

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

### Cinque raccomandazioni di

## Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri (AIGO) – 1° lista

<b>1</b>	<p><b>Non prescrivere la ricerca del sangue occulto fecale (SOF) in contesti al di fuori del programma di screening del cancro del colon-retto.</b></p> <p>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, come diarrea, sanguinamento digestivo manifesto o anemia ferro-carenziale. Purtroppo il 26-51% dei SOF è eseguito in maniera inappropriata, con aumento del numero di colonscopie non appropriate e del rischio di complicanze endoscopiche.</p>
<b>2</b>	<p><b>Non eseguire colonscopie di sorveglianza per polipi del colon con intervallo differente rispetto a quanto indicato dal gastroenterologo endoscopista che ha eseguito un esame di qualità e ha preso visione del referto istologico.</b></p> <p>Il timing delle colonscopie di sorveglianza è dettato dall'esito del primo accertamento endoscopico ed è indicato 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 familiarità, precedenti eventuali reperti, qualità della colonscopia, istologia del polipo.</p>
<b>3</b>	<p><b>Non ripetere esofagogastroduodenoscopia (EGDS) in pazienti con diagnosi di malattia da reflusso gastroesofageo, a meno che tale esame non rientri nell'ambito del follow-up di condizioni epiteliali precancerose (esofago di Barrett) o in caso di insorgenza di nuovi sintomi di allarme.</b></p> <p>L'endoscopia nella malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) va riservata a quei pazienti che non rispondono alla terapia empirica con inibitori della pompa protonica per 8 settimane, ai pazienti con sintomi extraesofagei che non rispondono a terapia, ai pazienti che presentano sintomi d'allarme come disfagia, perdita di peso e sanguinamento gastrointestinale o ai pazienti con più fattori di rischio per l'esofago di Barrett. Il follow-up è inoltre indicato nei pazienti dopo terapia per esofagite di grado severo (Los Angeles C e D). In questi pazienti tale indicazione è legata alla possibilità che l'infiammazione possa celare l'eventuale presenza di esofago di Barrett sottostante.</p>
<b>4</b>	<p><b>Non prescrivere follow-up ecografico (o strumentale) addominale a pazienti portatori di angiomi epatici asintomatici, senza storia di epatopatia cronica, di dimensioni &lt; 10 cm.</b></p> <p>Gli angiomi epatici sono le lesioni benigne non cistiche più comuni, con una prevalenza che arriva fino al 20% della popolazione e con dimensioni che possono variare da pochi millimetri a più di 20 cm. Essi derivano da un'anomalia nell'angiogenesi e non hanno un potenziale evolutivo. Nei pazienti asintomatici, senza storia di epatopatia cronica, con angioma &lt; 10 cm, non è indicato follow-up strumentale, da riservare ai pazienti sintomatici o con angiomi &gt; 10 cm, a causa delle possibili complicanze correlate. In quest'ultimo caso, per angiomi compresi tra i 10 e i 15 cm, il follow-up deve essere eseguito con l'ecografia per i suoi bassi costi e la facile ripetibilità senza rischi per il paziente. Per angiomi &gt;15 cm, data la difficoltà di valutare le variazioni dimensionali con l'ecografia, è indicato eseguire una risonanza magnetica nucleare.</p>
<b>5</b>	<p><b>Non prescrivere farmaci inibitori della pompa protonica (IPP) in corso di terapia steroidea o per lungo periodo in pazienti con sintomi dispeptici.</b></p> <p>Non vi è alcuna evidenza a supporto del 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.</p>

**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.

Data stesura: marzo 2017 Ultima revisione: ottobre 2024

## Come si è giunti alla creazione della lista

Nel 2017 AIGO ha prodotto le prime raccomandazioni di buona pratica clinica in ambito Gastroenterologico per Choosing Wisely Italia, esito di un sondaggio fra i soci e del lavoro della Commissione Giovani congiuntamente al Comitato per la qualità delle prestazioni Professionali Mediche. Come da indicazioni del programma CW si è deciso di procedere a una revisione ed eventuale conseguente aggiornamento delle 5 raccomandazioni, dopo rivalutazione della letteratura e dei più aggiornati e recenti lavori scientifici.

## Principali fonti bibliografiche

<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gluskin AB, Dueker JM, Khalid A. High Rate of Inappropriate Fecal Immunochemical Testing at a Large Veterans Affairs Health Care System. <i>Fed Pract</i> 2021;38:270-275. doi: 10.12788/fp.0142.</li> <li>2. Soim S, Akanbi O, Ahmed A et al. Use and abuse of fecal occult blood tests: a community hospital experience. <i>BMC Gastroenterol</i> 2019;19:161. doi: 10.1186/s12876-019-1079-9.</li> <li>3. Lee MW, Pourmorady JS, Laine L. Use of Fecal Occult Blood Testing as a Diagnostic Tool for Clinical Indications: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Am J Gastroenterol</i> 2020;115:662-670. doi: 10.14309/ajg.0000000000000495.</li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hassan C, Antonelli G, Dumonceau JM et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2020. <i>Endoscopy</i>. 2020;52:687-700. doi: 10.1055/a-1185-3109.</li> <li>2. Gupta S, Lieberman D, Anderson JC et al. Recommendations for Follow-Up After Colonoscopy and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. <i>Gastrointest Endosc</i>. 2020;91:463-485.e5. doi: 10.1016/j.gie.2020.01.014.</li> <li>3. Rutter MD, East J, Rees CJ et al. British Society of Gastroenterology/Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland/Public Health England post-polypectomy and post-colorectal cancer resection surveillance guidelines. <i>Gut</i> 2020;69:201-223. doi: 10.1136/gutjnl-2019-319858.</li> </ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. <i>Am J Gastroenterol</i>. 2022;117:27-56. doi: 10.14309/ajg.0000000000001538.</li> <li>2. Wauters L, Dickman R, Drug V et al., 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. doi: 10.1002/ueg2.12061.</li> <li>3. Rodriguez-de-Santiago E, Frazzoni L, Fuccio L et al., Digestive findings do not require endoscopic surveillance – Reducing the burden of care: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. <i>Endoscopy</i> 2020; 52: 491-497. doi: 10.1055/a-1137-4721.</li> <li>4. Frazzoni L, Fuccio L, Zagari RM. Management of gastro-esophageal reflux disease: Practice-oriented answers to clinical questions. <i>World J Gastroenterol</i>. 2023;29:773-779. doi: 10.3748/wjg.v29.i5.773.</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. <i>J Hepatol</i>. 2016;65:386-98. doi: 10.1016/j.jhep.2016.04.001.</li> <li>2. Klotz T, Montoriol PF, Da Ines D et al. Hepatic haemangioma: Common and uncommon imaging features. <i>Diagn Interv Imaging</i> 2013; 94:849–859. doi: 10.1016/j.diii.2013.04.008.</li> <li>3. Pompili M, Ardito F, Brunetti E et al., Benign liver lesions 2022: Guideline for clinical practice of Associazione Italiana Studio del Fegato (AISF), SIRM, SIC, SIUMB, AICEP, SITO, SIAPEC-IAP - Part II – Solid lesions. <i>Dig Liv Dis</i> 2022; 54:1614-1622. doi: 10.1016/j.dld.2022.08.031.</li> </ol>
<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Farrell B, Lass E, Moayyedi P et al. Reduce unnecessary use of proton pump inhibitors. <i>BMJ</i> 2022;379:e06921. doi: 10.1136/bmj-2021-069211.</li> <li>2. Ford AC, Mahadeva S, Carbone MF et al. Functional dyspepsia. <i>Lancet</i>. 2020;396:1689-1702. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30469-4.</li> <li>3. Strand DS, Kim D, Peura DA. 25 Years of Proton Pump Inhibitors: A Comprehensive Review. <i>Gut Liver</i>. 2017;11:27-37. doi: 10.5009/gnl15502.</li> </ol>

**Slow Medicine ETS**, associazione del Terzo Settore 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 inappropriata 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)