

L'assistenza specializzata gastroenterologica alle malattie dell'apparato digerente: un bene prezioso per la salute degli italiani

a cura di FISMAD

Domenico Alvaro, Antonio Benedetti, Bastianello Germanà, Giuseppe Milazzo, Fabio Monica, Luigi Pasquale, Marco Soncini, Elisabetta Buscarini

La salute dell'apparato digerente è un bene primario del cittadino italiano; d'altra parte le malattie dell'apparato digerente (MAD) (fegato, pancreas, tubo digerente) hanno un impatto importante sulla salute della popolazione e sui costi del sistema sanitario.

Rappresentano infatti una delle più frequenti cause di morte nella popolazione generale, e sono tra le prime indicazioni al ricovero ospedaliero (Tab. 1).

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

La FISMAD (Federazione Italiana Società Malattie Apparato Digerente) ed il Ministero della Salute hanno condotto un'analisi sulle schede di dimissioni ospedaliere (SDO) provenienti da tutto il territorio nazionale e concernenti le MAD appartenenti alle categorie MDC 6 e 7, per gli anni 2003-2009 (1). I Gastroenterologi dell'Associazione Italiana di Gastroenterologi ed Endoscopisti Ospedalieri (AIGO) hanno effettuato una successiva analisi del quinquennio 2010-14 con un'adeguata omogeneità del flusso SDO raggiunta nell'ultimo decennio da tutte le regioni italiane (2).

Tali analisi miravano a valutare il **peso di malattia delle MAD** in termini di ricovero ospedaliero e **l'esito dell'assistenza alle MAD in unità specialistiche di gastroenterologia** rispetto ad altre.

IMPATTO EPIDEMIOLOGICO DELLE MAD

Le analisi effettuate nel Libro bianco della Gastroenterologia Italiana (anni 2003-2009) avevano dimostrato un impatto importante delle MAD nel ricorso ai servizi sanitari con circa 1.500.000 ricoveri/anno in aumento nel decennio 1999-2009, al primo o secondo posto tra le cause di ricovero.

L'analisi del 2010-2014 ha dimostrato una media di 940.830 ricoveri/ anno per MAD che rappresentano la prima o la seconda causa di ricovero, con un 10% stabile di tutti i ricoveri ospedalieri. Anche negli anni successivi 2015-2018 i ricoveri per MAD sono stati in media 862.182/anno , rappresentando sempre la seconda causa di ricovero per acuti in Italia (3).

Ciò dimostra un carico sostanziale di MAD per l' SSN, in linea con l'epidemiologia descritta in altri paesi europei (4,5).

In linea con la tendenza generale degli altri ricoveri per acuti, anche il tasso standardizzato di ospedalizzazione per MAD è diminuito :dal 17,3 / 1000 nel 2010 si è scesi al 14,5 / 1000 nel 2014.

Le MAD sono state correttamente assegnate alle unità operative di Gastroenterologia solo nel 7,4% mentre le rimanenti sono stati ricoverate in altre unità operative , principalmente in chirurgia (49,8%) e medicina interna (24%). Il tasso invariato e inaccettabilmente basso dell'allocazione appropriata delle MAD nei reparti di Gastroenterologia rappresenta un problema critico nella gestione delle stesse, che è correlato alle risorse limitate disponibili, sia in termini di letti (3.4 / 100.000) sia di forza lavoro, sempre secondo l'analisi completata nel 2014 in collaborazione con il Ministero della Salute (5).

ESITO DELL'ASSISTENZA ALLE MAD

durata di degenza

Analisi 2003-2009: durata media di degenza: nelle unità di Gastroenterologia varia da 6,9 a 9,8 gg, nelle altre unità 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 unità di Gastroenterologia rispetto agli 8,4 gg nelle altre unità.

Analisi 2010-2014 la durata media di degenza è risultata significativamente più breve nelle Unità di Gastroenterologia rispetto alle altre (rispettivamente 7,2 vs 8,0 giorni) indipendentemente dalle fasce di età considerate.

appropriatezza di ricovero

Analisi 2003-2009: Utilizzando criteri di appropriatezza clinica si conferma la rilevante differenza nei ricoveri inappropriati: 16,6% nelle Unità di Gastroenterologia rispetto al 32,3% delle altre Unità.

Analisi 2010-2014: ricovero appropriato per l'81,3% nelle unità di Gastroenterologia contro il 66,6% .

mortalità intraospedaliera

analisi 2003-2009: nei ricoveri urgenti e appropriati con DRG medici, per classi d'età e tipo di reparto, ed escluse le terapie intensive, si evidenzia una differenza di questo outcome tra le Unità di Gastroenterologia e le altre Unità pari (2,2% versus 5,1%), con notevoli differenze a seconda del tipo di DRG considerato. L'analisi della mortalità nelle urgenze emorragiche conferma la differenza tra i due setting assistenziali: 2,3% nelle Unità Gastroenterologiche rispetto al 4,0% delle altre unità. Tali differenze nella mortalità ospedaliera si sono mantenute anche per classi di età.

Analisi 2010-2014: in 276.246 ricoveri urgenti nel quinquennio, il tasso di mortalità osservato era dell'1,7% nei pazienti ammessi nelle Unità di Gastroenterologia contro il 3,9% nei pazienti ricoverati in altre unità; una differenza altrettanto sostanziale nel tasso di mortalità è stata osservata in pazienti con ricovero urgente per emorragia digestiva (2,2% versus 3,5%). Queste notevoli differenze sono state mantenute in tutte le fasce d'età considerate (Tab.2).

Queste analisi meritano grande attenzione perchè si basano sui dati prospettivamente registrati dal Ministero della Salute e che riguardano tutto il territorio nazionale; indagini di tale portata sono difficilmente realizzabili; di particolare valore è la verifica dei risultati della gestione specializzata delle MAD in una fotografia di real world .

Come riportato nei citati studi (1,6), una sostanziale debolezza nell'assistenza alle MAD è determinata da risorse insufficienti, purtroppo addirittura peggiorata nell'ultimo decennio; ciò comporta un'allocazione inappropriata della gran parte dei pazienti con MAD.

In considerazione dei vantaggi offerti dall'assistenza specializzata , le attuali inaccettabili carenze devono essere affrontate con un'adeguata pianificazione cui devono conseguire adeguate risorse, con la definizione di una rete clinica per la cura delle malattie dell'apparato digerente.

Definizione del fabbisogno di posti letto specialistici

Sarebbe auspicabile che fosse garantita almeno la media di 3,4 posti letto /100.000 abitanti rilevata nel 2014 (6). Una simulazione del Servizio Epidemiologico regione Veneto (1), che ha escluso dall'analisi la popolazione in età 0-17 anni, 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. Questa programmazione, volta a formare un numero sufficiente di gastroenterologi e ad aumentare la disponibilità di letti dedicati, deve coinvolgere il Ministero della sanità, le istituzioni regionali, le istituzioni accademiche e gli ospedali di formazione.

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.

Nell'anno accademico in corso sono stati attribuiti 198 contratti di Specializzazione Ministeriali in Malattie dell' Apparato Digerente, compresi i contratti Regionali, su 28 Scuole di Specializzazione Nazionali. Con le attuali capacità formative si potrebbero formare, secondo legge attuale, fino a 230 specializzandi. Sarebbe possibile pensare anche ad un aumento del numero delle Scuole su base Nazionale.

La stima del fabbisogno annuo di Medici Specialisti deve 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 2020 e al 2025 rispettivamente). Ad esempio, il fabbisogno di Specialisti in Gastroenterologia per il 2020 potrebbe essere così calcolato:

- numero di posti assegnati x 4 (durata in anni della specialità) meno numero Specialisti di età compresa fra 55 e 59 anni.

Analogamente, per il 2025:

- numero di posti assegnati x 4 (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.

Sulla base dei dati del Libro Bianco della Gastroenterologia Italiana (1), 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;
- il tempo medio di esecuzione di procedure endoscopiche ambulatoriali è di 48,75 minuti;
- 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. Il censimento dei gastroenterologi italiani in servizio nel 2011 risultava in 1.425 specialisti (6).

Per rispondere alla richiesta di assistenza alle malattie dell'apparato digerente di qualità ed evitare spreco di risorse occorre progettare modelli di assistenza integrata tra ospedale e territorio.

Il modello dovrebbe rispondere ai seguenti principi:

1. **Gli ospedali devono accogliere solo le patologie ad alta complessità e non gestibili sul territorio** con l'obiettivo di una sanità decentrata rispetto ad ospedalizzazione centralizzata. Le UOC, il numero di posti letto e la loro distribuzione per disciplina devono esprimere esclusivamente la

prevalenza/incidenza delle patologie nella popolazione e la complessità delle stesse.

2. **Implementazione delle UOC negli ospedali:** Le patologie complesse trattate dalla Gastroenterologia ospedaliera sono rappresentate da: emorragie digestive, patologie epatiche croniche e tumori del fegato, trapiantati, MICI, patologie da trattare mediante endoscopia interventistica, patologie del pancreas, tumori epatobiliopancreatici e tumori dell'apparato digerente in genere. E' pertanto necessario favorire la presenza di diverse expertise sempre nell'ambito delle malattie dell'apparato digerente (epatologica, pancreatologica, oncologica, nutrizionale). Il modello di una distribuzione omogenea delle risorse e delle expertise sulla base dell'epidemiologia e della numerosità della popolazione in ogni provincia o regione dovrebbe essere il filo conduttore di tale organizzazione. Ovviamente il modello dei gruppi trasversali di lavoro (con la ovvia collaborazione di altre discipline) e quindi dei PDTA specifici, permetterebbe di percorrere insieme ad altri ciò che compete al gastroenterologo, come la oncologia anche terapeutica dell' apparato digerente, la nutrizione clinica e infine il trattamento strumentale di numerose patologie di nostro interesse.
3. **Istituzionalizzazione della consulenza gastroenterologica in pronto soccorso** Occorre un approccio specialistico per identificare e selezionare le patologie gastroenterologiche che necessitano di ricovero. E' necessario evitare ricoveri inappropriati partendo dalla accurata valutazione degli accessi a PS/DEA, anche basata su criteri condivisi dalle società scientifiche: la gestione da parte dello specialista gastroenterologo consentirebbe di ridurre i ricoveri inappropriati e spreco di risorse, come già avviene dove la consulenza del gastroenterologo è richiesta routinariamente in PS/DEA.
4. **Gastroenterologia sul territorio.** E' auspicabile un lavoro a supporto della medicina di base per prendersi cura delle patologie digestive più comuni quali patologie funzionali e/o patologie a bassa complessità (disordini funzionali digestivi, MRGE, etc), che hanno elevata prevalenza ed incidenza nella popolazione generale, o patologie croniche gestibili dal MMG, similmente a quanto già ben noto per la cardiologia; come in questo caso è necessario un approccio vicino alla popolazione, di facile accesso.

RETE DELL'EMERGENZA GASTROENTEROLOGICA

Da più di 20 anni in alcuni paesi europei con sistemi sanitari simili al nostro, vengono proposti modelli organizzativi in rete che hanno portato ad una significativa riduzione della mortalità nelle patologie tempo dipendenti come l'ictus cerebri o l'infarto del miocardio. Alcune evidenze esistono anche in ambito gastroenterologico (7) e il modello più studiato riguarda l'emergenza emorragica digestiva che nel sistema inglese è stato oggetto di 3 survey nazionali nel 1993, 2007 e 2013 e che ha portato a strutturare una rete ospedaliera più efficiente con una ampia diffusione delle attività endoscopica digestiva in grado di garantire ad un numero progressivamente maggiore di pazienti, una endoscopia entro il timing definito dalle più recenti linee guida e una riduzione significativa della mortalità passata dal 14% al 10% (8,9). In Italia un riordino della rete ospedaliera per l'emergenza è stato definito nel 2015 con la pubblicazione del decreto ministeriale 70. Questo decreto considera la nostra disciplina solo nel livello più elevato della rete dell'emergenza, con il riconoscimento di una endoscopia ad attività complessa. Le unità di Gastroenterologia con letti di degenza non vengono incluse nei differenti livelli della rete e questo nonostante le evidenze prodotte nel 2011 dal libro bianco della gastroenterologia italiana e da successive collaborazioni con il Ministero della Salute (1,2) e più di recente con alcune realtà regionali che sottolineano il ruolo determinante di queste unità nel ridurre la mortalità per le patologie inerenti la disciplina.

Si discostano da questo modello alcune regioni come ad esempio il Veneto dove fin dal 2010 con la delibera 1183 del 23 marzo è stato istituito un Sistema ad Alta Integrazione per la gestione delle urgenze endoscopiche gastroenterologiche che tra i requisiti organizzativi prevede per ogni unità locale socio sanitaria una pronta disponibilità endoscopica nelle 24 ore e protocolli formalizzati che prevedano posti letto "dedicati", preferibilmente in gastroenterologia, a pazienti per i quali sia prevista l'ospedalizzazione. La Lombardia che con il decreto regionale dell'11 giugno 2012 ha istituito la rete per l'Emorragia Digestiva Alta (EDA) con strutture di ricovero che accettano i pazienti con EDA articolata su tre livelli e disponendo le UO di Gastroenterologia nel II e III livello della rete, richiedendo percorsi formativi tracciabili dei professionisti che affrontano l'emergenza-urgenza, la pubblicazione di PDTA condivisi e registri di attività e delle complicanze. Nel Settembre 2019 anche la regione Sicilia ha proposto un modello di rete Hub e Spoke, e pubblicato un PDTA regionale sulle emergenze endoscopiche, ed è in corso la creazione di una rete telematica che colleghi i vari centri in rete e il 118. Il ruolo chiave dell'assistenza specialistica gastroenterologica nella gestione e nell'esito delle

emergenze emorragiche digestive dimostrate dalle analisi citate (1,2) conferma la necessità di potenziare il presidio dell'urgenza-emergenza gastroenterologica .

In sintesi, è necessario implementare la disciplina della Gastroenterologia prevedendo:

- **la presenza di UOC di Gastroenterologia negli ospedali (con consulenza al PS/DEA)**
- **la presenza del Gastroenterologo in ogni ASL/strutture territoriali**
- **l'inserimento di un'UOC di Gastroenterologia in ogni Dipartimento di Emergenza/Accettazione**

Bibliografia

1. Libro Bianco della Gastroenterologia Italiana, 2011/Buscarini E, Conte D, Cannizzaro R, et al. White paper of Italian Gastroenterology: delivery of services for digestive diseases in Italy: weaknesses and strengths. *Dig Liver Dis* 2014; 46: 579-89.
2. Balzano A, Carle F, Tamburini C, et al. Hospital admission for digestive diseases: gastroenterology units offer a more effective and efficient care. *Dig Liver Dis* 2019 ;51:43-46
3. Rapporti SDO, Ministero Salute, <http://www.salute.gov.it> (accessed July 2nd 2020)
4. Farthing M, Roberts SE, Samuel DG, et al. Survey of digestive health across Europe: Final report. Part 1: The burden of gastrointestinal diseases and the organisation and delivery of gastroenterology services across Europe. *United European Gastroenterol J* 2014; 2:539-43.
5. Williams JG, Roberts SE, Ali MF, et al. Gastroenterology services in the UK. The burden of disease, and the organisation and delivery of services for gastrointestinal and liver disorders: a review of the evidence. *Gut* 2007;56, Suppl 1:1-113.
6. Buscarini E, Carle F, Tamburini C, et al. Hospital care services for digestive diseases in Italy: the first quantitative assessment. *Dig Liver Dis*. 2014;46:652-7.
7. Bahman Nedjat-Shokouhi, Michael Glynn, Erika R E Denton, Simon M Greenfield. Provision of out-of-hours services for acute upper gastrointestinal bleeding in England: results of the 2014–2015 BSG/NHS England national survey. *Frontline Gastroenterology* 2017;8:8 -12.
8. Marmo R, Soncini M, Marmo C, Laursen SB, Gralnek IM, Stanley A. Medical care setting is associate with survival in acute gastrointestinal-bleeding: A cohort study.*Digest Liver Disease* 2020;52:561-565
9. Cavallaro LG, Monica F, Germanà B, Marin R, Sturniolo GC, Saia M. Time Trends and Outcome of Gastrointestinal Bleeding in the Veneto Region: A Retrospective Population Based Study From 2001 to 2010 *Digest Liver Disease* 46 (2014) 313–317

Tab 1 Prevalenza/incidenza nella popolazione italiana adulta delle principali patologie parato digerente

	Prevalenza/Incidenza	Referenze	note
FEGATO			
Ipertransaminasemia	12,7%	Pendino, Hepatology 2005	
Epatiti croniche+ NAFLD	15-20 %	Bedogni, Hepatology 2005	
Cirrosi Epatica	0,2-0,5%	Webaisf.com	5-7° causa di morte nel mondo, tra le prime 10 cause di morte in Italia, fascia età 40-60 anni
Tumori primitivi del fegato (epatocarcinoma + colangiocarcinoma)	10.500 decessi nel 2016 Tasso standardizzato di mortalità 12,5-13/100.000 abitanti	Dati dei registri tumori Italia Dati Istat 2017	5° causa di morte per tumore
COLECISTI E VIE BILIARI			
Calcolosi	20-25%		Sintomatica nel 4% dei casi
Patologie vie biliari	1-2 x 1000		
PANCREAS			
Iperenzimemia pancreatica	2%	Cavallo et al. Pancreatology 2019	14 % nei pazienti ospedalizzati
Tumori pancreas	12.049 decessi nel 2016	AIOM, AIRTUM 2019	4° causa di morte per tumore
MALATTIE ESOFAGO; STOMACO E DUOCENO			
Malattia da Reflusso Gastroesofageo	24.7% riportanti sintomi da reflusso almeno 2 volte alla settimana, 11.8 con esofagite erosiva	Zagari et al. Gut 2008	
Prevalenza Patologie correlate ad infezione da Helicobacter Pylori	30-35%	Eusebi et al. Helicobacter 2014	
Malattia Celiaca	1% della popolazione generale	Al-Thoma UEGJ 2019	Prevalenza maggiore: F:M da 3:1 a 1.5:1; familiari di I grado (circa il 10%); soggetti con altre patologie autoimmuni
Tumori esofago-stomaco	2000 decessi per T. Esofago e 10.000 decessi per T. stomaco (anno 2016)	AIOM, AIRTUM 2019	
Malattie intestinali			
M. Infiammatorie croniche	2-4 x 1000	rapporto-pdta-mici-2014.pdf	
Diverticolite acuta complicata e non complicata	0,48 x 1000 0,31 ricoveri x 1000	Amato 2020, Tech Coloproctol. 2020. Binda GA, Tech Coloproctol 2018	
Disturbi funzionali gastro-intestinali	49% popolazione adulta	Sperber 2020 Gastroenterology	
Tumori colon-retto	20.000 decessi/anno	AIOM, AIRTUM 2019	2° causa di morte per tumore
EMORRAGIE			

Emorragie digestive superiori	50-150 casi/100.000 abitanti	Libro Bianco Gastroenterologia Italiana, 2011	
Emorragie digestive inferiori	30 casi/100.000 abitanti	Libro Bianco Gastroenterologia Italiana, 2011	

Tab 2 Decessi per tipo di ricovero specialità e urgenza, anni 2010-2014 (Balzano et al, 2)

Tipo ricovero	n° SDO esitate in decesso			% decessi sulle dimissioni per specialità	
	Gastroenterologia	Insieme delle altre specialità	Totale specialità	Gastroenterologia	Insieme delle altre specialità
Non Urgenti	944	15.393	16.337	2,38	3,23
Urgenti	225	6.098	6.323	1,70	2,85
urgenti con emorragia	146	1.485	1.631	2,30	3,65
Totale MAD	1.315	22.977	24.291	2,22	3,14