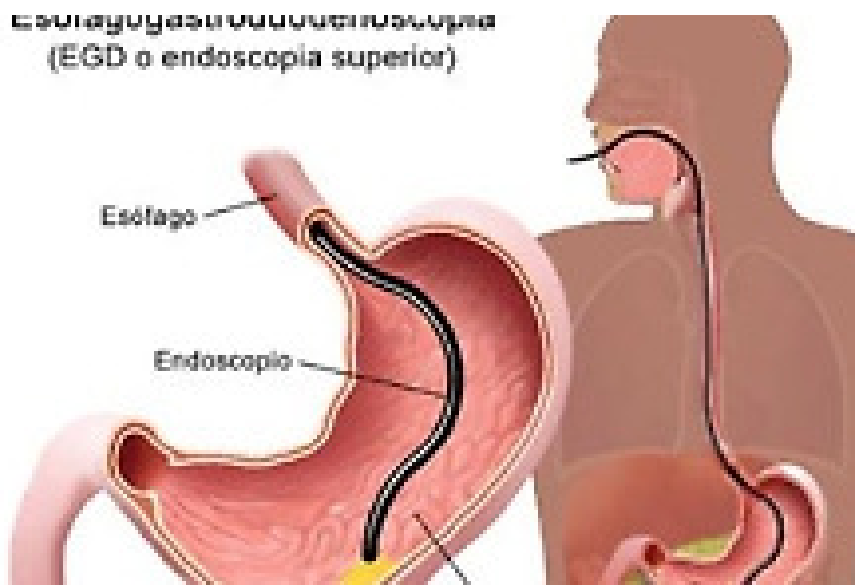


ASSISTENZA SANITARIA

## Allarme dei gastroenterologi Sige: “Troppi esami, rischi e costi inutili”

**La Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva (Sige) scende in campo a fianco dei medici di medicina generale per fare formazione e mettere un freno allo spreco**



La notizia è certamente ‘forte’: il 25-30% delle gastroscopie e delle colonscopie che si fanno in Italia sono inutili: 30 milioni bruciati per 500 mila procedure che non servono, né al paziente né al medico, perché gli esami vengono spesso prescritti senza una corretta indicazione ed espongono a rischi inutili il paziente. E allora la Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva (Sige) lancia un appello affinché venga ristabilita una corretta appropriatezza prescrittiva degli esami endoscopici, in particolare di esofagogastroduodenoscopie (Egds) e colonscopie, strumenti diagnostici certamente preziosi ma richiesti in numeri esorbitanti e spesso al di fuori delle corrette indicazioni. Colpa della medicina difensiva ma anche di una mancata conoscenza delle corrette indicazioni. E le conseguenze sono pesanti per le casse dello stato e per la salute dei pazienti. Ogni anno vengono effettuate in Italia oltre 1,7 milioni di Egds e di colonscopie, in pratica quasi 29 procedure ogni 1.000 abitanti, quasi tutte per motivi diagnostici (solo l’11,2 per cento rappresenta una procedura terapeutica). “Un numero enorme di esami che si traduce in una spesa notevole – sottolinea **Gerardo Nardone**, professore associato di gastroenterologia dell’Università Federico II di Napoli e componente del consiglio direttivo della Sige – calcolando una media di 60 euro ad esame endoscopico (può essere fatta solo una stima approssimativa in quanto il costo cambia da regione a regione) si arriva dunque alla ragguardevole cifra 102,7 milioni di euro. Di questa spesa ingente si stima che almeno 30 milioni di euro vadano bruciati per esami inutili (che sono il 25-30% del totale). Le cause di questo spreco vanno ricercate in una inadeguata conoscenza delle

indicazioni da parte della classe medica, ma spesso anche nella possibilità da parte dei pazienti di prenotare direttamente gli esami attraverso CUP, farmacie, e altri canali senza effettuare prima una visita specialistica”.

“Due convinzioni assai diffuse, ma purtroppo in gran parte infondate – sottolinea **Antonio Craxì**, professore di gastroenterologia dell'Università di Palermo e presidente della Sige – sono quella che la migliore prevenzione delle malattie si faccia eseguendo periodicamente esami di laboratorio o strumentali in assenza di qualunque sintomatologia o rischio specifico di malattia, e la seconda che ogni diagnosi debba essere supportata da esami approfonditi, anche quando la condizione è ovvia o la conferma del tutto inutile nel decidere la cura. Ambedue queste convinzioni generano richieste di esami inappropriati, che originano dall'ansia dei pazienti e vengono supportate da un atteggiamento autodifensivo dei medici, e incrementano a dismisura i costi sanitari, anche perché spesso da marginali e innocenti anomalie di rilievo occasionale ha origine la richiesta di ulteriori e inutili approfondimenti. E' dunque necessario che medici e pazienti abbiano chiaro il concetto di appropriatezza nella diagnosi e nella prescrizione di cure”.

**Le richieste inappropriate più gettonate.** Il controllo di una dispepsia funzionale (il giovane con una digestione difficoltosa), la necessità di un controllo per prescrivere farmaci anti-secretori in soggetti che hanno una patologia da reflusso gastro-esofageo. Un esame endoscopico del tratto digestivo superiore negativo può essere ripetuto dopo 5 anni salvo che non vi sia una variazione sostanziale della sintomatologia. Nella ‘top five’ delle richieste inappropriate più gettonate, sia per Egds che per colonscopia svettano le seguenti voci:

- Controlli Egds dopo 12-24 mesi in un pazienti giovani (<50 anni) per dispepsia (digestione difficile), gastrite cronica aspecifica, esofagite non erosiva, eradicazione infezione da *Helicobacter pylori*. Il tutto in assenza di sintomi di allarme (familiarità per neoplasie, anemia, vomito alimentare, dimagrimento, emorragia)

- Controlli colonscopia dopo 12-24 mesi in pazienti giovani (<50 anni) in assenza di familiarità per neoplasie e sintomi di allarme (anemia, rettorragia, dimagrimento, masse addominali, brusche variazioni abitudini alvine) per colonpatie funzionali, diverticolosi, asportazione di polipi iperplastici.

**Gli esami per la digestione ‘difficile’.** La digestione difficile “dispepsia” è una condizione molto frequente per lo più secondaria ad una gastrite la cui causa principale è l'infezione da *Helicobacter pylori*. Nel caso di un giovane in buona salute con una banale dispepsia, in assenza di sintomi di allarme, è consigliabile adottare, come avviene in molti paesi europei ed americani la cosiddetta strategia test-and-treat ovvero, viene richiesto un test non invasivo (breath test o test fecale) per valutare la presenza dell'*Helicobacter pylori*; se il test è positivo il paziente viene trattato con terapia eradicante, se è negativo con terapia sintomatica. Successivamente, solo se il paziente continua ad essere dispeptico si richiede la gastroscopia che diventa quindi un test diagnostico di secondo livello che sarà effettuato in una minoranza dei pazienti. Anche la ripetizione di un esame endoscopico a distanza di 1-2 anni in presenza di una gastrite semplice e/o di una esofagite non erosiva è inutile e comporta uno spreco di risorse sanitarie.

**Chi deve invece assolutamente sottoporsi ad esame endoscopico** sono i pazienti che presentino i cosiddetti segni e sintomi d'allarme ovvero, dimagrimento, anemia, sanguinamento gastro-intestinale (emissione di sangue con le feci o con il vomito), vomito alimentare persistente, brusche variazioni delle abitudini alvine. In questi casi non dobbiamo perdere tempo ma eseguire urgentemente un esame endoscopico, gastroscopia o colonscopia in base ai sintomi, per effettuare una diagnosi corretta nel più breve tempo possibile.

**Il monitoraggio delle lesioni pre-cancerose.** La strategia cambia quando siamo in presenza di lesioni pre-cancerose, quali la gastrite cronica atrofica lieve o moderata, l'esofago di Barrett in assenza di displasia, un polipo del colon adenomatoso sub o peri centimetrico con displasia di basso grado. Queste lesioni, a seconda della tipologia, vanno monitorate nel tempo ma non in maniera ossessiva con controlli endoscopici che ogni tre anni.

**Gli esami di prevenzione per il cancro del colon:** se la prima colonscopia, in condizioni ottimali di pulizia, è negativa, l'esame può essere ripetuto anche a distanza di 7-10 anni, se non compaiono nuovi sintomi.

**Fare sempre le biopsie.** Nel momento in cui il paziente fa un esame endoscopico è molto importante effettuare delle biopsie per avere una valutazione microscopica dello stato della mucosa, sia per il tratto digestivo superiore che per quello inferiore. L'endoscopista vede lo stato macroscopico della mucosa ma non è in grado di definire la presenza di un infiltrato infiammatorio, di infezioni batteriche o parassitarie, di trasformazioni cellulari come atrofia, metaplasia e displasia.

**Le conseguenze e i rischi degli esami inutili.** Bisogna ricordare infine che gli esami endoscopici inutili non solo rappresentano un spreco delle risorse sanitarie con un allungamento delle liste d'attesa, ma anche che sono procedure non scevre da rischi. Non va dimenticato che una Egds o una colonscopia sono sempre esami invasivi. I tassi di complicanze, per quanto bassi (1:1.000 - 1:10.000) ci sono e possono essere serie quali la perforazione del viscere o un sanguinamento per una lesione della mucosa.

**Centri di riferimento per le procedure endoscopiche terapeutiche.** L'endoscopia da esame squisitamente diagnostico sta diventando sempre più terapeutico; un esempio è rappresentato dall'asportazione di calcoli dalle vie biliari o dal posizionamento di uno stent ('tubicino') nei pazienti che presentino una lesione stenotica delle vie biliari o del pancreas; la dilatazione esofagea per il trattamento dell'acalasia esofagea; l'asportazione di polipi e lesioni piatte "mucosectomia". Per queste procedure un po' più complesse è auspicabile che vi siano dei centri di riferimento per far sì che ci sia una centralizzazione dei pazienti al fine di ridurre gli eventi avversi e le complicanze e migliorare i livelli assistenziali.

**La collaborazione tra Sige e medicina generale.** Solo il 20 per cento degli esami endoscopici vengono richiesti dallo specialista gastroenterologo; la stragrande maggioranza delle richieste (l'80 per cento) proviene dal medico di famiglia, da altri specialisti o dagli stessi pazienti. E l'eccesso di richieste è conseguenza della medicina difensiva ma anche di un problema culturale. Nel caso degli esami endoscopici ad esempio è importante conoscere il ritmo di progressione di una lesione neoplastica, per stabilire quando deve essere ripetuto un esame e quante volte nel corso della vita andrebbe ripetuto. La collaborazione tra medici di medicina generale anche con iniziative come i campus tenuti dalla Sige mirano proprio a fare aggiornamento e formazione sull'argomento allo scopo di aumentare l'appropriatezza delle richieste di esami diagnostici, quali gli esami endoscopici e delle cure farmacologiche. Gli argomenti dei campus Sige nascono da specifiche richieste emerse in una survey che ha coinvolto la maggior parte dei medici di medicina generale italiani. La Sige, prendendo spunto da questa attiva collaborazione, ha schedato una serie di position statement che saranno pubblicati nella pagina web della Società in modo da poter essere facilmente consultate.  
**(LAURA FUSILLO)**