

## **Documento di intenti e di azioni tra Slow Medicine e le società scientifiche di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva AIGO, SIED, SIGE**

### **PREMESSA**

Il progetto “**Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy**” (1), lanciato nel 2012 dall’associazione Slow Medicine (2) in analogia a Choosing Wisely (CW) USA (3), ha l’obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio d’inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise.

Il progetto si basa sull’assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti sanitari nelle scelte di cura e sulla partecipazione dei pazienti e dei cittadini (4).

Esso viene attuato attraverso le raccomandazioni di Società Scientifiche e Associazioni Professionali su esami diagnostici, trattamenti e procedure che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi alla maggior parte dei pazienti ai quali sono prescritti ma possono, al contrario, esporli a rischi.

Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, l’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, PartecipaSalute, Altroconsumo, la Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano, Zadig.

Hanno al momento aderito 48 Società scientifiche nazionali di medici, infermieri, farmacisti e fisioterapisti, che hanno definito 260 raccomandazioni su esami, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza (5).

Oltre che nel sito CW Italy e nella App, le raccomandazioni CW Italy sono pubblicate tra le Buone Pratiche clinico-assistenziali nel Sistema Nazionale Linee Guida-SNLG dell’Istituto Superiore di Sanità (6) e, nella versione inglese, nel supporto decisionale internazionale per medici DynaMed.

La collaborazione con Altroconsumo ha permesso di mettere a punto 26 schede informative per i cittadini redatte a partire dalle raccomandazioni, in collaborazione con i professionisti. Campagne di CW sono al momento presenti in 25 Paesi di 5 continenti, tra cui USA, Canada, Australia, Nuova Zelanda, Giappone, molte nazioni europee, India, Israele, Sud Africa e Brasile, e si è costituito un movimento internazionale con il coordinamento del Canada cui CW Italy partecipa attivamente (7).

**I Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO)** individuano un metodo nato alla fine degli anni '90 con l’idea di favorire il dialogo fra medici prescrittori e medici specialisti (8) nell’ambito della gestione dei tempi di attesa e dell’appropriatezza delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. I RAO rappresentano uno strumento per il governo delle liste di attesa che permette di attribuire tempi di attesa differenziati (previsti dal campo priorità della ricetta del SSN) ad oltre 100 prestazioni specialistiche ambulatoriali, avvalendosi di criteri di priorità clinica espliciti e condivisi tra specialisti e medici di famiglia.

Il metodo si è spontaneamente diffuso in diverse aziende sanitarie (9) ed è stato recentemente citato fra gli strumenti per la valutazione della performance delle cure primarie da un panel di esperti dell’UE (10). Negli ultimi anni, grazie all’intervento di Agenas, con il coinvolgimento di 85 società scientifiche, Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute

e Cittadinanzattiva, il metodo RAO si è consolidato, ed è stato inserito nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel febbraio 2019 (11). Nel dicembre 2020, la Commissione Salute ha approvato l'aggiornamento del Manuale allegato al predetto Piano (12).

## **RACCOMANDAZIONI CHOOSING WISELY E RAO IN PERIODO COVID**

La **pandemia da COVID-19**, oltre al pesante bilancio di malati e di morti dovuti all'infezione, determina anche un importante impatto indiretto sulla salute delle persone a causa della generale riduzione dei servizi e delle prestazioni sanitarie. Le conseguenze sugli esiti delle cure di questo fenomeno sono in fase di valutazione, ma stanno emergendo dati preoccupanti. Inoltre, sono ovunque presenti lunghe liste d'attesa, conseguenti al grande numero di prestazioni ambulatoriali e di interventi di elezione che sono stati differiti.

Per far fronte a questa situazione è necessario intraprendere con urgenza le iniziative utili a limitare le prestazioni che la letteratura internazionale ha ripetutamente classificato a rischio di inappropriately, per riconvertire le risorse sanitarie verso interventi di provata efficacia da gestire secondo criteri di priorità clinica.

Tanto più che in era COVID le conseguenze di esami e trattamenti non necessari non solo rischiano di danneggiare il paziente ma si ripercuotono anche sugli operatori sanitari: medici, infermieri, tecnici, OSS, tutti esposti al rischio di infezione.

Sono stati messi a punto di recente in Italia, con la collaborazione dei professionisti, due strumenti in grado di migliorare l'appropriatezza clinica e quella dei tempi di erogazione delle prestazioni:

- **le raccomandazioni del progetto “Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy”**
- **i Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO).**

**L'applicazione congiunta delle raccomandazioni di CW Italy e dei RAO** può aiutare i clinici e gli amministratori a gestire le prestazioni sanitarie secondo criteri di appropriatezza e di rispetto delle priorità cliniche (fare le cose giuste nei tempi giusti), nonché di equità di accesso alle cure, in un momento particolarmente difficile per i cittadini e per i pazienti del nostro Paese.

**La Gastroenterologia e l'Endoscopia digestiva** appaiono aree particolarmente idonee alla loro applicazione, avendo pubblicato raccomandazioni di CW Italy ed avendo partecipato alla messa a punto dei RAO e alla loro implementazione.

La società scientifica AIGO (Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri) ha definito nel 2017, con la partecipazione di tutti gli iscritti all'associazione, cinque raccomandazioni su pratiche a rischio di inappropriately di cui medici e pazienti dovrebbero parlare, pubblicate nel sito CW Italy (13) e nella App. A partire da due di queste raccomandazioni è stata elaborata, grazie alla collaborazione tra Altroconsumo e i professionisti, la scheda per i cittadini “Colon e prevenzione: la cadenza giusta” (14).

Le 3 società scientifiche AIGO, SIED, SIGE hanno partecipato, con il coordinamento di Agenas e la collaborazione di Cittadinanzattiva e rappresentanti regionali, alla stesura ed all'aggiornamento del manuale RAO allegato al Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, in particolare per quanto riguarda le prestazioni: Esofagogastroduodenoscopia, Colonscopia e Visita gastroenterologica. Fra il resto, un gruppo di gastroenterologi italiani (15) e due società scientifiche spagnole (16), proprio a seguito della pandemia, hanno enfatizzato l'utilizzo dei RAO come strumento per la gestione dell'accessibilità alle prestazioni di endoscopia digestiva.

## PROPOSTE

**Le società scientifiche AIGO** (Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri), **SIED** (Società Italiana di Endoscopia Digestiva) e **SIGE** (Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva) concordano dunque nel definire, con l'associazione **Slow Medicine**, azioni atte a favorire l'applicazione delle raccomandazioni di CW Italy e dei RAO nelle aziende sanitarie italiane, che comprendano iniziative di formazione gestite insieme ai medici delle cure primarie ed agli specialisti e progetti di implementazione.

Tale applicazione non deve rappresentare un mero adempimento burocratico, bensì un'occasione di crescita professionale, di confronto tra professionisti e di dialogo con i pazienti ed i cittadini, al fine di migliorare gli esiti clinici e ridurre i disagi per i pazienti.

### Proposta di azioni

- Diffusione degli strumenti sopraindicati e dell'iniziativa in questione presso gli associati alle tre società scientifiche
- Coinvolgimento di FNOMCeO e degli Ordini provinciali
- Coinvolgimento delle Società scientifiche dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta.
- Informazione e coinvolgimento dei cittadini tramite Cittadinanzattiva e Altroconsumo
- Comunicazione ai mezzi di informazione
- Organizzazione di corsi d'aula e a distanza per medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti delle discipline coinvolte (compresi medici delle direzioni sanitarie ospedaliere e distrettuali) sui 2 strumenti proposti, che potranno essere organizzati in collaborazione con gli Ordini professionali dei medici. Nei corsi (per un minimo di 4 ore con ECM) potranno essere affrontati i seguenti temi:
  - o Appropriatelyzza, raccomandazioni CW Italy e RAO
  - o raccomandazioni CW Italy e RAO dell'area Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva ed evidenze a loro supporto
  - o relazione medico-paziente e comunicazione con il cittadino
  - o discussione di casi clinici
  - o utilizzo degli strumenti informatici correlati.
- Iniziative di implementazione nelle aziende sanitarie dei 2 strumenti proposti, che favoriscano il confronto tra medici delle cure primarie e specialisti (anche attraverso telemedicina e teleconsulto) e l'informazione di pazienti e cittadini, e comprendano la valutazione del loro impatto tramite indicatori predefiniti.

Febbraio 2021

## NOTE BIBLIOGRAFICHE

1. Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy <https://choosingwiselyitaly.org/>
2. Bonaldi A, Venero S. Slow Medicine: un nuovo paradigma in medicina. *Recenti Prog Med* 2015; 106: 85-91.
3. Choosing Wisely® Promoting conversations between patients and clinicians  
<http://www.choosingwisely.org/>
4. Venero S, Domenighetti G, Bonaldi A. Italy's "Doing more does not mean doing better" campaign. *BMJ* 2014; 349: g4703.
5. Bobbio M, Venero S. Choosing Wisely, the reason for its success. *Monaldi Archives for Chest Disease* 2019; 89:1104.
6. SNLG dell'Istituto Superiore di Sanità – Buone pratiche – Choosing Wisely edizione italiana  
<https://snlg.iss.it/?p=123>
7. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA; On behalf of the Choosing Wisely International Working Group. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* 2015; 24:167-174.
8. Mariotti G: *Tempi d'attesa e priorità in sanità*. Milano: Franco Angeli, 1999.
9. Fattore G, Mariotti G, Rebba V: Review of waiting times policies, Country case studies: Chapter 9. Italy, in Siciliani L, Borowitz M and Moran V (eds.), *Waiting Times Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.
10. European Union, Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH): Opinion on Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care, 18 December 2017.  
<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/8dc37e69-0af3-11e8-966a-01aa75ed71a1/language-en>.
11. Ministero della Salute: Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa 2019-2021. Febbraio 2019. [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2824](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2824).
12. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali: Manuale RAO per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, Roma: 13.1.2021.  
<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/1798-manuale-rao-per-l%E2%80%99accesso-alle-prestazioni-specialistiche-ambulatoriali>.
13. <https://choosingwiselyitaly.org/societa/aigo/>
14. <https://choosingwiselyitaly.org/raccomandazione-citt/test-del-sangue-occulto-e-colonscopia/>
15. Manes G, Bezzio C, Saibeni S: Proposal for returning to routine endoscopy during the COVID-19 pandemic: what is really feasible ? *Endoscopy* 2020; 52(09): 815. DOI: 10.1055/a-1185-9768.
16. Marín-Gabriel JC, Rodríguez de Santiago E en representación de la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva: AEG-SEED position paper for the resumption of endoscopic activity after the peak phase of the COVID-19 pandemic. *Gastroenterol Hepatol*. 2020; 43:389-407.

## APPENDICE

Pratiche a rischio di inappropriatelyzza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare  
Cinque raccomandazioni della  
**Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri (AIGO)**

1	<b>Non prescrivere la ricerca del sangue occulto fecale (SOF), in alcun contesto al di fuori del programma di screening del cancro del colon-retto.</b>
	Il SOF è un test di screening, riservato a soggetti asintomatici che rientrano nella fascia di rischio stabilita dal programma nazionale o regionale. Non è un test diagnostico e pertanto non deve essere eseguito in soggetti che presentano segni o sintomi di possibile patologia del colon: il 26-35% dei SOF è eseguito in maniera inappropriata, con aumento del numero di colonscopie non appropriate e del rischio di complicanze endoscopiche.
2	<b>Non eseguire colonscopia di sorveglianza per polipi del colon, dopo un esame di qualità, con intervallo differente rispetto a quanto indicato dal gastroenterologo in calce all'esame o dopo valutazione dell'istologia del polipo.</b>
	L'indicazione a colonscopia di sorveglianza si basa sull'esito del primo accertamento endoscopico ed è indicata da linee guida basate sull'evidenza, che valutano il rischio relativo di sviluppo di nuovi adenomi o carcinomi. L'intervallo più adeguato deve essere indicato dal gastroenterologo responsabile della procedura, considerando precedenti eventuali reperti, la qualità della colonscopia, storia di familiarità e giudizio clinico pertinente.
3	<b>Non ripetere esofagogastroduodenoscopia (EGDS) in paziente con diagnosi di malattia da reflusso gastroesofageo, con o senza ernia iatale, in assenza di nuovi sintomi.</b>
	La diagnosi di malattia da reflusso gastroesofageo si basa su una combinazione di sintomi, risposta alla terapia antisecretiva e test diagnostici; l'EGDS consente di diagnosticare ed eventualmente trattare complicanze di malattia; indicazioni ad EGDS di controllo sono limitate a malattia endoscopicamente severa o per conferma diagnostica o sorveglianza dell'esofago di Barrett.
4	<b>Non prescrivere controllo ecografico addominale sistematico, una volta stabilita la diagnosi, in pazienti asintomatici portatori di angiomi epatici &lt; 30 mm di diametro.</b>
	Gli angiomi epatici sono presenti in 5-20% della popolazione, sono per lo più riscontrati occasionalmente in persone asintomatiche. Angiomi tipici di piccole dimensioni presentano andamento del tutto benigno e non richiedono alcun controllo ecografico.
5	<b>Non prescrivere farmaci inibitori della pompa protonica (IPP) in corso di terapia steroidea o per lungo periodo in pazienti con sintomi dispeptici.</b>
	Non vi è alcuna evidenza a supporto di trattamento sistematico con IPP di pazienti con diagnosi di dispepsia funzionale o come profilassi del danno iatrogeno in corso di terapia con farmaci steroidei. Il rischio principale correlato alla sospensione degli IPP in corso di terapia di malattie acido-correlate è la ripresa dei sintomi. Obiettivo terapeutico deve quindi essere il controllo dei sintomi residui e il miglioramento della qualità di vita del paziente.

**Attenzione:** le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al medico curante.

## Come si è giunti alla creazione della lista

**AIGO** ha individuato al suo interno un gruppo di lavoro, coordinato da due componenti il Consiglio Direttivo Nazionale e composto dai membri della Commissione Giovani, intendendo dare un forte orientamento prospettico alle tematiche dell'appropriatezza prescrittiva. È stata poi attivata una mail dedicata [aigochoosingwisely@gmail.com](mailto:aigochoosingwisely@gmail.com) attraverso la quale sono state sollecitate e raccolte proposte da parte di tutti gli iscritti all'Associazione. Il gruppo di lavoro ha poi provveduto a selezionare e sviluppare le tematiche più rilevanti ed ha elaborato le proposte di questo documento, condividendole con il Consiglio Direttivo Nazionale e con tutti i soci.

## Principali fonti bibliografiche

<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Powell AA et al. Rates and correlates of potentially inappropriate colorectal cancer screening in the Veterans Health Administration. J Gen Intern Med. 2015 Jun;30(6):732-41.</li> <li>2. Narula N et al. Fecal occult blood testing as a diagnostic test in symptomatic patients is not useful: a retrospective chart review. Can J Gastroenterol Hepatol. 2014 Sep;28(8):421-6. Epub 2014 Jul 11.</li> <li>3. Van Rijn AF et al. Inappropriate use of the faecal occult blood test in a university hospital in the Netherlands. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2012 Nov;24(11):1266-9.</li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cairns SR et al, British Society of Gastroenterology; Association of Coloproctology for Great Britain and Ireland. Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high risk groups (update from 2002). Gut. 2010 May;59(5):666-89.</li> <li>2. Lieberman DA et al, United States Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology. 2012 Sep;143(3):844-57.</li> <li>3. Hassan C et al, European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2013 Oct;45(10):842-51. doi: 10.1055/s-0033-1344548. Epub 2013 Sep 12.</li> </ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lundell LR et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. Gut 1999; 45: 172 – 80.</li> <li>2. Johnsson F et al. Symptoms and endoscopic findings in the diagnosis of gastroesophageal reflux disease. Scand J Gastroenterol 1987; 22: 714 – 8</li> <li>3. Rodriguez S et al. Barrett's esophagus on repeat endoscopy: should we look more than once? Am J Gastroenterol 2008;103:1892-7</li> </ol>
<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours. J Hepatol. 2016 Aug;65(2):386-98.</li> <li>2. Gandolfi L et al. Natural history of hepatic haemangiomas: clinical and ultrasound study. Gut. 1991 Jun;32(6):677-80</li> </ol>
<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Heidelbaugh J et al. Overutilization of proton-pump inhibitors: what the clinicians needs to know. Therap Adv Gastroenterol 2012; 5 (4) 219-232</li> <li>2. Haastruo P et al. Strategies for discontinuation of proton pump inhibitors: a systematic review. Family Practice 2014; 31: 625-30</li> <li>3. Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. NICE Clinical Guidelines 09/2014</li> </ol>

**Slow Medicine**, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **“Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy”** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: [www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org); [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

**AIGO** si costituisce a Roma nel 1969; trae fondamento su alta incidenza, prevalenza ed impatto sociale delle malattie dell'apparato digerente; ha come scopo il continuo sviluppo della Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva; propone e sostiene una rete ospedaliera e del territorio in grado di dare risposte in termini di assistenza, appropriatezza ed equa distribuzione delle risorse. È articolata in Sezioni Regionali e comitati e gruppi di studio. È suo scopo sviluppare la conoscenza delle patologie e delle tecniche preventive, nonché di promuovere il progresso nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie gastroenterologiche nonché di assicurare la tutela ed il potenziamento scientifico, tecnico ed organizzativo della specialità e di quanti in essa operano, anche collaborando con le Autorità regolatorie. [www.webaigo.it](http://www.webaigo.it)

## COLON E PREVENZIONE LA CADENZA GIUSTA

Pratica indicata a rischio di inappropriatazza da: AIGO, Associazione Italiana Gastroenterologi Ospedalieri

Per prevenire il tumore al colon, oltre a seguire regole di vita corrette (vedi i consigli che sono elencati nel riquadro a lato), è utile sottoporsi periodicamente allo screening del sangue occulto nelle feci, che in caso di risultato positivo porta alla necessità di effettuare una colonscopia di controllo. La presenza di sangue nelle feci può infatti segnalare una lesione tumorale, prima che questa dia sintomi, o di una lesione benigna, che però potrebbe trasformarsi in maligna col passare del tempo.

Come avviene per tutti gli screening, è importante che sia l'esame del sangue fecale sia le eventuali coloscopie di controllo successive siano eseguiti con la cadenza giusta e coinvolgano le persone giuste.

### L'ESAME DEL SANGUE OCCULTO

La ricerca del sangue nelle feci è consigliata e proposta a tutta la popolazione senza fattori di rischio specifici - con programmi dedicati in quasi tutte le regioni - tra i 50 e i 69 anni ogni due anni.

Dato che si tratta di un test di screening, deve essere riservato alle persone prive di sintomi, che rientrino nella fascia di rischio stabilita. Si stima invece che una quota importante di questi test (26-35%) sia eseguita in maniera inappropriata, perché al di fuori dei tempi stabiliti oppure al posto della colonscopia.

In presenza di alcuni sintomi o esami alterati (anemia e/o carenza di ferro, sanguinamenti rettali, diarrea o stitichezza insorta di recente) può infatti essere indicato eseguire direttamente l'esame endoscopico e non del sangue occulto.

L'esame del sangue occulto, se eseguito impropriamente, non è privo di conseguenze: intanto può portare ad aumentare il numero di coloscopie inutili, con conseguente esposizione al rischio di complicazioni. Nei pazienti che presentano sintomi invece



può portare a rinviare l'approfondimento endoscopico (cioè la colonscopia), causando un possibile ritardo della diagnosi.

### LA COLONSCOPIA

Se l'esame del sangue occulto dà un risultato positivo (ovvero se del sangue c'è), bisogna eseguire una colonscopia, che potrà essere in seguito ripetuta a seconda del risultato.

La colonscopia successiva, detta di sorveglianza, andrà effettuata nei tempi indicati dal medico gastroenterologo che ha eseguito la prima. Sarà quindi il medico che stila il referto della prima colonscopia a indicare l'intervallo di tempo più appropriato per la successiva, se prevista.

In sintesi, secondo le indicazioni delle linee guida europee, il medico indicherà un intervallo diverso a seconda che sia o meno stato trovato un adenoma (comunemente detto polipo benigno), delle sue dimensioni, della quantità di adenomi trovati, del loro tipo determinato dall'esame istologico.

Non è opportuno richiedere controlli più frequenti.

In caso di fattori di rischio specifici (in particolare familiarità per poliposi o per tumore al colon) sarà il medico a prescrivere il percorso preventivo più adatto.

Per saperne di più: "Esami medici - Volume 2", Guide Pratiche di Altroconsumo  
[www.altroconsumo.it/guidepratiche](http://www.altroconsumo.it/guidepratiche)  
Progetto "Fare di più non significa fare meglio"  
[www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)  
[www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org)  
[www.webaigo.it](http://www.webaigo.it)

### I CONSIGLI DI ALTROCONSUMO



➤ Molti studi dimostrano che una dieta ad alto contenuto di calorie, ricca di carni rosse e povera di fibre, è associata a un aumento dei tumori intestinali. Viceversa, diete caratterizzate da un alto consumo di frutta e vegetali sembrano avere un ruolo protettivo.

➤ Consigli per la dieta sono: ridurre l'assunzione di carni rosse, in particolare conservate, consumare quotidianamente almeno tre porzioni di verdura e due di frutta, limitare il più possibile il consumo di cibi conservati (salumi inclusi) o affumicati, limitare l'alcol a non più di un bicchiere di vino a pasto.

➤ Se si è sovrappeso è bene dimagrire.

➤ L'attività fisica ha un importante effetto preventivo: è consigliabile farne almeno 30 minuti al giorno.

➤ Infine, per favorire una diagnosi precoce del tumore, è importante seguire gli screening proposti nelle linee guida, a partire dall'esame del sangue occulto nelle feci.

**Da: Manuale RAO AGENAS**  
**TABELLE RAO** di interesse per la **GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA**  
**DIGESTIVA**

CLASS_RAO 034	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Calo ponderale non intenzionale con sintomi digestivi</li> <li>2. Disfagia (presente da almeno 5-7 giorni)</li> <li>3. Prima diagnosi di ascite già indagata con esami di laboratorio o ecografia addominale</li> <li>4. Sospetto clinico e laboratoristico di malattie infiammatorie croniche intestinali</li> <li>5. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia dell'apparato digerente</li> <li>6. Vomito ricorrente (presente da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sospetto di malattie infiammatorie croniche intestinali</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>

D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia sideropenica di sospetta origine gastroenterologica e anemia macrocitica</li> <li>2. Diarrea cronica</li> <li>3. Dolore toracico non cardiaco</li> <li>4. Ipertransaminasemia (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale)</li> <li>5. Sindrome dispeptica dolorosa, già indagata con ecografia, in soggetti &gt; 50 anni resistenti a terapia</li> <li>6. Malattia celiaca e/o malassorbimento (già indagata)</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conferma di malattia celiaca o malassorbimento (già indagata con esami di laboratorio)</li> <li>2. Disturbi alimentari in patologie croniche</li> <li>3. Disturbi epato correlati</li> <li>4. Disturbi funzionali gastrointestinali</li> <li>5. Deficit accrescitivo staturale-ponderale</li> <li>6. Sospetto di malattia da reflusso gastroesofageo</li> <li>7. Altro (10%)**</li> </ol>
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paziente &lt; 50 anni con dolori addominali e alterazioni dell'alvo</li> <li>2. Paziente &lt; 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica</li> <li>3. Altro (10%)**</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*



CLASS_ RAO 020	<b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13</b> <b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1</b> <b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2</b> <b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24</b>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia normo-microcitica (Hb&lt; 10 g/dl) di nuova diagnosi</li> <li>2. Calo ponderale significativo con sintomi digestivi</li> <li>3. Disfagia (presente da almeno 5-7 giorni)</li> <li>4. Sospette neoplasie rilevate obiettivamente e/o con imaging</li> <li>5. Vomito ricorrente (presente da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosi laboratoristica non risolutiva di celiachia</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>

D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia sideropenica o macrocitica</li> <li>2. Pazienti &gt; 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica dolorosa di recente insorgenza (&lt; 6 mesi), persistente (&gt; 4 settimane) o non responsivi alla terapia (mai indagata con EGDS)</li> <li>3. Conferma di celiachia in pazienti con sierologia positiva</li> <li>4. Stadiazione pre-trapianto</li> <li>5. Accertamento presenza varici/gastropatia da ipertensione portale</li> <li>6. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pazienti &lt; 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica (mai indagata con EGDS) con sintomi persistenti anche dopo test and treat per HP</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*

CLASS_RAO 001	<b>COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23</b> <b>COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3</b> <b>COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4</b>	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
U (PEDIATRIA)	72 h	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
B	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia normo-microcitica (Hb&lt; 10 g/dl) di nuova diagnosi in soggetti di età &gt; 40 anni</li> <li>2. Sanguinamento recidivante (esclusa patologia emorroidaria) diarrea muco-sanguinolenta non infettiva</li> <li>3. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia del colon</li> <li>4. Altro (10%)**</li> </ol>
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sanguinamento recidivante</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
D	60 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia sideropenica</li> <li>2. Diarrea che perdura da almeno 30 giorni con accertamenti infettivologici negativi</li> <li>3. Ematochezia (perdite ematiche minori)</li> <li>4. Riscontro all'imaging di alterazioni del colon di non univoca interpretazione</li> <li>5. Sangue occulto positivo nelle feci in paziente asintomatico</li> <li>6. Sintomatologia dolorosa addominale e alterazione dell'alvo (mai indagata con colonscopia) in paziente con età &gt; 50 anni</li> <li>7. Stadiazione pretrapianto</li> <li>8. Altro (10%)**</li> </ol>
D (PEDIATRIA)	60 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modificazioni significative e persistenti dell'alvo da almeno 3 mesi in pazienti &lt; 50 anni, senza segni o fattori di rischio, dopo inefficacia ai trattamenti</li> <li>2. Altro (10%)**</li> </ol>
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE*