

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

## Cinque raccomandazioni dell'Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri (AIGO) – Seconda Lista

<b>1</b>	<p><b>Non porre indicazione a <i>follow-up</i> di lesioni cistiche del pancreas (di ogni tipo) in pazienti non candidabili a chirurgia pancreatica per condizioni cliniche o per volontà personale.</b></p> <p>Le lesioni cistiche del pancreas sono un riscontro sempre più frequente in relazione al miglioramento delle tecniche di diagnostica per immagini. I pazienti non candidabili a chirurgia pancreatica per condizioni cliniche, comorbilità o volontà personale, non devono sottoporsi a ulteriori indagini diagnostiche di <i>follow-up</i> indipendentemente dalle dimensioni e dalle caratteristiche della cisti, poiché ininfluenti sulla gestione clinica.</p>
<b>2</b>	<p><b>Non richiedere un'esofagogastroduodenoscopia (EGDS) in pazienti con recente esordio di sintomi a carico dell'apparato digerente superiore, con età inferiore ai 50 anni e in assenza di caratteristiche d'allarme.</b></p> <p>La dispepsia è un sintomo estremamente comune, che colpisce circa il 20-40% della popolazione generale. Molti pazienti con dispepsia vengono sottoposti ad EGDS, spesso in maniera inappropriata. Tutte le linee guida suggeriscono di eseguire EGDS nei pazienti dispeptici di età superiore ai 45-60 anni, per escludere la presenza di patologie neoplastiche. Nei pazienti con età inferiore ai 50 anni è indicata l'esecuzione di EGDS solo in presenza di caratteristiche di allarme, quali familiarità di primo grado per cancro del tratto gastrointestinale superiore, perdita di peso involontaria, sanguinamento gastrointestinale, anemia sideropenica, disfagia, odinofagia, vomito persistente.</p>
<b>3</b>	<p><b>Non richiedere colonscopia per controllo di diverticolosi asintomatica o malattia diverticolare del colon in assenza di cambiamenti della sintomatologia.</b></p> <p>La diverticolosi del colon è una condizione estremamente comune nei paesi occidentali, con prevalenza progressiva all'aumentare dell'età, che generalmente presenta decorso favorevole con assenza di sintomi. Un quarto di questi pazienti sviluppa quadri sintomatici, che comprendono la malattia diverticolare sintomatica non complicata (SUDD), la diverticolite acuta o quadri di colite segmentaria associata ai diverticoli (SCAD). Nella diverticolosi o nella SUDD senza variazioni cliniche non è necessario eseguire colonscopie di controllo. L'endoscopia è invece indicata nella gestione del sanguinamento diverticolare, dopo il primo episodio di diverticolite acuta, per escludere la presenza di cancro del colon retto, e nella gestione della SCAD sintomatica.</p>
<b>4</b>	<p><b>Non richiedere test per le intolleranze alimentari al di fuori di quelli validati scientificamente (lattosio).</b></p> <p>Le intolleranze alimentari sono delle reazioni non mediate dal sistema immunitario i cui sintomi gastrointestinali spesso inducono i pazienti e gli operatori sanitari a richiedere i cosiddetti "test per le intolleranze alimentari". Alcune di queste metodiche sono il VEGA-test, il Cytotoxic test, il dosaggio delle IgG4 sieriche specifiche e delle IgA salivari, tecniche di "biorisonanza", l'analisi del capello, della permeabilità intestinale e l'analisi del microbiota fecale. Nessuno di questi test ha un'evidenza scientifica e il loro utilizzo espone i pazienti al rischio di diete inappropriate e potenzialmente dannose. Ad oggi l'unico test diagnostico validato è il breath-test per l'intolleranza al lattosio.</p>
<b>5</b>	<p><b>Non prescrivere inibitori di pompa protonica ai pazienti affetti da cirrosi epatica, in assenza di indicazioni specifiche.</b></p> <p>Nei pazienti affetti da cirrosi epatica gli inibitori di pompa protonica (IPP) sono spesso prescritti in seguito a emorragia da varici esofagee o per prevenire il sanguinamento da gastropatia ipertensiva. Questo approccio non ha evidenze scientifiche e andrebbe abbandonato. Inoltre, l'utilizzo di IPP sembra essere associato a un aumentato rischio di complicanze (infezioni, encefalopatia epatica, mortalità). Pertanto, il loro impiego andrebbe limitato alle indicazioni riconosciute (es. malattia da reflusso gastroesofageo, malattia peptica, eradicazione di <i>Helicobacter pylori</i>, esofago di Barrett).</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 costituito un gruppo di lavoro comprendente la Commissione Giovani e alcuni membri del Consiglio Direttivo Nazionale. È stata elaborata una *survey*, diffusa a tutti i soci tramite *mailing-list* e comunque disponibile su <https://www.webaigo.it>, attraverso la quale sono state raccolte le proposte di raccomandazione. Il gruppo di studio ha poi provveduto a stilare un *ranking* delle proposte ricevute, suddividendole per aree tematiche, da cui sono state selezionate le raccomandazioni, considerando letteratura e linee guida. Le voci bibliografiche sono state aggiornate a maggio 2026.

## Principali fonti bibliografiche

<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. <i>Gut</i> 2018;67:789-804.</li> <li>2. Wang Y, Kim MP. Guidelines for the management of pancreatic cystic lesions: many options, too few solutions? <i>Hepatobiliary Surg Nutr</i> 2025; 1;14:345-347.</li> <li>3. Ohtsuka T, Fernandez-Del Castillo C, Furukawa T, et al. International evidence-based Kyoto guidelines for the management of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas. <i>Pancreatol</i> 2024;24:255-70.</li> <li>4. Han Y, Kwon W, Lee M, et al. Optimal Surveillance Interval of Branch Duct Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm of the Pancreas. <i>JAMA Surg</i> 2024;159:389-96.</li> <li>5. Cheung TT, Lee YT, Tang RS, et al. The Hong Kong consensus recommendations on the diagnosis and management of pancreatic cystic lesions. <i>Hepatobiliary Surg Nutr.</i> 2023;12:715-35.</li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ford AC, Marwaha A, Sood R, et al. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. <i>Gut</i> 2015;64:1049-57.</li> <li>2. Wauters L, Dickman R, Drug V, et al. United European Gastroenterology and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. <i>United European Gastroenterol J</i> 2021;9:307-31.</li> <li>3. Yadlapati R, Early D, Iyer P et al. Quality indicators for upper GI endoscopy <i>Gastrointestinal Endoscopy</i> 2024;101, 236-60.</li> <li>4. Sarnelli G, Pesce M, Barbara G, et al. Italian guidelines for the diagnosis and treatment of functional dyspepsia - joint consensus from the Italian societies of gastroenterology and endoscopy (SIGE), Neurogastroenterology and motility (SINGEM), hospital gastroenterologists and endoscopists (AIGO), digestive endoscopy (SIED) and general medicine (SIMG). <i>Dig Liver Dis</i> 2025;57:1730-47.</li> </ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tursi A, Scarpignato C, Strate LL, et al. Colonic diverticular disease. <i>Nat Rev Dis Primers</i> 2020;26:20 Strate LL, Gralnek IM. Management of Patients with Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. <i>Am J Gastroenterol</i> 2016;111:459-74.</li> <li>2. Schultz JK, Azhar N, Binda GA, et al. European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon. <i>Colorectal Dis</i> 2020;22:5-28.</li> <li>3. Tursi A, Papa V, Lopetuso LR, et al. When to Perform a Colonoscopy in Diverticular Disease and Why: A Personalized Approach. <i>J Pers Med.</i> 2022 1;12:1713.</li> <li>4. Rex DK, Anderson JC, Butterly LF, et al. Quality Indicators for Colonoscopy. <i>Am J Gastroenterol</i> 2024;119:1754-80.</li> </ol>
<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gargano D, Appanna R, Santonicola A, et al. Food Allergy and Intolerance: A Narrative Review on Nutritional Concerns. <i>Nutrients</i> 2021;13:1638.</li> <li>2. Zingone F, Bertin L, Maniero D et al. Myths and Facts about Food Intolerance: A Narrative Review. <i>Nutrients</i> 2023;15:4969.</li> <li>3. Toca MDC, Fernández A, Orsi M, et al. Lactose Intolerance: Myths and Facts. An Update. <i>Arch Argent Pediatr</i> 2022;120:59-66.</li> <li>4. Van Odijk J, Weisheit A, Arvidsson M et al. The Use of DAO as a Marker for Histamine Intolerance: Measurements and Determinants in a Large Random Population-Based Survey. <i>Nutrients</i> 2023;15:2887.</li> </ol>
<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, et al. Italian Society of Pharmacology, the Italian Association of Hospital Gastroenterologists, and the Italian Federation of General Practitioners. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases - A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression. <i>BMC Med</i> 2016;14:179.</li> <li>2. Wang J, Wu Y, Bi Q, et al. Adverse outcomes of proton pump inhibitors in chronic liver disease: a systematic review and meta-analysis. <i>Hepatol Int</i> 2020;14:385-98.</li> <li>3. Labenz C, Kostev K, Galle PR, et al. Proton pump inhibitor use is associated with a variety of infections in patients with liver cirrhosis. <i>Medicine</i> 2020;99:e23436.</li> <li>4. Ramsing MS, Jensen MD, Jepsen P. Use of Proton Pump Inhibitors Among Patients with Alcohol-Related Cirrhosis-A Danish Nationwide Cohort Study. <i>Liver Int.</i> 2025;45:e70061.</li> <li>5. Peyton-Navarrete A, Nguyen MHC, FakhriRavari A. Prescribing Responsibly: Navigating the Tides of Deprescribing in Proton Pump Inhibitor Stewardship. <i>Pharmacoepidemiology.</i> 2025;4:15.</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 la campagna "Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy" in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. La campagna 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 inappropriately in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. La campagna italiana è inserita nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner della campagna: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, 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 e 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)