
LIBRO BIANCO della GASTROENTEROLOGIA ITALIANA



sintesi del documento



**LIBRO BIANCO
DELLA
GASTROENTEROLOGIA ITALIANA**



Comitato Editoriale

(in ordine alfabetico)

**Franco Bazzoli, Elisabetta Buscarini, Renato Cannizzaro, Dario Conte,
Michele De Boni, Gianfranco Delle Fave, Fabio Farinati, Paolo Ravelli,
Paolo Spolaore, Pier Alberto Testoni**

INDICE

Elenco Autori/Revisori

Prefazione

Introduzione

Ringraziamenti

SINTESI DEL DOCUMENTO

PREMESSA e SCOPI *E Buscarini, M De Boni*

AMBITI DI ATTIVITA' DELLA GASTROENTEROLOGIA

Assistenza specialistica di degenza (ordinaria,diurna) e ambulatoriale,
compresa la gestione dell'emergenza-urgenza

Prevenzione e screening

Riabilitazione

Funzioni di supporto specialistico alle Residenze assistenziali per
anziani

Tecniche diagnostiche e terapeutiche gastroenterologiche

Tecnologie diagnostico-terapeutiche utilizzate dai gastroenterologi C
Hassan

Le nuove tecnologie in gastroenterologia *F Radaelli*

Procedure endoluminali sostitutive della chirurgia *E Meroni, A Kohn,
G Costamagna, I Boskovich, P Familiari*

LE MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE IN ITALIA

Malattie gastrointestinali

Malattie dell'esofago

MRGE *F Pace*

Esofago di Barrett - Esofagite *M Conio, S Bianchi, R Filiberti*

Malattie dello stomaco e duodeno

Infezione da Helicobacter pylori *A Zullo*

Ulcera peptica *M De Boni*

Malattie dell'intestino tenue e del colon

Malattie infiammatorie croniche intestinali *A Kohn, F Rosina, G Actis*

Malattia celiaca *MT Bardella, L Elli*

Malattia diverticolare *S Morini*

Disordini Gastro-Intestinali Funzionali *ES Corazziari, D Badiali*

Malattie del fegato

Epatiti virali B e C *M Brunetto, A Craxi*

Epatopatia da alcol *P Burra, G Germani, GC Sturniolo*

Epatopatie steatosiche non-alcol correlate *S Bellentani*

Calcolosi biliare *G Costamagna, I Boskovich*

Epatopatie autoimmuni (CBP, CSP, EA) *F Rosina*

Emocromatosi *D Conte*

Cirrosi epatica *G Sansoè, F Rosina*

Trapianto di fegato *A Di Leo, M Rendina, S Faggioli*

Malattie del pancreas

Pancreatite acuta, biliare e non *F Chilovi, L Piazzì*

Pancreatite cronica *L Frulloni*

Tumori dell'apparato digerente

(esofago, stomaco, colon-retto, pancreas, fegato)

R Cannizzaro, F Farinati, M Borzio

Nutrizione *G Leandro*

Patologia alcol-correlata in gastroenterologia *G Testino, P Borro, E*

Scafato

Gastroenterologia pediatrica *S Cucchiara*

Emergenze-urgenze

Emorragie gastrointestinali *F Chilovi, G Spinzi, C Virgilio R*

Corpi estranei del tubo digerente *M De Boni*

Colangite acuta *G Di Matteo, R Cuppone*

Pancreatite acuta, biliare e non *F Chilovi, L Piazzì*

Malattie infiammatorie croniche intestinali complicate *A Kohn, F*

Rosina, G Actis

Diverticolite acuta complicata *S Morini*

Insufficienza epatica acuta *P Burra, GC Sturniolo*

Prevenzione *R Cannizzaro*

Screening del cancro colo-rettale *Documento FISMAD-GISCOR*

Riabilitazione *F Cupella*

**IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E DI VALUTAZIONE DEL
RICORSO AI SERVIZI SANITARI PER MALATTIE**

DELL'APPARATO DIGERENTE

P Spolaore, E Schievano, M Lisiero

1. IMPATTO DELLE MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE
SULLO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE
(MORTALITÀ – CRONICITÀ)
2. IMPATTO DELLE MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE
SUL RICORSO AI SERVIZI SANITARI (OSPEDALE –
SPECIALISTICA AMBULATORIALE – FARMACEUTICA)
 - ANALISI DESCRITTIVA DELL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA IN
TRE REGIONI (EMILIA-ROMAGNA, LOMBARDIA, VENETO)
 - DATI DI SINTESI DAL PROTOCOLLO D'INTESA MINISTERO
DELLA SALUTE/FISMAD (FEDERAZIONE ITALIANA
SOCIETÀ MALATTIE DIGESTIVE)

PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ GASTROENTEROLOGICHE

F Bazzoli, E Buscarini, G Caletti, R Cannizzaro, D Conte, M De Boni,

G Delle Fave, F Farinati, P Ravelli, M Soncini, P Spolaore,

PA Testoni, A Zambelli

- 1) ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI
- 2) DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DI SPECIALISTI
GASTROENTEROLOGI

BIBLIOGRAFIA

APPENDICI

hanno collaborato al documento come Autori e/o Revisori:

	affiliazione	regione
Actis Giovanni	UOC Gastroenterologia & Epatologia Ospedale Gradenigo, Torino	Piemonte
Adamo Salvatore	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale di Bussolengo (VR)	Veneto
Amitrano Lucio	UOC Gastroenterologia AORN Cardarelli, Napoli	Campania
Amuso Mariano	UO Gastroenterologia ed End Digest, A.O. OO.RR. Villa Sofia – Cervello, Palermo	Sicilia
Ancarani Ornella	UOSD Patologie Alcol Correlate, Ospedale San Martino, Genova	Liguria
Angelico Mario	Cattedra di Gastroenterologia , Università Tor Vergata, Roma	Lazio
Antonini Filippo	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Università Politecnica delle Marche, ASUR Marche, ZT 11, Fermo	Marche
Badiali Danilo	UOC Gastroenterologia A, Policlinico Umberto I, Sapienza, Università di Roma	Lazio
Balzano Antonio	UOC Gastroenterologia, AORN Cardarelli, Napoli	Campania
Bardella Maria Teresa	Centro per la Prevenzione e Diagnosi della Malattia Celiaca, Fondazione IRCCS Cà- Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano	Lombardia
Barresi Luca	UO Endoscopia Digestiva ISMETT UPMC, Palermo	Sicilia
Bazzoli Franco	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Policlinico S Orsola, Università di Bologna, Bologna	Emilia Romagna
Bellentani Stefano	Centro Studi Fegato – Gastroenterologia Distretto di Carpi – Azienda USL di Modena	Emilia Romagna
Bellini Massimo	UO Gastroenterologia Universitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Nuovo Ospedale Santa Chiara , Pisa	Toscana

Benedetti Antonio	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Università Politecnica delle Marche, Ancona	Marche
Biagini Massimiliano	UOC Gastroenterologia ed End Digest, AUSL 11, Ospedale S Giuseppe, Empoli (FI)	Toscana
Bianco Antonietta	UO Endoscopia Digestiva, Ospedale, Torre del Greco (NA)	Campania
Blanchi Sabrina	UOC Gastroenterologia, Ospedale Civile, Sanremo, Imperia	Liguria
Borro Paolo	UOSD Patologie Alcol Correlate, Ospedale San Martino, Genova	Liguria
Bortoli Aurora	UOC Gastroenterologia, AO G. Salvini, Rho (MI)	Lombardia
Bortoluzzi Francesco	UO Gastroenterologia ed End Digest Azienda ULSS12 Veneziana, Venezia	Veneto
Borzio Mauro	U.O.C. di Gastroenterologia, A.O. Melegnano (MI)	Lombardia
Boskovski Ivo	UO Endoscopia Digestiva Chirurgica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma	Lazio
Brosolo Piero	UO Gastroenterologia ed End Digest, Azienda per i Servizi Sanitari n. 3 "Alto Friuli"	Friuli Venezia Giulia
Brunelli Eugenio	UOC Gastroenterologia ed End Digest, PO Principe di Piemonte ASUR Marche-ZT 4 Senigallia (AN)	Marche
Brunetto Maurizia	UO Epatologia, Azienda Ospedaliero- Universitaria Pisana, Pisa	Toscana
Buri Luigi	UOC Gastreenterologia ed End Digest, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Trieste	Friuli Venezia Giulia
Burra Patrizia	UOC Gastroenterologia, SSD Trapianto Multiviscerale Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Gastroenterologiche, Università degli Studi di Padova	Veneto
Buscarini Elisabetta	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale Maggiore, Crema	Lombardia
Caletti Giancarlo	UOC Gastroenterologia, Università di Bologna, Castel San Pietro -Imola	Emilia Romagna
Cannizzaro Renato	SOC Gastroenterologia del Centro di	Friuli Venezia

	Riferimento Oncologico di Aviano (PN)	Giulia
Chilovi Fausto	UOC Gastroenterologia, Ospedale Centrale, Bolzano	Trentino
Cicala Michele	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Campus Bio Medico, Roma	Lazio
Ciliberto Enrico	UO Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale S.Giovanni di Dio ASL5, Crotone	Calabria
Cilona Antonio	UOC Medicina interna, PO Policoro (MT)	Basilicata
Cipolletta Livio	UO Endoscopia Digestiva, Ospedale, Torre del Greco (NA)	Campania
Claar Giovanni Massimiliano	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale S Giuseppe Moscati, Aversa-ASL Caserta	Campania
Conigliaro Rita	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense, MODENA	Emilia Romagna
Conio Massimo	UOC Gastroenterologia, Ospedale Civile, Sanremo, Imperia	Liguria
Conte Dario	UO Gastroenterologia 2, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico e Università degli Studi, Milano	Lombardia
Corazziari Enrico	UOC Gastroenterologia A, Policlinico Umberto I, Sapienza, Università di Roma	Lazio
Costamagna Guido	UO Endoscopia Digestiva Chirurgica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma	Lazio
Cottone Mario	UO Medicina II, Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, Università di Palermo	Sicilia
Craxì Antonio	UOC Gastroenterologia, Università di Palermo, Palermo	Sicilia
Crotta Sergio	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale Beauregard, Aosta	Valle d'Aosta
Cucchiara Salvatore	UOC di Gastroenterologia e Epatologia Pediatria, Dipartimento di Pediatria, Sapienza Università di Roma	Lazio
Cupella Francesco	UOSD Endoscopia Digestiva- Gastroenterologia Riabilitativa, Fondazione	Lombardia

	Maugeri, Pavia	
Cuppone Renato	UOC Gastroenterologia ed End Digest – I.R.C.C.S. “S. de Bellis” Castellana Grotte (BA)	Puglia
D'Amico Gennaro	UOC di Gastroenterologia ed End Digest, Policlinico Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello, Palermo	Sicilia
D'Imperio Nicola	UOC Gastroenterologia ed End Digest, AUSL di Bologna, Presidi Ospedale Maggiore/Bellaria, Bologna	Emilia Romagna
De Angelis Claudio	S.C .D.U. Gastroepatologia, Università degli Studi di Torino, A.O. San Giovanni Battista/Molinette, Torino	Piemonte
De Boni Michele	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Azienda Ospedale ULSS2, Feltre (BL)	Veneto
De Pretis Giovanni	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale S Chiara, Trento	Trentino
De Stefano Salvatore	UOC Gastroenterologia ed End Digest, ASL 2, Napoli	Campania
Del Favero Giuseppe	SOC Gastroenterologia, Ospedale "Santa Maria della Misericordia", Rovigo	Veneto
Del Piano Mario	UOC Gastroenterologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Maggiore della Carità", Novara	Piemonte
Delle Fave Gianfranco	UOC Malattie dell'apparato Digerente e del Fegato, Azienda Ospedaliera S Andrea, Università di Roma, Roma	Lazio
Di Cillo Michele	UOC Gastroenterologia ed End Digest, ASLBA4, Bari	Puglia
Di Leo Alfredo	UO Gastroenterologia Universitaria, Policlinico, Bari	Puglia
Di Matteo Giovanni	UOC Gastroenterologia ed End Digest – I.R.C.C.S. “S. de Bellis” Castellana Grotte (BA)	Puglia
Ederle Andrea	UOC Gastroenterologia ed End Digest, ULSS20, S. Bonifacio (VR)	Veneto
Elli Luca	Centro per la Prevenzione e Diagnosi della	Lombardia

	Malattia Celiaca, Fondazione IRCCS Cà-Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Milano	
Fagioli Stefano	UOC Gastroenterologia, Ospedali Riuniti, Bergamo	Lombardia
Familiari Luigi	UO Dipartimentale di Endoscopia Digestiva, Azienda Ospedaliera Universitaria - Messina	Sicilia
Familiari Pietro	UO Endoscopia Digestiva Chirurgica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma	Lazio
Farinati Fabio	Dipartimento Scienze Chirurgiche Gastroenterologiche, Università di Padova, Padova	Veneto
Fava Giammarco	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Azienda Ospedaliero-Universitaria , Ospedali Riuniti, Ancona	Marche
Federici Telemaco	UOC Gastroenterologia, A.O. San Camillo Forlanini, Roma	Lazio
Ferrini Giovanni	OC Gastroenterologia, Ospedale Renzetti, Lanciano (CH)	Abruzzo
Filiberti Rosa	Servizio di Epidemiologia, Biostatistica e Trials Clinici, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova	Liguria
Fracasso Pierluigi	UO Gastroenterologia Territoriale ASL RMB Roma	Lazio
Framarin Luciana	UOC Gastroenterologia & Epatologia, Ospedale Gradenigo, Torino	Piemonte
Fregonese Diego	UOC Gastroenterologia, Ospedale di Camposanpiero (PD)	Veneto
Frosini Giorgio	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena	Toscana
Frulloni Luca	Cattedra Gastroenterologia, Policlinico GB Scuro, Università di Verona, Verona	Veneto
Fusaroli Pietro	UOC Gastroenterologia, Castel San Pietro - Imola	Emilia Romagna
Gallo Vincenzo	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale S. Scafati, Salerno	Campania

Gatto Gianni	UO Gastroenterologia ed End Digest, A.O. OO.RR. Villa Sofia – Cervello, Palermo	Sicilia
Gemme Carlo	UOC Gastroenterologia, Ospedale Santo Spirito, Casale Monferrato (AL)	Piemonte
Germanà Bastianello	UOC Gastroenterologia, Ospedale San Martino, Belluno	Veneto
Germani Giacomo	UOC Gastroenterologia, Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Gastroenterologiche, Università degli Studi di Padova	Veneto
Guardascione Francesco	UOC Gastroenterologia, Ospedale San Giuliano, Giugliano (NA)	Campania
Gullotta Renzo	UO Gastroenterologia ed End Digest, Clinica San Carlo, Paderno Dugnano	Lombardia
Hassan Cesare	UO Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale Nuovo Regina Margherita, Roma	Lazio
Ingrosso Marcello	UOC Endoscopia Digestiva Chirurgica, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia – Università Cattolica del Sacro Cuore, Campobasso	Molise
Kohn Anna	UOC Gastroenterologia, A.O. San Camillo Forlanini, Roma	Lazio
Lauri Adriano	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Presidio Ospedaliero di Pescara, ASL Pescara	Abruzzo
Leandro Gioacchino	UOC Gastroenterologia ed End Digest – I.R.C.C.S. “S. de Bellis” Castellana Grotte (BA)	Puglia
Leo Pietro	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale Annunziata, Cosenza	Calabria
Lisiero Manola	Sistema Epidemiologico Regionale (SER) - Regione del Veneto, Ospedale di Castelfranco Veneto	Veneto
Lorenzini Ivano	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Azienda Ospedaliero-Universitaria, "Ospedali Riuniti", Ancona	Marche
Loriga Piero	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale SS Trinità, Cagliari	Sardegna

Macarri Giampiero	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Università Politecnica delle Marche, ASUR Marche, ZT 11, Fermo	Marche
Magnolfi Fabrizio	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale San Donato, AUSL8, Arezzo	Toscana
Manta Raffaele	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense, Modena	Emilia Romagna
Marchi Santino	UO Gastroenterologia Universitaria, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Nuovo Ospedale Santa Chiara, Pisa	Toscana
Marin Renato	UOS Dipartimentale, Endoscopia Digestiva Ospedale di Dolo (VE)	Veneto
Marini Mario	UOS Endoscopia Digestiva Pediatrica, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena	Toscana
Marino Antonino	UOC Gastroenterologia ed End Digest ARNAS Ospedali "Civico – Di Cristina – Benfratelli", Palermo	Sicilia
Meroni Emanuele	S.C. Endoscopia Diagnostica e Chirurgia Endoscopica, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori - Milano	Lombardia
Milazzo Giuseppe	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale P. Borsellino, Marsala	Sicilia
Monastra Santo	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale S Gennaro dei Poveri, Napoli	Campania
Montalbano Luigi	UOC di Gastroenterologia ed End Digest, Policlinico Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello, Palermo	Sicilia
Morini Sergio	UO Gastroenterologia ed End Digest, PTP Nuovo Regina Margherita, Roma	Lazio
Muscatiello Nicola	UOC Gastroenterologia Universitaria, Az. "Ospedali Riuniti", Foggia	Puglia
Natali Alessandro	UO Gastroenterologia AUSL 3 Pistoia	Toscana
Neri Matteo	UOSD Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale Clinicizzato SS. Annunziata, Università G. D'Annunzio, Chieti	Abruzzo
Nucci Andrea	Endoscopia digestiva, Ospedale S.Giovanni di	Toscana

Pace Fabio	Dio, Azienda Sanitaria Firenze, Firenze UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale "Bolognini", Seriate (BG)-Università degli Studi di Milano	Lombardia
Pallone Francesco	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Policlinico Tor Vergata, Università di Roma, Roma	Lazio
Parodi Maria Caterina	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova	Liguria
Pasquale Luigi	UOC Gastroenterologia ed End Digest, PO Ariano Irpino (AV)	Campania
Penagini Roberto	UO Gastroenterologia 2, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico e Università degli Studi, Milano	Lombardia
Peralta Sergio	UOC Gastroenterologia, Università di Palermo, Palermo	Sicilia
Peruzzi Egiziano	UOS Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale U. Sestilli- INRCA- IRCCS, Ancona	Marche
Piazzi Lucia	UOC Gastroenterologia, Ospedale Centrale, Bolzano	Trentino
Quondamcarlo Cinzia	UOSD Gastroenterologia ed End Digest, IFO- Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" IRCCS -Roma	Lazio
Radaelli Franco	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale Valduce, Como	Lombardia
Ravelli Paolo	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedali Riuniti, Bergamo	Lombardia
Rendina Maria	UO Gastroenterologia Universitaria, Policlinico Bari	Puglia
Ridolfi Francesco	UOC Gastroenterologia ed End Digest, PO Principe di Piemonte, ASUR Marche-ZT 4 Senigallia (AN)	Marche
Rosina Floriano	UOC Gastroenterologia & Epatologia, Ospedale Gradenigo, Torino	Piemonte
Salmi Andrea	UO Gastroenterologia, Ospedale S Orsola- Fondazione Poliambulanza, Brescia	Lombardia

Sansoè Giovanni	UOC Gastroenterologia & Epatologia, Ospedale Gradenigo, Torino	Piemonte
Scafato Emanuele	Istituto Superiore di Sanita'	Lazio
Scarpulla Giuseppe	UOC Gastroenterologia, ASS 2 P.O. " M. Raimondi ", San Cataldo (CL)	Sicilia
Schievano Elena	Sistema Epidemiologico Regionale (SER) - Regione del Veneto, Ospedale di Castelfranco Veneto	Veneto
Solinas Attilio	Servizio di Gastroenterologia ed Epatologia, Poliambulatorio Europa , Distretto del Perugino, ASL 2 - Perugia	Umbria
Soncini Marco	UOC Gastroenterologia ed End Digest A.O. San Carlo Borromeo, Milano	Lombardia
Sorrentini Italo	UOC Gastroenterologia ed End Digest, AORN "G. Rummo", Benevento	Campania
Spinzi Giancarlo	UOC Gastroenterologia, Ospedale Valduce, Como	Lombardia
Spolaore Paolo	Sistema Epidemiologico Regionale (SER) - Regione del Veneto, Ospedale di Castelfranco Veneto	Veneto
Stroppa Italo	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Policlinico Tor Vergata, Università di Roma, Roma	Lazio
Sturniolo Giacomo Carlo	UOC Gastroenterologia, Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Gastroenterologiche, Università degli Studi di Padova	Veneto
Sumberaz Alessandro	UOSD Patologie Alcol Correlate, Ospedale San Martino, Genova	Liguria
Tamaro Leonardo	UOC Gastroenterologia ed End Digest Presidio San Giovanni/UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Presidio Addolorata-Britannico, AO San Giovanni Addolorata, Roma	Lazio
Tarantino Ilaria	UO Endoscopia Digestiva ,ISMETT UPMC, Palermo	Sicilia
Testino Gianni	UOSD Patologie Alcol Correlate, Ospedale San Martino, Genova	Liguria

Testoni Pier Alberto	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale San Raffaele, Università di Milano, Milano	Lombardia
Traina Mario	UO Endoscopia Digestiva , ISMETT UPMC, Palermo	Sicilia
Triossi Omero	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale Civile, Ravenna	Emilia Romagna
Usai Satta Paolo	UOC Gastroenterologia, AO G. Brotzu, Cagliari	Sardegna
Vilardo Luigi	UOC Gastroenterologia ed End Digest – Ospedale di Castrovillari (CS)	Calabria
Virgilio Clara	UOC Gastroenterologia ed End Digest, AO Garibaldi, Catania	Sicilia
Zambelli Alessandro	UOC Gastroenterologia ed End Digest, Ospedale Maggiore, Crema	Lombardia
Zilli Maurizio	UOC Gastroenterologia, Ospedale S. Maria della Misericordia, Udine	Friuli Venezia Giulia
Zullo Angelo	UOC Gastroenterologia ed End Digest, PTP Nuovo Regina Margherita, Roma	Lazio

SINTESI DEL DOCUMENTO

Premessa

Le malattie gastroenterologiche hanno un impatto importante sulla salute della popolazione e sui costi del sistema sanitario, rappresentano infatti una delle più importanti cause di morte nella popolazione generale, e sono tra le prime cause di ricovero ospedaliero.

Le malattie gastroenterologiche giustificano una quota rilevante di prestazioni assistenziali e di consumo di farmaci, implicando anche problemi di appropriatezza clinica ed organizzativa, ed impattano fortemente anche sull'organizzazione della rete dell'emergenza/urgenza.

La valutazione delle attività gastroenterologiche a livello nazionale e regionale deve costituire un riferimento imprescindibile per la definizione di una nuova proposta di pianificazione, che, nel contesto dei riferimenti normativi esistenti, tenga conto: **dei profili epidemiologici, dell'attività ospedaliera per i vari segmenti assistenziali, dell'introduzione di nuove tecnologie diagnostiche-terapeutiche.**

Scopo del presente documento è pertanto definire e **proporre linee di indirizzo e programmazione dell'attività delle strutture gastroenterologiche italiane**, individuando criteri omogenei su scala nazionale che possano costituire il riferimento per l'organizzazione delle attività gastroenterologiche nelle diverse regioni.

Ambiti di attività' della gastroenterologia

La Gastroenterologia è la disciplina clinica che, con il supporto fondamentale delle conoscenze professionali cliniche e delle metodiche diagnostiche e terapeutiche specialistiche, si occupa delle condizioni morbose dell'apparato digerente (tubo digerente, pancreas, fegato).

Gli ambiti assistenziali della disciplina sono:

1. Assistenza specialistica di degenza (ordinaria,diurna) e ambulatoriale, compresa la gestione dell'emergenza-urgenza
2. Prevenzione
3. Riabilitazione
4. Funzioni di supporto specialistico alle Residenze assistenziali

Tecniche diagnostiche e terapeutiche gastroenterologiche

In questo capitolo vengono descritte le metodiche diagnostiche e terapeutiche utilizzate dai gastroenterologi e che hanno subito importanti progressi tecnologici nell'ultimo decennio.

Le malattie dell'apparato digerente in Italia

Viene descritto lo **scenario epidemiologico italiano** delle malattie dell'apparato digerente, con le conseguenti implicazioni cliniche ed organizzative.

Malattie gastrointestinali

MALATTIE DELL'ESOFAGO

Malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE)

Prevalenza: sintomi da MRGE presenti nel 44,3% della popolazione. In aumento negli ultimi 20 anni, attribuito all'aumento di obesità

Distribuzione per età: tutte le fasce di età; in particolare quelle dopo la quarta decade

Diagnosi: valutazione specialistica gastroenterologica dei sintomi tipici e per esclusione di segni d'allarme; IPP test. Se segni o sintomi d'allarme, sospetto di manifestazioni extra-esofagee di reflusso, o refrattarietà a IPP: EGDS/ pH-metria/pH-impedenzometria

Livello di assistenza: ambulatoriale, cura a lungo termine

Esofago di Barrett

Prevalenza: Studi italiani: 1,3%

Distribuzione per sesso ed età: rapporto M/F di 2 negli adulti; 4 nell'adolescenza; la prevalenza di EB varia da 0,1% nei bambini e giovani fino a 1% in età > di 60 anni

Incidenza: varia da 23 a 131/100.000 persone/anno

Diagnosi: endoscopia

Livello di assistenza: ambulatoriale, salvo che per gli interventi endoscopici complessi (e per gli interventi chirurgici) da effettuarsi in regime di Day Hospital o ricovero ospedaliero

Sorveglianza endoscopica: è costo-efficace in pazienti con MRGE e Barrett noto (particolarmente negli uomini > 60 anni)

MALATTIE DELLO STOMACO E DUODENO

Infezione da *Helicobacter pylori*

Prevalenza: 10-20% dei soggetti < 50 anni; 40-50% di quelli in età > 50 anni.

Presentazione: dispepsia non ulcerosa, ulcera peptica. Patologie associate: linfoma gastrico e cancro gastrico. Patologie associate extradigestive: piastrinopenia; anemia sideropenica

Ulcera peptica

Prevalenza: circa il 5-10% nei Paesi industrializzati

Incidenza: 1%/anno in soggetti con infezione da *Helicobacter P*; in declino nell'ultimo decennio in Italia

Distribuzione per età: aumento con l'avanzare dell'età

Diagnosi: endoscopica

Livello di assistenza: ambulatoriale; in regime di ricovero, anche di emergenza/urgenza, nelle forme complicate

MALATTIE DELL'INTESTINO TENUE E DEL COLON

Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)

Prevalenza: 177-254 casi/100.000 abitanti

Incidenza: varia da 2,7 a 13 nuovi casi /100.000 abitanti /anno (incidenza di colite ulcerosa 7,2; Crohn 3,9)

Distribuzione per età: bimodale con picco di incidenza tra 25-35 anni e secondo picco oltre i 60 anni

Mortalità: colite ulcerosa, analoga a quella della popolazione generale; malattia di Crohn: aumento della mortalità, particolarmente nei gruppi di età più giovane.

Morbilità: in Italia è riconosciuta l'invalidità per MICI

Livello di assistenza: cura a lungo termine, con gestione clinico-strumentale ambulatoriale o in regime di Day Hospital; elevata necessità di ricovero (55% dei pazienti con CU); nel 15-20% di MICI: malattia severa con necessità di trattamento intensivo in regime di ricovero e, nei casi di mancata risposta, intervento chirurgico

Malattia celiaca

Prevalenza: 1/100 abitanti (Italia)

Diagnosi: necessita della esecuzione di biopsie endoscopiche duodenali multiple e del dosaggio sierologico di autoanticorpi specifici

Mortalità: rischio lievemente aumentato (comparsa di linfoma T o neoplasie dell'intestino tenue)

Livello di assistenza: il follow-up annuale ambulatoriale gastroenterologico si è dimostrato efficace nel miglioramento della compliance alla dietoterapia e nello screening delle complicanze. Vengono eseguiti controlli clinici e sierologici ambulatoriali per la valutazione della risposta alla dietoterapia. In caso di non-risposta sierologica e/o sintomatologica il paziente deve essere valutato attraverso la esecuzione di indagini di secondo livello dell'intestino tenue (videocapsula endoscopica e/o enteroscopia balloon-assisted)

Malattia diverticolare del colon

Prevalenza: 27-47%

Distribuzione per età: 1-2% al di sotto dei 30 anni; raggiunge il 60-70% nelle fasce di età più alte

Mortalità: mortalità ospedaliera legata a diverticolosi è pari al 3%

Morbilità: nel 20-25% dei pazienti compaiono sintomi di tipo acuto, cronico, recidivante.

Complicanze: diverticolite e emorragia

Prevenzione della malattia: corretta alimentazione

Livello di assistenza: ambulatoriale; ricovero, anche in urgenza, se diverticolite complicata

DISORDINI GASTRO-INTESTINALI FUNZIONALI

Prevalenza: 10-20% della popolazione generale dei paesi occidentali

Non complicanze e mortalità; possono compromettere la **qualità di vita dei pazienti**

Impatto sulla spesa sanitaria e pubblica: assenze dal lavoro, ricoveri ospedalieri, esami diagnostici e visite specialistiche

Livello di assistenza: ambulatoriale, cura a lungo termine

MALATTIE DEL FEGATO

Epatiti croniche virali

Prevalenza: Circa 2,5 milioni di Italiani con infezione da virus B e C;
>80% dei casi di cirrosi epatica causata o con-causata da infezione cronica da virus epatitico: HCV nel 65-70%; HBV nel 10-15%

Livello di assistenza: percorsi diagnostici anche invasivi, in day-hospital; follow-up ambulatoriale, a lungo termine; l'evoluzione delle epatiti croniche in cirrosi e possibilmente in tumore primitivo del fegato comporta ricoveri ordinari e in urgenza

Epatopatia da alcol

Prevalenza: 170 dimissioni/100.000 abitanti/anno sono attribuibili a patologie alcol correlate

Patologie alcol correlate: steatosi epatica, epatite acuta alcolica, cirrosi epatica

Prevenzione: astensione definitiva dalle bevande alcoliche

Livello di assistenza: follow-up ambulatoriale per la steatosi alcol correlata; ricovero, anche in urgenza, per epatite acuta alcolica e cirrosi epatica scompensata

Epatopatie steatosiche non-alcol correlate

NAFLD–NASH

Prevalenza: NAFLD: circa il 25% della popolazione italiana tra 18-75 anni; NASH: 3-16% in Europa

Incidenza: NAFLD 2 casi/100 abitanti /anno.

Distribuzione sesso-età: la prevalenza di NAFLD-NASH è più alta nei maschi e aumenta con l'età

Mortalità: NAFLD-NASH aumentano la mortalità globale del 35-85%

Prevenzione: educazione nutrizionale, stile di vita

Livello di assistenza: diagnosi in regime ambulatoriale/Day Hospital; follow-up ambulatoriale; ricovero per le complicanze (scompenso epatico, HCC)

Calcolosi biliare

Prevalenza: calcolosi della colecisti: 13-25%

Incidenza : 0.67%/anno; 0.81% nel sesso femminile; 0.66% sesso maschile; aumenta con l'età. Calcolosi del coledoco e intraepatica: bassa incidenza

Livello di assistenza: ricovero, anche in urgenza per calcolosi coledocica con ittero e/o colangite, o per colecistite acuta; per eseguire colecistectomia laparoscopica nella calcolosi colecistica sintomatica e/o CPRE con sfinterotomia biliare per calcolosi della via biliare principale

Epatite autoimmune

Prevalenza: AIH tipo 1, 1/5.000-10.000 (aree occidentali)

Sesso: 70% femmine di età disparate; anche AIH tipo 2 prevale nel sesso femminile (esordio pediatrico)

Livello di assistenza: per la diagnosi e terapia di induzione: ricovero ospedaliero; controllo ambulatoriale a lungo termine per regime immunosoppressivo

Cirrosi biliare primitiva

Prevalenza e incidenza sono aumentate 5-7 volte. Nei paesi di area mediterranea la prevalenza è 6,2/100.000 abitanti.

CBP interessa prevalentemente il sesso femminile (95%) in età compresa tra 30 e 65 anni.

Malattie associate: sono molto frequenti (fino al 70% dei casi)

Livello di assistenza: per la diagnosi, Day Hospital; controllo ambulatoriale a lungo termine; ricovero ospedaliero per le complicanze

Colangite sclerosante primitiva

Prevalenza e incidenza: 10 volte inferiori a quelli di CBP (non esistono dati italiani)

Distribuzione per sesso ed età: rapporto M/F 2/1; età media di insorgenza 40 anni

Malattie associate: Il 30-90% dei pazienti con CSP è affetto da malattie infiammatorie intestinali (prevalentemente colite ulcerosa); 2,4-7,5% dei soggetti con colite ulcerosa è affetto da CSP

Il rischio di cancro del colon retto nei pazienti affetti da colite ulcerosa associata a CSP aumenta di circa 3 volte (45%) rispetto al rischio dei pazienti affetti dalla sola colite ulcerosa (16%)

Morbilità: colangite acuta infettiva ricorrente (33% dei casi); colangiocarcinoma (10-30%)

Sopravvivenza: è condizionata dalla insorgenza di colangiti

Livello di assistenza: diagnosi in Day Hospital/ricovero ordinario; follow-up ambulatoriale a lungo termine; ricovero, anche in urgenza, per CSP complicata

Emocromatosi ereditaria

Prevalenza: 1-3 casi/1000 abitanti (popolazioni di origine nord europea)

Sopravvivenza: se diagnosi in fase precirrotica e trattamento adeguato: normale aspettativa di vita

Livello di assistenza: ambulatoriale o Day Hospital se biopsia epatica per la diagnosi; follow-up clinico-strumentale a lungo termine

Cirrosi epatica

Prevalenza/incidenza: 21.000 decessi/anno per cirrosi o HCC in Italia; la mortalità incide in maniera preponderante tra i 25 e 60 anni.

Sopravvivenza a tre anni nei cirrotici stratificati secondo la classe di Child-Pugh: nei pazienti in Child A sopravvivenza a tre anni pari a 85%; al 54% in classe B; al 42% in classe C.

Lo sviluppo di HCC è la principale causa di morbidità e morte nei cirrotici postvirali. Dal 20 al 40% dei cirrotici non trattati farmacologicamente sanguina da varici entro i primi due anni di osservazione.

Livello di assistenza: Ricovero in emergenza/urgenza: encefalopatia; sanguinamento da varici. Ricovero ordinario per cirrosi scompensata, o per complicanze del versamento ascitico. Il cirrotico compensato o con ascite viene seguito ambulatorialmente con periodiche ammissioni al day hospital

Follow-up periodico clinico-ecografico ambulatoriale per diagnosi precoce di HCC

TRAPIANTO DI FEGATO

Per comprendere il livello e regime di assistenza richiesti al gastroenterologo per una corretta gestione del complesso iter medico connesso al trapianto di fegato si deve fare riferimento ai diversi momenti assistenziali richiesti prima e dopo il trapianto:

fase pre-trapianto

fase del mantenimento in lista

fase post-trapianto

MALATTIE DEL PANCREAS

Pancreatite acuta

Incidenza 5-35 casi/100.000 abitanti/anno

Livello di assistenza: ricovero ospedaliero, anche in regime di emergenza/urgenza

Pancreatite cronica

Incidenza: 10-15 /100.000 abitanti per anno; rapporto M/F di 3:1

Livello di assistenza: follow-up clinico strumentale ambulatoriale a lungo termine; ricovero ospedaliero, anche in regime di emergenza/urgenza, se riacutizzazioni o per trattamento complicanze

TUMORI DELL'APPARATO DIGERENTE

Tumore dell'esofago

Prevalenza: nel periodo 2003-2005 i tumori dell'esofago hanno rappresentato 1,9% di tutti i decessi per cancro negli uomini; 0,9% nelle donne

Incidenza (area AIRTUM periodo 2003-2005): 6,7 casi/100.000 uomini/anno; 2,2 casi 100.000 donne/anno

Mortalità: nel 2006 in Italia 1309 decessi tra gli uomini; 427, nelle donne.

Ruolo del gastroenterologo: prevenzione primaria: modifica abitudini di vita; prevenzione secondaria: programma di screening nei soggetti a rischio

Tumore dello stomaco

Prevalenza: nel 2006 62.225 soggetti hanno avuto una diagnosi di tumore dello stomaco ; rapporto M/F 1,2

Ruolo del gastroenterologo: prevenzione primaria: eradicazione HP; prevenzione secondaria: programma di screening per i soggetti ad alto rischio

Tumori del tenue

Ruolo del gastroenterologo: impiego di tecniche sofisticate per la diagnosi

Tumore del colon-retto

Prevalenza: 564 /100.000 (nei maschi >75 anni:3.564/100.000; tra i 60-74 anni 1.594/100.000); M/F 1,1; distribuzione geografica: Centro-nord prevalenza 600/100.000, al Sud 317/100.000

Fattori di rischio: stile di vita , familiarità

Screening: 87 programmi nel 2008, copertura effettiva 60% al Nord e 5% al Sud

Ruolo del gastroenterologo: prevenzione primaria, abolizione del fumo, di alcolici, controllo del peso;
prevenzione secondaria: screening con sangue occulto nelle feci e con la rettosigmoidoscopia/colonscopia;
diagnosi e stadiazione : colonscopia, ecoendoscopia (per stadiazione del cancro del retto);
terapia: trattamenti locali endoscopici (mucosectomia, dissezione sottomucosa) nel trattamento delle forme più precoci; palliazione con stent nelle forme più avanzate non suscettibili di trattamento chemio-radioterapico

HCC

Prevalenza: 37 / 100.000

Incidenza: 3-7%/anno in cirrosi

Ruolo del gastroenterologo: prevenzione primaria: abbattere i fattori di rischio (vaccinazione contro HBV, riduzione consumo alcolico, controllo dell'obesità e del diabete, ecc) , arrestare la progressione a cirrosi;

prevenzione secondaria : diagnosi precoce dell'HCC mediante programmi di screening-sorveglianza per le popolazioni a rischio;

diagnosi; stadiazione; scelte terapeutiche

Colangiocarcinoma

Incidenza: 0.82-0.95/100000, in Italia incremento della mortalità di 40 volte dal 1980 al 2003

Ruolo del gastroenterologo: diagnosi, stadiazione, palliazione (ERC), sorveglianza gruppi a rischio (CSP e CSP-IBD)

Tumore del pancreas

Prevalenza: 18/100.000 abitanti

Sopravvivenza relativa a 5 anni è del 5%

Ruolo del gastroenterologo : prevenzione primaria (abolizione fumo, controllo peso corporeo) ;

prevenzione secondaria pazienti ad alto rischio per adenocarcinoma pancreatico familiare;
diagnosi, stadiazione (ecografia, EUS), palliazione (ERCP)

NUTRIZIONE

Il gastroenterologo si trova in un punto nevralgico della storia del paziente **sovrappeso/obeso e di quella del paziente malnutrito** e, anche attraverso la collaborazione con professionalità specifiche e strettamente collegate (dietista, obesologo, psicologo clinico, ecc), rappresenta il sostanziale punto di riferimento per questi pazienti, sia per una corretta diagnosi ed informazione del paziente, sia per un ancor più importante follow-up.

PATOLOGIE ALCOL CORRELATE IN ITALIA

25.000 decessi/anno per uso di alcol

165 ricoveri/100.000 abitanti/anno per cause totalmente attribuibili all'alcol

Il 50% di tali ricoveri e' di pertinenza gastroenterologica (33% per cirrosi epatica)

Il 35% di trapianti di fegato e' direttamente o indirettamente correlato all'uso di alcol

Ruolo del gastroenterologo: promozione di corretto stile di vita, con astensione dall'uso di alcol; diagnosi, trattamento delle patologie alcol correlate e delle loro complicanze

GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA

Malattie infiammatorie intestinali

prevalenza : 43 (Crohn) e 28 (CU) per 100.000

incidenza: 10/100.000/anno

mortalità' 1%

Livello di assistenza: ospedalizzazione se:

paziente con episodio di infiammazione acuta severa;

insorgenza di complicanze legate alla malattia (megacolon tossico, occlusione, sanguinamento intestinale importante, ascessi e fistole perianali complesse)

degenza post-chirurgica;

inizio della terapia biologica o della terapia nutrizionale esclusiva

Celiachia

prevalenza 1%

Livello di Assistenza: gold standard diagnostico EGDS con biopsie multiple duodenali, in un centro di riferimento, in regime di Day Hospital, preferibilmente in anestesia generale.

Follow-up ambulatoriale

Dolore addominale ricorrente

Incidenza 10%-20% / ann0; soprattutto bambine di età compresa tra gli 8 e i 10 anni.

25% delle consulenze di gastroenterologia pediatrica riguarda pazienti con dolore addominale ricorrente

Livello di assistenza: diagnosi, follow-up, terapia del DAR sono ambulatoriali; ospedalizzazione solo se sintomi di allarme

Malattia da Reflusso Gastro-Esofageo

Livello di assistenza: Diagnosi: anamnesi e l'esame obiettivo per MRGE con sintomatologia tipica;

nei casi con sintomi extraintestinali : pH-impedenzometria o pH-metria, anche ambulatoriali o in regime di day hospital;

Per le complicanze: indagini strumentali quali Rx digerente con bario o EGDS, in regime di day-hospital;

ospedalizzazione è richiesta soprattutto nelle seguenti condizioni:

gestione del lattante con episodi critici (apnea, cianosi, episodi simil-convulsivi);

gestione del paziente con malattia da RGE e handicap neuro-motorio;

trattamento di complicanze quali stenosi peptica, emorragie, aspirazione

Stipsi cronica

prevalenza 0.3-0.8% nella popolazione pediatrica generale 3-5%

delle visite ambulatoriali pediatriche e il 25-30% delle visite di gastroenterologia pediatrica sono dovute a tale problema

Livello di assistenza: in regime di day hospital o ambulatoriale è possibile distinguere la stipsi funzionale da quella organica Se fattori di rischio per patologia organica o in caso di mancata risposta alla terapia convenzionale : indagini sierologiche e strumentali Il regime di assistenza della stipsi funzionale: domiciliare

Epatologia pediatrica

da situazioni asintomatiche o paucisintomatiche a quadri clinici gravi fino all'insufficienza epatica.

Livello di assistenza: approfondimento diagnostico (esami di laboratorio e/o indagini strumentali -ecografia, risonanza magnetica, biopsia epatica-) può essere gestito in regime ambulatoriale o di day hospital;
ospedalizzazione in insufficienza epatica acuta o di complicanze quali ittero, ascite, encefalopatia, emorragie digestive;
se danno epatico irreversibile non suscettibile di terapia medica: centro trapianti.

EMERGENZA/URGENZA IN GASTROENTEROLOGIA

Le UU OO di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva trattano emergenze/urgenze che dal punto di vista assistenziale vengono gestite con ricovero in regime di urgenza, e che richiedono la combinazione di specialisti con training specifico adeguato:

- emorragie gastrointestinali
- corpi estranei del tubo digerente
- colangite acuta
- pancreatite acuta, biliare e non
- malattie infiammatorie croniche intestinali complicate
- diverticolite acuta complicata
- situazioni urgenti in pazienti con epatopatia, in particolare insufficienza epatica acuta

Le emergenze/urgenze in gastroenterologia presentano un percorso complesso che combina aspetti gestionali clinici e strumentali, ed in particolare endoscopici, in cui il ruolo del gastroenterologo è fondamentale per garantire la più appropriata gestione clinica ed endoscopica del paziente critico.

PREVENZIONE

La prevenzione in gastroenterologia si articola in

prevenzione primaria: evitare o ridurre l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia o di un evento sfavorevole: nelle patologie dell'apparato digerente è volta alla riduzione **dell'abitudine al fumo, al consumo di alcol, al controllo del peso attraverso le**

**opportune modificazioni dello stile di vita ed alimentazione,
eliminazione/trattamento degli agenti infettivi oncogeni.**

prevenzione secondaria: diagnosi precoce di una patologia, permettendo così di intervenire precocemente sulla stessa, ma non evitando o riducendone la comparsa:

screening del cancro colo-rettale

prevenzione terziaria: prevenzione degli esiti più complessi di una malattia. La prevenzione in questo caso è quella delle complicanze, delle **probabilità di recidive (es.: cancro del colon-retto, del fegato)** e della morte.

RIABILITAZIONE IN GASTROENTEROLOGIA

- **Recupero, correzione, supporto o surrogazione di funzioni essenziali pertinenti all'apparato digerente, cronicamente alterate**
- Miglioramento della performance globale del disabile e della sua qualità di vita
- Intervento interdisciplinare
- Presa in carico del paziente
- Gestione del paziente in relazione alle diverse figure operanti sul territorio

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E DI VALUTAZIONE DEL RICORSO AI SERVIZI SANITARI PER MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

METODI DELLE ANALISI

ANALISI DEI DATI REGIONALI DI EMILIA-ROMAGNA, LOMBARDIA, VENETO, anni 2007-2009, comprendente:

- Analisi dell'ospedalizzazione per patologie gastroenterologiche
- Analisi dell'appropriatezza per patologie gastroenterologiche
- Analisi dell'urgenza per patologie gastroenterologiche
- Analisi della mortalità intraospedaliera

Dagli archivi delle Schede di dimissione ospedaliere (SDO) dell'Emilia Romagna, della Lombardia e del Veneto sono state selezionate le dimissioni per patologie gastroenterologiche dalle strutture ospedaliere, selezionate da un panel di specialisti in gastroenterologia con riferimento ai seguenti criteri:

1. diagnosi più frequenti nelle gastroenterologie del Veneto per il periodo 2000-2008.
2. diagnosi che, se presenti in diagnosi principale, danno origine a DRG appartenenti a MDC 6 e 7.

Tali diagnosi sono state classificate secondo criteri di appropriatezza e urgenza.

L'attività complessiva di degenza dei reparti di gastroenterologia è stata rilevata sia con riferimento alle dimissioni dagli stessi reparti sia con riferimento ai ricoveri che transitano per la gastroenterologia ma che vengono dimessi successivamente da altri reparti (transiti).

L'Emilia Romagna, la Lombardia e il Veneto nel 2009 presentavano complessivamente una popolazione pari a 18.966.203 abitanti corrispondente al 31,6% del popolazione italiana. Nelle stesse Regioni in base ai criteri definiti, nel periodo 2007-2009, si sono registrate **955.970 dimissioni per patologie gastrointestinali (pari all'8,7% del totale delle dimissioni nelle tre Regioni)** di cui l'86,7% in regime ordinario e 13,3% in regime diurno.

ANALISI DEI DATI NAZIONALI - DATI DI SINTESI DAL PROTOCOLLO D'INTESA
MINISTERO DELLA SALUTE/FISMAD (FEDERAZIONE ITALIANA SOCIETA' MALATTIE
DIGESTIVE)-

I Protocolli di Intesa tra Ministero della Salute e FISMAD, secondo una metodologia condivisa da FISMAD e Baraldi & Bodington, hanno portato all'analisi di domanda e offerta ospedaliera degli MDC 6 e 7 negli anni 2003 e 2006, con l'obiettivo di analizzare la domanda di ricovero ospedaliero e di prestazioni ambulatoriali (prestazioni per acuti ordinari e diurni, per post acuti, prestazioni ambulatoriali, tenendo presente i bacini di popolazione aziendali, regionali e nazionali ad essa corrispondenti). Le analisi effettuate hanno compreso:

ANALISI RICOVERI MDC 6 E 7 DI TIPO MEDICO (*SDO 2003-2006*)

ANALISI PROCEDURE AMBULATORIALI ED ENDOSCOPICHE (*FLUSSO SMP 2007*
MINISTERO DELLA SALUTE – 9 REGIONI- e CENSIMENTO SIED (Società Italiana
Endoscopia Digestiva) 2008

Sono stati approfonditi gli aspetti riguardanti:

- la complessità
- l'appropriatezza
- la distribuzione nelle diverse unità operative.

SOMMARIO DELLE PRINCIPALI EVIDENZE DELLE ANALISI EFFETTUATE

Impatto delle Malattie dell'Apparato Digerente (MAD) sulla salute della popolazione

Mortalità generale	5° causa nei maschi, 7° nelle femmine
Mortalità per tumore	I decessi per neoplasie maligne dell'apparato digerente nel 2009 rappresentano, rispettivamente, il 32,8% e il 30,1% dei decessi per tumore maligno nel sesso maschile e femminile
Causa di cronicità	3,7% degli esenti per patologia cronica (1% nella popolazione generale)

- La **mortalità per MAD** rappresenta la quinta causa di morte nella popolazione maschile e la settima in quella femminile. I decessi per **neoplasie maligne dell'apparato digerente** nel 2009 rappresentano, rispettivamente, il 32,8% e il 30,1% dei decessi per tumore maligno nel sesso maschile e femminile. Complessivamente, **la mortalità per MAD e per neoplasie dell'apparato**

digerente nel 2009 ha giustificato il 15,3% dei decessi nei maschi e il 11,5% nelle femmine.

- Le MAD rappresentano un'importante causa di **malattie croniche** (esclusa la malattia celiaca) (**3,7%** del totale delle malattie croniche riconosciute dall'esenzione per patologia) corrispondente **all'1% della popolazione generale**.

Impatto delle MAD sul ricorso ai servizi sanitari

- **Numero di ricoveri per MAD in Italia:** trend in aumento nel decennio 1999-2009, al primo o secondo posto tra le cause di ricovero.
- **Il numero di ricoveri in regime diurno** rappresenta una percentuale dei ricoveri ordinari che varia a seconda dei criteri di analisi utilizzati **dal 13 al 24%**.
- **Distribuzione dei ricoveri per MAD in regime ordinario per tipo di reparto:** sia a livello nazionale che regionale, la percentuale di tali ricoveri effettuati nelle **UU OO in Gastroenterologia varia tra il 5 e il 9%, e giunge fino al 73% nelle UU OO di Medicina e Chirurgia Generale**.
- Una quota di attività delle UU OO di Gastroenterologia, non valutata in precedenza e rilevata dall'analisi SER, riguarda i casi trattati nelle stesse UU OO e successivamente trasferiti verso altri reparti (in particolare verso le UU OO di Chirurgia generale): **la percentuale di questi transiti rappresenta il 6,3% del totale dei dimessi dalle UU OO Gastroenterologiche**.

Malattie dell'Apparato Digerente – Impatto sul Servizio Sanitario Nazionale (I)

Causa di ricovero	1°-2° (in aumento nel decennio 1999-2009)
Ricoveri DH/Ordinari (%)	13-24
Ricoveri per MAD/UO (%)	UO Gastro 5-9 (in aumento negli ultimi anni)
	UU OO Med 21-30 Chir Gen 38-53
Trasferimenti da UO Gastro ad altra UO (%)	6,3

- Si osserva negli ultimi anni una **tendenza all'aumento del numero di ricoveri ordinari per MAD nelle UU OO di Gastroenterologia** a fronte invece di una generale tendenza alla riduzione dei ricoveri complessivi.

Malattie dell'Apparato Digerente – Impatto sul Servizio Sanitario Nazionale (II)

parametri	Tipo di unità operativa	
	Gastroenterologia	Altre UU OO
Degenza media (gg)	6,9-9,8	8,7-9,3
Peso medio DRG (Fonte FISMAD)	1,15-1	1,13-0,97 (MED) 0,88-0,76 (CHIR)
Ricoveri inappropriati (%) (Fonte FISMAD)	25	29-87
Inappropriatezza clinica (%)	16,6	32,3
Case mix (primi 5 DRG*)	202-203-174-183-204	183-203-184-202-182
Ricoveri urgenti per fasce di età %		
18-44 aa	15,3	10,8
45-64 aa	27,7	22,0
65-74 aa	22,6	20,6
75-84 aa	23,3	26,0
>85 aa	10,9	15,4
Mortalità intraospedaliera (%) (dimissioni urgenti)	2,2	5,1
Procedure ambulatoriali/1000 ab	26-46	
- n° medio procedure/1000 ab	29	
- n° medio endoscopie/1000 ab	45	

*in rosso i DRG ad elevato rischio di inappropriatezza

- **Durata media di degenza: nelle UU OO di Gastroenterologia varia da 6,9 a 9,8 gg, nelle altre UU OO da 8,7 a 9,3 gg. La durata media di degenza relativamente ai ricoveri ordinari, con DRG medici, urgenti con emorragia, risulta di 6,7 gg nelle UU OO di Gastroenterologia versus 8,4 gg nelle altre UU OO.**

- **Peso medio a DRG** per ricoveri ordinari dai dati dei Protocolli d'Intesa FISMAD-Ministero della Salute 2003-2006: nelle **UU OO di Gastroenterologia varia da 1,15 a 1**, nelle UU OO di **Medicina da 1,13 a 0,97**, nelle UU OO di **Chirurgia Generale da 0,88 a 0,76**.
- **Distribuzione dei ricoveri per classi d'età**: si sottolinea che i ricoveri tra 0-17 aa afferiscono alle UU OO di Pediatria. Fra i 18 e i 44 aa le percentuali di ricovero si equivalgono nei due setting assistenziali, mentre si osserva una **maggior concentrazione dei ricoveri nelle UU OO Gastroenterologiche tra i 45 e i 74 aa**.
- **Inappropriatezza: la percentuale di ricoveri inappropriati (DRG ad elevato rischio di inappropriatezza) è nettamente inferiore nelle UU OO di Gastroenterologia rispetto alle altre UU OO (nei dati del Protocollo d'Intesa 2006: 25% versus 29-87%). Utilizzando invece criteri di appropriatezza clinica (analisi SER) si conferma la rilevante differenza nella proporzione di ricoveri inappropriati: 16,6% nelle UU OO Gastroenterologiche versus 32,3% nelle altre UU OO.**
- **Case-mix: i primi 10 DRG medici per ricoveri ordinari per MAD in tutte le UU OO (dati Protocollo d'Intesa 2006) comprendono DRG ad elevato rischio di inappropriatezza (183, 184, 208); l'analisi SER della distribuzione dei ricoveri attribuiti al DRG 208 per tipo di diagnosi di dimissione evidenzia tuttavia che il 71% dei dimessi con tale DRG ha avuto un ricovero clinicamente appropriato.** L'analisi SER, che mette a confronto il case-mix dei ricoveri nelle UU OO Gastroenterologiche versus altre UU OO, evidenzia che il DRG 183 nei reparti diversi dalla gastroenterologia giustifica il 13,7% delle dimissioni per patologie gastroenterologiche mentre tale quota nelle gastroenterologie è pari al 7,3%. Inoltre tra i primi 5 DRG nella gastroenterologia troviamo un solo DRG (183) ad elevato rischio di inappropriatezza, mentre negli altri reparti 3 (182, 183 e 184).
- **Urgenza: i ricoveri urgenti e urgenti con emorragia, nelle classi di età tra 18 e 74 anni, risultano maggiormente rappresentati (in percentuale) nelle UU OO di Gastroenterologia rispetto alle altre UU OO.**
- **Mortalità intraospedaliera: l'analisi SER della mortalità intraospedaliera nei ricoveri urgenti e appropriati, con DRG medico, per classi d'età e tipo di reparto, ed escluse le terapie intensive, evidenzia una differenza di questo outcome tra le UU OO di Gastroenterologia e le altre UU OO pari al 2,2% versus 5,1%, con notevoli differenze a seconda del tipo di DRG considerato.**

L'analisi di tale outcome nelle **urgenze emorragiche** conferma la differenza tra i due setting assistenziali: **2,3% nelle UU OO Gastroenterologiche versus 4,0% nelle altre UU OO**. Tali differenze nella mortalità ospedaliera si riscontrano anche per classi di età. Tuttavia, per la fonte utilizzata, non è possibile un aggiustamento per gravità del paziente.

Malattie dell'Apparato Digerente – Ricoveri urgenti con emorragia

parametri	Tipo di unità operativa	
	Gastroenterologia	Altre UU OO
Degenza media (gg)	6,7	8,4
Ricoveri per fasce di età %		
18-44 aa	8,1	6,6
45-64 aa	21,9	17,5
65-74 aa	23,0	21,1
75-84 aa	30,8	31,9
>85 aa	15,9	20,1
Mortalità intraospedaliera per fasce d'età (%)		
18-44 aa	1,3	0,7
45-64 aa	1,4	2,6
65-74 aa	1,5	2,9
75-84 aa	2,1	4,2
>85 aa	5,6	7,9
Mortalità intraospedaliera globale (%)	2,3	4,0

- **Attività ambulatoriale:** i dati presentati nell'ambito del Protocollo d'Intesa 2006 hanno evidenziato una notevole variabilità fra Regioni e notevoli differenze a seconda delle fonti utilizzate; le **procedure ambulatoriali gastroenterologiche per 1000 abitanti variano tra 26 e 46** (dati ministeriali su 9 regioni); **il numero medio di procedure/1000 abitanti è 29** (censimento FISMAD su tutte le Regioni italiane). I dati di flusso della **Specialistica Ambulatoriale della Regione Veneto** hanno rilevato **45 procedure endoscopiche/1000 abitanti** (dato questo in linea con quanto riportato dalla fonte Ministeriale).

- **Spesa farmaceutica territoriale per le MAD:** i dati di flusso della Regione Veneto hanno dimostrato che la spesa per farmaci inibitori della secrezione acida gastrica è **cresciuta nel 2009 del 10% rispetto all'anno precedente con un incremento del 100% di consumo rispetto al 2004.**

PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' GASTROENTEROLOGICHE

A) ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI

Ai fini della pianificazione devono essere tenuti in considerazione:

- la rilevanza epidemiologica delle Malattie dell'Apparato Digerente (MAD), e il loro importante impatto sullo stato di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari;
- le attuali politiche nazionali e regionali di contenimento dei costi in Sanità e di maggiore integrazione fra Ospedale per acuti e Territorio;
- i risultati dell'analisi del ricorso ai servizi sanitari italiani che, pur con i limiti di accuratezza e completezza delle informazioni disponibili, mettono in rilievo il ruolo delle UU OO di Gastroenterologia a garanzia della qualità, dell'appropriatezza dell'assistenza e dell'esito clinico (outcome) delle condizioni morbose dell'apparato digerente, nei vari ambiti di assistenza e prevenzione, come illustrato nel presente documento.

1 . Rete clinica per le Malattie dell'Apparato Digerente (MAD) come modello organizzativo dell'assistenza gastroenterologica in acuto ed in post acuto

La definizione di modelli organizzativi delle attività gastroenterologiche ospedaliere dovrà tener conto:

- dei dati riportati nel presente documento, in particolare quelli di appropriatezza e di outcome, che giustificano l'esigenza di una progressiva redistribuzione di posti letto ospedalieri finalizzata ad una maggior dotazione per le UU OO di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva rispetto all'attuale;

- dell'organizzazione della rete ospedaliera regionale attuale;
- dell'esigenza di integrazione all'interno dell'Ospedale e fra Ospedale e territorio;
- dell'esigenza di migliorare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri per malattie gastroenterologiche anche attraverso il passaggio dei ricoveri ordinari a rischio di inappropriatezza al regime di DH, day service o ambulatoriale-protetto.
- delle valutazioni delle Società Scientifiche sulla possibilità di adeguamento delle risorse umane e tecnologiche e sull'utilizzazione di modelli di organizzazione dell'assistenza ospedaliera che garantiscano appropriatezza, continuità e qualità di cure. La necessità assistenziale è prioritaria, i dati epidemiologici devono essere alla base della distribuzione delle risorse, e l'equità delle cure costituisce un principio irrinunciabile. Tutto ciò è particolarmente critico nell'assistenza alle emergenze/urgenze.
- dell'esigenza di migliorare l'efficienza operativa dell'assistenza gastroenterologica, con particolare attenzione a privilegiare l'evoluzione tecnologica.

Numero di posti letto di Gastroenterologia per 100.000 abitanti

In base ai dati di dotazione media di posti letto a livello nazionale, il numero di 3,6 posti letto/100.000 abitanti riportato dal Protocollo d'intesa FISMAD-Ministero della Salute 2006 deve rimanere garantito.

Tuttavia, sulla base dei dati del presente documento, appare vantaggiosa sul piano della qualità e dei costi una redistribuzione dei posti letto ospedalieri, con incremento di quelli in dotazione alla Gastroenterologia.

Una simulazione SER, che ha escluso dall'analisi la popolazione in età 0-17 aa, che ha considerato oltre ai ricoveri avvenuti in UU OO Gastroenterologia con DRG medico, ordinari ed appropriati, anche i ricoveri urgenti con emorragia avvenuti negli altri reparti, ha ottenuto, per un tasso di utilizzo dei posti letto dell'85%, una stima pari a 5.1 posti letto di Gastroenterologia/100.000 abitanti. Questo motivato incremento dei posti letto per UU OO Gastroenterologiche potrà essere definito sulla base dei piani sanitari regionali anche in base al contesto epidemiologico e al ricorso ai servizi sanitari delle singole Regioni.

Modelli di Unità Operativa Specialistica

Posto che l'organizzazione della Rete Ospedaliera non è omogenea nelle diverse Regioni, per definire il percorso per il paziente con MAD per livello di complessità clinica e complessità delle procedure, potranno essere previste:

- negli Ospedali di terzo livello, sede di Policlinico Universitario e/o di attività ad alta complessità/specializzazione, IRCCS: un'Unità Operativa Complessa, auspicabilmente all'interno di un Dipartimento funzionale delle Malattie dell'Apparato Digerente;
- in tutti gli Ospedali sede di Dipartimento - strutturale o funzionale - di Emergenza Accettazione (DEA, di qualsiasi livello): un'Unità Operativa Complessa;
- negli altri Ospedali: Unità Operative Semplici in ambito dipartimentale.

Compiti delle UU OO Gastroenterologiche dei 3 livelli

Le UOC, indipendentemente dal livello dell'Ospedale di appartenenza, dovranno definire i percorsi diagnostico/terapeutici e di prevenzione per le MAD; ottimizzare, anche attraverso la condivisione, l'utilizzo delle risorse; individuare le modalità di presenza e/o reperibilità sulle 24 ore del personale specializzato che abbia competenza documentata per affrontare l'urgenza/emergenza, potendo anche contare sulla presenza di letti intensivi e/o subintensivi.

- Nei Policlinici/Ospedali/Centri di terzo livello/IRCCS le UOC devono identificare obiettivi di ricerca comuni e occuparsi della gestione clinica di patologie digestive ad alta complessità.
- Negli Ospedali sede di Dipartimento (strutturale o funzionale) di Emergenza-Accettazione l'UOC dovrà: garantire copertura dell'emergenza/urgenza sulle 24 ore, avere letti di degenza adeguati al bacino di utenza, integrarsi con le altre UU OO presenti nella struttura di cura per l'attuazione dei percorsi clinico-assistenziali e infine fornire al territorio i servizi ambulatoriali specialistici specifici della Disciplina.
- Negli altri Ospedali l'UO semplice dovrà fornire l'attività specialistica clinica ed endoscopica, per pazienti ricoverati ed ambulatoriali, adeguata alla Struttura Ospedaliera in cui opera. L'eventuale partecipazione di questo tipo

di UO alla copertura sulle 24 ore dell'emergenza/urgenza sarà programmata nell'ambito dell'organizzazione territoriale.

Competenze professionali mediche e infermieristiche

Per quanto riguarda le UOC di Gastroenterologia si suggerisce, anche in base a dati di letteratura, un team composto da almeno sei medici a tempo pieno, per le attività assistenziali inerenti i ricoveri ordinari (inclusi gli urgenti), la copertura sulle 24 ore dell'emergenza-urgenza, l'attività ambulatoriale clinica ed endoscopica. Per le UU OO con altri compiti oltre all'assistenza (formazione specialistica, corsi di endoscopia e di altre metodiche gastroenterologiche, l'insegnamento universitario, accademico e ruoli di ricerca), saranno necessarie risorse umane aggiuntive proporzionate.

Sulla base dei dati del presente documento, considerando che:

- un numero medio di procedure endoscopiche ambulatoriali per 1000 abitanti di 45/1000 (dati 2009, Regione Veneto) corrisponde a 2.250.000 procedure per la popolazione Italiana > 17 aa (50.112.703 individui - fonte ISTAT);
- il tempo medio di esecuzione di procedure endoscopiche ambulatoriali è di 48,75 minuti (v. Appendice 3, pag 25 e segg);
- l'orario di lavoro annuale per Dirigente Medico è di 1.493 ore;

si ricava che il numero di Specialisti gastroenterologi necessari solo per garantire il mantenimento dell'attuale attività endoscopica ambulatoriale italiana è di 1.224 unità.

Dotazioni strumentali

Le metodiche diagnostiche e terapeutiche utilizzate dai Gastroenterologi sono molte ed anche a elevata complessità. In accordo con quanto suggerito dal Piano Oncologico nazionale 2010-2012, le azioni programmatiche sull'endoscopia gastroenterologica saranno prevalentemente focalizzate sull'adeguamento tecnologico associato a valutazione della qualità delle prestazioni e formazione e re-training degli operatori. Per l'attività endoscopica gastroenterologica si considerano priorità di ammodernamento la rottamazione degli strumenti ottici, l'ecoendoscopia e l'implementazione dei requisiti di sicurezza. Per l'ecoendoscopia si auspica la creazione di un network di centri di ecoendoscopia a elevato contenuto tecnologico e professionale.

1a. Gastroenterologia e integrazione intraospedaliera

Il presente documento ha dimostrato inoltre, attraverso l'analisi dei trasferimenti tra reparti, che le UU OO di Gastroenterologia forniscono un importante supporto alla cura di pazienti

con malattie gastroenterologiche che vengono successivamente trattati/dimessi dalle UUOO di Chirurgia.

Si sottolinea la necessità della collaborazione delle UU OO di Gastroenterologia al miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri da Pronto Soccorso e dei percorsi intraospedalieri del paziente con MAD.

1b . Rete urgenze gastroenterologiche

Il ruolo chiave delle UU OO di Gastroenterologia nella gestione delle emergenze-urgenze è stato descritto nel presente documento e risulta confermato dall'analisi dei dati effettuata. In molti centri viceversa la gestione clinica del paziente con urgenza emorragica è spesso separata dall'atto endoscopico, ed il paziente viene poi gestito da altre figure specialistiche in assenza di un rapporto di stretta collaborazione.

La gestione dell'evento emorragico acuto da parte di un team gastroenterologico, con l'utilizzo di metodiche diagnostico-terapeutiche che risultino efficienti e qualitativamente valide e che permettano un razionale utilizzo delle risorse, ottiene:

- riduzione della mortalità
- riduzione della necessità di intervento chirurgico
- riduzione dei tempi di ospedalizzazione
- riduzione dei ricoveri inappropriati

Si ribadisce che in condizioni di urgenza la rilevante ricaduta sull'esito clinico di trattamenti potenzialmente inappropriati perché effettuati in reparti non specialistici (eventualità largamente rappresentata nell'analisi effettuata) conferma la necessità di potenziare il presidio dell'emergenza-urgenza gastroenterologica attraverso l'inserimento di un'UOC di Gastroenterologia in ogni Dipartimento di Emergenza-Accettazione.

Lombardia, Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna hanno avviato progetti di Reti gastroenterologiche partendo dalle emergenze emorragiche digestive nelle quali il miglioramento di alcuni importanti outcomes clinici (giornate di degenza e mortalità) vengono ottenuti non solo dalla terapia endoscopica, ma anche e soprattutto grazie a protocolli diagnostico-terapeutici (PDT) applicati con lo stretto monitoraggio degli Specialisti in Gastroenterologia .

L'attività di Endoscopia d'Urgenza non deve pertanto essere separata dalla gestione clinica del paziente, ma deve costituirne un'essenziale componente diagnostico-

terapeutica di facile accesso, in completa integrazione e continuità col programma complessivo di trattamento. Ciò è assai rilevante considerando che l'endoscopia d'urgenza frequentemente rappresenta l'atto terapeutico centrale nella gestione della problematica presentata.

1c . Gastroenterologie e Lungodegenza

Tenuto conto della tendenza alla realizzazione di strutture alternative alla degenza ospedaliera per acuti (distretti, RSA, ospedali di comunità, ospedali di riabilitazione, assistenza domiciliare, ecc) si ripropone il ruolo del gastroenterologo consulente per migliorare la qualità e la continuità delle cure.

2) Organizzazione e gestione attività specialistiche ambulatoriali ed integrazione con la medicina del territorio

Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva (prestazioni clinico-strumentali, prescrizioni farmacologiche) e dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero per MAD richiede la definizione e la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) con i Medici di Medicina Generale (MMG) per diverse MAD (in particolare per MRGE, Disordini Funzionali Digestivi, MICI, epatiti virali).

Questo processo di condivisione di PDT è in linea con l'indirizzo generale del Ministero della Salute volto ad un maggior coinvolgimento dei MMG nel processo diagnostico e terapeutico.

Questo processo di maggior condivisione con i MMG determinerà anche un maggior numero di visite specialistiche gastroenterologiche per una più appropriata presa in carico del paziente con MAD.

3) Attività di prevenzione e promozione della salute

Nel seguire le linee di intervento delineate nel Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 i Gastroenterologi in collaborazione con i Dipartimenti Prevenzione ASL/Distretti dovranno implementare la prevenzione *come promozione della salute*, con l'adozione di interventi che possano portare alla riduzione dell'abitudine al fumo, al consumo di alcolici oltre che al controllo del peso. L'attività di educazione sarà rivolta sia alla popolazione generale che, in particolare, alla popolazione scolastica, specialmente nelle scuole secondarie nell'ambito dell'educazione alla salute e a corretti stili di vita, con una corretta

educazione nutrizionale e con una corretta informazione sui danni da uso di alcol e del fumo.

L'attività di prevenzione come individuazione del rischio che comprende sia gli screening di popolazione che la medicina predittiva deve prevedere il coinvolgimento del territorio e dei mezzi di comunicazione al fine di portare i livelli di partecipazione agli screening già in attuazione sul territorio nazionale e che dovranno essere ulteriormente implementati per poter ridurre l'incidenza dei tumori dell'apparato digerente

Infine per quanto riguarda la prevenzione come gestione della malattia e delle sue complicanze il Gastroenterologo deve adottare i protocolli diagnostico-terapeutico-riabilitativi fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, con un continuo monitoraggio in collaborazione con le Strutture Sanitarie del Territorio.

Tutte queste attività di prevenzione richiedono adeguate risorse umane e strumentali, programmazione a livello regionale di addestramento e ri-addestramento degli operatori coinvolti, monitoraggio continuo dei risultati in cui le Società Scientifiche di Gastroenterologia hanno svolto e intendono continuare a svolgere un ruolo, in collaborazione e di concerto con la programmazione sanitaria regionale. Le Regioni, le ASL e le Aziende Ospedaliere, ciascuna per le proprie competenze dovrebbero certificare operatori e strutture relativamente all'attività di screening per il cancro coloretale, facendo specifico riferimento ai requisiti minimi di qualità indicati dall' Osservatorio Nazionale Screening e alle Linee Guida Europee.

4) Attività di riabilitazione

E' mancato in Italia sino ad oggi, nel campo della Riabilitazione digestiva, un intervento organizzativo coerente. Sono mancati adeguati riconoscimento e promozione dell'attività riabilitativa, anche a livello domiciliare, rivolta ai cosiddetti "invalidi digestivi".

In sintesi, si rende necessaria la creazione a livello ospedaliero di Strutture Riabilitative integrate alle UU OO di Gastroenterologia, con un'appropriata distribuzione rapportata al bacino di utenza.

B) DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DI SPECIALISTI GASTROENTEROLOGI

Questa tappa, fondamentale per qualunque Disciplina, appare sorprendentemente negletta in Italia nei suoi elementi fondamentali per una razionale programmazione.

La stima del fabbisogno annuo di Medici Specialisti deve infatti seguire un iter ben preciso che consideri:

- Il numero di specialisti attivi in una determinata area
- La vita lavorativa teorica, stimabile in 30 anni
- Il turn-over degli specialisti per anno

1. In generale, sembra logico valutare la situazione esistente per singola Specialità dividendo il numero di Specialisti in attività in quella disciplina per il numero totale di Specialisti in attività, ottenendo così la quota di rappresentatività della Disciplina rispetto al totale.
2. In particolare, l'appropriata valutazione del fabbisogno di Specialisti Gastroenterologi deve tener conto dell'impatto epidemiologico delle Malattie Digestive, chiaramente delineato dal presente documento, e del rapido progredire delle conoscenze in questo campo, con enormi avanzamenti delle metodiche diagnostiche e terapeutiche specifiche.
3. Un'adeguata programmazione delle risorse umane in termini di posti nelle Scuole di Specializzazione dovrebbe anche tener conto, mediante un'apposita Commissione, dell'impatto totale della Gastroenterologia italiana nella ricerca clinica, di base e traslazionale, a partire dalla constatazione che la Gastroenterologia Italiana si pone su livelli di eccellenza a livello internazionale.
4. Il corretto calcolo del fabbisogno di nuovi Specialisti dovrebbe anche tenere conto della distribuzione degli Specialisti per classi di età quinquennali. Questo permetterebbe una proiezione quinquennale o decennale (ad es.: al 2015 e al 2020 rispettivamente). Ad esempio, il fabbisogno di Specialisti in Gastroenterologia per il 2015 potrebbe essere così calcolato:

- numero di posti assegnati x 5 (durata in anni della specialità) meno numero Specialisti di età compresa fra 55 e 59 anni.

Analogamente, per il 2020:

- numero di posti assegnati x 5 (durata in anni della specialità) meno numero Specialisti di età compresa fra 50 e 54 anni.

Il criterio sopra esposto permette di calcolare il numero complessivo di Specialisti che cessano dal servizio in un decennio e quale sarebbe il bilancio calcolando il numero di nuovi ingressi.

Gli obiettivi della pianificazione proposta possono essere riassunti come segue:

- Copertura del fabbisogno stimato di Specialisti. Questo punto, in alcune Regioni è di drammatica attualità. Da un'accurata indagine nelle Regioni Lombardia e Piemonte risulta straordinariamente simile la percentuale di Gastroenterologi che saranno pensionati entro il 2020 (43% in Lombardia e 44% in Piemonte). Questo rappresenta una grave criticità per l'attività assistenziale e di ricerca. Si aggiunga che, nello stesso periodo, verranno a mancare l'80% degli Endoscopisti di estrazione chirurgica, la cui sostituzione implica, per legge, la presenza di una figura che abbia ottenuto il diploma di specializzazione in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.
- Il conseguente adattamento della capacità formativa delle sedi universitarie. Questo punto cruciale presenta tre aspetti ulteriori di grande interesse riguardanti:
 1. l'ineludibile trasformazione dell'attuale Rete formativa, che deve essere adattata alla necessità di didattica ed attività pratica avanzate, e quindi contare solo su Centri di riferimento di comprovato valore scientifico ed assistenziale. E' evidente che le dimensioni della Rete formativa non possono prescindere dalla densità abitativa dell'area nella quale si opera; appare incongruo che Regioni con popolazione numericamente differente abbiano lo stesso numero di Specializzandi.
 2. la Rete formativa dovrebbe altresì ottemperare al dovere di sottoporsi a site-visits atte a valutare il possesso ed il mantenimento nel tempo dei criteri di eccellenza che sono alla base dell'accreditamento.
 3. la Rete formativa, ancora, dovrebbe rappresentare una garanzia della disseminazione di criteri diagnostico-terapeutici che garantiscano l'omogeneità di cure su livelli di eccellenza.

La revisione del presente Documento è prevista per il 2015