



La Fimad, Federazione tra Aigo (gastroenterologi ed endoscopisti), Sied (endoscopia

# Apparato digerente: cure in

## Le Società scientifiche puntano ad assumere insieme la responsabilità

DI ALESSANDRO ZAMBELLI \*,  
TINO CASETTI \*\*,  
LIVIO CIPOLLETTA \*\*\*,  
MARIO PIZZETTO \*\*\*\*

La gastroenterologia è la disciplina che affronta le problematiche dell'apparato digerente nella sua totalità, dallo studio, alla ricerca, dall'insegnamento alla prevenzione, assistenza e riabilitazione.

Compiti assolti con il supporto delle conoscenze professionali specialistiche, delle metodiche diagnostiche e terapeutiche dell'endoscopia digestiva. Le tecniche strumentali di indagine fisiopatologica e l'ultrasonografia completano l'entità clinica della disciplina.

La gastroenterologia rappresenta un campo d'azione trasversale, tra strutture generali e strutture specialistiche. Coinvolge, infatti, realtà molteplici quali chirurgia, medicina generale, patologia clinica, nutrizione clinica, radiologia, medicina nucleare, anatomia patologica e malattie infettive.

E la gastroenterologia interessa patologie a larga diffusione nel nostro Paese, con conseguenze importanti sul piano sociale ed economico. Sono, infatti, 1.604.055 (16,7%) i ricoveri per malattie all'apparato digerente (compresi i tumori), rispetto al totale di quelli ordinari che nel 2002 sono stati 9.574.691. Le malattie gastroenteriche rappresentano, così, la prima causa di ricovero in Italia.

Nel 2002 si sono registrati 77.950 casi di tumori maligni dell'apparato digerente (il 10,26% sul totale di 779.503). I ricoveri con diagnosi principale di cancro del colon-retto sono stati 49.181, mentre quelli motivati da un cancro del fegato 23.847 e dello stomaco 12.440.

Le malattie gastroenteriche (inclusi i tumori dell'apparato digerente: esofago, stomaco, pancreas, intestino, fegato, dotti biliari, colon, retto, peritoneo, altro) provocano il 14,7% dei decessi totali e il 34,7% di quelli per tumore; di particolare rilevanza appaiono le percentuali di decessi attribuiti ai tumori allo stomaco.

Le patologie dell'apparato digerente rappresentano l'84% dei ri-

coveri nei reparti di gastroenterologia ed endoscopia digestiva. Altrettanto elevate sono le percentuali per ricoveri in reparti di chirurgia generale (61%), chirurgia pediatrica (35%), malattie infettive (31%), medicina generale (15%).

Secondo i risultati del censimento condotto dalla Società italiana di endoscopia digestiva (Sied), nel 2001 sono state eseguite 1.600.479 endoscopie, di cui 1.444.414 diagnostiche e 156.065 terapeutiche. Tra queste le endoscopie operative bilio-pancreatiche sono state 48.967. In media sono state eseguite in ciascun centro di endoscopia digestiva 3.119 endoscopie diagnostiche e 231 endoscopie terapeutiche.

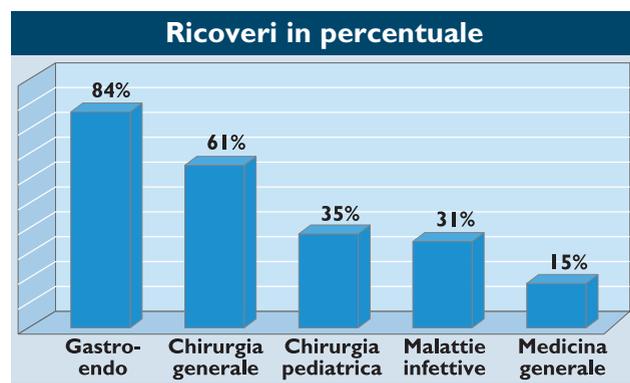
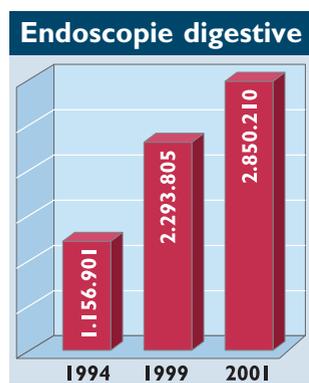
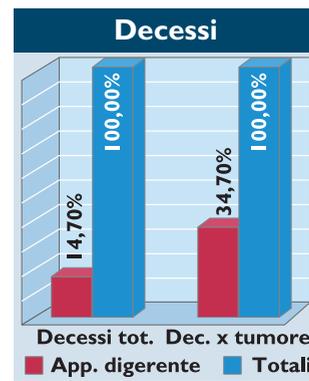
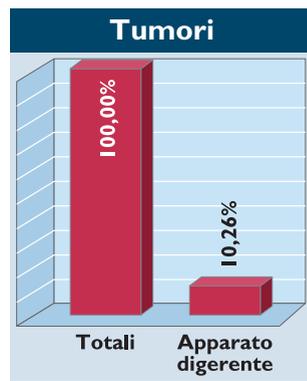
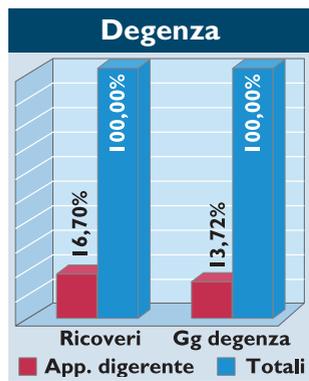
L'endoscopia terapeutica più frequentemente eseguita è stata l'asportazione di lesioni polipoidi del retto-colon (57.888 polipectomie), seguita dalla emostasi endoscopica a livello esofago, stomaco, duodeno e colon (23.766 endoscopie in emergenza urgenza).

I pazienti ambulatoriali sottoposti a endoscopia digestiva sono stati il 61,6% del totale. Proprio per questo, nella maggior parte dei casi è stato possibile effettuare la diagnosi e la terapia senza dover ricorrere a un ricovero ospedaliero. Il numero delle endoscopie è andato progressivamente aumentando; si è passati da circa 1.100.000 interventi nel 1994 a circa 2.800.000 interventi nel 2001.

Nell'attuale organizzazione sanitaria, il ruolo della gastroenterologia appare di gran lunga inferiore alla necessità del Paese e non viene neppure esaurito in termini numerici dalle altre realtà sanitarie, quali le divisioni mediche e chirurgiche.

Dopo il nascere, intorno agli anni '70, di alcuni ben qualificati centri di gastroenterologia ed endoscopia digestiva, nei decenni successivi si è, in effetti, manifestato un brusco rallentamento nella creazione di tali strutture specializzate. Solo da qualche anno la necessità di rispondere alle esigenze di medicina specialistica gastroenterologica e di endoscopia digestiva ha imposto la diffusione di tale disciplina che resta, comun-

que, di molto al di sotto del reale fabbisogno clinico.



que, di molto al di sotto del reale fabbisogno clinico.

Allo stato attuale vi sono soprattutto pochi Dipartimenti di malattie dell'apparato digerente, per cui la gastroenterologia resta generalmente inserita all'interno di un Dipartimento di medicina interna che non può esprimerne le reali potenzialità.

Diventa necessario creare in tempi brevi una rete di servizi di gastroenterologia ed endoscopia digestiva diffusa su tutto il territorio nazionale, con compiti non solo diagnostico-terapeutici, ma anche di prevenzione primaria e secondaria.

Le Società Scientifiche che raccolgono la maggior parte dei gastroenterologi e degli endoscopisti digestivi sono Aigo (Associazione italiana gastroenterologi ed endoscopisti digestivi ospedalieri), Sied (Società italiana di endoscopia digestiva) e Sige (Società italiana di gastroenterologia).

Nel 1995 a Torino, durante il I Congresso nazionale congiunto di patologia digestiva, Aigo, Sied e

Sige affermano per la prima l'intento comune di costituirsi in Federazione con lo scopo di realizzare una forza unica a sostegno della gastroenterologia e a supporto, da un lato, della ricerca e della formazione in campo gastroenterologico, dall'altro, della cura e dell'assistenza nei confronti delle malattie che colpiscono l'apparato digerente.

Nel 1999 nasce ufficialmente la Fimad (Federazione italiana malattie apparato digerente) che vede riconosciuto il suo statuto, quindi il suo stato giuridico senza limiti di durata, solo alla fine di maggio 2004 a Roma. Allo stato attuale Fimad riunisce circa 3.940 soci (90% gastroenterologi, 10% internisti e biochimici), così ripartiti nelle tre associazioni: 855 per Aigo, 2.000 per Sied e 1.086 per Sige. E dal 1995, le tre società si sono impegnate a tenere congiuntamente i rispettivi congressi nazionali annuali.

La Federazione presenta come finalità l'intento di investire nello sviluppo e nella diffusione della

conoscenza e della formazione medica, con particolare riguardo alla gastroenterologia.

Suoi scopi primari sono:

- coordinare i soci nell'organizzazione del Congresso nazionale annuale delle malattie digestive sulla base delle istruzioni e del mandato delle singole associazioni soci;
- rappresentare Aigo, Sied e Sige nei confronti delle istituzioni;
- contribuire al coordinamento dei soci nella formazione professionale Ecm e nella produzione di nuove linee guida;
- coordinare progetti di ricerca.

Tra gli obiettivi principali della Fimad c'è quello di mettere in atto strategie di prevenzione primaria basata su interventi di informazione e di educazione sanitaria; tutto ciò per incentivare e consolidare la conoscenza dei fattori di rischio in relazione alle patologie gastroenteriche.

Questo impegno ha trovato il suo razionale nell'acquisizione, oramai scientifica, che gran parte delle malattie gastroenterologiche, in modo particolare il cancro, han-



Giovanni

no come principali fattori di rischio cause di natura ambientale.

Interventi di tal genere appaiono del tutto necessari per le malattie digestive di grande impatto sociale (neoplasie del colon, epatiti croniche, virali, alcoliche e metaboliche; cirrosi, pancreatiti e pancreopatie in genere; calcolosi biliare; gastriti croniche, ulcera gastroduodenale e, più in generale, malattie infiammatorie croniche intestinali ecc.); in sostanza, per le patologie alimentari, alcol correlate o virus correlate.

Nello stesso tempo, Fimad sostiene e favorisce strategie di prevenzione secondaria attraverso l'organizzazione di programmi di screening; tutto ciò al fine di una diagnosi precoce di tali patologie, con conseguente aumento della possibilità di successo nel trattamento delle stesse.

Questi interventi appaiono del tutto necessari per quanto riguarda le neoplasie dell'apparato digerente e le grandi malattie sociali gastroenterologiche. Infatti i dati degli ultimi dieci anni dimostrano

### Una guida

## Obesità infantile,

Merendine, gelati, hamburger e patatine non devono sparire. Così come la televisione non diventa un tabù. Ma, d'ora in poi, a regolamentare l'accesso a ghiottonerie e a pasatempo sedentari saranno moderazione e autocontrollo.

È questa la strategia suggerita dal doppio volume "Mi piace piacermi" (Franco Angeli Editore, 2005), scritto da Marina Vignolo, Federica Rossi e Giovanna Bardazza, del Centro per la prevenzione e il trattamento dell'obesità in età evolutiva della I clinica pediatrica dell'Università di Genova e dell'Istituto Giannina Gaslini. Il volume doppio ha un suo perché: il testo è dedicato tanto ai genitori quanto ai diretti interessati, i bambini in sovrappeso. Che in Italia sono sempre di più: un bambino su tre ha un sovrappeso significativo, e le ultime cifre registrano un



Giovanni Boldini - La lavanderia (1874)

digestiva) e Sige (gastroenterologia) mira all'eccellenza

## crescita federale della qualità dei servizi: ecco i primi risultati



Boldini - La conversazione (1870)

come la prevenzione secondaria (diagnosi precoce) è efficace e, in alcuni settori, può essere così importante da rendere possibile l'eradicazione del tumore.

La Fimad prevede anche attività di promozione e di sostegno di ricerche epidemiologiche, al fine di conoscere tipologie, dimensioni, andamento evolutivo e distribuzione territoriale delle malattie gastroenteriche.

Allo stato attuale si registra una scarsità e una frammentarietà di dati epidemiologici su incidenza, prevalenza e storia naturale della malattia per la maggior parte delle patologie gastroenteriche; la disponibilità di tali dati costituisce, invece, la premessa essenziale per poter affrontare i principali quesiti riguardanti le cause e le tendenze di fondo delle patologie gastroenteriche.

A questo proposito, nel novembre 2001 Aigo, Sied e Sige, hanno fondato «Gastroepatonet.org», associazione senza scopo di lucro con la finalità di realizzare una rete informativa tra tutte le Unità

operative di gastroenterologia dell'intero Paese, in grado di raccogliere e centralizzare i dati relativi all'attività di ricovero per patologie dell'apparato digerente. L'attività di tale associazione è focalizzata a favorire la condivisione e lo scambio delle informazioni, al fine di supportare la programmazione di un'offerta di servizi di gastroenterologia costantemente in linea con l'evolversi dei bisogni dei cittadini, con i livelli essenziali di assistenza e la relativa appropriatezza.

Altro obiettivo Fimad è la partecipazione (in collaborazione con i presidi di oncologia) ai programmi di studio sulle neoplasie dell'apparato digerente.

La diagnosi e la terapia dei tumori fanno parte, in genere, dei piani oncologici; tuttavia la prevenzione e, soprattutto, la diagnosi stessa (presupposto necessario per una terapia precoce e del tutto adeguata ai singoli casi) sono di competenza gastroenterologica.

Interesse fondamentale di Fimad è, pertanto, la promozione di

nuove Uo di gastroenterologia ed endoscopia digestiva per adeguare il numero delle stesse alla dimensione epidemiologica delle patologie dell'apparato digerente e agli enormi sviluppi della disciplina sul piano clinico e della ricerca applicata (per esempio nella terapia della malattia ulcerosa, nella conoscenza e nel trattamento della calcolosi, nella conoscenza dei processi degenerativi del fegato, nella cura precoce di molte lesioni neoplastiche del tubo digerente).

Nelle unità operative di maggior livello dovrà essere presente una terapia sub-intensiva gastroenterologica strettamente specialistica; si pensi, ad esempio, al trattamento delle sindromi digestive gravi (pancreopatie acute e sindromi epatiche in generale), delle emorragie digestive acute e all'applicazione di terapie a rischio quali la somministrazione di elevati dosaggi di farmaci o l'alimentazione parenterale totale o elementare.

A Fimad preme, infine, il riconoscimento e la promozione dell'attività riabilitativa, anche a livello domiciliare, rivolta ai cosiddetti "invalidi digestivi": pazienti sottoposti a gravi interventi mutilanti o affetti da malattie croniche che richiedono un'accurata ricerca dei nuovi assetti anatomici e funzionali creati dall'evento invalidante. In relazione a tale categoria di pazienti è auspicabile impostare e sviluppare programmi di intervento per la correzione, il potenziamento o la sostituzione di funzioni lese e favorire, in tal modo, il massimo recupero personale, familiare e sociale dei pazienti.

In sostanza, grazie a Fimad si è consolidata la volontà perseguita ed espressa dalle tre società scientifiche che la compongono di assumere una responsabilità e una guida sempre più forte verso cittadini, professionisti e istituzioni per migliorare la qualità dei servizi, garantire alti standard, di assistenza, creando un ambiente in cui l'eccellenza nella pratica clinica sia favorita e supportata.

\* Presidente Fimad  
\*\* Presidente Aigo  
\*\*\* Presidente Sied  
\*\*\*\* Presidente Sige

per insegnare ai più piccoli a controllare il peso

## così il bambino impara a mangiare

trend in aumento.

"Mi piace piacermi" mette nero su bianco i criteri di un programma di trattamento sviluppato nell'ambito di un progetto di ricerca corrente dall'Istituto Gaslini, intrapreso a partire dal 2000, che ha trattato fino a oggi 92 bambini. Anche alla luce dei buoni risultati fino a oggi monitorabili, relativi a 20 bambini, è nata l'idea di divulgare il metodo. Con l'obiettivo di insegnare alle famiglie a intraprendere un percorso virtuoso, dalla consapevolezza del problema-sovrappeso e delle sue cause alla conoscenza del valore, anche emotivo e psicologico, assegnato al cibo più "gratificante".

Al bambino non verrà chiesto di "dimagrire", quanto piuttosto di imparare a controllare la voglia di cibo, a distinguere dalla fame, a conoscere se stesso e le motivazioni che lo spingono a mangiare troppo e

male, a imparare ad apprezzare verdure, frutta e stomaco leggero. Contestualmente, c'è la necessaria attenzione all'attività fisica, non imposta dall'alto ma vissuta come gioco, come voglia di stare bene, con sé e con gli altri.

Cruciale il ruolo dei genitori, a cui il II volume spiega prima il metodo e poi i perché di un approccio basato sul controllo dei metodi e dei risultati. Riunioni di famiglia, dialogo, sistemi premianti, insegnano al genitore a non porsi mai in situazione inutilmente punitiva o, al contrario, inutilmente gratificante: test di valutazione dedicati tanto al bambino quanto all'adulto illuminano la via e insegnano a procedere per step successivi.

Il risultato? Imparare a mangiare meglio - tutti - e a stare meglio, anche insieme.

Barbara Gobbi

LA PROFESSIONE MEDICA ALLA PROVA DEL NUOVO TITOLO V

## Ordini&Regioni in cerca di dialettica e confronto

DI ALDO PAGNI

La natura "protetta" degli Ordini professionali nacque in Italia, nel 1874 per gli avvocati e nel 1910 per le professioni sanitarie, con la riserva del governo Giolitti di escluderle dalla partecipazione attiva alla politica sanitaria del Paese.

Gli Ordini furono istituiti, a spese degli iscritti obbligatoriamente all'Albo, in base alla considerazione che ai professionisti, svolgendo un'attività d'alta utilità sociale, fossero riservati particolari riconoscimenti, ma anche come mezzo per arginare la proliferazione dei sindacati medici, ritenuta una minaccia eversiva per lo stato liberale.

Oggi quella "legittimazione dall'alto" del governo autonomo della professione appare messa in crisi per molti motivi: un mercato sanitario "amministrato" che non premia il merito, la residualità della libera professione, la prevalenza della burocrazia e del management aziendale, le rivendicazioni di una molteplicità di professioni sanitarie e non, e la sottoccupazione medica.

Senza contare la complessità dei cambiamenti avvenuti nella relazione terapeutica tra i medici e le persone nel passaggio dal modello naturalistico della malattia a quello bio-psico-sociale della salute.

Nonostante che già negli anni Trenta si scrivesse impietosamente che gli Ordini erano «ridotti a compassionevoli eunuchi della deontologia professionale», ancora oggi non si è riusciti a riformarli, come dimostrano le decine di proposte di legge sulla riforma che in questi anni sono state presentate, senza esito, in Parlamento. I legislatori nazionali e regionali continuano "a sentire" per pura formalità l'istituzione "ausiliaria dello Stato", su alcuni temi di politica sanitaria previsti obbligatoriamente per legge.

Gli Ordini rischiano così di esaurire lentamente la loro funzione, insidiati dai venti liberisti provenienti dall'Europa, dall'esaltazione della concorrenza dell'Antitrust, e dalle richieste dei sostenitori della "accountability", intesa come responsabilità individuale, ritenuta non sufficientemente garantita dalla loro magistratura "speciale".

Una novità rilevante dopo la modifica del Titolo V della Costituzione è poi rappresentata dal fatto che gli Ordini dei medici si trovano di fronte le Regioni, quali nuovi interlocutori di una Sanità decentrata, dotate della "potestà della legislazione concorrente" e minacciate, ma solo formalmente, dal "principio di sussidiarietà".

Una situazione confusa, perché la Fnomceo ha come referente il ministero della Salute con un debole potere centrale di coordinamento e indirizzo, e gli Ordini dei medici provinciali devono invece fare i conti con la variegata realtà di Regioni attente a rivendicare sempre più titolarità (nella formazione continua obbligatoria, nel governo clinico, nell'organizzazione del lavoro, nelle medicine alternative, nell'accreditamento istituzionale, nei rapporti con gli sponsor, nelle modalità di ricetta e di informazione sui farmaci, nella ricerca ecc.), che funzioni.

Una legge istitutiva centenaria confina oggi l'Ordine a un ruolo poco più che notarile, visto che di fatto gli è stato sottratto il potere tariffario, e reso difficile anche il controllo della correttezza delle informazioni ai cittadini, divenuta nella versione europea un'ibrida "pubblicità informativa".

Un ordine moderno, si dice, dovrebbe controllare la qualità della formazione, svolgere funzioni di consulenza sulla Sanità, esercitare il potere

disciplinare (sempre più ridimensionato dall'invasione crescente delle leggi e dai limiti arcaici delle norme che lo disciplinano), e rivendicare il compito di «tutelare l'autonomia e l'indipendenza della professione», condizione irrinunciabile per garantire un corretto esercizio dell'assistenza sanitaria e la responsabilità delle cure destinate ai cittadini.

Il coinvolgimento, attivo e partecipe, della responsabilità complessiva dei medici nella programmazione, nel controllo e nella gestione delle prestazioni, è, infatti, indispensabile se si vuole davvero realizzare una clinical governance capace di dialogare con la gestione manageriale delle aziende.

In una società moderna, nella quale "l'organizzazione degli interessi" è divenuta sempre più complessa, gli ordini non possono certamente prescindere da rapporti di stretta collaborazione con i sindacati medici i cui contratti stabiliscono compiti, attività e funzioni dei professionisti, ma nel confronto con il Governo, il Parlamento e le Regioni, gli Ordini devono rappresentare "valori" etici e professionali, elaborati autonomamente dai medici, con la consapevolezza della "centralità" dei cittadini nel Ssn.

A proposito di attività Ecm, a esempio, l'Accordo Stato-Regioni del marzo 2005 riconosce che «si trovano a un punto delicato», che è necessario «fissare regole condivise tra le iniziative nazionali e quelle regionali», e prevede la data del 30 settembre 2005 per l'avviamento dei programmi attuativi regionali.

Nel Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007, con un ritardo di quattro anni, ci si pone come obiettivi, tra gli altri, quello di un Albo nazionale dei Provider e la regolamentazione dei finanziamenti per l'organizzazione degli eventi formativi.

Quale ruolo si vuole riservare agli Ordini dei medici per "disciplinare" la formazione? Quello di organizzare soltanto eventi limitati alla deontologia e alla bioetica? Quello notarile di registrare negli Albi i debiti formativi dei loro iscritti? Quello di garantire i requisiti di qualità offerti dai provider?

È infine, se è davvero un "organo pubblico, ausiliario dello Stato", quali e quante risorse devono essergli destinate per svolgere il proprio ruolo?

A tutto oggi le numerose richieste della Fnomceo in proposito sono cadute nel vuoto, mentre ogni Regione si è preoccupata di organizzare e gestire in proprio la formazione continua obbligatoria.

È in questo scenario che, superando sterili contrapposizioni, si pone l'esigenza improrogabile di una politica unitaria di coordinamento centrale della professione che persegua l'obiettivo di valorizzare e rafforzare il ruolo degli Ordini provinciali nei rapporti con le Regioni. Rapporti "dialettici e di confronto" con le Regioni, culturalmente e politicamente molto attive e avanzate in tema di Sanità, ma anche come stimolo nei confronti di quelle meno intraprendenti.

La collaborazione dei medici con gli organismi sanitari regionali non può rinunciare a un vero confronto perché, in sua assenza, si rischiano tanti diversi adeguamenti estemporanei alle legittime istanze delle politiche sanitarie locali, piuttosto che l'implementazione di un modello che riconosca, comunque, ai medici il compito di garantire equità per la tutela della salute dei cittadini in tutto il territorio nazionale.



Giovanni Boldini - Miss Bell (1903)