
Direzione SANITA'

Settore Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari

DETERMINAZIONE NUMERO: 259 DEL: 10/04/2019

Codice Direzione: A14000

Codice Settore: A1413B

Legislatura: 10

Anno: 2019

Non soggetto alla trasparenza ai sensi Artt. 15-23-26 del decreto trasparenza

Firmatario provvedimento: FRANCO RIPA

Oggetto

Integrazione e modifica degli Allegati 2_A e 2_B della DD n. 43 del 04.02.2008. Aggiornamento dei criteri per l'individuazione delle classi di priorit  cliniche per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali della branca di gastroenterologia e modifica del documento di indicazioni per la preparazione del paziente alla colonscopia totale.

Premesso che:

nell'ambito dell'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali,   ormai consolidata e formalizzata anche a livello nazionale, la diffusione, all'interno delle ASL e, in generale, delle aziende fornitrici di questa tipologia di offerta, di un modello erogativo basato sulle priorit  cliniche, come sistema di governo dell'accesso alle prestazioni.

In particolare, a livello nazionale   considerato modello di riferimento il RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) che risulta il pi  diffuso nelle diverse realt  regionali. Il modello   caratterizzato dalla definizione di parole chiave per ciascun gruppo di priorit  clinica, omogeneo per l'attesa attribuita al paziente in lista.

Con D.D. n. 43 del 04.02.2008 - cos  come integrata con D.D. n. 375 del 10.07.2009 - sono stati definiti i criteri di utilizzo delle classi di priorit  cliniche per alcune prestazioni ambulatoriali, tra cui, all'Allegato 2_A della determinazione 43/2008 citata, quelle della branca di gastroenterologia, in specifico per:

- prima visita gastroenterologica
- esofagogastroduodenoscopia
- colonscopia con endoscopio flessibile.

Dato atto che:

nell'ambito di attuazione dei RAO, nel triennio 2015-2018, l'Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari (AGENAS) ha approvato ed autofinanziato due Progetti di Ricerca che si sviluppano fra le attività realizzate dall'Agenzia stessa, per il monitoraggio dei tempi di attesa e per la definizione di proposte in materia di liste di attesa, in coerenza con quanto previsto dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di attesa per il Triennio 2010-2012.

La Regione Piemonte ha partecipato ai progetti dell'AGENAS, già citati, nella cui prima fase sono state considerate le branche di Gastroenterologia, Cardiologia e Radiologia.

Inoltre, la recente Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, per il triennio 2019-2021", Rep. Atti 28/CSR del 21.02.2019, contempla, quale Allegato 1, il Manuale RAO dell'AGENAS, con l'individuazione di alcune prestazioni pilota di specialistica ambulatoriale cui applicare il modello RAO ed, in specifico:

BRANCA	PRESTAZIONE
GASTROENTEROLOGIA	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA
	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA IN SEDE UNICA
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO
RADIODIAGNOSTICA	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI
	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO
	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE
	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE
	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA
	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA
	MAMMOGRAFIA BILATERALE
	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE
	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE
	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC
	TC CRANIO-ENCEFALO
	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC
	TC DEL TORACE
TC DEL TORACE SENZA E CON MDC	
CARDIOLOGIA	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA

Con specifico riferimento alla branca di Gastroenterologia (branca 58), è stato costituito un Tavolo Tecnico di specialisti, insediatosi presso la Direzione Sanità, che ha prodotto un documento di aggiornamento dei criteri per l'utilizzo delle classi di priorità, in conformità al modello RAO e tenuto conto sia delle Linee Guida delle Società Scientifiche, sia dei protocolli prodotti dai Gruppi Integrati Ospedale-Territorio, sia del disposto dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, per il triennio 2019-2021", sopra citata.

In particolare, il Tavolo tecnico suddetto ha definito le specifiche cliniche per la modifica e l'integrazione delle classi di priorità nella prescrizione delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali di seguito elencate:

PRESTAZIONE DA NOMENCLATORE REGIONALE VIGENTE (ANNO 2013)	CODICE PRESTAZIONE DA NOMENCLATORE REGIONALE VIGENTE (ANNO 2013)	PRESTAZIONE DA NOMENCLATORE NAZIONALE LEA 2017	CODICE NOMENCLATORE NAZIONALE LEA 2017
Prima visita gastroenterologica	89.7	Prima visita gastroenterologica	89.7A.9
Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)	45.13	Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)	45.13
Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)	45.13	Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsia in sede unica	45.16.1
Biopsia Endoscopica esofago, gastrica e duodenale (sede unica o sede multipla)	42.24	Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsia in sede multipla	45.16.2
		Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsia dell'esofago	42.24
Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23
Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	Colonscopia totale con biopsia in sede unica	45.23.3
Biopsia endoscopica colon e ileo in sede unica o multipla E/O	45.25	Colonscopia totale con biopsia in sede multipla	45.23.4
Biopsia endoscopica retto E/O	48.24		
Polipectomia endoscopica intestino crasso	45.42		

Precisato che:

la D.G.R. n. 118-6310 del 22.12.2017, di attuazione del DPCM 12 gennaio 2017, recante "Definizione e **aggiornamento** dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" dispone che: "[...] - nelle more dell'approvazione degli appositi Accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, per la definizione di criteri uniformi per la individuazione di limiti e modalità di erogazione delle prestazioni e della definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle disposizioni del DPCM in argomento - l'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie sul territorio regionale, in ogni setting assistenziale, sia mantenuta secondo quanto previsto dalla normativa regionale di riferimento" ed, in specifico, dal Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale, di cui alla D.G.R. n. 11-6036 del 02.07.2013.

Al fine di rendere immediatamente operative le disposizioni di cui al presente provvedimento, si stabilisce che le schede relative alle specifiche cliniche per ciascuna prestazione, dettagliate

all'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento, rechina le definizioni ed i codici di prestazione del vigente nomenclatore tariffario regionale, di cui alla già citata D.G.R. n. 11-6036 del 02.07.2013, ferma restando la corrispondenza con le prestazioni ed i codici del DPCM 12 gennaio 2017 e dell'Intesa sul "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, per il triennio 2019-2021", secondo lo schema di cui ai paragrafi precedenti.

Si dispone, inoltre, che le schede relative alle specifiche cliniche per ciascuna prestazione, dettagliate all'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento, devono essere adottate da tutti i soggetti che hanno titolo ad emettere prescrizioni per conto del Servizio Sanitario Regionale, al fine di uniformare il piu' possibile i comportamenti prescrittivi e **conseguentemente** le modalita' di erogazione delle prestazioni secondo il rispetto del principio di equita' ed omogeneita'.

Si ritiene, altresì, opportuno aggiornare, con il presente atto, il documento di indicazioni per la preparazione del paziente alla colonscopia totale, modificando l'Allegato 2_B della già citata D.D. n. 43 del 04.02.2008 ed approvando il nuovo documento, di cui all'Allegato B, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento.

Tutto ciò premesso ed attestata la regolarità amministrativa del presente atto ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17.10.2016,

IL DIRIGENTE

Vista la L.R. 23 del 28.07.2008 artt. 17 e 18;
 Vista la D.G.R. n. 56-3322 del 3 luglio 2006;
 Vista la D.G.R. n. 37-5180 del 29.01.2007;
 Vista la D.G.R. n. 11-6036 del 02.07.2013;
 Vista la D.D. 43 del 4.02.2008;
 Vista la D.D. n. 375 del 10.07.2009.

DETERMINA

- di integrare e modificare l'Allegato 2A della D.D. n. 43 del 04.02.2008, aggiornando i criteri per l'individuazione delle classi di prioritá cliniche per le seguenti prestazioni specialistiche ambulatoriali della branca di gastroenterologia, approvando quanto dettagliato all'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento:

PRESTAZIONE DA NOMENCLATORE REGIONALE VIGENTE (ANNO 2013)	CODICE PRESTAZIONE DA NOMENCLATORE REGIONALE VIGENTE (ANNO 2013)	PRESTAZIONE DA NOMENCLATORE NAZIONALE LEA 2017	CODICE NOMENCLATORE NAZIONALE LEA 2017
Prima visita gastroenterologica	89.7	Prima visita gastroenterologica	89.7A.9
Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)	45.13	Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)	45.13
Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)	45.13	Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsia in sede unica	45.16.1
Biopsia Endoscopica esofago, gastrica e duodenale (sede unica o sede multipla)	42.24	Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsia in sede multipla	45.16.2
		Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsia dell'esofago	42.24

Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23
Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	Colonscopia totale con biopsia in sede unica	45.23.3
Biopsia endoscopica colon e ileo in sede unica o multipla E/O	45.25	Colonscopia totale con biopsia in sede multipla	45.23.4
Biopsia endoscopica retto E/O	48.24		
Polipectomia endoscopica intestino crasso	45.42		

- di disporre che le schede relative alle specifiche cliniche per ciascuna prestazione, dettagliate all'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento, rechino le definizioni ed i codici di prestazione del vigente nomenclatore tariffario regionale, di cui alla D.G.R. n. 11-6036 del 02.07.2013, ferma restando la corrispondenza con le prestazioni ed i codici del DPCM 12 gennaio 2017 e dell'Intesa sul "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, per il triennio 2019-2021", secondo lo schema di cui al punto precedente;

- di disporre che le schede relative alle specifiche cliniche per ciascuna prestazione, dettagliate all'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento, devono essere adottate da tutti i soggetti che hanno titolo ad emettere prescrizioni per conto del Servizio Sanitario Regionale;

- di modificare l'Allegato 2_B della D.D. n. 43 del 04.02.2008, aggiornando il documento di indicazioni per la preparazione del paziente alla colonscopia totale, di cui all'Allegato 2, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento;

- di fare obbligo alle Aziende Sanitarie Regionali di procedere al recepimento di quanto stabilito con il presente provvedimento, attraverso la formulazione di specifici indirizzi operativi all'interno della propria organizzazione e la definizione ed attivazione delle relative azioni di monitoraggio;

- di precisare che l'attuazione di quanto stabilito dal presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi di spesa per la Regione Piemonte e, in specifico, per tutte le Aziende Sanitarie regionali.

La presente Determinazione verrà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della l.r. 22/2010.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro il termine di 60 giorni, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 giorni, ovvero ancora l'azione innanzi al giudice ordinario, per la tutela di un diritto, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice Civile. In tutti i casi il termine decorre dalla data di piena conoscenza del provvedimento.

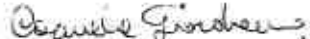
Il Dirigente del Settore

Franco Ripa



I funzionari responsabili

Carmela Giordano



Raffaella Ferraris





LA COLONSCOPIA

CHE COS'E' LA COLONSCOPIA

Consiste nell'introduzione di una sonda flessibile (colonscopio) attraverso l'orifizio anale per esplorare il colon fino a visualizzare il fondo cecale (colonscopia totale) o solo il suo ultimo tratto (rettoscopia, rettosigmoidoscopia, colonscopia sinistra ecc). Nel corso dell'esame, qualora vi sia indicazione, è possibile esplorare anche l'ileo terminale, attraverso la valvola ileo-cecale.

PREPARAZIONE ALLA COLONSCOPIA

La buona riuscita della colonscopia dipende molto dalla corretta pulizia del viscere. Pertanto è indispensabile che il paziente segua le indicazioni dal Centro di endoscopia, riportate nel foglio di preparazione all'esame.

Un'incompleta pulizia intestinale aumenta il rischio di non visualizzare lesioni durante la colonscopia. Tale rischio comunque non si azzera anche in presenza di un'adeguata pulizia intestinale. Infatti fino al 20% delle lesioni, specie di piccole dimensioni, possono sfuggire all'identificazione.

Nel colloquio precedente l'esame è indispensabile che il medico venga informato di eventuali malattie (soprattutto cardiache, respiratorie o dell'apparato gastroenterico), allergie a farmaci o altre sostanze, terapie in corso (in particolare farmaci che alterano la coagulazione come aspirina, altri antiaggreganti, anticoagulanti, ecc), precedenti interventi chirurgici di rilievo (soprattutto gastrointestinali e cardiaci). Inoltre il medico va informato della presenza di pacemaker o di altra apparecchiatura impiantabile che possa interferire con strumenti elettromedicali e, per le donne, di una possibile gravidanza.

COME COMPORTARSI CON LE TERAPIE IN CORSO

La maggior parte delle terapie non devono essere sospese. Nel caso in cui il paziente assuma farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti, in previsione dell'esame, potrebbe rendersi necessaria la loro sospensione o sostituzione, previo consulto con il Curante/Specialista di riferimento. In condizioni cliniche particolari, possono rendersi necessari esami per valutare la coagulazione del sangue.

COME SI ESEGUE LA COLONSCOPIA

L'esame viene iniziato con paziente sdraiato sul fianco sinistro, ma può essere necessario cambiare posizione e possono essere effettuate manovre di compressione manuale dell'addome, per facilitare la progressione del colonscopio. Può essere eseguita una da sedazione cosciente per via endovenosa, con benzodiazepine od oppioidi, o una sedazione piu' profonda con l'assistenza di un anestesista. Durante l'esame si insuffla aria in quantità adeguata a distendere le pareti del colon causando una sensazione di distensione addominale. Si può avvertire modico dolore, talora più intenso in caso di particolare lunghezza e/o tortuosità del viscere o in presenza di aderenze da precedenti interventi chirurgici o trattamenti radioterapici.

L'esame dura in media da 15 a 30 minuti, ma tale tempo può diminuire o aumentare in funzione del grado di difficoltà dell'esame .



QUALI SONO LE POSSIBILI COMPLICANZE DELLA COLONSCOPIA

La colonscopia, sia diagnostica, sia terapeutica, è generalmente sicura. Complicanze clinicamente significative in corso di una colonscopia diagnostica sono rare (inferiori allo 0.1-0.6%) ed la mortalità è inferiore allo 0.007%. Non è stato dimostrato un aumento delle complicanze per gli esami eseguiti in narcosi.

Le principali complicanze di una colonscopia sono:

- Emorragia, associata a procedure terapeutiche (polipectomia, biopsia)
- Perforazione (0.07-0.3% dei casi). Se la perforazione è di piccole dimensioni è possibile un tentativo di trattamento endoscopico con clip metalliche. Se di dimensioni maggiori è indicato il trattamento chirurgico.
- Complicanze cardio-respiratorie e circolatorie (0,9%), per lo più legate alla premedicazione.
- Infezioni, nel 4% delle procedure può esserci una transitoria immissione di batteri nel sangue (batteriemia) di solito non clinicamente rilevante, pertanto non è in generale raccomandata una profilassi antibiotica.

Le complicanze possono manifestarsi anche a distanza di alcune ore. Sintomi d'allarme sono: dolore con tensione addominale, sudorazione con ipotensione, febbre, sanguinamento con emissione di sangue rosso vivo o scuro, alvo chiuso a feci e gas. In tal caso è consigliabile recarsi in Pronto Soccorso, possibilmente nella stessa struttura in cui è stata eseguita la procedura.

COSA SUCCEDDE DOPO LA COLONSCOPIA

Dopo l'esame potrebbe permanere una sensazione di gonfiore che normalmente si esaurisce in alcuni minuti. Qualora l'esame sia eseguito in sedazione può residuare sonnolenza e visione offuscata, di breve durata. Il paziente verrà dimesso dopo un completo recupero, ma non potrà guidare veicoli o compiere manovre a rischio per se' o per gli altri nelle 12 ore successive alla procedura (tale lasso di tempo può arrivare a 24 h in soggetti con rallentato metabolismo dei farmaci come pazienti con insufficienza epatica, renale ecc).

La ripresa delle terapie in corso, dell'alimentazione e l'assunzione di liquidi sono concordate con i Sanitari al momento della dimissione.

COSA FARE IN CASO DI ESAME INCOMPLETO ED ALTERNATIVE ALLA COLONSCOPIA

L'esame può non essere completato nel 5-30% dei casi:

- in caso di preparazione intestinale inadeguata
- in presenza di restringimenti del lume del viscere (stenosi) non superabili con lo strumento
- in presenza di angolature/aderenze o di una particolare lunghezza del viscere che determina ostacolo alla progressione dell'endoscopio e/o dolore non gestibile dalla sedazione che si sta effettuando

Le possibili alternative potranno essere a seconda dei casi:

- ripetere l'esame con una preparazione diversa, più intensiva o protratta
- ripetere l'esame con una sedazione profonda
- eseguire una CT-Colonscopia Virtuale o una colonscopia con Videocapsula.

Nessuna di queste tecniche permette di eseguire biopsie o manovre operative come la polipectomia. Anche per queste procedure alternative è necessario effettuare una preparazione intestinale. L'eventuale indicazione deve essere valutata con il proprio Medico considerando rischi e benefici e tenendo conto di un'accuratezza diagnostica inferiore rispetto alla colonscopia.



QUALI PROCEDURE INTEGRATIVE POSSONO ESSERE ATTUATE DURANTE LA COLONSCOPIA

Procedure aggiuntive diagnostiche

- **Biopsia:** possono essere prelevati, mediante apposite pinze, piccoli frammenti di mucosa per esame istologico
- **Cromoendoscopia:** per migliorare la valutazione dei margini o delle **caratteristiche** superficiali delle lesioni può essere impiegata una colorazione con coloranti vitali o di contrasto, spruzzati sulla mucosa attraverso l'endoscopio ed innocui per il paziente
- **Tatuaggio:** consiste nell'iniettare un colorante sterile nella parete dell'intestino per facilitare l'**individuazione** di una lesione precedentemente diagnosticata o asportata durante intervento chirurgico o una successiva endoscopia
- **Ecoendoscopia con minisonda:** consiste nell'inserire nel colonscopio una minisonda ecografia al fine di meglio definire le lesioni, in particolare **caratteristiche** strutturali e profondità di infiltrazione
- **Endomicroscopia confocale laser (biopsie ottiche virtuali):** è una tecnica per ottenere immagini **microscopiche** in-vivo. Si utilizza una minisonda inserita nel canale operativo previa somministrazione endovena di fluoresceina, agente di contrasto fluorescente. La sostanza è generalmente ben tollerata e causa una temporanea colorazione giallastra della cute mentre le urine possono avere un colore insolito, sull'arancione, particolarmente inteso.

Procedure a finalità operativa

- **Polipectomia:** è una tecnica endoscopica che consente l'asportazione dei polipi del colon, mediante l'utilizzo di anse metalliche, collegate ad un elettrobisturi o anche senza far uso di corrente (cosiddetta tecnica "a freddo"). Può essere necessaria l'iniezione sottomucosa, mediante ago dedicato, di soluzioni saline o colloidali che sollevano la lesione prima di resecarla con l'ansa diatermica

Le complicanze sono rare

- **Perforazione (0.04-1.0%).**
- **Emorragia (0.3-6.1%):** il sanguinamento può essere immediato, normalmente controllato endoscopicamente. In circa il 2% dei casi il sanguinamento è tardivo e può presentarsi fra i 7 ed i 30 giorni dopo la polipectomia
- **Ustione trans-murale (0.003-0.1%):** è legata alla trasmissione di calore alla parete del viscere dovuta all'applicazione di corrente elettrica. Si manifesta entro 24-36 ore dalla colonscopia con febbre, dolore addominale localizzato e leucocitosi (aumento dei globuli bianchi). Di solito si risolve con terapia medica.
- **Trattamenti emostatici:** possono essere utilizzati per trattare lesioni attivamente o

potenzialmente sanguinanti (come le angiodisplasie). Le terapie emostatiche includono tecniche termiche, iniettive e meccaniche. Nel trattamento delle angiodisplasie del colon destro, la perforazione è stata descritta fino al 2.5% dei casi.

- **Rimozione di corpi estranei:** la manovra consiste nel "catturare" il corpo estraneo ed estrarlo con l'ausilio di specifici accessori. Il rischio di perforazione varia in relazione al tipo di oggetto (appuntito o smusso).



COME SI DISINFETTANO/STERILIZZANO GLI STRUMENTI

Al fine di garantire una prestazione sicura e libera da rischio infettivo per l'utente e per gli operatori sanitari, i dispositivi medici riutilizzabili (endoscopi e accessori pluri-uso) sono puliti **immediatamente** dopo ogni procedura con detergenti proteolitici e sottoposti a un ciclo di disinfezione di alto livello in specifiche lavaendoscopi. Gli endoscopi sono riposti in appositi armadi per proteggerli dalla polvere, da possibili fonti di contaminazioni e dalle alte temperature.

La maggioranza degli accessori è monouso. Gli accessori riutilizzabili, dopo essere stati sottoposti ad accurato lavaggio, vengono sottoposti a un processo di sterilizzazione.

In caso di comparsa di segni/sintomi di allarme dopo la procedura, e' invitata a contattare un medico; a seconda del grado di urgenza e gravità dei sintomi dovrà' recarsi al più' vicino Pronto Soccorso oppure parlarne con il proprio medico di Medicina Generale e/o con lo Specialista che ha eseguito l'esame.

Il personale che effettuerà l'esame è a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento sulla metodica.



PREPARAZIONE ALLA COLONSCOPIA

La colonscopia è un'indagine che permette di esaminare la superficie interna del colon.

Il colon deve essere vuoto e pulito perché l'indagine dia una risposta attendibile.

Prima dell'esame dovrete seguire la dieta sotto specificata, e assumere soluzioni di lavaggio in volumi sufficienti ad assicurare una corretta pulizia.

PRIMA DELL'ESAME

Una valutazione clinica accurata è sempre necessaria prima della preparazione all'esame, specie se siete:

- di età superiore a 75 anni
- affetti da malattie dell'apparato cardiovascolare e respiratorio o da insufficienza renale
- portatori di pace-maker o defibrillatore
- affetti da diabete, malattie del sangue, della coagulazione e del fegato
- in terapia con anticoagulanti o altri antiaggreganti (coumadin, sintrom, pradaxa, xarelto, eliquis, brilique, plavix, tiklid, ibustrin)

In questi casi possono essere necessarie precauzioni o variazioni, da concordare con i Medici.

Non sospendere o modificare terapia (anche cardioaspirina) se non dietro prescrizione medica.

DIETA

Il giorno prima dall'esame la dieta deve essere a basso contenuto di scorie quindi:

- non ammessi frutta e verdura con semi e buccia, pasta e pane integrali, cereali interi, carni dure e fibrose, frutta secca
- ammessi pane e pasta non integrali, patate, carne magra, prosciutto, pesce, uova, burro, gelato, formaggi, yogurt, latte, gelatine, miele, brodo e bevande limpide (thé, camomilla)
- evitare per almeno una settimana farmaci a base di ferro e carbone vegetale

La sera precedente l'esame:

- solo liquidi (acqua o bevande chiare trasparenti)

INDICAZIONI GENERALI

Se vengono usualmente assunti lassativi non sospenderli nei giorni precedenti l'esame

La sera precedente o il mattino

- Fare una doccia
- Evitare di applicare creme di qualsiasi tipo, in particolare agli arti e rimuovere eventuale smalto per unghie, in quanto possono ostacolare l'adesione della placca dell'elettrobisturi o il posizionamento del pulsiossimetro

Prevedere 2-3 ore dopo l'esame prima di poter rientrare a casa.

Si raccomanda inoltre di presentarsi accompagnati, in quanto potranno essere somministrati farmaci che interferiscono con la capacità di guida anche a distanza di ore (sedativi, antispastici).



LA PREPARAZIONE

Sono disponibili in Farmacia diverse preparazioni, suddivise nelle seguenti categorie:

- soluzioni ad alto volume, a base di macrogol (4 litri)
- soluzioni a volume basso o ultrabasso a base di macrogol (1-2 litri) più altre bevande, senza o con bisacodile.

Il Medico Curante o lo Specialista potranno consigliarvi tra queste, tutte efficaci, la preparazione a voi più indicata. In particolare, se in precedenti esami la pulizia non è stata adeguata, concordare una preparazione specifica con il Centro di Endoscopia.

- se insufficienza renale, dialisi, cardiopatie e cirrosi scompensate, gravidanza, malattie infiammatorie intestinali preferire preparazione ad alto volume. Evitare prodotti con bisacodile.
- se stipsi cronica, uso di farmaci oppiacei o antidepressivi, diabete, obesità, pregresse resezioni del colon valutare con il Medico se indicate preparazioni protratte su più giorni, o con lassativo
- se difficoltà a bere i volumi previsti, utilizzare preparazioni a basso volume
- se affetti da favismo (deficit di G6PD) o fenilchetonuria non assumere Moviprep e Plenvu

Sciogliere i prodotti in acqua non gassata.

Le soluzioni possono essere refrigerate per renderle più gradevoli

Le preparazioni sono frazionate in due dosi.

L'assunzione avviene in dosi frazionate, suddivisa tra il giorno precedente e quello dell'esame (split) o solo il giorno dell'esame (same day). Questo schema migliora la pulizia dell'intestino, rende l'esame più efficace, sicuro e rapido e riduce il rischio di dover ripetere l'esame.

**PER L'ORARIO DI ASSUNZIONE FARE RIFERIMENTO ALLA
TABELLA DELL'ULTIMA PAGINA**



SELG ESSE (4 BUSTE: sciogliere ogni busta in 1 litro di acqua per un totale di 4 litri)

PRIMA DOSE: bere i primi 2 litri di soluzione al ritmo di 1/4 litro ogni quarto d'ora

SECONDA DOSE: bere i restanti 2 litri al ritmo di 1/4 litro ogni quarto d'ora

Alto Volume (4 litri) con MACROGOL

ISOCOLAN 34.8 gr (8 BUSTE: sciogliere due buste in 1 litro di acqua per un totale di 4 litri)

COLIREI (16 BUSTE: sciogliere 4 buste in 1 litro d'acqua per un totale di 4)

PRIMA DOSE: bere i primi 2 litri di soluzione al ritmo di 1/4 litro ogni quarto d'ora

SECONDA DOSE: bere i restanti 2 litri al ritmo di 1/4 litro ogni quarto d'ora

Basso volume (1 litro) con MACROGOL

PLENVU (confezione con DOSE 1, 1 busta e DOSE 2 busta A e busta B)

1. sciogliere DOSE 1 in mezzo litro d'acqua e

2. sciogliere DOSE 2, buste A e B, in mezzo litro d'acqua

DOSE 1: bere in 30 minuti, seguita da almeno un altro mezzo litro di acqua, the' o camomilla

DOSE 2: bere in 30 minuti, seguita da almeno un altro mezzo litro di acqua, the' o camomilla

Basso Volume (2 litri) con MACROGOL

AG PEG PLUS (2 BUSTE: sciogliere ogni busta in un litro d'acqua per un totale di 2 litri)

PRIMA DOSE: bere 1 litro di soluzione seguito da 1/2 litro di acqua, the' o camomilla

SECONDA DOSE: bere il restante litro di soluzione, seguito da 1/2 litro di acqua the' o camomilla

CLENSIA (confezione con 4 BUSTE A + 4 BUSTINE B)

1. sciogliere due buste A (grandi) + due buste B (piccole) in un litro d'acqua

2. sciogliere le restanti due buste A (grandi) + due buste B (piccole) in un ulteriore litro d'acqua

PRIMA DOSE: bere 1 litro di soluzione in un'ora, seguito da 1/2 litro di acqua, the' o camomilla

SECONDA DOSE: bere il restante litro in un'ora, seguito da 1/2 litro di acqua, the' o camomilla

MOVIPREP (confezione con 2 BUSTE A + 2 BUSTE B)

Sciogliere una bustina A + una bustina B in un litro d'acqua, per un totale di 2 litri)

PRIMA DOSE: bere 1 litro di soluzione in un'ora, seguito da 1/2 litro di acqua, the' o camomilla

SECONDA DOSE: bere il restante litro in un'ora, seguito da 1/2 litro di acqua, the' o camomilla

Basso Volume (2 litri) con MACROGOL e BISACODILE

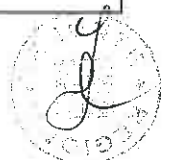
LOVOL-DYL (4 compresse) + **LOVOL ESSE** (confezione con 4 BUSTE):

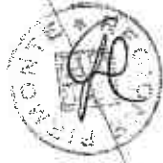
Sciogliere 2 buste per ogni litro di acqua per un totale di 2 litri).

Assumere le 4 compresse di **LOVOL-DYL** alle ore 16.00

PRIMA DOSE: bere 1 litro di soluzione di **Lovol-Esse** in un'ora

SECONDA DOSE: bere il restante litro di **Lovol Esse** in un'ora

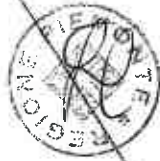




ORARIO DI ASSUNZIONE

	Orario Prenotazione Esame	Assumere la prima dose	Assumere la seconda dose
	Dalle 8.00 alle 9.00	tra le ore 20 e le 22 del giorno prima dell'esame	tra le ore 4 e le 6 del giorno dell'esame
	Dalle 9.00 alle 10.00	tra le ore 20 e le 22 del giorno prima dell'esame	tra le ore 5 e le 7 del giorno dell'esame
	Dalle 10.00 alle 11.00	tra le ore 20 e le 22 del giorno prima dell'esame	tra le ore 5 e le 7 del giorno dell'esame
	Dalle 11.00 alle 12.00	tra le ore 20 e le 22 del giorno prima dell'esame	tra le ore 6 e le 8 del giorno dell'esame
	Dalle 12.00 alle 13.00	tra le ore 20 e le 22 del giorno prima dell'esame	tra le ore 7 e le 9 del giorno dell'esame
	Dalle 13.00 alle 14.00	tra le ore 20 e le 22 del giorno prima dell'esame	tra le ore 7 e le 9 del giorno dell'esame
	Dalle 14.00 alle 15.00	tra le ore 20 e le 22 del giorno prima dell'esame	tra le ore 8 e le 10 del giorno dell'esame
	Dalle 15.00 alle 16.00	tra le ore 6 e le 8 del giorno dell'esame	tra le ore 9 e le 11 del giorno dell'esame
	Dalle 16.00 alle 17.00	tra le ore 7 e le 9 del giorno dell'esame	tra le ore 10 e le 12 del giorno dell'esame
	Dalle 17.00 alle 18.00	tra le ore 7 e le 9 del giorno dell'esame	tra le ore 11 e le 13 del giorno dell'esame





CLASS_RAO 022	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA --- Codice 89.7	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Epatopatie acute o croniche in fase di scompenso 2. Ascite di nuova insorgenza 3. Prima diagnosi di IBD (inflammatory bowel disease o malattie infiammatorie intestinali) 4. Riacutizzazione moderata di IBD (inflammatory bowel disease o malattie infiammatorie intestinali) 5. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia dell'apparato digerente 6. Sintomi d'allarme: <ul style="list-style-type: none"> • vomito ricorrente (presenti da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena • disfagia/odinofagia (presenti da almeno 5-7 giorni) 7. Ittero senza dolore
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calo ponderale (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) 2. Ematochezia 3. IBD (inflammatory bowel disease o malattie infiammatorie intestinali) 4. Sospetto di malattia celiaca e/o malassorbimento (già indagata con esami di laboratorio) 5. Altro (10%)
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia sideropenica di sospetta origine gastroenterologica (già indagata con EGDS e colonscopia) 2. Diarrea cronica 3. Dolore toracico non cardiaco 4. Ipertransaminasemia (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) 5. Sindrome dispeptica/dolorosa in soggetti >50 anni (già indagata con ecografia addominale, EGDS e colonscopia) 6. Sospetto di malattia celiaca e/o malassorbimento (già indagata con esami di laboratorio)
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alterazione di funzione epatica (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) 2. Deficit accrescitivo ponderale 3. Altro (10%)



P	180 gg	<ol style="list-style-type: none">1. Paziente < 50 anni con sintomatologia di sospetta origine funzionale, suggestiva per intestino irritabile2. Pazienti < 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica3. Reperti strumentali patologici senza sintomi o segni compresi nelle altre indicazioni
P (PEDIATRIA)	180 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
		COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE --- Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE --- Codice 45.23 E BIOPSIA COLON E ILEO IN SEDE UNICA O MULTIPLA --- Codice 45.25 COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE --- Codice 45.23 E BIOPSIA RETTO --- Codice 48.24 COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE --- Codice 45.23 E POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA INTESTINO CRASSO --- Codice 45.42
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ 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
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Melena accertata (dopo aver escluso un'etiologia del tratto digestivo superiore) 2. 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
D (PEDIATRIA)	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
P	180 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
P (PEDIATRIA)	180 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] --- Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] --- Codice 45.13 E BIOPSIA ENDOSCOPICA ESOFAGO, GASTRICA E DUODENALE SEDE UNICA O MULTIPLA --- Codice 42.24		
CLASS_ RAO 018		
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 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"> • vomito ricorrente (presenti da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena • disfagia/odinofagia (presenti da almeno 5-7 giorni) • calo ponderale significativo con sintomi digestivi (> 10% in 3 mesi) 4. Sospette neoplasie rilevate obiettivamente e/o con diagnostica strumentale
B (PEDIATRIA)	10 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia sideropenica 2. Pazienti > 50 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
D (PEDIATRIA)	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Positività test del sangue occulto in asintomatico 2. Altro (10%)
P	180 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pazienti < 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica (mai indagata con EGDS) con sintomi persistenti anche dopo test and treat per HP
P (PEDIATRIA)	180 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO

