



**Regione Umbria**  
Giunta Regionale

**Allegato 2**

**Direzione Regionale Salute e Welfare**

**PERCORSO DI ALERT NELLA PRESCRIZIONE DI  
EGDS E COLONSCOPIA**

**Vers. 3 del 18.12.2023**



## INDICE

<b>Contesto</b>	<b>4</b>
<b>Finalità</b>	<b>4</b>
<b>Precisazioni</b>	<b>4</b>
<b>Diagrammi</b>	<b>4</b>
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA <EGDS>	5
EGDS FOLLOW UP	7
COLONSCOPIA	9
COLONSCOPIA FOLLOW UP	10
SORVEGLIANZA post polipectomia	11
Acronimi	12



## Contesto

I responsabili delle endoscopie delle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni, USL Umbria 1 e Umbria 2 si sono incontrati per discutere del problema delle liste d'attesa in Endoscopia digestiva ed offrire delle linee di indirizzo per la prescrizione di esami endoscopici e migliorare l'appropriatezza prescrittiva e così ridurre le Liste d'Attesa.

Di seguito sono rappresentati i flussi che visualizzano quelle che sono le linee guida internazionali per l'appropriatezza prescrittiva in Endoscopia digestiva.

## Finalità

Finalità del documento è quello di fornire le indicazioni per l'implementazione nei software di cartella clinica per i medici di medicina generale di un sistema di alert in grado di supportare e guidare il MMG nelle scelte prescrittive relative agli esami di EGDS e Colonscopia in soggetti di età maggiore di 45 anni.

Inoltre l'esecuzione delle procedure più invasive (quali ad esempio biopsie, polipectomie , etc ) diventano procedure di secondo livello e pertanto prescrivibili dal solo specialista endoscopista nei casi ritenga la procedura necessaria ai fini diagnostici e/o terapeutici.

## Precisazioni

La presente procedura è stata oggetto di condivisione con le Organizzazioni della Medicina Generale che, nel validarla, hanno richiesto di introdurre le seguenti ulteriori precisazioni prescrittive.

Gli specialisti, qualora diano indicazione per l'esecuzione di tali prestazioni, devono provvedere a prescriverle e a prenotarle direttamente senza rinviare al Medico di Medicina Generale.

Nel caso in cui un Medico prescriva uno di questi accertamenti non in linea con tali indicazioni, lo specialista erogatore che deciderà di non effettuare l'esame richiesto, dovrà rilasciare apposita certificazione che attesti la non erogabilità dell'esame.

Nel caso in cui il Medico prescrittore si trovasse di fronte alla induzione di una prescrizione di questi accertamenti non in linea con tali indicazioni, il Medico potrà ugualmente prescrivere conservando la richiesta indotta e biffando suggerito nella ricetta.

## Diagrammi

Di seguito percorsi attinenti a:

- *ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA <EGDS>*
- *EGDS FOLLOW UP*
- COLONSCOPIA  
PER SCREENING – PER STOMIZZATI  
COLONSCOPIA CON BIOPSIA (BIOPSIA INTESTINO CRASSO)

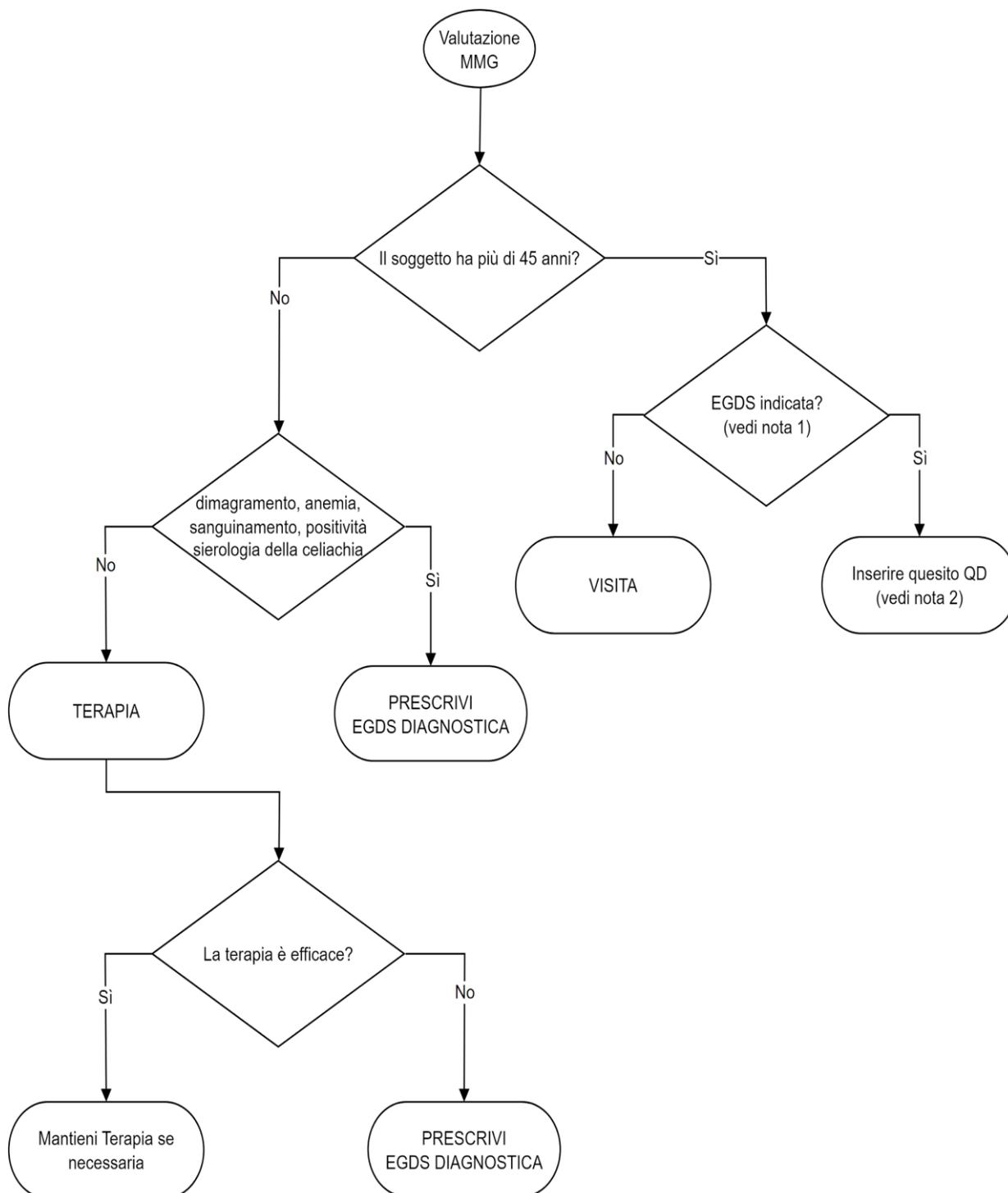


**Regione Umbria**  
Giunta Regionale

**ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA <EGDS>**

(cod.: 45.13 )

***Cod. Catalogo: 13796***



**Nota 1 EGDS non è indicata in caso di**

- Disturbo cronico,
- Pirosi retrosternale
- Eria iatale o controllo dell'ulcera duodenale



**Nota 2** **EGDS è indicata precisando uno dei seguenti Quesiti Diagnostici**

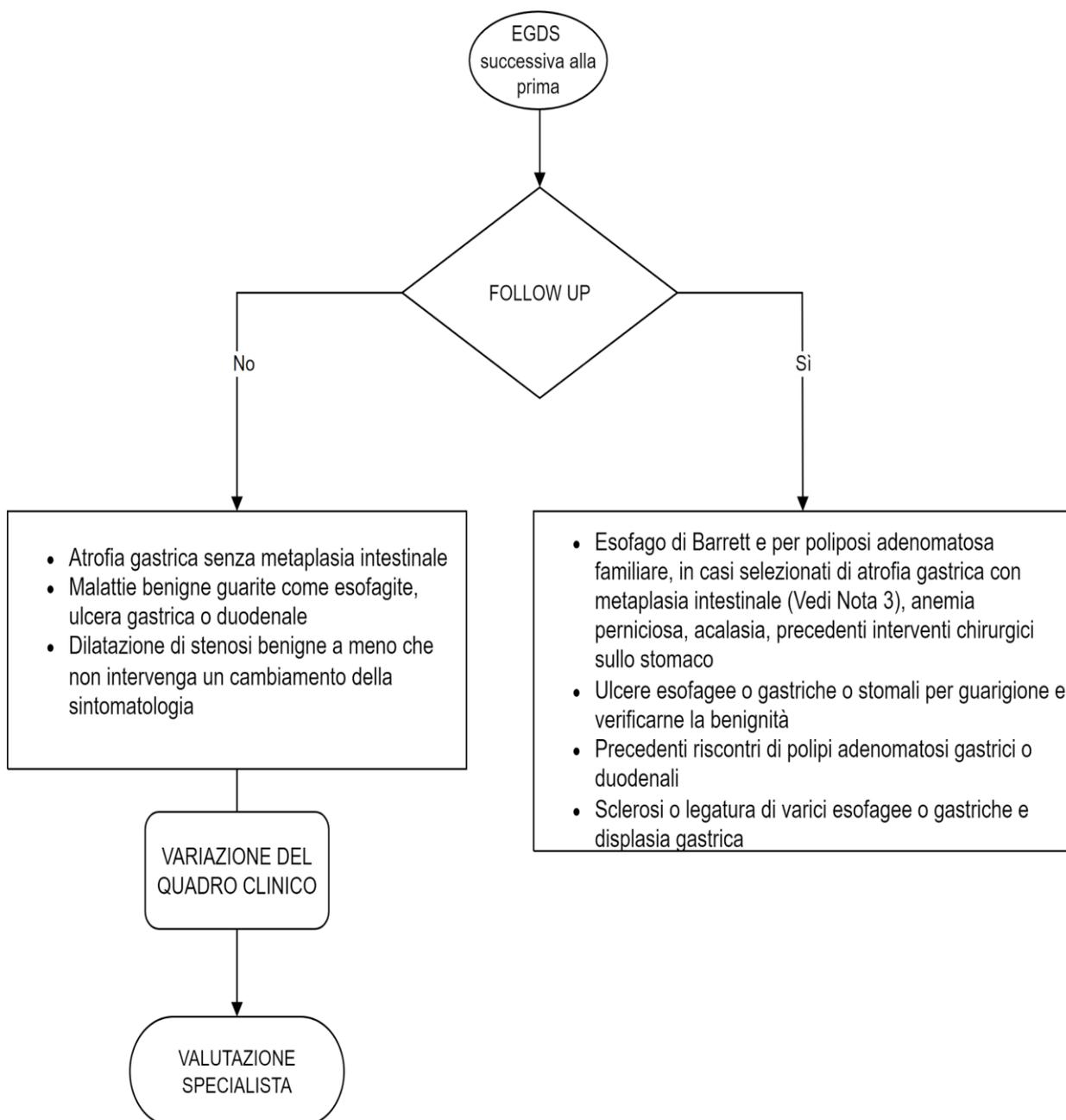
- Disfagia o odinofagia
- Sintomi da reflusso gastroesofageo persistenti o recidivanti **nonostante** un corretto tentativo terapeutico
- Malattie di altri organi o sistemi nelle quali la presenza di patologia gastrointestinale può modificare il trattamento
- Poliposi adenomatosa familiare
- conferma e la diagnosi cito-istologica di lesioni sospettate o dimostrate con tecniche di imaging
- neoplasie
- Ulcere gastriche od esofagee
- Stenosi od ostruzioni del tratto gastrointestinale superiore
- Sanguinamento gastrointestinale acuto
- Perdita cronica di sangue o di anemia da carenza di ferro
- Necessità di biopsia digiunale o duodenale o la raccolta di liquido digiunale
- Valutazione del danno acuto dopo ingestione di caustici



## EGDS FOLLOW UP

(cod.: 45.13 )

Cod. Catalogo: 13796





**Nota 3**

- **Sorveglianza periodica per esofago di Barrett**, in base alla lunghezza esofago di Barrett

< 1 cm → no biopsie di routine, no sorveglianza endoscopica.

≥1cm e < 3 cm → ogni 5 anni.

≥ 3 cm e < 10 cm → ogni 3 anni

estensione massima ≥ 10 cm → indirizzare ad un centro esperto in esofago di Barrett per la sorveglianza endoscopica.

- **Metaplasia/Displasia gastrica:**

OLGIM III/IV ogni 2 anni

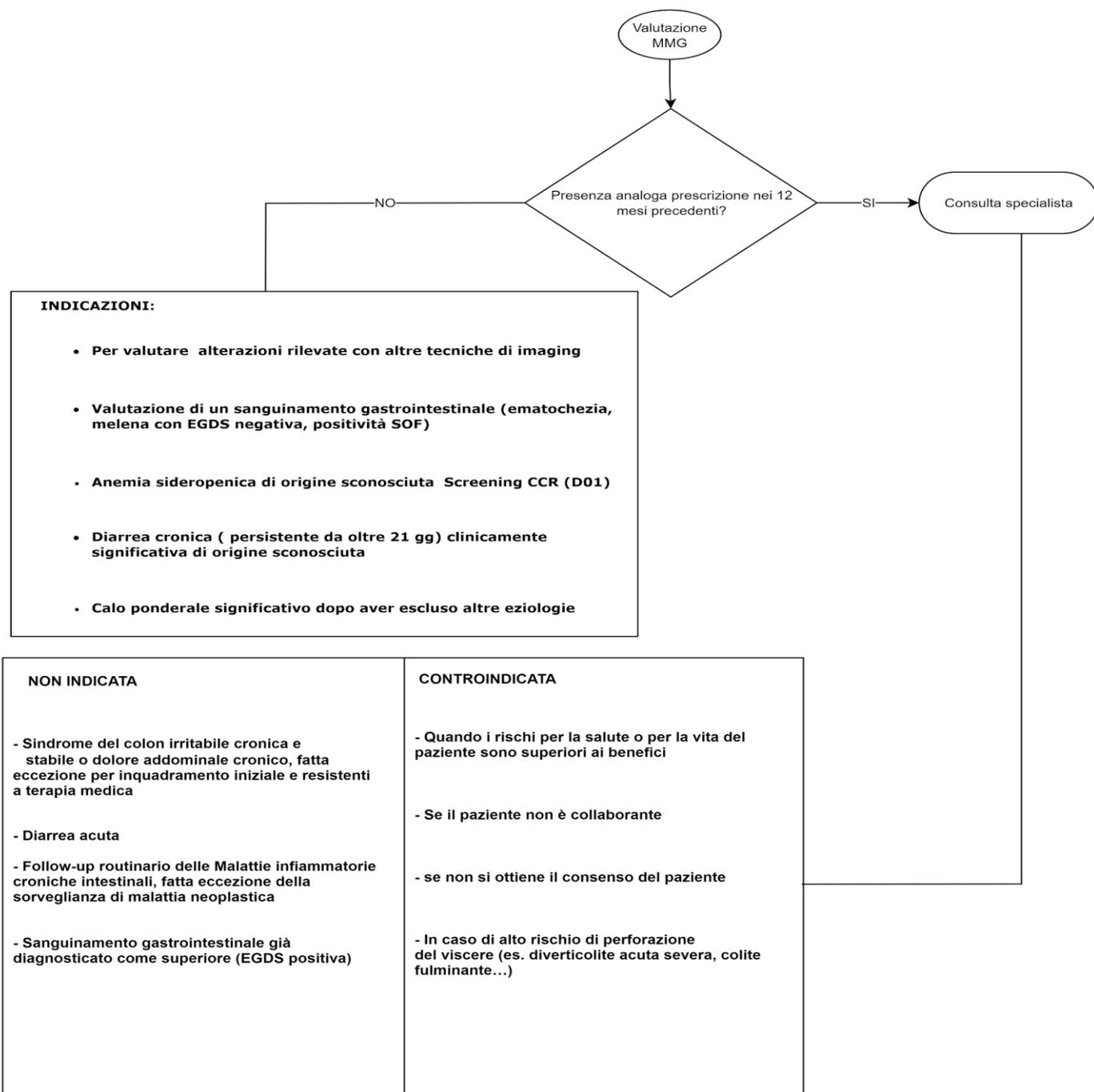
OLGIM II: ogni 5 anni

OLGIM 0-I: non richiede sorveglianza

Displasia gastrica: 6 mesi (valutazione specialistica)



**COLONSCOPIA**  
**PER SCREENING – PER STOMIZZATI**  
**(cod.: 45.23 )**  
**Cod. Catalogo: 13799 – 47516- 48958**





**COLONSCOPIA FOLLOW UP**  
**Colonscopia successiva alla prima: quando richiederla**

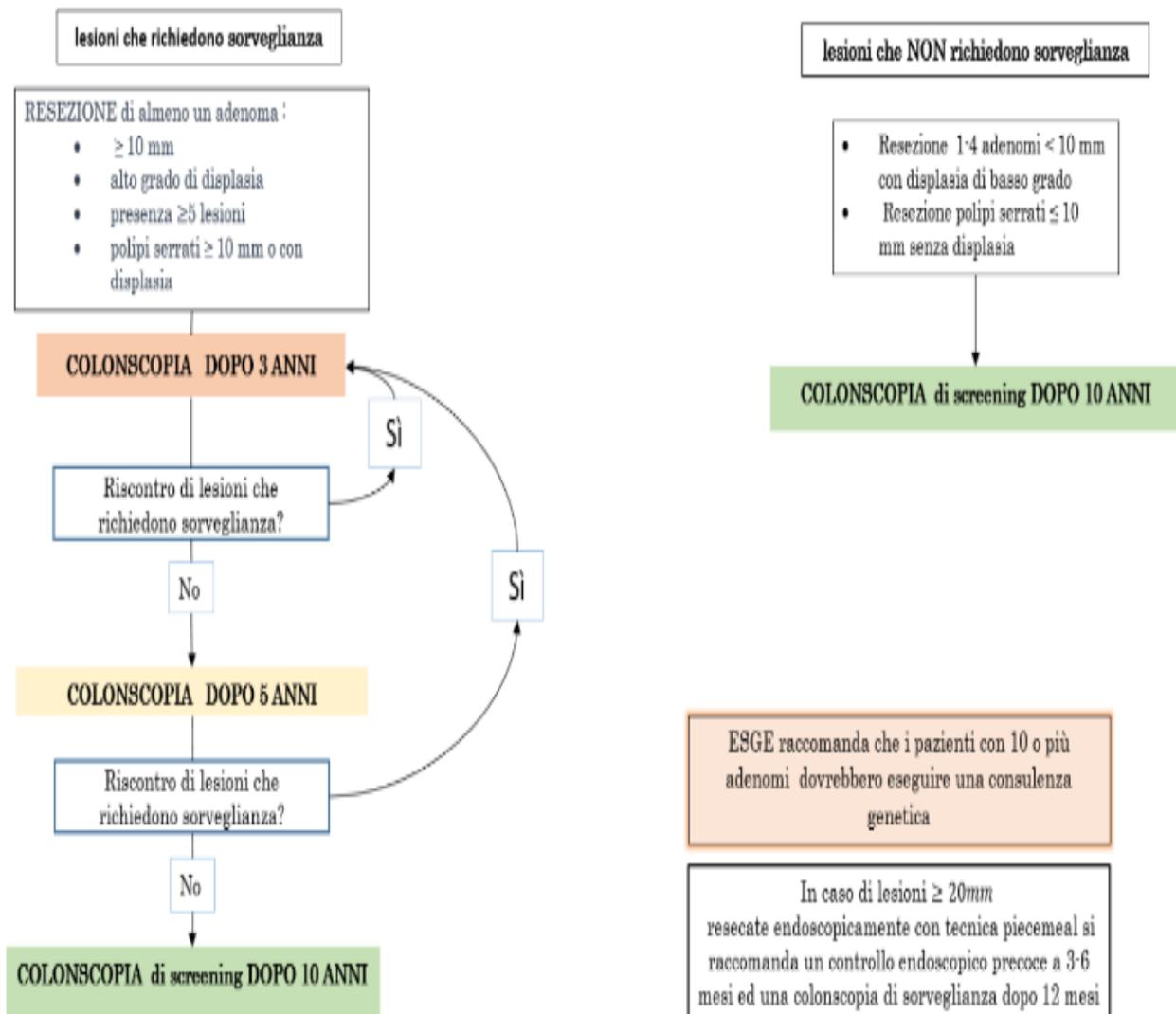
- Colite ulcerosa sinistra da più di 15 anni ogni 2 anni per la ricerca di displasia;
- Malattia di CROHN/RCU da più di 8 anni ogni 2 anni per la ricerca di displasia;
- Esecuzione di procedure operative (Escissione endoscopica di polipi) PREVIA VALUTAZIONE SPECIALISTICA;
- Screening e sorveglianza di neoplasie del colon:
  1. colonscopia per diagnosticare neoplasie del colon sincrone, seguita da una colonscopia ad 1 anno e, se normale, a 3 anni e quindi ad intervalli di 3-5 anni per ricercare una lesione metacrona;
  2. Sorveglianza dei pz. con storia familiare significativa di tumore del colon
    - \* HNPCC (cancro **ereditario** del colon-retto non poliposico): colonscopia ogni due anni iniziando a 25 anni o 5 anni prima dell'età della diagnosi nel più giovane familiare con cancro. Colonscopia ogni anno dall'età di 40 anni;
    - \*\* Cancro colon-rettale **sporadico**:
      - I. 1 familiare età >60 anni: ogni 10 anni a partire da 40 anni
      - II. 2 familiari o 1 familiare <60 anni: ogni 5 anni a partire da 10 anni prima rispetto al familiare più giovane affetto da CCR
- SORVEGLIANZA post polipectomia (vedi altro allegato)

**SORVEGLIANZA post polipectomia**



## SORVEGLIANZA ENDOSCOPICA POST- POLIPECTOMIA

### COLONSCOPIA INDICE





**Regione Umbria**  
Giunta Regionale

## **Acronimi**

- OLGIM (Operating Linf for Gastric Intestinal Metaplasia)
- CCR Cancro del Colon Retto
- SOF Sangue Occulto Fecale
- RCU Retto Colite Ulcerosa
- HNPCC (Hereditary nonPolyposis Colon Cancer) o Sindrome di Lynch