



LA CARTELLA STAMPA CONTIENE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

FIMAD

Federazione Italiana Malattie Apparato Digerente

- La Gastroenterologia Pag. 2
- La Produzione Ospedaliera Pag. 6
- La Spesa Farmaceutica Pag. 9
- Le Malattie Gastroenteriche Pag. 10
- La Federazione Italiana Malattie Apparato Digerente Pag. 28
- Gastroepatonet.org e il Progetto Amadeus Pag. 30
- La Strategia di Intervento Ideale Pag. 33
- Scheda di Sintesi Pag. 35

FIMAD

La Gastroenterologia in Italia

Le Malattie Digestive comprendono tutte le malattie (malformazioni, degenerazioni, infiammazioni e tumori) interessanti l'apparato digerente e gli organi annessi: fegato, vie biliari, pancreas. Il corpo dottrinale e scientifico e i molteplici aspetti tecnico professionali costituiscono una branca specialistica importante della medicina con competenze e finalità ben precise: **la Gastroenterologia.**

La Gastroenterologia è la disciplina che affronta le problematiche dell'apparato digerente nella sua totalità sotto i molteplici aspetti dello studio, della ricerca, dell'insegnamento, della prevenzione, dell'assistenza e della riabilitazione.

Esami tipici della Gastroenterologia

Questi compiti vengono assolti con le conoscenze professionali specialistiche e con l'aiuto di metodiche diagnostiche, quali **l'endoscopia digestiva, l'ecografia, il laboratorio, le tecniche strumentali d'indagine fisiopatologica, la laser terapia, la radiologia.** Questi strumenti e questi metodi (di supporto alla disciplina di base) si integrano e si identificano in maniera inscindibile nella stessa e rispondono alle richieste di una diagnostica difficile e tecnicamente sofisticata. **La Gastroenterologia è, dunque, dottrina e scienza applicata insieme.**

Ambiti interessati dalla Gastroenterologia

La Gastroenterologia rappresenta un campo d'azione trasversale, tra strutture generali e strutture specialistiche: coinvolge, infatti, realtà molteplici quali la Chirurgia e la medicina generale, l'Endoscopia Digestiva, la nutrizione clinica, la Radiologia, la Medicina Nucleare, l'Anatomia Patologica, la Fisiopatologia Digestiva. **Le malattie digestive dell'età limite, pediatrica e geriatrica** (che richiamano sia condizioni di fisiopatologia gastroenterologica dell'età media, sia problemi nutrizionali e dietetici recentemente assurti a ruoli e finalità di significato sempre più strettamente terapeutico), **fanno della specialità un campo molto ampio di consultazione e di riferimento.** Tale situazione avvalorata la tesi secondo cui la Gastroenterologia debba essere adeguatamente rappresentata da un Servizio Specialistico paragonabile a reparti di Medicina e di Chirurgia generali.

Autonomia della disciplina

La Gastroenterologia ha ragioni e pieno diritto di esistenza autonomi; è, infatti, in grado di affrontare in maniera decisamente più positiva e produttiva tutti i vari problemi che insorgono nella terapia rivolta alle malattie gastroenteriche (dal punto di vista preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo). Il suo bagaglio tecnico e culturale può, in effetti, essere mantenuto e potenziato solo in ambiente specialistico; il suo personale medico e infermieristico deve essere istruito e guidato da

Specialisti in Unità di ricovero ad alta concentrazione di pazienti selezionati i quali, a loro volta, traggono dalla circostanza il massimo beneficio; l'impiego di tecniche sofisticate e costose va infine attuato con il giusto contenimento e con il massimo di efficienza, che equivale al massimo di appropriatezza, in strutture dedicate esclusivamente alla specialità.

prima causa di ricovero in Italia

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 in regime Ordinario e Day Hospital per malattie all'apparato digerente (compresi i tumori), rispetto al totale dei ricoveri ordinari che nel 2002 sono stati 9.574.691. Le Malattie Gastroenteriche rappresentano, così, la prima causa di ricovero in Italia.

Nel 2002, in Italia, 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, dello stomaco 12.440.

9.672.210 giornate di degenza

In termini di "giornate di degenza", nel 2002, sono state impiegate 9.672.210 giornate dagli italiani ricoverati per malattie collegate all'apparato digerente (su un totale nazionale di 70.469.725 giornate complessive, che rappresenta il 13,72% sul totale). Le Degenze medie più elevate si riscontrano per i ricoveri dovuti a tumori, in particolare per i tumori allo stomaco (16,7 giorni) e quelli all'intestino (15,9 giorni).

45-64 anni: la fascia di età con il maggior numero di ricoverati

Suddividendo il numero di ricoverati per malattie dell'apparato digerente, nel 2002, la maggior parte si riferisce alla fascia di età tra i 65 anni e oltre con 372.118 ricoveri (40% dei ricoverati). In seconda posizione quella tra i 45 e i 59 anni (19% sul totale con 180.702). Seguono poi la fascia di età compresa tra i 25 e i 44 anni (17,8%), quella tra i 60 e i 64 anni e da 1 a 14 anni entrambi pari all'8%. Agli ultimi posti troviamo il gruppo dai 15 a 24 anni (6%) e quello con meno di 1 anno (1,2%).

Distribuzione regionale ricoverati malattie apparato digerente anno 2002

Volendo poi ripartire per regione la distribuzione dei ricoverati per malattie all'apparato digerente troviamo la Lombardia in testa con 200.852 casi (che rappresenta il 15,3% sul totale dei 1.309.009 nazionali), seguita dalla Campania con 131.095 casi (10%), a seguire Sicilia con 129.583 casi (9,9%), Lazio con 127.048 (9,7%) e Puglia con 110.885 (8,5%). La regione in cui si registra il minor numero di casi è la Valle D'Aosta con 2.545 ricoveri.

Lombardia	200.852
Campania	131.095
Sicilia	129.583
Lazio	127.048
Puglia	110.885
Emilia-Romagna	90.204
Veneto	87.428
Toscana	72.020
Piemonte	71.145
Calabria	49.989
Abruzzo	40.543
Sardegna	40.132
Liguria	37.583
Marche	33.137
Friuli Venezia Giulia	21.953
Trentino Alto Adige	20.261
Umbria	19.406
Basilicata	13.717
Molise	9.483
Valle D'Aosta	2.545
TOTALE	1.309.009

Fonte: Ministero Salute, statistiche 2002.

Seconda causa di morte Dal punto di vista epidemiologico generale, le malattie dell'apparato digerente (inclusi i tumori dell'apparato digerente: esofago, stomaco, pancreas, intestino, fegato, dotti biliari, colon, retto, peritoneo, altri app. digerente) rappresentano la seconda causa di morte per un totale di 82.127 decessi, preceduta dalle malattie cardiovascolari.

Dei decessi causati dalle Malattie dell'Apparato Digerente ben 57.054, il 69,5%, sono causati da tumori.

Il 14,7% dei decessi provocati da malattie gastroenteriche **Le Malattie Gastroenteriche** (inclusi i tumori dell'apparato digerente: esofago, stomaco, pancreas, intestino, fegato, dotti biliari, colon, retto, peritoneo, altri app. digerente) **provocano il 14,7% dei decessi totali** e il 34,7% di quelli per tumore.

Per la popolazione maschile, le malattie dell'apparato digerente rappresentano la terza causa di morte con il 15,9% di tutti i decessi, dopo le malattie del sistema cardiovascolare (37,8%) e le malattie del sistema respiratorio (17,3%).

Per le donne queste malattie rappresentano la seconda causa di morte (13,6% di tutti i decessi) dopo le malattie del sistema cardiovascolare (46,8%).

Le Malattie Digestive appaiono particolarmente rilevanti nella fascia di età 35-54 anni, dove rappresentano il 20,8% per i maschi e il 18,9% per le femmine di tutti i decessi.

**Mortalità
per Tumore
allo stomaco**

Nell'ambito delle Malattie Gastroenteriche, di particolare rilevanza appaiono le percentuali di decessi attribuiti ai **tumori allo stomaco**.

I tumori allo stomaco colpiscono il 5,5% della popolazione maschile e il 4% di quella femminile. La fascia di età dove si registrano il maggior numero di decessi è quella tra i 55 e i 74 anni: pari al 4% dei maschi e il 3,4% delle femmine.

**Mortalità in
diminuzione fino a
74 anni per le
malattie digestive**

La mortalità per malattie gastroenteriche nella popolazione italiana di età fino a 74 anni è in diminuzione sia nei maschi che nelle femmine. Si registrano infatti tassi in diminuzione pari a -5,8% nella popolazione maschile e a - 8,8% in quella femminile.

**Mortalità
per tumori:
aumentano quelli
al colon e al
fegato.**

Il tasso di mortalità in relazione a tutti i tumori dell'apparato digerente si è mantenuto costante: - 4,1% nella popolazione maschile e +2,7% per quella femminile. Questo andamento è dovuto, da un lato, alla marcata e uniforme **diminuzione della mortalità per tumore allo stomaco (-25,7% per i maschi e -27,7% per le femmine)**, dall'altro ad un analogo **incremento del tasso di mortalità per i tumori del colon (+17,6% nei maschi e + 5,6 % nelle femmine)**. A seguire, quello della colecisti **(+16,7% per i maschi e +20% per le femmine)** e del pancreas **(+28% per i maschi e +25% per le femmine)**. **Oggi il tumore al colon e retto colpisce il 13,1% degli uomini e il 13,7% delle donne.**

**Mortalità
per cirrosi epatica**

Considerando i decessi per cirrosi epatica, si registra una mortalità pari al 2,4% nei maschi e al 1,6% nelle femmine (per un totale di decessi pari a 11.268 nell'anno 2001).

FIMAD

La Produzione Ospedaliera

Malattie apparato digerente: 84% ricoveri in Gastroenterologia ed Endoscopia	Le patologie dell'apparato digerente rappresentano l'84% dei ricoveri nei reparti di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva. Altrettanto elevate appaiono le percentuali per ricoveri in reparti di Chirurgia Generale (61%), Chirurgia Pediatrica (35%), Malattie Infettive (31%), Medicina Generale (15%).
8,8 giornate di degenza	I ricoveri in reparti Geriatrici, se da un lato rappresentano la percentuale più bassa in relazione al numero totale dei ricoveri per patologie gastroenteriche, sono, dall'altra parte, caratterizzati dalla durata media di degenza più elevata. Presentano, infatti, una media di 8,8 giorni di degenza, seguiti dai reparti di Medicina Generale, con una durata media pari a 8,5 giorni di degenza e dai reparti di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva con una media pari a 8,2. Nettamente inferiori appaiono invece le durate di degenza per i reparti di Medicina D'Urgenza e di Chirurgia Generale che si attestano rispettivamente intorno a una media di 3,5 e di 2,9 giorni di ricovero.
Prima causa di dimissione	Le malattie gastroenteriche sono la prima causa di dimissione dai reparti di assistenza, pari al 16,7% del totale delle dimissioni ospedaliere, seguite solo dalle malattie del sistema cardiocircolatorio, che costituiscono il 16,5%.
426.800 visite ambulatoriali	Le visite ambulatoriali mostrano, poi, valori elevatissimi, raggiungendo il numero di 426.800 all'anno. La sindrome dell'intestino irritabile, in particolare, presenta un impatto particolarmente rilevante per quanto riguarda l'attività ambulatoriale specialistica: anche se solo il 20% dei pazienti affetti da colon irritabile si rivolge al medico di famiglia e una quota ancora più bassa allo specialista gastroenterologico, l'alta prevalenza e la caratteristica natura cronica di questo disturbo collocano la patologia al primo posto tra le richieste di visita specialistica gastroenterologica.
90.240 ecografie e 30.480 biopsie epatiche	Il dato riferito alle ecografie e alle biopsie epatiche si attesta, rispettivamente a 90.240 e 71.920 esami effettuati all'anno.
1.600.479 endoscopie	Per quanto riguarda gli esami ambulatoriali, il dato più rilevante riguarda le endoscopie. 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.

L'endoscopia terapeutica più frequente: asportazione di lesioni polipoidi del retto colon

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 la asportazione di lesioni polipoidi del retto-colon (57.888 polipectomie)**, seguita dalla emostasi endoscopica a livello dell'esofago, stomaco, duodeno e colon (23.766 endoscopie in emergenza urgenza). L'endoscopia biliopancreatica più frequentemente eseguita è stata la rimozione dei calcoli biliari, in alternativa o in associazione alla colecistectomia chirurgica (29.278 endoscopie), seguita dal posizionamento di stent biliari o pancreatici con finalità palliativa (10.561 endoscopie), anche in questo caso in alternativa o in preparazione ad un intervento chirurgico.

61,6% pazienti ambulatoriali per endoscopie digestive

I pazienti ambulatoriali sottoposti a endoscopia digestiva **sono stati il 61,6% del totale**. E, proprio per questo, nella maggior parte dei casi è stato possibile effettuare la diagnosi e la terapia senza dover ricorrere ad un ricovero ospedaliero.

Nel **42,6% dei Centri di endoscopia l'attività viene svolta in regime di Day Hospital**. L'attività endoscopica in emergenza urgenza è stata effettuata dal 49,3% dei centri, ma è necessario rimarcare che il personale per tale attività si è reso disponibile su base volontaria e quindi non retribuita nel 64% dei Centri. Nel 21,7% dei Centri è attivo un registro complicanze, disponibile per audit interni. Il 93,3% dei Centri è in grado di eseguire le endoscopie in sedazione cosciente al fine di garantire una migliore compliance dei pazienti.

Crescita e tipologia delle attività endoscopiche dal 1994 al 2001

Il numero delle endoscopie è andato progressivamente aumentando, con un **incremento del 56,1% dal 1994 al 2001 per le endoscopie diagnostiche**, del **75,6%** per le **pancolonscopie**, del **60%** per le **polipectomie** e del **66,3%** per le **sfinterotomie biliari**.

	1994	1999	2001
Endoscopie diagnostiche	634.052	1.229.594	1.444.414
EGDS	415.082	785.304	1.008.765
Pancolonscopie	78.381	211.679	320.645
Polipectomie del retto-colon	23.150	52.329	57.888
Sfinterotomie e biliari	6.236	14.899	18.498

Elevata richiesta specialistica

In base a tali dati, **appare dunque evidente la fortissima pressione in termini di richiesta** (di ricoveri, di visite ambulatoriali, di esami specialistici) **che contraddistingue i servizi di Gastroenterologia** rispetto agli ambienti non specialistici: **allo stato attuale, i servizi di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva lavorano tutti al livello massimo**

delle possibilità di utilizzo dei letti di ricovero e delle strutture diagnostico-terapeutiche.

Situazione inadeguata rispetto alle reali necessità

Il posto della Gastroenterologia, nell'attuale organizzazione sanitaria, appare di gran lunga inferiore alla necessità del Paese e non viene neppure esaurita in termini numerici dalle altre realtà sanitarie, quali le divisioni Mediche e Chirurgiche.

Necessità di potenziare la specialità

Dopo il fiorire (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. Allo stato attuale vi sono pochi Dipartimenti di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva; la Gastroenterologia rappresenta, inoltre, generalmente una Specialità inserita all'interno di un Dipartimento di Medicina Interna.

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.

FIMAD

La Spesa Farmaceutica

L'analisi della spesa farmaceutica pone in evidenza il forte impatto non solo sociale, ma anche economico, delle malattie dell'apparato digerente.

Quasi 10 milioni gli italiani che fanno uso di farmaci gastroenterologici

Nel 2003, la percentuale di popolazione che ha consumato almeno una confezione di farmaci gastroenterologici (vale a dire farmaci utilizzati per la cura delle patologie dell'apparato digerente ed epatobiliare) **ha raggiunto un valore pari al 16,1%** della popolazione totale: **ciò significa che quasi 10 milioni di italiani (su 56.995.744. dati Istat 2001) hanno acquistato e consumato nel 2003 almeno una confezione di farmaci per terapie gastroenterologiche.**

9,5% della spesa annuale di tutti i farmaci

Se consideriamo il numero di pezzi venduti, il **gruppo di farmaci per le malattie dell'apparato digerente incide per il 7.8% sulla vendita delle confezioni**, preceduto solamente dai farmaci per il sistema cardiovascolare (40.3%) e dagli antimicrobici ad uso sistemico (11.8%). **L'insieme della spesa dei farmaci gastroenterologici ammonta a 1.379 milioni di Euro, l'11,2% della spesa annuale di tutti i farmaci, con una spesa media per trattato di 110,52 Euro all'anno.**

Prevalenza di omeprazolo

Tra i farmaci gastroenterologici spicca su tutti un antisecretore, l'omeprazolo: si tratta del farmaco al primo posto per spesa nel 2003, per un ammontare pari a 349 milioni di Euro, (il 2,8% della spesa totale per farmaci e il 25,3% della spesa per farmaci gastroenterologici) e una spesa media per trattato di 170,25 Euro. L'omeprazolo è il **quattordicesimo farmaco per diffusione (consumato dal 2.9% della popolazione).**

I soggetti trattati con i farmaci di sesso maschile tendono a consumare una quantità di farmaci leggermente superiore rispetto alle donne. I dati di popolazione mostrano invece una leggera prevalenza nella percentuale di trattati femmine per le fasce di età fino agli 80 anni, con un'inversione di questo rapporto nella fascia d'età oltre gli 80.

Il maggior consumo di farmaci gastrointestinali tra i pazienti con più di 65 anni

Il consumo di farmaci gastrointestinali cresce al crescere dell'età. La prevalenza di consumo nella popolazione sale a oltre il 30% tra i pazienti con più di 65 anni, senza che la percentuale di spesa subisca variazioni significative (la spesa complessiva si colloca **tra il 9 e il 10%**, nonostante un incremento della corrispondente spesa media per trattato fino ad oltre i 130 Euro all'anno).

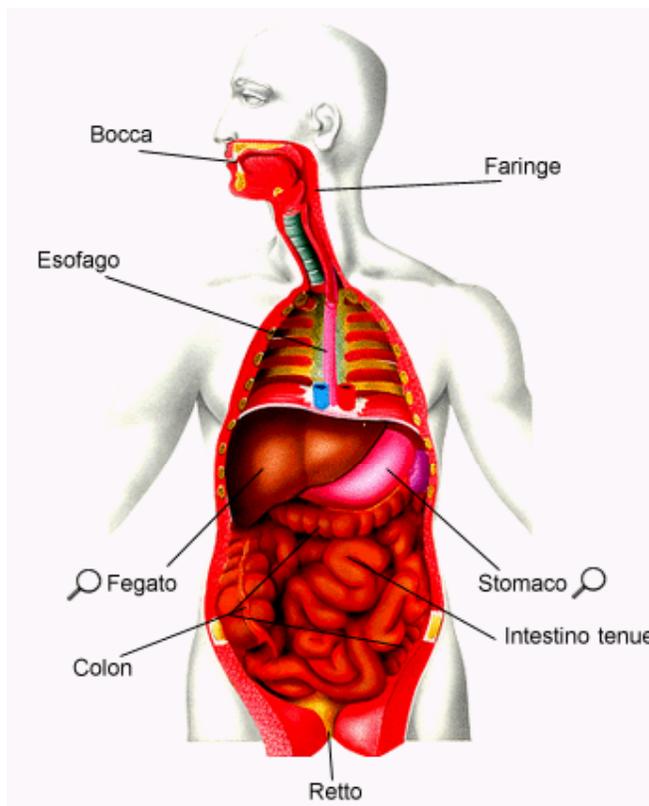
FIMAD **Le Malattie Gastroenteriche**

L'apparato digerente

Esofago, stomaco, fegato e pancreas, intestino tenue e intestino crasso compongono l'apparato digerente: funzione primaria di questi organi è quella di consentire la digestione e l'assorbimento delle sostanze nutritive contenute negli alimenti e di eliminarne le componenti non utilizzate. Inoltre, il fegato ha un ruolo metabolico primario per l'organismo e svolge un'azione detossificante per farmaci e metabolici, che elimina attraverso la bile .

Crocevia importante di patologie

L'apparato digerente può essere interessato da molteplici patologie, sia in modo diretto sia come conseguenza di terapie dirette ad altri organi e apparati.



Che cosa è l'esofago

L'esofago è un viscere che attraversa la cavità toracica e collega la faringe allo stomaco; la sua funzione è quella di permettere il transito del cibo fino allo stomaco e di impedire il reflusso del contenuto gastrico. Presenta una parete rivestita da diversi strati, di cui i due più esterni muscolari, uno interno costituito (strato mucoso) ed uno intermedio (sottomucosa). Quando si

deglutisce, i muscoli della parete dell'esofago si contraggono, spingendo il bolo alimentare nello stomaco, con un processo chiamato **peristalsi**. La porzione inferiore dell'esofago svolge un'attività di tipo sfinteriale (sfintere esofageo inferiore), con rilasciamento nella fase della deglutizione per lasciare passare il bolo alimentare e successiva contrazione per impedire il reflusso del cibo e del succo gastrico.

La malattia da reflusso gastroesofageo

La malattia da reflusso gastroesofageo è una patologia caratterizzata da reflusso del contenuto gastrico in esofago. Accade infatti molto frequentemente che la giunzione esofago-gastrica e lo sfintere esofageo inferiore perdano alcune delle loro caratteristiche anatomico-funzionali (talvolta come conseguenza dell'ernia iatale gastrica); può quindi capitare che parte del cibo ingerito refluisca nell'esofago. Nelle persone che soffrono di malattia da reflusso gastroesofageo succede proprio questo: **il cibo e il succo gastrico contenuti nello stomaco refluiscono nell'esofago.**

Oggi l'8,2% degli italiani soffre di esofagite (in particolare quelli con 55 anni o oltre).

L'insorgenza del reflusso gastroesofageo può essere favorita da molteplici fattori, come **stili di vita non corretti** (fumo e consumo eccessivo di caffè), **l'utilizzo di alcuni farmaci** (ad es. i calcio-antagonisti), il ripetersi di **sforzi fisici** (lo sforzo può provocare un forte aumento della pressione intraddominale e quindi favorire il reflusso). **Una causa frequente** della patologia è **l'ernia iatale, ovvero una dislocazione di una parte dello stomaco in sede toracica attraverso lo iato diaframmatico.**

Il Tumore all'esofago: 2.000 casi ogni anno in Italia

Il cancro dell'esofago consiste nella crescita incontrollata delle cellule della mucosa che riveste l'organo al suo interno. A seconda del tessuto da cui prende origine, si distinguono quindi due tipi di tumore: **il carcinoma a cellule squamose**, che può svilupparsi lungo tutto il decorso del viscere e **l'adenocarcinoma**, che origina dalle ghiandole della mucosa gastrica con metaplasma intestinale (esofago di Barrett) e insorge nel tratto distale, in corrispondenza della giunzione esofago-gastrica.

Le cause: stile di vita e dieta

In Italia si verificano 2.000 nuovi casi ogni anno e il tumore dell'esofago è il nono tumore per frequenza. Alcool e tabacco sono i fattori di rischio più importanti. Nei Paesi occidentali è in aumento l'adenocarcinoma, che origina nel terzo distale dell'esofago ed è associato al cosiddetto Esofago di Barrett e al reflusso gastroesofageo. Al contrario, diminuisce la frequenza della forma squamosa. I fumatori presentano una probabilità di ammalarsi 5-10 volte maggiore rispetto ai non fumatori, a seconda del numero di sigarette fumate e degli anni di abitudine al fumo, i cui effetti vengono moltiplicati dall'alcol. Quest'ultimo, inoltre, oltre ad agire come causa tumorale diretta, potenzia l'azione cancerogena del fumo, e le persone che consumano sigarette e alcool insieme hanno un rischio di ammalarsi di cancro esofageo aumentato fino a 100 volte. Altri fattori di rischio per

il cancro esofageo sono una dieta povera di frutta e di verdura.

Per quanto riguarda i sintomi, **quelli più comuni sono la perdita progressiva di peso, preceduta da disfagia** che di solito compare in modo graduale prima per i cibi solidi e successivamente per quelli liquidi, accompagnata di frequente da dolore retrosternale durante la deglutizione.

Lo stomaco

Lo stomaco è situato fra l'esofago e il duodeno, con i quali è in comunicazione attraverso le sue funzioni estreme, il **cardias e il piloro**. Lo stomaco presenta una notevole capacità contenitiva (1000-1500ml): **rappresenta infatti una sorta di "serbatoio" per il cibo, cui apporta le modificazioni chimiche necessarie per la digestione ed il successivo assorbimento da parte dell'intestino. La parete dello stomaco è costituita da tre strati principali: una tunica sierosa** che lo avvolge esternamente, **una parete muscolare** in grado di contrarsi per mescolare il cibo con il succo gastrico (enzimi e acido cloridrico) e farlo progredire verso l'intestino, **uno strato mucoso** che ne ricopre la parete interna, dove sboccano le ghiandole che producono gli enzimi e l'acido cloridrico. Grazie all'azione combinata della tunica muscolare e della mucosa, **il cibo viene quindi impregnato dai succhi gastrici e trasformato in chimo, poi spinto progressivamente nel duodeno attraverso il canale pilorico.**

-Le patologie dello stomaco

La Gastrite

La gastrite consiste nell'infiammazione della tunica mucosa che riveste la parete interna dello stomaco, che può essere associata ad un danno della mucosa di entità variabile. La causa di gran lunga più frequente di gastrite è l'infezione da *Helicobacter pylori*, mentre sono estremamente più rare le gastriti autoimmuni e quelle da ipersensibilità. Oltre alle gastriti propriamente dette, lo stomaco è spesso interessato da quadri di gastropatia, ovvero un danno della mucosa non associato a flogosi, dovuto solitamente a fattori esterni, come l'assunzione di farmaci anti-infiammatori o all'alcool.

Il 50% della popolazione oltre i 50 anni colpita da gastrite

La gastrite è estremamente frequente in Italia: la sua frequenza aumenta inoltre con l'avanzare dell'età. Dopo i 50 anni quasi il 50% della popolazione sia maschile che femminile presenta tale malattia anche se spesso non viene diagnosticata, in quanto asintomatica. Inoltre, **la prevalenza del maggior fattore causale della malattia, il batterio denominato *Helicobacter pylori*, pur se in declino nelle giovani generazioni si mantiene elevata nella popolazione adulta.**

Oggi l'1,3% degli italiani soffre di gastrite erosiva (in particolare, l'età media dei pazienti che ne sono affetti è di 55 anni).

La gastropatia acuta può essere determinata da una molteplicità di fattori, dall'assunzione di cibi tossici e di sostanze

molteplicità di fattori: dall'ingestione di cibi tossici o di sostanze farmacologiche irritanti per la mucosa dello stomaco, per es. gli antinfiammatori non steroidei (denominati FANS); dall'abuso di alcol, fumo e caffeina; da una condizione di elevato stress fisico ed emotivo. Al contrario, **quella cronica presenta come causa principale l'infezione da *Helicobacter pylori*.**

L' Ulcera peptica (gastrica e duodenale)

L'ulcera peptica comprende un gruppo di affezioni a carico del tratto gastroenterico superiore che interessano in modo particolare la mucosa dello stomaco o del duodeno, distinguendosi quindi in **gastriche e duodenali**. Si tratta di **lesioni della mucosa che possono interessare la parete gastrica o duodenale anche a tutto spessore, fino al quadro della perforazione. Si definiscono ulcere peptiche in quanto causate dall'azione di due sostanze, la pepsina e l'acido cloridrico, entrambe presenti nel succo gastrico. In circostanze normali, l'attività della mucosa gastrica e duodenale è mantenuta grazie a un bilancio tra alcuni fattori aggressivi, come l'acido e la pepsina, e i normali meccanismi difensivi del tessuto di rivestimento (epitelio) di tali organi**, tra cui la secrezione di muco e bicarbonato e la rigenerazione di nuove cellule epiteliali.

Il 10% della popolazione colpita da ulcera peptica

L'ulcera peptica colpisce complessivamente nell'arco della vita il 10% della popolazione nei Paesi occidentali: l'incidenza di nuovi casi è pari a circa 250 all'anno su 100mila abitanti (0,25%), mentre i casi di recidiva sono circa 2.000 all'anno su 100mila abitanti (2%).

L'incidenza di ulcera peptica è in declino grazie alla riduzione nei decenni dell'infezione da "*Helicobacter Pylori*" nelle diverse generazioni, mentre **le complicanze** come sanguinamento e perforazione si mantengono agli stessi livelli nel tempo e **appaiono anzi in aumento nella popolazione più anziana.**

Oggi, ad un controllo endoscopico sulla popolazione adulta in Italia, risulta che il 3,6% delle persone soffre di duodenite erosiva ed il 2% di ulcera duodenale.

L'ulcera gastrica colpisce con medesima frequenza la popolazione maschile e quella femminile, in particolare nella fascia d'età compresa tra i 50 e i 70 anni.

L' ulcera "duodenale", invece, è più frequente nella popolazione maschile, in soggetti compresi tra i 20 e i 40 anni.

Il sintomo più frequente è rappresentato da dolore o bruciore (pirosi) epigastrico (l'epigastrio è la parte superiore e centrale dell'addome), molto forte e di solito ristretto a una piccola zona, ma che può irradiarsi anche posteriormente, **con andamento periodico nel corso della giornata.** Nell'ulcera duodenale **si presenta di solito a digiuno**, in particolare durante le ore notturne oppure al mattino presto, e **si riduce poi con i pasti, per ripresentarsi**

	<p>nuovamente qualche ora più tardi. In caso di ulcera gastrica, al contrario, il dolore viene esacerbato dal pasto.</p>
<p>Il batterio <i>Helicobacter Pylori</i></p>	<p><i>L'Helicobacter pylori</i> è un batterio a forma di piccola spirale appartenente, insieme a oltre venti altre specie, al genere <i>Helicobacter</i>. Allo stato attuale è l'unico microrganismo che trovi il suo habitat ideale nello stomaco dell'uomo, dove colonizza la mucosa provocando un'infezione cronica.</p>
<p>Il 30% degli anziani colpito dal batterio <i>Helicobacter Pylori</i></p>	<p><i>L'Helicobacter</i> è una delle infezioni croniche più diffuse nell'uomo. In Italia si registra un declino nelle giovani generazioni, ma si mantiene elevata nella popolazione adulta, con particolare diffusione nelle fasce di età più anziane: circa il 30% degli adulti.</p>
	<p>Il principale serbatoio <i>dell'Helicobacter</i> è l'uomo. L'infezione si contrae prevalentemente durante l'infanzia ed è favorita da condizioni sanitarie scadenti e da condizioni di vita di promiscuità, ad esempio il sovraffollamento dell'ambiente di vita e la mancanza di acqua calda corrente; il contagio avviene con ogni probabilità per via orale, tramite contatto diretto (per esempio attraverso la saliva) o attraverso l'ingestione di acqua e cibo contaminati.</p> <p><i>L'Helicobacter pylori</i> rappresenta la causa principale della gastrite cronica, dell'ulcera peptica e del linfoma gastrico primitivo. Svolge inoltre un ruolo importante nella patogenesi del cancro gastrico.</p>
<p>L'infezione da <i>Helicobacter</i> può condurre al cancro gastrico</p>	<p>L'International Agency for Research on Cancer definisce il batterio come "carcinogeno di gruppo I". La patogenesi del carcinoma gastrico è determinata da diversi fattori e appare connessa a una molteplicità di agenti, alcuni iniziatori, altri continuatori: allo stato attuale, l'infezione da <i>Helicobacter</i> sembra avere un ruolo nella fase iniziale del processo di trasformazione cellulare, oltre il quale la malattia progredirebbe in modo indipendente dalla presenza o meno del batterio.</p>
<p>Linfoma gastrico MALT</p>	<p>Il MALT (Mucosa Associated Lymphoid Tissue) di cui lo stomaco è normalmente privo, rappresenta il tessuto linfoide associato alla mucosa. Il suo compito fondamentale consiste nella protezione delle superfici mucose esposte all'ambiente. Lo stomaco, in risposta alla colonizzazione da <i>Helicobacter pylori</i>, acquisisce e sviluppa tessuto linfoide organizzato in follicoli, condizione necessaria per l'eventuale sviluppo di linfoma gastrico. Il linfoma gastrico primitivo associato al MALT è il più frequente tra quelli extranodali (che insorgono cioè al di fuori dei linfonodi); esso presenta due forme, a basso e ad alto tasso di malignità, entrambe collegate all'infezione da <i>Helicobacter</i>.</p>
<p>Il cancro gastrico</p>	<p>Il cancro gastrico consiste nella crescita incontrollata di una massa di cellule dell'epitelio mucoso.</p>
<p>Tipo intestinale e tipo diffuso</p>	<p>Se ne distinguono due tipologie principali: il tumore di tipo intestinale-espansivo e quello di tipo diffuso-infiltrativo. Il primo si associa alla cosiddetta "metaplasia intestinale" (trasformazione dell'epitelio gastrico in un altro tipo di epitelio</p>

molto simile a quello dell'intestino). Il secondo tipo presenta aspetto indifferenziato, con scarsa coesione cellulare e tendenza all'infiltrazione.

Quarta causa di morte per cancro: 11.000 morti ogni anno

Il tumore allo stomaco rappresenta la quarta causa di morte per cancro in Italia: provoca infatti più di 11.000 morti l'anno (17.000 nuovi casi registrati ogni anno). Il tasso di sopravvivenza a cinque anni è pari al 20%.

In termini di diffusione, **il tumore allo stomaco rappresenta la quinta causa di morte per cancro in Italia e in Occidente.** Anche se la sua incidenza è in calo, **in Italia rappresenta allo stato attuale l'8% di tutti i nuovi casi di cancro. Esso colpisce prevalentemente i maschi, dal momento che sia l'incidenza sia la mortalità sono due volte maggiori nella popolazione maschile rispetto a quella femminile.** La forma tumorale appare inoltre **tipica dell'età medio-avanzata, dal momento che colpisce prevalentemente le persone di età compresa tra i 50 e i 70 anni.**

I fattori di rischio legati al cancro gastrico

Per quanto concerne i fattori di rischio legati all'insorgenza del cancro allo stomaco, sono stati chiamati in causa i seguenti fattori:

Fattori ambientali: è stata posta in rilievo la relazione tra l'incidenza di tale malattia e particolari attività lavorative, svolte all'interno di ambienti specifici, quali miniere di carbone, raffinerie di nichel, industrie produttive di legno e di amianto.

Fattori alimentari: il carcinoma allo stomaco sembra essere collegato a un elevato consumo di cibi ad alto contenuto di nitrati e nitriti, cibi affumicati o conservati sotto sale.

Alcune abitudini di vita, quali fumo ed alcool: in particolare, i fumatori presentano un rischio di contrarre la patologia di circa una volta e mezzo superiore rispetto ai non fumatori.

Fattori ereditari: in alcune famiglie sembra esistere un'aumentata incidenza di tale patologia, ma, allo stato attuale, risulta difficile trovare un'associazione con particolari anomalie genetiche.

Il fegato

Il fegato, con i suoi 1500 grammi, è la ghiandola più grande del corpo umano, oltre ad essere certamente l'organo che possiede tra le più complesse e in parte misteriose funzioni del nostro organismo. Il fegato rappresenta un vero e proprio laboratorio biochimico che mantiene in equilibrio gran parte del nostro metabolismo.

Situato strategicamente nella parte alta dell'addome destro, **riceve sia sangue arterioso ricco di ossigeno** (tramite l'arteria epatica), **sia sangue venoso ricco di sostanze nutritive** (tramite la vena porta che raccoglie il sangue proveniente dall'intestino) e **presenta il compito fondamentale di drenare il sangue di provenienza intestinale, catturarne le sostanze nutritive derivanti dalla**

dieta, metabolizzarle e distribuirle agli altri organi.

- Le patologie del fegato

L'epatite la malattia del fegato più diffusa : 2.700.000 di italiani colpiti ogni anno

La patologia epatica più diffusa è senza alcun dubbio l'epatite cronica ad eziologia virale (da virus HCV ed HBV), una infiammazione del fegato con danno delle cellule del parenchima (epatociti) che può manifestarsi in forma acuta (epatite A ed E, contratte attraverso alimenti contaminati dal virus) o cronica (epatite B, C, D, contratte per via sanguigna o percutanea).

In Italia vi sono circa 1.500.000 persone con infezione da virus HCV (il virus dell'epatite C) e 1.200.000 con infezione da virus di tipo B.

L'epatite può poi **evolvere in cirrosi epatica che a sua volta può degenerare in tumore (carcinoma epatocellulare)** oppure porta all'insufficienza epatica.

Il 5% degli italiani adulti malati di epatite

In Italia la percentuale di malati adulti è del 5%: il nostro Paese presenta, quindi, un triste primato, dal momento che è al primo posto nel mondo occidentale per prevalenza di patologie epatiche. Questi dati si rivelano particolarmente allarmanti, soprattutto se si considera **che il 20% dei pazienti affetti da epatite C è destinato ad ammalarsi, nel giro di 15-20 anni, di cirrosi epatica, degenerazione di carattere irreversibile. Ogni anno, la cirrosi evolve in epatocarcinoma nel 2-3% dei casi. L'epatocarcinoma a sua volta presenta una mortalità elevata, poiché il decesso sopraggiunge in media dopo 24 mesi dalla diagnosi: l'insorgenza di un tumore epatico rappresenta una grave complicanza della cirrosi e influenza negativamente la storia naturale, che diversamente consentirebbe una sopravvivenza a 5 anni nel 90% dei casi.**

20.000 morti per malattie epatiche nel 2004

Nel 2004 si sono registrati 20.000 decessi causati da epatopatie, per una media di 55 decessi al giorno.

Molteplici sono le cause in grado di scatenare danni epatici: **infezioni (virali)**, sostanze tossiche, prime tra tutte **alcol** e farmaci, **epatiti autoimmuni e dismetaboliche** (legate a patologie quali obesità e la sindrome metabolica).

Le infezioni epatiche si rivelano in molti casi **asintomatiche (senza sintomi) per un lungo periodo, tanto che appaiono non di rado definite come "patologie al silenziatore". In altri casi si manifestano in forma acuta**, con un periodo di incubazione variabile e successiva comparsa di **sintomi** simili alle forme influenzali, **quali senso di debolezza e di malessere diffusi, nausea e comparsa di febbre.**

Il vero pericolo dell'epatite è la cronicizzazione, vale a dire il perdurare dell'infezione dopo il primo episodio: da questo punto di vista, le forme più pericolose sono costituite dall'epatite B e dalla C.

Quando l'epatite diviene cronica, essa può essere silente, cioè non presentare manifestazioni, oppure attiva, poiché si ha una continua replicazione dei virus all'interno delle cellule del fegato: questo conduce inevitabilmente a una distruzione progressiva del tessuto di questo organo. Con la ridotta capacità funzionale del fegato, si ha quindi accumulo di tossine nel sangue, si riduce la sintesi di proteine e fattori della coagulazione e il metabolismo risulta compromesso. Tale scompenso prende il nome di insufficienza epatica e si verifica quando l'epatopatia cronica, in seguito ad un rimaneggiamento necro-infiammatorio con deposizione di fibre di collagene e progressiva nodulizzazione, porta alla cirrosi epatica.

Epatite A

L'epatite A, provocata dal virus HAV, si riscontra prevalentemente laddove le condizioni igienico sanitarie sono più scadenti; essa si contrae prevalentemente tramite contatto interpersonale o attraverso l'ingestione di cibo contaminato (è infatti definita anche epatite alimentare).

In Italia, le persone più colpite risultano essere i ragazzi nell'età compresa tra i 15 ed i 24 anni, soprattutto maschi. Negli anni l'incidenza dell'infezione si è inoltre ridotta da 1 caso ogni 10.000 abitanti nel 1985 (0,01%) a 2 casi ogni 100.000 abitanti nel 1990 (0,002%).

L'epatite A rappresenta la causa del 50% delle epatiti virali

L'epatite A rappresenta infine la **causa di circa la metà di tutte le epatiti virali acute** (nel nostro Paese circa 3300 i casi ogni anno) e registra **un tasso di mortalità pari allo 0,02%** e di **ospedalizzazione pari all'89%**.

I cibi considerati più a rischio per la trasmissione dell'infezione sono principalmente **i frutti di mare ingeriti crudi o non sufficientemente cotti, ma anche l'acqua, la frutta e le verdure crude**. Il virus, contratto attraverso il cibo contaminato, si elimina poi attraverso le feci nelle quali si ritrova a concentrazioni elevate; l'inquinamento delle acque fognarie può quindi portare a sua volta alla contaminazione delle acque potabili e delle coltivazioni. **Un altro fattore di rischio è rappresentato dai viaggi nei Paesi in via di sviluppo, zone contraddistinte da alta endemia del virus.**

L'epatite A solitamente è una infezione benigna. Presenta un periodo di incubazione inferiore ad un mese, guarisce in poche settimane e **non cronicizza mai**. L'infezione nei bambini è per lo più asintomatica e può passare addirittura inosservata. Negli adulti si manifesta invece in forma più grave; in ogni caso, **raramente** può avere un **decorso** cosiddetto **"fulminante" e quindi mortale**.

Epatite B

L'epatite B, causata dal virus a DNA denominato HBV, si contrae attraverso il sangue e altri liquidi biologici (saliva, latte materno etc.) oppure per via percutanea.

L'infezione, caratterizzata in passato da una prevalente trasmissione intrafamiliare e da un contatto con il virus in età infantile soprattutto, appare attualmente legata in primo luogo ai fattori di rischio ai quali si è esposti soprattutto nell'età adulta, primi tra tutti la molteplicità di partner sessuali e la tossicodipendenza

molteplicità di partner sessuali e la tossicodipendenza.

I fattori di rischio sono rappresentati dalle **trasfusioni, scambi di siringhe infette e utilizzo di strumenti medicali non sterilizzati, agopuntura, tatuaggi e piercing, rapporti sessuali non protetti con persone affette dal virus.**

Diffusione elevatissima: 1 milione di casi in Italia

Con grandi progressi dovuti alla prevenzione del contagio mediante controlli accurati e vaccinazioni nell'infanzia, l'Epatite B **è divenuta la seconda più comune forma di Epatite cronica virale in Italia, superata dall'epatite C.** Tuttavia, con **più di 1 milione di persone infette solo in Italia** e con una incidenza di **1.200 nuovi casi all'anno**, presenta una diffusione elevatissima.

Nel nostro Paese l'incidenza della forma acuta si è ridotta progressivamente: da **12 casi su 100mila abitanti nel 1985 (0,012%)** a **meno di 2 casi su 100mila abitanti nel 2002 (0,002%).**

Questo calo ha coinvolto tutte le fasce d'età, ma soprattutto quella **tra i 15-24 anni**, che si mantiene comunque **l'età di massima incidenza**, per particolari comportamenti a rischio come la tossicodipendenza e la molteplicità di partner sessuali. Si registra tuttavia un nuovo incremento di incidenza, dovuto all'immigrazione da Paesi ad alta e media endemicità. Il **tasso di mortalità** è pari allo **0,5%** mentre quello di **ospedalizzazione** è del **90%**.

Come avviene l'infezione

Il virus B dell'epatite si può trasmettere tramite trasfusioni, scambi di siringhe infette e utilizzo di strumenti medicali non sterilizzati, agopuntura, tatuaggi e piercing, rapporti sessuali non protetti con persone affette dal virus.

L'infezione da virus dell'epatite B avviene per lo più in maniera asintomatica. Nel 20% dei casi si manifesta invece in forma acuta: essa appare caratterizzata da un periodo di incubazione che varia da 20 giorni a 6 mesi, spesso senza comparsa di sintomi, in altri casi con comparsa di sintomi a specifici pseudoinfluenzali o con la presenza della tipica sintomatologia dell'epatite acuta (**comparsa di ittero**). L'epatite B acuta **guarisce nel 90% dei casi** attraverso l'eliminazione del virus dall'organismo.

Epatite C

L'epatite C, causata dal virus HCV, un tempo compresa nella definizione "epatite non A-non B", **si contrae anch'essa, come nel caso dell'epatite B, tramite via sanguigna o percutanea.**

Il 2,6% degli italiani colpito da epatite C

In **Italia** la percentuale di soggetti infetti è pari al **2,6%** sul totale della popolazione (56.995.744, Istat 2001) e, ogni anno, si riscontrano circa **mille nuovi casi.**

L'infezione rappresenta inoltre, allo stato attuale, **la forma più frequente di epatite cronica** presente nel nostro Paese, raggiungendo **1,5 milioni di persone.**

Suddividendo l'incidenza della malattia per fasce di età, troviamo al

L'epatite C causa ogni anno 10mila decessi tra malati di cirrosi ed epatocarcinoma

primo posto quella oltre i 60 anni: il 40% della popolazione al di sopra di questa età risulta infetto nelle regioni del Sud Italia. Nella fascia di età infantile, **da 3 a 11 anni**, l'incidenza presenta valori minimi, pari allo **0,2%**; tende invece ad aumentare con gli anni, con valori dello **0,6% tra i 14-19 anni** e dello **0,5% tra i 19-26 anni**.

L'Epatite C è un problema molto serio in Italia. E' responsabile del 15% dei casi di epatite acuta, del 60% delle epatiti croniche (fino al 72% se si considerano anche quelle ad eziologia mista, HCV-alcool correlata), del 50% della cirrosi (fino al 65% se si considerano i casi ad eziologia mista alcolica), del 65% degli epatocarcinomi e del 40% dei trapianti di fegato. **Questa infezione causa ogni anno 10mila decessi tra i malati di cirrosi ed epatocarcinoma** (la percentuale più alta di mortalità tra le malattie infettive).

A differenza dell'epatite B, per l'infezione da virus HCV non esiste allo stato attuale un vaccino. Il maggior **fattore di rischio**, legato alle **trasfusioni di sangue infetto**, risulta **sotto controllo** dopo l'individuazione del virus nel 1989, **attraverso lo svolgimento continuo di screening del sangue utilizzato e conseguente eliminazione delle sacche infette**.

Altro fattore di rischio è rappresentato **dallo scambio di siringhe infette e dall'utilizzo di strumenti medicali non sterilizzati, per interventi chirurgici ed estetici, agopuntura, tatuaggi e piercing, in generale** dalla mancata osservanza delle norme igieniche di base.

Come si sviluppa l'epatite C

La forma acuta è rara e presenta un periodo di incubazione che va dalle 2 settimane ai 6 mesi. **In oltre l'80% dei casi l'infezione cronicizza senza sintomi e senza la comparsa di ittero.**

Il 20% dei pazienti con epatite cronica C **sviluppa nell'arco di 20 anni una cirrosi epatica scompensata** e fino al **4% dei pazienti con cirrosi da HCV sviluppa ogni anno un epatocarcinoma**. Complessivamente, si calcola che **il 20% dei pazienti con cirrosi HCV correlata sia destinato a morire per cause correlate alla malattia di fegato.**

Cirrosi Epatica

La cirrosi epatica è una malattia cronica, ad andamento lento e progressivo, caratterizzato da alterazioni della struttura e delle funzioni del fegato.

Le normali cellule epatiche risultano, infatti, danneggiate e sostituite da tessuto cicatriziale (fibrosi), compaiono, inoltre, noduli di rigenerazione di cellule epatiche a struttura anomala, con conseguente perdita dei normali rapporti tra le cellule, i vasi sanguigni e le vie biliari.

Tale patologia rappresenta **l'esito finale di numerose malattie del fegato** che hanno in comune la **capacità** di causare la morte e la rigenerazione delle cellule epatiche e **di innescare il processo della fibrosi.**

Oltre 11mila decessi l'anno	<p>La cirrosi epatica, tra i 35 ed i 45 anni di età, è la prima causa di morte per patologia cronica degenerativa; il fattore più fortemente associato alla patologia risulta essere l'eccessivo consumo di alcol.</p> <p>I decessi per cirrosi epatica sono oltre 11mila all'anno mentre quelli per tumore primitivo del fegato sono circa 5mila l'anno (nel 90% dei casi strettamente legati alla cirrosi, che ne costituisce il principale fattore di rischio).</p> <p>In Italia si sono registrati, nel 2004, 1.127 casi ogni 100mila abitanti (1,3%). Il tasso di incidenza della cirrosi epatica è di almeno 62 casi per 100mila abitanti negli uomini (0,062%) e di 30 casi ogni 100mila abitanti nelle donne (0,03%), con 26mila nuovi casi all'anno.</p> <p>I maggiori fattori di rischio della cirrosi epatica sono rappresentati dallo sviluppo di epatite cronica virale (di tipo B e C) dall'epatopatia legata all'abuso di alcol e da altre cause, come l'epatite autoimmune.</p> <p>La cirrosi epatica evolve nel corso degli anni verso lo scompenso con comparsa di liquido nell'addome (ascite) e di emorragie in seguito alla rottura di varici esofagee e gastriche; può inoltre progredire verso la completa insufficienza epatica con comparsa dell'encefalopatia porto-sistemica.</p> <p>Ogni anno il 4% delle cirrosi epatiche evolvono in epatocarcinoma.</p>
Tumore al fegato	<p>Il tumore del fegato appare caratterizzato da uno sviluppo incontrollato delle cellule epatiche (epatociti). Esso si presenta nel 90% dei casi come epatocarcinoma, che rappresenta quindi il tumore maligno di gran lunga più frequente.</p> <p>Vi sono altre varianti più rare, costituite dal colangiocarcinoma (derivato dall'epitelio di rivestimento delle vie biliari), dal carcinoma a cellule chiare, dall'emangioendotelioma, dal sarcoma a cellule di Kupffer, dall'epatoblastoma (neoplasia tipica dell'infanzia).</p>
Quinta causa di decesso per tumore	<p>Il carcinoma epatico è la quinta causa di decesso per cancro in Italia, preceduto, tra tutti i tumori dell'apparato digerente, solo dal tumore allo stomaco (quarta causa) e da quello al colon-retto (seconda causa).</p>
Terza forma tumorale per diffusione	<p>In Italia, questa malattia rappresenta una problematica di crescente importanza. L'incidenza è raddoppiata negli ultimi 20 anni, passando per la popolazione maschile da 10 a 20 nuovi casi (+200%) ogni 100.000 abitanti e divenendo così la terza forma tumorale per diffusione, preceduta solo dal tumore del colon retto e da quello al polmone.</p>

Incremento del +129% dal 1969 ad oggi Negli **ultimi 30 anni** il tasso standardizzato di **mortalità** ha evidenziato un **progressivo incremento** da **4,8 decessi** per 100.000 abitanti nel **1969** a **11 decessi** per 100.000 abitanti nel **2004 (+129% l'incremento dal 1969)**. Nel **2004 si sono registrati 10.000 decessi per tumore al fegato**.

L'**epatocarcinoma** insorge quasi sempre (**93%** dei casi) **su un fegato già cirrotico**. Negli individui con cirrosi epatica, infatti, l'**incidenza di tumore al fegato** si rileva ogni anno fino al **4% dei casi**.

In Italia è stata dimostrata una **forte associazione tra infezione cronica da virus B o C dell'epatite ed insorgenza di epatocarcinoma**.

I **principali fattori di rischio** in relazione all'insorgenza del tumore epatico sono dunque l'infezione da **virus dell'epatite B o C**, **l'insorgenza della cirrosi epatica e, connesso alla stessa, il protratto abuso di alcol**.

La patologia presenta un decorso severo, dal momento che insorge spesso su un fegato già compromesso da epatite o da cirrosi. L'epatocarcinoma risulta quindi poco suscettibile a interventi locali risolutivi e appare inoltre altrettanto poco sensibile ai farmaci attualmente a disposizione.

Il pancreas **Il pancreas è una ghiandola** localizzata dietro lo stomaco, in un'ansa formata dall'intestino tenue, in stretta contiguità con il duodeno da cui è circondato ed al quale è connesso. **La funzione del pancreas si rivela essenziale per la digestione**.

Parte esocrina e parte endocrina La ghiandola è costituita infatti da una **parte esocrina** (così definita in quanto ciò che produce va all'esterno del corpo) **che secerne il succo pancreatico**, un liquido ricco di enzimi e sostanze digestive che, attraverso il dotto pancreatico, viene immesso nel duodeno e svolge funzioni fondamentali per la digestione. **Presenta inoltre una componente endocrina**, deputata alla regolazione del metabolismo del glucosio nel nostro corpo: **questa parte produce l'insulina e il glucagone**.

-Le patologie del pancreas

La Pancreatite **La pancreatite è un'infiemmazione del tessuto pancreatico che si verifica quando le cellule pancreatiche vengono distrutte dagli enzimi digestivi che esse stesse producono;** la patologia si manifesta in **forma sia acuta sia cronica.**

La pancreatite acuta **La pancreatite acuta insorge e si evolve rapidamente; l'infiemmazione può interessare vaste aree del pancreas ed è tanto più grave quanto più è estesa e quanto più rapidamente progredisce** fino a mettere in pericolo la vita del paziente.

In Italia la prevalenza della pancreatite è di 15 casi ogni 100.000 abitanti (0,015%) e il tasso di mortalità per la patologia è pari al 5% (la litiasi biliare è la causa principale di pancreatite acuta: provoca il 60% dei casi di pancreatite acuta).

Se il **danno anatomico è circoscritto**, l'evoluzione è favorevole: **molte pancreatiti acute guariscono completamente senza alcuna conseguenza. Se il danno subito è invece di notevole entità**, si assiste a tutta una serie di complicazioni spesso mortali: infezioni con formazione di ascessi, formazione di pseudocisti; insufficienza multi-organo (cuore, polmoni e reni). Infine, **la perdita del pancreas o delle sue funzioni ha come conseguenza diretta l'insorgenza del diabete**, dal momento che cessa la produzione di insulina.

La pancreatite cronica **La pancreatite cronica è caratterizzata da un'insorgenza piuttosto lenta**, che non consente una pronta individuazione. Essa **tende a non risolversi mai completamente** e a **determinare nel pancreas alterazioni cliniche e funzionali irreversibili sia nella porzione endocrina, sia in quella esocrina.**

La patologia può essere causata principalmente dal **prolungato abuso di alcol**. Altre cause possono dipendere **dalla presenza di alti valori nel sangue di calcio o di grassi** o dall'insorgenza di carcinoma al pancreas, con conseguente ostruzione del sistema duttale.

Nel 45% dei casi la pancreatite è favorita dall'uso dell'alcol **Nella popolazione maschile la pancreatite cronica presenta una prevalente origine alcolica (45% dei casi).** Seguono nell'uomo, come ulteriori cause, la presenza di fattori ereditari (18%) e della calcolosi biliare (14%). Nella popolazione femminile, invece, la causa principale appare la calcolosi biliare (35%), seguita dai fattori ereditari (30%) e, in ultimo, dall'abuso di alcol (11%). Anche il tabagismo è emerso come fattore di rischio importante, singolarmente o associato all'uso di alcol.

Il tumore del pancreas **Il tumore al pancreas consiste nella crescita incontrollata delle cellule che lo compongono. Esso può originare** dalle cellule che secernono gli enzimi digestivi (**parte esocrina**) o dalle cellule che secernono insulina e glucagone (**parte endocrina**).

In Italia colpisce ogni anno oltre 6.000 persone Quando si parla di tumore del pancreas, nella maggior parte dei casi, ci si riferisce al tumore che origina dal pancreas esocrino. In Italia sono oltre 6.000 i casi registrati ogni anno di tumore al pancreas, in continua crescita.

La patologia compare generalmente nella fascia di età tra i 50 e i 70 anni e in prevalenza nel sesso maschile (con un rapporto maschio-femmina pari a 1,7 a 1).

Allo stato attuale sono state individuate alcune condizioni che sembrano predisporre l'insorgere della patologia, nessuna delle quali è tuttavia certa, prime tra tutte, la pancreatite cronica.

In costante aumento nei Paesi industrializzati

La patologia, in costante aumento nei Paesi industrializzati, sembra avere un'incidenza 2,5 volte superiore negli individui fumatori rispetto ai non fumatori; si assiste inoltre a un ulteriore incremento del rischio quando il fumo appare associato all'abuso di alcol. Per quanto riguarda le esposizioni professionali, è stato ipotizzato un rapporto causale con alcuni carcinogeni chimici, come le nitrosuree, i derivati dell'antracene, i solventi di uso industriale, la benzidina e la betanaftilamina.

La prognosi è molto severa in relazione al fatto che la diagnosi è spesso tardiva e avviene quando il tumore è già radicato, alla scarsa capacità di cura della chirurgia per la presenza di metastasi occulte e alla limitata risposta del carcinoma ai farmaci attualmente a disposizione.

L'intestino

L'intestino è un viscere cavo lungo all'incirca 8 m e situato nella parte inferiore dell'addome, tra il piloro e l'orifizio anale. Anatomicamente è composto da due parti principali, intestino tenue e intestino crasso; è inoltre ricoperto da una membrana, il peritoneo, che comprende entrambi.

Intestino tenue

L'intestino tenue è un lungo viscere cavo avvolto su se stesso: esso rappresenta la più grande superficie di digestione e di assorbimento e comprende duodeno, digiuno e ileo. Al suo interno si trovano i villi intestinali, protuberanze ricche di vasi sanguigni e vasi linfatici adibite all'assorbimento dei prodotti della digestione.

Intestino crasso

L'intestino crasso, sul quale si innesta l'intestino tenue, circonda quest'ultimo in alto e lateralmente e comprende intestino cieco, colon, retto e orifizio anale. La sua funzione primaria consiste nel riassorbire l'acqua e i sali e nell'espellere le feci.

-Le patologie dell'intestino

La sindrome da colon irritabile

La sindrome dell'intestino o colon irritabile è il disordine più frequente dell'apparato digerente e comprende una combinazione variabile di disturbi addominali concentrati a

livello del basso intestino, appunto nella zona del colon.

il 25% della popolazione italiana ha la sindrome da colon irritabile

La sindrome da colon irritabile, in Italia, interessa, allo stato attuale, il 25% circa della popolazione. La malattia colpisce in prevalenza la popolazione femminile, che registra valori doppi rispetto a quella maschile; essa appare inoltre prevalente nella fascia di età compresa tra i 30 e i 50 anni, quindi in piena attività lavorativa, mentre diminuisce progressivamente a mano a mano che si avvanza con l'età.

Allo stato attuale, le cause non appaiono ancora del tutto chiare: sembrano entrare in gioco diversi meccanismi che dipendono dai fitti rapporti esistenti tra il cervello e l'intestino per cui, in certi casi, l'intestino reagisce in maniera esagerata o anormale di fronte alle emozioni, ai traumi, allo stress, ma anche a stimoli ordinari quali l'ingestione di cibo.

Due tipologie differenti di sindrome

Il quadro sintomatologico è caratterizzato da dolore addominale accompagnato da variazioni della frequenza dell'alvo o a feci poco formate. In particolare, si distinguono due tipi di sindrome: tipo spastico e tipo diarroico.

Sindrome da colon spastico

La Sindrome da colon spastico consiste in una forma di alterazione intestinale in cui i movimenti intestinali sono molto variabili: la maggior parte dei pazienti avverte un forte dolore molto simile a quello di una colica (quindi non continuo, ma con un'alternanza di dolore e remissione) in corrispondenza di una o più aree del colon, associato a stitichezza o a periodi di forte diarrea.

Sindrome con varietà diarroica

La varietà diarroica si presenta con un quadro variabile che si può definire come una diarrea urgente, con comparsa per lo più durante o subito dopo i pasti; nelle forme più gravi e persistenti può presentarsi anche incontinenza fecale.

condizione cronica della sindrome da colon irritabile

La sindrome da colon irritabile è una condizione cronica, con periodi di riacutizzazione e fasi di quiescenza. La malattia presenta un decorso benigno e non risulta pertanto pericolosa, dal momento che non danneggia l'intestino, non predispone ad altre malattie gravi (come per es. il cancro all'intestino), né determina dimagrimento o compromissione delle generali condizioni di vita.

Le uniche complicanze sono dovute alla possibile comparsa, come conseguenza delle contrazioni croniche della parete addominale nelle forme con prevalenza di stipsi, di diverticoli del colon, emorroidi, ragadi e prolasso (cedimento) del canale anale.

I disturbi esordiscono di solito in giovane età, addirittura nella tarda adolescenza, mentre non si manifestano quasi mai dopo i 50 anni; con il protrarsi dell'età, molti individui affetti da sindrome dell'intestino irritabile riferiscono inoltre il progressivo attenuarsi dei sintomi.

Le Malattie infiammatorie croniche intestinali	Con il termine di malattie infiammatorie croniche intestinali (indicate anche come IBD, Inflammatory Bowel Disease) si indica una condizione di grave infiammazione cronica che interessa l'intestino. Esse comprendono due malattie tra loro simili per molti aspetti , ma che mantengono comunque la loro individualità: il Morbo di Crohn e la Rettocolite Ulcerosa.
Morbo di Crohn	Il Morbo di Crohn può colpire qualunque tratto dell'apparato digestivo, dalla bocca all'ano, anche se è più frequente nell'ileo , l'ultima parte dell'intestino tenue, nel colon (colite) o in entrambi (ileo-colite).
Rettocolite ulcerosa	La Rettocolite Ulcerosa colpisce invece esclusivamente il retto ed il colon , ovvero il tratto terminale dell'intestino. Inoltre, interessa il viscere in senso distale-proximale, ed in modo continuo, ovvero senza le lesioni segmentarie "a salto" che sono invece tipiche del Morbo di Crohn.
170.000 italiani soffrono di malattie infiammatorie croniche	In Italia gli individui colpiti dalle malattie infiammatorie croniche intestinali sono 170.000 (equamente ripartiti nella popolazione maschile e femminile). Il morbo di Crohn presenta inoltre un'incidenza di 8 nuovi casi all'anno ogni 100.000 abitanti mentre, per quanto riguarda la rettocolite ulcerosa, si arriva a 12 nuovi casi all'anno ogni 100.000 abitanti. Le cause appaiono allo stato attuale sconosciute anche se, per entrambe le patologie, si possono escludere con certezza il carattere virale, la correlazione con abitudini alimentari scorrette e il ripetersi di situazioni di stress (come nel caso della sindrome da colon irritabile). Sembra tuttavia sussistere una predisposizione ereditaria legata ad alterazioni genetiche del sistema immunitario, dal momento che il 20% circa degli individui colpiti da queste patologie presenta un familiare affetto dalla stessa malattia. Tali alterazioni, unite a fattori di carattere ambientale, favorirebbero la comparsa delle patologie in questione.
Il tumore al colon retto	Il tumore al colon retto consiste nella crescita incontrollata di una massa di cellule che può interessare il colon, la giunzione retto-sigmoidea e il retto (la parte terminante del colon).
Il carcinoma, la forma più diffusa	Tra le forme tumorali che interessano l'intestino crasso, il carcinoma rappresenta la forma di gran lunga più diffusa: esso trae origine dalla mucosa, la parte interna dell'intestino, spesso per trasformazione maligna di polipi benigni, e si sviluppa infiltrando la parete dell'intestino.
Seconda causa di morte in Italia	Il tumore al colon retto si colloca al secondo posto come causa di morte per tumore, con 12.384 decessi complessivi (il 7,5% dei decessi per tumore). In particolare il cancro al colon retto è causa di morte per 6.441 uomini e 5.943 donne.

34.000 nuovi casi ogni anno **In Italia i tumori del colon-retto** risultano al **secondo posto per frequenza nella popolazione** (sia maschile che femminile) colpendo 34.000 soggetti ogni anno (24.000 al colon e 10.000 al retto).

Il cancro al colon-retto, in termini numerici, è preceduto solo dal cancro al polmone e al seno. Nel 2004 il tumore al colon-retto rappresentava il 12,9% di tutte le forme tumorali della popolazione maschile e il 13,6 % di quella femminile.

I tassi standardizzati sulla popolazione mondiale pongono tuttavia l'Italia a livelli medio-bassi sia per incidenza, (pari a 29,46 nuovi casi su 100.000 abitanti), sia per mortalità, (con 12,32 decessi su 100.000 abitanti) rispetto agli altri Paesi Europei.

Le cause del carcinoma coloretale, come nel caso di altre neoplasie, **non appaiono ancora del tutto note.**

Tra i principali **fattori di rischio che aumentano la possibilità di sviluppare questa forma tumorale vi è quello legato alla presenza di polipi.** I polipi sono tumori benigni che si formano sulle pareti del colon e del retto, molto comuni in individui di età superiore ai 50 anni. Essi tendono con gli anni a crescere di volume e a trasformarsi in formazioni maligne. Il processo evolutivo che porta alla formazione e alla trasformazione dell'adenoma viene indicato come "sequenza adenoma-carcinoma".

I parenti di primo grado (genitori, fratelli o sorelle, figli) **di una persona affetta da carcinoma coloretale presentano un rischio aumentato di 2-3 volte di sviluppare la patologia;** in particolare, se il congiunto è stato colpito in giovane età il rischio aumenta di 3-4 volte. **Anche nel caso in cui la neoplasia sia stata diagnosticata a più membri della stessa famiglia il rischio appare aumentato a 3-4 volte:** in questo caso si parla di carcinoma familiare del colon. **La familiarità è un fattore che si rivela presente in circa il 15% dei tumori al colon retto.**

Dieta ricca di fibre riduce del 30% il rischio del cancro al colon **Un regime dietetico ricco di grassi e povero di fibre e di vitamine** (frutta, verdura, legumi) tende ad aumentare il rischio di sviluppare la patologia.

La dieta ad alto contenuto di grassi animali e proteine, in relazione all'elevato contenuto in acidi biliari secondari e metaboliti fecali del colesterolo, sembra essere in grado di accelerare la trasformazione maligna di preesistenti polipi.

Da tempo si ipotizza l'effetto protettivo delle fibre, rappresentate da quelle componenti interne dei prodotti delle piante che resistono alla digestione enzimatica, in base all'osservazione secondo cui **le popolazioni vegetariane o con una dieta ad alto contenuto di fibre presentano un'incidenza del carcinoma coloretale ridotta di oltre il 30%.**

Il cancro del colon-retto interessa soprattutto individui (in egual misura uomini e donne) al di sopra dei 50 anni, e il rischio aumenta con l'avanzare dell'età. L'incidenza della patologia è 10 volte superiore nella fascia di età compresa tra i 60 e i 64 anni rispetto alla fascia di età 40-44 anni.

Grazie alla prevenzione primaria e secondaria si può combattere la malattia

Sebbene ai primi posti in termini di mortalità, incidenza, prevalenza e ospedalizzazione, le malattie gastroenteriche rappresentano una tipologia di problemi che può essere considerata ideale per il successo di una lotta basata su interventi preventivi primari e secondari.

Allo stato attuale appaiono infatti conosciuti quasi tutti i fattori di rischio legati alla loro insorgenza, in molti casi connessi ad abitudini e stili di vita errati (abuso di alcol e di tabacco, diete ricche di grassi, ripetersi di condizioni di stress fisico ed emotivo etc.).

Appare quindi del tutto necessario e non più differibile **programmare interventi estesi e nel contempo mirati, al fine di prevenire in maniera efficace e di diagnosticare in modo precoce tutte le diverse patologie dell'apparato digerente.**

FIMAD

La Federazione Italiana Malattie Apparato Digerente

**Chi è
FIMAD**

FIMAD (Federazione Italiana Malattie Apparato Digerente) è una Associazione di secondo grado senza scopo di lucro impegnata nel campo della prevenzione primaria e secondaria delle malattie gastroenterologiche con sede a Roma.

La Federazione **raggruppa tre società scientifiche** che operano nella Gastroenterologia e nell'Endoscopia: **AIGO (Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri), SIED (Società Italiana di Endoscopia Digestiva) e SIGE (Società Italiana di Gastroenterologia).**

**3.940
iscritti**

Soci fondatori e ordinari della FIMAD sono i soci di AIGO, SIGE E SIED. 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.

**Come
nasce
FIMAD**

Nel triennio 1979-1982 si realizzano i primi contatti tra AIGO e SIGE; in seguito a ciò, AIGO partecipa alle prime due edizioni della Settimana Italiana delle Malattie Digestive (SIMAD), svoltesi rispettivamente nel 1979 a Roma e nel 1981 a Bologna; inoltre, nel 1983 si colloca l'ideazione e la realizzazione del libretto verde, un protocollo di intenti comuni che ratifica la collaborazione tra le due Società Scientifiche e determina una partecipazione sempre più consistente di AIGO alle successive edizioni di SIMAD (nel 1983 a Bari, nel 1986 a Verona, nel 1992 di nuovo a Bologna).

Nel 1991 si svolge un incontro congiunto SIED e SIGE tenutosi a Catania con presidenti rispettivamente A. Russo e A. Blasi.

Nel 1993 a Padova si svolge il I° Congresso Nazionale Congiunto delle due Società: in tale occasione i rispettivi Presidenti (il Prof. P. Del Monte per AIGO e il Prof. Remo Naccarato per SIGE) si impegnano, per il futuro, ad affrontare unitamente i problemi della Gastroenterologia a livello sia nazionale, sia locale.

Ma è nel 1995, durante il I° Congresso Nazionale Congiunto di Patologia Digestiva AIGO, SIED e SIGE a Torino, che si afferma per la prima volta da parte delle tre Società Scientifiche 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.

La FIMAD viene, tuttavia, costituita ufficialmente a tempo indeterminato e senza limitazione alcuna di durata a Roma solo alla fine del maggio 2004.

**AIGO,
SIGE, SIED**

AIGO viene costituita nel novembre 1969 e nel giugno 1998 ottiene il riconoscimento di ONLUS. **La costituzione di SIED risale al 1960**, la società si configura inoltre come Ente Morale senza scopo di lucro; **SIGE viene infine costituita nel 1935** ed è anch'essa un Ente Morale senza scopo di lucro, riconoscimento ottenuto nell'agosto 1983.

AIGO e SIGE, in qualità di ONLUS, si attengono **al Decreto Legislativo n. 460 del 4 dicembre 1997** che disciplina l'attività delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, mentre SIED si attiene alla **Legge n. 383 del 7 dicembre 2000** riguardante la disciplina delle associazioni di promozione sociale.

**Le finalità
di FIMAD**

In base allo Statuto, in quanto Associazione di Secondo grado senza scopo di lucro, la FIMAD **si attiene alla Legge quadro n. 383 del 7 dicembre 2000**, riguardante la disciplina delle associazioni di promozione sociale. Uniche fonti di finanziamento della Federazione per svolgere le sue attività sono i soci e sponsor privati.

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.

Scopi primari della Federazione sono, in particolare, **coordinare i soci nell'organizzazione del Congresso Nazionale annuale delle Malattie Digestive** sulla base delle istruzioni e del mandato delle singole Associazioni socie e rappresentare le stesse nei confronti delle istituzioni; **contribuire al coordinamento dei soci nella formazione professionale ECM, nella produzione di nuove linee guida, nella realizzazione e divulgazione di una rivista di informazione e di aggiornamento**; infine, **coordinare progetti di ricerca policentrici con il coinvolgimento anche del mondo dell'industria.**

**Il
Congresso
Nazionale
delle
Malattie
Digestive e
gli altri
Convegni**

A partire dal marzo 2002, le tre società AIGO, SIED e SIGE si impegnano a tenere congiuntamente i rispettivi Congressi Nazionali. Nasce, così, il Congresso Nazionale delle Malattie Digestive (un meeting scientifico delle forze attive nelle diverse branche delle malattie digestive con cadenza annuale) finalizzato alla presentazione, alla condivisione e al confronto della migliore produzione scientifica italiana in campo gastroenterologico.

**Il
Presidente
FIMAD**

Attualmente il **Presidente della FIMAD è il Prof. Alessandro Zambelli**, che affianca all'esercizio della professione medica l'attività di ricerca e di insegnamento. Il Prof. Zambelli è, infatti, **Direttore dell'Unità Operativa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Azienda Sanitaria Ospedale Maggiore di Crema**. E', inoltre, impegnato nella ricerca scientifica, come dimostrano le oltre 150 pubblicazioni a stampa di cui è autore in ambito gastroenterologico; e dal 1985 insegna alla Scuola di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Università di Pavia.

FIMAD

Gastroepatonet.org e il Progetto Amadeus

Le criticità del Sistema Sanitario Nazionale

Allo stato attuale, il **Sistema Sanitario Nazionale** appare caratterizzato da una richiesta di servizi sempre più complessa e diversificata. Il radicale cambiamento del concetto di salute che si è andato affermando negli ultimi anni, l'aumento della soglia di invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento di malattie croniche, comportano una richiesta sempre maggiore di servizi di assistenza sanitaria a livello globale e con carattere di continuità.

Allo stesso tempo, lo **status del Sistema Sanitario Nazionale** appare, tuttavia, caratterizzato da una situazione di forte criticità. La conoscenza medica si rivela sempre più frammentata e priva di alcuna riflessione sui servizi che essa è in grado di offrire e che offre effettivamente, sulle sue potenzialità e sui bisogni che vanno via via affermandosi. Gli strumenti informativi attualmente a disposizione sono, inoltre, focalizzati su indicatori di costo e di performance economiche, mentre **mancono strumenti basati su indicatori di processo e di risultati di tipo clinico, in grado quindi di valutare i fabbisogni di carattere sanitario e le modalità di risposta più adeguate.**

Emerge, dunque, sempre di più la necessità di condividere, gestire ed elaborare le conoscenze mediche, istituendo strumenti informativi in grado di valutare i bisogni e di progettarne le risposte.

L'Associazione Gastroepatonet.org

Nel novembre 2001 è stata istituita, prima da SIGE ed AIGO, a cui si è aggiunta SIED, **Gastroepatonet.org Associazione senza scopo di lucro con la finalità di investire nello sviluppo e nella diffusione delle conoscenze mediche attraverso azioni innovative caratterizzate dallo scambio e dalla diffusione delle conoscenze.** La prima attività dell'associazione è stata quella di realizzare una rete informativa che potesse essere la soluzione a molteplici problemi e i cui obiettivi principali sono stati quelli di acquisire e centralizzare i dati relativi all'attività di ricovero per patologie dell'apparato digerente.

Gli obiettivi

L'obiettivo dell'Associazione è quello di creare una **infrastruttura tecnologica fondata sulla collaborazione tra le Unità Operative di Gastroenterologia a livello nazionale per la condivisione dei dati e lo scambio delle informazioni, al fine di progettare e programmare un'offerta di servizi di Gastroenterologia costantemente in linea con l'evolversi dei bisogni dei cittadini.**

Questa infrastruttura, inaugurata il 7 febbraio 2003 presso l'Aula Magna delle Nuove Patologie Policlinico S. Orsola-Malpighi, è stata realizzata dal **Cineca (Consorzio Interuniversitario di**

stata realizzata dal **Cineca (Consorzio Interuniversitario di Calcolo Elettronico) di Bologna**, il più importante centro di calcolo italiano attivo ad ampio raggio in tutti i settori dell'*Information Technology* e, da oltre un ventennio, nel campo delle applicazioni sanitarie.

La rete della Gastroenterologia Italiana

Il Cineca ha creato una rete in modalità protetta - Extranet tra i Centri aderenti al progetto (**in grado di collegare le Unità Operative di Gastroenterologia partecipanti al progetto attraverso un semplice collegamento a Internet**, senza necessità di hardware o software specifici). Gastroepatonet.org rappresenta così la Rete della Gastroenterologia Italiana.

Per l'implementazione e la gestione di progetti e di banche dati di tipo epidemiologico il Consorzio Interuniversitario ha ideato la rete Extranet, realizzata **attraverso la tecnologia AMR (Ricerca Multicentrica Avanzata)**, un sistema integrato per la raccolta, il monitoraggio e l'analisi in Rete di dati ed immagini.

Grazie a tale infrastruttura, **Gastroepatonet.org è in grado di offrire ai Centri partecipanti un sito privato per la condivisione e lo scambio di informazioni e di dati e un'area di lavoro cooperativo per la condivisione e la gestione di documenti, dedicata ai diversi progetti attivati e caratterizzata da differenti livelli di accesso.** L'organizzazione dell'infrastruttura in modalità protetta e l'istituzione di diversi livelli di accesso rappresentano la massima garanzia per la sicurezza e la riservatezza delle informazioni condivise. Il carattere centralizzato della struttura (oltre a garantire la miglior condivisione dei dati presenti all'interno della Rete) consente un continuo miglioramento della qualità dei processi attraverso l'affermarsi di procedure sempre più standardizzate, con conseguente diminuzione di tempi e costi.

La condivisione e lo scambio dei dati tra le U.O. di Gastroenterologia all'interno della Rete rende possibile l'istituzione di registri epidemiologici on line; costituisce un'importante base di partenza per la conduzione di studi e di ricerche cliniche multicentriche e un fondamentale supporto per la realizzazione di trials clinici ed epidemiologici anche di grandi dimensioni.

Il Progetto Amadeus

Il primo studio attivato da Gastroepatonet.org è il Progetto Amadeus (Analisi dell'attività di ricovero per **Malattie dell'Apparato Digerente e Utilizzo delle Schede di Dimissione Ospedaliera SDO**).

Amadeus si basa sulla necessità di creare una Banca Dati a livello nazionale dell'attività ospedaliera in ambito gastroenterologico, sulla base delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera). Attualmente è in corso la prima fase del progetto, che consiste nella raccolta dei dati retrospettivi provenienti dalle SDO per il triennio 1999-2001; seguirà una seconda fase di mantenimento, in cui i dati verranno inviati

direttamente dalle ASL: ciò consentirà l'aggiornamento della Banca Dati in tempo reale.

Il Progetto Amadeus costituisce dunque una preziosa fonte di informazione al fine di valutare l'analisi, in termini quantitativi e qualitativi, dell'attività di ricovero per le patologie gastroenteriche. Ciò renderà possibile trarre importanti indicazioni relative alla programmazione sanitaria. La banca dati costituirà, inoltre, un importante bacino di confronto per le diverse realtà sanitarie partecipanti al progetto.

FIMAD

La Strategia di intervento ideale

Strategie di prevenzione primaria

Tra gli obiettivi principali della Federazione Italiana delle Malattie Apparato Digerente vi è quello di mettere in atto **strategie di prevenzione primaria basata su interventi di informazione e di educazione sanitaria**: tutto ciò al fine di **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 ma in modo particolare il cancro dell'apparato gastroenterico hanno come principali fattori di rischio cause di natura ambientale. Interventi di tal genere appaiono, in particolare, 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 etc); in sostanza, per **le patologie alimentari, alcol correlate o virus correlate**.

E prevenzione secondaria

Nello stesso tempo, Fimad sostiene e favorisce strategie di prevenzione secondaria attraverso l'organizzazione di programmi di screening: tutto ciò ai fini di una diagnosi precoce di tali patologie, con conseguente aumento della possibilità di successo nel trattamento delle stesse. Questi interventi appaiono, in particolare, del tutto necessari per quanto riguarda le **neoplasie dell'apparato digerente** e le **grandi malattie sociali gastroenterologiche**. I dati degli ultimi dieci anni dimostrano come la prevenzione secondaria (la diagnosi precoce) è fattibile e che in alcuni settori può essere così importante da rendere possibile l'eradicazione di quel tumore da quel contesto sociale dove si prospetta l'intervento medico.

Promozione e sostegno di ricerche epidemiologiche

La Federazione Italiana delle Malattie Apparato Digerente 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, infatti, 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.

Partecipazione ai programmi di studio oncologici

Altro obiettivo di Fimad è quello della **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.

Promozione di nuove Unità Operative di Gastroenterologia

Tra gli interessi dell'associazione vi è poi quello della **promozione di nuove Unità Operative di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva e adeguamento del numero di queste stesse Unità**, in relazione 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).

Promozione della terapia intensiva e dell'attività riabilitativa

Promozione di una terapia intensiva gastroenterologica strettamente specialistica, da attuarsi all'interno degli stessi Reparti Gastroenterologici: si pensi ad esempio alle sindromi digestive gravi, (pancreopatie acute e sindromi epatiche in generale), al trattamento delle emorragie digestive acute, all'applicazione di terapie a rischio quali la somministrazione di elevati dosaggi di farmaci o l'alimentazione parenterale totale o elementare.

Riconoscimento e 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.

FIMAD
Scheda di sintesi

Denominazione sociale	FIMAD Federazione Italiana Malattie Apparato Digerente
Sede sociale	Roma, Via F. Ferrara 40 - 00191
Soci	3.965
Presidente	Alessandro Zambelli
Sito internet	www.fimad.net

*A cura di: R. Marmo, E. Roda, M. Soncini, O. Triossi, Eclettica, FIMAD
Documentazione raccolta sulla base dei dati forniti dai Progetti Ring e Amadeus*