

Pratiche a rischio di inappropriatazza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Cinque raccomandazioni della

## Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri (AIGO)

<b>1</b>	<p><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></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: il 26-35% 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 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></p> <p>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.</p>
<b>3</b>	<p><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></p> <p>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.</p>
<b>4</b>	<p><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></p> <p>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.</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 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.</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.

## 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. <i>J Gen Intern Med.</i> 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. <i>Can J Gastroenterol Hepatol.</i> 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. <i>Eur J Gastroenterol Hepatol.</i> 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). <i>Gut.</i> 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. <i>Gastroenterology.</i> 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. <i>Endoscopy.</i> 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. <i>Gut</i> 1999 ; 45 : 172 – 80 .</li> <li>2. Johnsson F et al. Symptoms and endoscopic findings in the diagnosis of gastroesophageal reflux disease. <i>Scand J Gastroenterol</i> 1987 ; 22 : 714 – 8</li> <li>3. Rodriguez S et al. Barrett's esophagus on repeat endoscopy: should we look more than once? <i>Am J Gastroenterol</i> 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. <i>J Hepatol.</i> 2016 Aug;65(2):386-98.</li> <li>2. Gandolfi L et al. Natural history of hepatic haemangiomas: clinical and ultrasound study. <i>Gut.</i> 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. <i>Therap Adv Gastroenterol</i> 2012; 5 (4) 219-232</li> <li>2. Haastruo P et al. Strategies for discontinuation of proton pump inhibitors: a systematic review. <i>Family Practice</i> 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)