

ALLEGATO 1: REQUISITI INTRA-PROCEDURALI DELLA GASTROSCOPIA

Grado di raccomandazione	Evidenza del beneficio	Forza metodologica/Evidenza scientifica a supporto	Implicazioni
1A	Chiara	Trial randomizzati senza importanti limitazioni	Forte raccomandazione; può essere applicata alla maggior parte delle situazioni cliniche
1B	Chiara	Trial randomizzati con importanti limitazioni	Forte raccomandazione; probabilmente può essere applicata alla maggior parte delle situazioni cliniche
1C+	Chiara	Chiara evidenza derivata da studi osservazionali	Forte raccomandazione; può essere applicata alla maggior parte delle situazioni cliniche nella maggior parte delle situazioni
1C	Chiara	Studi osservazionali	Raccomandazione di grado intermedio; potrebbe cambiare qualora un'evidenza maggiore dovesse rendersi disponibile

Grado di raccomandazione	Evidenza del beneficio	Forza metodologica/Evidenza scientifica a supporto	Implicazioni
2A	Dubbia	Trial randomizzati senza importanti limitazioni metodologiche	Raccomandazione di grado intermedio; la migliore opzione può essere variabile in dipendenza dalle circostanze o dal paziente o dal contesto
2B	Dubbia	Trial randomizzati con importanti limitazioni (risultati non consistenti, bias metodologici)	Raccomandazione di grado debole; approcci alternativi potrebbero essere migliori, in alcune circostanze
2C	Dubbia	Studi osservazionali	Raccomandazione di grado molto debole; approcci alternativi sono probabilmente meglio, in alcune circostanze
3	Dubbia	Opinione di esperti	Raccomandazione debole; probabilmente cambierà non appena saranno disponibili dati ulteriori

Bibliografia:

Guyatt G, Rennie D. Users' guide to the medical literature. Chicago: AMA Press; 2002: 599-608;

REQUISITO N. 1

	SI	NO	Note
Viene eseguito un esame completo comprensivo di manovra di retroversione e visualizzazione della 2° porzione duodenale con <i>una documentazione fotografica, in particolare dei reperti patologici, con esclusione dei pazienti con lesioni stenosanti?</i>			

Bibliografia:

Cohen J. Am. J. Gastroenterol. 2006; 101(4): 886-91;
 Rey Endoscopy 2001; 33 (10): 901-03;
 Park WG, et al Gastrointest Endosc. 2015 Jan;81(1):17-30
 Rizk MK, et al Gastrointest Endosc. 2015 Jan;81(1):3-16.

Grado di raccomandazione: 3

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Referto

Numeratore	Numero di gastroscopie in cui vengono descritti, esofago, stomaco e duodeno sino alla II porzione duodenale
Denominatore	Numero X gastroscopie consecutive eseguite
Fonte dati Numeratore	Referto endoscopico
Fonte dati Denominatore	Archivio
Performance %	>98%

REQUISITO N. 2

	SI	NO	Note
Vengono monitorati costantemente i parametri vitali del paziente durante la sedazione?			

Bibliografia:

ASGE: Quality assurance endoscopy Committee 2014; 79 (3): 363-72;
 ASGE: Sedation and anesthesia in GI endoscopy. Gastrointest.Endosc. 2008; 68: 815-26;
 Rizk MK, et al Gastrointest Endosc. 2015 Jan;81(1):3-16;
 Vargo J.J. et al. Gastrointest. Endosc. 2012; 76: 21-5;

Grado di raccomandazione: 3

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Annotazione dei parametri vitali

Numeratore	Numero cartelle infermieristiche in cui vengono annotati i parametri pre, intra e post-procedura
Denominatore	Numero X cartelle allegate a gastroscopie consecutive eseguite
Fonte dati Numeratore	Cartella Infermieristica
Fonte dati Denominatore	Archivio
Performance %	>98%

REQUISITO N. 3

	SI	NO	Note
Viene documentata la somministrazione di farmaci (in particolare la somministrazione di sedativi o eventuali antagonisti)?			

Bibliografia:

Armstrong D. et al. Can. J. Gastroentrol. 2012; 26 (1):17-31;
 ASGE Sedation and anesthesia in GI endoscopy. Gastrointest. Endosc. 2008; 68 (5): 815-26;
 Rizk MK, et al Gastrointest Endosc. 2015 Jan;81(1):3-16;

Grado di raccomandazione: 3

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Referto endoscopico

Numeratore	Numero di referti in cui vengono annotati i farmaci
Denominatore	Numero X referti
Fonte dati Numeratore	Referti endoscopici
Fonte dati Denominatore	Archivio
Performance %	>98%

REQUISITO N. 4

	SI	NO	Note
Vengono prelevate biopsie in caso di ulcera gastrica (in caso di sanguinamento in atto le biopsie possono non essere prelevate in attesa di un controllo successivo)?			

Bibliografia:

Cohen J. et al. Am. J. Gastroenterol. 2006; 101(4): 886-91;
 Park WG, et al. Gastrointest Endosc. 2015 Jan;81(1):17-30
 Sharaf R.N. et al. Gastrointest. Endosc. 2013; 78: 216-24;

Grado di raccomandazione: 2C

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Descrizione di prelievo bioptico su ulcera nel referto

Numeratore	Numero di ulcere gastriche in cui viene eseguita la biopsia
Denominatore	Numero X casi consecutivi di ulcera gastrica
Fonte dati Numeratore	Referti endoscopici
Fonte dati Denominatore	Archivio
Performance %	>98%

REQUISITO N. 5

	SI	NO	Note
La gravità della esofagite da reflusso è valutata secondo una classificazione (preferibilmente Los Angeles)?			

Bibliografia:

Lichtenstein D.R. et al. *Gastrointest. Endosc.* 2007; 66 (2): 219-24;
 Lundell L. R. et al. *Gut* 1999; 45 (2): 172-80;

Grado di raccomandazione: 3

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Classificazione dell'esofagite nel referto

Numeratore	Numero di casi di esofagite nei quali compare una classificazione (preferibilmente Los Angeles)
Denominatore	Numero X casi consecutivi di descrizione di esofagite
Fonte dati Numeratore	Referti endoscopici
Fonte dati Denominatore	Archivio
Performance %	>98%

REQUISITO N. 6

	SI	NO	Note
Viene misurata l'estensione dell'esofago di Barrett secondo la classificazione di Praga, con localizzazione della giunzione gastroesofagea e squamocolonare in cm. ?			

Bibliografia:

Cohen J. et al. Am. J. Gastroenterol. 2006; 101(4): 886-91;
 Evans J.A. et al. Gastrointest. Endosc. 2012; 76: 1087-94;
 Park WG, et al Gastrointest Endosc. 2015 Jan;81(1):17-30
 Sharaf R.N. et al. Gastrointest. Endosc. 2013;78: 216-24;
 Sharma P. et al. Gastroenterology 2006; 131: 1392-99;
 Spechler S.J. et al. 2011; 140(3): 1084-91);

Grado di raccomandazione: 2C

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Misurazioni descritte nel referto

Numeratore	Numero di referti con classificazione di Praga in caso di Barrett
Denominatore	Numero X gastroscopie consecutive su esofago di Barrett
Fonte dati Numeratore	Referti endoscopici
Fonte dati Denominatore	Archivio
Performance %	>90%

REQUISITO N. 7

	SI	NO	Note
Vengono prelevate biopsie in caso di sospetto esofago di Barrett, in modo appropriato (4 prelievi sui 4 quadranti ogni due centimetri)?			

Bibliografia:

Abrams J.A. et al. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2009; 7(7): 736-42;
 Fitzgerald R.C. et al. Gut 2014; 63: 7-42;
 Park WG, et al Gastrointest Endosc. 2015 Jan;81(1):17-30
 Sharaf R.N. et al. Gastrointest. Endosc. 2013; 78: 216-24 ;

Grado di raccomandazione: 2C

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Descrizione di prelievo bioptico su esofago di Barrett nel referto

Numeratore	Numero sospetti Barrett bioptizzati
Denominatore	Numero X casi di esofago di Barrett sospetto
Fonte dati Numeratore	Referti endoscopici
Fonte dati Denominatore	Archivio
Performance %	98%

REQUISITO N. 8

	SI	NO	Note
Vengono prelevate biopsie o eseguito un test intraprocedurale per H. Pylori dove indicato (sempre in caso di ulcera gastrica e duodenale)?			

Bibliografia:

Sharaf R.N. et al. Gastrointest. Endosc. 2013: 78 (2): 216-24;

Grado di raccomandazione: 1A

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Descrizione di prelievo bioptico nel referto

Numeratore	Numero di gastroscopie nelle quali è stato eseguito il prelievo bioptico per H. Pylori
Denominatore	Numero X gastroscopie consecutive eseguite
Fonte dati Numeratore	Referti endoscopici
Fonte dati Denominatore	Archivio
Performance %	>98%

REQUISITO N. 9

	SI	NO	Note
Viene eseguita una mappatura bioptica dello stomaco in caso di sospetta atrofia gastrica?			

Bibliografia:

Dinis-Ribeiro M. et al. Endoscopy 2012; 44(1): 74-94;

Grado di raccomandazione: 3

Rilevanza clinica SIED: Intermedia

Indicatore: Descrizione del prelievo bioptico (es. OLGIM, OLGA o altri protocolli specifici)

Numeratore	Numero di gastroscopie nelle quali è stato eseguito il prelievo bioptico (ad es. secondo OLGIM, OLGA o altri protocolli specifici
Denominatore	Numero X gastroscopie consecutive eseguite
Fonte dati Numeratore	Referti endoscopici
Fonte dati Denominatore	Archivio
Performance %	70%

REQUISITO N. 10

	SI	NO	Note
In caso di ulcera gastrica (lesione di almeno 5 mm. che interessa la sottomucosa) viene programmata la gastroscopia di controllo entro 12 settimane (se non eseguita per comorbidità o per età indicare nel referto)?			

Bibliografia:

Dinis-Ribeiro M. et al. Endoscopy 2012; 44(1): 74-94;

Grado di raccomandazione: 1A

Rilevanza clinica SIED: Forte

Indicatore: Programmazione del follow-up indicata nel referto

Numeratore	Programmazione della data per la gastroscopia di controllo inserita nel referto
Denominatore	Numero X referti endoscopici di ulcera gastrica
Fonte dati Numeratore	Referti endoscopici
Fonte dati Denominatore	Archivio
Performance %	>98%

REQUISITI INTRA-PROCEDURALI DEL SANGUINAMENTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE DA ROTTURA VARICI

		SI	NO	Note
1	Viene riportata nel referto la classificazione delle varici esofagee e delle varici gastriche?			
Grado di Raccomandazione: 3 Rilevanza clinica SIED: Forte Performance: >98%				
2	Il sanguinamento da varici esofagee viene trattato quando possibile con legatura ?			
Grado di raccomandazione: 1A Rilevanza clinica SIED: Forte Performance: > 98%				
3	Nei soggetti con sanguinamento da varici gastriche (IGV) viene impiegato bucrilato?			
Grado di raccomandazione: 1B Rilevanza clinica SIED: Forte Performance > 98%				
4	La sorveglianza dopo la legatura delle varici esofagee viene eseguita fino alla completa eradicazione e quindi mediante EGDS periodica?			
Grado di raccomandazione: 1A Rilevanza clinica SIED: Forte				

		SI	NO	Note
5	E' previsto un protocollo per la gestione multidisciplinare di pazienti con ematemesi, con instabilità emodinamica o con agitazione psicomotoria?			
Grado di raccomandazione: 2B Rilevanza clinica SIED: Forte				
6	Il pallone di Blakemore è usato solo come misura temporanea (al max 24h) in pazienti con sanguinamento incontrollabile per il quale è pianificato un trattamento definitivo?			
Grado di raccomandazione: 1B Rilevanza clinica SIED: Molto Forte				
7	In caso di sanguinamento da varici non controllato o in caso di recidiva, nonostante terapia farmacologica ed endoscopica, esiste un protocollo per la gestione multidisciplinare del paziente e l'eventuale trasferimento in altro centro ?			
Grado di raccomandazione: 3 Rilevanza clinica SIED: Forte				
8	La TIPS viene eseguita nei pazienti in cui il sanguinamento da varici esofagee o gastriche non può essere controllato o che risanguinano nonostante la terapia farmacologica ed endoscopica?			
Grado di raccomandazione: 1B Rilevanza clinica SIED: Forte				

Bibliografia:

De Franchis R. J. et al. Hepatol. 2010; 53(4): 762-68;
Garcia-Tsao G. et al. Hepatology 2007; 46(3): 922-38;
Garcia-Tsao G. et al. Am. j. Gastroenterol. 2009; 104: 1802-29;
Sarin SK et al. Hepatol Int 2011; 5(2): 607-24

REQUISITI INTRA-PROCEDURALI DELLA GASTROSCOPIA IN SANGUINAMENTO GASTROINTESTINALE NON VARICOSO

		SI	NO	Note
1	Esistono linee guida condivise per la terapia del sanguinamento non varicoso?			
Grado di raccomandazione: 1C Rilevanza clinica SIED: Forte				
2	Viene usato uno score per la valutazione del rischio (es. Blatchford pre-endoscopia e full Rockall score dopo endoscopia)?			
Grado di raccomandazione: 1B Rilevanza clinica SIED: Forte				
3	In caso di sanguinamento digestivo superiore l'endoscopia viene eseguita entro 24 ore (o prima, se necessario)?			
Grado di raccomandazione: 1B Rilevanza clinica SIED: Forte				
4	In caso di impossibilità ad eseguire l'endoscopia entro 24 ore esiste una procedura aziendale o interaziendale per la gestione dell'urgenza endoscopica e l'eventuale trasferimento ad altro centro ?			
Grado di raccomandazione: 2C Rilevanza clinica SIED: Forte				

		SI	NO	Note
5	In caso di ulcera sanguinante viene segnalata almeno una delle seguenti stimate: sanguinamento attivo, vaso visibile non sanguinante, coagulo aderente, macchia piatta, base chiara e fibrinosa?			
Grado di raccomandazione: 1A Rilevanza clinica SIED: Molto Forte				
6	Frequenza con cui viene impiegata una seconda modalità di trattamento (oltre alla adrenalina)			
Grado di raccomandazione 1A Rilevanza clinica SIED: Molto Forte Performance: > 98%				

Bibliografia:

Barkun A.N. et al. Ann. Intern. Med. 2010; 151(2): 101-113;

Greenspoon J. et al. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2012; 10(3): 234-239;

Hwang J.H. et al. Gastrointest. Endosc. 2012; 75(6): 1132-1138;

NHS: Acute upper gastrointestinal bleeding: Management-NICE guideline [CG141] 2012;

Rockall T.A. et al. Gut 1997; 41: 606-611;

		SI	NO	Note
7	In caso di presenza di coagulo sull'ulcera viene eseguito il tentativo di irrigazione dello stesso?			
Grado di raccomandazione 1B Rilevanza clinica SIED: Forte Performance: >98%				

		SI	NO	Note
8	Si verifica l'esito dell'emostasi primaria (esito negativo definito con necessità di emotrasfusioni e/o ripetizione di endoscopia e/o embolizzazione e/o chirurgia)?			
Grado di raccomandazione 3 Rilevanza clinica SIED: Forte Performance: >98%				
9	Viene generalmente consigliato un secondo tentativo endoscopico in caso di risanguinamento?			
Grado di raccomandazione 1B Rilevanza clinica SIED: Forte Performance: >98%				
10	Frequenza con cui viene trattata endoscopicamente un'ulcera con sanguinamento attivo o con vaso visibile			
Grado di raccomandazione: 1A Rilevanza clinica SIED: Molto Forte Performance > 98%				

Bibliografia:

Forrest J.A. et al. Lancet 1974; 2: 394-97;