

ORIGINAL ARTICLE

Competenza percepita e continuità assistenziale nella gestione delle patologie gastroenterologiche: risultati di una survey tra i medici di Medicina Generale

Perceived competence and continuity of care in the management of gastroenterological conditions: results of a survey among General Practitioners

Alessandra Belvedere, Daniele Franchi, Francesco Carofiglio, Andrea Furnari, Giusy Chiara Gioia, Marco Prastaro, Roberto Barone, Massimo Berardino, Luciano Bertolusso, Alessandro Marturano
SIMG Macroarea cronicità

ABSTRACT Le malattie dell'apparato digerente contribuiscono in misura rilevante al carico assistenziale del MMG. Le recenti acquisizioni scientifiche e l'aggiornamento della letteratura hanno ridefinito il paradigma gestionale di queste entità cliniche, con importanti ricadute sull'appropriatezza diagnostico-terapeutica e sui percorsi assistenziali. Tuttavia, le evidenze relative alla percezione con cui la *primary care* affronta tali problemi sono ancora limitate.
Al fine di sondare le esperienze in questo ambito, è stata realizzata una survey nazionale anonima mediante questionario *online*. Il questionario indagante il profilo demografico, il percorso formativo e il *management* di scenari clinici concernenti reflusso gastroesofageo, infezione da *HP*, dispepsia, stipsi, diarrea cronica, malattia diverticolare, malattie infiammatorie croniche intestinali, cirrosi epatica e colangite biliare primitiva è stato completato da 416 MMG. Per ogni scenario clinico, la gestione di un paziente già noto è stata confrontata con quella di un paziente non noto. Lo studio ha registrato il livello di conoscenza, l'approccio diagnostico-terapeutico e il grado di autonomia gestionale dei MMG italiani nella presa in carico delle principali malattie gastroenterologiche, documentando un'elevata eterogeneità nella sicurezza percepita nella gestione di tali patologie. I risultati ottenuti supportano lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati tra Medicina Generale e Specialistica; inoltre, evidenziano l'opportunità di strutturare interventi formativi mirati, atti a perfezionare l'appropriatezza diagnostico-terapeutica e migliorare gli esiti clinici.

Gastrointestinal disorders account for a substantial proportion of primary care workload. Advances in clinical evidence and updated guidelines have redefined their management, with important implications for appropriateness of care and patient outcomes. To evaluate current practice, we conducted a nationwide anonymous web-based survey among Italian General Practitioners (GPs); 416 GPs completed the questionnaire. Participants were asked about demographic characteristics, previous training, and clinical decision-making through standardized case scenarios encompassing gastroesophageal reflux disease, HP infection, dyspepsia, constipation, chronic diarrhoea, diverticular disease, inflammatory bowel disease, liver cirrhosis, and primary biliary cholangitis. For each condition, responses were compared between established and new patients. The study assessed GPs' knowledge, diagnostic and therapeutic decision-making, and confidence in the independent management of common gastrointestinal disorders. Confidence in the management of gastrointestinal disorders varied significantly among GPs. The findings support stronger integration between primary and specialist care and identify priority areas for tailored educational interventions to improve diagnostic and therapeutic appropriateness and, ultimately, patient outcomes.

Parole chiave/Key words: competenze; segni e sintomi; malattie gastroenterologiche.

Conflitto di interessi
Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
Competenza percepita e continuità assistenziale nella gestione delle patologie gastroenterologiche: risultati di una survey tra i medici di Medicina Generale 33 (04): 40-44.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.

OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

INTRODUZIONE

Le malattie gastroenterologiche rappresentano una componente rilevante dell'attività nelle cure primarie, richiedendo al medico di medicina generale (MMG) una costante sintesi tra interpretazione clinica, appropriatezza diagnostica e gestione del percorso assistenziale. Reflusso gastroesofageo, infezione da *Helicobacter pylori (H.pylori)*, malattia diverticolare, alterazioni dell'alvo (stitico e diarroico), malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) e cirrosi epatica costituiscono quadri patologici associati ad un significativo impatto epidemiologico, clinico ed economico-assistenziale[1]. In tale cornice, il MMG rappresenta una figura centrale del processo clinico, dall'inquadramento diagnostico preliminare, alla definizione del ricorso specialistico, sino alla sorveglianza longitudinale del paziente.
Negli ultimi anni, l'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e l'aggiornamento delle linee guida internazionali hanno profondamente modificato

l'approccio sistematico alle principali malattie gastroenterologiche. L'infezione da *H.pylori*, ad esempio, è oggi considerata un importante fattore di rischio oncologico, sottolineando la necessità di un'appropriata strategia diagnostica e terapeutica[2]. Le MICI richiedono un'identificazione tempestiva dei sintomi suggestivi e una gestione integrata tra medicina territoriale e medicina specialistica, al fine di ridurre il ritardo diagnostico e ottimizzare gli outcomes clinici[3]. Segni e sintomi quali dispepsia, stipsi e diarrea cronica, correlano sovente con una riduzione della qualità di vita del paziente, configurando la necessità di modelli assistenziali appropriati in ambito territoriale[4]. Non ultimo, la cirrosi epatica si conferma tra le principali cause di morbilità e mortalità in clinica medica, contraddistinta da elevata complessità e significativo impatto assistenziale[5].

Nel contesto delle cure primarie è fondamentale distinguere tra il paziente seguito regolarmente dal MMG e inserito stabilmente nei propri elenchi assistenziali e il paziente occasionale, di cui non si ha un'adeguata conoscenza anamnestica, clinica e terapeutica, in quanto fruitore di modelli organizzativi ad accesso episodico o condiviso, come le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che sono in corso di realizzazione.

Tale differenza può influenzare significativamente l'inquadramento clinico e le scelte diagnostico-terapeutiche, soprattutto in termini di continuità assistenziale e appropriatezza prescrittiva[6-7]. Nonostante la centralità del MMG, persistono significative eterogeneità nella pratica clinica quotidiana, verosimilmente correlate a differenze tecniche, logistiche e/o metodologico-organizzative. In particolare, risultano ancora esigui i dati relativi alle modalità procedurali e clinico-gestionali con cui i MMG affrontano le principali condizioni gastroenterologiche.

Alla luce di tali considerazioni, la presente *survey* è stata concepita con l'obiettivo di valutare il grado di conoscenza, e capacità di conduzione autonoma delle principali patologie gastroenterologiche con cui quotidianamente il MMG si confronta. L'identificazione di eventuali criticità potrebbe costituire la base per sviluppare processi formativi mirati e contribuire a favorire lo sviluppo di modelli assistenziali integrati tra Medicina Generale e Specialistica, con potenziali vantaggi sull'appropriatezza diagnostico-terapeutica e sulla qualità delle cure.

MATERIALI E METODI

Un breve questionario anonimo in formato digitale è stato distribuito tramite un link dedicato a 2000 MMG operanti in dieci regioni italiane. Non è stato imposto alcun limite di tempo per la compilazione. Tuttavia, una fase preliminare di prova aveva evidenziato un tempo medio di completamento di pochi minuti. I partecipanti hanno ricevuto informazioni dettagliate sulla natura anonima dell'indagine e sulle sue finalità scientifiche. L'accesso al questionario era consentito esclusivamente ai professionisti che fornivano esplicito consenso informato.

Per garantire il massimo livello di anonimato, sono state raccolte unicamente informazioni demografiche e professionali essenziali: anzianità di servizio nel SSN in qualità di MMG e area geografica di attività. Ai partecipanti è stato richiesto di autovalutare il livello percepito di preparazione in ambito gastroenterologico ricevuto du-

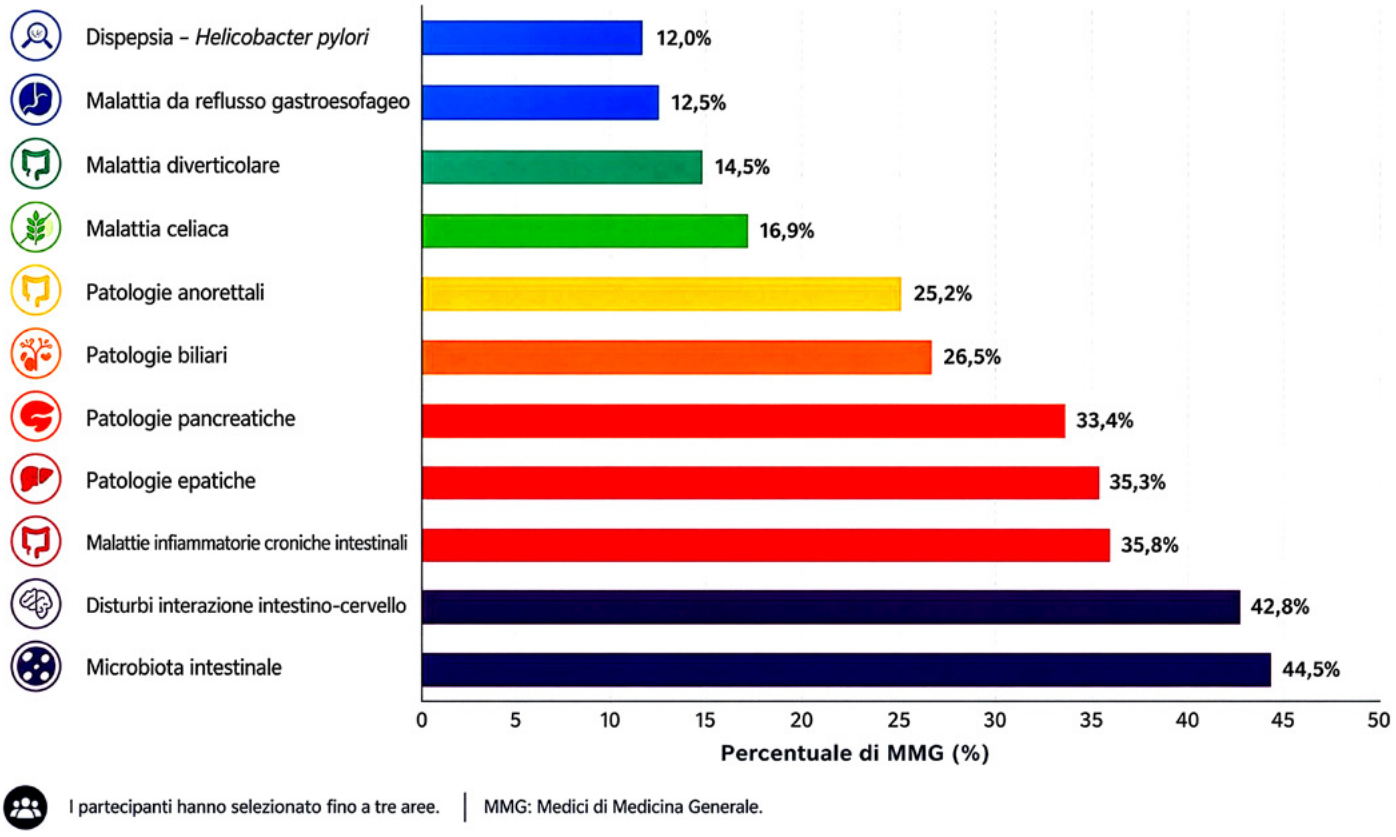

Figura 1 - Autovalutazione fabbisogni formativi in aree gastroenterologiche ed epato-bilio-pancreatiche (i partecipanti hanno selezionato fino a tre aree).

rante i propri percorsi formativi. L'autovalutazione della competenza nella gestione di specifiche condizioni gastroenterologiche è stata effettuata tramite scenari clinici semplificati predisposti *ad-hoc*.
Per ciascuno scenario sono state presentate due situazioni distinte: la prima riguardava un paziente già noto al medico, iscritto nella propria lista e seguito da tempo nella pratica clinica ordinaria; la seconda un paziente non noto, non iscritto in lista, che si presentava in accesso libero durante un'attività ambulatoriale svolta nell'ambito di un'AFT. Le risposte sono state raccolte in un database dedicato, nel rigoroso rispetto dell'anonimato dei partecipanti. I risultati sono stati espressi come percentuale di risposte corrette sul totale delle risposte fornite. Le associazioni tra variabili sono state analizzate mediante test esatto di *Fisher* a due code. Quando appropriato, sono state effettuate analisi stratificate con metodo di *Mantel–Haenszel* per il controllo di possibili fattori confondenti, quali l'età. È stato considerato statisticamente significativo un valore di $p < 0,05$.
Lo studio è stato condotto in conformità ai principi della Dichiarazione di Helsinki. Il consenso informato è stato ottenuto da

Tabella 1 - Risultati degli scenari clinici. Numero e percentuale di MMG orientati a gestire la condizione in autonomia oppure a richiedere consulenza specialistica, distinguendo tra il caso di un paziente già noto (iscritto nella propria lista assistiti) e quello di un paziente non noto (non iscritto nella lista personale di assistenza).

	PAZIENTE NOTO		PAZIENTE NON NOTO	
Scenario	**Gestione personale**	**Consultazione specialistica**	**Gestione personale**	**Consultazione specialistica**
Sospetta MRGE con sintomi extraesofagei e senza sintomi tipici	357 (85.8%)	59 (14.2%)	236 (56.7%)	180 (43.3%)
Sospetta MRGE, EGDS negativa, non rispondente a terapia con IPP	233 (56.0%)	183 (44.0%)	157 (37.7%)	259 (62.3%)
Dispepsia, EGDS negativa, *HP* negativa	274 (65.9%)	142 (34.1%)	107 (25.7%)	309 (74.3%)
Primo trattamento per infezione da *HP*	394 (94.7%)	22 (5.3%)	362 (87.0%)	54 (13.0%)
Trattamento di seconda linea per infezione da *HP*	218 (52.4%)	198 (47.6%)	127 (30.5%)	289 (59.5%)
Stipsi cronica non rispondente a terapia con macrogol	300 (72.1%)	116 (27.9%)	187 (45.0%)	229 (55.0%)
Diarrea cronica	240 (57.7%)	176 (42.3%)	114 (27.4%)	302 (72.6%)
Diverticolosi cronica	362 (87.0%)	54 (13.0%)	282 (67.8%)	134 (32.2%)
Malattia diverticolare sintomatica non complicate ricorrente	326 (78.4%)	90 (21.6%)	197 (47.4%)	219 (52.6%)
Colite ulcerosa in fase di remissione	316 (76.0%)	100 (24.0%)	203 (48.8%)	213 (51.2%)
Colite ulcerosa, riacutizzazione	129 (31.0%)	287 (69.0%)	28 (6.7%)	388 (93.3%)
Cirrosi epatica, compenso clinico	256 (61.5%)	150 (38.5%)	107 (25.7%)	309 (74.3%)
Cirrosi epatica, scompenso clinico	63 (15.1%)	353 (84.9%)	13 (3.1%)	403 (96.8%)
Sospetta colangite biliare primitiva	87 (20.9%)	329 (79.1%)	1 (0.2%)	415 (99.8%)

In tutti gli scenari clinici le frequenze di trattamento in gestione personale e consultazione specialistica differiscono tra paziente noto e paziente non noto ($p<0.05$) eccetto lo scenario "Primo trattamento per infezione da *HP*".
MRGE = malattia da reflusso gastroesofageo; EGDS = esofagogastroduodenoscopia

tutti i partecipanti ed il protocollo è stato approvato dalla Commissione Survey della SIMG (protocollo n.8/2025).

RISULTATI

Hanno completato il questionario 416 MMG, geograficamente distribuiti in modo equilibrato: il 48.6% operava nel Nord–Centro Italia e il 51.4% nel Sud e Isole maggiori. Quasi la metà dei partecipanti (47.1%) aveva meno di cinque anni di anzianità di servizio nel SSN, dato coerente con il ricambio generazionale in atto nella medicina generale italiana. Quasi la metà dei rispondenti (45%) ha dichiarato che la formazione universitaria e post–laurea li avesse discretamente o ben preparati alla gestione delle patologie gastroenterologiche, il 42.3% si riteneva solo sufficientemente preparato e il 12.7% scarsamente preparato.

La **Figura 1** presenta i risultati della richiesta di selezionare tre aree prioritarie di bisogno formativo tra 11 tematiche proposte. Gli ambiti più frequentemente indicati come meritevoli di approfondimento sono stati: microbiota intestinale (44.5%), disturbi funzionali intestinali (42.8%), MICI (35.8%), epatopatie (35.3%) e patologie pancreatiche (33.4%).

Le risposte agli scenari clinici sono sintetizzate nella **Tabella 1**. Ciascuno scenario prevedeva due versioni: una riferita a un paziente noto (iscritto nella lista del MMG) e una a un paziente non noto (visita occasionale in corso di attività AFT). Per la malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE), la maggior parte dei MMG ha dichiarato di gestire autonomamente i casi con sintomi extraesofagei, indipendentemente dalla conoscenza del paziente. Al contrario, l'invio allo specialista risultava più frequente nei casi con endoscopia negativa e scarsa risposta alla terapia con inibitori di pompa protonica (IPP). La dispepsia funzionale veniva generalmente trattata senza invio specialistico solo se riguardava pazienti noti. L'infezione da *H.pylori* era per lo più gestita in autonomia, riservando la consulenza specialistica soprattutto ai pazienti non noti con fallimento della terapia di prima linea.

Per quanto concerne i sintomi del tratto gastrointestinale inferiore, i MMG esprimevano maggiore sicurezza nella gestione della stipsi nei pazienti noti, mentre la fiducia diminuiva nei confronti di soggetti non conosciuti. La gestione della diarrea cronica si associava a un livello di sicurezza complessivamente limitato, anche nei pazienti già in carico. Viceversa, è emersa un'elevata sicurezza nella gestione della malattia diverticolare, inclusa la diverticolosi e la malattia diverticolare sintomatica non complicata (SUDD), con ricorso allo specialista principalmente nei casi di SUDD in pazienti non noti. I rispondenti hanno riportato buona sicurezza solo nella gestione di pazienti noti con colite ulcerosa in fase di remissione, mentre la consulenza specialistica veniva frequentemente richiesta in caso di riacutizzazione, indipendentemente dalla familiarità con il paziente. Un andamento analogo è stato osservato per la cirrosi epatica: la gestione autonoma risultava più sicura nei pazienti noti con malattia compensata, mentre l'invio allo specialista era frequente nei casi di scompenso. Infine, nello scenario di sospetta colangite biliare primitiva (CBP), l'invio allo specialista rappresentava l'approccio prevalente anche in presenza di un paziente già noto al MMG.

DISCUSSIONE

I risultati della presente indagine evidenziano come i MMG italiani percepiscano un livello di competenza eterogeneo nella gestione delle principali patologie gastroenterologiche, con differenze rilevanti in relazione sia all'ambito clinico considerato che al grado di familiarità con il paziente. Nel complesso, meno della metà dei partecipanti percepisce di aver ricevuto una preparazione adeguata durante il percorso universitario e post-laurea per la gestione delle patologie gastroenterologiche.

La maggioranza invece, riferisce un livello di preparazione soltanto sufficiente, con una quota più contenuta che lo valuta come insufficiente. Questo dato è coerente con precedenti studi europei e italiani che hanno documentato tra i MMG un'aderenza variabile alle linee guida, una limitata familiarità con alcuni strumenti diagnostici non invasivi e una frequente propensione al ricorso alla consulenza specialistica anche per condizioni potenzialmente gestibili in ambito di cure primarie[8].

La formazione universitaria e *post lauream* dei medici in ambito gastroenterologico è ritenuta insufficiente da una parte considerevole di MMG italiani[9]. Questo dato suggerisce la persistenza di bisogni formativi percepiti in un'area clinica che rappresenta una componente rilevante dell'attività quotidiana della medicina generale. Sebbene l'autovalutazione delle competenze sia soggetta a possibili *bias* cognitivi e non possa essere considerata una misura oggettiva della performance clinica, essa rappresenta uno strumento utile e validato per identificare bisogni formativi percepiti e orientare la programmazione di interventi educativi mirati[10].

L'analisi delle preferenze formative conferma questa esigenza. Ambiti quali il microbiota intestinale, i disturbi funzionali intestinali, le MICI, le epatopatie e le patologie pancreatiche sono stati frequentemente indicati come aree meritevoli di ulteriore approfondimento. Si tratta di condizioni patologiche caratterizzate da crescente complessità diagnostica e gestionale, oltre che da una rapida evoluzione delle conoscenze scientifiche e terapeutiche[11]. Parallelamente, le aree percepite come più bisognose di formazione coincidono in larga parte con quelle nelle quali, negli scenari clinici proposti, è emersa una minore sicurezza gestionale e una maggiore propensione alla consulenza specialistica. Un risultato particolarmente rilevante riguarda il diverso atteggiamento dei MMG nei confronti dei pazienti già conosciuti rispetto ai pazienti non noti.

In numerosi scenari clinici, la propensione alla gestione autonoma è risultata maggiore quando il paziente era già inserito nella lista assistiti del medico, mentre il ricorso alla consulenza specialistica aumentava nel caso di pazienti occasionali o non precedentemente conosciuti. Questo fenomeno, già identificato in letteratura come effetto della "relazione terapeutica consolidata", riflette il valore e l'utilità informativa dell'anamnesi longitudinale e del contesto psicosociale nel quale il paziente è immerso quotidianamente[12].

Questo andamento è stato osservato in diversi scenari a prevalente gestione ambulatoriale, tra cui la dispepsia funzionale, la stipsi, la malattia diverticolare non complicata, la colite ulcerosa in remissione e la cirrosi compensata. Questo risultato suggerisce che la percezione di competenza non dipenda esclusivamente dalla patologia in sé, ma anche dalla continuità assistenziale e dalla conoscenza pregressa del paziente, elementi centrali nella pratica della Medicina Generale[13]. Queste osservazioni risultano di rilevante importanza alla luce della riorganizzazione della Medicina Generale che prevede la diffusione di ambulatori delle AFT nei quali il medico riceve routinariamente pazienti anche non iscritti al proprio elenco di assistenza.

Al contrario, alcune condizioni hanno mostrato un elevato ricorso alla consulenza specialistica indipendentemente dalla familiarità con il paziente, suggerendo che i MMG riconoscano tali scenari come caratterizzati da maggiore complessità clinica, rischio evolutivo o necessità di competenze specialistiche. È il caso delle

riacutizzazioni della colite ulcerosa[14], della cirrosi epatica[15] e della sospetta CBP[16], scenari nei quali i MMG sembrano riconoscere con chiarezza la necessità di una gestione specialistica. Analogamente, nella MRGE con endoscopia negativa e scarsa risposta alla terapia con IPP è emersa una frequente richiesta di consulenza gastroenterologica. Questi dati potrebbero riflettere la percezione di maggiore complessità clinica o di maggiore rischio associato a tali condizioni[17]. Per alcune problematiche è invece emersa una maggiore sicurezza gestionale. L'infezione da *H.pylori* è stata prevalentemente affrontata in autonomia, con richiesta di consulenza soprattutto nei casi di fallimento terapeutico[18].

Anche la gestione della malattia diverticolare non complicata è risultata caratterizzata da elevata fiducia, almeno nei pazienti già noti[19]. Diversamente la diarrea cronica si è associata a un livello di sicurezza limitato anche nei soggetti già in carico al MMG, suggerendo come tale sintomo venga percepito come particolarmente eterogeneo e potenzialmente complesso dal punto di vista diagnostico[20].

La composizione del campione merita alcune considerazioni. Quasi la metà dei partecipanti aveva meno di cinque anni di anzianità di servizio nel SSN, dato coerente con il ricambio generazionale in corso nella Medicina Generale italiana. Tale caratteristica potrebbe aver influenzato almeno in parte la percezione della preparazione ricevuta e dei bisogni formativi attuali. Allo stesso tempo, la distribuzione geografica equilibrata tra Nord-Centro e Sud-Isole rappresenta un elemento di interesse, poiché riduce il rischio che i risultati riflettano esclusivamente specifiche realtà territoriali.

Lo studio presenta inevitabilmente alcune limitazioni. In primo luogo, si tratta di un'indagine basata sull'autovalutazione della competenza percepita e non sulla misurazione oggettiva delle conoscenze o delle performance cliniche.

Inoltre, le risposte agli scenari clinici riflettono intenzioni dichiarate piuttosto che comportamenti effettivamente adottati nella pratica quotidiana. Anche la partecipazione volontaria potrebbe aver determinato un potenziale *bias* di selezione, favorendo il coinvolgimento di professionisti maggiormente interessati all'ambito gastroenterologico. Infine, gli scenari proposti erano necessariamente semplificati e non potevano riprodurre tutta la complessità decisionale tipica della pratica clinica reale. Nonostante tali limiti, l'indagine fornisce indicazioni utili sui bisogni percepiti dei MMG nell'ambito della gastroenterologia e dell'epatologia.

I risultati suggeriscono l'opportunità di sviluppare programmi formativi mirati, con particolare attenzione alle condizioni considerate più complesse o associate a minore sicurezza gestionale. Inoltre, il ruolo della continuità assistenziale emerso negli scenari clinici sottolinea come la relazione medico-paziente continui a rappresentare un elemento fondamentale nella gestione delle patologie croniche e dei sintomi gastroenterologici in Medicina Generale.

CONCLUSIONI

In conclusione, i MMG coinvolti nello studio hanno mostrato livelli variabili di sicurezza nella gestione delle problematiche gastroenterologiche, con una maggiore autonomia nelle condizioni considerate più comuni o nei pazienti già conosciuti, e un più frequente ricorso allo specialista nei quadri percepiti come complessi o nei pazienti non noti. La presenza di rilevanti bisogni formativi percepiti conferma la necessità di strategie educative dedicate, orientate agli ambiti clinici identificati come prioritari dagli stessi professionisti.

Bibliografia

1. *Wang Y et al. Global burden of digestive diseases: a systematic analysis of the global burden of diseases study, 1990 to 2019. Gastroenterology 2023;165:773-83.*
2. *Liou JM et al. Screening and eradication of Helicobacter pylori for gastric cancer prevention: the Taipei global consensus. Gut 2025;74:1767-80.*
3. *Hracs L, et al. Global evolution of inflammatory bowel disease across epidemiologic stages. Nature 2025;638:441-48.*
4. *Black CJ, et al. Functional gastrointestinal disorders: advances in understanding and management. Lancet 2020;396:1664-74.*
5. *Ginès P, et al. Liver cirrhosis. Lancet 2021;398:1359-76.*
6. *Alazri M, et al. Continuity of care: literature review and implications. Sultan Qaboos Univ Med J 2007;7:197-206*
7. *Baker R, et al. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. Br J Gen Pract 2020;70:e600-11.*
8. *Herszényi L. Reflux symptoms - functional and structural diseases: the approach from the general practitioner. Dig Dis 2021;39:585-89.*
9. *Casella G, et al. Celiac disease: experience of general practitioners in Brianza Area- Monza- Milan-Italy. Gastroenterol Hepatol Bed Bench 2023;16:188-93.*
10. *Loeb DF, et al. Primary care providers' experiences caring for complex patients in primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract 201617:34.*
11. *de Vos WM, et al. Gut microbiome and health: mechanistic insights. Gut 2022;71:1020-32.*
12. *Forte V, et al. Continuity of care with a family doctor is associated with lower mortality, fewer hospital admissions and reduced need for emergency care. Recenti Prog Med 2025;116:730-31.*
13. *Olthof M, et al. Continuity of care and referral rate: challenges for the future of health care. Fam Pract 2019;36:162-65*
14. *Moran GW, et al. IBD guideline development group. British Society of Gastroenterology guidelines on inflammatory bowel disease in adults: 2025. Gut 2025 Jun 23;74(Suppl 2):s1-s101. Erratum in: Gut 2025 Oct8;74(11):e20.*
15. *Grattagliano I, et al. Management of liver cirrhosis between primary care and specialists. World J Gastroenterol 2011;17:2273-82.*
16. *Corrigan M, et al. Barriers to implementation of stratified care in primary biliary cholangitis: a scoping exercise. BMJ Open Gastroenterol 2019;6:e000226.*
17. *Kazakova T, et al. Gastro-esophageal reflux disease in primary care practice: a narrative review. Ann Esophagus 2023;6:25.*
18. *Tosetti C, et al. Survey on the knowledge and the management of helicobacter pylori Infection by Italian general practitioners and doctors in general practice training. Gastrointest Disord 2024;6:421-30.*
19. *Williams S, et al. Diverticular disease: update on pathophysiology, classification and management. Frontline Gastroenterol 2023;15:50-8.*
20. *Sokic-Milutinovic A, et al. Diarrhea as a clinical challenge: general practitioner approach. Dig Dis 2022;40:282-89.*