-style-type: none"> <li>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. <i>Endoscopy</i> 2019;51</li> <li>2. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of gastric adenocarcinoma. <i>Gut</i> 2019</li> </ol>

<b>5. ESOFAGO DI BARRETT</b>	
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 style="text-align: center;"><b>PATOLOGIA DA SOTTOPORRE A VALUTAZIONE GASTROENTEROLOGICA</b></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.  <b>La presenza di EB con riscontro di displasia di ogni grado richiede valutazione gastroenterologica con grado di priorità B</b></p>
Riferimenti bibliografici	1. Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus: An Updated ACG Guideline Am J Gastroenterol 2022;117:559-587. 2. Diagnosis and management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2023; 55.

<b>6. CONFERMA ISTOLOGICA DI REPERTI RADIOLOGICI</b>	
Inquadramento della condizione	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. 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. In assenza di lesioni mucose, l'EGDS può anche porre il sospetto di lesioni sottomucose da rivalutare mediante indagini opportune (ad es. ecoendoscopia).
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

<b>7. CONFERMA ISTOLOGICA DI SOSPETTA MALATTIA CELIACA</b>	
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

<b>8. SANGUINAMENTO GASTROINTESTINALE O ANEMIA</b>	
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 colonoscopia 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 concomitanti 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**

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

<b>2. SANGUINAMENTO DI ORIGINE INDETERMINATA (EMATOCHEZIA&gt;45 ANNI, EMATOCHEZIA RICORRENTE &lt;45 ANNI, MELENA DOPO EGDS NEGATIVA, FOBT POSITIVO).</b>	
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

<b>3. ANEMIA SIDEROPENICA DI ORIGINE INDETERMINATA</b>	
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 premenopausale l'esame endoscopico risulta appropriato: 1) età &gt;50aa per l'alto rischio di cancro CR; 2) in donne sottoposte ad isterectomia o con amenorrea; 3) portatrici di</p>

	<p>simptomi 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 (RO). 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"> <li>• Entro 6 mesi da una chirurgia curativa, qualora non eseguita in modo completo prima dell'intervento. Dopo 1 anno dall'intervento chirurgico (primo esame)</li> <li>• Dopo 3 anni dalla prima endoscopia di sorveglianza (secondo esame)</li> <li>• Dopo 5 anni dalla seconda endoscopia di sorveglianza (terzo esame)</li> </ul> <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	<p>Negli ultimi anni le evidenze della letteratura hanno sottolineato l'importanza della qualità della colonscopia nella prevenzione del CCR, mentre hanno ridimensionato il ruolo della sorveglianza endoscopica post-polipectomia. In particolare, è emerso che dimensione del polipo (<math>\geq 10</math>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).</p> <p>Nei soggetti di età <math>&lt; 75</math> anni in cui non è raccomandata la sorveglianza endoscopica è invece indicata la ripetizione della colonscopia di screening dopo 10 anni o in alternativa il sangue occulto fecale dopo 5 anni</p>
Tipo di procedura	La colonscopia è l'esame di riferimento per la sorveglianza post-polipectomia. Il presupposto per l'applicazione degli intervalli di sorveglianza è che la colonscopia indice sia eseguita con criteri di alta qualità, inclusa una adeguata preparazione intestinale
Se esame ripetuto (tempistica)	<p><b>INDICAZIONE SPECIALISTICA</b></p> <p>La sorveglianza endoscopica NON è raccomandata nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adenomi a basso rischio (1-4 adenomi, <math>&lt; 10</math>mm, displasia a basso grado)</li> <li>• Lesioni Serrate Sessili (SSL) a basso rischio (1-4 SSLs, <math>&lt; 10</math>mm, non displastiche)</li> <li>• Polipi iperplastici <math>&lt; 10</math>mm</li> </ul> <p>E' raccomandata la sorveglianza endoscopica a 3 anni nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 5</math> adenomi</li> <li>• almeno un adenoma <math>\geq 10</math>mm</li> <li>• almeno un adenoma con HGD</li> <li>• polipo iperplastico <math>\geq 10</math>mm</li> </ul> <p>E' raccomandata la sorveglianza endoscopica a 1 anni nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 10</math> adenomi</li> <li>• <math>\geq 5</math> SSLs <math>\geq 5</math>mm con sede prossimale al retto</li> <li>• Adenoma o SSL <math>&gt; 20</math>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)</li> </ul>
Riferimenti bibliografici	<p>Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2020, Endoscopy 2020</p> <p>Nuove linee guida di indirizzo per la sorveglianza post-polipectomia nel II livello del programma di screening del cancro coloretale. REGAL Rete EpatoGastroenterologica Lombarda, Febb. 2023</p>

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 <b>Diarrhea</b> and <b>Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome</b> 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"> <li>• Verifica radiologica e sorveglianza di ernia iatale da scivolamento asintomatica o non complicata</li> <li>• Follow up e sorveglianza periodica di esofagite, MRGE, ulcera e/o deformazione duodenale, ed ulcera gastrica non complicata</li> </ul>	<b>EGDS non indicata</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispepsia o MRGE persistenti dopo terapia</li> <li>• Dispepsia di recente insorgenza (insorta <math>\geq</math> 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</li> <li>• Dispepsia o MRGE recidivanti in nota pregressa patologia organica</li> <li>• Follow up di neoplasie, lesioni precancerose</li> <li>• Esofago di Barrett</li> <li>• Conferma istologica di reperti radiologici</li> <li>• Conferma istologica di reperti radiologici o dati biochimici: per celiachia</li> <li>• Sanguinamento gastrointestinale o anemia</li> </ul>	<b>EGDS indicata</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Follow up dell'esofago di Barrett</li> <li>• Follow up di neoplasie e lesioni displastiche gastriche e duodenali</li> <li>• Varici esofagee ed ipertensione portale</li> <li>• Corpi estranei, lesioni da caustici</li> </ul>	<b>Valutazione Gastroenterologica</b>

**COLONSCOPIA**

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

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

<b>Esofagogastroduodenoscopia con eventuali biopsie codici 45.13/45.16.1/45.16.2/42.24</b>		
<b>Classe di Priorità</b>	<b>Tempo Massimo di attesa</b>	<b>Indicazioni Cliniche raccomandate dal gruppo di lavoro</b>
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. 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"> <li>• vomito ricorrente (presenti da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena</li> <li>• disfagia/odinofagia (presenti da almeno 5-7 giorni)</li> <li>• calo ponderale significativo con sintomi digestivi</li> </ul> 4. Sospette neoplasie rilevate obiettivamente e/o con diagnostica strumentale 5. Altro (10%)
D	60 gg	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	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)**

<b>Colonscopia con eventuali biopsie codici 45.23/45.23.3/45.23.4/45.25</b>		
<b>Classe di Priorità</b>	<b>Tempo Massimo di attesa</b>	<b>Indicazioni Cliniche raccomandate dal gruppo di lavoro</b>
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
			<b>Quesito 4</b> Follow up di patologie, neoplasie, lesioni precancerose	<b>Quesito 5</b> Esofago di Barrett	<b>Quesito 6</b> EGDS per conferma istologica di reperti radiologici
			<b>Quesito 7</b> EGDS per conferma istologica di sospetta malattia celiaca	<b>Quesito 8</b> Sanguinamento gastrointestinale	<b>Quesito 9</b> 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 d'ndd (ematochezia)>45aa, ematochezia ricorrente<45aa, melena dopo EGDS neg, FOBT pos)	Anemia sideropenica di origine indeterminata
			<b>Quesito 4</b> Cancro del colon: ricerca lesioni sincrone o dopo resezione curativa	<b>Quesito 5</b> Sorveglianza di pazienti con polipi (adenomi o polipi serrati)	<b>Quesito 6</b> 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 d'ndd (ematochezia)>45aa, ematochezia ricorrente<45aa, melena dopo EGDS neg, FOBT pos)	Anemia sideropenica di origine indeterminata
			<b>Quesito 4</b> Cancro del colon: ricerca lesioni sincrone o dopo resezione curativa	<b>Quesito 5</b> Sorveglianza di pazienti con polipi (adenomi o polipi serrati)	<b>Quesito 6</b> 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 d'ndd (ematochezia >45aa, ematochezia ricorrente <45aa, melena dopo EGDS neg, FOBT pos)	Anemia sideropenica di origine indeterminata
			<b>Quesito 4</b> Diarrea cronica > 4 settimane		

codice prestazione SISS	Descrizione prestazione SISS	NUOVI QUESITI DIAGNOSTICI (upgrade 2023)	Proposta tempistica RAO
584516	<b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON EVENTUALI BIOPSIE</b>	DISPEPSIA/REFLUSSO GASTROESOFAGEO PERSISTENTE DOPO TERAPIA	<b>D</b>
----		DISPEPSIA DI RECENTE INSORGENZA (INSORTA DOPO 55 ANNI)	<b>D</b>
		DISPEPSIA DI RECENTE INSORGENZA IN PRESENZA DI SINT. DI ALLARME (VOMITO RICORR,CALO POND.DISFAGIA)	<b>B</b>
----		PAZIENTE $\geq$ 40aa PROVENIENTE DA AREE AD ALTO RISCHIO O CON FAMILIARIETA' DI CANCRO ESOFAGO-GASTRICO	<b>D</b>
		DISPEPSIA/REFLUSSO GASTROESOFAGEO RECIDIVANTE IN NOTA PREGRESSA PATOLOGIA ORGANICA	<b>D</b>
		DISPLASIA IN ASSENZA DI LESIONE VISIBILE. EGDS A 6/12 MESI PER DISPLASIA DI GRADO ALTO/BASSO	<b>P</b>
		STADIO AVANZATO DI GASTRITE ATROFICA O METAPLASIA INTESTINALE NELL'ANTRO E NEL CORPO, EGDS A 3 ANNI	<b>P</b>
		OLGA/OLGIM III/IV. EGDS A 3 ANNI	<b>P</b>
		STADIO AVANZATO DI GASTRITE ATROFICA E FAMILIARIETA' PER CANCRO GASTRICO. EGDS A 1/2 ANNI	<b>P</b>
		ESOFAGO DI BARRETT, ESTENSIONE $>$ 1cm E $<$ 3cmCM. EGDS A 5 ANNI	<b>P</b>
		ESOFAGO DI BARRETT, ESTENSIONE $\geq$ 3cm E $\leq$ 10cm. EGDS A 3 ANNI	<b>P</b>
		ESOFAGO DI BARRETT, ESTENSIONE $\geq$ 10cm	<b>P</b>
		ESOFAGO DI BARRETT CON RISCONTRO DI DISPLASIA DI OGNI GRADO	<b>D</b>
		EGDS PER SOSPETTO CLINICO E/O STRUMENTALE DI NEOPLASIE	<b>B</b>
		PAZIENTE ADULTO. EGDS PER CONFERMA ISTOLOGICA DI SOSPETTA MALATTIA CELIACA	<b>D</b>
		PAZIENTE CELIACO CON DIETA SENZA GLUTINE CON SINTOMI PERSISTENTI O ANOMALIE TEST DI LABORATORIO.	<b>D</b>
		SANGUINAMENTO GASTROINTESTINALE OCCULTO/ANEMIA IN PAZIENTE DISPEPTICO	<b>D</b>
		ANEMIA SIDEROPENICA SENZA SOF NON CORRETTA DA TERAPIA MARZIALE (DOPO VALUTAZIONE CLINICA/BIOCHIMICA)	<b>D</b>
		ANEMIA NORMO-MICROCITICA (Hb $<$ 10 g/dl) DI NUOVA DIAGNOSI	<b>B</b>
		STADIAZIONE PRE-TRAPIANTO	<b>D</b>
		ACCERTAMENTO PRESENZA VARICI/GASTROPATIA DA IPERTENSIONE PORTALE	<b>D</b>

584525	<b>COLONSCOPIA ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON EVENTUALI BIOPSIE</b>	SOSPETTO CLINICO E/O STRUMENTALE DI NEOPLASIA DEL COLON	<b>B</b>
		RISCONTRO ALL'IMAGING DI ALTERAZIONI DEL COLON DI NON UNIVOCA INTERPRETAZIONE	<b>D</b>
		SANGUINAMENTO DNDD (EMATOCHEZIA>45aa,EMATOCHEZIA RICORRENTE <45aa,MELENA DOPO EGDS NEG.	<b>B</b>
		SANGUE OCCULTO POSITIVO NELLE FECI IN PAZIENTE ASINTOMATICO	<b>D</b>
		ANEMIA SIDEROGENICA DI ORIGINE INDETERMINATA CON ETA' >=50 ANNI	<b>D</b>
		ANEMIA SIDEROGENICA IN DONNE SOTTOPOSTE A ISTERECTOMIA O CON AMENORREA	<b>D</b>
		ANEMIA SIDEROGENICA E PORTATRICI DI SINTOMI DI ALLARME	<b>B</b>
		ANEMIA SIDEROGENICA E RISCHIO AUMENTATO DI CANCRO COLON-RETTALE	<b>B</b>
		ANEMIA SIDEROGENICA PERSISTENTE O RICORRENTE SPROPORZIONATA RISPETTO ALLE PERDITE MESTRUALI	<b>D</b>
		ANEMIA SIDEROGENICA IN MASCHIO ADULTO	<b>D</b>
		DIARREA CRONICA > 4 SETTIMANE NON EMATICA	<b>D</b>
		CCR:RICERCA LESIONI SINCRONE O DOPO RESEZIONE CURATIVA,ENTRO 6 MESI SE COLONSCOPIA INDICE INCOMPLETA	<b>P</b>
		CCR: RICERCA LESIONI SINCRONE O DOPO RESEZIONE CURATIVA.PRIMA ENDOSCOPIA DI SORV. A 1aa DA CHIRURGIA	<b>P</b>
		CCR: DOPO RESEZIONE CURATIVA A 3aa DALLA PRIMA ENDOSCOPIA DI SORVEGLIANZA (SECONDO ESAME)	<b>P</b>
		CCR: DOPO RESEZIONE CURATIVA A 5aa DALLA PRIMA ENDOSCOPIA DI SORVEGLIANZA (TERZO ESAME)	<b>P</b>
		SORVEGL. ENDOSCOPICA POST POLIPECTOMIA A 3aa SE >= 5 ADENOMI	<b>P</b>

		SORVEGL. ENDOSCOPICA POST POLIPECTOMIA A 3aa SE ALMENO 1 ADENOMA $\geq$ 10mm	<b>P</b>
		SORVEGL. ENDOSCOPICA POST POLIPECTOMIA A 3aa SE ALMENO 1 ADENOMA AD ALTO GRADO DI DISPLASIA	<b>P</b>
		SORVEGL. ENDOSCOPICA POST POLIPECTOMIA A 3aa SE POLIPO IPERPLASTICO $\geq$ 10mm	<b>P</b>
		SORVEGL. ENDOSCOPICA POST POLIPECTOMIA A 1aa SE $\geq$ 10 ADENOMI	<b>P</b>
		SORVEGL. ENDOSCOPICA POST POLIPECTOMIA A 1aa SE $\geq$ 5 SSLs $\geq$ 5mm CON SEDE PROSSIMALE AL RETTO	<b>P</b>
		SORVEGL. ENDOSCOPICA POST POLIPECTOMIA A 3-6 MESI SE ADENOMA O LESIONI SERRATE SESSILI (SSL) $>$ 20mm	<b>P</b>
		SANGUINAMENTO RECIDIVANTE (ESCLUSA PATOLOGIA EMORROIDARIA) DIARREA MUCO-SANGUINOLENTA NON INFETTIVA	<b>B</b>
		ANEMIA NORMO-MICROCITICA (Hb $<$ 10 g/dl) DI NUOVA DIAGNOSI IN SOGGETTI DI ETA' $>$ 40 ANNI	<b>B</b>
		SINT. DOLOROSA ADDOMINALE E ALTERAZIONE DELL'ALVO (MAI INDAGATA CON COLONSCOPIA) IN PAZ ETA' $>$ 50 ANNI	<b>D</b>
		STADIAZIONE PRE-TRAPIANTO	<b>D</b>
		MODIFICAZIONI DELL'ALVO DA $\geq$ 3 MESI IN PAZIENTI $<$ 50 aa, SENZA SEGNI/FATTORI DI RISCHIO DOPO TERAPIA	<b>P</b>